
Chambre des Représentants

SESSION 1975-1976.

26 MAI 1976.

Rapport

SUR L'ASSURANCE MALADIE

présenté par le Commissaire royal (*M. Petit*)

INTRODUCTION.

L'arrêté royal du 10 mars 1975, publié au Moniteur belge du 13 mars 1975, a désigné un Commissaire royal chargé de "proposer les mesures les plus appropriées en vue de réorganiser, dans le cadre d'une politique globale des soins de santé, le régime de l'assurance-maladie et d'en assurer à moindre frais un rendement meilleur" (article 2).

Suivant l'article 4 dudit arrêté, le Commissaire royal devait déposer le 30 juin 1975 au plus tard, un premier rapport "contenant ses propositions concrètes pour une application plus régulière, plus judicieuse et plus économique de la réglementation en matière d'assurance-maladie".

Ce rapport a été déposé dans le délai fixé.

Vu le temps qui était imparti, ce rapport a consisté uniquement en une énumération des constatations faites et des conclusions provisoires qui en ont découlé.

Le rapport actuel reprend les données du rapport provisoire, avec, cependant, des adaptations et des mises à jour.

Plusieurs aspects nouveaux de l'assurance-maladie qui, dans le rapport provisoire n'avaient pas été abordés ou qui avaient été simplement survolés, sont maintenant examinés d'une manière détaillée.

Ce rapport ne doit pas laisser l'impression que toutes les constatations relatives à la politique actuelle de santé sont négatives.

La critique dont fait continuellement l'objet l'assurance-maladie en raison du déficit qu'elle enregistre régulièrement, place trop souvent dans l'ombre les résultats positifs.

Les abus sont plus souvent mis en évidence que l'utilisation journalière et justifiée des services de l'assurance-maladie.

On oublie trop facilement l'engagement des nombreuses personnes qui, chaque jour, soignent les malades ou prennent à coeur de défendre les intérêts de ceux-ci.

Leurs efforts à tous témoignent d'une volonté d'arriver à une politique globale de santé dont l'assurance-maladie n'est qu'un instrument.

Je remercie très sincèrement toutes les personnalités et organisations qui ont été consultées et qui, par leurs remarques et suggestions, ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Je remercie également les trois collaborateurs du commissariat : M. STASSART Jean-Paul, économiste, M. VAN ROORICK Fernand, docteur en droit, secrétaire d'administration au Ministère de la Prévoyance sociale, et Mlle VERHEIRSTRAETEN, secrétaire sténo-dactylographe, qui s'est chargée du travail matériel.

Ce rapport représente un instantané de l'assurance-maladie en constante évolution, de ses lignes de force et tendances, de ses résultats et défauts.

Un instantané ne permettait pas d'utiliser les données disponibles.

C'est ainsi que les données concernant les dépenses de l'assurance-maladie pour 1975 ne sont pas encore disponibles.

En ce qui concerne 1976, on a utilisé les chiffres budgétaires initiaux tels qu'ils ont été arrêtés par l'I.N.A.M.I.

Des mesures gouvernementales y ont apporté des modifications dont il n'a pu être tenu compte, étant donné qu'une révision complète des propositions budgétaires était nécessaire à cet égard.

Puissent ceux qui, à cause de leur tâche quotidienne, n'ont pas la possibilité d'étudier la problématique ou qui, grâce à leur activité professionnelle, y sont confrontés d'une manière permanente, trouver dans ce rapport un document de réflexion. Alors, cette mission sera peut-être parvenue à répondre au souhait de ceux qui en ont pris l'initiative et le rapport pourra être un point de départ pour de nouvelles orientations dans notre politique de santé.

Bruxelles, le 27 février 1976.

J. PETIT,
Commissaire royal.

CHAPITRE I : DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE LIBRE A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE.

§ 1er. Historique.

La société mutualiste peut se glorifier d'un passé historique qui remonte très loin.

Il ressort d'un rapport présenté à la Chambre le 20 janvier 1851 et basé sur des données réunies en 1850 par les gouverneurs, que différentes associations d'assistance mutuelle en cas de maladie et de décès sont nées avant le régime français ou au cours de celui-ci.

A l'origine, ces associations - appelées également "bourses" - furent créées par profession (boulangers, charpentiers, débardeurs, par exemple) - mais, plus tard, elles furent déclarées ouvertes à tout le monde "voor oogmerk hebbende den onderstand der zieke en de gebrekkelijke, alsmede de begravingen der doode" (1).

Chaque association avait son règlement propre, fixant la cotisation personnelle et les bénéfices accordés.

Ainsi, en 1885, l'association "Hulp et Onderstand" de Louvain payait en cas de maladie une subvention de 1.- franc par jour durant trois mois, de 0,50 franc par jour pour les frais du médecin, de 30 % du montant des dépenses pour les médicaments et, en cas de décès, le remboursement complet des frais funéraires.

Habituellement, les allocations de maladies étaient attribuées pendant une période de trois ou de six mois.

La plupart des associations ont connu des déficits qui furent couverts par des subventions de l'Etat, des dons ou des collectes.

La loi du 3 avril 1851 "sur les sociétés mutualistes" prévoyait une subvention de l'Etat pour autant que la mutuelle accepte un certain contrôle administratif (1) et que son activité se limite en principe (2) au secours en cas de maladies, de blessures ou d'infirmité, à une aide temporaire aux survivants et au remboursement des frais funéraires.

(1) Du règlement des filatures de Gand.

(2) La présence de droit du bourgmestre à l'assemblée générale (art. 6).

(3) Pas de caisse de pension (art. 1, dernier alinéa). Cette stipulation a été fortement critiquée. Elle a été ajoutée à la suite d'objections d'ordre financier (Pasin. 1851, p. 75, note 1).

C'est ainsi que s'est établi un système de sociétés mutualistes libres subventionnées. Cependant, les conditions trop strictes de reconnaissance et de contrôle par l'autorité centrale ont plutôt freiné le développement des mutuelles.

Par la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851, l'activité des caisses mutuelles a été étendue et soumise à une réglementation moins stricte (art. I).

La loi de 1894 aura une influence favorable sur le développement des sociétés. En 1895, il y avait déjà 759 sociétés reconnues totalisant 104.272 membres.

Avec la loi du 19 mars 1898, la subvention de l'autorité publique a été, en principe, liée à la reconnaissance officielle (art. 1 portant insertion d'un article 8bis à la loi de 1894).

Par la loi du 10 mai 1900 sur les pensions de retraite, une subvention annuelle de 2 francs par membre a été allouée aux sociétés mutualistes (art. 12).

Aussi, cette loi a fait naître de nombreuses caisses de retraite au sein des sociétés mutualistes et a également contribué largement à leur développement.

Le nombre de sociétés mutualistes reconnues était de 4.996 en 1900 pour un total de 425.068 membres.

A la fin du 19ème siècle, les sociétés mutualistes reconnues payaient principalement des allocations de maladie jusqu'à concurrence de 1 franc par jour pendant une période de 6 mois.

Le remboursement des frais pour soins médicaux était plutôt rare.

Par contre, l'intervention dans les frais funéraires était généralement répandue.

Par suite de difficultés financières et de la création généralisée de caisses de pension, les mutuelles se sont vues obligées de s'allier et de s'organiser administrativement. Ensuite, les alliances régionales se sont réunies en alliances nationales.

Ainsi, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes a été créée en 1906, l'Union nationale des fédérations de mutualités neutres en 1908, l'Union nationale des mutualités socialistes en 1913, la Ligue nationale des fédérations mutualistes libérales en 1914 et l'Union nationale des fédérations des mutualités professionnelles en 1920.

La première loi sur les accidents de travail du 24 décembre 1903 représentera un allègement des charges financières des mutuelles et, sous l'impulsion de L. Dusboisdenghien (1), les caisses de maladie procéderont à la réorganisation de leur gestion financière sur base de données actuarielles et de réelles techniques d'assurances.

Les cotisations sont fixées selon l'âge et la notion de risque est introduite. En même temps, une plus grande importance sera attribuée au remboursement des frais de prestations médicales et pharmaceutiques.

Après la première guerre mondiale, cette branche constituera l'activité la plus importante des caisses de maladie.

Par la loi du 5 mai 1912 accordant des primes aux caisses mutualistes d'invalidité, une subvention annuelle de l'Etat pour l'assurance contre "les maladies chroniques et l'invalidité prématurée" a été fixée à 60 % des cotisations (art. 2).

Les indemnités devaient atteindre un minimum de 1 franc par jour et être allouées au bout de trois ou de six mois, pendant lesquels la caisse mutuelle avait payé l'allocation de maladie (art. 3, 2°).

Ce fut là la première loi octroyant des subsides aux caisses de maladie.

"Chose remarquable, ces mutualités se sont constituées et ont prospéré sans le secours pécuniaire de l'Etat, sauf un léger subside destiné à couvrir les frais de premier établissement et une indemnité annuelle insignifiante de 25 francs pour frais d'écriture".

"En dehors de cette aide minime, ce sont les cotisations des membres actifs et les générosités des membres honoraires qui couvrent tous les risques de la maladie pendant les trois ou six mois" (2).

A la veille de la première guerre mondiale, plus de trois millions de personnes étaient affiliées en tant que membre ou membre de famille à une caisse de maladie.

Petit à petit, l'idée d'une assurance maladie générale obligatoire commence à être favorablement accueillie (3).

(1) De l'organisation technique et de la comptabilité rationnelle des sociétés de secours mutuels, Bruxelles 1898.

(2) Pasin. 1912, p. 197, rapport du Député C-ndebien.

(3) En Allemagne, un système obligatoire a été introduit en 1883 et au Grand-Duché en 1901. L'Italie et la France suivront plus tard, respectivement en 1928 et en 1930, les Pays-Bas en 1941.

Le 24 décembre 1897, le député Hector DENIS déposa une proposition de loi (1) inspirée par les lois d'assurance allemandes, en vue d'instituer une assurance d'invalidité obligatoire pour les ouvriers gagnant moins de 2.250 francs par an (art. 1.).

Le financement aurait été réalisé par des cotisations égales des ouvriers et des employeurs, ainsi que par des subsides de l'Etat à imputer sur un fonds spécial alimenté par des impôts sur le tabac et l'Alcool "consommations nuisibles et improductives" et pour moitié par un impôt sur les revenus dépassant les 2.250 francs par an (art. 25).

La proposition de loi du député de Gellinck d'Elseghem du 19 avril 1912 allait encore plus loin (2).

Son objectif était une assurance obligatoire pour ouvriers et employés avec possibilité d'inclure également les indépendants, pour autant que leurs revenus ne dépassent pas les 2.400 francs par an (art. 1).

Les mutualités pluralistes, de concert avec les conseils régionaux pour les personnes non affiliées à une mutualité existante, étaient chargées de l'exécution.

Le financement devrait être réalisé à concurrence de 50 % à charge de l'assuré, 25 % à charge des employeurs et 25 % à charge de l'Etat (art. 18 à 20).

Le 12 novembre 1912, le gouvernement introduira à son tour un projet de loi se rapprochant de la proposition de loi de de Gellinck d'Elseghem qui sera voté à la chambre le 8 mai 1914.

Ainsi, le parlement s'est prononcé en faveur d'un système d'assurance obligatoire (3).

Entretemps, le député Pecher avait également introduit une proposition de loi (4) avec, comme cosignataires, Deveze, Huysmans et Vanderveldt.

Cette proposition reprochait au projet de loi du gouvernement "un empirisme regrettable et plein de danger pour l'avenir".

Les mutualités étaient maintenues et la loi envisageait en même temps des institutions régionales de prévoyance (art. 6).

(1) Chambre 1897-98, document 40.

(2) Chambre 1911-12, document 222.

(3) En 1919, la proposition a rencontré l'opposition du Ministre J. Wauters qui, par arrêté royal du 25 juin 1919, a créé une commission chargée de la préparation d'un nouveau projet.

(4) Chambre 1912-13, document 261.

Le financement se faisait comme suit (par an et par titulaire) :

		<u>travailleur</u>	
Frais de maladie et indemnité	2 fr	12 fr	par cotisation de 1 fr (2)
invalidité	4 fr (1)	6 fr	par cotisation de 1 fr (3)
tuberculose	-	0,60 fr	(4)

"Un droit gratuit aux soins médicaux et prestations pharmaceutiques" était assuré aux travailleurs de plus de 65 ans (art. 25).

Dans le projet de loi du gouvernement, les retraités étaient dispensés de payer les cotisations.

Ils avaient droit au "service médical et pharmaceutique" "dans les limites des moyens disponibles".

Mais malgré toutes ces initiatives, l'assurance maladie-invalidité obligatoire ne fut pas introduite entre les deux guerres mondiales.

Toutefois, plusieurs propositions de loi tendaient à ce but (celles du député Pecher du 2 juillet 1925, du député Heyman du 12 juillet 1927, du sénateur Jauniaux du 9 novembre 1926 et du 20 novembre 1929, du député Deveze du 4 février 1931), ainsi qu'un projet de loi (du ministre Heyman du 10 décembre 1929) reprenant en grande partie le projet de loi de 1912 du gouvernement (5).

Ces propositions et projets prévoyaient la mise en application d'une assurance obligatoire pour des travailleurs dont le salaire ne dépassait pas un certain plafond.

Parfois, les affiliés devaient d'abord accomplir une période d'essai allant de 3 à 12 mois (art. 18, proposition de loi Jauniaux) ou passer un examen médical (art. 39, proposition de loi Deveze).

Devait intervenir dans le financement : les assurés par une cotisation personnelle, les employeurs, l'Etat et, lorsque les revenus ne suffisaient pas, l'Etat, la province, la commune ou les commissions d'assistance publique.

(1) 2 fr. dans le projet du gouvernement (art. 20).

(2) 0,25 fr par 12 fr (art. 21) dans le projet du gouvernement.

(3) Dans le projet du gouvernement, application de la loi du 5 mai 1912 (art. 22).

(4) Dans le projet du gouvernement, subside à charge de l'Etat.

(5) Pour une comparaison du contenu, voir R. Crémer : Le mouvement mutualiste en Belgique, R.B.S.S. 1964, pp. 102-132.

Les mutualités étaient maintenues, sauf dans la proposition de loi Jauni aux.

Cette dernière proposition prévoyait la création d'une caisse régionale de maladie pour les indemnités au cours des six premiers mois d'incapacité de travail pour cause de maladie et de traitement médical, d'une alliance provinciale de caisses régionales pour les indemnités résultant d'incapacité prolongée ou de certaines prestations médicales ou chirurgicales et d'un Service d'Etat chargé de l'assurance en cas d'invalidité, de tuberculose, de cancer, de décès et de maternité (art. 8).

Cette proposition de loi soulevait la question de savoir s'il fallait maintenir ou non des caisses de maladies ou les remplacer par des institutions d'Etat.

L'importance et la signification de la subvention de l'Etat étaient intimement liées à ces questions.

Ces discussions, l'existence d'une assurance mutualiste libre subventionnée ainsi que la crise économique de 1928 à 1932 ont empêché la réalisation d'une assurance maladie-invalidité obligatoire.

Sous l'occupation allemande, au cours de la seconde guerre mondiale, le gouvernement militaire a essayé d'introduire une assurance maladie obligatoire, financée par les cotisations des employeurs et des travailleurs.

Les mutualités disparurent parce que, selon l'occupant, elles étaient trop politiques ou trop liées aux syndicats (I).

Dans la clandestinité, des délégués d'employeurs et de travailleurs établirent un "projet d'accord de solidarité sociale" (2).

Ce projet constituait la base de la réglementation de la première assurance maladie-invalidité obligatoire introduite par l'arrêté du Régent du 21 mars 1945 sur l'organisation de l'assurance contre la maladie et l'invalidité, pris en exécution de l'article 6 de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

Cet arrêté-loi a voulu "une répartition plus équitable des fruits du travail", afin de libérer les employés "de la peur et de la misère".

(I) R. Crémer, op. cit. p. 127.

(2) Pour le texte, voir Revue du Travail 1943, pp. 9-14 et pour la portée, Revue du travail 1958, pp. 841, 850 et 1159.

L'assurance obligatoire devait éviter "des charges écrasantes pour le budget familial".

Cette assurance s'appuie sur "les grandes unions nationales de fédérations de mutualités reconnues, agréées à cette fin et, à titre complémentaire", sur des offices régionaux gérés par des comités paritaires d'employeurs et de travailleurs salariés. Les assurés choisiront librement d'être affiliés, soit à une mutualité affiliée à une des unions nationales agréées, soit à un office régional paritaire.

"L'administration générale de l'assurance maladie-invalidité sera confiée à un fonds national d'assurance maladie-invalidité, constitué en établissement public autonome et administré lui-même par un comité comprenant en nombre égal des représentants des organisations syndicales des travailleurs et des organisations d'employeurs, respectivement les plus représentatives et un représentant de chacune des unions nationales agréées, plus des commissaires du gouvernement" ...

"Pour le fonctionnement des services régionaux d'assurance maladie-invalidité, les dispositions seront prises pour faire gérer ces offices par des comités paritaires de représentants des employeurs et de représentants des travailleurs et aussi pour intéresser les assurés eux-mêmes à l'administration des offices. On réagira contre toute prépondérance bureaucratique. On sauvegardera précieusement les facteurs de progrès qui se trouvent dans la participation des bénéficiaires d'une institution sociale, à son administration, même quand cette institution a un caractère obligatoire. En d'autres termes, on s'écartera catégoriquement de toute conception étatique" (1).

De son côté, le gouvernement belge à Londres avait constitué une commission pour l'étude des problèmes de l'après-guerre (2).

Le volet social du rapport conclut à la reconnaissance d'un droit à l'assurance sociale pour chaque Belge, qu'il soit travailleur, employeur, indépendant ou rentier.

Les mêmes bénéfices devaient être attribués à chacun.

Le financement devait être réalisé en partie par une cotisation unique en fonction des revenus, mais surtout par des subsides de l'Etat, ce qui impliquerait la nécessité d'accroître la progression des impôts et d'établir un contrôle plus strict.

(1) Du rapport au Régent.

(2) R. Roch : Un plan de sécurité sociale, Revue du Travail 1958, p. 1175.

La majorité était en faveur de la disparition des mutualités.

Une minorité était d'avis qu'elles pouvaient continuer à jouer un rôle dans un système d'assurance obligatoire.

Le législateur de 1944 s'est bien rendu compte du caractère provisoire de ses plans.

"C'est le désir du gouvernement de consacrer sans délai, dans son principe même, la notion de sécurité sociale, mais de donner un caractère provisoire aux modalités d'application ... (1).

Et plus loin, en ce qui concerne le financement du système,

"... que les estimations que l'on aura faites sont suffisantes pour s'engager sans gros aléa dans cette expérience. Ce n'est qu'après avoir fait celle-ci qu'on disposera effectivement de données positives qui permettront l'établissement d'un régime définitif de sécurité sociale ... (1)

En ce qui concerne la structure administrative :

"... la création d'institutions transitoires permettant l'essai provisoire en vue de l'établissement d'une législation d'un caractère durable" (1).

Les mutualités, dans leur conception pluraliste, étaient maintenues.

L.E. Troclet (2) l'a expliqué comme suit :

"Au point de vue gouvernemental en tout cas, l'adoption provisoire du système repose sur la constatation indiscutable que, sans la cristallisation des organismes préexistants, la réalisation de la Sécurité sociale eut été largement retardée et risquait même d'être sérieusement compromise. En effet, le conflit entre pluralistes et unitaristes se serait prolongé. Et si le rationalisme des unitaristes avait fini par triompher, il eut fallu créer de toutes pièces de vastes organismes. Ceux-ci fussent entrés en fonction sans l'appoint de la moindre expérience au milieu du désordre et du mécontentement général des employeurs et des travailleurs. Et lorsqu'un mécontentement atteint un certain niveau, il prend un aspect politique au sens large des mots".

(1) Rapport au Régent relatif à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944.

(2) Problèmes généraux de la Sécurité sociale en Belgique, Bruxelles 1961, p. 81.

Outre leur rôle en tant qu'institutions d'assurance dans le système d'assurance maladie-invalidité obligatoire, les mutualités ont poursuivi l'accomplissement d'une tâche importante dans le cadre de l'assurance Libre,

La réforme de 1944, dont le mérite essentiel est d'avoir introduit l'assurance obligatoire, n'a pourtant pas instauré un système unitaire pour tous les Belges, ce qui ressortira de la structure administrative de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (voir chapitre II).

Lorsqu'on examine rétrospectivement notre système de sécurité sociale on constate qu'il a été réalisé d'une manière assez désordonnée.

M. Leen, ancien commissaire d'Etat adjoint pour la sécurité sociale et administrateur général honoraire de l'Office national de Sécurité sociale, a regretté cette façon de procéder, en 1944, du législateur :

"Je me permets de souligner et je ne demande à personne de partager cette opinion, que l'on doit signaler dans notre droit de la sécurité sociale l'absence de ce que je pourrais appeler une pensée directrice. Je ne puis pas me défaire de l'idée et je persiste à croire que si cette pensée directrice avait été présente de prime abord lors de l'élaboration du droit à la sécurité sociale, nous aurions actuellement un autre système de sécurité sociale que celui que nous connaissons à présent" (1).

Dans d'autres pays également, on s'est aperçu de l'absence d'une pensée directrice dans le système existant de sécurité sociale et on le regrette tout autant.

Aussi, les objectifs de la sécurité sociale feront-ils l'objet d'un examen spécial.

(1) Aspect juridiques de la sécurité sociale. Rapport de la journée d'études tenue par le Ministère de la Sécurité sociale, le 23 janvier 1965, à Bruxelles, p. 68.

§ 2.- Objectifs de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Bien que l'objectif de ce rapport soit l'assurance maladie-invalidité, il faut bien la situer dans l'ensemble du droit social si l'on veut déterminer ses objectifs et sa signification économique-sociale.

L'assurance maladie-invalidité appartient à la sécurité sociale.

Le terme "sécurité sociale" était déjà employé à la fin du 19ème siècle (1).

Bismarck l'a utilisé lorsqu'il a constaté :

"L'incertitude sociale des travailleurs est la cause réelle de ce qu'ils constituent un facteur incertain dans l'Etat".

C'est avec le "Social Security Act", promulgué le 14 août 1935 par le Président F.D. Roosevelt, que le terme a été généralement accepté du point de vue juridique.

Dans son message du 6 janvier 1941 au Congrès américain, le Président l'a encore utilisé en rapport avec son objectif bien connu "freedom from want".

Bien que l'influence du "Social Security Act" soit surestimée et qu'il ne faille pas rechercher dans cette loi l'origine de la sécurité sociale moderne, elle signifiait néanmoins la fin d'une époque, celle de la non intervention de l'Etat dans le domaine social et économique.

La crise de 1929 mettra l'accent sur la nécessité d'une liaison entre une politique sociale et une politique économique.

Les efforts de F.D. Roosevelt et la doctrine de Keynes ont influencé Lord Beveridge dans la rédaction de son rapport "Insurance and Allied Services", publié le 1er décembre 1942.

Dans sa définition de la sécurité sociale en tant que "la garantie d'un revenu qui prendra la place d'un salaire lorsque celui-ci est interrompu par suite de chômage, de maladie ou d'accident, puis pourvoir au

(1) J.J. Dupeyroux : Sécurité sociale. Précis Dalloz, 5ème édition 1973, p. 4, note 3.- Voir également la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789, qui traite du "droit à la sûreté".

paiement de pensions de vieillesse, pourvoir aux besoins lorsqu'il n'y a plus de revenus du fait de la mort d'une autre personne, et l'aide en cas de dépenses extraordinaires" (1), il se rallie à la politique de F.D. Roosevelt contre la misère, tout en donnant les caractéristiques essentielles de la notion de sécurité sociale.

Dans les nombreuses définitions de la sécurité sociale, cette idée fondamentale revient toujours : sauvegarder autant que possible le pouvoir d'achat des individus, aussi bien lorsque la source des revenus est supprimée que lorsqu'apparaissent des charges exceptionnellement lourdes pour le budget individuel (2).

Le rapport au Régent relatif à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 met également l'accent sur la nécessité de "libérer les citoyens de la crainte de la misère", d'arriver "à une répartition plus juste des fruits du travail commun" et de garantir "cette sécurité sociale" à chacun.

Voilà les objectifs primordiaux de la sécurité sociale.

La sécurité sociale est donc un moyen pour garantir à l'homme la sécurité à l'existence.

La norme sécurité d'existence est susceptible d'interprétation.

Le droit à la sécurité d'existence peut non seulement être garanti à ceux qui vivent de leur travail, mais il doit être assuré à chacun.

L'article 25.1 de la Déclaration des Droits de l'Homme accorde à toute personne le "droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté".

Normalement, l'homme pourvoit à ses moyens de subsistance par son travail.

(1) Cité de A. Van Phijn : "Sociale Zekerheid", Rapport Den Haag 1945, p. 3.

(2) G.M.J. Velkamp : Grenzen en mogelijkheden van de sociale zekerheid, S.M.A. 1975, p. 500.- Du même auteur : The coherence of social security policy, International Labour Review 1973, p. 357.

Toutefois, lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à des moyens de subsistance, il devra recevoir des allocations qui remplacent le revenu dont il est privé.

Ces allocations peuvent être temporaires (indemnités en cas de maladie, par exemple) ou permanente (indemnités pour une incapacité de travail permanente).

Il arrive également que le revenu ne soit pas suffisant pour pouvoir supporter certaines dépenses, comme celles qu'entraînent la maladie ou l'undécès.

La sécurité sociale devra alors garantir le remboursement total ou partiel de ces frais.

La sécurité sociale constitue donc une base de la sécurité d'existence.

Il existe différents points de vue en ce qui concerne la délimitation de la notion sécurité sociale.

Comme telle, elle peut être interprétée dans le sens le plus large et comprendre, par exemple, des subventions d'étude, des réductions d'impôts en raison de charges familiales, des secours de tout genre, l'assistance publique, etc...

Mais une telle interprétation n'est pas sans danger: "l'hypertrophie du concept suggère la négation de son autonomie : étant tout, la sécurité sociale n'est plus rien en particulier, sinon peut-être un esprit, une mystique".

"Dans cette perspective, il serait alors difficile de concevoir un droit de la sécurité sociale comme discipline autonome : la presque totalité des notions composant le droit positif d'une nation moderne constituerait ce droit de la sécurité sociale" (1).

Aussi, la plupart des auteurs (2) limitent-ils le concept juridique sécurité sociale au :

I. revenu de remplacement en cas :

- d'incapacité de travail (par suite de maladie, accident ou grossesse) ;
- de chômage;
- de vieillesse ;
- de veuvage.

(1) J.J. Dupeyroux, op. cit., p. 18.

(2) Voir, par exemple, W. Leën, in Van Goethem, Leën en Geysen : Sociale zkerheidsrecht - s.d., p. 7.

J.J. Dupeyroux, op. cit. pp. 8-11.

H. Lenaerts : Inleiding tot het sociaal recht. Gent-Leuven 1973, pp. 481-483.

Voir également la convention n° 102 de l'I.A.O., le Code Européen concernant la sécurité sociale et les accords européens n° 102, n° 103, n° 104, n° 105, n° 106, n° 107, n° 108, n° 109, n° 110, n° 111, n° 112, n° 113, n° 114, n° 115, n° 116, n° 117, n° 118, n° 119, n° 120, n° 121, n° 122, n° 123, n° 124, n° 125, n° 126, n° 127, n° 128, n° 129, n° 130, n° 131, n° 132, n° 133, n° 134, n° 135, n° 136, n° 137, n° 138, n° 139, n° 140, n° 141, n° 142, n° 143, n° 144, n° 145, n° 146, n° 147, n° 148, n° 149, n° 150, n° 151, n° 152, n° 153, n° 154, n° 155, n° 156, n° 157, n° 158, n° 159, n° 160, n° 161, n° 162, n° 163, n° 164, n° 165, n° 166, n° 167, n° 168, n° 169, n° 170, n° 171, n° 172, n° 173, n° 174, n° 175, n° 176, n° 177, n° 178, n° 179, n° 180, n° 181, n° 182, n° 183, n° 184, n° 185, n° 186, n° 187, n° 188, n° 189, n° 190, n° 191, n° 192, n° 193, n° 194, n° 195, n° 196, n° 197, n° 198, n° 199, n° 200, n° 201, n° 202, n° 203, n° 204, n° 205, n° 206, n° 207, n° 208, n° 209, n° 210, n° 211, n° 212, n° 213, n° 214, n° 215, n° 216, n° 217, n° 218, n° 219, n° 220, n° 221, n° 222, n° 223, n° 224, n° 225, n° 226, n° 227, n° 228, n° 229, n° 230, n° 231, n° 232, n° 233, n° 234, n° 235, n° 236, n° 237, n° 238, n° 239, n° 240, n° 241, n° 242, n° 243, n° 244, n° 245, n° 246, n° 247, n° 248, n° 249, n° 250, n° 251, n° 252, n° 253, n° 254, n° 255, n° 256, n° 257, n° 258, n° 259, n° 260, n° 261, n° 262, n° 263, n° 264, n° 265, n° 266, n° 267, n° 268, n° 269, n° 270, n° 271, n° 272, n° 273, n° 274, n° 275, n° 276, n° 277, n° 278, n° 279, n° 280, n° 281, n° 282, n° 283, n° 284, n° 285, n° 286, n° 287, n° 288, n° 289, n° 290, n° 291, n° 292, n° 293, n° 294, n° 295, n° 296, n° 297, n° 298, n° 299, n° 300, n° 301, n° 302, n° 303, n° 304, n° 305, n° 306, n° 307, n° 308, n° 309, n° 310, n° 311, n° 312, n° 313, n° 314, n° 315, n° 316, n° 317, n° 318, n° 319, n° 320, n° 321, n° 322, n° 323, n° 324, n° 325, n° 326, n° 327, n° 328, n° 329, n° 330, n° 331, n° 332, n° 333, n° 334, n° 335, n° 336, n° 337, n° 338, n° 339, n° 340, n° 341, n° 342, n° 343, n° 344, n° 345, n° 346, n° 347, n° 348, n° 349, n° 350, n° 351, n° 352, n° 353, n° 354, n° 355, n° 356, n° 357, n° 358, n° 359, n° 360, n° 361, n° 362, n° 363, n° 364, n° 365, n° 366, n° 367, n° 368, n° 369, n° 370, n° 371, n° 372, n° 373, n° 374, n° 375, n° 376, n° 377, n° 378, n° 379, n° 380, n° 381, n° 382, n° 383, n° 384, n° 385, n° 386, n° 387, n° 388, n° 389, n° 390, n° 391, n° 392, n° 393, n° 394, n° 395, n° 396, n° 397, n° 398, n° 399, n° 400, n° 401, n° 402, n° 403, n° 404, n° 405, n° 406, n° 407, n° 408, n° 409, n° 410, n° 411, n° 412, n° 413, n° 414, n° 415, n° 416, n° 417, n° 418, n° 419, n° 420, n° 421, n° 422, n° 423, n° 424, n° 425, n° 426, n° 427, n° 428, n° 429, n° 430, n° 431, n° 432, n° 433, n° 434, n° 435, n° 436, n° 437, n° 438, n° 439, n° 440, n° 441, n° 442, n° 443, n° 444, n° 445, n° 446, n° 447, n° 448, n° 449, n° 450, n° 451, n° 452, n° 453, n° 454, n° 455, n° 456, n° 457, n° 458, n° 459, n° 460, n° 461, n° 462, n° 463, n° 464, n° 465, n° 466, n° 467, n° 468, n° 469, n° 470, n° 471, n° 472, n° 473, n° 474, n° 475, n° 476, n° 477, n° 478, n° 479, n° 480, n° 481, n° 482, n° 483, n° 484, n° 485, n° 486, n° 487, n° 488, n° 489, n° 490, n° 491, n° 492, n° 493, n° 494, n° 495, n° 496, n° 497, n° 498, n° 499, n° 500, n° 501, n° 502, n° 503, n° 504, n° 505, n° 506, n° 507, n° 508, n° 509, n° 510, n° 511, n° 512, n° 513, n° 514, n° 515, n° 516, n° 517, n° 518, n° 519, n° 520, n° 521, n° 522, n° 523, n° 524, n° 525, n° 526, n° 527, n° 528, n° 529, n° 530, n° 531, n° 532, n° 533, n° 534, n° 535, n° 536, n° 537, n° 538, n° 539, n° 540, n° 541, n° 542, n° 543, n° 544, n° 545, n° 546, n° 547, n° 548, n° 549, n° 550, n° 551, n° 552, n° 553, n° 554, n° 555, n° 556, n° 557, n° 558, n° 559, n° 560, n° 561, n° 562, n° 563, n° 564, n° 565, n° 566, n° 567, n° 568, n° 569, n° 570, n° 571, n° 572, n° 573, n° 574, n° 575, n° 576, n° 577, n° 578, n° 579, n° 580, n° 581, n° 582, n° 583, n° 584, n° 585, n° 586, n° 587, n° 588, n° 589, n° 590, n° 591, n° 592, n° 593, n° 594, n° 595, n° 596, n° 597, n° 598, n° 599, n° 600, n° 601, n° 602, n° 603, n° 604, n° 605, n° 606, n° 607, n° 608, n° 609, n° 610, n° 611, n° 612, n° 613, n° 614, n° 615, n° 616, n° 617, n° 618, n° 619, n° 620, n° 621, n° 622, n° 623, n° 624, n° 625, n° 626, n° 627, n° 628, n° 629, n° 630, n° 631, n° 632, n° 633, n° 634, n° 635, n° 636, n° 637, n° 638, n° 639, n° 640, n° 641, n° 642, n° 643, n° 644, n° 645, n° 646, n° 647, n° 648, n° 649, n° 650, n° 651, n° 652, n° 653, n° 654, n° 655, n° 656, n° 657, n° 658, n° 659, n° 660, n° 661, n° 662, n° 663, n° 664, n° 665, n° 666, n° 667, n° 668, n° 669, n° 670, n° 671, n° 672, n° 673, n° 674, n° 675, n° 676, n° 677, n° 678, n° 679, n° 680, n° 681, n° 682, n° 683, n° 684, n° 685, n° 686, n° 687, n° 688, n° 689, n° 690, n° 691, n° 692, n° 693, n° 694, n° 695, n° 696, n° 697, n° 698, n° 699, n° 700, n° 701, n° 702, n° 703, n° 704, n° 705, n° 706, n° 707, n° 708, n° 709, n° 710, n° 711, n° 712, n° 713, n° 714, n° 715, n° 716, n° 717, n° 718, n° 719, n° 720, n° 721, n° 722, n° 723, n° 724, n° 725, n° 726, n° 727, n° 728, n° 729, n° 730, n° 731, n° 732, n° 733, n° 734, n° 735, n° 736, n° 737, n° 738, n° 739, n° 740, n° 741, n° 742, n° 743, n° 744, n° 745, n° 746, n° 747, n° 748, n° 749, n° 750, n° 751, n° 752, n° 753, n° 754, n° 755, n° 756, n° 757, n° 758, n° 759, n° 760, n° 761, n° 762, n° 763, n° 764, n° 765, n° 766, n° 767, n° 768, n° 769, n° 770, n° 771, n° 772, n° 773, n° 774, n° 775, n° 776, n° 777, n° 778, n° 779, n° 780, n° 781, n° 782, n° 783, n° 784, n° 785, n° 786, n° 787, n° 788, n° 789, n° 790, n° 791, n° 792, n° 793, n° 794, n° 795, n° 796, n° 797, n° 798, n° 799, n° 800, n° 801, n° 802, n° 803, n° 804, n° 805, n° 806, n° 807, n° 808, n° 809, n° 810, n° 811, n° 812, n° 813, n° 814, n° 815, n° 816, n° 817, n° 818, n° 819, n° 820, n° 821, n° 822, n° 823, n° 824, n° 825, n° 826, n° 827, n° 828, n° 829, n° 830, n° 831, n° 832, n° 833, n° 834, n° 835, n° 836, n° 837, n° 838, n° 839, n° 840, n° 841, n° 842, n° 843, n° 844, n° 845, n° 846, n° 847, n° 848, n° 849, n° 850, n° 851, n° 852, n° 853, n° 854, n° 855, n° 856, n° 857, n° 858, n° 859, n° 860, n° 861, n° 862, n° 863, n° 864, n° 865, n° 866, n° 867, n° 868, n° 869, n° 870, n° 871, n° 872, n° 873, n° 874, n° 875, n° 876, n° 877, n° 878, n° 879, n° 880, n° 881, n° 882, n° 883, n° 884, n° 885, n° 886, n° 887, n° 888, n° 889, n° 890, n° 891, n° 892, n° 893, n° 894, n° 895, n° 896, n° 897, n° 898, n° 899, n° 900, n° 901, n° 902, n° 903, n° 904, n° 905, n° 906, n° 907, n° 908, n° 909, n° 910, n° 911, n° 912, n° 913, n° 914, n° 915, n° 916, n° 917, n° 918, n° 919, n° 920, n° 921, n° 922, n° 923, n° 924, n° 925, n° 926, n° 927, n° 928, n° 929, n° 930, n° 931, n° 932, n° 933, n° 934, n° 935, n° 936, n° 937, n° 938, n° 939, n° 940, n° 941, n° 942, n° 943, n° 944, n° 945, n° 946, n° 947, n° 948, n° 949, n° 950, n° 951, n° 952, n° 953, n° 954, n° 955, n° 956, n° 957, n° 958, n° 959, n° 960, n° 961, n° 962, n° 963, n° 964, n° 965, n° 966, n° 967, n° 968, n° 969, n° 970, n° 971, n° 972, n° 973, n° 974, n° 975, n° 976, n° 977, n° 978, n° 979, n° 980, n° 981, n° 982, n° 983, n° 984, n° 985, n° 986, n° 987, n° 988, n° 989, n° 990, n° 991, n° 992, n° 993, n° 994, n° 995, n° 996, n° 997, n° 998, n° 999, n° 1000.

2. Remboursement de frais :

- allocation familiale ;
- frais de maladie ;
- funérailles.

Mais en droit belge, le concept sécurité sociale diffère de cette interprétation internationale généralement acceptée.

En matière de sécurité sociale, le législateur a toujours suivi une politique pragmatique sans jamais se soucier d'un système bien ordonné.

Pour des raisons techniques, la réglementation sur les congés des travailleurs a été annexée à la sécurité sociale des travailleurs, tandis que, pour des raisons historiques et juridiques, les dispositions relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ne sont pas comprises (1) dans le système, bien que l'on constate un certain rapprochement.

Pour les indépendants, le système de la sécurité sociale se limite à un revenu de remplacement en cas de maladie, de vieillesse et de veuvage, et à un remboursement de frais pour enfants ou en cas de maladie.

La réglementation sur les indemnités aux handicapés ou sur les allocations pour leur reclassement social n'a pas été englobée dans les deux systèmes de la sécurité sociale.

La sécurité sociale fait également partie d'une politique de sécurité sociale dont le but est d'assurer une nouvelle redistribution des revenus (2) non seulement horizontale c'est à dire de la population active à la population non active, mais également verticale, c.a.d. des niveaux supérieurs aux niveaux inférieurs, d'autant plus que le système actuel des impôts sur le revenu est assez imparfait (3) et que la numérotation des prestations entraîne une plus grande différenciation (4), d'adapter le niveau des prestations à l'évolution des salaires et du bien-être,

- (1) Voir cependant art. 6 de la loi du 14 décembre 1944, pour compléter d'un 100 l'article I de la loi du 7 septembre 1939, conférant au Roi des pouvoirs extraordinaires "pour apporter des modifications ou compléments à la législation ... b) concernant les assurances sociales, y COMPRIS les accidents de travail, les maladies professionnelles ou autres ... en vue de réaliser et d'organiser la sécurité sociale".
- (2) D'autant plus que la répartition des revenus est encore très inégale. Voir G. Eyskens e.a. : *Het land waarin wij werken*, 1974, p. 103. Voir également J. Lecaillon : *L'inégalité des revenus*. Paris 1970, pp. 181-182.
- (3) G. Eyskens, o.c. p. 114.
- (4) G. Eyskens, o.c. pp. 105-107.

l'extension du "paquet de sécurité" à de nouvelles catégories de personnes et en prévoyant des risques que ne sont pas encore couverts et qui pourraient affecter la sécurité de l'existence économique individuelle, dans l'ensemble du système de la sécurité sociale; de prendre des mesures préventives afin d'exclure certains risques: réintégration des travailleurs dans le processus du travail (politique de mise au travail, rééducation); de pourvoir à l'établissement des institutions collectives nécessaires (cliniques, homes de vieillards, homes de vacances, crèches, jardins d'enfants) ainsi que les services collectifs qui s'y rattachent (garde des enfants, aide familiale, soins à donner aux malades à domicile, services d'aide aux vieillards, organisation des loisirs, récréation, etc ...).

Appliquée à l'assurance maladie invalidité, une politique de sécurité sociale ne comprendra pas seulement les indemnités et les soins de santé, mais s'intéressera également au service hospitalier, à l'établissement des pharmaciens et des collaborateurs para-médicaux, à la pollution de l'air et de l'eau, à la distribution de l'eau, à la pollution par le bruit, à la prévention des accidents du travail et de la circulation, à la sécurité et à l'hygiène dans les lieux de travail, à la lutte contre l'alcoolisme, à la prophylaxie contre la tuberculose, au contrôle médical scolaire, etc ... c.a.d. à toute la politique de la santé.

Les objectifs de la sécurité sociale ont connu des modifications au cours de ces trente dernières années.

Par sa finalité, elle est en fait liée à l'évolution des besoins et aux glissements socio-économiques.

Dans une société, encore marquée par la crise de 1929 et les misères de la guerre, l'état doit avant tout pourvoir aux besoins de première nécessité (alimentation, habillement, logement).

En 1944 le groupe des travailleurs correspondait en partie au groupe des nécessiteux.

La croissance économique s'est surtout efforcée d'atteindre un certain niveau de vie, de sorte que la limite du minimum vital est dépassée.

L'homme a également accordé plus d'attention aux soins de sa propre personne (santé, repos, vacances) et à l'épanouissement de sa personnalité (culture).(I)

(I) Recht op zelfontplooiing en recht op gelijke kansen.
G.M.J. Veldkamp : Sociale triptiek. Den Haag 1968.

Si, en déterminant le revenu de remplacement, il est possible de limiter les besoins (par ex. un pourcentage du salaire ou si en fixant le revenu complémentaire, il est possible de trouver un critère objectif en matière d'allocations familiales pour les frais d'entretien de l'enfant, en matière de soins de santé, il n'existe pas de limites ou de critères.

Les besoins sont infinis, mais les moyens financiers restent limités.

"Cette tension déjà sensible entre la pression des besoins et l'insuffisance des ressources devrait conduire à rationaliser l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble des services concourant à protéger et à améliorer la santé de la population" (1)

D'après certains auteurs (2) "ne faut-il pas s'hypnotiser sur l'équilibre financier : l'essentiel, n'est-ce pas l'évolution de la charge globale par rapport au revenu national. Les discussions limitées aux questions financières risquent de plus, de faire oublier les objectifs généraux et vénéreux de la sécurité sociale et le sens de l'évolution générale qui est d'augmenter la protection individuelle et familiale."

Il est indubitable que la sécurité sociale peut encore être améliorée et élargie mais que le développement jugé adéquat doit aussi être économiquement réalisable.

"~an grote betekenis is in dit verband de bereidheid van de bevolking een toenemend deel van het inkomen af te staan voor doeleinden van sociale zekerheid" (3).

L'augmentation des cotisations de la sécurité sociale cause des malaises, tant chez les employeurs que chez les employés. Par contre un allourdissement de la fiscalité provoque l'irritation des contribuables.

Considéré d'un point de vue macro-économique la période 1963-1974 présente une croissance plus rapide des recettes (423,9 %) et des dépenses (420,5 %) pour la sécurité sociale des travailleurs que la croissance du produit national brut (298,5 %), du revenu national (307,3 %) et de l'évolution des salaires (254.).

(1) G. Perrin: Vues prospectives sur la sécurité sociale, RBSS 1970, p. 1156.

(2) A. Delpérée : La sécurité sociale : ses objectifs, son évolution, ses problèmes de demain, RBSS 1970, p. 7.

(3) G.M.J. Veldkamp, en J.J.A. Berger: het perspectief van de ontwikkeling van de sociale zekerheid in Economie van de sociale zekerheid. Deventer 1974, p. 52.

Pour les indépendants, la croissance des recettes était, durant la même période de 567,7 % et celle des dépenses de 636,3 %.

La sécurité sociale des employés et des indépendants occupe la plus grande part dans le budget social de l'état. (53 % en 1974)

Ce phénomène, qui n'est pas propre à notre pays (voir tableau I) est la cause d'une constante préoccupation visant à maintenir l'équilibre financier du système sans violer la croissance économique.

Tableau I.

Le pourcentage du revenu national affecté à la redistribution par les systèmes de la sécurité sociale.

	1950	1960	1970	1971	1972
Belgique	12,6	15,9	18,3	22,9	24,1
France	13,9	15,3	20,2	23,9	24,4
Pays-Bas	7,9	13,7	18,7	25	28
Luxembourg	12,3	16,7	20,3	22,9	26,6
Allemagne de l'Ouest	13,3	17,4	19,9	26,4	28,9

Sources : 1950 : B.I.T. 1960 à 1972 : C.E.E.

Puisqu'il n'est nullement possible d'affecter l'ensemble du revenu national à la sécurité sociale, il est primordial de voir quels sont les besoins à couvrir, les catégories de personnes concernées, de déterminer les moyens financiers, et les formes d'organisation et de gestion nécessaires.

Ceci semble être la tâche de cette étude, mais limitée à l'assurance maladie-invalidité.

La réponse à ce problème devra se situer dans la perspective des objectifs et du développement de la sécurité sociale.

Cette perspective ne devra pas seulement être examinée d'après le modèle Belge, mais aussi sur le plan Européen, étant donné la nécessité d'aboutir à une harmonisation sociale dans la C.E.E. (1), (2).

Cette harmonisation sociale s'orientera vers une image idéale de l'avenir, plutôt que vers une simple adaptation de la législation nationale à celles d'autres pays plus avancés en cette matière.

(1) Au sujet de la signification de ce terme, voyez J. Van Langendonck : De harmonisering van de sociale zekerheid in de E.E.G., Instituut voor Sociale Zekerheid, nr. 11, Leuven, 1971.

(2) J. Van Langendonck : L'harmonisation de l'assurance sociale et de santé au sein de la C.E.E., RBSS, 1972, p. 463-486.
F. Netter: la sécurité sociale et ses principes, Paris 1959, en particulier le chapitre III. Les tendances actuelles de la sécurité sociale, n. 38 à 40.

L'évolution de la sécurité sociale à long terme démontre :

- I. Une structure intégrée de la sécurité sociale: les systèmes spéciaux disparaissent (1), (2), malgré les réactions visant à les maintenir; il se dessine par ailleurs une tendance à la création d'un financement uniforme centralisé ayant comme forme extrême le service national de la santé.
2. Un glissement des rôles : L'assurance obligatoire donne de plus en plus aux anciennes organisations privées le caractère d'organes exécutif de droit public, sans qu'elles deviennent pour autant des institutions de droit public.
Dans les organismes d'assurance, au sens strict du terme, les mutualités s'occupent de moins en moins activement de la gestion de l'assurance maladie, de la représentation des intérêts des assurés, et des soins de santé en général. (3)
3. Un élargissement du champ d'application: les systèmes de sécurité sociale des travailleurs sont transformés en assurance populaire, en premier lieu grâce à l'élargissement du concept travailleur, ensuite par le procédé juridique de l'égalisation, plus tard grâce à l'élaboration d'un système pour indépendants, et finalement grâce à l'intégration des groupes de population non-active. (4) Dans le secteur des soins de santé cet élargissement graduel est presque accompli.

Cet extension aux pensionnés, handicapés, étudiants et personnes non protégées, fait disparaître la relation classique existant entre le travail et la sécurité sociale.

Cela provoque à son tour l'effacement des caractéristiques individualistes de l'assurance sociale. (5)

Puisque les prestations et les cotisations ne trouvent plus seulement leur fondement dans le travail, d'autres moyens de financement sont recherchés.

-
- (1) Voir par ex. art. 7 de la loi du 27 juin 1969 sur la révision de l'arrêt-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des ouvriers et de l'intégration du personnel des services publics du système général relatif aux soins de santé.
 - (2) Voir aussi G. Perrin : La sécurité sociale comme mythe et comme réalité, RBSS, 1966, p. 1039-1075.
 - (3) R. Vandenheuvel : Rolverschuiving van de ziekenfondsen. TPR 1974, p. 381-387.
 - (4) Voir également G. Perrin : La sécurité sociale comme mythe et comme réalité RBSS 1966, p. 1039-1075.
 - (5) N.E.H. van Esveld : het rechtskarakter onzer sociale verzekering, SMA 1950, p. 226.
N.E.H. van Esveld en G.M.J. Veldkamp : Vrijheid en dwang in het arbeidsrecht, SMA 1975, p. 286.

Certains songent à une intégration du système de perception de la sécurité sociale à la perception des impôts.(1)

D'autres mettent l'accent sur le fait qu'il faut tenir compte des possibilités financières de toutes les parties intéressées.

De toute façon, il existe une tendance à remplacer la solidarité de la profession, du groupe professionnel ou du groupe social, par une solidarité nationale.

Tableau 2.

	EVOLUTION DU NOMBRE D'AYANTS-DROIT.		
	1222	12112	122Q
Belgique	67,4	90,6	99
Allemagne de l'Ouest	80,4	87,3	90
France	64,2	88	98
Italie	60	85,2	91
Luxembourg	73,8	98,1	99
Pays-Bas	75,9	74,1	(1) 76 (1)
Royaume-Uni	-	100	100
Irlande	-	-	(30 (2)
			(90 (3)
Danemark	-	94	100

(1) 100 % en cas de maladie grave.

(2) Soins médicaux gratuits de tout genre, traitement clinique et chirurgical inclusif.

(3) Seulement séjour gratuit à l'hôpital, chirurgie et traitement de spécialistes, accouchement et soins pour nourrissons.

Source : C.E.E.

4. la suppression des plafonds de salaire (2) ou du plafond du revenu pris en considération pour le calcul des cotisations de la sécurité sociale (3), et l'instauration d'un plafond de dispense d'obligation de cotisation.

En outre, on peut également apercevoir un changement : passage d'une cotisation fixe à une cotisation calculée en fonction du salaire, et plus récemment, à une cotisation calculée en fonction du revenu. (4)

(1) G.M. Veldkamp, t.a.p., SMA 1975, p. 505.

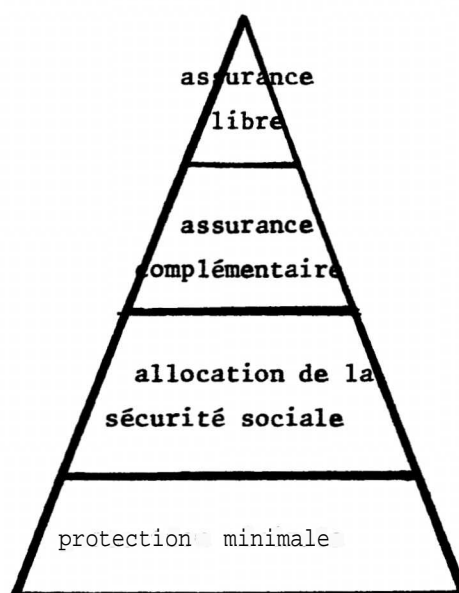
(2) En Irlande par ex. le plafond des salaires existe encore aux Pays-Bas et en Allemagne de l'ouest.

(3) Comme pour le secteur des soins de santé dans le régime des travailleurs en Belgique.

(4) par ex. le règlement pour les indépendants en Belgique,

l'A.W.B.Z. aux Pays-Bas.

5. l'attribution de prestations identiques à ~ la population : les limitations d'après les catégories de professions (par ex. les indépendants) limitations qui se traduisent par des périodes d'attente ou par fixation d'une durée, de même que le lien entre la cotisation et le droit aux allocations (1) disparaissent.
6. l'augmentation des allocations, en particulier pour les groupes plus faibles auxquels un minimum est garanti, et leur liaison non seulement au dernier salaire, mais aussi à l'évolution des prix et des salaires éventuellement complétées par des allocations complémentaires (2). Le tout présente ainsi un système pyramidal.



7. une intégration fonctionnelle: des lois d'assistance sont insérées dans la sécurité sociale, un seul règlement est substitué aux règlements particuliers.
8. la volonté de rationaliser et de simplifier le système imprécis et peu ordonné de la sécurité sociale.
9. et en ce qui concerne l'assurance maladie en particulier :
- a) délivrance des prestations directement par l'assurance sans passer par l'assuré (Allemagne de l'ouest, les Pays-Bas et l'Italie sont les pays les plus progressistes en cette matière) ;

(1) Aux Pays-Bas ~al p-x. avpr l'A.W.R. ~. ~o 19~7.

(2) par des assurances collectives, Fonds de sécurité sociales ou C.C.T.

- b) les conventions collectives avec les dispensateurs de soins de santé, qui ont force obligatoire ;
- c) intervention des autorités en cas d'absence ou en cas de non renouvellement de la convention ;
- d) programmation concertée pour les dépenses relatives aux soins de santé ;
- e) différenciation des honoraires suivant les circonstances dans lesquelles les soins ont été délivrés ;
- f) une plus grande collaboration entre les médecins traitants et les médecins contrôleurs ;
- g) couvrir un plus grand nombre de risques (1).

Pour la réalisation de ces objectifs, différents systèmes peuvent être adoptés. Ils peuvent être réduits à deux extrêmes.

"Les divers systèmes peuvent être confrontés avec deux options fondamentales. Selon la première - que nous qualifierons de libérale - il appartient à chacun de pourvoir à ses besoins selon le procédé de son choix."

"Le droit à un avantage ou prestation est la contrepartie d'une obligation. Toutefois, la collectivité impose à tous les individus des obligations limitées afin de permettre à chacun de satisfaire ses besoins essentiels dans la mesure où il est incapable d'y parvenir par ses propres moyens. La solidarité permet de mieux répartir les charges entre les individus en tenant compte de leur capacité contributive."

"Selon la seconde - que nous appellerons le service national - la collectivité doit fournir à chacun les moyens de satisfaire ses besoins jugés nécessaires, compte tenu des ressources techniques et économiques disponibles."

"Entre ces deux options extrêmes, il existe de nombreuses solutions intermédiaires dont s'inspirent les divers régimes de la sécurité sociale" (2).

L'expérience démontre que, quel que soit le système choisi, la problématique reste inchangée.

Sans éviter les problèmes structurels, ce rapport s'intéressera plus au volume et aux prix, qui sont la cause fondamentale de la pression verticale des dépenses.

(1) par ex. le Luxembourg : 52 semaines d'allocation de maladie au niveau du salaire brut. En Allemagne de l'ouest on accorde une allocation de maladie à un assuré qui pour cause de maladie d'un jeune enfant (8 ans) est forcé d'interrompre son activité professionnelle.

(2) F. Netter, o.c., p. 42-43.

CHAPITRE II : LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ASSURANCE

MALADIE-INVALIDITE OBLIGATOIRE

La structure administrative de l'assurance maladie-invalidité est assez compliquée.

Schématisée, elle se présente comme suit :

Pour le régime général, il existe une institution publique: l'Institut national d'assurance maladie - invalidité (I.N.A.M.I.) chargé de la gestion, du contrôle et de l'administration financière de l'assurance.

Il dispose également d'une compétence réglementaire et consultative limitée.

L'I.N.A.M.I. n'est donc pas un organisme assureur.

Il s'agit d'un établissement public doté de la personnalité civile investi par le Ministre de la Prévoyance Sociale et géré par un conseil général, composé des représentants des organisations des employeurs, des organisations des travailleurs, des organisations des indépendants, des organismes assureurs, des pharmaciens, des accoucheuses, des administrateurs d'établissements médicaux, des auxiliaires para-médicaux et, mais seulement avec voix consultative, des représentants de l'ordre des médecins et des dentistes.

Trois commissaires du gouvernement représentent respectivement le Ministre de la Prévoyance Sociale, le Ministre de La Santé Publique et le Ministre des Finances.

En outre, le gouvernement désigne des réviseurs, et la Cour des Comptes exerce également un contrôle.

Depuis le 16 mars 1975 le Ministre de la Prévoyance Sociale est encore secondé à l'I.N.A.M.I. par un conseiller budgétaire et financier qui suit de près et sur place l'évolution des recettes et des dépenses et les perspectives d'avenir.

L'I.N.A.M.I. comporte différents services.

1. Le service des soins médicaux : qui s'occupe des allocations couvrant les frais de maladie (prestations médicales et para-médicales, prescriptions magistrales et spécialités pharmaceutiques remboursables, frais d'entretien dans les hôpitaux, rééducation, etc...);

2. Le service des indemnités s'occupe des indemnités d'incapacité de travail primaire pendant la première année d'incapacité, des indemnités d'invalidité après un an d'incapacité, et des frais de funérailles;
3. Le service de contrôle médical veille au contrôle médical ;
4. Le service de contrôle administratif s'occupe du contrôle administratif des prestations de l'assurance des soins de santé et de l'assurance indemnités.

Chaque service a son propre organe de gestion à composition spécifique (voir tableau 3). Dans chaque organe de gestion, à l'exclusion de celui du contrôle administratif, siègent des commissaires du gouvernement (tableau 4).

En ce qui concerne les indépendants, il existe un propre comité de gestion pour les indemnités et, de surcroît, un bureau de coordination, composé des membres des comités de gestion pour les indemnités aux travailleurs et aux indépendants, chargé d'émettre un avis chaque fois que les deux systèmes ont un intérêt commun.

La mission financière de l'I.N.A.M.r. est exécutée en collaboration avec les services mentionnés, par les services généraux, administrés par le conseil général.

Le conseil général établit le budget commun, qui comporte les budgets suivants :

- les services généraux, établi par le conseil général;
- les soins de santé, établi par le comité de gestion du service des soins de santé;
- les indemnités, établi par le comité de gestion du service des indemnités;
- le contrôle médical, établi par le comité de gestion du service de contrôle médical;
- contrôle administratif, établi par le comité service de contrôle administratif.

Il soumet ce budget ainsi que son avis au Ministre de la Prévoyance Sociale.

Il assigne aussi les revenus de l'I.N.A.M.I. aux services des soins de santé et des indemnités.

En outre, l'I.N.A.M.r. comprend encore des conseils scientifiques (J), des conseils techniques, un conseil médical pour l'invalidité, un comité technique pour les problèmes des indépendants, un collège de médecins-directeurs et des commissions administratives.

Les relations financières et administratives entre les organismes assureurs et les bénéficiaires d'une part à l'exclusion des médecins et des dentistes, et les médecins et dentistes, pharmaciens, établissements de santé, accoucheuses, infirmières, kinésithérapeutes, opticiens, orthopédistes, acousticiens et bandagistes d'autre part, sont réglées par conventions, conclues au sein de commissions, créées auprès du service des soins médicaux et composées d'un nombre égal de représentants des organismes assureurs et des organisations représentatives pour le groupe intéressé.

Les institutions chargées de l'exécution de l'assurance sont les mutualités, groupées en fédérations, concentrées à leur tour en unions nationales.

Les mutualités sont des organismes privés, chargés du fonctionnement d'un service public, créé en vertu de la loi du 23 Juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1885 sur les associations mutualistes.

Elles reçoivent les frais d'administration pour le financement de leurs dépenses de fonctionnement.

On compte, au début de l'année 1975, (2) 2.683 mutualités, 120 fédérations et 5 unions nationales.

En outre, il existe une sixième institution de paiement, la Caisse auxiliaire d'assurances maladie - invalidité, qui est une institution publique pour les assurés non affiliés à une mutualité particulière.

Elle dispose de 10 services régionaux et possède son propre comité de gestion, composé des représentants des organisations représentatives des employeurs et travailleurs. Deux commissaires du gouvernement assistent aux séances, respectivement au nom du Ministre de la Prévoyance Sociale et du Ministre des Finances.

(J) Le règlement d'exécution a été abrogé par l'art. 10 de l'AR. du 28 septembre 1965.

(2) en 1939 resp. 2.680, 138 et 7.
en 1945 resp. 2.227, 121 et 5.

Tableau 3,

Collaborateurs
para- médicaux.

	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion	Comité de gestion
INAMI (art, 6 loi) a) conseil général (art. 7 loi)	+	+	+	x	x	+	+	+	+		+	+	+	+	+
b) Comité de gestion soins de santé (art. 11 loi)	+	+	+	x	x	+	+	+	+		+	+	+	+	+
c) Comité de gestion (I) des indemnités (art. 39 loi)	+	+							x ou +						
d) Comité de gestion (I) indemnités aux indé- pendants (art, 45 § 3 loi)			+						+						
e) Comité de gestion contrôle médical (art. 78 loi)				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
f) Comité de gestion contrôle administratif (art, 93 loi)	+	+							+						
Caisse auxiliaire d'assurance maladie - invalidité. (art, 5 loi)	+	+													

(I) Une coordination s'est créée entre les deux comités

+ = voix délibérative
x = voix consultative

Tableau 4.

N°

Commissaires du gouvernement (art. 119 loi)	Ministre des Finances	Ministre de la Prévoyance Sociale	Ministre de la Santé Publique	Ministre des Classes Moyennes	Ministre de l'Emploi et du Travail
Conseil général (art. 7 loi)	x	x	x	-	-
Soins médicaux (art. 11 loi)	x	x	x	-	-
Indemnités travailleurs (art. 39 loi)	x	x	-	-	x
Indemnités indépendants (art. 45 § 3 loi)	x	x	-	x	-
Contrôle médical (art. 78 loi)	-	x	x	-	-
Contrôle administratif	-	-	-	-	-
Caisse auxiliaire d'assurance maladie - invalidité (art. 5 loi)	x	x	-	-	-

Les ayants-droits ont le choix de s'affilier à une mutualité ou de s'inscrire à la C~I. Après un an d'affiliation ils peuvent changer d'organisme assureur.

Ils ont leurs bons de cotisation à leur organisme assureur (1).

Ceux-ci décident du droit aux prestations et font également fonction d'institutions de paiement.

Les médecins conseil des organismes assureurs décident de l'état d'incapacité de travail primaire.

Ils exercent aussi un contrôle sur la délivrance des soins.

Leurs décisions lient les organismes assureurs.

Un médecin inspecteur du service du contrôle médical peut également, à la demande d'un médecin-conseil prendre une décision sur l'état d'une incapacité de travail primaire.

Le conseil médical de l'invalidité, créé auprès du service des soins de santé et composé d'une Commission supérieure et de commissions régionales, où siègent exclusivement des médecins, proposés en majorité par les organismes assureurs, est autorisé à reconnaître l'état d'invalidité d'un bénéficiaire et aussi d'y mettre fin, sur base d'un rapport rédigé par un médecin-conseil de l'organisme assureur.

Il fait également savoir quels sont les titulaires qui peuvent être pris en considération pour la rééducation ou pour la réadaptation.

Le collège des médecins-directeurs, composé des médecins-directeurs des organismes assureurs, crée du même service, décide de la prise en charge par l'assurance de la rééducation et du programme de réadaptation.

Le règlement distinct pour les marins, tant en ce qui concerne les indemnités que les soins de santé, est exécuté par la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins naviguant sous pavillon belge (CSP), qui fait fonction d'institution centrale et d'organisme assureur.

(1) bon de cotisation, certificat de chômage, certificat de chômeur mis au travail par les autorités, certificat de travail domestique, certificat de milicien, certificat d'assurance continuée, bon de cotisation de la caisse d'assurance sociale ou de la caisse auxiliaire d'assurance.

Les mineurs perçoivent leur pension d'invalidité, liquidée par le Fonds National de Retraite des Ouvriers Mineurs (FNROM). Pour le reste, ils tombent sous le régime du règlement général.

Les indépendants jouissent également d'un régime propre, mais administrativement intégré dans le régime général.

La loi du 9 août 1963 pose comme principe que l'assurance pour les soins de santé (tl-rt22,al. la. 1°) et l'assurance des indemnités (art. 45, §3) peuvent être étendues, par un arrêté délibéré en conseil des Ministres, aux indépendants et aux aides soumis à la législation relative à l'institution d'un statut social pour les indépendants.

L'arrêté royal du 30 juillet 1964 (entré en vigueur le 1er juillet 1964) a prévu cet élargissement pour les soins de santé, du moins pour ce qu'on appelle les "gros risques", tandis que l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (entré en vigueur le 1er juillet 1971) a introduit l'assurance-indemnités en cas d'incapacité de travail.

L'indépendant est obligé de s'affilier à une caisse d'assurance sociale ou à la Caisse auxiliaire d'assurance et de payer à cette caisse des cotisations trimestrielles, qui depuis le 1er janvier 1968 sont globalisées avec les allocations familiales et les pensions.

L'Institut National d'assurances sociales pour travailleurs indépendants est chargé de tout ce qui est relatif à la soumission et aux obligations des indépendants pour les trois branches du statut social.

Pour l'assurance maladie, l'indépendant doit, tout comme les travailleurs, s'affilier à un organisme assureur.

Ces organismes assureurs sont les mêmes, et remplissent une mission identique.

Depuis le 1er avril 1965 (A.R. 22 mars 1965), le personnel du secteur public est soumis à l'assurance générale obligatoire pour les soins de santé.

Pour le reste, ils jouissent d'un régime spécial.

Par l'intermédiaire de l'O.N.I.G. les invalides de guerre reçoivent des avantages spéciaux en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. (I)

(I) A.R. 11 octobre 1957.

Ces avantages sont :

- a) les remboursements des honoraires médicaux, odontologiques et paramédicaux suivant les tarifs officiels de l'I.N.A.M.I., mais toujours à 100 % des tarifs de base ;
- h) pour l'hospitalisation, les jours d'alitement sont également payés suivant les tarifs légaux, et toujours à concurrence de 100 %, même si l'hospitalisation de l'invalidé de guerre ne dure pas plus de 40 jours ;
- c) en ce qui concerne les médicaments, une distinction doit être faite entre :
 - 1) Les préparations magistrales toujours délivrées gratuitement selon le tarif pharmaceutique officiel ;
 - 2) Les spécialités pharmaceutiques :
 - celles mentionnées sur les listes de l'I.N.A.M.I., délivrées gratuitement ;
 - pour les autres spécialités, des listes sont publiées après approbation par le Ministre de la Santé publique. de propositions émanant d'une commission compétente en la matière.
 L'intervention de l'O.N.I.G. pour les spécialités non remboursées par l'I.N.A.M.I. peut ou bien atteindre 100 % ou bien être limitée selon la composition, les indications et les prix de ces produits ;
- d) des cures de rétablissement sont accordées dans certaines stations de cure reconnues ;
- e) en ce qui concerne les prothèses, l'O.N.I.G. n'intervient que quand les appareils et les accessoires semblent nécessaires à cause d'infirmités dues à des faits de guerre: ces infirmités doivent d'ailleurs être enregistrées dans la diagnose officielle de l'invalidité de guerre.

Le personnel de la S.N.C.B. jouit également d'un règlement propre.

L'article 13 de la loi du 13 juillet 1926 créant la S.N.C.B. attribue la compétence à une commission paritaire nationale pour établir un statut du personnel.

Le chapitre X de ce statut traite des oeuvres sociales dont la gestion est assurée par un comité national.

Le Fonds des oeuvres sociales comprend trois secteurs distincts dont les charges financières sont assurées par trois caisses autonomes financièrement indépendantes l'une de l'autre.

1. Caisse pour les soins médicaux.

Elle remplit le rôle de mutualité. Le système du régime général pour les travailleurs est d'application.

2. Caisse des indemnités.

Elle accorde des indemnités aux employés en cas de maladie, d'accident de travail, d'accident survenu sur le chemin du travail, et de maladie professionnelle. Elle prend également en charge les frais des soins provenant des accidents de travail et accorde une indemnité pour les frais funéraires en cas de décès d'un employé en service actif ou pensionné.

3. Caisse pour la solidarité sociale.

Cette caisse accorde certaines indemnités complémentaires pour certains frais médico-pharmaceutiques, en plus des indemnités de la caisse pour les soins médicaux (et donc en plus des indemnités du système général) :

a) Participation personnelle aux soins pharmaceutiques.

la participation personnelle dans les spécialités pharmaceutiques s'élève à 30 fr. pour les simples ayants-droit, et à 25 fr. pour les V.I.P.O. En outre, certaines spécialités pharmaceutiques, non-remboursables dans le système de l'I.N.A.M.I., sont remboursées.

En ce qui concerne les préparations magistrales, la participation personnelle pour les ayants-droit ordinaires s'élève au prix du récipient + 17 fr. et pour les V.I.P.O. seulement au prix du récipient.

b) Tarifs de remboursements.

les tarifs de remboursements, en vigueur avant le 1 janvier 1975 dans le système de l'I.N.A.M.I. sont maintenus, ce qui signifie que parfois, plus de 75 % des honoraires sont remboursés.

c) Prestations odontologiques.

les prestations odontologiques sont gratuites à partir du 1^{er} janvier 1975 ; les prothèses sont remboursées aux personnes de - 50 ans.

d) h2~ei~~li~~!i2~

une indemnité quotidienne de 25 fr. est allouée du 5e jour jusqu'au 40e jour d'hospitalisation. A partir du 41e jour l'indemnité s'élève à 50 fr.

Eh àh:~sdes règlements, dont il a déjà été fait mention, il existe encore une loi sur les accidents de travail du 10 avril 1971, qui garantit, à charge de l'assureur, une indemnité à concurrence de 90 ou 100 % en cas d'incapacité de travail, et le remboursement intégral des frais de soins de santé (1) jusqu'à l'échéance du délai de révision.

La loi sur la maladie professionnelle, coordonnée par arrêté royal du 3 juin 1970, prévoit également l'octroi d'indemnités pour cause d'incapacité de travail et le paiement des frais de soins de santé (1).

Les différentes lois relatives aux conventions de travail comprennent également, en dehors de la sécurité sociale, des dispositions relatives au maintien du salaire en cas de maladie ou d'accident.

Pour être complet, il faut encore mentionner, même en dehors de la sécurité sociale, les indemnités allouées aux handicapés en vertu de la loi du 27 juin 1969, et l'intervention pour les prothèses, les appareils orthopédiques et les frais de ré-éducation fonctionnelle ou médicale (2) conformément à la loi du 16 avril 1963 concernant le reclassement social des handicapés.

Il existe également une assurance libre de maladie à laquelle est affiliée la majorité des indépendants pour les "petits risques", une assurance libre contre les maladies professionnelles et la loi du 17 juillet 1963 concernant la sécurité sociale d'outre-mer comprenant une assurance maladie et invalidité, une assurance différée pour les soins de santé et une assurance complémentaire pour les soins de santé.

Tous ces règlements manquent de clarté.

(1) Sur base du tarif en vigueur dans le régime général (A.R. 30 décembre 1971 fixant le tarif pour les soins médicaux applicable en cas d'accident de travail, et A.R. 14 avril 1965 fixant le tarif pour les soins médicaux applicable en cas de déclassement pour maladie professionnelle.)

(2) Les soins médicaux et les produits pharmaceutiques inclus.

VUE D'ENSEMBLE DES REGLEMENTS POUR

	<u>Allocations</u>	<u>Soins médicaux</u>
a) travailleurs (sauf b,c,e,f,g,i)	régime général	régime général
b) mineurs	régI.me général + pension d'invalidité	régime général
c) marins (sauf e et f)	régime propre	régime propre
d) indépendants (voir aussi f)	régime propre	régime propre
e) victimes d'un accident de travail		
a) travailleurs	régime propre	régime propre
b) fonctionnaires	régime propre	régime propre
f) maladies professionnelles		
a) travailleurs	régime propre	régime propre
b) fonctionnaires	régime propre	régime propre
c) indépendants	assurance libre	assurance libre
g) S.N.C.B.	régime propre	régime propre
h) secteur public (sauf e et f)	régime propre	régime propre
i) règlement social d'outre-mer	régime propre	régime propre
j) invalides de guerre	- (1)	régime propre
k) handicapés	régime propre	régime général + régI.me propre pour prothèses et rééducation

(1) les lois sur les pensions d'indemnités, coordonnées le 5 octobre 1948 et la loi du 15 mars 1954 concernant les pensions de rétablissement pour les victimes civiles de la guerre 1940)1945 et leurs ayants-droit sont laissées hors de question.

La doctrine insiste d'ailleurs pour aboutir à un régime uniforme pour les frais de maladie et pour un seul régime pour l'invalidité (1).

Ce problème rejoint celui de la simplification de la sécurité sociale, pour lequel le Ministre de la Prévoyance sociale a consulté le 8 janvier 1971 le Conseil national du Travail (2).

(1) H. Lenaerts, t.a.p. p. 489 et 493.

(2) Jusqu'à présent, seul l'avis n° 407 du 18 décembre 1972 a été émis et traite de la prescription et de la réclamation des prestations perçues indûment.

CHAPITRE 111 : LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ET INVALIDITE

Section 1. Système travailleurs.

§ 1. Situation de 1945 jusqu'à la loi relative à la maladie et l'invalidité du 9 août 1963.

Après l'introduction de l'assurance obligatoire, le secteur de l'assurance maladie-invalidité était financé par :

1. les cotisations de la sécurité sociale calculées en fonction du salaire :

a) pour les travailleurs manuels (salaire limité à 3.000 F)

cotisation des travailleurs	: 1,50 %
cotisation des employeurs	: 2,50 %

b) pour les travailleurs intellectuels (salaire limité à 7.000 F)

cotisation des employés	: 2,75 %
cotisation des employeurs	: 2,25 %

c) pour les mineurs : maladie pension d'invalidité plafond du salaire

cotisation des mineurs	: 2,50 %	1 %	aucun
cotisation des employeurs	: 1 %	1 %	aucun

Le FNBOM a pris en charge la pension d'invalidité, après une période d'incapacité de travail primaire.

d) pour les marins (salaire limité à 4.000 F)

marin	: 1 %
armateur	: 2 %

Comme nous l'avons déjà signalé plus haut, le système pour les marins est autonome tant pour ce qui est des indemnités que pour les soins de santé.

2. Cotisations personnelles dûes :

a) par les assurés qui ont délivré à leur institution d'assurance des titres de cotisations d'un montant insuffisant;

b) en cas d'assurance prolongée;

c) par certaines catégories d'ayants-droit (par ex. les handicapés).

3. subventions de l'Etat:

- a) 16 % sur le montant des cotisations (A.Rg. 17 avril 1945).
Ce pourcentage était fixé "proportionnellement à l'insuffisance des recettes" et était "proportionnellement égal aux subsides que l'Etat accordait à l'assurance libre" (extrait du rapport du Régent).
- b) indemnités spéciales pour les chômeurs et les miliciens afin de compenser le manque de cotisations.
En ce qui concerne le régime des pensions d'invalidité des mineurs, l'Etat prend en charge le déficit total.
En ce qui concerne le régime des marins, la cotisation de l'Etat est identique à celle du régime général.

Pendant la période de 1945 à 1963 les modifications suivantes ont été apportées à ces régimes :

1. Relèvement du plafond des salaires :

a) Régime général des travailleurs :

- en conséquence de dispositions légales

1.7.45	4.000 F	(A.L. 3 août 1945)
1.5.51	5.000 F	(A.R. 27 avril 1951)
1.4.57	6.000 F	(A.R. 26 mars 1957)

- en conséquence de l'indexation (appliqué par les lois du 14 juillet 1955 et du 12 avril 1960)

1.4.60	8.000 F
1.7.60	8.200 F
1.1.64	8.400 F

b) mineurs : pas de plafond des salaires.

c) marins :

1.5.1951	5.000 F
1.7.1953	8.000 F
1.7.1954	10.000 F
1.4.1960	10.500 F.

2. Changement des taux de cotisations :

La loi du 14 juillet 1955 a fixé le taux de cotisations des cotisations des employeurs pour les travailleurs manuels à 3,50 % et pour les travailleurs intellectuels à 3,25 %.

3. Augmentation des subventions de l'Etat pour les chômeurs.
4. Intervention spéciale de l'Etat pour les mineurs (66 % au lieu de 16 %) et les invalides.

5. Interventions spéciales de l'Etat pour certaines années de service :

en 1948	310,8 millions de F
1949	539,1
1950	178,8
1951	230,1
1954	300,0
1956	500,0
1957	300,0
1958	1.000,0
1959	1.510,0
1960	1.150,0
1961	2.300,0
1962	2.225,9
1963	1.861,1
<hr/>	
en total :	12.395,8 millions de F

A partir de 1959 les indemnités spéciales étaient plus importantes que les simples subventions de l'Etat.

6. Prêts ex. en 1955 : 794 millions de F.

En outre, des avances remboursables ont été accordées par l'Etat. (ex. en 1960 et 1961 : 1.444 millions de F).

Le résultat était le suivant, sans compter la pension d'invalidité des mineurs, (en millions de F) :

<u>Année</u>	<u>Recettes totales</u>	<u>Dépenses totales</u>	<u>Solde</u>
1945	2.320,5	1.189,5	+ 1.131,-
1946	3.421,3	2.712,7	+ 708,6
1947	4.030,2	4.015,4	+ 14,8
1948	4.734,1	5.475,4	- 741,3
1949	5.186,1	5.024,3	+ 161,8
1950	4.983,7	5.223,3	- 239,6
1951	5.722,1	5.953,4	- 231,3
1952	6.032,1	6.609,3	- 577,2
1953	6.174,9	6.518,9	- 344,-
1954	6.453,6	6.820,5	- 366,9
1955	6.834,3	7.340,5	- 506,2
1956	8.029,8	7.866,6	+ 163,2
1957	8.689,6	8.425,4	+ 264,2
1958	9.538,3	9.630,3	- 92,-
1959	10.294,-	10.749,4	- 455,4
1960	10.678,9	11.655,5	- 976,6
1961	12.517,-	12.237,8	+ 279,2
1962	13.179,4	13.434,7	- 255,3
1963	13.800,4	15.501,1	- 1.700,7
<hr/>			
TOTAL	142.620,3	146.384,-	- 3.763,7

Constatations :

1. Depuis 1948, l'assurance maladie-invalidité connaît un déficit chronique et des difficultés de trésorerie.
2. La période de 1945 à 1963 s'est soldée par un déficit de 3.763.800.898 F, malgré les mesures financières et les modifications apportées à la législation.

Ce déficit a été couvert par un emprunt d'un montant de 2,1 milliards F (à amortir de 1964 à 1973), par une avance exceptionnelle de l'Etat (1,4 milliard F) et par certaines liquidations dans les comptes.

3. De 1945 à 1963 les dépenses s'élevaient à 146,3 milliards de F, dont :
 - a) 51,199 milliards F pour les indemnités (34,97 %)
 - b) 80,158 milliards F pour les soins de santé (54,76 %)
 - c) 15,026 milliards F pour les frais d'administration (10,26 %).
4. Durant la même période, les revenus s'élevaient à 142,6 milliards F, dont :
 - a) 104,982 milliards F de cotisations (73,6 %)
 - b) 37,238 milliards F à charge de l'Etat (26,2 %) dont un tiers de subventions exceptionnelles.

§ 2. La loi relative à l'assurance maladie-invalidité du 9 août 1963

La loi relative à la maladie-invalidité du 9 août 1963 avait e.a. comme objectif le redressement de l'équilibre financier.

"Le mérite du projet de loi est de mesurer les besoins réels issus des progrès médicaux et d'en refaire constamment l'inventaire, de réaliser les ressources nécessaires pour couvrir ces besoins, d'équilibrer donc le régime au départ et de donner dans ces conditions une responsabilité financière aux organismes assureurs." (1)

(1) Sénat 1962-63, pièce 327, rapport des sénateurs Pede et De Vuyst, p. 5

A propos du financement appliqué en vertu de la loi du 9 août 1963, le Ministre de la Prévoyance sociale en fonction à cette époque a encore déclaré (2) :

"Le déficit avec lequel l'assurance maladie-invalidité a clôturé ses comptes ne peuvent être invoqués comme une preuve de ce que les budgets n'ont jamais été établis sincèrement; il faut se résoudre à admettre que les bilans n'ont jamais pu être équilibrés pour le seul motif que les ressources dont disposait l'assurance étaient manifestement insuffisantes".

"Dans le nouveau régime, les prévisions de dépenses devront être établies sur base des dépenses réelles connues. C'est dire l'importance que revêt l'établissement consciencieux des budgets puisque les comptes afférents à des années déterminées pour lesquelles ces budgets sont établis, serviront ultérieurement de base aux budgets relatifs à des années suivantes."

"Le mode de financement prévu par le projet de loi aura comme résultat que l'accroissement des dépenses ne sera plus synonyme d'accroissement des déficits. En effet, si l'accroissement des dépenses est un phénomène normal, le projet de loi prévoit qu'au départ chaque budget doit être équilibré et que les recettes nécessaires pour couvrir les dépenses prévues doivent être créées."

"Si les recettes prévisionnelles sont inférieures aux dépenses prévisionnelles, le découvert doit être comblé par une augmentation du montant des cotisations."

"Signalons enfin qu'une autre conséquence heureuse du mode de financement prévu par le projet de loi est que par l'équilibre des budgets il écartera les difficultés de trésorerie qui sont la suite de la situation financière actuelle et qui crée un climat désagréable dont les rapports qu'entretient l'assurance avec les pharmaciens, les hôpitaux et en général tous ceux qui acceptent d'être payés selon le système du tiers payant."

"Le taux des cotisations prélevées sur les salaires pourra différer d'année en année".

"Puisque chaque budget doit nécessairement être équilibré au départ, il s'en suit que le montant des cotisations devra être augmenté chaque fois que le montant des dépenses prévisionnelles n'est pas couvert par le total des recettes provenant des cotisations, du subside accordé pour le chômage et du subside égale à 27 % des dépenses prévues".

(1) Sénat 1962-63, pièce 327, rapport des sénateurs Pede et De Vuyst, p. 42-43-45.

Les rapporteurs à la Chambre (1) ont jugé le financement de façon suivante :

"Personne ne pourra certifier que la réforme proposée résoudra toutes les difficultés en matière de financement.

"En effet, il y a lieu de tenir compte de nombreux éléments inconnus, de nature à bouleverser les projets les mieux étudiés, songeons seulement à l'évolution de la science et de la technique médicales, d'un côté, au vieillissement de notre population, de l'autre.

"Néanmoins celui qui est disposé à examiner objectivement le problème reconnaîtra volontiers que le mode de financement envisagé offre le maximum de garanties. Il ne suffit pas, pour les adversaires du système de dire ce qui devrait être interdit; personne n'a proposé une meilleure formule de nature à rallier une large majorité parlementaire.

"Cependant, tout régime sera boiteux si tous ceux qui participent à l'assurance maladie ne prennent pas leurs responsabilités et ne s'abstiennent pas de s'approprier des fonds qui ne leur reviennent pas en toute équité."

L'article 126 de la loi relative à l'assurance maladie-invalidité du 9 août 1963 prévoit même la manière dont les boni éventuels pourraient être employés.

Le nouveau financement (art. 121 loi)

1. Les cotisations de la sécurité sociale des employeurs et des travailleurs.

Suivant la loi du 9 août 1963 elles sont restées inchangées. Les cotisations ont cependant été scindées en deux parties : l'une destinée au secteur des indemnités, l'autre destinée au secteur des soins de santé. L'A.R. du 10 mars 1964 a modifié les taux de cotisations.

Travailleurs manuels

Montant avant la loi de 1963 :	<u>Travailleur</u>	<u>Employeur</u>
	3,5 %	3,5 %
	tot. 7 %	

Montant de la loi de 1963, mod. par A.R. du 10 mars 1964 :

	<u>Travailleur</u>	<u>Employeur</u>	<u>Total</u>
indemnités	1,40 %	1,40 %	2,80 %
soins de santé	2,50 %	2,50 %	5 %
total :	3,90 %	3,90 %	7,80 %

(1) Chambre 1962-63, document 527/16, Rapport des députés De Paepe et Brouhon, p. 80-81.

Travailleurs non-électuels

Montant avant la loi de 1963 :	<u>Travailleur</u>	<u>Employeur</u>
	2,75 %	3,25 %

Montant de la loi de 1963, mod. par A.R. du 10 mars 1964 :

	<u>Travailleur</u>	<u>Employeur</u>	<u>Total</u>
indeunités	0,95 %	1,45 %	2,40 %
soins de santé	2,50 %	2,50 %	5 %
total :	3,45 %	3,95 %	7,40 %

Le régime de la sécurité sociale des mineurs contribue à :

- a) à l'assurance maladie, régime général, par une cotisation des travailleurs de 2,50 %
employeurs de 1,50 % sur le salaire global.
- b) à la pension d'invalidité par une cotisation des
travailleurs de 1 %
employeurs de 1 % sur le salaire global.

Le régime pour marins est resté inchangé.

A partir du 1er juillet 1971 la cotisation dans le régime de l'assurance maladie-invalidité pour marins fut scindée en deux parties :

	<u>Marin</u>	<u>Armateur</u>	<u>Plafond des salaires</u>
a) soins de santé	2,2 %	2,6 %	25.000 F
b) indemnités	1,1 %	1,3 %	15.125 F
total :	3,3 %	3,9 %	

2. Cotisations personnelles.

- a) quand les bons de cotisations n'atteignent pas une valeur suffisante (art. 66, f 1, 2° loi et art. 68, § 1, 2° loi)
- b) assurance continuée (art. 69-71)
- c) les pensionnés et les veuves de pensionnés ayant une carrière incomplète (art. 72 § 3)
- d) des ascendants (art. 73)

3. Subventions de l'Etat.

- a) indemnités :
 - incapacité de travail ordinaire (1ère année) : nihil
 - incapacité de travail permanente : 50 % des dépenses
 - invalidité : 95 % des dépenses
 - frais funéraires : 95 % des dépenses

b) soins de santé :

maladies sociales (maladies mentales, tuberculose, cancer, poliomyélite, affections et malformations congénitales) : 95 % des dépenses
soins ordinaires : 27 % des dépenses

c) indemnités remplaçant les cotisations des chômeurs.

Elle s'élève, pour chaque organisme assureur, à un montant égal à la valeur moyenne des bons de cotisations par jour ouvrable, et est accordée pour chaque jour de chômage contrôlé.

d) une indemnité exceptionnelle dans le cas d'un évènement grave et imprévisible (ex. épidémie) qui augmenterait les dépenses pour les soins de santé (art. 129 loi).

L'article 128 de la loi prévoit que lorsqu'un organisme d'assurance clôture avec un déficit, il doit couvrir celui-ci par un prélèvement sur les réserves ou par une augmentation des cotisations complémentaires des ayants-droit.

"Il n'y a pas lieu de craindre que la méthode selon laquelle les prévisions budgétaires sont établies sur base des dépenses réelles, soit incompatible avec l'assainissement de la situation financière.

En effet, l'organisme assureur qui tiendra pareil raisonnement s'exposera immédiatement au risque de clôturer un exercice avec un déficit, ce qui l'obligerait à percevoir des cotisations complémentaires : ce qui représente pour tout organisme assureur un danger réel, dans le cadre de l'organisation pluraliste de l'assurance."(!)

§ 3. Modifications depuis la loi du 9 août 1963

Après la loi du 9 août 1963 les modifications suivantes ont été apportées :

(1) Sénat 1962-63, document 327, o.c., p. 43

1. relèvement du plafond des salaires.

a) régime général des travailleurs :

- en vertu d'une disposition légale

	<u>indemnités</u>	<u>soins de santé</u>
L04.64	-	11.550 F (loi du 9 mars 1964)
LOL 70	-	16.725 F (loi du 23 décembre 1969)
1.07.70	14.575 F	17.050 F (loi du 5 juin 1970)
L07.71	-	25.000 F (loi du 5 juillet 1971)
1.10.74	33.050 F	- (loi du 16 juillet 1974)
LOL 75	37.925 F	illimité (lois des 20 et 24 décembre 1974)
	(lois des 16 juillet 1974 et 24 décembre 1974)	

- en conséquence de l'indexation (lois des 12 avril 1960 et 2 août 1971)

	<u>indemnités</u>	<u>soins de santé</u>
1.07.64	8.600 F	11.550 F
1.01.65	8.800 F	11.825 F
1.07.65	9.000 F	12.100 F
1.04.66	9.200 F	12.650 F
1.07.66	9.400 F	12.925 F
1.07.67	9.600 F	13.200 F
1.01.68	9.800 F	13.475 F
1.01.69	10.000 F	13.750 F
1.04.69	10.200 F	14.025 F
1.01.70	10.400 F	-
1.04.70	10.600 F	17.050 F
1.10.70	14.850 F	17.375 F
1.04.71	15.125 F	17.700 F
1.10.71	15.450 F	25.550 F
1.01.72	15.775 F	26.075 F
1.07.72	16.075 F	26.575 F
1.10.72	16.400 F	27.125 F
1.01.73	16.725 F	27.650 F
1.04.73	17.075 F	28.225 F
1.10.73	17.400 F	28.775 F
1.01.74	17.750 F	29.350 F
1.04.74	18.475 F	30.550 F
1.07.74	19.225 F	31.775 F
1.10.74	-	33.050 F
1.01.75	37.925 F	nihil
1.04.75	38.675 F	nihil
1.07.75	39.450 F	nihil
1.10.75	40.250 F	nihil
1.01.76	41.050 F	nihil

b) les mineurs :

Le secteur de l'assurance maladie-invalidité ne connaît pas de plafond de salaires.

c) marins :	indemnités	soins de santé
1.10.71	15.450 F(1)	25.550 F (1)
1.10.74	33.050 F	33.050 F
1.01.75	37.925 F	nihil
1.04.75	38.675 F	nihil (2)
1.07.75	39.450 F	nihil
1.10.75	40.250 F	nihil
1.01.76	41.050 F	nihil

2. Modification des taux de cotisations.

a) Secteur des indemnités :

	1 octobre 1968 (~R. 6 août 1968)	1 juillet 70 (loi 5 juin 70)	~ juillet 71 (loi 5 juillet 1971)	oct. 74 (loi 16 juil-let 1974)	1 janv.76 (A.R. 29 déc. 1975)
<u>Travailleurs manuels</u>					
travailleurs	1,45	1,20	1,20	1,10	-
employeurs	1,45	1,70	1,80	1,80	-
<u>Travailleurs intellectuels</u>					
employés	1,00	0,80	0,80	0,70	-
employeurs	1,50	1,70	1,80	1,80	-
<u>Mineurs</u> (pension d'invalidité)					
		inchangé			
<u>Marins</u>					
marins				1,00	1,10
armateurs				1,30	1,80

b) secteur des soins de santé :

	1 janvier 66 (A.R. 31 décembre 1965)	1 juillet 71 (loi 5 juillet 1971)	1 janvier 75 (loi 20 décembre 1974)
<u>travailleurs manuels</u>			
travailleurs	2,65	2,00	1,80
employeurs	3,10	3,75	3,75
<u>travailleurs intellectuels</u>			
employés	2,65	2,00	1,80
employeurs	3,10	3,75	3,75

(1) les stades d'évolution dû à l'adaptation de l'index, période 1 octobre 1971- 1 octobre 1974, ne sont pas transmis.

(2) dans la pratique on a prélevé sur les gages standards et pas sur les gages réels.

	1 avril 64	1 janvier 75 (loi du 24 décembre 1974)	1 janvier 76 (A.R. du 29 décembre 75)
<u>Mineurs</u>			
mineurs	2,85	3,00	-
employeurs	1,85	2,60	-
<u>Marins</u>			
marins		2,00	2,80
armateurs		2,80	4,25

3. Introduction ou modification des cotisations personnelles pour :

- a) les handicapés (100 à 150 F par mois)
- b) étudiants enseignement supérieur (100 ou 140 F par mois)
- c) les membres des communautés religieuses (100 ou 350 F par mois)
- d) les personnes non protégées (150, 200, 350 ou 700 F par mois)
- e) les pensionnés du secteur public.

Depuis le 1er avril 1965 on prélève, 1,5 % sur les pensions ou les avantages similaires, versés aux anciens membres du personnel du secteur public ou des institutions d'enseignement. Ces prélèvements sont destinés au secteur des soins de santé.

Lors de l'application de ce prélèvement il n'est pas tenu compte de la partie des avantages mentionnés et/ou des pensions en dessous de 13.045 F par mois ni de la partie qui excède 26.851 F (situation constatée le 1er janvier 1976).

4. Modifications des subventions de l'Etat.

- a) invalidité (2 et 3e année) : 75 % (loi du 16 juillet 1974) au lieu de 50 %;
- b) invalidité (à partir de la 4ème année) : 90 % (loi du 5 juillet 1971) et 75 % (loi du 16 juillet 1974) au lieu de 95 %.

Les réductions mentionnées sous a et b furent inspirées par des considérations financières relatives au budget de l'Etat.

Les revenus amoindris furent compensés par une cotisation plus importante, le 1er juillet 1971 (+ 0,10 % pour les employeurs) et une augmentation du plafond des salaires pour les indemnités (de 19.225 F vers 33.050 F à partir du 1er octobre 1974 - loi du 16 juillet 1974).

c) Frais funéraires: 70 % au lieu de 95 % (loi du 9 juin 1970).

L'élévation du plafond des salaires, le 1er juillet 1970, de 10.600 F à 14.575 F devait normalement entraîner une augmentation des dépenses de l'Etat.

Puisque le secteur des indemnités était en boni en 1970, la subvention de l'Etat fût maintenue à son montant précédent (10.600 F x 95 % équivaut approximativement à 14.575 F x 70 %).

d) Les chômeurs :

Les indemnités de l'Etat destinées à remplacer la cotisation des chômeurs, est calculée sur la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs, au lieu de le faire pour chaque organisme séparément. (loi du 27 juin 1969).

Le résultat était le suivant dans le régime général, sans tenir compte de la pension d'invalidité pour les mineurs:

	RECETTES TOTALES (en millions de F)	DEPENSES (en millions de F)		DEPENSES TOTALES	RESULTAT en millions de F)
		Indemnités	Soins de santé		
1964	19.216,1	6.691,9	10.787,3	17.179,2	+ 2.036,9
1965	26.611,7	8.074,9	20.081,1	28.159,6	- 2.111,7,9
1966	31.006,9	8.708,4	21.1328,6	30.537,0	+ 869,9
1967	32.985,1	9.122,7	22.946,3	32.068,7	+ 916,4
1968	36.095,9	10.094,-	26.119,2	36.243,2	- 1.148,-
1969	39.551,3	11.357,9	30.713,1	42.071,-	- 2.512,7
1970	47.237,1	12.762,4	34.330,2 (3)	50.197,6	- 960,2
1971	55.128,0	15.033,0	39.201,9	54.531,9	+ 593,2
1972	65.057,6	17.328,9	45.761,2	63.590,1	+ 571,5
1973	73.912,6	21.188,1	54.393,2	75.581,3	- 1.663,7
1974	90.378,0	25.956,1	65.355,0	93.131,8	- 963,4
1975 (1)	11.075,5	35.052,2	80.025,1	115.077,3	- 2.011,8
1976 (2)	13.203,7	10.308,4	95.015,0	135.353,1	- 1.149,7

(1) budget I.N.A.M.I. - index 139.95 - sans tenir compte de l'A.R. du 14 mars 1975 et du prix prévisionnel

(2) budget I.N.A.M.I. - index 148.52

(3) plus 896 millions de F pour le fonds spécial.

5. Le supplément de cotisations ou de prime relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs (art. 57, loi du 20 décembre 1974, complétant l'article 121 de la loi maladie).

D'après les estimations, ces nouvelles recettes, destinées à financer les soins de santé, ont rapporté en 1975 : 450 millions de F et rapporteraient en 1976 : 467 millions de F (1).

(1) Budget I.N.A.M.I. ; 1975 à l'index 139.95 et 1976 à l'index 148.52.

Constatations :

1. L'année 1965 laissait à nouveau pressentir un déficit. C'est pourquoi, en vertu de la loi du 7 juillet 1966, les résultats financiers de l'année 1965 furent ajoutés à ceux de l'année 1964, au cours de laquelle un boni avait été réalisé. Le déficit 1964-1965 fut supporté par l'Etat.
2. Une plus grande dissociation entre les indemnités et les soins de santé (voir chapitre VI) permet de déterminer le secteur responsable d'un déficit et le secteur qui présente un boni.

	<u>Indemnités</u>	<u>Soins de santé</u>
1964	+	+
1965	-	-
1966	+	+
1967	+	+
1968	+	-
1969	+	-
1970	+	-
1971	+	+
1972	+	+
1973	-	-
1974	-	-
1975	-	+ (1)
1976	-	- (2)

3. Il fut proposé que l'Etat supporte 35 % du financement des dépenses des soins de santé et des indemnités (3).

Les interventions de l'Etat ont atteint

en 1964	: 33,62	% des revenus
1965	: 34,65	% des revenus
1966	: 34,78	% des revenus
1967	: 36,76	% des revenus
1968	: 37,56	% des revenus
1969	: 37,17	% des revenus
1970	: 35,72	% des revenus
1971	: 36,28	% des revenus
1972	: 36,64	% des revenus
1973	: 36,39	% des revenus
1974	: 37,61	% des revenus
1975	: 36,26	% des revenus

4. L'article 128 de la loi relative à la maladie et l'invalidité, prescrivant qu'un organisme assureur déficitaire est obligé d'exiger de ses assurés des cotisations supplémentaires, ne fut pas appliqué.

(1) après que les budgets originaux aient présenté un mali

(2) d'après le budget de l'I.N.A.M.I.

(3) Senaat 1962-1963, stuk 327, t.a.p., p.43

Par arrêté royal du 30 novembre 1967, les soldes et déficits des organismes assureurs furent compensés.

5. En cumulant les années de 1964 à 1976, le montant du déficit total atteint à peu près 4.794,5 millions de F. pour toute l'assurance générale de la maladie et l'invalidité.
6. Comparée à la période 1945-1963, l'évolution est la suivante :

a) revenus (postes principaux) (I)

	<u>1945-63</u>	<u>1966</u>	<u>1975 (2)</u>	<u>1976 (2)</u>
1. Par cotisations	73,4	64,86	63,33	61,38
2. A charge de l'Etat	26,2	35,74	36,77	38,62

b) !!~!!~!!!!!!!!(postes principaux):

	<u>1945-63</u>	<u>1966</u>	<u>1975 (2)</u>	<u>1976 (2)</u>
1. Soins de santé	54,76	64,91	64,53	65,11
2. Indemnités	34,97	26,42	28,61	27,97
3. Frais d'adminis- tration	10,26	8,67	6,86	6,91

(I) après 1963 sans traités internationaux

(2) Budget I.N.A.M.I.

Section 2. Régime des indépendants

La gestion financière de l'assurance maladie obligatoire pour indépendants est séparée de celle des travailleurs.

Le financement s'effectue par subventions de l'Etat et par cotisations personnelles des assurés.

fl. Les subventions de l'Etat

a) Soins de santé :

maladies sociales : 95 % des dépenses
soins normaux : 27 % des dépenses

b) Indemnités

- les deux premières années d'invalidité : 50 % des dépenses
- la troisième année et les années suivantes d'invalidité : 90 % des dépenses

Alors que dans le régime pour travailleurs les pourcentages ont été fixés à 75 %, en vertu de la loi du 16 juillet 1974, ils sont restés inchangés dans le régime pour indépendants.

§2. Les cotisations personnelles

Jusqu'au 31 décembre 1967 des dispositions particulières étaient d'application en ce qui concerne les obligations des indépendants à l'égard des trois secteurs de la sécurité sociale : allocations familiales, pensions et assurance maladie (secteur soins de santé).

Le mode de calcul des cotisations était très divergent : un pourcentage du revenu professionnel pour la pension, revenu cadastral, présomptions de bien-être pour les allocations familiales et un forfait par tranches de revenus pour l'assurance-maladie.

Dans l'ensemble, l'indépendant effectuait dix paiements par an.

A partir du 1er janvier 1968, des modifications importantes sont apportées sur tous ces points en vertu de l'arrêté royal n038 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des indépendants, complété et modifié par l'arrêté royal n074 du 30 novembre 1967.

Actuellement, quatre cotisations trimestrielles sont perçues en une fois pour les trois tranches du statut social des indépendants. Elles sont calculées proportionnellement au revenu professionnel (J) de l'avant-dernière année fiscale, sauf les cotisations destinées à l'assurance pour les soins de santé, qui jusqu'à la fin du deuxième trimestre de 1970 ont été fixées d'une façon forfaitaire.

(J) duquel on soustrait les dépenses professionnelles et les charges et éventuellement les pertes professionnelles également adaptées au coût de la vie (ex. 1975 : 1972 x 1,3728).

Il faut néanmoins souligner que cette adaptation ne peut se faire dans le courant d'une année. Le coefficient d'adaptation est fixé au début de chaque année par le Roi.

La loi du 9 juin 1970 organisant la programmation sociale en faveur des indépendants a fixé plusieurs augmentations couvrant une période allant jusqu'au 1er janvier 1975 :

- au 1er juillet de chacune des années 1971, 1972, 1973, 1974, sur les pourcentages de revenus pour la fixation, d'une part, du montant de la cotisation-pension, et d'autre part, du montant de la cotisation-solidarité dûs sur la tranche de revenus comprise entre le plafond intermédiaire et le plafond absolu;
- au 1er juillet des années 1971, 1972, 1973, 1974, et au 1er janvier 1975, sur le montant plancher et le montant plafond des revenus sur lesquels ces pourcentages sont applicables.

Des augmentations identiques sont fixées pour les différentes catégories d'assurés, qu'ils exercent des activités d'indépendants à titre principal ou à titre d'appoint, ou qu'ils aient atteint ou non l'âge de la pension.

En vertu de la loi du 12 juillet 1972 modifiant certaines dispositions concernant le statut social des indépendants, les cotisations sont augmentées par les pourcentages des revenus exprimant le montant des cotisations, ainsi que les montants-planchers et les montants-plafonds.

Le législateur poursuivait ainsi un double but :

- affecter le produit de l'augmentation des cotisations destinées aux trois organisations uniquement au secteur des pensions;
- tenter d'assainir le secteur des soins de santé de l'organisation de l'assurance obligatoire pour la maladie et l'invalidité.

Ce but doit être atteint par les moyens suivants :

- appliquer aux cotisations destinées aux trois organisations, des clés de répartition qui, successivement jusqu'au 1er janvier 1975 changent régulièrement à date fixe et ce, afin de garantir à l'organisation des allocations familiales ainsi qu'au secteur des indemnités pour incapacité de travail, les mêmes revenus qu'ils auraient obtenus si la législation n'avait pas été modifiée; le 1er janvier 1975 ces clés de répartition avaient été fixées
C01IBDe suit :

 - pour le secteur des pensions : 63,58
 - pour le secteur des allocations familiales : 31,81
 - pour le secteur des indemnités-maladie : 4,61

- appliquer à la cotisation destinée au secteur des soins de santé une formule particulière et augmenter le pourcentage par lequel cette cotisation est exprimée (2 % au lieu de 1,50 %) étant bien entendu que ce pourcentage est applicable jusqu'au plafond absolu de 420.000 F adapté à l'index 121,19 des prix à la consommation.

L'évolution des cotisations était la suivante :

A. Secteur des soins de santé

1. Occupation principale en tant qu'indépendant

		<u>Par trimestre</u>	
		<u>MIN.</u>	<u>MAX.</u>
avant 1.1.1968	: forfaitaire suivant le revenu	315 F	405 F
1968	: forfaitaire	375 F	375 F
1969	: forfaitaire	383 F	383 F
1.1.1970 - 30.06.1970	: forfaitaire	398 F	398 F
1.7.1970 - 31.12.1970	: 1,5 % du revenu avec un montant plancher annuel de 58.458 F et un montant plafond annuel de 310.980 F	219 F	743 F
1.1.1971 - 30.06.1971	: 1,5 % du revenu avec un montant plancher annuel de 60.706 F et un montant plafond annuel de 322.941 F	228 F	772 F
1.7.1971 - 31.12.1971	: 1,5 % du revenu avec un montant plancher annuel de 67.765 F et un montant plafond annuel de 338.824 F	254 F	824 F
1.1.1972 - 30.06.1972	: 1,5 % du revenu avec un montant plancher annuel de 70.502 F et un montant plafond annuel de 352.512 F	265 F	857 F

		<u>Par trimestre</u>	
		<u>MIN.</u>	<u>MAX.</u>
1.7.1972 - 31.12.1972	: 2 7. du revenu avec un montant plancher annuel de 80.000 F et un montant plafond annuel de 420.000 F	400 F	2.100 F
1. I. 1973 - 30.06. 1973	: 2 7. du revenu avec un montant plancher annuel de 84.896 F et un montant plafond annuel de 445.704 F	424 F	2.229 F
1.7.1973 - 31.12.1973	: 2 7. du revenu avec un montant plancher annuel de 91.970 F et un montant plafond annuel de 445.704 F	460 F	2.229 F
1.1.1974 - 30.06.1974	: 2 7. du revenu avec un montant plancher annuel de 99.553 F et un montant plafond annuel de 482.454 F	498 F	2.412 F
1.7.1974 - 31.12.1974	: 2 7. du revenu avec un montant plancher annuel de 107.212 F et un montant plafond annuel de 482.454 F	536 F	2.412 F
1.1.1975 - 31.12.1975	: 2,35 % du revenu avec un montant plancher annuel de 134.590 F et un montant plafond annuel de 672.950 F	791 F	3.954 F

2. Activité secondaire en tant qu'indépendant

Avant 1.1.1968	: forfaitaire selon les revenus :		
	- 12.501 F	0 F	
	12.501 F à 30.000 F	105 F	
	+ 30.000 F	voir sous]	
Le 1. I. 1968	: forfaitaire selon les revenus :		
	- 20.000 F	0 F	
	20.000 F à 50.000 F	100 F	
	+ 50.000 F	375 F	
Le 1. J. J975	: - 31.455 F	0 F	
	31.455 F à 134.590 F	254 F	J.086 F
	2,35 % des revenus		

3. Activité après l'âge de la pension

Avant 1.1.1968	: a) + 1/3 d'une carrière normale	0 F
	b) - 1/3 d'une carrière normale	
	Forfaitaire selon les revenus	
	12.501 F à 30.000 F	105 F
	30.001 F à 60.000 F	315 F
	60.001 F à 100.000 F	345 F
	100.001 F à 150.000 F	375 F
	+ 150.001 F	405 F

		<u>Par trimestre</u>	
		<u>MIN.</u>	<u>MAX.</u>
Le 1.1.196R	: forfaitaire selon les revenus		
	- 20.000 F	a F	
	20.000 F à 50.000 F	100 F	
	+ 50.000 F	250 F	
Le 1.1.1975	: - 31.455 F	a F	
	31.455 F à 672.950 F : 2,35 %		
	des revenus	254 F	3.954 F

B. Secteur des indemnités

1. Occupation principale en tant qu'indépendant

I.7.1971 - 31.12.1971	: 0,35 % des revenus avec un montant plancher annuel de 67.765 F et un montant plafond annuel de 193.235 F	59 F	192 F
1.1.1972 - 30.06.1972	: 0,35 % des revenus avec un montant plancher annuel de 70.502 F et un montant plafond annuel de 201.402 F	61 F	200 F
1.7.1972 - 31.12.1972	: 0,33 % du revenu annuel compris entre 80.000 F et 225.000 F et 0,7975 % du revenu annuel compris entre 225.000 F et 420.000 F	67 F	227 F
1.1.1973 - 30.06.1973	: 0,33 % du revenu annuel compris entre 84.896 F et 265.300 F et 0,0785 % du revenu annuel compris entre 265.300 F et 445.704 F	70 F	254 F
1.1.1974 - 30.06.1974	: 0,33 % du revenu annuel compris entre 99.553 F et 315.893 F et 0,0785 % du revenu annuel compris entre 315.893 F et 482.454 F	81 F	293 F
1.7.1974 - 31.12.1974	: 0,33 % du revenu annuel compris entre 107.212 F et 315.893 F et 0,09 % du revenu annuel compris entre 315.893 F et 482.454 F	87 F	293 F
1.1.1975 - 31.12.1975	: 0,51 % (I) du revenu annuel compris entre 134.590 F et 437.417 F et 0,32 % (I) du revenu annuel compris entre 437.417 F et 672.950 F	171 F	743 F

$$(I) 1,05 \times 4,61 = 0,5094$$

$$6,85 \times 4,61 = 0,3157$$

2. Activité secondaire en tant qu'indépendant

		<u>Par trimestre</u>	
		<u>MIN.</u>	<u>MAX.</u>
I.7.1971 - 31.12.1971	: - 22.024 F	0 F	
	22.024 F à 67.765 F : 0,35 % du revenu	13 F	
	+ 67.765 F : voir sous 1		
I.1.1975 - 31.12.1975	: - 31.455 F	0 F	
	31.455 F à 134.590 F : 0,32 % du revenu	34 F	
	+ 134.590 F : voir sous 1		

Les résultats financiers du régime étaient les suivants :

A. Secteur des soins de santé

<u>(en millions de F)</u>	<u>Revenus</u>	<u>Dépenses</u>	<u>Résultat</u>
1964	314,7	99,7	+ 215
1965	1.255,5	791,3	+ 464,2
1966	1.441,7	1.057,0	+ 384,7
1967	1.360,5	1.074,6	+ 285,9
1968	1.276,4	1.573,2	- 296,8
1969	1.703,6	2.042,9	- 339,3
1970	1.909,4	2.442,0	- 532,6
1971	2.161,2	2.743,7	- 582,5
1972	2.882,2	3.289,8	- 408,5
1973	4.008,0	3.886,9	+ 121,1
1974 (1)	4.482,0	4.651,9	- 169,9
1975 (2)	6.086,1	6.225,1	- 139,0
1976 (2)	6.385,6	7.108,6	- 723,0

(1) prévisions

(2) budget I.N.A.M.I.

B. Secteur des indemnités

<u>(en millions de F)</u>	<u>Revenus</u>	<u>Dépenses</u>	<u>Résultat</u>
1971	117,7	12,3	+ 105,4
1972	540,6	561,0	- 20,4
1973	718,2	779,1	- 60,9
1974 (1)	1.182,5	1.255,0	- 72,5
1975 (2)	1.682,5	1.705,1	- 22,6
1976 (2)	1.842,3	1.843,4	- 1,1

(1) chiffres provisoires

(2) budget I.N.A.M.I.

Constatations :**A. En ce qui concerne les soins de santé :**

1. De 1966 à 1976, les dépenses globales ont augmenté de 672,5 %;
2. La croissance moyenne annuelle des dépenses s'élève approximativement à 21 %;
3. Le déficit présente jusqu'à 1971 une courbe ascendante. En augmentant les taux de cotisations et les plafonds des salaires de manière sensible à partir du 1er juillet 1972, le mali a été comblé;
4. En ce qui concerne les dépenses, le déficit s'élève à :

1968	: 18,8 %
1969	: 16,6 %
1970	: 21,8 %
1971	: 21,2 %
1972	: 12,4 %
1973	: -
1974	: 3,6 %
1975	: 2,2 %
1976	: 10,1 %

B. En ce qui concerne le secteur des indemnités

1. De 1972 à 1976, les dépenses globales ont augmenté de 328,6 %;
2. La croissance moyenne annuelle des dépenses s'élève à 33 % pour la période de 1973 à 1976;
3. Un déficit apparaît à partir de 1972, avec un point culminant pendant l'année 1973;
4. En ce qui concerne les dépenses, le déficit s'élève à :

1971	: -
1972	: 3,6 %
1973	: 7,8 %
1974	: 5,7 %
1975	: 1,3 %
1976	: -

CHAPITRE IV : REFORMES PRECEDENTES

Déjà en 1947, on laissait entrevoir que l'assurance-maladie s'engageait dans un déficit.

En 1948, les dépenses excédaient les revenus de 741 millions.

Depuis lors, les différents gouvernements et ministres, chargés de la Prévoyance Sociale, ont tenté de redresser l'équilibre financier en augmentant les revenus (voir chapitre III), mais également en introduisant des réformes structurelles et réglementaires.

Les réformes les plus importantes sont expliquées plus loin.

Certaines réformes n'ont jamais été appliquées.

Secteur I. Période de 1948 à la loi du 9 août 1963 relative à
l'assurance maladie-invalidité

§1. Arrêté du Régent du 13 janvier 1949

Déjà depuis la fin de 1948, le Comité de Direction du Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité a pris une série de mesures limitatives concernant les prestations pour les produits pharmaceutiques, les appareils auditifs, les prothèses dentaires, et les soins des infirmières.

L'Arrêté du Régent du 13 janvier 1949 a encore introduit les mesures limitatives suivantes concernant le droit aux indemnités.

- la période de stage a été portée de 1 mois jusqu'à 3 à 6 mois selon qu'il s'agissait d'assurés ayant plus ou moins de 25 ans;

- une période de stage d'un an est imposée aux assurés atteints d'une affection au moment où ils s'assujétissent à la sécurité sociale;
- la durée de la période d'incapacité de travail primaire a été abaissée à 150 jours de telle sorte que :
 - a) le Fonds National de Retraite des Assurés mineurs versait plus tôt les pensions d'invalidité après l'issue des périodes précitées;
 - b) la date à laquelle l'assuré devait être examiné par le Conseil médical pour invalidité, était rapprochée de la date du début de l'incapacité de travail.

Enfin, il faut encore mentionner l'installation de Centres de Contrôle Provinciaux, chargés du contrôle auprès des assurés et organismes assureurs.

§2. Arrêté Royal du 31 décembre 1952

La réforme de 1952 visait :

I. La répartition des soins de santé, d'une part en prestations "prioritaires" pour lesquelles les organismes assureurs sont obligés de rembourser les interventions fixées, et d'autre part, en prestations facultatives que les organismes assureurs remboursent aux conditions et aux taux fixés par leurs statuts.

Les prestations "prioritaires" de santé comprennent : "les interventions chirurgicales importantes et l'hospitalisation qu'elles nécessitent, les soins d'accouchement, l'hospitalisation d'une durée minimum de huit jours - pour traitement, le traitement des maladies sociales, certains appareils orthopédiques et de prothèse, certains examens radiologiques, certains traitements radio- et radiumthérapeutiques relevant du médecin-spécialiste, certaines prestations de neuro-psychiatrie, certaines analyses de laboratoire.

Ce régime ne fut jamais appliqué, et fut abrogé par arrêté royal du 14 décembre 1954.

2. L'institution d'une commission disciplinaire médicale (peines contre les médecins et pharmaciens coupables d'abus ou de fraude).

§3. Arrêté Royal du 14 décembre 1954

La forme la plus ancienne de contrôle médical dans les organismes assureurs est le médecin-conseil.

La seconde forme de contrôle, pour lequel l'article 96 de l'Arrêté du Régent du 21 mars 1945 prévoyait la nomination de médecins-inspecteurs auprès du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, n'a jamais été appliquée à cause du refus des mutualités (1).

Une troisième forme de contrôle résidait dans le contrôle des malades à domicile, organisé depuis 1946 dans chaque chef-lieu provincial au sein du Fonds National d'Assurance maladie-invalidité.

La collaboration entre ces centres de contrôle provinciaux et les organismes assureurs laissait cependant à désirer.

L'Arrêté Royal du 14 décembre 1954 a institué auprès du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, un "Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale" chargé du contrôle de l'activité des médecins-conseils et du contrôle des ayants-droit.

Un refus ayant été opposé, la réforme prévue ne fut pas appliquée.

(1) abrogé par A.R. 31 décembre 1952.

§4. Arrêté Royal du 22 septembre 1955

1. Institution d'un Collège National intermutualiste et de Collèges régionaux intermutualistes chargés de conclure des accords avec les collaborateurs des assurances en matière d'honoraires.

2. Les soins dispensés par les médecins, par les auxiliaires paramédicaux et par les établissements de soins seraient directement payés par les organismes assureurs (système du tiers-payant) : un livret avec des bons que l'assuré achèterait à son organisme d'assurance pour les soins pour lesquels il payerait une part personnelle - "obligation de paiement" pour les autres soins. Cela n'a cependant jamais été appliqué.

3. Uniformisation du contrôle de la réalité des incapacités de travail par l'institution d'un Conseil supérieur de l'inspection médicale, relevant de l'I.N.A.M.I., mais institutionnellement indépendant.

Le fonctionnement de ce Conseil supérieur se trouva également aux prises avec de nombreuses difficultés :

- a) refus de collaborer de la part du corps médical;
- b) perte de la compétence pour fixer la fin de la période d'incapacité de travail (enlevée par A.R. du 14 juillet 1956, à nouveau attribuée par A.R. du 9 août 1957, et enlevée par A.R. du 31 décembre 1958);
- c) disparition de l'obligation de faire une déclaration d'incapacité de travail directement aux services de contrôle de l'I.N.A.M.I. (A.R. 31 décembre 1958);
- d) détérioration de la collaboration avec les médecins-conseil;
- e) suppression des visites à domicile (en 1959).

§ 5. Projet de loi organisant l'assurance obligatoire

 maladie-invalidité (1)

1. Les soins de santé seraient dans certains cas pris à charge par une "assurance régionale", organisée par chaque fédération de chaque Union nationale ou par une "assurance nationale" organisée par chaque Union nationale.

Les assurances régionales couvriraient les consultations et les visites de médecins généralistes et spécialistes, soins dentaires, opérations chirurgicales bénignes, examens de laboratoire, dermatologie, physiothérapie, kinésithérapie, radiologie à l'exception des traitements thérapeutiques par radio et radium, soins d'infirmières, prothèses auditives et oculaires, petites prothèses et petits appareils orthopédiques dont la liste serait arrêtée par le Roi, mise en observation à l'hôpital, les soins pour accouchement, et les médicaments.

2. Un ticket modérateur serait imposé pour les soins ordinaires sans distinction de personnes ou d'organismes dispensant ces soins.

3. Les indemnités de l'assurance régionale atteindrait au moins 60 %, sauf les soins pour les accouchements (indemnité à concurrence de 100 % du tarif de base) et pour les interventions chirurgicales bénignes, les examens de laboratoire, dermatologie, radiologie, et soins hospitaliers (indemnités à concurrence de 85 %).

4. Pour l'assurance régionale, les associations concluraient des accords au niveau régional avec les médecins et les autres collaborateurs de l'assurance.

5. Les indemnités seraient à charge de l'assurance nationale.

Pour les indemnités en cas d'incapacité de travail, des montants forfaitaires seraient fixés, en tenant compte de l'âge, du sexe, de l'état civil et des personnes à charge de l'assuré.

(1) voir ~~Chambre~~, séance 1959-60, document 344.

§ 6. La loi du 14 février 1967 relative à l'expansion économique,

 au progrès social, et au redressement des finances.

Les dispositions les plus importantes concernaient :

1. L'Institut du contrôle médical.

La loi crée auprès du Ministère de la Prévoyance Sociale un institut indépendant pour le contrôle médical. (art.33 à 49).

En principe, l'Institut a pour mission d'assurer le contrôle médical de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie-invalidité.

Cette compétence était plus importante que celle conférée au Conseil Supérieur pour le contrôle médical, qui ne surveillait que l'exécution des tâches des médecins-conseils auprès des organismes assureurs.

2. Les tarifs maxima des honoraires.

Pour le cas où il semble impossible de conclure des accords en la matière, la loi prévoit, par un arrêté royal motivé et délibéré en Conseil des Ministres, la possibilité de fixer les tarifs maxima des honoraires et les prix pour les soins de santé et les prestations remboursables par l'assurance obligatoire de maladie et invalidité. (art. 52).

La non observation de ces tarifs est sanctionnée. (art.44 et 57).

3. Les services de tarification.

La loi introduit le principe selon lequel toutes les opérations de tarification et tous les paiements des organismes d'assurance pour les prestations pharmaceutiques doivent passer obligatoirement par les services de tarification si l'intervention de l'assurance n'est pas directement versée aux assurés par les organismes assureurs (art. 54).

Les règles relatives à la reconnaissance d'un service de tarification ont été fixés ultérieurement par A.R. du 12 août 1970.

4. Fixation des prix des produits pharmaceutiques.

Le Roi peut, suivant des règles qu'Il arrête, fixer les prix des spécialités pharmaceutiques. (art. 62).

Section 2. La loi du 9 août 1963 instituant et organisant

 un régime d'assurance obligatoire contre la

 maladie et l'invalidité et ses arrêtés d'exécution

Les innovations en matière de structure administrative et de financement de l'assurance obligatoire pour la maladie et l'invalidité ont été traitées respectivement aux chapitre II et III.

Il s'agira ici, plus particulièrement, du champ d'application et des prestations de l'assurance maladie-invalidité.

A. Champ d'application

1. En ce qui concerne les soins de santé

La loi prévoit la possibilité d'étendre l'assurance aux indépendants, aux membres du clergé et des communautés religieuses, aux fonctionnaires de l'Etat, aux handicapés, et aux étudiants de l'enseignement supérieur.

2. En ce qui concerne les indemnités

La possibilité d'englober les indépendants dans l'assurance des indemnités a été prévue par la loi.

B. Prestations

1. En ce qui concerne les soins de santé

C'est en cette matière que la loi du 9 août 1963 est la plus méritoire: La suite de l'élaboration du régime des conventions entre l'assurance maladie et les médecins, pharmaciens, auxiliaires para-médicaux, et les cliniques, et en plus, l'introduction des tarifs préférentiels pour les pensionnés, les veuves, les invalides, et les orphelins (gratuité de principe pour les soins dispensés par les médecins, pas d'intervention pour les prescriptions magistrales).

Au sein du service pour les soins de santé sont érigées des commissions permanentes pour chacune des professions médicales se composant paritairement de délégués d'organismes d'assurance et de délégués des organisations représentatives des professions et des établissements intéressés. Les négociations en vue de la conclusion de ces accords sur le plan national sont menées dans cette commission.

Après approbation de l'accord par le Ministre de la Prévoyance Sociale, le texte est soumis aux personnes citées plus haut, aux établissements de soins et aux pharmaciens en vue d'adhésion individuelle. Les adhésions individuelles sont portées à la connaissance des commissions permanentes.

Certaines réformes ne furent pas appliquées :

- a) le dossier médical pour chaque ayant droit;
- b) le paiement immédiat des honoraires par l'organisme assureur dans le cas où le médecin spécialiste doit rédiger un rapport;
- c) le " carnet des prestations " individuel.

2. En ce qui concerne les indemnités

Une indemnité d'incapacité primaire est accordée pour la première période d'incapacité de travail. Cette période qui, dans la réglementation précédente était de 6 mois, a été portée à 1 an.

Section 3. Modifications depuis la loi du 9 août 1963.

fi. Loi du 24 décembre 1963.

Cette loi, complétant et modifiant la loi du 9 août 1963, a principalement un double objectif.

Le premier est de tenir compte de la loi du 23 décembre 1963 relative aux hôpitaux.

Le second, le plus important est une concession à certaines revendications des médecins relatives aux objections qu'ils avaient formulées à l'égard de la loi du 9 août 1963.

a) Le risque que pourrait courir le secret médical a été écarté sur les points suivants :

1. Le protocole des examens ne peut être communiqué par le médecin spécialiste au médecin traitant qu'avec le consentement du malade. Il n'est transmis au médecin-conseil que lorsque celui-ci le demande (art. 36 de la loi sur la maladie).
2. Toutes les prestations ne sont pas mentionnées dans le carnet des prestations, mais seulement celles se trouvant sur la liste dressée par le comité de gestion du service pour les soins de santé (art.37 de la loi sur la maladie).
3. Les mentions dans le carnet des prestations doivent être écrites par les médecins, à l'exclusion de toute autre personne.
4. Ce carnet ne peut être réclamé que par les médecins.

b) Les objections concernant la rédaction et les modifications à la nomenclature des prestations de santé ont été écartées en grande partie.

La loi prescrit que la première nomenclature des prestations de santé sera établie par arrêté royal. Elle confirme le désir du corps médical de voir soumises telles quelles au Roi en même temps que l'avis du comité de gestion, les propositions de modifications à la nomenclature rédigées par les conseils techniques compétents et conseillées par ceux-ci au comité de gestion du Service pour les soins de santé. Le comité de gestion est seul habilité à proposer lui-même des modifications à la nomenclature dans les matières pour lesquelles il n'existe pas de conseil technique compétent.

§ 2. Loi du 6 juillet 1964

L'objectif principal de cette loi était de ratifier l'accord général du 25 juin 1964 conclu entre les représentants des médecins et dentistes et les représentants des organismes assureurs.

En application de cette loi a été promulgué l'arrêté royal du 10 juillet 1964.

§.3. Loi du 8 avril 1965

Par cette loi, la loi assurance-maladie est modifiée afin de l'adapter à la convention déjà citée, du 25 juin 1964.

Ces modifications concernaient e.a. :

- a) la présence des représentants des organisations médico-dentaires avec voix consultative au Conseil général et au Comité de gestion pour les soins de santé (art. 7 et 11 de la loi assurance-maladie);
- b) la liberté thérapeutique (art. 12, 4; 19 et 35 de la loi assurance maladie-invalidité);
- c) les conseils techniques médicaux et dentaires sont compétents pour émettre des avis sur l'interprétation de la nomenclature auprès des chambres restreintes et de la commission d'appel. (art. 16 loi assurance maladie);
- d) la composition des conseils techniques médicaux-et dentaires: majorité des praticiens (art. 17 de la loi assurance maladie);
- e) les conventions médico-mutualistes sont appelées maintenant accords (art. 34 à 34 quater de la loi assurance maladie);
- f) le secret professionnel (art. 36 et 37 de la loi assurance maladie);
- g) le contrôle médical (art. 78, 79, 80 de la loi assurance maladie);
- h) atténuation des dispositions pénales à l'égard des médecins (art. 103 et 104 de la loi assurance maladie).

f 4. Loi du 7 juillet 1966

Cette loi tend essentiellement à un fonctionnement plus efficace des organismes assureurs, ainsi qu'à un redressement de l'équilibre financier.

A cet effet, certains pouvoirs sont conférés au Roi afin qu'il puisse agir de sa propre initiative.

1. Mesures ayant pour but de préserver le fonctionnement normal de l'assurance.
 - a) assouplissement des modalités de vote relatives à la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste (art. 34, § 2, 6° de la loi assurance maladie);
 - b) possibilité de limiter les mesures publiques, définies par l'article 52 de la loi unique, et relatives à certaines régions, certaines prestations, ou certaines catégories d'assurés (art. 34 § 13 de la loi assurance maladie);
 - c) possibilité d'apporter par propre initiative des modifications aux conditions de remboursement des prestations de santé, à la nomenclature des prestations de santé, visées par l'article 23, 4° de la loi du 9 août 1963, et aux règles d'application de la nomenclature des autres prestations de santé.

2. Mesures relatives au maintien de l'équilibre financier de l'assurance.
 - a) possibilité de prescrire une intervention personnelle pour certaines prestations (art. 25 § 3 et § 4 de la loi assurance maladie)j
 - b) limitation du régime du tiers-payant (art. 34bis, 1° de la loi assurance maladie).

§ 5. La loi du 27 juin 1969

Cette loi comprend e.a, :

1. la base légale propre à asujettir le restant de la population belge à l'assurance (art. 22 de la loi assurance maladie)j
2. une modification de la compétence du Conseil médical pour l'invalidité: la décision concernant l'état d'invalidité peut être prise par un seul médecin (art. 42 de la loi assurance maladie)j
3. l'introduction d'un " contrôle spontané " pour ceux qui ont délivré à différentes reprises des certificats ou des déclarations d'incapacité de travail (art. 47bis de la loi assurance maladie). Ce principe a été appliqué par règlement du 19 novembre 1970 modifiant l'A.R. du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire pour la maladie et l'invalidité;

4. la constatation d'incapacité de travail primaire peut s'effectuer par le médecin-inspecteur du service du contrôle médical, seulement à la demande du médecin-conseil, au cas où l'état de santé de l'intéressé ne permet pas celui-ci de se rendre à la séance de contrôle. Le médecin-inspecteur peut également déterminer la fin de l'état d'invalidité. (art. 48 de la loi assurance maladie) ;
5. l'incapacité de travail primaire peut également être constatée par le médecin appartenant aux services de contrôle médical organisés par les employeurs. Cette compétence n'est attribuée que pendant la période où l'employeur est redevable de salaires. Ces services de contrôle doivent cependant d'abord être reconnus par le Comité de gestion du service des indemnités (art. 48bis de la loi assurance maladie). Cette disposition n'a jamais été suivie.
6. la base légale conférant au Roi le pouvoir de prescrire des règles concernant l'élargissement du règlement relatif au cumul d'indemnités, pour incapacité de travail avec d'autres avantages, comme les indemnités allouées aux infirmes, aux mutilés et aux titulaires des pensions anticipées (art. 57 de la loi assurance maladie). On retrouve l'application de ce principe dans les articles 231 à 236 (modifiés 1 différentes reprises) de l'A.R. du 4 novembre 1963.
7. la possibilité de réduire les frais administratifs des organismes assureurs (art. 125 de la loi assurance maladie). Les A.R. des 29 décembre 1969 et 25 octobre 1971 ont fait usage de cette possibilité.

f 6. Loi du 26 mars 1970

Les accords existants avec les médecins et les dentistes venaient à expiration le 31 décembre 1969. De nouveaux accords furent conclus avec les médecins et les dentistes le 14 janvier 1970, valables pour une période de 6 ans, c.a.d. pour la période 1970-1975. Il était apparu au cours des négociations que les différents partenaires souhaitaient une modification de la législation relative au système de l'engagement.

Le législateur a donné suite à ce souhait et a créé le système que d'ores et déjà on appelait " l'engagement inversé ".

On ne demande plus d'action positive de la part des médecins et dentistes disposés à respecter les tarifs des accords conclus, mais ceux qui refusent d'adhérer à ces accords sont priés de le faire savoir par lettre recommandée.

Les médecins et les dentistes n'ayant pas déclaré leur refus sont automatiquement obligés de respecter les tarifs de raccord pour toute leur activité professionnelle, sauf s'ils ont fait part des conditions relatives au lieu et au temps suivant lesquelles ils appliqueront les montants fixés des honoraires conformément aux stipulations prévues dans les accords.

§ 7. Loi du 5 juillet 1971

Cette loi crée la possibilité de réduire l'indemnité de l'assurance en cas d'hospitalisation prolongée. (art. 25, § 6).

Ce principe a trouvé son application dans l'A.R. du 26 décembre 1974, modifié par l'A.R. du 15 janvier 1975; à partir du 4^e jour d'hospitalisation, une somme de 50 Fr. est mise quotidiennement à charge de l'assuré.

§ 8. La loi du 20 juillet 1971

Les objectifs généraux de cette loi étaient les suivants :

1. la revalorisation de la fonction du médecin de famille. Le Roi peut prévoir des dispositions de nature à améliorer les relations entre les généralistes, entre les spécialistes, ainsi qu'entre les généralistes et les spécialistes, en vue d'obtenir une organisation plus efficace de l'assurance. L'application de ces règles peut se limiter à certaines régions, à certaines catégories d'ayants droit, ou à certaines prestations. (art. 24 ter loi assurance maladie).

" La formule proposée initialement de l'inscription de chaque ayant-droit chez un médecin de famille et la possibilité y afférente de renvoi à un médecin-spécialiste y est reprise" (1)

2. Concernant la possibilité d'introduire un document pour éviter la répétition de prestations techniques, il a été ajouté au texte que ce document peut être progressivement mis en circulation (pour une région, une catégorie d'ayants droit, ou certaines prestations) (art. 37 de la loi assurance maladie). Cela n'a pas été appliqué.
3. La reconnaissance des laboratoires de biologie clinique (art. 153, § 6 de la loi assurance maladie). Cette disposition n'a pas encore été appliquée.

§ 9. Loi du 16 juillet 1974 portant liaison des allocations sociales

à l'évolution du bien-être général

Dans le cadre du présent chapitre, il est fait uniquement mention des modifications que la loi précitée a apportées au régime des allocations pour les frais funéraires.

Le Roi définit désormais la catégorie des ayants droit (art. 45 § 2) les conditions d'octroi, et le montant (art. 61) de l'allocation pour frais funéraires.

Par l'A.R. du 17 juillet 1974 modifiant l'A.R. du 4 novembre 1963, portant exécution de la loi du 9 août 1963, le montant de l'allocation pour frais funéraires est ainsi fixé forfaitairement à 10.702 Fr. adapté à l'indice pivot 114,20 des prix de consommation (art. 238 § 1).

(1) Chambre 1970-71 document J002, p. 3.

§ la. Loi du 20 décembre 1974 concernant les propositions budgétaires

 1974-1975.

Les implications financières de cette loi ont été traitées dans le chapitre III.

1. Les maxima pour le prix d'une journée d'hospitalisation (art. 4] modifiant l'article 9 de la loi relative aux hôpitaux). Le Ministre de la Santé Publique a fixé de tels maxima.
2. Les inspecteurs et inspecteurs-adjoints de l'Inspection Sociale du Ministère de la Prévoyance Sociale sont désormais compétents pour établir des procès-verbaux faisant foi pour les infractions commises par les employeurs sur les dispositions réglementaires de l'assurance maladie.
 A cette fin, l'empêchement de la mission de contrôle ou le fait d'avoir fourni de faux renseignements sera désormais passible de poursuites judiciaires même pour les membres de l'Inspection Sociale.
3. La désignation d'un conseiller budgétaire et financier relevant directement du Ministre de la Prévoyance Sociale (art. 56 § 2, complétant la loi assurance maladie). La désignation s'est effectuée par l'arrêté ministériel du 7 mars 1975. (Mon. 15 mars 1975).

Section 4. Dispositions réglementaires

De surcroît, certaines dispositions réglementaires, de nature à influencer la situation financière de l'assurance maladie, ont été arrêtées.

§ I. Arrêté Royal du 24 décembre 1963

- a) La part des ayants droit dans le prix des spécialités pharmaceutiques (en application du 1er janvier 1964 jusqu'au 31 décembre 1964) a été fixée comme suit :

- pour les T.I.P. (titulaires d'indemnités primaires) : intervention uniforme de 22 Fr. ou un multiple de 22 Fr. pour les grands emballages, montant qui peut être ramené à 22 Fr. après avis favorable du médecin-conseil;
- pour les V.I.P.O. (veuves, invalides, pensionnés et orphelins) les mêmes dispositions que celles pour les T.I.P. sont applicables, mais la part personnelle est supprimée pour certaines spécialités (insulines et anti-TBC) •

En cas d'hospitalisation, une intervention uniforme de 22 Fr. est applicable par série d'unités comprises dans le plus grand emballage individuel reconnu.

- b) la part des ayants droit dans le prix des préparations magistrales (en application du 1er janvier 1964 jusqu'au 3 janvier 1966) est fixée comme suit :

- pour les T.I.P. : une intervention personnelle de 12 Fr. par préparation magistrale ;
- pour les V.I.P.O. : gratuit.

§ 2. A.R. du 31 janvier 1965

Cet A.R., appliqué du 1er janvier 1965 au 3 janvier 1966, ramène l'intervention uniforme de 22 Fr. à 15 Fr. pour ce qui est des spécialités pharmaceutiques en cas d'hospitalisation.

§ 3. A.R. 31 décembre 1965

- a) La part des ayants droit dans le prix des spécialités pharmaceutiques (appliqué du 4 janvier 1966 au 14 février 1966) est fixée comme suit :

- Pour les T. I. P. : par spécialité reconnue, l'ayant droit paie 90 % du prix publié avec un maximum de 50 frs ou un multiple de 50 frs pour les grands conditionnements, montant qui est ramené à 50 frs après avis favorable du médecin-conseil ;
- Pour les V. I. P. O. les mêmes dispositions sont applicables, mais le maximum de 50 frs est ramené à 22 frs, alors que la gratuité est maintenue pour certaines spécialités (insuline et anti-tbc) .

b) En ce qui concerne les préparations magistrales (en application du 4 janvier 1966 au 30 juin 1967) la part de l'ayant droit dans le prix est fixée comme suit:

- pour les T. I. P. : intervention personnelle s'élevant à 90 % du prix de la préparation avec un maximum de 20 frs ;
- pour les V. I. P. O. : gratuité.

§ 4. A. R. du 31 janvier 1966.

Cet A. R. prévoit les mêmes dispositions que l'A. R. du 31 décembre 1965 pour ce qui est de l'intervention personnelle de l'ayant droit dans le prix des spécialités pharmaceutiques, étant entendu que pour les T. I. P. le maximum de 50 frs est ramené à 25 frs pour une série de produits destinés aux maladies chroniques.

§ 5. A. R. du 12 décembre 1966.

Les mesures d'économie les plus importantes furent les suivantes:

- a) l'intervention de l'assurance pour l'achat de bas contre les varices est supprimée;
- b) les verres fumés sont désormais indemnisés à concurrence de la valeur des verres correspondants non fumés;

- c] diminution du coefficient pour certaines prestations relevant de la compétence des prothésistes de l'ouïe.

§ 6. A. R. du 23 mai 1967.

- a) En matière de spécialités pharmaceutiques (en application du 1 juillet 1967 au 31 octobre 1970) la part de l'ayant droit dans le prix de celles-ci est fixée comme suit:

- pour les T. I. P. : par spécialité agréée l'ayant droit paie 50 frs ou 25 frs (produits pour maladies chroniques) ou un multiple de ces montants (grands conditionnements) montants que le médecin-conseil peut ramener à 50 frs ou 25 frs ;
- pour les V. I. P. O. les mêmes dispositions sont applicables, mais l'intervention personnelle s'élève à 22 frs ; la gratuité pour certaines spécialités est maintenue.

- b] En matière de préparations magistrales (en application du 1 juillet 1967 au 31 décembre 1969) la part de l'ayant droit dans le prix est fixée comme suit :

- pour les T. I. P. : intervention personnelle de 20 frs par préparation magistrale ;
- pour les V. I. P. O. : gratuité.

§ 7. A. R. du 19 décembre 1969 (en application depuis le 1 janvier 1970).

La part de l'ayant droit dans le prix des préparations magistrales est fixée comme suit:

- pour les T. I. P. : intervention personnelle de 25 frs par préparation magistrale ;
- pour les V. I. P. O. : gratuité.

§ 8. A. R. du 20 juin 1970 (en application du 1 novembre 1970 au 30 juin 1971).

En matière de spécialités pharmaceutiques la part de l'ayant droit est fixée de la même manière que dans l'A. R. du 23 mai 1967 précité, étant entendu que, tant pour les V.I.P.O. que pour les T. I. P., la liste des spécialités pour lesquelles le médecin-conseil peut ramener le multiplicateur à 1, sera limitée à certains cas bien déterminés.

§ 9. A. R. du 10 juin 1971 (en application du 1 juillet 1971 au 31 décembre 197~

La part personnelle des V. I. P. O. dans le prix des spécialités pharmaceutiques est portée de 22 frs à 25 frs.

§ 10. A. R. du 10 juin 1971

Conformément aux dispositions de l'A. R. précité, entré en vigueur le 1 juillet 1971, une part personnelle est mise à charge de l'ayant droit pour certaines prestations physio-thérapeutiques.

Lorsqu'un assuré a suivi plusieurs traitements, ces prestations sont remboursées jusqu'à concurrence de la somme plafond.

La part personnelle n'est pas applicable aux veuves, orphelins, pensionnés, et ayants droit aux allocations d'invalidité.

§ II., A. R. du 25 juin 1971.

L'indemnisation pour les montures de lunettes est supprimée.

§ 12. A. R. du 7 mars 1972. modifié par l'A. R. du 16 décembre
1974-----

-
- a) La part personnelle des ayants droit dans les honoraires pour les prestations 0101 (consultation de médecine générale), est limitée à 30 frs. Cette part personnelle n'est pas due par les ayants droit profitant de l'indemnité majorée.
- b) Le montant de l'intervention de l'assurance dans les honoraires relatifs aux prestations 0113 (visite à domicile du pédiatre) est obtenu en soustrayant 18 frs du montant résultant de l'attribution d'une valeur de 23 frs à la lettre-clé avant la valeur relative de la dite prestation. La réduction de 28 frs n'est pas applicable pour les ayants-droit profitant de l'intervention majorée.

§ 13. Ordonnance du 1er août 1974.

L'intervention de l'assurance maladie invalidité n'est pas due pour les soins donnés par un dispensateur (médecin, dentiste, pharmacien, accoucheuse, infirmière, collaborateur para-médical), à son époux(se), descendants, ascendants, beau-père, belle-mère, beaux-fils et belles-filles. Les frais des produits et accessoires employés lors de l'exécution de ces prestations peuvent donner lieu à une indemnité à concurrence du prix coûtant,

§ 14. A. R. du 16 décembre 1974.

La réglementation du 10 juin 1970 est maintenue en ce qui concerne la part personnelle des ayants droit dans les spécialités pharmaceutiques, étant entendu que pour les

- T. I. P. : les interventions personnelles de 25 et 50 frs sont respectivement portées à 35 et 60 frs.
- V. I. P. O. : l'intervention personnelle est portée de 25 à 35 frs.

§ 15. A. R. du 24 décembre 1974.

D'une part, le montant des revenus au-dessous desquels les pensionnés peuvent profiter des tarifs préférentiels, est augmenté; d'autre part, le contrôle de ces revenus se trouve renforcé.

§ 16. A. R. du 14 mars 1975.

Conformément aux dispositions de l'A. R. précité, applicable depuis le 1er avril 1975, une part personnelle est prévue pour les ayants droit, dans les prestations physiothérapeutiques, reprises sous les numéros 5701 à 57Z5 et 57Z7 des articles 20 § 1, g, et 22 de l'annexe de l'A. R. du 16 novembre 1973 fixant la nomenclature des prestations médicales relatives à l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

Cette part personnelle s'élève à 25 % des honoraires fixés conformément à l'article 25, § 4, 1° de la loi du 9 août 1963 créant et organisant un règlement pour l'assurance obligatoire maladie - invalidité. La part personnelle n'est pas applicable

aux veuves, orphelins, pensionnés et ayants-droit d'allocations d'invalidité définis par l'art. 25, § 1, IO de la loi précitée du 9 août 1963, ni aux personnes à leur charge.

Quant un assuré a subi différents traitements, les prestations sont indemnisées à concurrence d'un montant-plafond K 12.

§ 17. A. R. du 5 juin 1975.

L'application de l'A. R. du 14 mars 1975 fixant la part personnelle des ayants droit dans le prix coïncidant de certaines prestations médicales, est suspendue pour ce qui est des prestations physiothérapeutiques définies sous les numéros 5706 à 5709, 5712, 5713, 5716, 5723, 5724 et 5725.

CHAPITRE V : L'ASSURANCE MALADIE ET INVALIDITE. A-T-ELLE
ATTEINT SES OBJECTIFS?

La question englobe toute la sécurité sociale.

La sécurité sociale a certainement atteint ses objectifs primaires: en ce qui concerne la suppression de la crainte de la misère, et plus tard, le maintien du niveau de vie.

Le seul point faible résidait non seulement dans la nécessité d'adapter les allocations à l'augmentation du coût de la vie, mais aussi de les laisser fluctuer selon l'augmentation du niveau de prospérité.

Des mesures législatives récentes (1) y ont cependant remédié.

La redistribution horizontale, de la population active à la population non-active (malades, chômeurs, pensionnés) et, dans une certaine mesure, à l'intérieur même du groupe des non-actifs, est devenue une réalité.

Selon le Prof. H. Deleeck (2) la sécurité sociale pour les travailleurs n'a pas atteint ses objectifs en ce qui concerne la redistribution verticale des revenus, c. à d. de la couche supérieure vers la couche inférieure.

Environ 75 % de la sécurité sociale sont financés par les cotisations de la sécurité sociale qui représente directement ou indirectement une partie du salaire des travailleurs.

Ce pourcentage est moins élevé pour l'assurance maladie et invalidité.

Il s'élevait à 77,7 % pour tous les régimes (système général, marins, et mineurs) en 1945, et est tombé en 1974 à 56,7 %.

Le travailleur a droit à certaines prestations, quel que soit le montant de ses revenus ou proportionnellement à ses revenus.

Cette manière d'uniformiser l'octroi des prestations sociales n'est pas de nature à apporter une solution aux nécessités les plus pressantes.

(1) Voir e. a. art. 54. § 1 de la loi assurance maladie, complétée par la loi du 16 juillet 1974, portant revalorisation annuelle des allocations d'invalidité.

(2) H. Deleeck: *Maatschappelijke zekerheid en inkomensverdeling in België*. Antwerpen 1966 et BTSZ 1967. p. 915-928.
H. Deleeck: *Waarheen met de sociale zekerheid* BTSZ 1971. p.5-30
J. J. Dupeyroux, t. a. p., p. 236-249 et 694.

Toujours d'après le prof. Deleeck, cette situation serait imputable à deux facteurs.

D'une part le maintien du plafond des salaires ne permet pas aux travailleurs d'apporter une participation proportionnelle à leurs revenus, d'autre part il a été établi que les personnes appartenant aux catégories supérieures de revenus profitent plus des prestations pour des raisons sociologiques (davantage de soins médicaux, plus d'allocations familiales, par suite d'une fréquentation scolaire plus longue, des carrières plus complètes pour ce qui est des pensions, etc...), à l'exception des allocations de chômage).

Dans l'assurance maladie-invalidité, les allocations ainsi que les cotisations sont fixées en proportion des salaires, de telle sorte que le travailleur retouche plus si sa participation au financement est plus importante.

En ce qui concerne les frais de maladie, une égalisation des prestations en faveur de la population active et le statut privilégié des V.I.P.O. devraient théoriquement garantir une meilleure redistribution.

Toujours selon le prof. Deleeck, le paiement des cotisations en fonction des salaires plafonds a pendant 30 ans, rendu possible une redistribution des bas revenus vers les revenus supérieurs. (1)

Pour remédier à cette situation, il aurait fallu calculer les cotisations au moins proportionnellement aux salaires, et faire varier les allocations en fonction de ces salaires, avec un montant minimum vers le bas, et un montant maximum vers le haut.

La politique pratiquée ne l'a pas été dans cette direction.

"En résumé, l'histoire la plus récente nous apprend que la politique relative à la sécurité sociale a toujours été fonction des exigences politiques et syndicales sans cesse renouvelées portant sur l'élaboration et l'élargissement du système existant des allocations"(1).

Toutefois, cette politique traditionnelle de la sécurité sociale a été changée au cours de ces dernières années.

(1) Ce point de vue n'est pas partagé par tous les auteurs.
 Voir G. Spitaels : Réflexions sur la politique de sécurité sociale 1973, 40.
 G. De Swert : De hamsa van de sociale zekerheid, De Gids, 1975, p. 169.
 Voir rapport Coppini : De economische invloed van de sociale zekerheid in de EEG, Série Sociale politiek, Brussel, 1970.

(z) H. Deleeck : Waarheen met de sociale zekerheid. BTSZ 1971, p. 8.

En dehors du droit positif belge de la sécurité sociale, une série de lois d'assistance ont été promulguées: la loi du 1er avril 1969 instaurant le revenu garanti pour les personnes âgées, la loi du 20 juillet 1971 créant l'allocation familiale garantie, et la loi du 7 août 1974 créant le droit au minimum vital.

La loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'indemnités aux retraités valides couvre également pas mal de cas ignorés par la sécurité sociale.

Le législateur a ainsi exprimé sa préoccupation sur des situations spécifiques de nécessiteux qui, à cause de leur improductivité, ne tombaient pas dans le champ d'application de la sécurité sociale.

Le problème de la misère des travailleurs, résolu grâce à l'action des organisations des travailleurs et à la politique du gouvernement en matière de sécurité sociale, n'avait pas pour autant disparu de notre société d'abondance (1).

La cause principale de la misère reste la maladie et l'invalidité, en particulier pour les solitaires (2).

Une telle société distribue en premier lieu sa prospérité à la population active, mais elle doit également, par une politique sociale plus efficace que les assurances de sécurité sociale, garantir aux groupes faibles ou oubliés une sécurité d'existence.

L'article 25 I de la déclaration des droits de l'homme proclame que chacun a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être ainsi que celui de sa famille, en particulier pour ce qui est de l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que les services sociaux nécessaires.

(1) Voir: - P. Schoetter : Sociale zekerheid en openbare onderstand, BT5Z 1966, p. 499.

-E. Wollast-There : Etude socio-économique de la population indigente de la ville de Bruxelles. Revue de l'Institut de sociologie 1968, p. 277-318 : 1 % de la population de l'arrondissement le plus prospère de notre pays, Bruxelles-Capitale, reçoit de l'assistance.

-M. Versichelen : Armoede in de welvaartstaat, BT5Z, 1970, p. 1081.

-G. Pichault: het pauperisme in een welvaartseconomie. BT5Z. p. 1291.

(2) M. Versichelen t.a.p. • p. 1107-1110.

Une évolution s'est amorcée au sein même du système de la sécurité sociale belge.

Pratiquement toute la population bénéficie actuellement des avantages des soins médicaux.

Actuellement, l'assurance pour les frais de maladie vaut non seulement pour les travailleurs, mais également pour les indépendants, les fonctionnaires, le clergé, les religieux, les moins-valides, les étudiants et les "groupes oubliés".

De plus en plus de personnes sont assujetties au régime de la sécurité sociale par égalisation, tandis que l'élaboration du statut social des indépendants, s'identifiant progressivement au régime des travailleurs, ouvre la voie vers une assurance populaire pour les soins de santé.

En ce qui concerne le financement de la sécurité sociale, le plafond des salaires a connu des hausses régulières et a été supprimé dans le secteur des soins de santé en vertu de la loi du 24 décembre 1974 entrée en vigueur le 1er janvier 1975. Ce plafond n'existe déjà plus depuis longtemps dans le régime des pensions des travailleurs en vertu de la loi du 29 décembre 1952.

Il n'y a d'ailleurs jamais eu de plafond de salaires pour l'assurance maladie et invalidité dans le régime des mineurs.

En outre, la sécurité sociale n'est plus considérée comme un simple octroi de prestations. Ces prestations ne sont en effet qu'une étape vers des objectifs beaucoup plus larges.

Depuis la loi du 14 février 1961 relative à l'expansion économique, le progrès social et le redressement des finances, l'emploi a pris le pas sur les allocations de chômage,

A présent, l'assurance maladie se situe dans l'ensemble d'une politique de la santé.

L'allocation familiale est un instrument de la politique de la famille, comme la pension de vieillesse est un élément d'une politique en faveur du troisième âge.

La nécessité d'une politique globale de la sécurité sociale, a amené l'idée d'un planning social au sein d'un planning économique.

Il est évident que le social dépend dans son évolution, de l'économique et que l'économique est influencé par le social.

Cependant dans notre pays on vit encore dans la crainte de voir l'économique dominer le social.

Ils se trouvent l'Un en face de l'autre : "comme le lion et la brebis dans la fable" (1).

A tort, car il faut considérer tant la politique sociale que la politique économique comme des instruments au service de l'homme.

Il faut donc analyser la sécurité sociale du point de vue économique. (2)

La pression qu'exercent les cotisations de la sécurité sociale sur les employeurs et les travailleurs, l'accroissement des interventions de l'Etat, donc en fin de compte des impôts, et l'augmentation des prestations constituent les aspects économiques dominants que l'on discute.

Mais d'autres aspects encore méritent l'attention.

"Quiconque songe à l'importance qu'occupe la sécurité sociale dans notre société, doit être surpris de voir le peu d'intérêt qu'accordent les économistes à ce secteur de l'économie nationale" (3).

Il est donc nécessaire de se demander si le transfert des revenus et le nivellement provoqué par la sécurité sociale n'affecte pas le produit national brut.

On prétend souvent que le montant des cotisations de la sécurité sociale amènent les indépendants ou les petits employeurs à ne plus engager de travailleurs.

L'influence du coût des salaires est, sans aucun doute, davantage ressentie ~ court terme dans les entreprises à travail intensif que dans les autres entreprises.

D'autre part, le coût de la main-d'oeuvre oblige les employeurs à la réduire, ce qui favorise ainsi le progrès technique et l'automatisation.

Dans les pays où le système des cotisations de la sécurité sociale n'existe pas, le même but est poursuivi en créant des impôts sur le personnel employé.

(1) BTSZ, 1971, 76.

(2) G.M.J. Veldkamp : Aspects économiques de la sécurité sociale. Rev. int. sec. soc. 1972, n° 1-2, p. 77.

(3) Préface V. Halberstadt dans "De economie van de sociale zekerheid" Deventer, 1974.

Voir aussi le rapport Coppini, t. a. p.

Des cotisations progressives sur l'entièreté du salaire auraient, tout comme l'impôt sur le revenu, une influence négative sur l'effort au travail (1), et favoriseraient le penchant à la fraude en matière de paiement des cotisations [salaires noirs].

Comme cela a déjà été précisé, le régime belge de la sécurité sociale pour travailleurs, à l'exception du secteur des soins de santé et du secteur des pensions pour les travailleurs manuels(2), est plutôt dégressif; même quand les cotisations de la sécurité sociale sont calculées sur l'entièreté du salaire, celles-ci sont proportionnelles au salaire et non-progressives à l'importance de ce dernier.

Le plafond salarial est en outre, non seulement injuste du point de vue social et en contradiction avec l'idée de solidarité propre à la sécurité sociale, mais a dans l'optique de l'emploi une conséquence spécifique. "Le système du plafond incitant à employer une main d'oeuvre plus chère et plus qualifiée, mais moins nombreuse, il vaut mieux pour un employeur recruter un ingénieur que deux ouvriers qualifiés, si l'efficacité est équivalente. "

Le plafond favorise l'élargissement de l'éventail des salaires. Les salariés les moins "intéressants" sont ceux dont la rémunération atteint le plafond sans le dépasser. Mieux valent un ingénieur et un manoeuvre que deux techniciens" (3).

La hausse des cotisations de la sécurité sociale aurait ainsi un effet secondaire défavorable sur les investissements. Certaines études prétendent cependant que l'influence est minime (4).

Les investissements à court terme sont freinés, tandis que les investissements à long terme le sont à peine.

D'autres études (5) ont prouvé que la hausse influence négativement les investissements bruts à moyen terme.

Les prix sont pour leur part influencés par la hausse des cotisations des employeurs. ce qui entraîne une répercussion sur l'exportation et le volume de l'emploi.

(1)C. de Galan: Sociale zekerheid in de economie van de sociale zekerheid. Deventer 1974, p. 45.

(2)Dans le secteur du règlement des vacances des travailleurs intellectuels le calcul des cotisations s'effectue également sur l'entièreté du salaire.

(3)P. Hermand : l'avenir de la sécurité sociale. Editions du Seuil, 1967, p. 91.

(4)J. Weitenberg : the incidence of social security taxes. Public Finance 1969. nr 2, p. 73-108.
C. de Galan t, a. p. p. 50. note 53.

(5)A. F. Bakhoven et Y.M. Ympa. Kwantitatieve analyse van de sociale zekerheid in de economie van de sociale zekerheid. Deventer 1974, p. 26-27.

Il est de plus en plus accepté que les cotisations des employeurs soient finalement supportés par les salariés.

Les cotisations des employeurs sentent fait une limitation à la quotité disponible pour l'augmentation des salaires normaux. Ce qui ne veut pas dire que sans cette cotisation des employeurs la quotité disponible reviendrait entièrement aux salariés.

"Les conséquences économiques d'un accroissement du revenu social ne sont pas les mêmes que celles d'un accroissement des salaires: les bénéficiaires de l'un n'ont pas les mêmes comportements que les bénéficiaires de l'autre. Aussi ne saurait-on dire qu'augmenter à un moment donné le revenu social c'est augmenter les salaires d'autant "(1).

Les employeurs se rattraperont en partie sur les salaires directs et en partie sur les prix.

Mais en compensant les cotisations par une hausse de prix, c'est en fin de compte le consommateur et donc le salarié qui doit supporter la charge.

La quote-part des employeurs dans le revenu social est resté constant, compte tenu de l'augmentation du nombre des salariés et du salaire social (Z).

En définitive, il ne s'agit pas d'une redistribution entre employeurs et salariés mais d'une redistribution du salaire, scindé en salaire direct et salaire indirect.

Une partie même de ce salaire indirect va à d'autres groupes de la population.

Ceci est tout particulièrement le cas pour les prestations de l'assurance maladie-invalidité où la redistribution se fait au profit des médecins, pharmaciens, et collaborateurs para-médicaux ainsi que des hôpitaux,

L'augmentation des cotisations des travailleurs fait baisser le salaire réel, ce qui provoque une réduction de la consommation, compensée cependant par les bénéficiaires des prestations grâce au transfert des revenus.

(I) P. Hermandt.a.p. p.35.

(Z) J. Courtheoux: la politique des revenus. Que sais-je 1966, p. 57 et Z17.

H. Deleeck: inkomensverdeling, sociale zekerheid en sociaal beleid - Antwerpen 1972, p. 91-116.

S'il n'y avait pas eu de sécurité sociale, les salariés auraient de toute manière consacré une partie de leur salaire à des assurances libres, ou à l'épargne, ce qui réduirait également la part du salaire destinée à la consommation.

En ce qui concerne l'influence qu'exercent les allocations sur le pouvoir d'achat, la situation idéale pour l'assuré social est celle qui lui permet de maintenir le niveau de son pouvoir d'achat.

La sécurité sociale n'est pas à même de réaliser intégralement ce but, mais "du fait que la stabilité du pouvoir d'achat constitue l'un des stimulants les plus puissants de la croissance économique, on peut conclure qu'un système sain de sécurité sociale constitue lui-même un puissant stimulant de la croissance économique. Cela ne signifie pas nécessairement que la sécurité sociale ne puisse avoir une influence négative sur l'économie. C'est ainsi que si le développement de la sécurité sociale, aboutissant à un abaissement de la productivité ou si l'épargne indispensable à la croissance économique n'augmentait pas, le stimulant positif que constitue la stabilité du pouvoir d'achat résultant de la sécurité sociale serait contrecarrée par l'effet négatif produit par la baisse de la productivité ou de l'épargne" (1) •

Les prestations sociales ne sont pas toujours utilisées suivant un même schéma.

Tandis que le bénéficiaire des allocations limitera ses dépenses en fonction de ses besoins et des prix, le remboursement des prestations médicales n'est, en principe, soumis à aucune influence limitative.

Le bénéficiaire ne reçoit pas une certaine somme dont il dispose à son gré, mais le remboursement de certains frais de maladie.

Des allocations trop importantes pourraient freiner l'empressement à être réintégré dans le monde du travail.

La névrose de la rente chez les personnes souffrant d'une incapacité de travail n'en est qu'une illustration.

En ce qui concerne les allocations, la sécurité sociale pourrait avoir un effet anticyclique en période de basse conjoncture et un effet procyclique en période de haute conjoncture par suite de la liaison des salaires aux prix.

(1) G.M.J. Veldkamp t. a. p. p. 79.

Au point de vue du recouvrement des allocations, la sécurité sociale a toujours des effets anticycliques (1).

Nous ferons abstraction de la question portant sur l'opportunité de constituer des réserves en période de haute conjoncture pour ce qui est de l'assurance maladie-invalidité en tant que secteur particulier.

La sécurité sociale élargit également le fossé existant entre la population active et la population non-active.

La baisse de la mortalité infantile, le prolongement de la longévité grâce à la politique de la santé, et la possibilité pour les enfants d'étudier plus longtemps grâce aux allocations familiales prolongées et les revenus plus élevés des parents, font grossir les rangs des non-actifs.

Comme cela a déjà été précisé plus haut, le coût total des salaires, dans lequel sont comprises les allocations de la sécurité sociale à charge de l'employeur, incite celui-ci à remplacer la main-d'oeuvre coûteuse par des machines, ou à se défaire de travailleurs, au moindre recul économique.

D'autre part la sécurité sociale améliore la qualité de la main d'oeuvre grâce aux soins médicaux et à la formation professionnelle.

F. Pankert (2) a réfuté l'argument de H. Aaron prétendant que la prospérité économique rendrait la sécurité sociale partiellement superflue.

L'expansion économique s'est doublée d'une inflation lente et croissante qui a fait perdre toute crédibilité aux formes traditionnelles de sécurité individuelle basées sur l'épargne.

Les nouvelles techniques de vente, comme la vente à tempérament, ont allourdi le budget familial et ont exigé une stabilité des rentrées.

Dans l'optique des assurés les soins de santé affectent encore toujours le budget familial.

La gratuité n'est pas encore une réalité.

Pour certaines catégories d'assurés, souffrant par exemple de maladies chroniques, les soins de santé sont une lourde charge(3).

(1) Etudes de la C. E. E. Rapport Coppinâ, t. a. p. p. 184.

(2) Sécurité sociale et redistribution du revenu. étude comparée, Rev, Int, trav • 1968. p. 471.

(3) J. Van Hoof: De doelmatigheid van de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor chronische zieken. Leiding 1969. p.232-323.

Le droit aux soins de santé suppose, pour pouvoir en user, une accessibilité financière.

La santé de la population s'est-elle améliorée grâce à l'assurance-maladie? On pourrait en douter.

Le prof. Klinkert (1) a constaté qu'aux Pays-Bas la durée moyenne de longévité a diminué, ces dernières années, pour les hommes, les absences pour maladie et la consommation de médicaments ont augmenté.

Ce ne sont pas tant les soins médicaux qui ont contribué le plus à l'amélioration du niveau de la santé, mais la médecine préventive (2), le progrès de l'hygiène, et une meilleure alimentation (3) résultant de l'augmentation des revenus.

On ne peut sans aucun doute contester la valeur de cette constatation, mais elle ne doit toutefois nous amener à conclure injustement que la médecine curative n'a pas produit de bons résultats.

Des médicaments modernes ont permis (4) de guérir des maladies autrefois incurables, des opérations de plus en plus perfectionnées ont sauvé de nombreuses vies humaines.

A côté de ces triomphes, la médecine connaît aussi l'impuissance dans certains domaines, telles que les affections chroniques, cardiaques, psychomatiques, etc..

Les accidents de la circulation et les accidents de travail font beaucoup de victimes.

La pollution atmosphérique est devenue un des grands ennemis de la santé. (5)

Beveridge a cru que l'état de santé de la population s'améliorerait grâce à la gratuité des soins de santé de telle sorte que les dépenses dans ce secteur se réduiraient progressivement.

Ce point de vue s'est avéré faux.

(1) J.J. Klinkert: Macht van artsen. Assen 1974, p.S.

(2) Vaccinations contre la variole, coqueluche, diphtérie, poliomyélite.

(3) Eau potable, logement salubre, hygiène personnelle.

(4) par ex. l'insuline.

(5) L. B. Lave et J. P. Seskin : Air pollution and Human Health Science 1970, vol. 169. p. 723.

L. E. Troclet (1) est arrivé à une conclusion semblable :

"... la médecine doit pouvoir se développer. A la longue, en améliorant la santé de la nation, elle réduira considérablement les charges de la médecine curative ... Il faudra patienter de nombreuses années. "

Les dépenses de l'assurance maladie invalidité, en particulier les prestations médicales, continuant à monter, et le déficit est la règle.

Dans le chapitre VI suivant, nous en rechercherons les causes.

(1) f. a. p. p. 226.

CHAPITRE VI : CAUSES DU DEFICIT.

En élaborant les budgets pour 1975, il est apparu que tous les secteurs et tous les régimes de l'assurance maladie invalidité étaient déficitaires :

- soins de santé pour travailleurs;
- soins de santé pour indépendants;
- indemnités pour travailleurs;
- indemnités pour indépendants;
- pension d'invalidité pour ouvriers mineurs;
- soins de santé et indemnités pour gens de mer.

En ce qui concerne le secteur des soins de santé, le déficit est permanent, excepté pour quelques années.

Quelles sont les causes de ces déficits ?

A. Le régime des soins de santé pour travailleurs.

Le régime des soins de santé pour travailleurs et assimilés (régime général) est sans aucun doute celui qui cause le plus de soucis.

Depuis la réforme de 1963, le déficit cumulé s'élève à environ 2.236 millions de F, 1976 Y compris, malgré les mesures prises qui ont eu pour effet d'augmenter les revenus et de limiter les dépenses.

	Revenus (en millions de F)	Dépenses (en millions de F)	Résultat (en millions de F)
1964	12.266,9	10.487,3	+ 1.779,5
1965	18.163,3	20.084,7	- 191,4
1966	22.674,4	21.828,6	+ 845,8
1967	23.654,1	22.946,3	+ 707,8
1968	25.806,2	26.149,2	- 343,0
1969	28.093,2	30.713,1	- 2.619,9
1970	33.833,4	35.435,2	- 1.601,8
1971	39.287,1	39.204,8	+ 82,3
1972	47.086,3	45.761,2	+ 29,0 (4)
1973	53.259,7	54.393,2	- 1.133,5
1974 (1)	64.848,0	65.355,0	- 507,0
1975 (2)	80.965,7	80.025,1	+ 940,6
1976 (3)	94.419,4	95.045	- 625,6

(1) Prévisions

(2) Budget adapté aux mesures prises par le gouvernement (indice 139,95), mais sans l'influence de l'A.R. du 14 mars 1975 et du prix prévisionnel de la journée hospitalière.

(3) Budget I.N.A.H.I. à l'indice 148,52.

(4) 896 millions (1.325,1 millions - 896 millions = 429 millions de F) du boni sont versés dans un fonds spécial.

Les dépenses globales pour soins de santé représentent environ 70 % des dépenses totales de l'I.N.A.M.I. pour 1976.

	A	B	C	Rapport BIA	Rapport CIA
	Dépenses totales de l'INMU	Dépenses totales soins de santé	Prestations de soins		
1966	30.537	21.828,6	18.196,8	71,4 %	59,6 %
1973	75.581,3	54.393,2	46.461,6	71,9 %	61,4 %
1974 (1)	91.311,4	65.355,0	56.100,0	71,5 %	61,4 %
1975 (2)	115.077,3	80.025,1	68.558,0	69,5 %	59,5 %
1976 (3)	135.353,4	95.045,0	80.678,0	70,2 %	59,6 %

De 1966 à 1976, le montant total des dépenses soins de santé a augmenté de 435 %.

La croissance annuelle pour les périodes suivantes, s'élève en moyenne à :

	<u>Soins de santé</u>	<u>Prestations de soins</u>
1966-74	14,69 p.c.	15,11 p.c.
1966-76	15,85 p.c.	16,06 p.c.
1974-76	20,59 p.c.	19,92 p.c.

Comparé au P.N.B., le pourcentage de croissance s'élève à :

	<u>P.N.B.</u>	<u>Soins de santé</u>
1966-74	11,03 p.c.	14,69 p.c.
1966-76	11,18 p.c.	15,85 p.c.

Afin d'accentuer la comparaison, il est fait mention ci-après des pourcentages de croissance par tête, en ce qui concerne le P.N.B. et le R.N., par bénéficiaire pour ce qui est des soins de santé, et par tête pour les dépenses hygiène et soins médicaux :

- (1) budget
 (2) chiffres adaptés
 (3) budget.

	<u>P.N.B. (par tête)</u>	<u>R.N. (par tête)</u>	<u>Soins de santé</u>	<u>Dépenses pour hygiène et soins médicaux</u>
	-----	-----	.ip!.r_b.!n.!f!c!a!r!.)	~~~~~
1966-7,4	10,28 p.c.	10,66 p.c.	12,93 p.c.	11,67 p.c.
1966-76	10,52 p.c.	10,97 p.c.	14,01 p.c.	13,34 p.c.

Globalement la croissance est la suivante (en milliards) :

	<u>P.N.B. (indice)</u>	<u>R.N. (indice)</u>	<u>Soins de santé</u>	<u>Hygiène et soins médicaux</u>
			.it!.b!e!.u_51(!n~i.fel	
1966	911,9 (100)	718,6 (100)	19,5 (100)	33,1 (100)
1974	2.105,6 (231)	1.705,8 (237)	59,8 (302)	84,6 (255)
1976	2.631,7 (288)	2.161,6 (300)	85,3 (438)	123,0 (371)

Au cours de la période 1966-1976, le revenu national aura probablement triplé. Par contre, les dépenses pour soins de santé auront augmenté de 4,5.

§ 1. Les prestations de soins

Une croissance ininterrompue se remarque principalement dans le poste prestations de soins et particulièrement dans celui des V.I.P.O.'s (veuves, invalides, pensionnés).

Les dépenses pour prestations de soins et les maladies sociales présentent la tendance suivante selon la catégorie : titulaire d'indemnité primaire (T.I.P.), veuves, invalides et pensionnés (V.I.P.O.) (voir tableau 5).

Tableau 5 : évolution des dépenses totales (en millions de F) dans le régime général (1).

	Total	Indice	T.I.P.	Indice	V. LP.O.	Indice	R.N.
1966	19471,2	100	11974,1	100	7497,1	100	100
1972	41023,9	210,7	22924,2	191,45	18099,7	241,42	175,5
1973	48705,1	250,1	26938,6	224,97	21766,5	290,33	200,9
1974 (2)	58842,9	302,2	31875,0	266,20	26976,9	359,83	236
1976 (3)	85329,1	438,2	45162,6	377,17	40166,5	535,76	300,7

La part des personnes actives dans les dépenses diminue régulièrement en faveur des non-actives (voir tableau 6).

La cause de ce glissement sera approfondie lors de la discussion des causes du mali.

Tableau 6 : la part des deux groupes

	T.I.P.	V.I.P.O.
1966	61,8 %	38,8 %
1972	55,8 %	44,1 %
1973	55,3 %	44,7 %
1974 (2)	54,2 %	45,8 %
1976 (3)	52,9 %	47,1 %

(1) à l'exclusion du groupe des personnes non protégées

(2) chiffres provisoires

(3) budget

Les dépenses globales sont évidemment influencées par le nombre de bénéficiaires représenté par une courbe croissante, ce qui sera démontré ultérieurement.

Ce facteur peut être éliminé en calculant les dépenses par bénéficiaire (voir tableau 7).

Tableau 7 : évolution à partir de 1966 du prix coûtant des soins de santé par bénéficiaire.

	Moyenne	Indice	T.L.P.	Indice	V.I.P.O.	Indice
1966	2735,52	100	2086,94	100	5411,12	100
1972	5186,88	189,75	3709,89	117,77	10464,70	193,39
1973	6071,83	222,12	4316,49	206,83	12224,06	225,91
1974 (1)	7235,47	264,50	5079,29	243,38	14521,69	268,37
1976 (2)	10151,66	371,10	6971,69	334,06	20833,08	385,00

Les dépenses par bénéficiaire sont passées de 1966 à 1976 de 2.735,52 F à 10.151,66 F, soit 371 %.

Elles augmentent plus pour les V.I.P.O. dont le coût est trois fois plus élevé par bénéficiaire.

Cela représente un coefficient annuel de croissance de 14,01 %.

En ce qui concerne les T.I.P. (personnes actives), le régime présente un boni chaque année. Par contre les dépenses pour les V.I.P.O. (veuves, invalides, pensionnés) dépassent les revenus d'une façon croissante.

Pour les V.I.P.O., le déficit indique la courbe de croissance suivante :

1966	:	1.796,4	millions de F
1967	:	2.116,5	"
1968	:	2.936,3	"
1969	:	4.314,7	"
1970	:	4.785,1	"
1971	:	4.386,1	"
1972	:	5.047,1	"
1973	:	7.489,4	"
1974	:	8.825,0	"
1975 (3)	:	11.255,5	"

Sur le plan financier, cette augmentation des dépenses de la branche soins de santé est inquiétante.

(1) chiffres provisoires

(2) budget

(3) chiffres budgétaires originaux

Le déficit est permanent, déficit auquel on a remédié jusqu'à présent par la recherche de nouveaux revenus (voir le chapitre III) ou par des mesures restrictives (voir le chapitre IV).

Il n'existe actuellement aucune méthode permettant de contrôler le développement du coût des soins de santé et d'éviter que les dépenses n'excèdent régulièrement les recettes.

La préoccupation grandissante des pouvoirs publics et des organisations intéressées par l'assurance, fait apparaître la nécessité de mesures radicales pour contrôler plus fermement la croissance et garantir la viabilité du régime.

Le problème n'est pas propre à notre pays.

Les Pays-Bas, la France, l'Allemagne fédérale, l'Italie, le Danemark, la Grande-Bretagne, la Suède et même des pays sans régime d'assurance généralisé tels que les Etats-Unis et la Suisse sont confrontés avec le même problème.

Une comparaison avec d'autres pays démontre même que notre situation n'est pas la plus mauvaise.

Nous nous trouvons dans une position moyenne (voir les tableaux 8 et 9).

Tableau 8 : dépenses par habitant (1972)

Maladie	Dépenses sociales	Dépenses sociales par	
-----	-----	! , aRJl~r! .~u_P~N~B~ _	
Allemagne fédérale	11.110 FB	41.300 FB	22,4 p.c.
Danemark	10.590 FB	39.200 FB	20,9 p.c.
Pays-Bas	9.230 FB	35.300 FB	23,2 p.c.
France	8.190 FB	31.800 FB	19,3 p.c.
Belgique	6.860 FB	31.380 FB	19,8 p.c.
Grande-Bretagne	5.650 FB	22.300 FB	16,8 p.c.
Luxembourg	5.630 FB	32.640 FB	19,2 p.c.
Italie	5.610 FB	21.900 FB	22,5 p.c.
Irlande	3.250 FB	11.600 FB	13,7 p.c.

Source : Europe n° 1807 - 30 août 1975, p. 4

Tableau 9 : Augmentation proportionnelle des dépenses par pays,
dans le cadre des conventions internationales 1959-1972.
(1959 = 100)

	<u>Pensionnés</u>	<u>Familles</u>	
Pays-Bas	716,51	716,54	(1)
France	589,31	377,71	
Italie	568,21	365,35	
Allemagne fédérale	463,70	301,33	
Belgique	451,76	242,79	
Luxembourg	279,12	183,26	

(1) Pour les Pays-Bas par assuré, pour les autres pays par chef de famille.

Par ordre d'importance ce sont surtout certaines prestations de soins qui augmentent d'une façon préoccupante.

Une analyse des postes les plus importants de prestations de soins (1) donne les augmentations suivantes (voir le tableau 10) en ce qui concerne le nombre des cas.

Tableau 10 : nombre de cas par bénéficiaire.

	1966	1969	1972	1973	1974	Indice 1966 = 100	
Consultation du médecin génér.	1,92	1,99	2,11	2,18	2,21	115	
Visite médecin généraliste	2,12	2,29	2,24	2,29	2,32	109	
Consultation médecin spécial.	0,92	1,01	1,15	1,19	1,14	124	
Consultation spécialiste en médecine interne	0,10	0,12	0,14	0,15	0,15	150	
Consultation neuropsychiatre	0,05	0,07	0,09	0,10	0,11	220	
Consultation pédiatre	0,12	0,14	0,16	0,17	0,18	150	
Consultation dentiste	0,07	0,08	0,09	0,09	0,10	143	
Préparations magistrales	3,88	3,63	3,30	3,29	3,29	85	
Spécialités	5,62	6,38	6,81	7,32	7,63	136	
Chimiothérapie	0,77	1,53	2,57	2,65	1,39(1)	344	(1)(3)
Radiodiagnostic	0,32	0,43	0,53	0,57	0,80	250	
Médecine interne	0,17	0,24	0,31	0,34	0,95	200	(3)
Physiothérapie	0,49	0,49	0,56	0,63	0,95	128	(3)
Biologie clinique	0,77	1,49	2,44	2,88	3,09	401	
Chirurgie (+ anesthésie)	0,29	0,36	0,41	0,42	0,45	155	
Hospitalisation (2)	1,27	1,43	1,54	1,54	1,62	127	

(1) Suite à la modification de la nomenclature toute comparaison est devenue impossible à partir de 1974

(2) nombre de jours

(3) jusqu'en 1973

(1) les dépenses pour maladies sociales seront traitées ultérieurement.

En kinésithérapie et en biologie clinique, le volume des prestations a tendance à s'accroître dans une très forte mesure.

Le dédoublement en T.I.P. et V.I.P.O. (1) révèle une fois de plus le phénomène déjà cité de la croissance sensible du nombre de prestations par bénéficiaire V.I.P.O. par rapport au bénéficiaire T.I.P.

Pour l'année 1974, la situation était la suivante :

Tableau II : nombre de cas par bénéficiaire en 1974

	TIP	Indice 1966 = 100	VIPO	Indice 1966 = 100	Rapport VIPO/ TIP
Consultation médecin généraliste	2,07	118,29	2,67	101,14	129
Visite médecin généraliste	1,40	97,90	5,42	109,27	387
Consultation médecin spécialiste	1,09	128,24	1,31	104,80	120
Consultation dentiste	0,11	157,14	0,06	100,00	55
Préparation magistrale	1,96	77,78	7,78	81,64	397
Spécialités pharmaceutiques	5,14	119,53	16,03	144,54	312
Kinésithérapie (2)	1,04	170,49	3,47	237,67	334
Radiodiagnostic	0,76	253,33	0,96	223,26	126
Médecine interne (2)	0,70	127,27	1,80	153,85	257
Physiothérapie (2)					
Biologie clinique	2,42	378,13	5,35	405,30	221
Chirurgie (+ anesthésie)	0,39	150,0	0,64	152,38	164
Hospitalisation (1)	0,99	100,0	3,72	150,00	376

(1) nombre de jours

(2) la nouvelle nomenclature rend toute comparaison difficile

Il est frappant de constater que les prestations des VIPO sont surtout plus élevées dans les rubriques : visite médecin généraliste, préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques, kinésithérapie, médecine interne, physiothérapie, biologie clinique et hospitalisation.

Le nombre de consultations du médecin dentiste est plus bas chez les VIPO.

Ce volume plus élevé de prestations s'explique non seulement par le fait que les besoins en soins médicaux augmentent avec l'âge mais également par la situation propre aux pensionnés.

Les personnes plus âgées se déplacent moins. Elles préfèrent appeler le médecin généraliste à domicile que de se rendre chez lui.

Elles font également moins appel au médecin dentiste.

(1) voir aussi l'étude de F. Praet : Les dépenses de l'assurance maladie des T.I.P. et des V.I.P.O. de 1966 à 1971. H. F. Praet, inspecteur principal d'actuariat a bien voulu mettre à jour son étude pour les années 1972 à 1974.

Le nombre de prestations de spécialistes augmente peu puisque ces médecins ne se rendent pas à domicile chez les personnes âgées.

L'augmentation de la consommation de médicaments est proportionnelle à celle des visites du médecin généraliste.

Une étude française de Credoc (1) a abouti à des conclusions similaires, sauf sur un point.

En France l'âge ne fait pas augmenter la consommation dans le domaine de la kinésithérapie, sauf pour les femmes jusqu'à 60 ans.

Passé cet âge, les deux groupes font moins appel à la kinésithérapie.

Le rythme de croissance du nombre de prestations de kinésithérapie et de biologie clinique est le plus élevé en Belgique, aussi bien chez les VIPO que chez les TIP.

Le prix coûtant moyen par bénéficiaire a évolué comme suit :

Tableau 12 : prix coûtant par bénéficiaire (en F)

	<u>1966</u>	<u>1969</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Indice</u>
Consultation médecin génér.	104,61	138,67	220,35	250,30	296,28	283
Visite médecin généraliste	154,74	211,90	274,88	307,99	334,15	216
Consultation médecin spécial.	100,08	119,69	166,59	189,91	195,51	195
Consultation dentiste	3,56	4,51	9,12	7,42	8,43	236
Infirmières	47,76	77,97	107,41	139,98	183,51	384
Préparations magistrales	244,39	248,63	268,10	283,81	304,84	124
Spécialités pharmaceutiques	363,50	591,39	860,12	1031,68	1234,89	339
Kinésithérapie	46,95	99,66	152,41	178,58	233,24	496
Radiodiagnostic	144,33	199,92	275,04	316,02	399,14	276
Médecine interne	47,19	73,07	109,03	128,80	174,03	à 368
Physiothérapie	36,85	37,26	45,54	51,45		472
Biologie clinique	107,17	207,07	377,59	450,64	515,07	480
Chirurgie (+anesthésie)	118,25	146,58	207,65	236,66	281,87	238
Hospitalisation	375,09	520,53	750,25	949,48	1248,47	333

En ordre d'importance, le prix coûtant est élevé pour : kinésithérapie, biologie clinique, infirmières, médecine interne, spécialités pharmaceutiques, hospitalisation, consultation médecin généraliste et radio-diagnostic.

(1) Centre de recherches et de documentation sur la consommation - 45, bd. de la Gare, Paris.

Influence de l'âge et du sexe sur les consommations médicales, d'après l'enquête de 1970 sur les soins médicaux. Paris 1973.

L'évolution a été influencée par l'augmentation du prix coûtant de la prestation et du nombre de prestations par bénéficiaire.

Aux Pays-Bas, on constate une croissance remarquable des coûts d'hospitalisation et d'aide spécialisée ainsi qu'une explosion des coûts pour la physiothérapie.

En Allemagne fédérale, les principaux postes de croissance pour la période 1964-1974 sont: les prothèses dentaires (+ 524 %), l'hospitalisation (+ 491 %), les médicaments (+ 380 %) et les honoraires des dentistes (+ 327 %).

Lors de l'élaboration du budget de l'INAMI pour 1976 le prix coûtant par bénéficiaire pour les postes mentionnés ci-dessus, a été évalué à :

		<u>Indice 1966 = 100</u>
Biologie clinique	761,76 F	710,8
Kinésithérapie	333,65 F	710,6
Hospitalisation	2.090,32 F	557,3
Infirmières	235,73 F	493,6
Medecins spécialistes	1.599,25 F	493,9
Medecine interne	188,14 F	398,7
Consultation médecin génér.	386,73 F	369,7
Radiodiagnostic	506,21 F	350,7

L'évolution probable indique une plus forte croissance du prix coûtant pour la biologie clinique, la kinésithérapie et l'hospitalisation.

Vu le nombre plus élevé des prestations, le prix coûtant moyen est également plus élevé pour les VIPO que pour les TIP.

Un dédoublement entre les T.I.P. et les V.I.P.O. pour l'année 1974, nous permet à nouveau de souligner le prix coûtant plus élevé pour les VIPO (tableau 13).

Tableau 13 : pourcentage en dépenses totales

	<u>H.I.P.</u>	<u>T.I.P.</u>	<u>V.I.P.O.</u>
Médicaments	25,45 p.c.	22,57 p.c.	28,99 p.c.
Hospitalisation	19,91 p.c.	17,62 p.c.	22,73 p.c.
Honoraires médecins	19,79 p.c.	20,94 p.c.	18,38 p.c.
Prestations spéciales	17,77 p.c.	21,00 p.c.	13,79 p.c.
Chirurgie	4,29 p.c.	5,25 p.c.	3,12 p.c.
Honoraires dentistes	3,67 p.c.	4,94 p.c.	2,12 p.c.
Honoraires kinésithérapeute	3,25 p.c.	2,51 p.c.	4,16 p.c.
Honoraires infirmières	2,69 p.c.	1,04 p.c.	4,72 p.c.

La tendance à l'accroissement des dépenses pour les prestations de soins résulte donc d'une croissance du volume ou du prix coûtant des prestations ou des deux facteurs à la fois.

	Croissance du volume ou du prix coûtant comme cause principale du déficit	
<u>RUBRIQUE</u> :	<u>T.L.P.</u>	<u>V.L.P.O.</u>
Honoraires médecins	prix coûtant	prix coûtant
Prestations techniques médicales	consommation	consommation
Soins dentaires	prix coûtant	prix coûtant
	consommation	
Médicaments	prix coûtant	consommation
		prix coûtant
Personnel paramédical notamment la kinésithérapie	consommation	consommation
Soins spéciaux, e.a. biologie clinique, radiodiagnostic, maladies internes, physiothérapie	consommation	consommation
Chirurgie	prix coûtant	consommation
	consolidation	
Hospitalisation	prix coûtant	consommation
		prix coûtant

Dans l'ensemble des dépenses pour prestations de soins les quatre postes principaux sont :

	<u>1966</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>
1° les médicaments (1)	25,43 p.c.	26,02 p.c.	25,45 p.c.
2° l'hospitalisation (1)	16,75 p.c.	18,30 p.c.	19,91 p.c.
3° les honoraires médecins	22,24 p.c.	20,41 p.c.	19,79 p.c.
4° les prestations spéciales(2)	14,47 p.c.	18,23 p.c.	17,77 p.c.
Suivent alors :			
5° la chirurgie	5,21 p.c.	4,39 p.c.	4,29 p.c.
6° les honoraires dentistes	5,45 p.c.	3,88 p.c.	3,67 p.c.
7° les honoraires kinésithér.	1,84 p.c.	3,12 p.c.	3,25 p.c.
8° les honoraires infirmières	1,87 p.c.	2,44 p.c.	2,69 p.c.

- (1) pareil à l'étranger pour la France, voir P. Hermand : "L'avenir de la sécurité sociale" Paris 1967, page 104.
en Allemagne fédérale : hospitalisation, honoraires médecins et médicaments
- (2) radiodiagnostic, médecine interne, physiothérapie, biologie clinique.

§ 2. Maladies sociales

Parmi les dépenses pour maladies sociales (maladies mentales, tuberculose, cancer, poliomyélite, malformations et affections congénitales) celles pour maladies mentales sont les plus élevées.

	1966	1974	Indice 1966 = 100
Maladies mentales	99,43 F	262,67 F	264,2
Tuberculose	36,37 F	31,05 F	85,4
Cancer	31,09 F	91,98 F	295,8
Poliomyélite	1,29 F	1,08 F	83,7
Affections et malformations congénitales	7,11 F	28,55 F	401,6

Le nombre de jours de traitement diminue pour la tuberculose et la poliomyélite.

La diminution des dépenses pour la tuberculose est partiellement due à l'évolution nosologique favorable de cette maladie, mais également au traitement à domicile.

En effet, le remboursement de la tuberculose comme maladie sociale se fait exclusivement lors de l'admission dans un service spécialisé (sanatorium p.ex.).

Par ce fait, les dépenses pour la tuberculose peuvent être retrouvées dans les prestations médicales.

Le nombre de jours de traitement augmente particulièrement pour les affections et les malformations congénitales et les maladies mentales, notamment chez les V.I.P.O.

Nombre de jours par bénéficiaire

	1966			1973		
	T.I.P.	V.I.P.O.	TOT.	T.I.P.	V.I.P.O.	TOT.
Maladies mentales	0,245	1,664	0,521	0,253	2,342	0,717
Tuberculose	0,076	0,261	0,112	0,035	0,109	0,052
Cancer	0,030	0,184	0,060	0,027	0,188	0,063
Poliomyélite	0,0025	0,0032	0,0026	0,0015	0,0022	0,0017
Affections et malformations congénitales	0,023	0,0059	0,019	0,038	0,015	0,033

	1974			Indice 1966 = 100		
	T.I.P.	V.I.P.O.	TOT.	T.I.P.	V.I.P.O.	TOT.
Maladies mentales	0,252	2,357	0,733	103,0	141,6	140,7
Tuberculose	0,034	0,093	0,047	44,7	35,6	41,9
Cancer	0,031	0,213	0,072	103,3	115,8	120,0
Poliomyélite	0,001	0,002	0,001	40,0	62,5	41
Affections et malformations congénitales	0,040	0,016	0,034	173,9	271,0	103,0

§ 3. Causes

Plusieurs études (1) ont été consacrées au problème des dépenses pour soins de santé et en analysent les causes.

-
- (1) - B.I.T. : Le coût des soins médicaux. Genève 1959.
- G. Rösch : L'économie des services de soins médicaux en France. Paris 1969.
 - B. Abel-Smith : An international study of health expenditure. Genève WHO 1969
 - J.B. Opschoor : Dure gezondheidszorg ? Economisch-statistische berichten 1969, nr 2717, p. 866-870.
 - H. Allekote et autres : Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung ? Cologne 1970
 - C. en G. Lathé : La Santé est-elle au-dessus de nos moyens ? Paris 1970.
 - R. Pannier : Mens - Geneeskunde - Gemeenschap - Bruxelles 1970, p. 220-247.
 - A. Sacrez : L'évolution des dépenses de l'assurance-maladie-invalidité en Belgique : RRSS 1970, p. 807-825
 - C. Liichel : Les dépenses croissantes dans le secteur soins de santé et le problème du financement de ces dépenses. Dr. soc. 1971, p. 138-146.
 - J. Brunet-Jailly : Essai sur l'économie générale de la santé - Paris 1971.
 - Dr. Dejardin : Les causes générales de l'accroissement des dépenses de l'assurance maladie. Rev. int. sec. soc. 1972, p. 3
 - Mevr. Schoonbrodt, Clotuche, R. Consael et G. Evrard : Analyse des facteurs qui influencent la croissance du coût des soins de santé. : RBSS 1972, p. 727-774
 - R. Draperie et J.J. Ribas : L'évolution et le financement du coût des soins de santé (Travaux de l'Institut Européen de Sécurité sociale). Droit social 1973, p. 122-129
 - Ruhamco (e.a. A. Prins en P. Quaethoven) : Coût des soins médicaux et paramédicaux. :
 - a) Recherche et analyse des facteurs qui déterminent l'accroissement du coût des soins médicaux et paramédicaux. RBSS 1973, p. 433-540
 - b) Une recherche sur la consommation des soins de santé. : RBSS 1974, 691-806
 - C. Hichel : Les causes générales de l'accroissement des dépenses de l'assurance-maladie en matière de soins de santé. Dr. soc. 1974, p. 57-64.
 - A. Sáárez : Le problème de l'assurance maladie. 1975, p. 7-54 Orientation mutualiste.

Certains facteurs sont propres au régime de l'assurance-maladie (nombre de bénéficiaires, honoraires, nature de la prestation remboursable), d'autres facteurs lui sont étrangers (prix des produits pharmaceutiques, ou prix de la journée hospitalière, évolution démographique, besoins de soins, inflation).

Une analyse de toutes ces causes doit permettre d'examiner s'il n'existe pas de points d'application capables d'influencer le développement des coûts de maladie et de les dominer d'une façon plus adéquate.

Les experts de l'O.H.S. estimaient "qu'il n'y avait pas moyen de réduire les dépenses consacrées aux prestations de santé" (1)

Sans vouloir être exhaustif en la matière, les facteurs suivants peuvent être mentionnés.

Premier facteur : la croissance du nombre de bénéficiaires

Depuis 1945 le nombre de bénéficiaires a augmenté de 3.688.198 à 8.227.375 en 1974, les indépendants non compris.

L'augmentation s'élève à 219 %, mais elle est étalée d'une façon inégale sur les différentes catégories de bénéficiaires :

	<u>1945</u>	<u>1963</u>	<u>1964</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>
Pensionnés	88.541	284.538	373.568	722.674	750.729
Veuves	963	146.188	213.379	346.390	354.529
Orphelins	-	-	-	4.039	-
Invalides et catégories particulières	7.625	75.533	65.852(1)	209.807	209.623
Bénéficiaires d'indemnités d'incapacité (donc aussi les actifs)	1.602.271	2.100.371	2.156.214	2.494.355	2.560.766
Personnel d'Etat	-	-	-	437.771	453.011
~res de famille à charge	1.988.798	2.871.329	2.911.642	3.885.405	3.898.717
Total :	3.688.198	5.477.959	5.720.655	8.100.441	8.227.375

(1) diminution fictive du fait que la durée de l'incapacité primaire a été portée de 6 mois à 1 an.

(1) C. Michel, l.c., 1974, p. 63

Une cause importante du déséquilibre financier réside dans le fait que c'est justement le nombre des non actives qui a le plus augmenté.

Tableau 14 :

	<u>Actives</u>		<u>Non actives</u>	
1945	1.602.271	43,4 p.c.	2.085.927	57,6 p.c.
1973	2.932.126	36,2 p.c.	5.168.315	63,8 p.c.
1974	3.013.777	36,6 p.c.	5.213.598	63,4 p.c.
pourcentage de croissance	188,33		249,94	

Les principales extensions du champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé depuis 1964 concernent :

1. depuis le 1er juillet 1964, les indépendants (A.R. du 30 juillet 1964)
2. depuis le 1er avril 1965, le personnel du secteur public (A.R. du 22 mars 1965)
3. depuis le 1er juillet 1967 les handicapés et mutilés (A.R. du 18 avril 1967)
4. depuis le 1er janvier 1969 les handicapés mentaux (A.R. du 16 décembre 1968);

Les arrêtés d'extension mentionnés sous 3 et 4 ont été coordonnés en un ensemble visant les handicapés (A.R. du 20 juillet 1970).

5. depuis le 1er juillet 1969 :
 - les travailleurs domestiques (A.R. du 28 juin 1969)
 - les étudiants de l'enseignement supérieur (A.R. du 28 juillet 1969);
 - certains membres du clergé et des communautés religieuses (A.R. du 28 juin 1969).
 - les personnes non protégées (A.R. du 28 juin 1969).

99 % de la population, (les indépendants inclus,) est actuellement (1974) assurée pour les soins de santé :

a) travailleurs bénéficiaires	: 8.227.375
b) indépendants bénéficiaires	: 1.595.279
	<hr/>
Total	: 9.822.654

Ce pourcentage nécessite une correction parce que certaines personnes ont été comptées deux fois (p.ex. la femme est indépendante mais également l'épouse d'un travailleur).

Les principaux groupes exclus tant du régime général des travailleurs que du régime des indépendants, sont :

1. le personnel de la S.N.C.B.;
2. les gens de mer;
3. les miliciens;
4. les militaires de carrière à l'étranger.

Bien que la hausse du nombre de bénéficiaires dans les années à venir ne puisse plus influencer les dépenses dans la même mesure, il ne peut toutefois être perdu de vue que des glissements de catégorie de bénéficiaires peuvent entraîner des conséquences financières.

L'indépendant qui devient travailleur, est de ce fait, assuré contre tous les risques et non plus contre les grands risques uniquement.

Deuxième facteur : le développement démographique de la population.

Les groupes d'âge font apparaître une consommation médicale divergente.

Les enfants en-dessous de 10 ans et surtout les gens du troisième âge sont les plus grands consommateurs (1).

Le sexe joue aussi un rôle: les femmes ont une consommation médicale supérieure à celle des hommes (2).

En ce qui concerne l'hospitalisation, la situation serait inverse chez les femmes excepté pour la période d'activité génitale (20-39 ans): le degré d'hospitalisation serait en effet plus élevé chez les hommes (3).

Il est difficile de discerner si cette situation peut s'expliquer par le fait que chez les hommes des maladies spécifiques sont surtout traitées en clinique ou par le fait que la femme ménagère quitte moins facilement sa maison.

(1) G. Spitaels, l.c., p. 15

(2) J. Brunet-Jailly, I.e., p. 469

(3) And. et Ar. Mizrahi : L'hospitalisation en France selon le sexe et l'âge.

Credoc : Influence de l'âge et du sexe sur les consommations médicales, l.c., p. 10.

Les femmes représentent presque 51 % de la population.

Les dépenses pour soins de santé augmentent également selon le groupe d'âge (1), sauf en ce qui concerne les soins dentaires (2).

L'importance de la composition de la famille doit aussi être prise en considération. Les familles nombreuses ont une consommation inférieure par unité. Ceci peut éventuellement s'expliquer par le fait que ces familles doivent consacrer une plus grande part de leurs revenus à l'alimentation, tant en chiffres absolus que relatifs (3).

Toutefois, dans les familles où les deux conjoints travaillent, les dépenses consacrées aux soins de santé seraient moins importantes, malgré le revenu plus élevé et la croissance générale des autres postes budgétaires (4).

Dans notre pays, le vieillissement de la population exerce plus particulièrement une poussée verticale sur la consommation médicale.

Sur le plan d'une politique de santé, ce vieillissement nécessite des homes plus nombreux et la formation de spécialistes en gériatrie.

L'absence d'un nombre suffisant de homes ou de homes avec possibilité d'hospitalisation influence également le nombre de jours d'hospitalisation, dans les hôpitaux.

"De schroom zieke ouders van zich te verwijderen, is vergaan des te meer daar hospitalisatie heel dikwijls financieel nog besparingen meebrengt" (5).

L'augmentation de la longévité des personnes âgées indique une amélioration du niveau de **santé MS** -ovoque une hausse des dépenses de santé pour cette catégorie de personnes.

Avec la prolongation de la durée de la vie, le nombre de possibilités de décès a aussi augmenté.

Ainsi, en Suède on a constaté que la consommation médicale quadruplait entre 20 et 70 ans.

(1) R. Pannier, l.c., p. 226-229

H. De Geest, De Kostprijs der geneeskunde en financieringsmogelijkheden. Medische Werkgroep, stencil, 1964, p. 6.

(2) Crédoc, I.e., p. 22 : points culminant 10 à 19 et 30 à 39 ans.

(3) Consommation 1962, n° 1, p. 72-73

(4) K. Pauwels : Vergelijking van de gezinsbudgetten naargelang een of twee inkomens beschikbaar zijn. Bevolking en gezin 1974, p. 41-42. Resultaat van een onderzoek in Luik over 523 budgetten.

(5) R. Pannier, l.c., p. 229

En comparant les groupes d'âges de 65-74 ans et 25-34 ans, on a constaté, aux Etats-Unis, que les soins médicaux avaient doublés.

L'U.R.S.S. a 4 1/2 plus de soins hospitaliers pour le groupe au-dessus de 60 ans que pour le groupe 20-29 ans (1).

La Belgique est le pays d'Europe qui possède relativement le plus grand nombre de personnes âgées.

Mi 1972, la répartition de la population en pourcent, selon les groupes d'âge était la suivante (2) :

	<u>- 15 ans</u>	<u>15-65 ans</u>	<u>65 et + ans</u>
Italie	24	66	1a
Pays-Bas	27	63	10
Luxembourg	22	66	12
Allemagne fédérale	25	63	12
France	25	62	13
Royaume Uni	24	63	13
Belgique	23	63	14

L'I.N.S. (3) a calculé que vers l'an 2.000, la situation sera la suivante :

groupe d'âge - 15 ans	19,8 % de la population	
" 15-65 ans	65,4 %	"
" 65 et + ans	14,8 %	"

L'évolution du groupe d'âge + 65 ans est donc la suivante :

1930	: 7,6 % de la population
1947	: 10,7 % de la population
1970	: 13,4 % de la population
1980	: 14,7 % de la population

En outre, le critère de 65 ans est insuffisant pour définir le concept "personnes âgées" puisque les travailleuses sont pensionnées à 60 ans en Belgique.

En 1920, 100 personnes actives devaient supporter 10 personnes âgées, actuellement ce nombre est passé de 10 à 22.

Ce vieillissement est causé par la baisse de la natalité et la prolongation de la durée de vie moyenne.

(1) C. Michel, l.c., 1974, p. 58

(2) G. Dooghe : Repercussies van het verouderingsfenomeen van de bevolking op het pensioenvraagstuk. Bevolking en Gezin 1974, 250

(3) W. Cuveele - Bulletin statistique I.N.S. 1971, n° 6. 357-385

En Belgique, le premier facteur constitue presque exclusivement la cause du vieillissement.

Le recensement du 31 décembre 1970 indique clairement une baisse de la natalité. Celle-ci présente une nouvelle courbe descendante depuis 1966 (1).

L'évolution de la population démontre également une diminution continue du nombre des naissances (2).

1900	28,90	par millier d'habitants
1910	23,70	
1930	18,57	
1947	17,03	
1964	17,01	
1966	15,76	
1970	14,56	
1971	14,35	
1972	13,82	
1973	13,27	
1974	12,58	

La mortalité par contre, reste plutôt stable depuis 1930.

1900	19,30
1910	15,20
1930	12,78
1947	12,70
1964	11,60
1966	11,98
1970	12,27
1971	12,26
1972	12,00
1973	12,13
1974	11,85

La natalité de notre pays risque de descendre en dessous du niveau de la mortalité.

Les données concernant l'estimation de vie moyenne, indiquent la prolongation suivante :

	A la naissance		A 20 ans		A 60 ans	
	H	F	H	F	H	F
en 1880-90	: 43,59	46,63	41,29	43,74	13,53	14,77
en 1928-32	: 56,20	59,79	46,04	48,43	14,53	15,93
en 1946-49	: 62,04	67,26	48,02	52,27	15,45	17,45
en 1959-63	: 67,13	73,51	50,26	55,53	15,52	18,69
en 1963-66	: 68,18	74,19	50,40	55,95	15,56	19,11
en 1968-72	: 67,79	74,21	50,29	56,11	15,22	19,19

(1) Bulletin statistique, LN.S., 1974, n° I, 4.

(2) Bulletin statistique, LN.S., 1974, n° 6-7, 535.

A 65 ans.

	H	F
en 1880-90	: 10,78	11,68
en 1928-32	: 11,43	12,57
en 1946-49	: 12,33	13,88
en 1959-63	: 12,44	14,83
en 1963-66	: 12,47	15,21
en 1968-72	: 12,10	15,29

Pour pouvoir comparer les chiffres, il est préférable d'effectuer la comparaison entre les tableaux de mortalité 1968-72 et ceux de la période 1959-63 (1).

Ceux-ci sont basés respectivement sur les recensements de 1970 et de 1961.

Ils indiquent la continuation d'une croissance mineure de la durée de vie des femmes et une stabilisation des chiffres pour les hommes sauf entre 30 et 75 ans et particulièrement entre 56 et 72 ans.

L'augmentation des chances de vie à la naissance découle de la forte diminution de la mortalité infantile qui reste néanmoins toujours relativement élevée par rapport à certains pays voisins (2) ou considérablement inférieure (3) par rapport à d'autres.

Il ressort des statistiques de l'I.N.A.M.I. que le risque de décès chez les employés masculins est plus bas que chez les ouvriers.

Cette différence est plus importante dans les jeunes catégories d'âge et diminue progressivement pour disparaître à l'âge de la retraite.

La mortalité des ouvrières et des employées se rapproche jusqu'à 35 ans, pour diverger ensuite au préjudice des ouvrières.

La mortalité chez les ouvriers est aussi plus importante que chez les employés.

(1) I.N.S. -Bulletin stat. 1975, n° 3, p. 335

(2) Chances de mortalité à la naissance	F	H
Pays-Bas (1971)	: 0,0101	0,0138
Suède (1971)	: 0,0099	0,0131
Belgique (1970)	: 0,0176	0,0239

Source : Annuaire démographique ONO - 1972

(3) Comparé à l'Italie et à l'Autriche.

(4) W. Hiernaux : La mortalité des assujettis à la sécurité sociale belge. Expérience 1953-56. Bulletin de l'Association des Licenciés en Sciences actuarielles issues de l'U.L.B. 1961, n° 2, p. 85.

J.H. Culem : Mortalité chez les assujettis à la sécurité sociale. Période de références 1965-68. Inf. I.N.A.M.I. 1970, 387.

L'augmentation du nombre de travailleurs intellectuels par rapport aux travailleurs manuels influencera donc positivement et négativement, la croissance des coûts de maladie.

Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, l'espérance de vie moyenne augmente surtout pour les groupes d'âge jeunes.

Le nombre de décès par 10.000 habitants suivant le groupe d'âge, s'élevait :

en	- 1 an	1-4 ans	5-14 ans	15-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
1900	2046	186	32	64	202	936
1939	866	52	16	38	149	774
1945	1074	56	20,4	44,3	141	725
1972	192	9	3,6	14	103	645

En outre, la mortalité (A) ainsi que la mortalité de nourrissons néonatale (28 premiers jours)(B) et post-néonatale (moins qu'un an) (C) ont diminuées (1).

Par 100 naissances	A	B	C
1900	3,67	5,15	17,82
1939	2,92	3,29	8,24
1945	2,50	4,07	9,95
1967	1,26	1,60	2,29
1972	1,07	1,31	1,88

La médecine, mais principalement les meilleures conditions d'hygiène, l'augmentation des revenus et l'action des différents services s'occupant du bien-être infantile ont entraîné cette baisse.

La mortalité infantile endogène (état de santé de la mère, circonstances de l'accouchement, facteurs génétiques) a diminué moins que la mortalité exogène (2).

La mortalité exogène (infections, troubles gastriques, accidents post-natales) a baissé de 2/3 en 25 ans (1946-1970).

La mortalité de nourrissons présente aussi des variations selon les régions.

Les provinces du Hainaut et du Luxembourg ont les chiffres les plus élevés. Les provinces entre 3.000 et 5.000 habitants les chiffres les plus bas. En outre, la mortalité de nourrissons est plus grande pour les garçons (3) que pour les filles.

(1) Tb. Klein-Beaupain et G. Lefevère : Les indicateurs sociaux de santé. Bruxelles 1974, p. 47
G. Spitaels, l.c., p. 186

(2) Bulletin statistique I.N.S. 197~ n° 5, article de A. Schobbens : Analyse biométrique de la mortalité infantile en Belgique 1946-70.

(3) Tb. Klein-Beaupain et G. Lefevère, l.c., p. 54

Malgré les efforts fournis, les chiffres de mortalité et de mortalité des nourrissons sont toujours un peu trop élevés dans notre pays, comparés à ceux des Pays-Bas et des pays scandinaves.

Sur le plan d'une politique générale de santé, cette situation semblerait indiquer la nécessité d'une intensification des examens prénatals.

La mortalité infantile, surtout par anoxie, reste trop importante.

La baisse de la natalité doit avoir des répercussions "en moins" sur les dépenses pour accouchement et sur le nombre de lits dans les maternités.

D'autre part, les accouchements sont de plus en plus effectués par des médecins spécialistes (voir tableau 15) dans des maternités, ce qui entraîne une augmentation des dépenses (pour les travailleurs en 1966 : -54,1 % et en 1973 : 73,7 %).

Tableau 15 : accouchements

	1966	1970	1972	1973	1974
Accoucheuses	16.433	10.019	8.204	4.430	3.201
Médecins généralistes	39.922	32.258	27.474	24.236	20.628
Spécialistes	66.564	76.906	79.152	80.686	81.533

Cependant, la loi bien connue "law of age structure balance" du Suédois G. Sundborg selon laquelle une augmentation du nombre de personnes âgées s'accompagne d'une baisse du nombre d'enfants, compensant ainsi les dépenses pour les deux groupes, ne semble pas aussi certaine.

Les dépenses pour les personnes âgées, étant plus socialisées, seront plus élevées que celles consacrées aux jeunes.

Une augmentation des pensions et des dépenses de maladie pour les personnes âgées ne compensent pas la baisse des dépenses pour allocations familiales.

Troisième facteur : la catégorie professionnelle sociale

D'après les statistiques établies au Royaume-Uni, la tuberculose, plusieurs formes de bronchite, la pneumonie, le rhumatisme et les maladies infantiles existent surtout dans les groupes les moins favorisés. Par contre, l'artério-sclérose, la poliomyélite aiguë, les cirrhoses, le diabète et la lithiase biliaire frappent principalement les professions libérales et les cadres supérieurs.

Selon les enquêtes réalisées en France (1), les dépenses pour soins dentaires et analyses de laboratoire augmenteraient avec les revenus, tandis que les visites médicales ordinaires et la consommation pharmaceutique ne subiraient presque pas de changement.

Aux Etats-Unis, le nombre des consultations pour enfants est pourtant deux fois plus élevé parmi les revenus supérieurs que dans les familles à revenus très bas.

L'influence du revenu sur la consommation médicale a, cependant, tendance à disparaître dans ce pays (2).

Une analyse plus approfondie indique qu'aux E.U. la consommation médicale est non seulement influencée par le revenu, mais également par la formation reçue, le milieu urbain, rural ou complètement agricole et la race (3).

En France, selon la catégorie professionnelle, les non actives et les cadres moyens représentent la consommation médicale la plus élevée, mais la croissance est la plus grande chez les employeurs et les agriculteurs. (4)

En France également, l'élasticité de la demande en matière de consommation médicale varie selon le revenu, particulièrement parmi les revenus inférieurs(5).

Selon l'enquête du budget familial 1973-74 réalisée en Belgique (6), les dépenses sanitaires (en F) par unité de consommation varieraient selon les revenus comme suit (7) :

-
- (1) S. Sandier : L'influence des facteurs économiques sur la consommation médicale. *Consommation* 1966, n° 2, p. 71-94.
J. Brunet-Jailly, I.e., p. 464
 - (2) J.L. Portos: Les soins médicaux et le revenu des ménages aux U.S.A., tendances sur 30 ans. *Consommation* 1966, n° 2, p. 109
 - (3) R. Van den Heuvel : De uitgaven voor geneeskundige verzorging in de Verenigde Staten van Amerika. *Leiding* 1965, p. 229
 - (4) J. Brunet-Jailly, I.e., p. 452-454
 - (5) J. Brunet-Jailly. I.c., p. 466
 - (6) I.N.S. - Bulletin statistique 1975, n° 2, p. 133-258.
 - (7) Il s'agit uniquement des dépenses payées par les consommateurs (donc sans les médicaments et les frais d'hospitalisation où le régime du tiers payant est appliqué).
Vair à ce sujet J. Leus : Het gezinsbudgetonderzoek 1973-1974 : bedingen in verband met medische konsumptie.
Leiding 1975, p. 70-80.

Revenus en moyenne	Prescriptions magistrales	Autres médicaments	Honoraires médecins	Honoraires dentistes	Hôpital	Contrôles et analyses
<u>Ouvriers</u>						
306.997	67	2.706	3.507	1.193	682	421
327.980	70	2.945	3.433	568	1.759	335
377.301	159	3.167	3.843	1.028	1.450	589
415.470	71	2.779	3.295	788	1.104	508
<u>Employés</u>						
388.398	66	3.175	3.817	1.491	1.262	560
450.521	62	3.216	3.455	1.546	1.355	564
492.312	63	3.346	3.944	1.424	2.126	644
673.116	153	3.790	4.037	1.462	2.634	616
<u>Non actives</u>						
151.270	33	2.496	2.328	253	623	152
183.451	69	2.347	2.333	366	745	239
235.771	67	2.481	2.921	233	861	259
367.127	152	3.367	3.333	881	1.648	394

Se basant sur les chiffres de l'I.Q.N.A.M.I. pour 1971, le groupe de travail de médecine alternative de Louvain, a conclu (1) que les ouvriers sont les consommateurs de médecine bon marché et les employés de médecine chère (spécialistes, médicaments plus nombreux, meilleurs soins dentaires).

La psychanalyse est appliquée chez les gens aisés, l'inversement chez les moins favorisés (2).

Plusieurs enquêtes effectuées en Belgique ont révélé qu'il existe une relation significative entre les catégories socio-professionnelles du père et l'importance de la mortalité et de la mortalité des nourrissons.

Les catégories inférieures atteignent les chiffres les plus élevés de mortalité.

Cette constatation convient exactement en ce qui concerne la mortalité de nourrissons (3).

(1) Dure geneeskunde ? Economische aspecten van de gezondheidszorg in België. Werkgroep alternatieve economie - Louvain 1915, p. 33

(2) C. Herzlich : Médecine, maladie et société. Paris 1910, p. 101.

(3) J.C. Van der Auwera, W.J. Eylenbosch et A.Z. Mecheus : Sociaal-economische factoren in de mortaliteit en de zuigelingensterfte van de stad Antwerpen in de periode 1962-12. Bevolking en Gezin 1974, p. 469.
Th. Klein-neupail et G. Lefevere, l.c., p. 63

Bien qu'ils aient une consommation médicale moindre (1), les revenus inférieurs sont ceux qui ont le plus besoin des soins de santé.

Ce plus grand besoin est lié à des situations de travail et de logements moins saines, aux habitudes nutritives et de vie plus mauvaises, et au fait qu'ils sont moins attentifs à la santé de leur propre corps.

Le sociologue français R. Pressat a, par exemple, démontré qu'un manoeuvre de 35 ans a moins de chances d'atteindre les 70 ans, qu'un membre du personnel de cadre supérieur de 35 ans.

L'Insee constata en 1955 que la mortalité était la plus élevée chez les pêcheurs, les manoeuvres et les mineurs, la plus basse parmi les cadres et les professions libérales.

Dans la ville de Bâle, la différence des revenus semblait exercer peu d'influence sur la consommation médicale.

La Finlande constata, avec une croissance du revenu, une diminution de la consommation pharmaceutique et une augmentation des actes médicaux.

"La consommation médicale est donc ressentie comme un besoin prioritaire dont la satisfaction est recherchée coûte que coûte" (2).

Quatrième facteur : le comportement du bénéficiaire.

L'évolution du bien-être, due en partie à l'assurance maladie, a entraîné la généralisation de la consommation médicale (les soins de santé constituent un droit).

Une partie plus importante des revenus devenait aussi disponible pour des dépenses non alimentaires (3).

Grâce au niveau culturel plus élevé, l'homme a pris conscience du besoin de santé (4).

"De evolutie van de uitgaven voor medische zorgen moet ook voor een gedeelte beschouwd als een konsumptie-element en niet meer zodanig als een risicoverschijnsel in verband met de morbiditeit ... "(5).

(1) Dure geneeskunde? l.c., p. 23

(2) C. Michel, l.c., 1974, p. 59

(3) application de la "première loi" de Engel.

(4) P. Minon: Culturele grondslagen van de sociale zekerheid, R.B.SS 1966, p. 4437

(5) B. Van den Heuvel, l.c., p. 249.

"Hier begint dan de illusie van onze vooruitgang. De vereenzelving van betere gezondheid met meer consumptie van koopwaar"(1).

Le patient ou le prétendu patient attend du médecin que celui-ci lui prescrive des médicaments.

Plus il en reçoit et plus ils sont forts, plus il sera convaincu de sa guérison.

Il est difficile pour le médecin d'y résister.

s'il refuse des médicaments à une personne qui les lui demande, il court le risque de voir cette personne s'adresser à un autre médecin.

D'autre part, le médecin se trouve toujours devant une personne qui se plaint subjectivement. Même si, objectivement, il ne constate rien, le médecin aura tendance avec sa formation qu'il lui commande de porter secours, à prescrire des médicaments.

Si le patient ne trouve pas de soulagement, il change de médecin : du médecin généraliste au spécialiste, d'un spécialiste à l'autre.

"Het is één van de fatale paradoxen van de medische praktijk dat, indien een arts tot de conclusie komt dat hij het niet beter kan doen dan de natuur en een behandeling achterwege laat, hij waarschijnlijk door familieleden als onverschillig, en, als de patiënt sterft, als een misdadiger beschouwd zal worden. Sterft de patiënt aan de behandeling die hij hem geeft, dan wordt de arts als onfortuinlijk beschouwd : "De dokter heeft zijn best gedaan." Dokters zijn niet dol op wrokkende familieleden, vragenstellende lijkschouwers en dreigende rechtsvervolgning. Zij behandelen." (2)

L'homme moderne consulte plus facilement le médecin.

La réglementation du travail ou du service, exige que chaque absence soit couverte par un certificat médical et oblige de la sorte l'homme moderne à subir'une visite médicale.

La moindre indisposition, un rhume, un moins bon fonctionnement de l'estomac, un petit mal de tête, poussent l'homme à consulter de plus en plus le médecin.

Il est de plus en plus fréquent qu'un bénéficiaire en parfaite santé subisse un examen préventif annuel (check-up).

-
- (1) S. Marysse : *Et medisch bedrijf bedreigt de gezondheid* : een nieuwe illusie van Illich? dans "De nieuwe maand" 1975, p. 419.
 (2) A. Mallesan : *De ziekteindustrie*. Uitgever Spectrum Utrecht - Anvers 1974, p. 17.

Prévenir vaut sans doute mieux que guérir et il est préférable de consulter un médecin à temps, cette attitude contribue à augmenter le nombre de prestations.

Les patients se trouvent également devant une offre fortement différenciée.

Autrefois, le médecin généraliste était souvent le seul auquel on faisait appel. Actuellement, beaucoup de patients s'adressent directement aux spécialistes qui, souvent, exercent dans des polycliniques.

Ainsi, il est fait également appel à une forme de médecine plus coûteuse : l'accouchement en clinique remplace l'accoucheuse.

Beaucoup de personnes s'adressent au médecin généraliste et se plaignent de maux dont l'origine est plus psychologique que somatique. Cependant, bien que les médecins généralistes n'aient pas la formation du psychiatre, ils traitent tout de même ces personnes d'une façon médico-

Le milieu influence également la consommation.

Les personnes à charge des V.I.P.O. semblent présenter, selon les données statistiques disponibles, une plus grande consommation que les personnes à charge des T.I.P. (prix coûtant en francs par bénéficiaire) :

	1969		1971		1973	
	T.I.P.	VIPO	T.I.P.	VIPO	T.I.P.	VIPO
paramédicaux	116	233	134	283	155	359
prestations spéciales	366	503	467	649	610	880
chirurgie	140	140	166	169	199	211
hospitalisation	452	599	512	731	690	1078

Ce phénomène peut être expliqué en partie par le fait que les personnes à charge d'un pensionné sont, le plus souvent, un conjoint plus âgé mais en comparant uniquement les descendants, la différence existe toujours :

	1969		1971		1973	
	T. I. P.	VIPO	T. I. P.	VIPO	T. I. P.	VIPO
paramédicaux	98	131	112	165	125	191
prestations spéciales	248	254	319	344	396	477
chirurgie	130	95	151	118	172	154

Les données concernant l'âge des descendants font défaut et laissent subsister des doutes sur les causes de cette constatation.

En chirurgie pour enfants, le prix coûtant plus élevé chez les T.I.P. que chez les J.l.P.O., peut être expliqué par l'âge des enfants à charge. Les plus jeunes enfants sont plus souvent hospitalisés.

Des facteurs socio-psychologiques jouent aussi un rôle dans la consommation médicale.

L'indépendant malade et obligé d'arrêter temporairement toute activité, avec les désavantages que cela comporte, réagira autrement que l'indépendant dont l'entreprise peut continuer à fonctionner sans sa présence.

Le travailleur dont le milieu de travail n'est pas très attrayant et où la joie du travail fait défaut, se sentira moins vite apte à reprendre son travail.

Il ne ressent d'ailleurs pas personnellement les conséquences qu'entraîne son absence pour l'entreprise.

Un autre travailleur reprendra sa tâche.

Cet état d'esprit explique - toujours avec les restrictions nécessaires pour ne pas généraliser - une absence plus fréquente pour raisons de maladie avec, comme conséquence, l'appel à des prestations médicales.

Etre malade est d'ailleurs une notion relative.

Hinkle (1) a démontré qu'un homme entre 20 et 45 ans attrape, en 20 ans environ, une maladie mortelle, 20 maladies avec incapacité de travail, 200 sans incapacité de travail et 1.000 épisodes symptomatiques.

Au total donc, 1.221 épisodes sur 7.300 jours, soit un par 6 jours.

Toutefois, un individu se sentira plus vite malade qu'un autre.

Cinquième facteur : le développement des soins de santé.

La médecine dispose toujours de nouvelles techniques, aussi bien sur le plan du diagnostic que curatif (radiologie, biologie clinique, kinésithérapie, transplantations, organes artificiels, transplantations de coeur, dialyse rénale, radiothérapie, "by-pass" pour les affections coronaires, usage de pacemakers, etc...), qui entraîne une hausse continue des dépenses pour soins de santé.

(1) J.K., Zola, l.c., p. 90.

Conscient de son savoir et des moyens à sa disposition, le médecin veut les utiliser pour secourir le malade,

La médecine spécialisée est influencée dans son développement par la biologie humaine (1) et la technologie (2),

De nouveaux spécialismes continuent à naître dans différents domaines de la médecine (3).

Toutefois, une amélioration de la qualité se fait payer.

Les hôpitaux suivent l'évolution scientifique et se modernisent continuellement, ce qui entraîne une augmentation du prix de la journée d'hospitalisation.

De nouveaux centres de traitements sont créés pour les maladies chroniques.

D'une part, l'application de techniques telles que les analyses de laboratoire et la radiologie et, d'autre part, l'élargissement des fonctions de l'hôpital font que les hôpitaux influencent différents postes de dépense de l'assurance maladie.

L'industrie pharmaceutique effectue continuellement des travaux de recherches coûteux pour lancer de nouveaux médicaments sur le marché.

Dans cette activité, elle s'efforce, comme toute autre branche industrielle, de réaliser des bénéfices et de stimuler ses ventes par la publicité auprès des médecins, dans les revues professionnelles ou les journaux, par la distribution d'échantillons, par les délégués médicaux et le financement de congrès et séminaires.

Les découvertes de la thérapeutique clinique ont révélé de nouvelles situations pathologiques dans ce qui était considéré avant comme un trait de caractère.

Sixième facteur : Le mode de vie moderne.

Des maladies comme la tuberculose ou les affections rhumatismales du cœur doivent être moins combattues. Par contre, le nombre des tumeurs malignes, psychoses, psychonévroses, affections de la circulation du sang, arthrites et rhumatismes (4) s'accroît.

-
- (1) découvertes sur le plan de la substance du noyau cellulaire, l'immunologie, immunologie de transplantation.
 - (2) banque d'informations médicales, diagnostic par ordinateur, automatisation des analyses cliniques, micro-appareils électroniques de mesure.
 - (3) par exemple : chirurgie cyborg, généticien.
 - (4) Cl. Michel : La consommation médicale des français. Notes et Etudes documentaires - avril 1969.

Les statistiques du Ministère de la Santé publique indiquent une augmentation inquiétante, surtout chez les hommes, du nombre de décès dus aux maladies cardiovasculaires et aux maladies vasculaires qui affectent le système nerveux central.

L'r.N.A.M.r. énumère les affections psychiques, rhumatismales et orthopédiques comme causes croissantes d'invalidité.

Beaucoup de maladies énumérées sont dues à la pollution de l'air, la nutrition malsaine, les mauvaises habitudes alimentaires, l'agitation de l'homme moderne, excès en boissons et tabac, le manque d'exercices physiques.

Le tabac, et particulièrement les cigarettes, sont tenus responsables du cancer pulmonaire, artériosclérose, thrombose coronaire et bronchite chronique (1).

Le bruit dans les villes et les entreprises ou dans les dancings avec leur musique rock, provoque des problèmes auditifs.

L'excès de boissons alcoolisées provoque la cirrhose hépatique, la pneumonie et des blessures traumatiques à la suite d'accidents.

Beaucoup de maladies cardiaques et vasculaires, le diabète et l'hypertension sont dues aux mauvaises habitudes alimentaires (2).

Toutes les maladies existantes sont actuellement traitées en essayant d'aider les individus d'une façon médicale.

Chaque maladie crée une demande de médicaments ou fait surgir de nouveaux spécialismes.

Mais la cause profonde nous échappe.

De même que la tuberculose fut combattue en s'attaquant à la sous-alimentation, le mauvais logement et le manque d'hygiène de l'homme du 19ème siècle (3), il sera également nécessaire de s'attaquer aux facteurs pathogènes modernes (excès, ennui, accidents de la circulation, pollution).

(1) ~.J.Lefevre : Rapport succinct résumant le rôle nocif du tabac pour la santé de l'individu et de la collectivité et sa contribution à la pollution de l'environnement. Archives belges de médecine sociale, 1973, n° 2, pp. 73-119.

(2) A. Malleson, I.e., pp. 28-29. Informations sociales 1972, n° 1-2. Alimentation 1972.

(3) Quand Koch découvrit le bacille en 1892, la T.B.C. avait déjà diminué de moitié; avant l'introduction des antibiotiques, la mortalité en 1945 était descendue de 700 à 48 par 100.000 habitants.

Illich a signalé, à juste titre, que l'homme crée lui-même beaucoup de souffrances.

Septième facteur : l'offre des soins de santé.

La consommation médicale est en relation avec l'offre des soins de santé.

Plus il y a d'hôpitaux de médecins, d'auxiliaires paramédicaux, plus la consommation médicale est élevée.

Les régions avec la plus importante capacité de lits hospitaliers ont aussi la plus longue durée d'hospitalisation (par exemple: la Flandre occidentale), sans avoir nécessairement les plus grandes dépenses de soins de santé (1).

Les régions avec la plus grande densité de médecins ont les plus importantes dépenses de soins de santé (par exemple : Bruxelles).

S'il existe beaucoup de kinésithérapeutes, les dépenses de kinésithérapie augmentent (2).

La croissance de la population active dans les services sanitaires et médicaux s'élève à 5,14 % en moyenne.

	!!!Y!..!..!~!!!!	..!!!dép~!!!!!!!!	<u>aides</u>	<u>total</u>	<u>iudice</u>
1966	61.2J7	16.822	269	78.328	100
1973	114.126	24.860	960	139.946	178

En outre, on estime que le nombre de médecins, d'infirmières, de lits hospitaliers, de pharmaciens et de kinésithérapeutes par 1.000 habitants constitue un critère pour la santé de la population.

Les politiciens interviennent en faveur de nouveaux hôpitaux et les universités produisent toujours plus de travailleurs sanitaires.

La transplantation d'organes, la gériatrie, la technique donnent aux gens l'espoir que la souffrance, la maladie et la mort peuvent être vaincues ou longtemps retardées.

Le nombre de médecins n'est pourtant pas un critère dans la croissance de l'espérance de vie ou de santé.

(1) Cela dépend du prix de la journée d'hospitalisation et l'intensité du traitement spécialisé.

(2) A. Sacrez. Le. 1975, p. 13.

Aux Etats-Unis avec 15,6 médecins par 10.000 habitants, la durée de vie s'élève à un an de plus qu'à la Jamaïque avec 4,9 médecins (1).

Les Soins de santé ne sont pourtant pas le monopole du personnel sanitaire.

L'individu doit prendre conscience qu'il peut contrinuer lui-même à sa santé.

La médecine doit intervenir à titre complémentaire, mais pas comme facteur dominant dans la politique sanitaire.

Huitième facteur : la région.

La consommation médicale est également différente selon la région (2).

On a constaté en France que la consommation médicale augmente selon la superficie (3) des communes (voir tableau 16).

Tableau 16 :

	indices communales rurales = 100	
	en 1956 (4)	en 1961 (5)
communes rurales	100	100
communes de - 10.000 habitants	104,6 (+ 4,6 %)	105,4 (+ 5,4 %)
Communes de 10.000 à 100.000 hab.	121,5 (+ 16,2 %)	140,8 (+ 33,6 %)
Commune avec plus de 100.000 hab.	142,9 (+ 17,5 %)	157,4 (+ 11,8 %)
agglomération parisienne	191,4 (+ 33,9 %)	183,4 (+ 16,4 %)

Le Dr FESTEN a aussi établi une différence selon les régions pour les Pays-Bas (voir tableau 17).

(1) S. t!arysse, l.c., p. 405.

(2) G. Rösch : la consommation médicale des ménages d'après l'enquête de 1956. Consommation 1958, n° 3, p. 94.

(3) Il est impossible ici de déterminer le rôle d'un revenu accru.

(4) Consommation 1960, n° 2, pp. 106-109

(5) Consommation 1962, n° 1, pp. 74-75. Les frais d'hospitalisation sont exclus.

Tableau 17 : Coûts totaux des soins curatifs par tête, en 1972.

Amsterdam	650 fI
Delft	644 iI
Haarlem	620 iI
Dordrecht	611 iI
Gouda	564 iI
Nijkerk	500 fI
Groningen	447 iI
Nijmegen	430 iI
Alkmaar	425 fI
Leeuwarden	418 iI
Alphe	382 fI
Noordwijk	361 fI

Dans notre pays, la dépense moyenne (I) par habitant, en 1972, est de :

<u>Arrondissements</u>		<u>Indice par rapport à l'Etat</u>	
Anvers	2.351	93	
Malines	2.408	95	
Turnhout	2.266	90	
Provo Anvers			93
	2.343		
Bruxelles-capitale	3.045	121	
Bruxelles arrond.			
Hal-Vilvorde	2.375	94	
Louvain	2.247	89	
Nivelles	2.895	115	
Prov. Brahant			109
	2.738		
Bruges	2.292	91	
Dixmude	2.066	82	
Ypres	2.142	85	
Courtrai	2.205	87	
Ostende	2.259	90	
Roulers	2.088	83	
Tielt	1.787	71	
Furnes	2.106	83	
Provo Flandre acc.			86
	2.169		
Alost	2.469	98	
Termonde	2.348	93	
Eeklo	2.283	91	
Gand	2.470	98	
Audernarde	2.543	101	
Saint-Nicolas	2.342	93	
Provo Flandre orient.			96
	2.428		

(I) Consultations, visites, prestations techniques ordinaires, frais de déplacement des médecins, prestations spéciales chirurgie et anesthésiologie, accouchements, surveillance de bénéficiaires hospitalisés.

Ath	2.193	87	
Charleroi	3.466	137	
Mons	2.886	114	
Mouscron	2.454	97	
Soignies	3.062	121	
Thuin	2.977	118	
Tournai	2.734	108	
Provo Hainaut		2.972	118
Huy	2.574	102	
Liège	2.760	109	
Verviers	2.155	55	
L'Isle	3.085	122	
Provo Liège		2.618	104
Hasselt	2.094	83	
Maaseik	1.779	71	
Tongres	1.988	79	
Provo Limbourg		1.986	79
Arlon	1.801	71	
Bastogne	1.783	71	
Marche-en-Famenne	1.923	76	
Neufchâteau	1.890	75	
Virton	1.849	73	
Provo Luxembourg		1.851	73
Dinant	2.739	109	
Namur	2.884	114	
Philippeville	2.613	104	
Provo Namur		2.810	111
ROYAUME	2.522	100	

L'urbanisation du milieu de vie est, à son tour, tenue pour responsable des affections cardiaques, du cancer, de l'arthrite, de l'emphyseme et des neuroses (1).

L'extension de l'industrialisation augmente le risque de maladie. Dans les régions industrialisées les plus anciennes de notre pays, les coûts de maladie sont les plus élevés (2).

Les coûts de maladie dans tous les pays sont les plus bas dans les régions agraires.

(1) Informations sociales 1972, n° 8, pp. 15-18.

(2) Chambre 1962-63, doc. 527/16, p. 18.
Voir aussi l'invalidité par province.

Neuvième facteur : le manque d'une politique de santé globale.

L'ensemble de notre système de soins de santé est peu coordonné mais l'instrument de l'assurance maladie ne l'est pas davantage.

La coopération entre le Ministère de la Santé publique, le Ministère de la Prévoyance sociale et l'I.N.A.}f.I. peut être améliorée.

Au risque de s'engager sur le terrain de la politique pure, il faut souligner la nécessité d'une politique de santé unique dans les mains d'un seul ministre.

Actuellement, chaque élément de ce que devrait être une organisation globale, fonctionne d'une façon autonome.

Cet éparpillement en différentes sections rend plus difficile la fixation des priorités dans le cadre d'une évolution contrôlée des coûts.

Il est illogique que les interventions dans le coût des journées hospitalières soient en partie à charge du budget de la Santé publique et en partie à charge du budget de l'assurance maladie, que trois services (Santé publique, Affaires économiques, I.N.A.}f.I.) s'occupent des produits pharmaceutiques, qu'il existe différentes listes de spécialités pharmaceutiques agréées, etc...

Actuellement, la politique de la santé dépend des ministres suivants:

a) Ministère de la Santé publique :

- politique générale de santé ;
- reconnaissance et prix de la journée d'hospitalisation des cliniques;
- enregistrement des médicaments ;
- invalides de guerre (O.N.I.G.) ;
- remboursement des médicaments par l'O.N.I.e. ;
- reconnaissance des spécialistes ;
- licence d'ouverture de pharmacie ;
- assistance publique.

b) Ministère de la Prévoyance sociale :

- O.N.S.S. ;
- assurance maladie-invalidité ;
- accidents de travail ;
- maladies professionnelles ;
- indemnités d'invalidité pour ouvriers mineurs (F.N.R.O.}f.) ;
- régime des gens de mer (C.S.P.}f.).

- c) Ministère de l'Emploi et du Travail :
 - reclassement social des handicapés ;
 - hygiène du travail ;
 - médecine du travail.
- d) Ministère des Communications :
 - régime S.N.C.B.
- e) Ministère de l'Intérieur :
 - C.A.P.
- f) Ministère des Affaires économiques :
 - prix des médicaments.
- g) Ministère de la Défense nationale :
 - hôpitaux militaires ;
 - service de santé de l'armée.
- h) Ministère de l'Education nationale :
 - centre P.M.S. ;
 - programmes de formation des médecins et auxiliaires paramédicaux ;
 - hôpitaux universitaires.
- i) Ministère de la Culture :
 - sport ;
 - éducation physique.
- j) Ministère des Classes moyennes :
 - statut des indépendants ;
 - I.N.A.S.T.I. (Institut d'assurances sociales pour travailleurs indépendants).
- k) Ministère des Affaires étrangères :
 - Office de la sécurité sociale d'Outre-mer (O.S.S.O.M.).

Dixième facteur : l'existence d'une assurance.

En généralisant les possibilités de recevoir des soins de santé, ce qui fait justement son mérite, l'assurance maladie a perturbé la loi classique de l'offre et de la demande.

Puisque le malade ne supporte plus, pour une grande part, la charge financière des soins de santé, il n'exercera pas d'influence sur l'offre.

L'augmentation du nombre de prestataires de soins, de pharmaciens ou d'hôpitaux n'entraîne pas de diminution du prix du marché, mais stimule par contre la demande.

Du côté du bénéficiaire, il existe un besoin illimité de santé ou de prolongation de la vie.

Le mécanisme classique du marché ne fonctionne plus.

Selon M. Pannier (1), il existerait aussi, chez certains bénéficiaires, un souci de récupération. Ils veulent à tout prix récupérer une partie des cotisations versées pour frais de maladie. Cette affirmation n'est cependant pas prouvée et ne peut, en aucun cas, être généralisée.

Le patient n'est pas conscient du prix que représente l'emploi des services médicaux et les médecins, en général, ne tiennent pas compte des conséquences financières des services qu'ils offrent.

Personne ne se soucie de l'usage superflu ou de la multiplication des prestations.

Le mode de remboursement a, sans doute, également une influence sur la consommation, soit que le malade avance le prix total et obtient le remboursement par après, soit que la mutualité paie directement la prestation.

En outre, l'existence de l'assurance maladie et le progrès de la science médicale ont offert à beaucoup de gens la possibilité de vivre plus longtemps grâce aux traitements (2).

Un membre du Sénat (3) l'a exprimé d'une façon très concrète : "Alors qu'une firme commerciale est d'autant plus bénéficiaire qu'elle est efficace, c'est exactement l'inverse qui se produit dans un service de santé. En effet, il est évident que le malade le moins coûteux est celui qui meurt le plus vite et que l'objectif même d'un service de santé est de maintenir ce malade en vie, de le guérir si possible ou, à tout le moins, de soulager ses souffrances, de lui aménager des conditions de vie aussi confortables qu'il se peut et de prolonger son existence au maximum.

En d'autres termes, plus un service de santé est efficace, plus il est nécessairement coûteux et aussi longtemps que la médecine fera des progrès, l'équilibre budgétaire de l'I.N.A.M. sera régulièrement mis en défaut. Il ne faut pas se faire d'illusions à ce sujet".

(1) I.C., p. 233

(2) Zwakke en gehandicapte kinderen, diabeteslijders, enz.

(3) Sénat, Ann. ParI. II février 1975, p. 1228, intervention du Sénateur Cerf.

Finalement, la conclusion de conventions collectives en matière d'honoraires et la généralisation de l'application qui en a résulté, ont aussi influencé les dépenses (par exemple en 1969).

Onzième facteur : l'évolution des prix.

L'évolution des prix pèse également sur les dépenses de l'assurance maladie.

Dans le secteur des services auquel appartient le régime des soins de santé, cette hausse est la plus importante.

L'évolution des salaires et la croissance des prix de la construction (voir tableau 18) exercent une influence sur les frais d'administration et le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux.

Tableau 18 : Prix de gros (1953 = 100).

	Indice général	Matériaux de cons- truction	Bois	Carrières	Verres, métaux et produits mé- talliques
1966	114,5	145,9	127,8	118,9	118,8
1967	113,2	154,9	128,7	120,3	117,1
1968	113,5	158,5	128,7	123,2	117,5
1969	119,1	162,7	143,7	129,7	125,6
1970	124,8	169,2	147,5	131,2	141,1
1971 ●	140,0	209,9	159,0	158,8	160,2
1972 ●	145,5	217,7	159,1	163,9	162,5
1973 ●	163,4	226,7	213,3	166,6	176,5
1974 ●	190,8	251,9	216,2	170,3	257,1
Moyenne annuelle sur 66/74	5,84	6,26	6,02	4,07	8,96
sur 71/74	10,87	6,27	10,79	2,36	17,08

● T.V.A. incluse.

L'outillage médical devient de plus en plus sophistiqué et coûteux (1).

(1) Par exemple : le gastroscopie fibroscopique qui coûte dix fois plus cher que le classique.

L'évolution de la profession médicale est également une cause d'augmentation des coûts.

" L'évolution incessante de la technique et des sciences médicales et biologiques oblige le médecin à utiliser directement ou indirectement, suivant sa discipline, un matériel extrêmement onéreux, vite périmé, régulièrement entretenu et dont l'amortissement est difficilement réalisable s'il est isolé. L'établissement des fiches des malades, la tenue des dossiers, l'échange de la correspondance avec les confrères imposent un secrétariat dont les dépenses sont lourdes" (1).

Mathé (2) est arrivé à la conclusion que pour la France, le prix, plus que le volume, provoque la croissance des dépenses pour la période 1950-65 :

	<u>Volume</u>	<u>prix</u>
médecins	286	928
hospitalisation	357	930
médicaments	703	1.003

Dans notre pays aussi, l'augmentation des prix des trois dépenses mentionnées ci-dessus a été la plus remarquable.

Douzième facteur : les abus ou l'usage impropre.

Dès le premier budget - en 1948 - où il était question de déficit dans l'assurance maladie, les abus furent dénoncés (3).

Pour beaucoup de non initiés, les abus ou l'usage impropre de l'assurance maladie constituent la seule cause du déficit.

" Lorsque éclate une crise financière ... pour beaucoup de gens, **il** ne fait pas de doute qu'il y a des abus. Certes, mais il y en a partout. La notion d'abus est toujours relative ... on peut donc douter qu'il suffise de les pourchasser pour solder le déficit croissant" (4).

(1) A. Roussel : Le médecin et la santé publique dans la planification économique. Rev. sée. soc. 1966, p. 35.

(2) I.c., p. 63.

(3) Chambre 1947-48, doc. 409, p. II.

(4) P. Hermand, I.c., p. 51.

Néanmoins, ce n'est pas seulement une nécessité, mais un devoir impératif pour la communauté d'examiner la façon dont tout abus ou tout usage impropre pourrait être éliminé.

Les abus tels qu'ils ont été dénoncés dans la phase initiale de l'assurance maladie où des achats de nourriture pour pigeons ou d'alcool s'effectuaient sur le dos de l'assurance maladie, appartiennent au passé (I).

De nombreuses lettres contenant des plaintes et des suggestions, des entretiens avec des organisations, des contacts avec des fonctionnaires, des interventions parlementaires, des articles de presse, permettent d'énumérer les abus encore existants.

L'existence d'abus n'est pas étonnante.

L.E. Troclet (2) l'a expliqué comme suit :

••La simple réflexion, comme l'expérience sociale pouvait faire prévoir, après quelque temps, la progression rapide de la marée des abus.

" Les débuts d'une réglementation sont généralement heureux et calmes. Elle est peu connue. Ses bénéficiaires ignorent l'étendue exacte de leurs droits et les moyens multiples de les outrepasser. Mais peu à peu, ils apprennent les dispositions qu'ils peuvent invoquer pour obtenir avantages et indemnités. Puis, au cours d'une seconde phase, par les informations de proche en proche, de voisin à voisin, d'amis à amis, de collègues, les appels à la réglementation prennent un subit essor et les dépenses des organismes distributeurs s'accroissent rapidement.

" Arrivée à ce deuxième stade, toute réglementation franchit rapidement une étape nouvelle. Une occasion souvent accidentelle fait apercevoir à l'un une fissure, à l'autre une contradiction exploitable, à un troisième une lacune dans la réglementation si complète et minutieuse qu'elle puisse être. L'exploitation de ces failles débute, elle aussi, modestement, mais la marée des abus monte avec promptitude et inonde des plages de plus en plus larges. Malheureusement, ce n'est guère qu'au moment où la vague prend une ampleur considérable qu'on peut être averti du danger. Et même à ce moment, tous les esprits ne sont pas convaincus, et il faut que le danger s'aggrave encore pour emporter l'assentiment indispensable à un redressement législatif et réglementaire. Ce redressement apparaîtra toujours d'ailleurs comme un resserrement social et une contraction réactionnaire, car il s'agira nécessairement de se montrer plus strict et plus tatillon.

(I) Sénat 1948-49, doc. 56, p. 51.

(2) I.C., pp. 215-216.

" Puis, lorsque tout ce processus du sentiment social s'est développé, il faut encore que, sur le plan politique et administratif, l'accord intervienne sur les formules d'assainissement. Cet accord est plus difficile à réaliser qu'on n'imagine, car chaque mesure restrictive porte toujours atteinte à une catégorie déterminée de bénéficiaires plutôt qu'à d'autres. qui donc rappelait récemment que le gouvernement démocratique était le mode de gouvernement le plus difficile?

" Et cependant, les abus doivent être combattus par tous. Par les responsables de la vie collective et sociale, tout d'abord, parce qu'ils ont été choisis par les travailleurs et par les citoyens comme les chefs les plus vigilants et les plus prévoyants, et qu'ils porteraient individuellement et collectivement la responsabilité d'un échec éventuel. Guides élus, ils ne peuvent dire : "Nous sommes vos chefs, nous vous suivons !".. Ils doivent, au contraire, prendre courageusement les rênes du redressement après avoir jeté l'alarme et indiqué les solutions hardies et énergiques qui s'imposent. Nous savons, hélas. que. quel que soit le prestige ou l'autorité personnelle dont ces chefs jouissent, ils ne pourront prétendre entraîner l'adhésion intime et profonde de tous. Aux prises avec les cas concrets. certains croiront ne pouvoir résister à l'appel de la miséricorde ou de l'amitié et. malgré les avertissements et les consignes, se laisseront encore trop souvent entraîner à ne pas suivre leurs dirigeants plus conscients du danger". •

a) Examens superflus ou non effectués par les prestataires de soins de santé

Dans les deux cas. le but est identique : s'enrichir au détriment de l'assurance maladie sans avantage pour le malade. sauf dans certains cas où un remboursement plus élevé lui est assuré.

Depuis 1949 (1). ce genre d'abus a été dénoncé : compter des prestations non effectuées, compter d'autres prestations que celles réellement fournies. la prise de radiographies inutiles, l'exécution systématique d'analyses de sang très poussées, compter des frais de déplacement quand il n'y a pas eu de déplacement, compter les frais d'une toilette complète lorsque seulement le visage et les mains du malade ont été lavés, compter une chaussure d'essai qui n'a jamais été fabriquée. compter une visite quotidienne des patients à la clinique lorsque ce n'est pas le cas. le physiothérapeute qui fait effectuer des prestations par un kinésithéra-

(1) Sénat 1948-49. doc. 56. pp. 47-48.

peute signant le certificat comme quoi il les a effectuées lui-même, le dermatologue qui, pour un petit pansement, atteste avoir appliqué un bandage dermatologique complexe pour blessures graves, compter plusieurs fois la même prestations, etc...

A juste titre, M. De Paepe, le Ministre de la Prévoyance sociale, a souligné, lors de la discussion de son budget, que le problème principal de l'assurance maladie réside dans la formation de la conscience (1).

L.E. Troelet, ancien Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, l'a formulé d'une façon encore plus nette :

" Il Y a aussi des tiers qui ont entrepris le pillage des assurances sociales. Si l'on peut trouver quelques excuses aux travailleurs égarés, qui se sont laissés tenter par des lacunes r-élémentaires, on ne peut trouver de justification au délit de certains médecins, pharmaciens et autres personnes coupables d'un ensemble de faux et d'escroqueries qui déroutent l'imagination et le sens moral. Ces médecins, ces pharmaciens marr-ns sont trap norrbreux. Ils sont une honte pour des corporations et des professions intellectuelles où la déontologie spontanée devrait être un bréviaire permanent. Chez eux, la volonté consciente de vol et de rapine est froidement arrêtée et trahit une absence total de sens moral. On aimerait que les dirigeants des organismes corporatifs n'aient de cesse de les clouer au pilori jusqu'au jour où le dernier voleur aura disparu et où l'auréole de ces professions ne sera plus ternie" (2).

La loi de maladie prévoit des sanctions.

Les sanctions prononcées par la chambre restreinte du comité du service de contrôle médical (3) ou en appel, par une coomission d'appel consistent à interdire temporairement aux organisations d'assurances d'intervenir dans les coûts de prestations médicales fournies par ces personnes.

Ainsi, les sanctions suivantes ont été appliquées au cours des derniers mois pour des certificats mentionnant des prestations inexactes ou non effectuées :

(1) Sénat, Ann. ParI., II février 1975, p. J.222.

(2) L.E. Troelet... l.c.. p. 2J7.

(3) Composition : un magistrat et sept médecins. Deux des médecins sont remplacés, selon le cas, par des représentants de dentistes, les auxiliaires paramédicaux, les hôpitaux et trois sont remplacés s'il s'agit de pharmaciens (art. 79 de la loi maladie-invalidité et art. 246 de l'A.R. du 4 novembre 1963).

	<u>Nombre de cas</u>	<u>Sanctions</u>
spécialiste chirurgie	57	3 mois
anesthésiste	40	6 semaines
médecin généraliste	19	1 mois
médecin généraliste	11	8 jours
spécialiste radiologie	9	1 jour
kinésithérapeute	1	1 jour
spécialiste en ophtalmologie	22	8 jours
spécialiste médecine interne	21	15 jours
infirmière	8	10 jours
spécialiste neuropsychiatrie	41	8 semaines
spécialiste urologie	109	2 mois
kinésithérapeute	47	14 jours
spécialiste neuropsychiatrie	42	15 jours
spécialiste dermatologie	24	1 semaine
médecin dentiste	indéfini	8 jours
kinésithérapeute	23	6 semaines
spécialiste gynécologie	9	15 jours
spécialiste radiologie	29	1 mois
physiothérapeute	114	1 mois
kinésithérapeute	1	3 jours
spécialiste médecine interne	90	3 jours
spécialiste médecine interne	102	5 mois
médecin dentiste	13	1 semaine

b) Surconsommation.

L'abus le plus souvent cité est la surconsommation ou, pour certains, la surproduction, selon le point de vue auquel on se place.

Cette opinion n'est pas partagée par tout le monde.

«P-ais vouloir expliquer l'essentiel de l'accroissement des dépenses de l'assurance-maladie, par la surconsommation, c'est s'enraeer dans la voie d'une capitulation qui compromet la survie même des assurances sociales; c'est se contenter de constater des effets sans en rechercher suffisamment les causes

«La quantité de prestations dépend du seul bénéficiaire lorsque celles-ci sont accessibles par sa seule volonté; elle est conditionnée par le médecin lorsqu'elles dépendent de sa prescription ... dans l'un comme dans l'autre cas, il faut admettre que, en général, ce n'est ni la fantaisie de l'un ni la légèreté de l'autre qui crée la consommation mais bien un besoin réel».

" Il n'y a pas que les maladies bien définies et les traumatismes physiques ... il y a aussi, il y a surtout, les syndrômes mal définis, les douleurs sans étiologie connue, les angoisses, les psychoses, les déséquilibres nerveux, pour lesquels les besoins sont d'autant plus grands et prolongés qu'ils ne connaissent généralement pas de satisfaction spécifique.

" La médecine n'est pas uniquement affaire de maladies, elle est aussi un problème d'hommes et de femmes qui peuvent avoir des besoins réels sans que l'on sache toujours pourquoi, si ce n'est qu'ils ne se sentent pas bien" (1).

A certains niveaux, il existe même une sous-consommation.

Chez la jeunesse en âge scolaire, l'inspection médicale scolaire(2) révèle une attention insuffisante pour les yeux, les oreilles et les dents.

Beaucoup de candidats miliciens sont réformés à cause d'affections des oreilles et des yeux.

Les enquêtes de médecine du travail indiquent chez la population active, des anomalies pathologiques des dents, de la fonction visuelle, du système nerveux et de la faculté auditive.

Ajoutons à cela une tendance à l'obésité à la suite de mauvaises habitudes alimentaires ou d'excès de tabac.

Même si une grande partie de la consommation peut être expliquée (par exemple, par la vieillesse), une tendance à la surconsommation ou à la surproduction existe réellement.

La surconsommation n'est pas un phénomène nouveau.

Andrew Malleson (4) en donne de nombreux exemples en ce qui concerne les médecins.

Au XVIII^{ème} siècle, le lavement était le traitement par excellence.

Un procès concernant le paiement d'honoraires pour 2.190 lavements, effectués en deux ans, était intenté.

(1) Dr. Dejardin, dans Rev. int. de sécurité sociale 1972, n° 1-2, pp. 4 et 6.

(2) Loi du 21 mars 1964 - A.R. du 12 octobre 1964, mod. A.R. du 10 décembre 1964.

(3) voir, e.a., l'étude de J.P. Pepersack dans Archives belges de médecine sociale 1967, 91-100.

(4) De ziekteindustrie. Het Spectrum!!Anvers 1974, pp. 13 et ss.

Plus tard, l'opération du gros intestin, mise au point par Sir Arbuthnot Lane, a été pratiquée en série. L'extraction des amygdales était à la mode vers 1925, si bien que plus de la moitié des enfants en Angleterre les ont perdues sans raison.

L'administration inutile de pénicilline contre le mal de gorge provoqué par virus ou l'emploi excessif d'antibiotiques sont des illustrations plus récentes.

I.K. Zola (1) cite les constatations bizarres de Lichter et Pflanz en 1971, au sujet de la ville d'Hanovre où l'appendicectomie est appliquée trois fois plus que dans d'autres pays.

Cela a non seulement entraîné une plus grande mortalité par appendicite, mais aussi d'autres maux (ileus, cancer du gros intestin, maladie de Hodgkin).

Ce caprice des chirurgiens de Hanovre n'existait pas seulement au détriment des patients, mais aussi aux frais de l'assurance maladie.

Il est impossible de conclure à une surconsommation de médicaments en regardant simplement les statistiques.

Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, 50 à 80 % de la population adulte emploient un ou plusieurs médicaments sur une période de 24 à 36 h, (2).

Les tranquillisants, barbituriques, stimulants, anti-dépressifs et que sais-je encore, sont prescrits et avalés en masse.

" Actuellement, les médecins disposent de très peu de directives leur permettant de prescrire ces produits d'une façon intelligente" (3) et l'industrie pharmaceutique continue toujours à produire et à lancer de nouveaux produits sur le marché.

Certains médicaments présentent des effets secondaires dont peu de choses est communiqué.

Folbuta-de chez les diabétiques augmentait la mortalité par maladies cardia-vasculaires, phénacétine cause des anomalies rénales, les antibiotiques font naître des couches de bactéries résistantes et exercent une influence sur les membranes cellulaires.

Par surcroît, beaucoup de médicaments se révéleraient complètement inutiles après des années.

(1) De medische macht. Meppel 1973, pp. a4-H5.

(2) I.K. Zola, l.c., p. 91.

(3) A. Malleson, l.c., p. 60.

Cela aurait été le cas, par exemple, pour la thérapeutique shock par insuline et la leucotomie comme traitement de la schizophrénie.

Les réactions négatives de médicaments pounant ad-inistrés en quantité énorme, sont souvent passées sous silence.

Ici, le problème de l'assurance maladie s'étend vers la politique de santé.

Parfois, le scandale éclate comme dans le cas du softénon (thalidomide).

L'Américan Food and Drug Directorate n'en a jamais autorisé l'usage.

En Europe, il a fallu des milliers d'enfants malformés avant de se douter de quelque chose d'anormal (1).

Bien sûr, les médecins ne prescrivent pas volontairement des médicaments nocifs, mais leur information se fait toujours unilatéralement par l'industrie pharmaceutique qui s'intéresse avant tout à la vente et aux bénéfices.

"Indien doktoren hun pati!nten alteen nuttige geneesmiddelen voorschreven, zouden ziektekostenverzekeringen niet zo duur, en velen van ons gezonder zijn" (2).

Beaucoup de maladies "iatrogènes" sont dues à des médicaments actifs réagissant et donnent lieu à de nouvelles dépenses de santé.

Ivan Illich appelait cette nouvelle forme de rendre malade la "némésis" (3) de la médecine.

En Belgique, on constate une plus grande consommation de médicaments chez les V.I.P.O. que chez la population active.

Cette constatation peut être expliquée pour une grande partie, par le plus grand besoin de médicaments chez les personnes âgées, mais la croissance permanente de la consommation indique aussi une certaine mentalité. Ce phénomène se présente aussi dans d'autres pays.

Aussi, le médicament n'est plus seulement un remède contre la maladie, il est devenu une possibilité de vivre.

(1) A. Malleson, l.c., p. 21

(2) A. Malleson, l.c., p. 66.

(3) Némésis : anciens dieux grecs de la justice. Dans le sens mataphorique, le mot signifie "justice active".

Il permet à l'homme de dominer la répartition de son temps, de régler ses forces, son sommeil et son réveil, son état d'esprit (1).

Plusieurs indications montrent qu'il y a surconsommation de certains médicaments (2).

Ainsi, la Belgique consomme plus d'antibiotiques que les pays voisins.

Une enquête menée en Grande-Bretagne a montré que la moitié des adultes et un tiers des enfants prennent un médicament par jour.

Des enquêtes effectuées dans les hôpitaux prouvent qu'aux Etats Unis, 20 % des médicaments sont administrés de manière irrationnelle. Un pourcentage plus élevé encore est inefficace.

" Ils font appel à leur insu aux pouvoirs magiques du médecin ... - alors il faut que je me contente, outre cette sorte de traitement psychanalytique embryonnaire, de prescrire des vasodilateurs, des mucilages, des antiospasmodiques, des calmants, toutes des variétés de produits qui sont actuellement florissantes dans la pharmacopée" (3).

La prétendue médecine libérale ne présente sans doute plus ses caractéristiques antérieures.

Beaucoup de médecins sont influencés par la demande de médicaments de la part d'une partie de la population.

A cause du rôle central qu'ils jouent dans les soins de santé, ils sont rendus responsables de la surconsommation, quoi qu'ils ne soient pas les seuls coupables.

Il faut également stigmatiser le comportement du client qui, par manque d'information, désire trop de médicaments.

(1) G.J. Lafar : Le médicament et la prescription médicale, Revue française des affaires sociales 1970, n° 4, p. 49.

(2) Dr. L. Christopher et James Crooks : y a-t-il surconsommation? Santé du monde 1974, n° 4, p. 16.

(3) A. Soubiran : Lettre ouverte à une femme d'aujourd'hui, Paris 1967, p. 53.

ii Ce qui est certain, c'est que le comportement du malade nous semble déconcertant... En effet, à travers l'étude des dossiers payés archives à la Sécurité sociale, la logique, la rationalité, voire le bon sens ne sont pas toujours de rigueur et nous nous sommes posé le pourquoi de telles rencontres aberrantes, bousculant toutes les règles de prescriptions existantes à l'encontre de tous soucis de prudence, d'économie ou même d'honnêteté¹¹ (I).

c) L'abus individuel de certains bénéficiaires.

Les cas classiques sont les certificats de complaisance, afin de couvrir une absence du travail, les fausses déclarations, e.a. en ce qui concerne les revenus de pensionnés (2) et les tentatives pour obtenir des médicaments destinés à d'autres fins.

B. Régime de soins de santé pour indépendants.

L'assurance maladie pour indépendants est récente.

Ce n'est qu'à partir du 1er juillet 1964 que les indépendants ressortissent, en vertu de l'arrêté royal du 30 juillet 1964, sous le champ d'application du secteur soins de santé.

(I) G.J. Lafar, l.c., p. 75. L'auteur, pharmacien-conseiller de la sécurité sociale en France, donne de nombreux exemples. Prescriptions médicales avec la mention "délivrer selon les besoins", "à renouveler à la demande", "en quantité suffisante pour 1 an", "en usage continu", "à volonté", etc...

A un écolier de 9 ans, on prescrivait 26 médicaments et à une personne adulte plus de 500 !

(2) Voir Sénat 1974-75, doc. 470/2, p. 41.

A l'origine, ils bénéficiaient :

1. du traitement des maladies mentales, de la tuberculose, du cancer, de la poliomyélite, des affections et malformations congénitales ;
2. des soins médicaux et obstétricaux lors d'accouchement ;
3. de l'hospitalisation pour observation et traitement ;
4. des médicaments délivrés pendant le séjour dans cette institution ;
5. des interventions chirurgicales importantes, y compris l'anesthésie (valeur relative égale ou supérieure à KSO)..

Le droit aux prestations a été étendu ultérieurement.

A partir du 1er janvier 1968, ce droit a été, en vertu de l'arrêté royal du 20 novembre 1967, étendu aux prestations spéciales générales, aux prestations de radiodiagnostic, aux prestations de radiothérapie et de radiumthérapie, aux prestations de médecine interne, aux prestations de biologie clinique, aux prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle.

A partir de cette même date, d'autres opérations chirurgicales (de K 50 à K 40) ont été déclarées remboursables par l'arrêté royal du 27 décembre 1967.

Depuis le 1er juillet 1970, l'arrêté royal du 29 juin 1970 a repris les prestations suivantes dans l'assurance des indépendants :

- les prestations de surveillance de bénéficiaires hospitalisés ;
- les honoraires supplémentaires pour des prestations techniques urgentes effectuées la nuit, le week-end ou lors d'un jour férié.

Enfin, à partir du 14 février 1972, l'arrêté royal du 7 novembre 1973 autorise le remboursement des prestations telles que les implantations, les prothèses et certains appareils.

L'assurance maladie invalidité ne trouve donc pas une application générale pour les indépendants en ce qui concerne le secteur des soins de santé.

Ils bénéficient du remboursement par la mutualité pour :

1. les maladies sociales;
2. les frais d'accouchement ;
3. l'hospitalisation;
4. les médicaments délivrés dans les institutions hospitalières ;
5. les prestations chirurgicales importantes et les prestations d'anesthésie (K 40 et plus) qui y sont liées ;
6. les prestations spéciales générales, radiodiagnostic, radiothérapie et radiumthérapie ;
7. les prestations de médecine interne;
8. les prestations de biologie clinique ;
9. les prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle.

Les principales prestations dont les indépendants ne bénéficient pas sont :

1. les honoraires des médecins;
2. les soins dentaires ;
3. les médicaments (sauf en cas d'hospitalisation).

La branche des soins de santé, tout comme dans le régime général, présente un déficit permanent. Le déficit cumulé approche les deux milliards de francs (1).

(en millions frs)	Recettes	Dépenses	Résultat
1966	1.441,7	1.057,0	+ 384,7
1967	1.360,5	1.074,6	+ 285,9
19613	1.276,4	1.573,2	- 296,8
1969	1.703,6	2.042,9	- 339,3
1310	1.909,4	2.442,0	- 532,6
1971	2.161,2	2.743,7	- 582,5
1972	2.882,2	3.289,8	- 407,6
1973	4.008,0	3.928,3	+ 79,9 (4)
1974 (1)	4.482,0	4.651,9	- 169,9 (5)
1975 (2)	6.086,1	6.225,1	- 139,0
1976 (3)	6.385,6	7.108,6	- 723,0

(1) Prévisions.

(2) Budget adapté I.N.A.~.I, mais sans l'influence de l'A.R. du 4 mars 1975 et du prix prévisonnel de la journée d'hospitalisation.

(3) Budget I.N.A.~.I. - indice 148,52.

(4) Subvention exceptionnelle de 358 millions de frs.

(5) Subvention exceptionnelle de 200 millions de frs.

De 1966 à 1975, les dépenses totales ont augmenté de 672,5 % (2). La croissance moyenne annuelle s'élève à 20,99 p.c.

Le déficit présente une tendance croissante jusqu'en 1971.

(1) 900 millions ont été apurés par emprunt.

(2) 435,4 Z pour les travailleurs sur la même période.

Le relèvement important du taux de cotisation et du plafond salarial à partir du 1er juillet 1972 a diminué le mali.

Par rapport aux dépenses, le déficit s'élève à :

	<u>Régime indépendants</u>	<u>Régime travailleurs</u>
1966	36,4 %	- %
1967	26,6 %	- %
1968	18,8 %	1,3 %
1969	16,6 %	8,5 %
1970	21,8 %	4,5 %
1971	21,2 %	- %
1972	12,4 %	- %
1973	- %	2,0 %
1974	3,6 %	0,07 %
1975	2,2 %	- %
1976	10,1 %	0,06 %

Ces pourcentages sont supérieurs à ceux du régime général.

Comme dans le régime général, le rythme de croissance des dépenses est le plus important pour les prestations médicales attribuées aux non-actives.

Les dépenses pour prestations médicales connaissent la tendance suivante selon la catégorie de titulaires: indemnisation primaire, (T.I.P.) veuves, invalides, pensionnés (V.I.P.O.) (voir tableau 19).

Tableau 19 : évolution dépenses totales (en millions de F)

	<u>Total</u>	<u>Indice</u>	<u>T.I.P.</u>	<u>Indice</u>	<u>V.I.P.O.</u>	<u>Indice</u>
1966	892,4	100	723	100	169,4	100
1968	1-385,2	155	1-127,2	155,9	258,0	152,3
1970	2.024,7	226,8	1-605,9	228,3	418,8	247,2
1972	2-668,7	299	2-052,3	283,8	616,4	363,8
1973	3-099,5	347	2-288,7	316,6	810,8	478,6
1974	3.802,5	426,1	2-607,8	369,4	1-131,6	668,0
1975	5.012,7	561,7	3-566,6	493,3	1-446,1	853,6
1976	6-031,6	675,9	3-797,6	525,3	2-234,0	1-318,8

Le rythme de croissance est considérablement plus élevé chez les V.I.P.O. que chez les T.I.P.

La part des T.I.P. dans les dépenses diminue donc régulièrement en faveur des non-actives (voir tableau 20).

Tableau 20 : la part des deux groupes.

	<u>T.L.P.</u>	<u>V.I.P.O.</u>
1966	81,02 X	18,98 %
1968	81,37 %	18,63 %
1970	79,32 %	20,68 %
1972	76,90 %	23,10 %
1973	73,84 %	26,16 %
1974	70,24 % (I)	29,76 % (I)
1975	71,15 %	28,85 %
1976	62,96 %	37,04 %

(I) chez les travailleurs resp. 54,2 et 45,8.

Pour avoir une idée exacte des dépenses, il est nécessaire de les calculer par bénéficiaire et d'éliminer ainsi le facteur "nombre de bénéficiaires" (voir tableau 21)

Tableau 21 : évolution à partir de 1966 du prix coûtant par bénéficiaire.

	<u>Moyenne</u>	<u>Indice</u>	<u>T.I.P.</u>	<u>Indice</u>	<u>V.I.P.O.</u>	<u>Indice</u>
1966	534,03 F	100	485,41 F	100	932,51 F	100
1968	821,63 F	153,8	755,55 F	155,6	1.329,45 F	142,6
1970	1.227,62 F	229,9	1.109,23 F	228,1	2.078,10 F	222,85
1972	1.682,92 F	315, I	1.486,97 F	306,3	2.996,21 F	321,31
1973	1.995,59 F	373,7	1.716,26 F	353,6	3.691,32 F	395,85
1974	2.450,29 F	458,8	2.028,33 F	417,9	4.813,07 F	516,14
1975	3.265,60 F	611,5	2.739,32 F	564,3	6.206,14 F	665,56
1976 (I)	4.013,04 F	751,5	3.093,26 F	637,2	8.114,78 F	870,21

(I) évaluation selon budget

La hausse s'élève, par bénéficiaire, à 751,5 % (pour les travailleurs 371,1 X).

Parmi les prestations médicales, l'augmentation en volume touche surtout la kinésithérapie, physiothérapie et biologie clinique (voir tableau 22).

Tableau 22 : nombre de cas par bénéficiaire

	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Indice 1969 • 100</u>
kinésithérapie	0,013	0,028	0,062	0,071	0,066	0,055	423 (2)
radio diagnostic	0,279	0,312	0,337	0,376	0,407	0,575	206
médecine interne	0,123	0,140	0,164	0,185	0,198	{0.244(21)	150 (jusqu'en 1973)
physiothérapie	0,010	0,016	0,027	0,025	0,025		250 (jusqu'en 1973)
biologie clinique	0,950	1,145	1,375	1,657	1,926	2,056	216
chirurgie (+ anesthésie)	0,096	0,101	0,112	0,116	0,119	0,107	114,4
hospitalisation (I)	0,997	1,037	1,036	1,095	1,110	1,146	114,9

(I) journées

(2) l'adaptation de la nomenclature rend toute comparaison impossible

Le nombre de prestations et le prix coûtant moyen par bénéficiaire sont pourtant plus bas chez les indépendants que chez les travailleurs.

Cette constatation n'est pas seulement valable pour les dépenses globales par bénéficiaire (voir tableau 23) dans lesquelles évidemment la différence du risque assuré intervient, mais également pour les dépenses par bénéficiaire pour des postes comparables comme l'hospitalisation, la chirurgie et les prestations spéciales.

Tableau 23 : chiffre moyen des coûts par catégorie de bénéficiaires (en F.) :

	<u>Régime indépendants</u>			<u>Indice 1971 = 100</u>
	<u>1971</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	
Titulaires d'indemnités	1.273,54	1.953,39	2.279,04	178,95
invalides et handicapés	6.786,18	7.416,50	9.870,63	(I)
pensionnés	2.105,68	3.284,16	4.217,61	200,3
veUVes	2.220,18	3.321,14	4.370,16	196,84
conjoint	1.497,67	2.035,99	2.454,06	163,86
ascendants	2.108,61	3.264,92	4.014,42	190,38
descendants	650,73	815,96	960,02	147,53
COdllunautés religieuses	2.378,77	3.667,43	5.080,44	213,57

(1) Comme le nombre d'invalides fut calculé différemment en 1973, la comparaison est difficile. Selon l'ancienne méthode, les chiffres s'élèveraient en 1973 à 9.684,22 et en 1974 à 10.976,82.

	<u>Régime travailleurs</u>			<u>Indice 1971 = 100</u>
	<u>1971</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	
titulaires d'indemnités	3.457,93	4.728,31	5.570,30	161,09
invalides	13.983,29	18.644,96	21.727,09	155,38
pensionnés	9.521,80	12.783,30	15.494,28	162,72
veuves	9.799,87	13.525,44	16.374,81	167,43
conjoint	4.121,81	5.433,41	6.399,32	155,26
ascendants	4.075,88	5.498,38	6.594,90	161,80
descendants	2.364,41	2.994,72	3.515,28	148,67
personnes non protégées	4.678,38	6.474,20	7.363,27	157,39

Le dédoublement en T.I.P. et V.I.P.O. (I) indique chez les T.I.P. une croissance plus élevée du nombre des cas pour la kinésithérapie, la physiothérapie, la radiodiagnostic et la chirurgie. Par contre, chez les V.I.P.O., la médecine interne, la physiothérapie et l'hospitalisation augmentent davantage (voir tableau 24).

Dans les deux groupes les prestations pour kinésithérapie, physiothérapie et biologie clinique connaissent les plus fortes augmentations (voir tableau 24).

(I) voir l'étude mentionnée ci-dessus de F. PRAET.

Le phénomène est le même pour les travailleurs, sauf pour ce qui est de la physiothérapie.

Les V.I.P.O. représentent un grand nombre de prestations dans les rubriques kinésithérapie, médecine interne, physiothérapie, biologie clinique et hospitalisation.

On peut faire la même constatation chez les indépendants et les travailleurs.

Le prix coûtant moyen par bénéficiaire (1) évolue comme suit (voir tableau 25) :

(1) Ce prix coûtant est bien influencé par le fait que les indépendants à carrière mixte optent au moment de la mise à la retraite pour le régime général qui couvre aussi les petits risques.

Tableau 24 : nombre de cas par bénéficiaire :

	1969		1973		1974		Indice 1969 = 100		Rapport V.L.P.O. / T.L.P.
	T.L.P.	V.L.P.O.	T.L.P.	V.I.P.O.	T.L.P.	V.I.P.O.	T.L.P.	V.I.P.O.	
kinésithérapie	0,012	0,021	0,061	0,095	0,052	0,074	508(1)	452(1)	142
radiodiagnostic	0,283	0,247	0,417	0,345	0,598	0,445	211	180	74
médecine interne	0,122	0,127	0,194	0,221	{0,261	{0,355	159(1)	174(1)	114(I)
physiothérapie	0,010	0,011	0,022	0,041			220(1)	372(1)	186(1)
biologie clinique	0,917	1,189	1,839	2,454	1,927	2,775	210	233	144
chirurgie (+ anesthésie)	0,099	0,074	0,124	0,088	0,110	0,091	111	123	82
hospitalisation	0,836	2,184	0,840	2,752	0,822	2,958	98	135	360

(1) jusqu'en 1973

Tableau 25 : prix coûtant par bénéficiaire

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Indice</u>	<u>Régime travailleurs Indice 1969/1974</u>
kinésithérapie	0,86	4,18	7,07	822	234
radiodiagnostic	126,35	211,94	261,84	207	199
médecine interne	44,65	84,10		188(1)	176(1)
physiothérapie	0,94	2,55	{ 92,86	271(1)	138(1)
biologie clinique	131,57	298,92	340,04	258	249
chirurgie (+ anesthésie)	104,08	169,45	209,20	201	192
hospitalisation	341,17	648,29	938,09	27"	240

(1) jusqu'en 1973

Par ordre d'importance, la hausse du prix coûtant est, élevée pour la kinésithérapie, physiothérapie, biologie clinique et hospitalisation.

Comparés au régime des travailleurs, les postes kinésithérapie et physiothérapie présentent une plus forte croissance dans le régime des indépendants.

L'augmentation du volume et/ou du prix coûtant influence la croissance des dépenses.

Augmentation de volume ou de prix coûtant : élément principal

	<u>r.I.p.</u>	<u>V.I.P.O.</u>
kinésithérapie	consommation	consommation
radiodiagnostic	consommation	consommation
médecine interne	consommation	consommation
physiothérapie	consommation	consommation
biologie clinique	consommation	consommation
chirurgie (+ anesthésie)	prix coûtant	prix coûtant-consommation
hospitalisation	prix coûtant	prix coûtant-consommation

Pour les maladies sociales (maladies mentales, tuberculose, cancer, poliomyélite, affections et malformations congénitales) les dépenses sont les plus élevées pour les maladies mentales, tout comme dans le régime des travailleurs.

Dans le régime des travailleurs les dépenses sont plus importantes particulièrement pour la tuberculose (trois fois plus).

Contrairement à la prestation médicale, le pourcentage de croissance des coûts est plus parallèle dans les deux régimes.

	<u>1966</u>	<u>1913</u>	<u>1974</u>	Indice 1966 = 100	Indice régime travailleurs
Maladies mentales	67,49 F	163,99 F	203,5 F	301,5	264,2
tuberculose	11,14 F	9,24 F	11,4 F	106,8	85,4
cancer	28,21 F	64,42 F	80,5 F	285,3	295,8
poliomyélite	0,68 F	0,80 F	0,8 F	117,6	83,7
affections et malformations congénitales	5,22 F	16,61 F	20,4 F	390,8	401,6

Le nombre de cas par bénéficiaire indique, comme chez les travailleurs, une baisse de la tuberculose et de la poliomyélite.

	Nombre de jours par bénéficiaire								
	1966			1974			Indice 1966 = 100		
	T.L.P.	V.L.P.O.	Total	T.L.P.	V.L.P.O.	Total	T.L.P.	V.L.P.O.	Total
maladies mentales	0,231	1,305	0,348	0,228	2,715	0,605	98,7	208,0	173,8
tuberculose	0,028	0,075	0,033	0,012	0,034	0,016	42,8	45,3	48,5
cancer	0,036	0,171	0,051	0,038	0,165	0,057	118,7	96,8	111,7
poliomyélite	0,0015	-	0,0014	0,0008	0,0017	0,01	-	-	-
affections et malformations congénitales	0,016	0,003	0,015	0,025	0,008	0,022	156,2	266,6	146,6

L'augmentation la plus importante se remarque parmi les maladies mentales des V.I.P.O.

Comme chez les travailleurs, la hausse des dépenses pour soins de santé dans le régime des indépendants résulte de plusieurs facteurs.

La plupart de ces facteurs sont les mêmes dans les deux régimes. Certains d'entre eux possèdent des caractéristiques spécifiques propres au régime des indépendants.

Premier facteur: l'évolution de nombre de bénéficiaires

Par opposition au régime général, il n'y a pas de croissance du nombre d'indépendants.

Nombre en moyenne (I)

		1966 = 100
1966	1.671.992	100
1967	1.701.843	102
1968	1.690.715	101
1969	1.683.419	101
1970	1.686.161	101
1971	1.658.835	99
1972	1.624.503	97
1973	1.595.279	95
1974	1.597.150	96

(I) les handicapés et communautés religieuses inclus. Ce dernier groupe a influencé les chiffres pour 1969 et 1970.

L'évolution est également différente selon la catégorie de bénéficiaires.

	<u>1969</u>	<u>1972</u>	<u>1974</u>
titulaire d'indemnités primaires	1.463.503	1.380.190	1.316.748
invalides	5.856	9.727	26.196
pensionnés	142.592	144.539	152.535
veuves	50.423	51.666	56.529
handicapés	5.680	13.400	23.392
membres communautés religieuses	15.365	24.981	21.750
	<u>1.683.419</u>	<u>1.624.503</u>	<u>1.597.150</u>

En éliminant les handicapés et les membres de communautés religieuses, l'évolution de la part de chaque groupe en pourcent est la suivante :

	<u>1969</u>	<u>1972</u>	<u>1974</u>
titulaire d'indemnités primaires	88,04	87,02	84,84
invalides	0,35	0,61	1,69
pensionnés	8,58	9,11	9,83
veuves	3,03	3,26	3,64

On constate donc une diminution des T.I.P. tandis que le nombre de non-actifs augmente.

Ce phénomène s'accompagne évidemment d'un vieillissement des bénéficiaires.

Une analyse plus poussée du nombre des T.I.P. entre les bénéficiaires, conjoints, ascendants et descendants amène les conclusions suivantes :

1. dans le régime des indépendants, le nombre des bénéficiaires T.I.P. est inférieur à celui du régime général;
2. par conséquent, la charge financière sera théoriquement (1) plus élevée pour les actifs dans le régime des indépendants;
3. il existe des handicapés, des pensionnés (2) et des veuves dans le régime des indépendants.

(1) en pratique, le risque couvert n'est pas le même

(2) les pensionnés à carrière mixte choisissent le régime général qui couvre les petits risques

4. l'indépendant a en moyenne plus de personnes à charges que le travailleur. Cependant leur nombre diminue parallèlement à la diminution du nombre de bénéficiaires actifs.

Deuxième facteur : l'évolution démographique de la population

Chez les indépendants, la consommation médicale diffère également selon le groupe d'âge.

Ce phénomène explique le volume plus grand des prestations et les dépenses plus élevées pour les pensionnés, les membres de communautés religieuses et les ascendants.

Troisième facteur : la catégorie professionnelle sociale

Le groupe des indépendants est hétérogène.

Il comporte les agriculteurs, les artisans, les commerçants, les professions libérales, etc...

Certains sous-groupes (par exemple les agriculteurs) ont une faible consommation médicale mais fournissent beaucoup d'invalides.

La diminution du nombre d'agriculteurs et l'augmentation du besoin de consommation médicale chez les jeunes agriculteurs influence la consommation globale moyenne des indépendants.

Le groupe des religieux constitue une cause de déficit : les dépenses sont nettement supérieures aux revenus.

Quatrième facteur : comportement des bénéficiaires

Les indépendants ont un autre comportement que les travailleurs.

Avant de s'adresser au médecin, leur décision peut être influencée par deux éléments :

1. la visite médicale et les médicaments sont partiellement ou entièrement à leur charge, selon qu'ils sont assurés ou non (1);
2. leur absence peut, en cas de période de maladie prolongée, causer une perte de revenus dans leur entreprise.

(1) assurance volontaire

Ces deux éléments peuvent les pousser à faire moins vite appel à l'aide médicale.

La consommation médicale des indépendants a tendance à se rapprocher le plus de celle des travailleurs pour les opérations chirurgicales importantes (K 76 et plus) et l'hospitalisation résultant d'affections chirurgicales, en d'autres termes: en cas de nécessité.

Par contre, une hospitalisation pour observation ne se fera, en général, pas si vite chez les indépendants et ne durera pas si longtemps.

Cinquième facteur: l'extension des risques assurés.

Comme il l'a été dit ci-dessus, l'assurance-maladie pour indépendants a été étendue régulièrement à de nouvelles prestations depuis le 1er juillet 1964.

Ces extensions ont influencé les dépenses en 1968, en 1970-1971 et en 1972.

Pour d'autres facteurs comme l'évolution des soins de santé, le mode de vie moderne, les prix et les abus, nous nous référons aux exposés concernant les soins de santé des travailleurs.

C. Régime des soins de santé du personnel de la S.N.C.B.

La caisse de prestations médicales est alimentée pour 52 % par les cotisations. Le reste est supporté par l'Etat, y compris le déficit.

	Recettes.	Dépenses.	Résultat.
1972	1.465.279.314	1.489.001.112	- 23.721.798
1973	1.581.016.002	1.659.492.215	- 78.476.103
1974	1.827.982.423	1.940.142.438	- 112.192.375

Le nombre de bénéficiaires diminue légèrement.

	<u>Nombre de bénéficiaires</u>		
	Total	Nombre de <u>pensionnés</u>	Nombre <u>d'actives</u>
1972	230.091	62.453	56.284
1973	225.206	61.487	55.693
1974	221.515	60.440	56.235

Les dépenses moyennes par bénéficiaire sont plus importantes que dans le régime général.

	<u>Régime S. N. C. B.</u>	<u>Régime général</u>
1972	6.413 fr	5.187 fr
1973	7.385 fr	6.072 fr
1974	8.847 fr	7.235 fr

Le nombre de pensionnés est toutefois plus grand que le nombre d'actives.

Dépenses moyennes par bénéficiaire

	<u>Actives</u>	<u>Pensionnés</u>	<u>Veufes</u>	<u>Conjoints</u>	<u>Ascendants</u>	<u>Descendants</u>
1972	3.897	11.448	11.035	6.572	11.575	3.238
1973	4.640	12.853	13.190	7.309	13.855	3.676
1974	5.162	18.944	14.477	8.546	8.314	3.790

Dépenses moyennes par titulaire

	<u>Actives</u>	<u>Pensionnés P</u>	<u>Pensionnés 100 % (1)</u>
1972	9.879	14.516	14.846
1973	11.103	14.964	19.780
1974	12.536	18.732	21.889

Il ressort des statistiques de la consommation pharmaceutique que les dépenses sont les plus élevées pour les pensionnés qui bénéficient de la gratuité totale.

L'âge et la composition du groupe à 100 % (2) l'expliquent en grande partie.

(1) bénéficient de la gratuité totale.

(2) au 1 janvier	groupe P	groupe 100 %
pensionnés:	22.292	8.068
veuves :	7.609	21.122
âge moyen:	71 ans 6 mois	72 ans 10 mois

Consommation pharmaceutique (par bénéficiaire)

	nombre de prescriptions magistrales				nombre de spécialités			
	actives	famille actives	pensionnés P	pensionnés(1) 100 %	actives	famille actives	pensionnés P	pensionnés(I) 100 %
972	2	2	4	6	10	II	27	30
973	2	2	4	6	10	II	25	33
974	2	2	4	6	10	12	29	33

:1) bénéficiant de la gratuité totale.

Voici maintenant une comparaison des dépenses en régime général et en régime S.N.C.B.

nombre de cas par bénéficiaire (T.I.P.) en 1974	régime général	régime S.N.C.B.	
		P	100% G
consultation médecin généraliste	2,07	2,35	
visite médecin généraliste	1,40	1,50	
consultation médecin spécialiste	1,09	1,02	
préparation magistrale	1,96	1,70	
spécialités	5,14	II,00	
Dépenses par bénéficiaire (T.I.P.)			
kinésithérapie	131 fr	110 fr	
radiodiagnostic	358 fr	331 fr	
biologie clinique	417 fr	463 fr	
chirurgie (+ anesthésie)	246 fr	307 fr	
hospitalisation	1.024 fr	I.118 fr	
Nombre de cas par bénéficiaire (pensionnés) en 1974			
consultation médecin généraliste	2,7	2,5	2,36
visite médecin généraliste	5,2	4,92	7,22
consultation médecin spécialiste	1,4	1,13	0,98
préparation magistrale	7,7	4,4	6,0
spécialités	15,8	28,8	32,7
dépenses par bénéficiaire (pensionnés) en 1974			
kinésithérapie	584 fr	323 fr	558 fr
radiodiagnostic	555 fr	499 fr	506 fr
biologie clinique	899 fr	1.086 fr	1.218 fr
chirurgie (+ anesthésie)	379 fr	378 fr	388 fr
hospitalisation	3.821 fr	4.324 fr	6.554 fr

Dans le régime S.N.C.B., la consommation plus grande de spécialités et les dépenses plus élevées en biologie clinique sont frappantes.

Dans le régime général, par contre, c'est la kinésithérapie.

D. Le régime des indemnités.

I. Pour travailleurs.

Le secteur des indemnités du régime général de l'assurance maladie-invalidité comporte quatre genres d'indemnités :

1. les indemnités d'incapacité primaire pendant la première année d'incapacité ;
2. l'indemnité complémentaire d'incapacité de travail pendant la grossesse ou la période de repos post-natal ;
3. l'indemnité d'invalidité répartie en deux périodes :
 - a) l'ancienne incapacité de travail prolongée (2ème et 3ème année d'incapacité de travail) ;
 - b) l'invalidité (à partir de la 4ème année d'incapacité de travail) ;
4. l'allocation pour frais funéraires.

Les dépenses globales ont augmenté entre 1966 et 1976 de 463 % tandis que les recettes ont augmenté de 455 %.

L'assurance indemnité a régulièrement connu un boni, sauf en 1965 et depuis 1973.

POUR l'année 1968 le mali attendu à l'origine a été évité par une augmentation du taux de cotisation de 0,10 %.

Années	Recettes (en millions de fr.)	Dépenses (en millions de fr.)	Résultat (en millions de fr.)
1958	4.045,5	3.528,9	+ 516,6
1964	6.949,3	6.692,0	+ 257,3
1965	7.655,6	8.074,9	- 419,3
1966	8.732,5	8.708,4	+ 24,1
1967	9.331,4	9.122,4	+ 209,9
1968	10.289,7	10.094,0	+ 195,7
1969	11.465,1	11.357,8	+ 107,3
1970	13.404,0	12.762,4	+ 641,6
1971	15.840,9	15.330,0	+ 510,9
1972	17.911,3	17.828,9	+ 142,4
1973	20.652,9	21.188,1	- 535,2
1974 (I)	25.500,0	25.956,4	- 456,6
1975 (2)	33.908,8	35.052,2	-1144,4
1976 (2)	39.784,3	40.308,4	- 524,1

(I) chiffres provisoires.

(2) chiffres budgétaires.

Les trois dernières années surtout font apparaître un déficit.

Le déficit peut être couvert pour les années 1973 et 1974 par le solde bénéficiaire des années précédentes. Mais pour 1975 cela est déjà moins certain, bien que les prévisions soient moins pessimistes que les chiffres budgétaires (I).

On s'attend à un nouveau déficit en 1976.

Solde bénéficiaire fin 1973	:	+ 1.194,5 millions de fr.
Mali 1974	:	- 275 millions de fr. (1)
Mali 1975	:	- 855 millions de fr. (2)
Mali 1976	:	- 524 millions de fr.
Résultat	:	- 460 millions de fr.

(I) situation au 17 novembre 1975.

(2) le déficit initial de 1.144 millions ne s'élèverait qu'à 855 grâce à l'intervention plus importante de l'Etat pour les chômeurs.

<u>recettes</u>	<u>~é!:.e!!s~</u>	<u>différence</u>
O.N.S.S. - 300 millions	indemnités	+ 325
Etat + 955 millions	repos accouchement	+ 181
O.N.A.F.T.S.+ 181 millions	frais d'administration	+ 41
<u>+ 836 millions</u>		<u>+ 547 + 289</u>

Selon les termes de l'article 40 de la loi sur la maladie et l'invalidité du 9 août 1963, il appartient au comité de gestion du service des indemnités, de faire au Roi les propositions nécessaires en vue du financement du régime en ce qui concerne la partie alimentée par des cotisations.

Lors de la réunion du 11 septembre 1974 le président du comité de gestion a demandé que l'attention des autorités soit attirée sur la situation existante. Ceci a été fait par lettre du 13 septembre 1974 adressée à Monsieur le Ministre de la Prévoyance sociale.

Par sa lettre du 17 octobre 1974, Monsieur le Ministre a demandé au comité de gestion de lui faire parvenir des propositions.

Le service des indemnités de l'I.N.A.M.I. a proposé une série de mesures :

a) en vue de l'augmentation des recettes :

1. suppression de la diminution de 0,10 % de la cotisation des travailleurs. introduite par la loi du 16 juillet 1974 à l'occasion de l'augmentation du salaire plafonné de 19.225 fr. à 33.050 fr. ;
2. rétablissement des montants de la contribution de l'Etat fixés à l'origine par la loi du 9 août 1963 et modifiés par la même loi du 16 juillet 1974 :

	<u>loi 9.8.1963</u>	<u>loi 16.7.1974</u>
incapacité de travail prolongée	50 %	75 %
invalidité	95 %	75 %

b) en vue d'une baisse des dépenses :

1. introduction d'un montant maximum pour les indemnités inférieures au maximum calculé en fonction du salaire plafonné;
2. diminution des frais d'administration des organismes d'assurance;
3. contrôle plus sévère de l'incapacité de travail.

Le comité de gestion du service des indemnités a le 30 octobre 1974, renvoyé l'examen de ces suggestions à un groupe de travail.

Au sein du groupe de travail, l'augmentation du taux des cotisations a été rejetée par les organisations syndicales des travailleurs ; l'augmentation de la contribution d'Etat a été adoptée à l'unanimité ; l'introduction d'un montant maximum a été rejetée à l'unanimité ; pour la baisse des frais d'administration et le contrôle de l'incapacité de travail, une étude complémentaire a été estimée nécessaire.

Dans une lettre du 23 septembre 1974 adressée à Monsieur le Ministre de la Prévoyance sociale, le président du comité de gestion constatait "Ainsi que vous le constatez aucune solution positive immédiate n'a recueilli une adhésion unanime... J'aimerais connaître votre sentiment sur les solutions évoquées et le Comité accueillerait volontiers toute suggestion de votre part" •

Depuis le début de 1975, trois groupes de travail examinent respectivement les problèmes du contrôle de l'incapacité de travail, de l'incapacité de travail partielle et des frais d'administration.

Le Ministre de la Prévoyance sociale par lettre du 13 mai 1975 mettait l'accent sur la nécessité de propositions concrètes.

Fin 1975, rien n'était encore fait.

Les causes du déficit dans la branche des indemnités sont les suivantes :

1. la hausse du risque d'incapacité de travail :

- 4 % par an pour l'incapacité primaire ;
- 3 % par an pour l'invalidité.

Ce risque est influencé par

- a) l'âge moyen des travailleurs: de 1958 à 1964, celui-ci a augmenté pour les ouvriers; de 1964 à 1974, il a cependant baissé pour tous les travailleurs, excepté les ouvriers mineurs ;
- b) la composition du nombre de titulaires d'indemnités : les femmes et les employés augmentent le plus en nombre.

Comme il apparaîtra plus tard, le risque de maladie est le plus important chez les femmes.

Le risque d'invalidité est plus grand chez les hommes que chez les femmes, plus grand aussi chez les ouvriers que chez les employés ;

2. l'accroissement du nombre de personnes assurées ;

3. l'augmentation du montant des indemnités accordées (évolution des salaires et des prix à la consommation, liaison au bien-être, relèvement du pourcentage du salaire plafonné et des indemnités) ;

4. la tendance croissante du nombre de journées de maladies, en particulier des travailleuses;
5. le contrôle défectueux de l'incapacité. Chez certains organismes d'assurance et dans certaines régions la durée moyenne de maladie p. ex. est beaucoup plus élevée;
6. congés de maladie anormaux non susceptibles de contrôle.

Ainsi, on a constaté en 1974 que les ouvriers mineurs de nationalité étrangère retournant dans leur pays pour les vacances, prolongaient ces vacances pour cause de "maladie".

Pour certaines nationalités, les pourcentages de malades atteignaient 44,5, 39,5 et 36,2 % du nombre de mineurs partant en vacances, avec des variantes encore plus élevées par région (parfois jusqu'à 76,69 %).

Si l'on compare les revenus du régime des ouvriers, ouvriers mineurs et employés aux dépenses il apparaît que les régimes ouvriers et ouvriers mineurs sont déficitaires et que le régime employés présente un boni.

	ouvriers	indice	ouvriers mineurs	indice	employés	indice
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1969	- 827,5	100	- 226,5	100	+1.161,4	100
1973	- 2.693,5	325	- 272,2	120	+ 2.439,8	210

§ 1. Les indemnités d'incapacité primaire.

Les indemnités d'incapacité primaire sont accordées durant la première année d'incapacité de travail.

Pendant la période de repos post-natal, les femmes bénéficient aussi des indemnités primaires.

Les ouvriers mineurs n'en bénéficient que pendant les six premiers mois d'incapacité de travail si, par après, ils peuvent prétendre à une pension d'invalidité.

Le montant des "indemnités d'incapacité primaire" s'élève à 60 % du salaire plafonné pris en considération pour les retenues destinées au secteur des indemnités.

Les dépenses pour les indemnités primaires ont augmenté entre 1964 et 1976 de 534 % (voir tableau 26) :

Tableau 26

en millions de fr.

1958	1.861,3
1964	3.196,6
1965	3.899,8
1966	3.901,6
1967	3.919,9
1968	4.237,5
1969	4.810,6
1970	5.524,3
1971	6.768,8
1972	7.699,5
1973	9.085,6
1974 (1)	10.888,7
1975 (2)	15.173,4
1976 (2)	17.086,7

(1) chiffres provisoires.

(2) budget.

Elles sont influencées par :

1. Le nombre de titulaires d'indemnité et leur âge moyen :

	<u>titulaires d'indemnité</u>	<u>âge moyen</u>	
		hommes	femmes
1958	2.058.178	36,1	32,7
1964	2.156.214	38,5	32,2
1974	2.553.506	37,3	31,7

La composition du groupe de titulaires d'indemnité a changé également.

De 1958 à 1974 le nombre a augmenté de :

8,0 % pour les ouvriers
 33,1 % pour les ouvrières
 70,5 % pour les employés
 137,6 % pour les employées

2. le nombre de journées de maladie :

	<u>hommes</u>	<u>femmes</u>
1964	385.223	172.616
1974	439.335	262.808

3. l'évolution des salaires: l'indemnité primaire s'élève à 60 % du salaire quotidien. L'augmentation annuelle du salaire soit à la suite de l'augmentation du salaire brut, soit à la suite d'adaptations à l'index, influence le montant.

indemnité journalière moyenne.

	<u>ouvriers</u>		<u>employés</u>		<u>mineurs</u>
	<u>hommes</u>	<u>fenunes</u>	<u>hommes</u>	<u>fenunes</u>	<u>hommes</u>
1958	116,39	75,81	124,86	100,94	133,83
1964	162,29	116,16	162,60	136,85	166,71
1974	402,81	308,12	408,25	349,11	371,22

4. Le relèvement du plafond salarial à la suite d'adaptation à l'index ou d'augmentation, exerce aussi une influence.

Le montant maximum au 1 janvier 1964 était de 201,60 fr pour atteindre 985 fr, au 1 octobre 1975.

L'augmentation des dépenses constatée n'est pas répartie uniformément entre les ouvriers, ouvrières, employés et mineurs.

Lorsqu'on examine la croissance annuelle des dépenses en pourcentages selon les différentes catégories de travailleurs entre 1966 et 1974, dernières données disponibles, on constate les tendances suivantes (voir tableau 27) :

<u>Tableau 27</u>	<u>Ouvriers</u>		<u>Employés</u>		<u>Mineurs</u>	
	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
1967 - 1966	103,68	107,95	111,54	119,64	90,62	73,99
1968 - 1967	104,50	109,93	106,14	117,66	100,45	88,11
1969 - 1968	104,35	113,80	107,72	116,72	99,60	136,10
1970 - 1969	118,32	125,10	116,14	121,71	98,06	79,56
1971 - 1970	112,67	110,24	121,94	133,84	113,95	77,57
1972 - 1971	124,26	121,68	126,23	128,13	117,42	135,13
1973 - 1972	107,63	119,37	106,97	119,18	90,30	98,56
1974 - 1973	119,21	123,97	121,00	124,00	107,35	77,31

La tendance à la hausse est la plus importante chez les travailleuses, en particulier chez les employées.

Pour mieux situer ce phénomène, il est nécessaire d'observer le nombre de journées d'indemnité primaire par bénéficiaire (tableau 28), ce qui permet d'éliminer l'augmentation du nombre des bénéficiaires et la croissance éventuellement élevée des salaires des femmes.

Tableau 28 : évolution chiffre de maladie
(journées de maladie par rapport aux journées de travail) (I)

ANNEE	OUVRIERS		EMPLOYES	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1964	2,813	4,761	0,649	1,452
1965	3,709	5,826	0,838	1,752
1966	3,425	5,420	0,786	1,699
1967	3,359	5,403	0,831	1,839
1968	3,350	5,549	0,825	1,975
1969	3,317	5,836	0,813	2,010
1970	3,653	6,613	0,807	1,975
1971	3,464	6,518	0,765	2,128
1972	3,917	6,658	0,848	2,362
1973	3,794	6,707	0,923	2,260
1974	3,880	6,863	0,825	2,349

(I) voir D. Van de Waeter :

Inf. INAMI 1973, p. 359.

Ce tableau fait apparaître de nouveau un plus grand nombre de journées de maladie chez les titulaires féminins d'indemnité.

Le chiffre de maladie augmente selon le groupe d'âge excepté pour les femmes où ce chiffre diminue après le groupe de 25-29 ans pour à nouveau remonter à partir du groupe de 45-49 ans.

Le nombre de journées d'indemnité par titulaire d'indemnité est aussi plus élevé chez les femmes (voir tableau 29).

Tableau 29 : chiffres de maladie.

	OUVRIERS		EMPLOYES		MINEURS
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes + Femmes
1966	10,017	15,747	2,494	5,416	21,050
1967	10,032	15,921	2,593	5,797	21,780
1968	10,000	16,535	2,579	6,284	23,168
1969	9,939	17,593	2,598	6,600	24,446
1970	10,813	19,590	2,702	6,833	23,418
1971	10,229	18,483	2,539	7,308	24,330
1972	11,534	19,586	2,787	7,922	30,563
1973	11,204	20,035	2,642	7,705	26,797
1974	11,421	20,446	2,701	7,842	28,293

L'évolution du chiffre de maladie permet de faire les constatations suivantes:

1. le chiffre de maladie des ouvriers et des employés masculins demeure relativement constant;
2. celui des ouvriers mineurs et des femmes est en hausse;
3. le chiffre inférieur de maladie chez les employés découle du fait que l'employeur paie un salaire mensuel garanti à l'employé avec contrat de durée illimitée ou de durée limitée de trois mois et plus.

La durée moyenne de maladie des employés est cependant plus élevée en ce qui concerne les cas indemnisés (tableau JO).

(1) Les incapacités de travail en dessous de 30 jours sont inconnues.

Tableau 30 : durée moyenne de maladie.

ANNEE	OUVRIERS (1)		EMPLOYES (2)		MINEURS (1)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Honnnes	Femmes
1964	29,83	33,06	59,43	51,67	35,56	38,79
1965	31,88	33,19	47,55	45,47	41,22	49,28
1966	34,65	37,42	61,36	52,09	43,51	51,91
1967	37,64	41,07	64,58	53,34	48,36	52,16
1968	35,06	39,25	64,35	56,84	47,74	56,09
1969	32,54	38,23	63,59	56,69	46,74	63,22
1970	34,15	41,44	64,20	56,48	48,92	57,40
1971	35,30	42,54	59,77	55,78	49,24	49,44
1972	38,54	45,06	63,05	57,49	52,26	62,34
1973	34,42	42,08	60,46	56,60	48,01	52,85
1974 (3)	35,04	42,97	61,88	57,03	44,63	44,59

(1) périodes en dessous de 8 jours non-incluses (salaire hebdomadaire garanti).

(2) période de maladie au dessous de 8 ou 31 jours non-incluse (salaire hebdomadaire ou mensuel garanti).

(3) provisoire.

4. chez les femmes. le chiffre de maladie est influencé par le repos post-natal.

Pourtant la natalité a baissé de 15.76 pour mille à 13.27 entre 1966 et 1973, ce qui représente une diminution de 16 %.

D'autre part, le repos post-natal a été porté de 6 à 8 semaines (1) à partir du 1 janvier 1968 et les femmes semblent de plus en plus profiter de leur repos prénatal.

Cette modification de loi aurait entraîné 400.000 journées d'indemnité supplémentaires;

5. certaines années (p. ex. 1965, 1969 - 70, 1973) ont été influencées par les épidémies de grippe. La brève durée de la maladie n'influence pas les employés qui bénéficient d'un salaire mensuel garanti. Chez les ouvriers et ouvrières, cette épidémie explique l'augmentation du chiffre de maladie en 1970;
6. le chiffre de maladie supérieur chez les ouvrières peut être expliqué partiellement par la plus longue carrière des ouvrières et un âge moyen supérieur à celui des employées. Age moyen:

ouvrières: 32.3 ans.

employées: 31,0 ans.

7. selon certains, la conjoncture jouerait un rôle. En période de haute conjoncture les travailleurs n'auraient pas de scrupules à s'absenter.

On reviendra plus tard sur cette hypothèse conjoncturelle.

8. les conditions de travail (moins de joie au travail, monotonie, manque de rapport sociaux, surmenage, etc...) ont aussi des répercussions.

§ 2. Indemnité complémentaire en cas de repos post-natal.

Depuis le 1 juillet 1971, en cas de repos de grossesse, les femmes bénéficient à côté de l'indemnité normale pour cause d'incapacité de travail, 19,5 % de la rémunération perdue comme indemnité complémentaire (2) pendant les 30 jours suivant l'accouchement et après déduction du salaire hebdomadaire ou mensuel garanti perçu pour cette période soit avant ou après l'accouchement.

(1) Loi du 27 décembre 1967.

(2) à l'origine 15 % fixé par l'art. 225 de l'A. R. du 4 novembre 1963. Augmenté par l'A. R. du 2 juillet 1973 à partir du 1 juillet 1973.

Cet avantage est aussi accordé aux femmes qui se trouvent en état d'invalidité.

A partir du 1 juillet 1975 et à la suite d'un accord inter-professionnel du 10 février 1975; il est accordé aux travailleuses pendant quatorze semaines, 79,5 % du salaire plafonné.

La dépense supplémentaire est à charge de l'O. N. A. F. T. S. (1).

Les dépenses sont à charge du secteur indemnités (voir tableau 3I).

Tableau 3I :

	<u>Journées indemnisées</u>	<u>Montants en fr.</u>
1971	173.931	9.116.367
1972	458.473	26.868.107
1973	481.554	36.152.301
1974	508.426	51.986.573
1975 (1)	466.084	55.800.000 + 181.000.000 (2)
1976 (2)	-	492.800.000

(1) budget.

(2) accord interprofessionnel du 10 février 1975.

§ 5. Indemnités d'invalidité :

Après une année d'incapacité primaire, le titulaire d'indemnités bénéficie d'indemnités d'invalidité.

Cette indemnité représente 65 ~ (2) du salaire pour le titulaire avec charge de famille et 43,5 ~ (2) pour les autres.

Une indemnité minimum est prévue également.

Chaque adaptation des salaires et du plafond salarial a un effet retardé sur les indemnités d'invalidité.

(1) loi portant l'insertion de l'art. 107 bis dans la loi d'allocations familiales des travailleurs.

(2) Augmenté depuis le 1 juillet 1973 par A.R. du 26 juin 1973.

Voir l'art. 226 de l'A. R. de novembre 1963.

Avant respectivement 60 et 40 ~.

En ce qui concerne la répercussion du plafond salarial (I), une distinction à faire fait entre les invalides d'avant le 2 avril 1964 et ceux d'après le 2 avril 1964, ce qui entraîne deux sortes d'indemnités maximum (I).

Finalement il existe diverses catégories d'invalides selon le moment où a pris naissance l'invalidité.

Comme groupes importants, on peut citer :

- a) les invalides dont l'incapacité a commencé avant le 31 décembre 1962;
- b) les invalides dont l'incapacité a commencé entre le 1 janvier 1963 et le 2 avril 1964;
- c) les invalides dont l'incapacité a commencé le 2 avril 1964;
- d) les invalides dont l'incapacité a commencé le 1 octobre 1974;
- e) les invalides dont l'incapacité débutera dans le courant de chacune des années à venir.

Les dépenses d'indemnité d'invalidité ont augmenté de 726 ~ entre 1964 et 1976 (voir tableau 32), donc considérablement plus que les indemnités primaires (534 ~).

Tableau 32 : indemnité d'invalidité (en millions de fr.)

	Incapacité prolongée (2ème et 3ème année) (1)	Indemnité d'invalidité (à partir de la 4ème année)
1958	447,3	794,5
1964	1.012,3	1.562,6
1965	1.272,0	1.826,6
1966	1.532,4	2.227,4
1967	1.648,1	2.471,7
1968	1.693,4	2.975,2
1969	1.820,2	3.412,8
1970	1.952,4	3.798,6
1971	2.377,4	4.420,6
1972	2.940,0	5.154,6
1973	3.555,3	6.106,3
1974	12.274,2	
1975	16.245,6 (2)	
1976	18.692,1 (2)	

(1) depuis le 1 janvier 1970 : indemnité d'invalidité (2ème et 3ème année).
(2) budget.

(1) voir l'art. 227 bis de l'A. R. du 4 novembre 1963, inséré dans l'A. R. du 6 juillet 1971.

Comme pour les indénités primaires, l'augmentation est influencée par les salaires, le salaire plafonné, le montant accordé et, depuis le 1er janvier 1975, par le coefficient de réévaluation (liaison au bien-être)

En outre, le nombre de journées d'invalidité (voir tableau 33) tout comme le nombre d'invalides (voir tableau 34) augmente.

Tableau 33 : nombre de journées d'invalidité

Année	Invalidité - 1ère période	Invalidité - 2ème période
1958	4.960.176	9.419.694
1964	8.036.451	12.799.498
1965	8.624.382	13.660.036
1966	9.352.684	14.633.744
1967	9.506.280	15.627.583
1968	9.128.535	16.688.762
1969	8.892.274	17.407.048
1970	9.376.874	18.032.344
1971	9.944.443	18.646.932
1972	10.686.007	19.478.225
1973	11.291.239	20.717.813

Tableau 34 : nombre d'invalides au 30 juin.

ANNEE	OUVRIERS			EMPLOYES			MINEURS			TOTAL		
	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total
1958	35.751	9.191	44.942	2.820	1.687	4.507	3.045	102	3.147	41.616	10.980	52.596
1964	45.007	12.782	57.789	2.919	2.093	5.012	2.972	79	3.051	50.898	14.954	65.852
1968	56.049	15.023	71.072	4.029	2.973	7.002	3.309	73	3.382	63.387	18.069	81.456
1972	66.657	20.552	87.209	5.377	4.531	9.908	3.034	60	3.144	75.118	25.143	100.261
1973	69.450	22.957	92.407	5.815	5.394	11.209	2.990	55	3.045	78.255	28.406	106.661
1974	71.173	23.985	95.158	6.146	5.712	11.858	3.115	51	3.166	80.434	29.748	110.182

Si l'on compare avec l'année précédente, on constate que le nombre de journées d'invalidité augmente généralement plus chez les employés que chez les ouvriers et plus chez les femmes que chez les hommes.

L'âge est la cause principale de l'augmentation du nombre de invalides.

Le nombre d'invalides augmente selon l'âge, plus fortement chez les femmes que chez les hommes (voir tableau 35).

Le risque d'invalidité est plus bas chez les femmes dans le groupe d'âge de moins de 20 ans.

Après, il évolue comme suit :

Pour un homme invalide sur 1.000 titulaires d'indemnité,
il y a :

	<u>1973</u>	<u>1974</u>
20-24 ans	1,4 femmes	1,4 femmes
25-29 ans	2,0 "	2,1 "
30-34 ans	2,4 "	2,3 "
35-39 ans	2,0 "	2,1 "
40-44 ans	1,8 "	1,8 "
45-49 ans	1,8 "	1,8 "
50-54 ans	1,6 "	1,6 "
55-59 ans	1,6 "	1,6 "

Cela signifie que le vieillissement de la population active (I) et la croissance de l'emploi des femmes constituent une hausse importante du risque d'invalidité et donc une majoration des dépenses.

L'âge moyen des invalides était :

	<u>hommes</u>	<u>femmes</u>
en 1958	49,1 ans	45,2 ans
en 1973	54,6 ans	47,3 ans
en 1974	54,4 ans	46,9 ans

L'augmentation de l'âge moyen des invalides aggrave encore une fois le risque.

(I) L'âge moyen des ayant droits aux indemnités a évolué comme suit :

	<u>hommes</u>	<u>femmes</u>
en 1958	36,1 ans	32,7 ans
en 1973	37,5 ans	31,7 ans
en 1974	37,3 ans	31,7 ans

Tableau 35 : nombre d'invalides au 30 juin, par 1.000 titulaires d'indemnité.

groupe d'âge	Hommes				Femmes			
	1966	1970	1973	1974	1966	1970	1973	1974
- 20 ans	0,67	0,64	0,82	0,65	0,56	0,38	0,49	0,41
20-24 ans	1,79	2,37	2,74	2,64	3,02	3,14	3,81	3,64
25-29 ans	3,66	3,95	5,53	5,53	9,31	9,06	11,16	11,58
30-34 ans	6,76	8,13	9,21	9,20	16,57	18,22	21,94	21,23
35-39 ans	12,38	13,92	15,92	16,44	26,05	27,34	32,95	34,44
40-44 ans	21,39	23,61	27,74	28,48	39,86	44,94	49,70	51,09
45-49 ans	25,04	38,92	46,25	47,02	55,84	70,52	82,09	85,81
50-54 ans	51,78	56,84	75,63	81,99	89,84	98,16	125,43	131,75
55-59 ans	94,61	114,51	116,83	119,90	158,63	181,37	193,15	191,69
60-64 ans	185,80	212,77	240,67	248,90	71,49	70,37	148,79 (1)	108,21
65 ans et +	158,05	160,00	224,37	232,82	-	3,52	10,68 (1)	13,33
TOTAL	35,25	39,54	43,62	44,14	27,85	30,19	35,04 (1)	35,23

Une analyse selon le sexe et la qualification ouvrier ou employé indique, par millier de titulaires, une plus grande fréquence chez les ouvriers (x 4,5) que chez les employés, chez les ouvrières (x 3,3) que chez les employées et chez les hommes que chez les femmes.

Dans le groupe des mineurs, la croissance du nombre d'invalides est la plus forte.

Le nombre d'invalides par 1.000 titulaires d'indemnité, a évolué comme suit sur 15 ans :

	1958	1973	1958 = 100
ouvriers	30,88	54,69	177
ouvrières	26,71	50,19	188
employés	9,68	12,09	125
employées	10,76	15,29	142
mineurs	19,14	68,96	360

Selon les groupes d'affections, la tendance croissante est générale, sauf dans les groupes I (tuberculose) et VIII (maladies respiratoires).

(1) Les chiffres favorables pour les femmes dans ce groupe d'âge sont atteints par le fait de la cise à la retraite de la plupart des travailleuses à l'âge de 60 ans.

Les catégories qui se sont relativement le plus développées sont : les malformations congénitales (XIV), affections psychiques (V), maladies hormonales et de nutrition (III), affections rhumatismales et orthopédiques (XIII), maladies de la peau (XII) et les tumeurs (II) (voir tableau 36).

Tableau 36.

Catégories d'affections (I)	Nombre d'invalides au			
	31.12.66	31.12.73	31.12.74	1966 = 100
I Maladies contagieuses et parasitaires	7.859	6.040	5.826	74
II Tumeurs	2.628	3.748	3.677	140
III Maladies allergiques, hormonales et de nutrition	1.771	3.250	3.403	192
IV Maladies des organes sangui-formateurs	250	277	293	117
V Dérangements mentaux et psychonévroses	7.420	15.300	17.036	229
VI Maladies du système nerveux	8.918	10.674	10.718	120
VII Maladies des organes de la circulation	19.672	23.329	23.156	118
VIII Maladies des voies respiratoires	15.111	14.530	14.351	95
IX Maladie du système digestif	3.442	4.255	4.653	135
X Maladies des organes génitaux et des voies urinaires	1.497	1.714	1.795	120
XI Complications causées par grossesses et accouchements	148	173	217	146
XII Dermatoses	265	397	436	164
XIII Affections de la charpente osseuse et des organes moteurs	10.936	18.331	19.641	179
XIV Malformations congénitales	205	514	553	270
XV Maladies du plus jeune âge	7	5	6	86
XVI Symptômes, marasme et certaines situations indéfinies sans diagnostic reentionné	313	810	1.046	343
XVII Accidents, empoisonnements et violences	3.355	4.835	5.099	152
TOTAUX	83.797	108.182	111.906	133,5

(I) Classification recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Un dédoublement plus poussé du nombre d'invalides par région montre dans trois provinces (Hainaut, Namur et Luxembourg) un nombre d'invalides nettement supérieur à la moyenne du pays, tandis que ce nombre est considérablement plus bas dans les provinces d'Anvers et du Limbourg.

Parmi les organismes d'assurance, la C.A.X.A.M.I. compte le pourcentage le plus élevé d'invalidité (voir tableau 37).

Tableau 37 : pourcentage d'invalidité au 30 juin 1973 par organisme assureur (par 1.000 assurés).

	<u>F.M.C.</u>	<u>F.L.t.N.</u>	<u>F.t.S.</u>	<u>F.n.L.</u>	<u>F.LP.</u>	<u>C.A.X.A.H. L</u>	<u>TOTAL</u>
ouvriers	48,44	59,34	60,24	63,11	50,42	85,99	54,70
ouvrières	41,11	65,71	58,20	47,85	47,44	57,97	50,22
employés	10,79	12,66	15,54	13,69	10,10	20,20	12,09
employées	12,14	16,92	19,61	13,28	16,18	14,26	15,29
ouvriers mineurs	51,31	100,71	75,00	109,62	58,85	115,15	68,96

Selon la C.A.X.A.M.I., cette situation serait due à deux facteurs :

1. les mutualités peuvent refuser l'inscription de certains titulaires, la C.A.X.A.M.I. n'est pas autorisée à le faire (1). Rien n'indique que cette possibilité existe en pratique ;
2. le grand nombre d'étrangers inscrits à la C.A.X.A.M.I. dont la morbidité est vraisemblablement plus élevée.

En considérant le même groupe d'âge, on constate des différences encore plus importantes selon les organismes assureurs.

Exemple :

I) Employées entre 35-39 ans :

A.M.C.	15,73	invalides par 1.000 titulaires d'indemnité
C.t.N.	11,73	
U.lof.S.	21,91	
L.F.L.	17,04	
C.U.P.	10,06	
<u>C.A.X.A.M.I.</u>	22,22	
TOTAL	15,95	

(1) Art. 169 de l'A.R. du 4 novembre 1963.

2) ouvrières entre 35-39 ans

A.M.C.	45,42
U.Ø.N.	48,5\
U.M.S.	45,80
L.M.L.	38,3\
U.H.P.	36,76
<u>C.A.X.A.M.I.</u>	42,08
TOTAL	44,80

Les organismes d'assurance suivants ont un nombre moyen d'invalides supérieur à la moyenne générale par millier de titulaires d'indemnité.

Nombre de groupes d'âge avec un total plus élevé d'invalides :

	ouvriers (sur 10 groupes d'âge)	ouvrières (sur 9 groupes d'âge)	employés (sur 10 groupes d'âge)	employées (sur 8 groupes d'âge)
A.M.C.	0	1	3	3
U.M.N.	8	8	5	3
U.~.S.	8	8	9	8
L.M.L.	5	3	8	2
C.~.P.	4	2	2	\
C.A.X.A.Øfi.	10	7	7	3

Puisque les facteurs, tels l'âge et le sexe, ont été éliminés, les causes peuvent être uniquement recherchées dans :

1. lieu d'habitation (milieu urbain ou rural) ;
2. la profession ;
3. le contrôle médical insuffisant.

Les statistiques ne permettent pas de distinguer l'influence de chacune de ces causes possibles.

§ 4. Allocations pour frais funéraires.

En cas de décès d'un titulaire, sauf s'il s'agit d'un veuve ou d'un orphelin, une allocation pour frais funéraires est accordée aux bénéficiaires.

A l'origine, le montant correspondait à 30 x le maximum de l'indemnité journalière primaire. Par l'arrêté royal du 7 juillet 1974 ce montant a été fixé à 10.702 F à l'indice 114,2 (I).

Il est passé de 6 480 F au 1er janvier 1966 à 14 692 F au 1er janvier 1975 pour atteindre 16 221 F au 1er décembre 1975.

Les dépenses (voir tableau 38) sont fonction du nombre de cas (voir tableau 39) et du montant accordé.

Tableau 38 : allocation pour frais funéraires.
Dépenses (en millions de F)

<u>Années</u>	<u>Dépenses</u>
1958	64,4
1964	172,7
1965	222,4
1966	245,9
1967	258,9
1968	289,9
1969	302,0
1970	371,6
1971	463,6
1972	497,8
1973	542,8
1974 (I)	696,2
1975 (2)	743,8
1976 (2)	802,3

(I) chiffres provisoires

(2) chiffres budgétaires

Tableau 39 : allocation pour frais funéraires.
Nombre de cas

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Total</u>
1966	32.483	4.889	37.372
1967	33.020	5.247	38.267
1968	35.850	5.769	41.619
1969	35.609	6.373	41.982
1970	37.286	6.873	44.159
1971	37.504	7.194	44.698
1972	36.878	7.730	44.608
1973	38.151	8.066	46.217
1974	(I)	(I)	45.810

(J) Pas encore disponible

(I) Art. 238 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963.

II. Pour les indépendants

Depuis le 1er juillet 1971 (1) les indépendants bénéficient d'indemnités d'incapacité de travail.

Les indemnités primaires sont accordées entre le quatrième et le douzième mois (2) de l'incapacité, l'indemnité d'invalidité à partir de la deuxième année d'incapacité.

Le régime présente un léger déficit :

	<u>Recettes</u>	<u>Dépenses</u>	<u>(en millions de F)</u>
1971	117,7	12,3	+ 105,4
1972	540,6	561,0	- 20,4
1973	718,2	779,2	- 61,0
1974 (1)	1.183,4	1.251,5	- 68,1
1975 (2)	1.682,5	1.705,1	- 22,6
1976 (2)	1.842,3	1.843,4	- 1,1

(1) chiffres provisoires

(2) budget

Comme pour les travailleurs, les dépenses sont influencées par :

1. Le nombre d'indépendants

Ce nombre présente une courbe descendante en ce qui concerne le total et les indépendants masculins, par contre, pour les indépendants féminins, il présente une courbe ascendante.

	<u>1971</u>	<u>1974</u>
hommes	456.696	428.885
femmes	95.589	104.806
total	552.285	533.691

2. Le nombre d'indépendants âgés de 65 ans et plus

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
en 1973	44,88	43,38
en 1974	44,74	42,70

Si l'on compare avec les travailleurs (hommes 37,3, femmes 31,7), cet âge moyen est beaucoup plus élevé, ce qui provoque déjà un risque de morbidité plus grand.

(1) A.R. du 20 juillet 1971, A.R. mod. du 28 décembre 1971, A.R. du 16 janvier 1974 et l'A.R. du 3 février 1975.

(2) depuis le 1er janvier 1975, antérieurement à partir du 7ème mois.

L'âge moyen des indépendants invalides est aussi considérablement plus élevé :

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
Indépendants	57,78	57,36
Travailleurs	54,6	47,3

Le nombre d'invalides augmente rapidement.

Nombre d'invalides :

	Indice		Indice		Total
	Hommes	1972 = 100	Femmes	1972 = 100	
1972	6.321		899		7.220
1973	8.695		1.378		10.073
1974	9.880		1.765		11.645
1975 (30.6)	10.276	162	2.013	224	12.289

Nombre d'invalides par 1 000 titulaires d'indemnités :

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Total</u>
1972	14,07	9,50	13,27
1973	19,98	14,40	18,98
1974	23,04	16,84	21,82

La croissance du nombre de femmes invalides est remarquable. Il est intéressant de constater également que le groupe des agriculteurs donne un tiers des invalides alors qu'ils ne représentent que 17 % des titulaires.

3. Nombre de journées indemnisées

Nombre de journées indemnisées

Incapacité
primaire

1972	587.032	88.152	675.184
1973	544.935	113.630	658.565
1974	672.140	147.423	819.563

Invalidité

Invalidité (2ème et 3ème année)	1972	779.414	110.791	890.205
	1973	1.587.440	250.771	1.838.211
Invalidité (4ème année)	1972	560.507	78.430	638.937
	1973	698.726	107.102	805.828

Nombre de cas de maladie dans l'incapacité primaire.

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Total</u>
1972	4.883	744	5.627
1973	4.603	987	5.590
1974	5.538	1.219	6.757

4. l'évolution du montant accordé

	<u>INCAPACITE PRIMAIRE</u>		<u>INVALIDITE</u>	
	<u>Avec membre de famille</u>	<u>Sans membre de famille</u>	<u>Avec membre de famille</u>	<u>Sans membre de famille</u>
1.7.71	160	130	220	175
1.1.74	225,39	183,05	258,14	205,34
I. I. 75	284,66	231,30	310,97	248,78
1.4.75	296,15	240,64	323,52	258,82
	+ 185 %	+ 131 %	+ 147 %	+ 148 %

5. ! ~ ~ ! E ~ ~ ! ! ~ ~ ~ ! _ £ 2 ~ ~ ! ~ ! 2 ~ ! _ ~ ~ 2 £ ~ ~ !

C'est ainsi que le droit à l'indemnité d'incapacité primaire accordé à partir du quatrième mois, l'est à partir du 7ème mois, depuis le 1er janvier 1975.

x

x x

Une comparaison des affections dont souffrent les travailleurs et les indépendants invalides fait apparaître certaines différences (1) (voir tableau 40).

Moins d'affections dues aux dérangements mentaux et psychonévroses, mais plus d'affections dues aux maladies du système nerveux et des organes de la circulation.

Des différences sont encore observées parmi les indépendants eux-mêmes, par exemple, entre les commerçants et les agriculteurs.

Le premier groupe souffre presque deux fois plus du diabète, le second souffre plus de bronchite et d'arthrose.

Le régime assurance indemnité des indépendants est trop récent pour en tirer des conclusions plus approfondies.

(1) Dr. L. Lebeer : L'invalidité des travailleurs indépendants. Bull. Inf. I.N.A.M.I. 1974, pages 5 à 10.

Tableau 40 : nombre d'invalides par catégorie de maladie

Catégorie de maladie	Nombre		Par 1 000 titulaires d'indemnités		Indice 1972 = 100
	1972	1974	1972	1974	
I	290	400	0,53	0,74	139
2	63	549	0,67	1,01	151
3	227	432	0,42	0,79	188
4	15	24	0,03	0,04	133
5	698	1.154	1,28	2,12	165
6	1.167	1.535	2,15	2,82	131
7	2.046	3.378	3,76	6,21	165
8	824	1.303	1,51	2,40	159
9	190	365	0,35	0,67	191
10	62	128	0,11	0,24	218
II	1	2	0,00	0,00	-
12	8	15	0,02	0,03	150
13	974	1.710	1,79	3,14	175
14	39	54	0,07	0,10	143
15	2	4	0,00	0,01	-
16	26	40	0,05	0,07	140
17	288	552	0,53	0,01	190
Total	7.220	11.645	13,27	21,41	161

E. Régime particulier des gens de mers

I. Indemnités

Le concept "incapacité de travail" suppose normalement, comme dans le régime général, l'arrêt de tout travail professionnel, et :

- soit une diminution jusqu'à 1/3 ou moins du pouvoir économique de gagner;
- soit un séjour dans une institution hospitalière;
- soit, le refus de s'inscrire sur le rôle de l'équipage de l'assuré à cause du danger pour sa propre santé ou celle de l'équipage.

Les principales différences avec le régime général sont les suivantes :

Régime général

Gens de mer

1. !~2~~!!~_EE!~~iE~

(A.M. 21/II/1975
M.B. 27/III/1975).

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 60 % de la rémunération perdue | - 60 % des catégories salariales pour les personnes avec charge de famille et les personnes seules en-dehors d'une institution hospitalière |
| | - 40 % pour les personnes seules dans une institution hospitalière |
| | - 100% pendant 72 jours ouvrables au maximum en cas de débarquement à l'étranger. |

2. !!!y~li!UE~

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - 65 % de la rémunération perdue pour les personnes avec charge de famille | - 65 % des catégories salariales pour les personnes avec charge de famille et les personnes seules en-dehors d'une institution hospitalière |
| - 43.5 % pour les personnes seules | - 43,5 % pour les personnes seules dans une institution hospitalière. |

3. ~!!2£!!2!!fr!!!!!:lné!!ir~!

16.221 F au 1er décembre 1975; 15.660 F au 1er décembre 1975 (1)

Ensuite il faut mentionner les dispositions divergentes générales :

1. Le régime des gens de mer ne connaît pas de stage;
2. Le régime des gens de mer ne connaît pas de cotisations minimales;
3. La période d'immunité (c'est-à-dire la période maximale de suspension de la période d'assurance) s'élève à 15 jours calendrier (jours ouvrables ou non) pendant lesquels l'assuré garde son droit aux indemnités d'incapacité (ainsi que celui aux prestations de soins, même si l'assuré tombe malade endéans cette période.

Il ressort des comptes annuels de C.S.P. pour 1973 et 1974, que le Fonds de maladie connaît les déficits suivants en ce qui concerne les rubriques "indemnités" et "indivisé" :

<u>Fonds de maladie</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>
indemnité	- 2.232.561	- 4.138.394
indivisé	- 1.323.024	- 618.750
	- 3.555.585	- 4.757.144

(1) Montant de base 10.333 F à l'indice 114,2

II. Soins de santé

A l'exception de quelques points de détail, le régime est pareil à celui du régime général.

Le déficit dans le secteur des soins de santé s'élève pour- tant à :

	<u>1973</u>	<u>1974</u>
	- 12.824.662	- 17.889.978

Une des causes de ce déficit réside dans le fait que les cotisations sont ~rçues en fonction des gages standard et non du salaire réel.

On ne tient donc pas compte du salaire supplémentaire, du pécule de vacances ni des allocations de fin d'année.

Cette différence est très importante. La masse salariale complète illimitée en 1974 se chiffrait à 1.177,8 millions de F, la masse limitée à 645,8 millions de F.

En outre les taux de cotisations sont inférieurs.

	<u>Régime général</u>		<u>Gens de mer</u>	
	<u>Employeur</u>	<u>Employé</u>	<u>Employeur</u>	<u>Employé</u>
Soins de santé	3,75	1,80	2,80	2,00
Indemnité	1,80	1,10	1,30	1,00

Au cours des réunions du 30 mai et du 13 JUIN 1975, le Comité de gestion a donné son accord pour adapter les taux de cotisations.

	<u>Employeur</u>	<u>Employé</u>
Soins de santé	3,00 (+ 0,20)	1,80 (- 0,20)
Indemnité	1,30	1,10 (+ 0,10)

Ces mesures peuvent suffire pour équilibrer le régime.

Le déficit des années précédentes, y compris 1974 - soit 73 millions de F - subsiste encore. Ce déficit a été couvert par des emprunts provisoires (1) à charge du fonds d'intérêt.

(1) Le Ministre de la Prévoyance Sociale n'a donné son accord que pour 20 millions de F par lettre du 9 septembre 1966.

F. Pension d'invalidité ouvriers mineurs

Les ouvriers mineurs et assimilés bénéficient de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnité conformément aux dispositions appliquées aux travailleurs du régime général.

L'ouvrier mineur dont l'incapacité de travail est due à une maladie (1) peut toutefois bénéficier sous certaines conditions d'une pension d'invalidité remplaçant les indemnités prévues par le régime général au bout des six premiers mois de l'incapacité.

Pour bénéficier de la pension d'invalidité, certaines conditions de carrière doivent être remplies. Le montant est fixé forfaitairement et n'est donc pas proportionnel au salaire perdu.

La pension d'invalidité n'est plus due si l'intéressé bénéficie d'une pension de retraite d'ouvrier mineur, s'il atteint l'âge de 65 ans ou si l'incapacité pour laquelle l'ouvrier mineur recevait une pension, n'est plus confirmée.

La cotisation destinée à la pension d'invalidité a pour seul but de financer une partie des frais d'administration ainsi que la fourniture de charbon.

La pension d'invalidité proprement dite est entièrement à charge de l'Etat (voir tableau 41).

(I) A partir du 1er janvier 1964, l'ouvrier mineur qui a arrêté le travail à la suite d'une maladie professionnelle est pris en charge par le Fonds des Maladies professionnelles.

Tableau 41 : revenus et dépenses du régime d'invalidité des ouvriers mineurs.

ANNEE	COTISATIONS	CONTRIBUTION ETAT	TOTAL	PENSION D'INVALIDITE	FOURNITURE DE CHARBON	PECULE DE VACANCES	TOTAL
1966	146.670	3.267.817,0	3.414.487,-	2.852.153,4	243.949,8	22.435,6	3.118.538,8
1967	142.675	3.282.820,-	3.425.495,-	2.901.905,8	242.189,3	22.496,7	3.166.591,8
1968	134.880	2.923.535,8	3.058.415,8	3.051.241,1	244.968,6	22.294,7	3.318.504,4
1969	130.700	2.511.990,1	2.642.690,1	2.469.000,3	210.183,4	42.990,3	2.722.174,-
1970	132.625	3.352.304,9	3.484.929,9	3.089.600,2	241.984,9	44.703,2	3.376.288,3
1971	164.193	3.165.962,3	3.330.155,3	2.996.165,5	219.301,3	41.891,-	3.257.447,8
1972	181.783	3.387.363,6	3.569.146,6	3.184.091,2	209.203,5	40.439,-	3.433.733,7
1973	182.666	3.693.450,6	3.876.116,6	3.509.159,8	213.099,3	54.777,1	3.777.036,2
1974	202.442	4.161.678,9	4.364.120,9	3.961.219,7	229.672,-	69.989,8	4.260.881,5

(en milliers de F)

Tableau 42 : nombre de titulaires d'une pension d'invalidité au 31 décembre.

REGIME D'INVALIDITE DES OUVRIERS MINEURS

ANNEE	<u>MARIES</u>		<u>PERSONNES SEULES</u>		TOTAL
	SOUS-SOL	SURFACE	SOUS-SOL	SURFACE	
1966	(1)	(1)	(1)	(1)	48.138
1967	36.381	4.970	5.375	1.457	48.183
1968	35.945	4.647	5.111	1.293	46.996
1969	34.762	4.303	4.701	1.076	44.882
1970	34.794	4.292	4.683	1.036	44.805
1971	34.265	4.272	4.560	985	44.082
1972	32.962	4.158	4.321	919	42.360
1973	30.990	4.163	3.984	854	39.991
1974	29.577	3.805	3.757	799	37.938
1975	26.525	3.564	3.400	756	34.245

(1) La répartition a été réalisée pour la première fois en 1967.

Constatations : - tendance générale : baisse du nombre de titulaires
 - nombre stationnaire au cours des années 1966-1967 et 1969-1970-1972.

Tableau 43 : nombre de bénéficiaires par groupe d'âge au

<u>Année de naissance</u>	<u>31 décembre 1966</u>	<u>31 décembre 1974</u>
	<u>Nombre</u>	<u>Nombre</u>
1908 - 1912	9.445	2.172
1912 - 1917	8.271	5.334
1918 - 1922	9.076	9.170
1923 - 1927	8.864	11.822
1928 - 1932	2.803	6.657
1933 - 1937	438	2.310
1938 - 1942	56	420
1943 - 1948	7	47
1948 - 1952		6

Malgré la diminution du nombre de titulaires, les dépenses augmentent.

Cette situation est due aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation, à l'introduction de la liaison au bien-être et aux augmentations des montants de base.

G. Régime des accidents de travail

Le régime des accidents de travail est caractérisé par :

- 1) Le principe de l'indemnisation intégrale (90 à 100 %) en ce qui concerne l'indemnité;
- 2) La prise en charge de tous les frais de maladie (sans aucun ticket modérateur) par l'assureur jusqu'à trois ans après la consolidation de l'accident de travail.

DEPENSES

(en millions de F)	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1973</u>
indemnités	8.378,1	9.697,7	10.919,2
soins de santé	1.033,8	1.142,6	1.357,6
frais d'administration	1.993,7	2.247,1	2.612,8

La hausse des dépenses est influencée par :

a) une légère augmentation du nombre de cas :

Nombre de cas	Mortels	Incapacité permanente	Incapacité temporaire
1966	655	12.255	271.528
1972	645	14.247	261.120
1973	612	15.067	264.685
1974	612	14.727	275.804

Indice 1966 = 100	93	120	101,5
----------------------	----	-----	-------

b) une augmentation progressive des salaires;

c) l'adaptation maximale du salaire plafonné :

	Travailleur ordinaire	Apprenti
1er janvier 1963 :	200.000 F	40.000 F
1er janvier 1972 :	300.000 F	60.000 F
1er janvier 1973 :	318.360 F	63.672 F
1er janvier 1974 :	337.850 F	67.512 F
1er janvier 1975 :	395.850 F	79.170 F
1er janvier 1976 :	437.040 F	87.408 F

d) l'augmentation de 80 à 90 % du montant des indemnités en cas d'incapacité temporaire;

e) l'extension du droit des enfants à l'indemnité, après 18 ans;

f) l'augmentation du montant de l'allocation pour frais funéraires;

g) l'augmentation des barèmes E et F pour le calcul du capital..

De plus le Fonds des Accidents du Travail octroie, sous certaines conditions, des prestations complémentaires..

Fonds des Accidents du Travail

(en millions de F)

	<u>1966</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	Indice 1966 = 100
indemnités	467	1.211	1.336,3	1.745,5	374
soins de santé	1,4	4,5	5,9	6,5	464
frais d'administration	12,1	201,9	107,4	95,7	791

H. Régime des maladies professionnelles

(en millions de F)

	<u>1966</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	Indice 1966 = IOD
Indemnités	563,8	5.505,4	5.624,1	6.879,8	1.220
Soins de santé	16,2	210,9	325,7	344,9	2.122
Frais d'administration	92,3	289,1	316,6	338,6	367
	<u>672,3</u>	<u>6.005,4</u>	<u>6.266,4</u>	<u>7.563,3</u>	<u>1.125</u>

Les causes de la croissance des dépenses sont :

1. l'augmentation du nombre de titulaires :

<u>Nombre de cas</u>	<u>Incapacité Temporaire</u>	<u>Incapacité permanente</u>	<u>Titulaires</u>	<u>Total</u>
1966	531	6.077	635	7.243
1972	1.607	54.833	5.944	62.384
1973	1.269	55.927	6.987	64.183
1974	1.126	57.511	7.947	66.584
Indice 1966 = IOD	212	946	1.251	919

2. l'adaptation des indemnités (inflation, indexation pour la liaison au bien-être);

3. l'extension de la liste des maladies professionnelles.

Il est remarquable de constater que les dépenses pour soins de santé ont augmenté plus que celles relatives aux indemnités.

Le Fonds des Maladies professionnelles en recherche la cause.

I. Handicapés

(en millions de F)

	<u>1966</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	Indice <u>1966 = 100</u>
Indemnités	1.287,4	2.855,9	3.641,5	4.685,9	164
Nombre de cas	69.668	91.727	93.574	95.453	137

L'augmentation des dépenses est surtout influencée par :

- a) une augmentation du nombre de titulaires;
- b) les fluctuations de l'indice;
- c) la majoration du montant accordé;
- d) l'instauration d'une intervention pour l'aide d'une tierce personne.

Le Fonds national de reclassement social des handicapés a dépensé en vue d'une revalidation fonctionnelle des handicapés:

en 1972 : 195,837 millions de F
 en 1973 : 285,737 millions de F
 en 1974 : 386,276 millions de F

J. Sécurité sociale d'Outre-Mer

L'Office de Sécurité Sociale d'Outre-Mer accorde des indemnités et rembourse à nouveau des frais de maladie.

(en millions de F)	1966	1972	1973	1974	Indice 1966 = 100
I. Incapacité temporaire					
a) indemnité	21,2	28,1	30,1	32,6	154
b) soins de santé	4,3	4,3	5,6	5,2	121
2. Soins de santé veuves, orphelins et invalides (I)	25,2	48,4	64,8	65,6	260
3. Assurance complémentaire soins de santé	21,3	62,5	71,4	72,4	340
4. Soins de santé agents d'Afrique	36,1	51,6	58,7	70,5	195
5. Frais d'administration	10,0	19,1	20,5	27,0	270

(I)	Invalides	Veuves	Orphelins	Total
1966	446	176	47	669
1972	350	216	19	585
1973	354	226	17	597
1974	367	231	12	610

K. Soins de santé pour les invalides de guerre

		~~~~!~_~~i~y~!i~~~_~~_g~~!!~
31 décembre	J966	J07.932
3J décembre	J972	80.783
31 décembre	J973	76.96J
3J décembre	J974	73.691

Dépenses

(en millions de F)	<u>1966</u>		<u>1972</u>		<u>1973</u>		<u>1974</u>		<u>Indice 1966 = 100</u>
médicaments	269,9	49,86 %	466	50,29 %	484,3	48,9 %	539,3	48,8 %	199,8
hospitalisations	35,8	6,62 %	85,3	9,20 %	100,1	10,1 %	134,6	12,1 %	323,5
sanatoriums	5,8	1,07 %	2,9	0,31 %	(1)		(1)	-	-
cures	4,5	0,84 %	2,4	0,25 %	3,4	0,34 %	3,3	0,29 %	73,3
institutions psychiâtriques	9,5	1,76 %	11,8	1,27 %	13,8	1,39 %	12,6	1,13 %	132,6
infirmières	7,5	1,39 %	14,6	1,58 %	15,7	1,59 %	19,5	1,75 %	260
soins dentaires	0,9	0,17 %	1,5	0,16 %	1,8	0,16 %	1,5	0,13 %	166
transport de malades	0,5	0,09 %	1,3	0,14 %	1,4	0,14 %	1,9	0,17 %	380
kinésithérapeutes	(2)		15,6	1,69 %	18,7	1,89 %	23,7	2,13 %	-
médecine	206,6	38,16 %	325,2	35,09 %	344,9	34,85 %	372,6	33,51 %	180,3
<hr/>									
Frais d'administration	541,4	100 %	926,7	100 %	989,5	100 %	1.111,8	100 %	205,3
<hr/>									

(1) incorporée dans l'hospitalisation

(2) ce poste n'est pas calculé séparément.

En l'espèce, la croissance est également et médicaments.

la plus élevée pour les dépenses hospitalisation

Le Ministre de la Santé Publique a attiré l'attention des Députés (1) sur le fait que les soins médicaux gratuits à charge de ce budget constituent une économie pour l'I.N.A.M.I.

Il a déclaré qu'il avait l'intention de "aan het R.LZ.LV. te vragen de tegenwaarde hiervan terug te betalen".

Comme dans le régime général on remarque une augmentation importante des dépenses d'hospitalisation.

Les rubriques infirmières et médicaments augmentent aussi d'une façon considérable.

#### L. Globalisation des dépenses pour les soins de santé et les indemnités

A l'aide des données précédentes il est possible d'avoir une idée des dépenses totales pour soins de santé et indemnités.

DEPENSES TOTALES  
(sans frais d'administration - en millions de F)

#### A. Soins de santé

	<u>1973</u>	<u>1974</u>
régime général	50.009,5	60.460,8
indépendants	3.546	4.318,1
ouvriers mineurs	-	-
gens de mer	65,0	77,2
S.N.C.B.	1.659,5	1.940,1
accidents de travail	1.142,6	1.357,6
maladies professionnelles	325,7	344,9
Fonds des Accidents du Travail	5,9	6,5
handicapés	285,7	386,3
Sécurité Sociale d'Outre-Mer	200,5	213,7
invalides de guerre	989,5	1.111,8
<hr/>		
Total	58.229,9	70.217

(1) Chambre 1974-1975, document 480/2, page 4

B. Indemnités

	<u>1973</u>	<u>1974</u>
régime général	19.326,1	23.991,1
indépendants	712,6	1.233,8
ouvriers mineurs	3.777,0	4.260,9
gens de mer	21,2	25,1
S.N.C.B.	793,3	943,7
accidents de travail	9.697,7	10.919,2
maladies professionnelles	5.624,1	6.879,8
Fonds des Accidents du Travail	1.336,3	1.745,5
handicapés	3.641,5	4.685,9
Sécurité Sociale d'Outre-Mer	30,1	32,6
<b>Total</b>	<b>44.959,9</b>	<b>54.637,6</b>

Il faut ajouter à ce montant le salaire en cas de maladie ou d'accident.

a) dans le secteur privé	<u>1973</u>	<u>1974</u>
salaire hebdomadaire garanti	2,3 %	2,51 % de la
salaire mensuel garanti	0 0,57 %	0,58 % masse
	E 1,33 %	2,69 % salariale
b) dans le secteur public	Inconnu	Inconnu

En ce qui concerne les indemnités, il existe également pour 1972 un tableau comparatif des dépenses des neuf pays de la C.E.E. Pourcentage du revenu national net dépensé en 1972 pour :

Indemnités à cause de	B	R.F.A.	F	I	L	P.B.	GB	IR	DK
maladie	4,3	5,9	5,3	4,9	3,3	5,8	4,7	3,8	6,1
invalidité	0,8	1,0	0,3	2,2	(1)	1,8	0,6	(3)	2
accidents de travail et maladie professionnelle	0,8	1,2	0,9	0,7	1,3	(2)	0,2	0,1	0,3
	5,9	8,1	6,5	7,8	-	7,6	5,5	-	8,4
infirmité physique ou psychique	0,3	0,2	0,3	0,4	0,2	1,5	0,6	1,3	0,8
	6,2	8,3	6,8	8,2	-	9,1	6,1	5,2	9,2

Source: Rapport Soc. C.E.E., 1974

(1) repris avec les indemnités vieillesse

(2) repris sous "maladie"

(3) fusionné en une seule rubrique avec les indemnités pour infirmité physique

CHAPITRE VII : PROPOSITIONS DE REFORME DU FINANCEMENT.

---

§ I. Critique sur le mode actuel de financement.

-----

Au cours de ces dernières années le mode de financement de la sécurité sociale a été vivement discuté.

Le recouvrement des cotisations des employeurs et salariés est considéré comme étant basé sur une conception de la sécurité sociale qui est dépassée.

Cette méthode se rapprocherait trop de la technique des assurances, négligerait la redistribution et grèverait trop les entreprises à hauts salaires (1).

Il est vrai en effet que les premières formes de sécurité sociale se sont inspirées dans une large mesure de la technique des assurances.

- 
- (1) Avis du Conseil Supérieur pour les Classes Moyennes, 23 avril 1952, 4 juin 1953 et II juin 1955 (document 310/6-55-2 du 9 juin 1955).  
 Rapport du Groupe tripartite, du 23 mai 1972, page 17 ; point de vue des employeurs.  
 25e Congrès C.S.C. 23-25 novembre 1972.  
 Avis C.C.E. du I juillet 1974 ; point de vue F.G.T.B..  
 Avis conseil d'entreprise pour le Textile et le Vêtement, 19 novembre 1974. Institut économique et social des Classes Moyennes - Note avril 1975.  
 Rapport du Groupe interministériel, décembre 1975.  
 Voir également :  
 W. Boes et A. Capon.: Differentiële druk van het stel- sel van sociale zekerheid op de Belgische ondernemingen. (Pression différentielle du système de la sécurité sociale sur les entreprises belges). Tijdschrift voor Economie, 1965, p. 169-222.  
 F.E.B. Où va la Sécurité sociale? 24e rapport annuel 1970.  
 H. Goethals : Naar een nieuwe maatschappelijke zekerheid. Brussel 1972.  
 Et encore :  
 Proposition de Loi - Député Grootjans, 20 mars 1956 ;  
 Proposition de Loi - Député Saint-Remy, 29 avril 1959 ;  
 Les deux propositions de Loi ont reçu un avis défavorable du Comité de Direction de l'O.N.S.S. (séances des 23 avril 1956, 18 mai 1956 et 23 octobre 1959).

L'importance des cotisations était déterminée d'après le risque; les avantages sur base des cotisations.

Le Chancelier Bismarck, réussissait à faire accepter en Allemagne le Reichstag, la "Krankenversicherungsgesetz" du 15 juin 1883, la "Unfallversicherungsgesetz" du 6 juillet 1884 et la "Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz" du 22 juillet 1889. Le travail de ce pionnier est caractérisé par l'introduction dynamique d'assurances sociales.

Ce système ne repose plus sur la probabilité ni la valeur de l'objet assuré, mais consiste en une assurance, garantissant aux ouvriers, indépendamment du risque, un revenu de remplacement financé par les cotisations patronales et ouvrières et par l'intervention de l'Etat.

Le système a servi de modèle dans d'autres pays d'Europe.

En ce qui concerne les soins de santé, le financement par cotisations patronales est considéré comme étant dépassé (1), puisque cette assurance s'étend à toute la population.

#### A) Avantages et désavantages du système actuel.

Les défenseurs de la perception de la cotisation sur les salaires invoquent les arguments suivants :

- I. la cotisation de l'ouvrier le rend co-responsable du système. En fait il s'agit en partie de son argent. Il accepte le recouvrement plus facilement parce qu'il bénéficie lui-même de la cotisation. Mais à cela on oppose que l'ouvrier ne s'en rend pas compte.

Dans une proposition de Loi (2) il a même été proposé d'indiquer dans le décompte des salaires, tant les cotisations patronales qu'ouvrières, afin que les ouvriers puissent se faire une idée de l'importance des cotisations destinées à la sécurité sociale.

Si l'ouvrier ne se rend pas compte du montant des cotisations payées pour la sécurité sociale, par contre, les représentants des organisations représentatives des patrons et ouvriers, des indépendants et des mutualités en sont très conscients.

Aussi longtemps que le système est financé en grande partie par des cotisations, ils seront intéressés à la gestion de celles-ci.

---

(1) Conférence de Presse F.E.B. ç septembre 1975, page 17.  
 (2) Sénat 1975-76, document 722/1 - proposition du Sénateur Hougardy.



2. cette méthode de financement rend la sécurité sociale autonome. Si le financement est réalisé par l'Etat il dépendra des possibilités budgétaires et il n'est pas impossible qu'il doive se réaliser partiellement par des emprunts.

Le budget de 1976 a montré comment, lors de difficultés financières résultant de la situation économique, l'Etat ne peut parfois plus respecter les obligations légalement imposées.

3. qu'elle justifie une gestion autonome par les organisations intéressées.

Pour répondre aux objections avancées contre le deuxième et le troisième point une contribution d'affectation est proposée.

Ceci permettrait de connaître les moyens financiers mis à la disposition et rendrait également possible une gestion autonome avec participation des organisations intéressées (mutualités, organisations ouvrières, etc.).

4. le progrès technique et économique des entreprises à capital intensif est assuré ; ce serait donc une erreur de grever ces entreprises d'une fiscalisation plus importante. Les investissements seraient ainsi affaiblis.
5. qu'elle justifie la corrélation salaires-allocations.

Cette dernière considération est exacte pour ce qui est des revenus de remplacement, mais elle ne vaut pas pour la compensation des frais tels que frais de maladies et allocations familiales.

De plus la liaison salaires-allocations peut entraîner un avantage pour les catégories de hauts salaires au détriment des bas salaires, ce qui est en contradiction avec la redistribution équitable du revenu national.

Les opposants à la perception de cotisations font valoir que ce mode de financement :

- I. est injuste parce qu'il grève moins les hauts revenus.

Cet argument a perdu beaucoup de sa valeur depuis la suppression du plafond des salaires pour le recouvrement des cotisations sociales destinées au Secteur soins de santé du régime général.

---

(I) H. Goethals, l.c., page 80, doute du caractère constitutionnel de telles contributions.

2. qu'il grève davantage les entreprises à travail intensif (construction, textile, vêtement) que celles à capital intensif (pétrole, chimie).

Ce problème est actuellement à l'étude au sein du Conseil National du Travail.

Si les avantages supplémentaires, alloués à leurs ouvriers ppr les secteurs professionnels plus riches, sont pris en considération, il n'est pas certain que les charges y soient inférieures.

En outre, certains secteurs professionnels auparavant considérés comme intensifs du point de vue travail, sont devenus de plus en plus intensifs du point de vue capital ; par ailleurs dans un même secteur professionnel la situation diffère encore d'une entreprise à l'autre.

3. qu'il a une influence inflatoire étant donné qu'en dernier lieu les cotisations patronales se récupèrent dans les prix.

Le rapport de L. Boutbien devant le Conseil économique et social en France, fait remarquer que de prélèvement "peut difficilement être neutre par rapport aux modes de production" par le fait que le financement de la sécurité sociale pèse sur un élément du prix de revient (le salaire).

Toutefois, il est aussi certain qu'une fiscalisation à charge de l'entreprise ou à charge des assurés, jointe à des adaptations de salaires, sera finalement toujours calculée dans le prix de revient.

4. qu'il incite à des heures supplémentaires, étant donné que, une fois le plafond de salaire dépassé, le temps de travail devient relativement meilleur marché.

De cette manière, on annule le but de la législation en matière du temps de travail, - qui consiste à diminuer les heures supplémentaires par une paye supplémentaire et à faire plutôt appel à du nouveau personnel.

Lors de l'examen de cet argument il faut toutefois tenir compte: d'une part des salaires supplémentaires à payer (25, 50 ou 100 %) et d'autre part des différents plafonds de salaires.

Les cas dans lesquels un tel intérêt existe ne sont pas très nombreux.

Le nombre d'heures supplémentaires est m01ns important et plus sporadique qu'on le pense.

Il s'agit généralement d'ouvriers très qualifiés qui ne peuvent pas facilement être remplacés.

La conclusion est évidemment tout autre pour le "travail noir".

5. que le travail industriel, est taxé le plus en cas de cotisations plafonnées, alors que la mise au travail dans l'industrie absorberait le chômage pour la plus grande part.

Aussi, le travail industriel court le risque d'être remplacé par des investissements de capital (automation, machines).

Ici également, la suppression des plafonds de salaires peut apporter une solution.

6. qu'il grève les petites et moyennes entreprises de plus de charges sociales (1).

En effet, dans ces entreprises :

- a) il est plus difficile de trouver un usage productif de chaque heure de travail ;
- b) les tâches les moins importantes sont également exécutées par des ouvriers qualifiés ;
- c) il y a - surtout pour les métiers qui s'exercent à la maison - beaucoup d'heures de travail non productives (déplacements) ;
- d) la mise au travail est freinée par des charges sociales trop lourdes. L'entreprise composée d'une seule personne est considérée par les professionnels comme étant l'idéal.
- e) on essaiera de se faire concurrence par du travail frauduleux (2) ;
- f) la quote-part des frais de salaires dans le prix de revient est beaucoup plus élevée.

7. qu'il favorise le remplacement de la main-d'oeuvre par des machines (3).

La tendance continuelle à l'augmentation relative des frais de travail dirige les investissements et la technologie des systèmes de production où la main-d'oeuvre reste réduite.

Ce phénomène ne se fait pas sentir immédiatement mais fonctionne toutefois comme un courant souterrain.

La rationalisation de l'économie n'entraîne toutefois qu'une diminution temporaire des frais de travail.

(1) Avis Haut Conseil des Classes Moyennes des 4 juin 1953 et II juin 1955.

(2) Voir à ce sujet: Loi du 6 avril 1960 concernant l'exécution des travaux de construction et le projet de Loi traitant la répression du travail frauduleux (Sénat 1974-75, document 671/1.

(3) N.H. Douben, Oration "Vermogende Arbeid" - Nijmegen 1975, pages 10-13.

Comme elle crée des chômeurs par la diminution du nombre des emplois de travail et comme le nombre d'ouvriers malades et incapables de travailler augmente suite à l'intensification du travail, de nouveaux revenus sont nécessaires pour pourvoir à la croissance des dépenses des revenus de remplacement.

Ces nouveaux revenus sont partiellement recherchés dans une nouvelle adaptation des cotisations de sécurité sociale, si bien que le facteur "travail", est de plus en plus taxé.

Etant donné que les plus hauts salaires sont payés dans des entreprises à capital intensif, un système progressif de cotisations dégrèverait les frais de travail dans les entreprises à travail intensif.

Toutefois, il en résulterait dans les entreprises à capital intensif, un ralentissement de l'augmentation des salaires directs.

Ainsi, apparaîtrait la création d'une plus grande égalité des salaires.

8. qu'il entraîne des frais administratifs élevés.

Les frais administratifs pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale se chiffrent pour l'année 1974 au total à

	<u>montant</u>		<u>pourcentage par rapport au montant perçu</u>
a) O.N.S.S.	506.857.642 frs.		0,22 %
b) F.N.R.O.M.	3.068.139 frs.		0,] %
c) C.A.X.A.M. I.	3.122.739 frs.		9,7 %
d) régime indépend.	784.100.000 frs.		5.2 %(I)

Toutefois, on oublie ici que la fiscalisation occasionne également des frais.

Pour 1954 et sur un total de 50]4 milliards de contributions perçues les dépenses du Ministère des Finances s'élevaient à 13.8 milliards, soit 2,75 % par rapport au montant perçu.

Les opérations de recouvrement des cotisations de sécurité sociale coûtent moins cher parce que la base de recouvrement est plus simple.

Lors d'une taxation sur la valeur ajoutée, la technique de recouvrement sera beaucoup plus compliquée et coûtera beaucoup plus cher que le recouvrement des cotisations de sécurité sociale sur les salaires ou sur les revenus.

9. que le système est abandonné dans plusieurs pays. Ainsi les allocations familiales sont financées par des prélèvements fiscaux en Grande-Bretagne, en République Fédérale d'Allemagne, en Irlande, au Danemark, en Suède et en Norvège.

---

(I) se rapporter à toutes les prestations des caisses d'assurances sociales et de la Caisse de Secours Nationale.

10. en ce qui concerne le secteur des soins de santé, le système ne peut plus se justifier :

- a) étant donné que cette assurance s'applique à presque toute la population, et qu'il n'y a pas de raison de la mettre seulement à charge des salariés, des indépendants et des employeurs.

Toutefois, il est perdu de vue que les contributions seront en dernier lieu supportées également par les salariés, les indépendants ou les employeurs.

Tout au plus il peut y avoir un glissement d'un groupe à l'autre ou à l'intérieur d'un même groupe.

Un dégrèvement des employeurs au détriment des salariés aboutira à une augmentation de salaires de manière à pouvoir supporter l'augmentation des contributions.

Un dégrèvement des indépendants au détriment des salariés ou des employeurs sera converti en une augmentation de salaire ou une augmentation de prix.

Une comparaison avec d'autres pays (la Grande-Bretagne ou les Etats-Unis) démontre que dans l'ensemble la charge sur l'économie reste toujours la même.

- b) parce que la consommation augmente d'après les revenus.  
Cette dernière considération exige davantage de nuance (Voir Chapitre VI).

#### B. Fiscalisation de la sécurité sociale.

Lorsqu'on parle de fiscalisation de la sécurité sociale, il faut d'abord tenir compte du fait qu'une partie importante de la sécurité sociale est déjà financée par l'Etat (voir tableau 44).

Tableau 44 : Financement des dépenses sociales (I).

	employ- eurs	assurés	pouvoirs publics	autres revenus
Belgique	46 %	20 %	30 %	4 %
République Fédér. d'AIL	50 %	24 %	23 %	3 %
France	62 %	20 %	16 %	2 %
Italie	54 %	15 %	24 %	7 %
Luxembourg	36 %	24 %	31 %	9 %
Pays-Bas	43 %	36 %	13 %	8 %
Royaume-Uni	34 %	18 %	40 %	8 %
Irlande	19 %	14 %	66 %	1 %
Danemark	1a %	6 %	81 %	3 %

Source : Rapport Social de C.E.E. 1974.

Pour l'assurance maladie la quote-part de l'Etat se chiffre d'après le budget de l'I.N.A.M.I. pour l'année 1976 à :

a) dans le régime général	37,88 %
b) dans le régime pour indépendants	39,47 %
c) dans le secteur des soins de santé	34,78 %
c) dans le secteur des indemnités	37,98 %

Si toutes les dépenses pour soins de santé et indemnités sont pris en considération, la quote-part de l'Etat est de respectivement 39,7 % et 43,2 % (voir tableau 45).

(I) maladie - vieillesse - décès - invalidité - infirmités physiques et psychiques - accidents de travail et maladies professionnelles - chômage - charges familiales - accident personnel par suite d'évènements politiques et de sinistres.

Tableau 45 : Intervention de l'Etat (d'après le budget 1976) dans les dépenses pour soins de santé et indemnités (1)

	total des dépenses (en millions de francs)	Etat (en millions de francs)
<b>a) <u>soins de santé</u></b>		
régime général (2)	95.045	33.074,4
indépendants (2)	7.108,6	2.462,8
marins	98,7	32,5
S.N.C.B.	3.111	1.579
sécurité sociale d'outre- mer	307,7	48,8
maladies professionnelles	430	229,6
accidents de travail	2.159,5	-
Fonds pour accidents de travail	8,6	-
handicapés	736,3	56,4
invalides de guerre	1.543,3	1.543,3
Ministère de la Santé Publique (3)	8.140,3	8.140,3
	118.689	47.167,1 (39,7 %)
<b>b) <u>!!!~!!!!!!!£~(4)</u></b>		
régime général (5)	40.308,4	18.198,4
indépendants (5)	1.834,4	1.067,1
marins	35,5	10,5
mineurs	5.149,8	4.550,0 (6)
S.N.C.B.	1.234,0	-
sécurité sociale d'outre- mer	40,0	17,9
maladies professionnelles	9.959,7	6.286,7
accidents de travail	17.236,5	-
Fonds pour accidents de travail	3.044,3	-
handicapés	6.825,1	6.825,1
travail de frontière et de saison	51,8	51,8
	85.719,5	37.007,5 (43,2 %)

(1) dans l'assurance libre, l'Etat intervient encore une fois pour 1.473 millions de francs.

(2) budget I.N.A.M.I.

(3) sous-estimé (rubriques 33,36 + 33,51)

(4) le régime des fonctionnaires publics manque - il est entièrement à charge de l'Etat.

(5) budget I.N.A.M.I.

(6) demandé: 4.681,5 millions de francs.

Dans notre pays personne ne défend la fiscalisation complète de la sécurité sociale.

D'ailleurs les organisations ouvrières se sont prononcées contre une fiscalisation générale.

La F.E.B. s'est prononcée en faveur d'une telle fiscalisation mais seulement en ce qui concerne les allocations familiales (2) et les soins de santé (3).

Le F.E.P.A.C. s'y oppose (4).

Le U.N.M.S.I. dans une résolution à l'occasion de son congrès national du 22-23 avril 1972 - s'est prononcé en faveur du passage graduel du système d'assurance, alimenté uniquement par les revenus du travail, à un système fiscalisé, financé par toute la nation, avec toutes les conséquences que cela implique.

Dans la revue "Oriëntation mutualiste" (5) de l'A.M.G., J. Cobbaut compare les avantages et les désavantages de la perception des cotisations et de la fiscalisation, pour conclure comme suit :

"Les arguments-clés en faveur de la fiscalisation se situent essentiellement au niveau des principes et des théories (la réalisation du droit fondamental de l'être humain). En ce qui concerne la justice sociale (l'effet de redistribution, la solidarité). Il est certain que les deux systèmes de financement peuvent être conçus de façon telle que l'un réalise tout aussi bien l'objectif poursuivi que l'autre. En tout cas un relèvement du plafond des cotisations conduit, dans les circonstances actuelles, à une plus grande redistribution des revenus, que ne le ferait une augmentation des subventions de l'Etat ou une fiscalisation complète.

"Les arguments pratiques (autonomie financière de l'assurance, parallélisme au sein de la C.E.E., organisation de la participation de la population), indiquant une autre direction et rendent attrayant un système de financement basé sur les cotisations.

"En d'autres mots, il n'est pas urgent de modifier le système actuel. Le système de financement existant, basé sur les cotisations est largement subventionné par l'Etat, offre en outre au niveau institutionnel l'avantage de permettre aux principaux intéressés (pouvoirs publics, employeurs, organisations sociales) d'assurer leurs responsabilités et en même temps de réaliser un équilibre entre ces différents groupes quant à la gestion de l'assurance."

---

(1) note F.G.T.B. II septembre 1970 - note C.G.S.L.B. 9 février - XXIe Congrès C.S.C. 23 et 25 novembre 1972  
 (2) comme en République Fédérale d'Allemagne  
 (3) une récente loi italienne a réglé cette possibilité  
 (4) Congrès 30 mai 1972  
 (5) 1971, n° 2, pages 93-103.



Le Conseil Supérieur des Classes Moyennes (I) ne semble pas non plus enthousiaste.

Le point 12 des résolutions de la Conférence Economique et Sociale du 16 mars 1970 prévoyait la composition d'un groupe tripartite (employeurs, salariés et Gouvernement) chargé de l'étude des modes de financement de la sécurité sociale et notamment la distribution des cotisations entre les employeurs et les salariés et entre les différentes branches de la sécurité sociale.

Ce groupe tripartite, dont la présidence avait été confiée à Monsieur J. Rens, Président du Conseil National du Travail, a établi un rapport le 23 mai 1972, après deux années d'étude.

Bien que l'étude se rapporte aux allocations familiales, à l'assurance-maladie, à l'assurance de chômage et aux paiements des pensions et qu'il importe donc de la juger dans son ensemble, il semble néanmoins utile de donner les points de vue sur le secteur soins de santé.

Les représentants des employeurs furent d'avis que les entreprises comme telles n'étaient pas impliquées dans un système couvrant les ouvriers en tant qu'individus, mais également les membres de leur famille et pratiquement toute la population.

Dans ce contexte, les représentants des patrons ont proposé de pourvoir au financement du secteur soins de santé - qui couvre actuellement toute la population - par une cotisation individuelle de tous les assurés. La base d'une telle cotisation devrait être déterminée en se référant aux techniques existantes et être limitée dans le cadre du plafond actuel.

Cette cotisation devrait permettre de couvrir ce que l'on appelle "les petits risques". Les grands risques seraient financés par l'intervention du budget de l'Etat. La différence établie entre les grands et les petits risques, est en concordance avec ce qui a été mis au point pour les indépendants.

Afin d'éviter que par suite de l'introduction d'un système renouvelé comme cité ci-dessus, les ouvriers ne subissent des préjudices, des compensations devraient être trouvées (2).

---

(1) Avant-projet d'avis du 4 mai 1971, chapitre II.

Ce chapitre n'est toutefois resté qu'un avant-projet.

(2) Lors de fiscalisation, la cotisation patronale sera convertie en :

a) soit en salaire ;  
b) soit en investissement ;  
c) soit en une diminution de prix.

Pour les organisations ouvrières ce sera évidemment la première solution.

En dernier lieu, la charge patronale ne diminuera pas, mais elle sera éventuellement encore augmentée par une cotisation fiscale sur la valeur ajoutée, ou par une autre augmentation de ce genre.

Les représentants des salariés n'eurent pas d'objection contre un système national de soins de santé ; système qui couvrirait toute la population.

n'autre part, les représentants de la C.G.S.L.B. avaient fait des propositions concrètes au sujet de la politique à suivre en matière de soins de santé.

n'après eux, la politique globale à suivre dans les soins de santé devrait être revue et tout le secteur devait être assaini. Ainsi il fallait éliminer les dépenses inutiles ou celles qui faisaient double emploi. Il était nécessaire de s'efforcer d'arriver à une plus grande efficacité et à un rendement plus élevé des efforts financiers, et de libérer les sources de revenus.

Finalement ces représentants rejetèrent les modes de financement proposés et demandèrent le maintien du financement au moyen des cotisations existantes, tout en augmentant sensiblement les subventions de l'Etat.

Les représentants de la F.G.T.B. se sont prononcés pour une prise en charge par la communauté de l'assurance soins de santé, et plus spécialement pour les raisons suivantes :

- les cotisations de la sécurité sociale dans ce secteur ne peuvent plus être continuellement augmentées ;
- ceux qui contribuent à l'augmentation des droits, n'ont actuellement aucune responsabilité dans les dépenses ;
- l'assurance obligatoire, les soins de santé, couvre pour le moment pratiquement toute la population ; il est de ce fait logique que le financement soit pris en charge par toute la communauté.

Dans un premier stade la F.G.T.B. s'est prononcée en faveur d'une prise en charge de toutes les dépenses par la communauté, dépenses qui sont actuellement couvertes par l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population.

Les représentants de la C.S.C. ont souligné, qu'en ce qui concerne le secteur des frais de maladie, il faut tout d'abord tâcher de parvenir à une organisation de la fourniture des soins de santé efficace et justifiée du point de vue social. Elle devait être accessible à toutes les classes de la population et surtout aux moins aisées, et également être en mesure de procurer les meilleurs soins possibles à des conditions, qui en tenant compte du développement du bien-être général, pourraient être considérées comme étant acceptables.

- ils étaient d'avis qu'une telle organisation pouvait être réalisée par une collaboration fructueuse entre les pouvoirs publics, les ayant-droit et ceux qui procurent les soins. Un planning minutieux leur semblait être nécessaire pour arriver à des solutions raisonnables ;
- étant donné que toute la population profite d'une telle organisation, toute la population devait également contribuer au financement en proportion du revenu ;
- d'après ces mêmes principes, les représentants de la C.S.C. estimaient souhaitable que les frais de l'assurance pour frais de maladie soient remplacés dans un délai pas trop éloigné par un système de fourniture de soins médicaux entièrement financés par la Trésorerie ;
- dans une première phase cette façon de financement pourrait déjà être appliquée pour les soins qui actuellement étaient garantis à la quasi-totalité de la population par l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ;
- dans une seconde phase il était possible de tâcher de trouver un règlement pour la fourniture et le financement des soins, actuellement encore réservés à certains groupes de la population ; à condition toujours que la gratuité des soins soit garantie aux moins aisés.

Au parlement il y a également eu des interventions en faveur de la fiscalisation.

On a par exemple, proposé la fiscalisation afin de garantir aux indépendants les mêmes avantages que ceux dont jouissent les salariés en matière de soins de santé (1).

Monsieur Frank Van Acker, ancien Ministre de la Prévoyance Sociale, a proposé le 23 janvier 1976, dans un discours tenu à l'Institut Emile Vandervelde à Anvers, un financement triple (2) :

- 1) cotisations personnelles: cotisations/affectations sur le revenu global imposable des salariés et des indépendants ;
- 2) cotisations des entreprises: elles sont calculées d'après le nombre des personnes occupées et sur la base de la valeur ajoutée ;
- 3) une cotisation gouvernementale, établie par la loi et au prorata des revenus globaux de l'Etat.

---

(1) Sénat, Annales Parlementaires, 20 janvier 1970, page 429, Sénateur Cuvelier.

(2) L'auteur part également d'un plan global de réforme de la sécurité sociale.

La différence entre la perception de cotisation et la fiscalisation ne présente toutefois pas la rupture profonde que l'on a souvent présentée (1).

D'ailleurs le recouvrement de cotisations par une institution publique est considérée comme de la para-fiscalité.

La fiscalisation ne peut non plus devenir une fuite devant les responsabilités.

Le mode actuel de financement de l'assurance-maladie n'est pas en mesure de satisfaire les besoins croissants des soins médicaux, mais ce n'est pas une raison pour le supprimer.

Quel que soit le système de financement mis au point, le problème actuel de l'impossibilité de maintenir sous contrôle les dépenses pour maladie subsistera toujours.

Si les cotisations pour la sécurité sociale ont des limites bien déterminées, il n'en résulte pas que les possibilités de recouvrement fiscal sont illimitées.

Les charges fiscales et parafiscales globales, par rapport au P.N.B. se chiffraient en ordre croissant à (2) :

	~!L!2~!	~!!!2Z~	~!!_!2Z~i~l
en Italie	25,9 pct	30	30,2 pct
en Irlande	22,6 pct	32,4 pct	-
en Grande-Bretagne	28,4 pct	33 pct	-
en France	32,6 pct	35,8 pct	37,8 pct
au Luxembourg	31,8 pct	37,6 pct	37,3 pct
en Républ. Fédér. d'All.	34,2 pct	37,7 pct	38,7 pct
en Belgique	21 pct	38,1 pct	39,7 pct
au Danemark	25 pct	43,1 pct	-
aux Pays-Bas	31,4 pct	45,0 pct	47,3 pct

Rien que pour les impôts, ces chiffres s'élèvent à :

	en 1968	~!!_!2Z~
en Italie	19,8 pct	17,9 pct
en France	23,1 pct	22,2 pct
en Républ. Fédér. d'All.	23,3 pct	25,3 pct
en Belgique	24,5 pct	26,1 pct
au Luxembourg	21,8 pct	21,1 pct
en Grande-Bretagne	30 pct	27,4 pct
aux Pays-Bas	25,8 pct	29,4 pct
en Irlande	26,9 pct	29,4 pct
au Danemark	33,1 pct	42 pct

(1) H. Goethals: Naar een nieuwe maatschappelijke zekerheid. Bruxelles 1972, p. 79-80.

(2) Source: Eurostat : Annuaire 1974.

(3) chiffres provisoires.

Afin de donner une idée de la charge fiscale et parafiscale toujours croissante, il suffit d'examiner le tableau ci-après, qui donne la charge par rapport au P.N.B.

	charge fiscale	cotisations sociales	charge fiscale et parafiscale totale
1970 (1)	23,7 %	10,2 %	33,9 %
1974 (1)	25,6 %	11,5 %	37,1 %
1975 (2)	27,6 %	12,4 %	40,0 %
1976 (2)	28,5 %	12,9 %	41,4 %
1980 (3)	31 %	13,0 %	44,0 %

Sources: (1) I.N.S.  
(2) Budget économique  
(3) Plan 1976-80

Par suite de l'inflation, ce sont surtout les impôts directs qui ont augmenté.

	<u>Impôts directs</u>	<u>Impôts indirects</u>
1966	40,7	59,3
1975	56,3	43,7
1976	61,8	38,2

"Wij bekleden niet meer de bevoorrechte plaats die wij tien jaar geleden dank zij een minder zware fiscale druk, mochten innemen." (J)

Dans le rapport établi par le Gouverneur de la Banque Nationale au nom du Conseil des régents, nous lisons l'avertissement suivant :

"Par ailleurs, il se confirme de plus en plus qu'au niveau actuel de la taxation globale, directe aussi bien qu'indirecte, toute augmentation de l'impôt sert, indifféremment, d'amplificateur aux poussées inflationnistes des prix ou aux reculs déflationnistes de la demande. En effet, en périodes d'essor intense, confortés par l'inélasticité de la demande et le suremploi, les entreprises, les indépendants et les salariés tendent à reporter les aggravations de la fiscalité, les deux premiers en aval, en relevant leurs prix, les derniers en amont, en exigeant des majorations des rémunérations brutes ; en période de récession, au contraire, la dérobade de la demande et l'incertitude de l'emploi gênent ce report continu de la charge de l'impôt: dès lors, le contribuable ressent d'avantage l'amputation de son pouvoir d'achat et ses décisions de dépenser en sont affectées. Si une évolution dichotomique a pour conséquence que se produisent simultanément, dans un pays, des impulsions d'inflation de prix et déflations de la demande, comme c'est le cas en Belgique, l'alourdissement de la fiscalité contribue à aggraver les deux maux consistants." (2)

(1) L. Tindemans: Inflatie en begrotingspolitiek - Kultuurleven 1974, n° I, p. 19.  
(2) Rapports B.N.B. 1975, p. XXVIII.

En outre, les impôts, en tant qu'instrument de redistribution des revenus, n'ont pas réussi à exercer une influence importante sur la distribution des revenus (1).

La Belgique ne connaît pas d'impôt sur le capital (2), mais bien différentes formes de sous-évaluation fiscale, sous-estimation fiscale, fraude fiscale, et non-taxation.(3)

M. Frank (4) estimait la perte dans l'impôt personnel par groupe socio-professionnel à :

	<u>1966</u>	<u>1963</u>	<u>197~</u>
pour les ouvriers	1.689 f	2.325 f	2.929 f
pour les employés	2.757 f	2.292 f	3.808 f
pour les pensionnés	2.924 f	3.012 f	5.847 f
pour les agriculteurs	22.124 f	18.895 f	-11.1;1 f
pour les commerçants	23.445 f	26.833 f	51.40 f
pour les professions libérales qui ne sont pas mentionnées séparément	31.633 f	32.214 f	50.310 f
pour divers autres groupes	27.585 f	49.165 f	12.191 f
pour les avocats	51.988 f	63. rsC f	96.39 f
pour les médecins	115.234 f	86.517 f	137.3vj f
pour les notaires	104.478 f	105.717 f	138.5(d f

Il en a conclu que pour l'année fiscale 1974 une redistribution de la charge fiscale entraînerait le glissement suivant :

ouvriers et pensionnés	- 9,8 %
professions libérales	+ 0,6 %
agriculteurs et horticulteurs	+ 2,0 %
commerçants indépendants et artisans	+ 7,2 %

- (1) R. De Raedt : De belastingen als instrument tot inkomensverdeling. De Gids 1975, p. 463.  
R. Boelaert et L. De Vliegheer : De Belgische inkomstenbelasting als herverdelers. Een maat voor niets. Economische Statistische Berichten 7 novembre 1973, p. 974.  
F. Gijsel et S. Marysse : Inkomensongelijkheid en ontdruiking - De Gids 1975, p. 657-674.  
L. Morissens : Les revenus monétaires en Belgique. Cahiers économiques de Bruxelles 1974, p. 515-564.
- (2) comme les Pays-Bas, le Luxembourg, la République Fédérale d'Allemagne, le Danemark et l'Irlande.
- (3) M. Frank : La sous-estimation et la fraude fiscale en Belgique : ampleur et remèdes. Cahiers économiques de Bruxelles 1972, n° 53, p. 5-46.  
Voir également Baron Van Houtte : Fraudebestrijding en belastingrecht. Kulturleven 1975, n° I, p. 46-58 et la réplique de M. Frank, Kulturleven 1975, n° I, p. 59-71.
- (4) M. Frank: Kulturleven 1974, n° I, p. 45 et exposé devant les commissions des finances de la Chambre et du Sénat en date du 22 janvier 1975.

L'on peut discuter les chiffres, mais la réalité subsiste.

C) Formes de Fiscalité.

La fiscalisation de la sécurité sociale - pour ce qui est du secteur soins de santé - peut se faire selon différentes méthodes : augmentation des impôts directs, augmentation de l'impôt-TVA, introduction d'un impôt spécifique sur la valeur ajoutée, etc...

Avant d'entrer dans les détails, il faut que nous examinions quels montants peuvent être trouvés en tant que nouveaux revenus.

D'après le budget de l'I.N.A.M.I. de 1976 ces montants s'élèveraient à environ 75 milliard :

a) régime des travailleurs :

cotisations de sécurité sociale	58,950	milliards	de frs.
cotisations personnelles	0,470	milliards	de frs.
cotisations pensionnés	0,530	milliards	de frs.
assurance auto	0,467	milliards	de frs.
	<hr/>		
	60,417	milliards	de frs.

b) régime des indépendants :

cotisations sociales	3,799	milliards	de frs.
cotisations personnelles	0,040	milliards	de frs.
assurance auto	0,082	milliards	de frs.
	<hr/>		
	3,921	milliards	de frs.

Etant donné qu'une fiscalisation devra s'allier à l'extension de l'assurance soins de santé à toute la population et ce pour tous les avantages, il faut que l'on y ajoute encore :

c) l'extension du régime des indépendants à tous les avantages :

8,656 milliards de frs.

d) régime S.N.C.F. :

cotisations de sécurité sociale	1,162	milliards	de frs.
cotisations pensionnés	0,143	milliards	de frs.

e) régime marins :

cotisations de sécurité sociale	0,044	milliards	de frs.
---------------------------------	-------	-----------	---------

TOTAL GENERAL (a, b, c, d) : 74,344 milliards de frs.

Cela signifie une augmentation d'environ 11,5 % sur des revenus fiscaux de 644,5 milliards de francs.

La fiscalisation de la sécurité sociale, secteur soins de santé, peut se réaliser de plusieurs façons :

1° par augmentation des impôts sur le revenu global des personnes physiques et des sociétés.

Pour l'année 1976 les revenus sont estimés comme suit :

- a) précompte professionnel : 222,1 milliards de frs.
- b) versements anticipés : 104,5 milliards de frs.

Deux décimes additionnels (+ 20 %) rapporteraient 65,3 milliards de francs.

Pendant les années 1977 et suivantes environ 109 milliards de francs pourraient encore être pris au moyen de rôles ce qui rapporterait encore 21,8 milliards de francs.

Il s'agit d'une estimation brute parce que l'impôt sur le revenu global des personnes physiques contient déjà deux décimes additionnels temporaires :

- a) pour la part du revenu au-dessus de 500.000 francs
- b) pour la part du revenu au-dessus de J.500.000 francs.

Lorsque ces décimes additionnels sont maintenus, le taux de l'impôt pour la plus haute tranche des revenus s'élèverait à 87,6 % (60 % + 6 % + 6 % + J2 % + 3,6 %).

Si les décimes additionnels étaient également différents selon les tranches de revenu des personnes physiques (par exemple au-dessous de 20J.000 frs. un décime additionnel); le coefficient d'augmentation pour les revenus supérieurs devrait être plus important encore (par exemple de 201.000 à 500.000, deux décimes additionnels, de 500.000 à 1.000.000, trois décimes additionnels, au-dessus de J.000.000 quatre décimes additionnels).

L'opération est beaucoup plus difficile à réaliser en pratique qu'en théorie.

2° augmentation de l'impôt des sociétés.

L'impôt des sociétés frappe le bénéfice des sociétés à responsabilité civile, établies en Belgique.

Pour l'année 1976 le rendement de cet impôt est estimé à 55,4 milliards de francs.

Le taux normal de contribution est actuellement de 4 %.

Une augmentation de la % rapporterait donc 5,5 milliards de francs.



Dans la C.E.E. il y a une tendance à atteindre un taux de contribution de 45 à 55 %.

En appliquant le plus haut pourcentage par une augmentation de 15 % (48 % + 15 % = 55,2 %) le rendement supplémentaire serait de 8.3 milliards de francs.

3° augmentation de l'impôt-T.V.A.

Pour l'année 1976 le rendement total est estimé à 188 milliards de francs.

Une augmentation des taux de 10 % rapporterait 18.8 milliards de francs ; et une augmentation de 40 % 76 milliards environ.

Il existe quatre taux : 6, 14, 18 et 25 %.

Taux	Base (en millions)	Rendement (en millions)
6	761.067	45.664
14	531.536	74.415
18	208.794	37.583
25	121.020	30.255
	<u>1.622.417</u>	<u>187.917</u>

Lorsque l'augmentation n'est pas appliquée pour les produits soumis à un tarif de 6 % (entre autres denrées alimentaires, boissons, savons, produits pharmaceutiques, etc.) il faudrait trouver les 75 milliards en augmentant le taux de 25 % (voitures automobiles, bijoux, musique, parfumerie, etc.), ou par une augmentation des trois taux les plus élevés.

Dans le premier cas, il conviendrait de passer de 25 % à 87 %. Cela se passe de tout commentaire.

Dans le deuxième cas, une augmentation de 50 % (donc 20, 30 et 40 % par exemple, au lieu de 14, 18 et 25 %) fournirait les revenus nécessaires.

Mais une telle mesure entraînerait non seulement une augmentation exorbitante des prix de produits essentiels (textiles, chaussures, énergie) mais également des glissements dans la consommation.

4° impôt sur les amortissements :

Il est assez paradoxal que le déficit d'une entreprise soit considéré comme base de l'impôt.

Le but n'est pas d'appliquer un impôt sur les amortissements comme tels, mais "à travers lui (l'amortissement) assujettir les entreprises à une cotisation sociale qui soit fonction de leur degré de mécanisation dont l'importance relative, des dotations d'amortissement constitue l'indicateur le plus aisément

saisissable" (1).

Cet impôt n'est considéré comme une source supplémentaire de financement "compléter le système des cotisations existant et non pas s'y substituer" (2).

La taxation des amortissements ne constitue qu'un pas, et non le premier, dans la voie de la fiscalisation des ressources de la sécurité" (3).

Le système veut remédier aux inconvénients d'une perception de cotisation sur le salaire, en appliquant également un impôt sur les investissements afin de combattre ainsi le sur-équipement et le gaspillage.

En outre, à bref délai, cette base d'impôt n'est pas soumise aux fluctuations de la conjoncture.

Toutefois, ce système comporte bien des inconvénients.

Les amortissements s'appliquent surtout à des biens qui sont assujettis à l'usure (bâtiments, machines) et dans une moindre mesure à des biens qui ne subissent pas de dépréciation (terrains à bâtir, fonds de commerce).

Les entreprises peuvent choisir entre différents types d'amortissements (dégressifs, linéaires et accélérés) ou de coefficients d'amortissement.

D'autre part, la notion fiscale d'amortissement diffère de la notion comptable ; ce qui entraîne une stabilité moindre de la base d'impôt.

5° perception sur la base de la valeur ajoutée (4) des entreprises.

Les éléments qui entrent en ligne de compte sont les suivants : les dépenses de personnel, les amortissements, les provisions, les frais financiers, le bénéfice d'exploitation.

Ce système est recommandé en ce qui concerne les cotisations patronales, quoiqu'il puisse remplacer aussi bien les cotisations patronales que celles des salariés.

La perception de la valeur ajoutée tient compte des différents facteurs de production.

---

(1) M. Lhuguenot : Plaidoyer pour une idée saugrenue: La taxation des amortissements comme mode de financement de la sécurité sociale. Dr. Soc. 1973, p. 54.

(2) M. Lhuguenot : l.c., p. 57.

(3) M. Lhuguenot : l.c., p. 53.

(4) la valeur ajoutée est la valeur des marchandises fabriquées et des services après déduction de la valeur des achats. Voir études I.N.S. :  
 - Etudes statistiques et économiques. 1962, n° 3, p. 17-24 en 1963 ; n° 4. p. 9-24 ;  
 - Quelques notions générales au sujet des comptes nationaux, s.d. stencillées.

Le système permet de mieux répartir la charge entre les différentes industries et tout en favorisant également la mise au travail.

En même temps, la fiscalisation est moins prononcée et permet aussi le maintien de l'autonomie de la sécurité sociale.

Les avantages du système sont ceux que l'on invoque pour défendre la fiscalisation de la sécurité sociale.

Les inconvénients signalés sont les suivants :

- a) une perception sur base de la valeur ajoutée touche également des personnes qui n'emploient pas de personnel (agriculteurs, professions libérales, artisans, propriétaires d'un bâtiment). On pourra remédier à cet inconvénient en dispensant ces personnes de l'impôt.

Cet inconvénient disparaît également lorsque le financement de la sécurité sociale des indépendants se réalise de la même façon ;

- b) une action modératrice sur les investissements. Pour notre pays, les nouveaux investissements sont d'une importance vitale ;
- c) une influence difficilement déterminable sur les prix et salaires.

Cela dépendra de la façon dont les entreprises feront supporter les nouvelles charges par le consommateur ;

- d) d'importants inconvénients techniques (système compliqué de perception, services de contrôle, etc.).

Outre ces inconvénients, ce nouveau mode de financement occasionnerait également des glissements des charges.

Des diminutions des cotisations pour certaines branches d'industrie (mines, textiles, tabac, vêtement, cuir, par exemple) et des augmentations des cotisations pour certaines autres activités (agriculture, boulangerie, par exemple).

Aussi le rapport français "Granger" commente-t-il non sans réserve ce mode de financement.

Les études restreintes qui ont été réalisées montrent que l'effet de ce financement ainsi que les glissements entre les branches d'industrie ont été moins importantes, à quelques exceptions près.

La perception sur base de la valeur ajoutée tient trop de l'expérimentation pour pouvoir financer une branche comme l'assurance-maladie.

A la rigueur on pourrait faire un essai à petite échelle de mise en pratique, au moment où un nouvel avantage social est accordé, dans une période de prix stables.

6° impôt sur le tabac et l'alcool.

L'idée d'appliquer un impôt sur le tabac et l'alcool pour le financement de l'assurance soins de santé n'est pas nouvelle (1).

On la trouve déjà dans la proposition de Loi de Hector Denis (Voir Chapitre I, § 1) de 1897.

On y a également pensé en France (2).

Les organisations de médecins belges y voient un moyen de trouver des ressources financières supplémentaires pour l'assurance-maladie.

Etant donné que le tabac et l'alcool sont considérés comme responsables d'une série de maladies, les promoteurs de cet impôt estiment qu'il est logique de réduire la consommation de ces produits par une augmentation de leur prix.

Les droits d'accises sur ces produits sont des impôts sur leur consommation; laquelle, selon le but proposé, devrait diminuer.

Il en résulterait une réduction graduelle de cette source de revenus supplémentaires - pour autant que le résultat espéré soit atteint.

En ce qui concerne le tabac, seule l'augmentation du droit d'accises sur les cigarettes s'avère rentable:

Produit	Valeur (en millions)	Droits	Revenus (en millions)
cigares	1.825	11,5 %	210
cigarillos	2.000	16 %	320
cigarettes	24.400	58 %	14.470
tabac pour la pipe	1.500	31,5 %	470
	<u>29.725</u>		<u>15.470</u>

Quant à l'alcool, il s'agit d'un impôt à l'hl., dont une partie est destinée à l'industrie (parfumerie) et qui rapporte relativement peu (1,7 milliards de droits d'accises et 3 milliards de taxes de consommation).

Une augmentation très substantielle des droits ne produirait qu'un accroissement relativement minime des revenus.

(1) J. Baeten: De ziekteverzekering weer in rode cijfers. De Gids 1975, p. 889.

(2) J.J. Dupeyroux, l.c., p. 737.

## § 2. Propositions.

A. Régime des marins.

Le déficit est dû au fait que les retenues ont été faites sur des gages standards et non pas sur le salaire réel.

Par lettres en date du 28 avril et du 26 mai 1975 cette situation a été signalée à l'attention de Monsieur le Ministre de la Prévoyance Sociale.

Afin d'assainir la situation il importe :

a) d'adapter les taux des cotisations à ceux du régime général :

	<u>taux actuel</u>	!!~~~~~!~~~_!!L
soins de santé		
armateur	2,80	3,75 (+ 0,95)
homme de l'équipage	2,00	1,80 (- 0,20)
indemnités		
armateur	1,30	1,80 (+ 0,50)
homme de l'équipage	1,00	1,10 (+ 0,10)

b) d'effectuer les retenues pour le secteur soins de santé sur les salaires réels (2).

Pour l'année 1976, le résultat pour le secteur soins de santé, sera le suivant :

prévisions 1976	:	44,072
nouvelles prévisions 1976	:	84,350

B. Régime général.**1. Les pensionnés et les invalides.**

Pour les membres pensionnés du personnel du secteur public (art. 121, 10° Loi sur la maladie) et les employés et ouvriers pensionnés de la S.N.C.B. une retenue sur leur pension, de 1,50 % est prévue pour le secteur soins de santé, pour la tranche comprise entre 13.045 et 26.851 par mois (situation au premier janvier 1976).

(I) Par A.R. du 29 décembre 1975, MB du 6 janvier 1976, les taux des cotisations ont été adaptés comme suit :

	<u>armateur</u>	<u>membre de l'équipage</u>
soins de santé	4,25 (+ 1,45)	2,55 (+ 0,55)
indemnités	1,80 (+ 0,80)	1,10 (+ 0,10)

(2) ce qui n'est pas prévu par l'A.R. mentionné.

La charge croissante des dépenses pour soins de santé justifie la participation des pensionnés, dont les revenus dépassent les 150.000 frs., au financement du système.

Il n'y a pas de raison pour ne pas étendre cette cotisation aux salariés du secteur privé.

Actuellement, des catégories sociales dont le revenu est inférieur entrent également en ligne de compte pour une perception de cotisation.

Les personnes, par exemple, qui jouissent du système du revenu garanti ou du minimum d'existence paient encore une cotisation personnelle de 200 francs par mois.

Cette cotisation est même supérieure à 1,8 % du montant de l'allocation la plus élevée.

	<u>prestations</u> <u>(par an)</u>	<u>1,8 %</u> <u>(par mois)</u>
revenu garanti (au 1er février 1976)		
isolé	66.204	99,30
famille	91.087	136,62
isolé handicapé	93.142	139,71
famille handicapée (I handicapé)	118.025	170,03
minimum de moyens d'existence (au 1er février)		
famille	91.087	136,62
isolé	66.204	99,30

Il ne se justifierait donc pas de **leur** faire payer une cotisation.

Dans l'esprit de la sécurité sociale, il est équitable de les dispenser de toute cotisation.

Un même raisonnement vaut pour les handicapés.

Pour les personnes qui touchent plus de 150.000 frs. par an de pension ou d'indemnité d'invalidité, le même taux de cotisation que pour les salaires (1,8 %) devrait être appliqué.

Ainsi il est proposé :

J.J de porter le taux de cotisation de 1,5 à 1,8 % (J) pour tous les pensionnés et invalides.

Aux Pays-Bas, l'assurance de vieillesse auprès d'une mutualité est limitée à ceux qui ont un revenu ne dépassant pas FI. 5945 (243.320 F.B.).

(I) à 1,85 % si le même système est appliqué pour les actifs (voir plus loin sous le point 4).

Ils paient une prime qui varie d'après leur revenu, allant de 18,20 FI (277 FB) par mois à 126,75 FI (1.934 FB) par mois.

Ce qui correspond, par rapport au revenu, à une cotisation minimale de 2,7 à 10,8 %.

1.2 de percevoir cette cotisation sans plafond (26.851 frs. à l'index 148,52) ;

1.3 de maintenir la dispense de payer des cotisations pour ceux qui touchent moins de 12.500 frs. par mois (actuellement le plafond est de 13.045 frs. à l'index 148,52).

Si cette dispense était également appliquée aux salariés dont le salaire net re-é au-dessous de ce montant, en 1974 (1) 17,6 % des ouvriers et 10,88 % des employés n'auraient pas dû payer de cotisations.

Toutefois ces chiffres sont influencés par les salaires des jeunes ouvriers et employés, ainsi que par les salaires pour prestations incomplètes ou professions secondaires.

Le fait de constater que les personnes âgées constituent la plus importante clientèle des Commissions de l'Assistance Publique (2) plaide en faveur de l'exemption de cotisation au-dessous d'une certaine limite.

Les lourdes charges pour soins de santé imposées aux pensionnés moins aisés plaident également en faveur du maintien d'un montant-plafond.

G. Dooghe (3) arrive aux conclusions suivantes en ce qui concerne les dépenses pour soins de santé des pensionnés : "Overduidelijk blijkt dat de medische consumptie stijgt volgens de inkomenscategorie. De uitgaven liggen 2,5 maal hoger in de hoogste inkomensklasse van de gepensioneerden dan in de laagste.

"Volgens de gegevens zouden de gepensioneerden een geneesheer frequenter raadplegen of bezoeken naar mate zij over hogere inkomens beschikken... ook het geneesmiddelenverbruik staat in relatie met het inkomen...

"Zowel de uitgaven voor brillen... als voor prothesen, hoorapparaten en orthopedische apparaten stijgen progressief met het inkomen...

---

(1) Montant-seuil 10.701 frs. au 1er juin 1974. Salaire brut au-dessous de 13.000 frs.

(2) M. Graffar, L. Heuskin et E. Willart : Etude de la consommation de soixante familles assistées par le bureau de secours de la C.A.P. de Bruxelles. Rév. inst. soc. 1967, p. 115-172.

(3) De inkomensvorming en het bestedingspatroon van gezinnen met gepensioneerden. Bevolking en gezin 1975, n0 2. p. 243-244.

"De relatie tussen inkomen en medische verzorging vergt enig voorbehoud ... de bejaarden, met geringe inkomsten kunnen genieten van een volledige terugbetaling."

L'importance du montant-plafond est sujet à discussion.

Pour 1971 la limite de l'indigence a été déterminée à 48.000 francs par an pour un ménage de pensionnés et à 30.000 frs. pour un pensionné isolé (1).

L'équipe de travail "Alternatieve economie" (2) a déterminé en 1972 le revenu minimum annuel d'un ménage à 60.000 frs.

Selon l'enquête sur le budget familial 1973-1974 le revenu moyen disponible de la catégorie du quartile le moins élevé du groupe des pensionnés s'élevait à 148.103 frs. par an.

- 1.4 de supprimer la cotisation personnelle des ayants-droit au minimum d'existence et au revenu garanti et celle des handicapés ayant des revenus inférieurs au montant plafond.

Ces mesures signifient pour 1976 (3) :

	<u>rendement en plus</u>	<u>rendement en moins</u>
I.) (secteur public	+ 466	
1.3) (secteur privé	+ 70	
(invalides	+ 125	
1.4		- 88 millions de F.
	+ 661 millions de francs	- 88 millions de francs

- 1.5 reste à savoir si la cotisation de 1,8 % ne devrait pas être perçue sur les pensions de travail afin de pouvoir baser la perception sur le montant total des pensions.

Dans beaucoup d'entreprises des pensions supplémentaires sont allouées (4), par la caisse de retraites de l'entreprise même ou par un assureur (assurance collective).

Toutefois on ne dispose que de très peu d'informations précises au sujet des caisses de retraites des entreprises de sorte que des données comptables n'existent pas.

- (1) R. Renard et K. Pauwels: Elements de recherche sur le minimum social. Population et ménage/famille 1965, p.117-139.  
 (2) Armoede in België (Pauvreté en Belgique) Anvers 1972.  
 (3) Chiffres du budget I.N.A.M.I.  
 (4) Art. 2, § 3 de la loi du 9 juillet 1975 sur le contrôle des entreprises d'assurances instaure un contrôle sur ces pensions.



## 2. Taux des cotisations pour soins de santé.

Lorsqu'un déficit se présente l'augmentation du taux des cotisations a été proposée comme la solution normale, lors de la discussion de la loi de 1963.

"Du fait que chaque budget doit nécessairement être en équilibre au départ, entraîne que le montant des cotisations devra être augmenté chaque fois que le montant de dépenses prévisionnelles n'est pas couvert par le total des recettes provenant des cotisations, du subside accordé pour le chômage et du subside égal à 27 % des dépenses prévues (1).

"L'équilibre du budget est réalisé par une éventuelle majoration de cotisations devant assurer, pendant l'exercice en cause, l'apport de recettes correspondant à la prévision de dépenses."

"Et c'est sans doute à ce niveau que le régime de financement réalise l'assainissement du régime, tout en permettant son expansion, et une plus grande efficacité : les dépenses ne sont plus, comme par le passé, confinées dans le cadre de ressources insuffisantes au départ et que l'Etat doit parfaire a posteriori."

"Chaque année, au contraire les ressources sont adaptées aux prévisions de dépenses, résultant de l'évolution du coût des prestations, de l'évolution des progrès médicaux, et des dispositions arrêtées par les conventions en matière d'honoraires." (2)

Les taux de cotisation belges appartiennent aux plus bas.

1!_i!!!!~!_!2Z22	<u>salariés</u>	e!~!~!!!
Belgique	1,8 %	3,75 %
Pays-Bas	4,6 %	7,30 %
Luxembourg		
ouvriers	4 %	4 %
employés	2 %	2 %
France	3,5 % (3)	12,45 % (3)
Rép. Fédér. d'Allem.	5,5 %	5,50 %
Italie	0,3 %	15,96 %

Toutefois, il faut également considérer le problème du point de vue des cotisations globales et du coût total de salaires.

Les employeur~)insistent sur le fait que de 1948 à 1975 les cotisations patronales ont été augmentées de 11,96 à 25,08 pour les ouvriers et de 10,57 à 19,58 pour les employés.

(1) Sénat 1962-63, document 327 - p. 45.

(2) Chambre, Annales Parlementaires 18 juin 1963, p. 4, déclaration du Ministre Leburton.

(3) Ce taux de cotisation est destiné au financement des "assurances maladie, maternité, invalidité et décès."

(4) Conférence de presse F.I.B. l.c. annexe V.

n'après cette même source, (1) le prix du salaire horaire par ouvrier a augmenté, dans l'industrie de conversion, de la façon suivante :

	octobre 70	octobre 74	avril 1975	ordre
Belgique	100,28 fr	196,71 fI'	216,85 fI'	1
Pays-Bas	99,02 fr	189,08 fr	202,57 fI'	2
France	81,27 fr	131,38 fI'	141,39 fr	5
Rép. Féd. All.	112,97 fr	191,75 fr	202,47 Ir	3
Italie	88,56 fI'	139,89 fI'	161,34 fI'	4
Grande-Bretagne	72,19 fI'	101,52 fI'	100,17 fr	6

La Belgique aurait donc le prix du salaire horaire le plus élevé.

Depuis lors, l'enquête trimestrielle de l'I.N.S. signale un ralentissement de la hausse des salaires bruts dans l'industrie (2) :

juillet 1974 - octobre 1974	:	+ 6,2 %
octobre 1974 - janvier 1975	:	+ 4,3 %
janvier 1975 - avril 1975	:	+ 3,5 %
avril 1975 - juillet 1975	:	+ 3,5 %
juillet 1975 - octobre 1975	:	+ 2,7 %

D'après le I.R.E.S., (3) le coût du salaire a évolué comme suit :

	1966-69	ordre	1970-73	ordre	1974	ordre
Belgique	+ 1,5	4	+ 13,6	3	+ 20,~	3
Pays-Bas	+ 9,1	2	+ 12,6	6	+ 17,1	5
France	+ 8,9	3	+ 13,9	4	+ 19,0	4
Rép. Féd. All.	+ 6,4	5	+ 11,1	7	+ 11,8	7
Italie	+ 5,4	1	+ 18,6	1	+ 23,5	2
Grande-Bretagne	+ 5,5	6	+ 12,9	5	+ 16,8	6
Etats-Unis	+ 5,2	8	+ 6,2	8	+ 1,9	8
Japon	+ 13,1	1	+ 17,2	2	+ 21,5	1

Bien que la Belgique se trouve en tête, il faut toutefois compléter ce chiffre de l'accroissement accéléré de la productivité en Belgique (4).

	1966-69	ordre	1970-73	ordre	1974	ordre
Belgique	+ 6,4	4	+ 6,0	3	+ 5,6	1
Pays-Bas	+ 5,9	6	+ 8,5	2	+ 3,3	6
France	+ 1,3	2	+ 5,9	7	+ 2,4	2
Rép. Féd. All.	+ 6,3	5	+ 5,1	5	+ 1,0	5
Italie	+ 6,1	3	+ 4,0	8	-	3
Grande-Bretagne	+ 3,1	1	+ 1,9	6	+ 1,1	5
Etats-Unis	+ 2,3	8	+ 3,1	1	+ 0,7	7
Japon	+ 15,1	1	+ 10,6	1	+ 2,~	7

(1) Conférence de Presse F.I.B. I.e. annexe II ; voir aussi F.I.B. Bull. Héd. n° 8, 10 mars 1975, p. 972-973 et Bull. Héd. n° 32, 20 décembre 1972, p. 3.682.

(2) exclusivement mines et industrie du fer.

(3) Bulletin I.R.E.S. mars 1975, p. 6.

(4) Source : I.R.E.S.

Il appartient en dernier lieu au Gouvernement et aux organisations représentatives des employeurs salariés et ayants-droit à l'assurance-maladie, d'examiner quelle partie du revenu sera dépensée pour soins de santé.

Une cotisation de D,10 % correspond à 1,062 milliards de frs. de revenus supplémentaires.

Il existe également des promoteurs d'un système de taux de cotisation modulé.

Cette modulation varierait selon le revenu ou éventuellement selon la branche industrielle.

Ce système est techniquement très compliqué.

C'est pour cette raison d'ailleurs qu'il a été rejeté en France (1).

Toutefois, une proposition vaut la peine d'être examinée.

Les indépendants paient 2,35 % sur leur revenu fiscal indexé (actuellement plafonné à 751.773 frs.) ; les salariés 1,8 % sur leur salaire non-plafonné.

Pour les indépendants il est conseillé d'annuler la limite des revenus (voir plus loin C, 3).

De cette façon, il serait possible de taxer chaque personne physique de 2,35 % sur son revenu global fiscal, sous déduction de la cotisation personnelle payée.

Exemple :

1) revenu fiscal de 200.000 frs.

Supplément à payer 200.000 x 2,35 % =  
Cotisation payée de 6.500 frs. = 0 frs.

2) revenu fiscal de 500.000 frs.

Supplément à payer 500.000 frs. x 2,35 % =  
Cotisation payée de 10.860 frs. = 950 frs.

3) revenu fiscal de 1.000.000 frs.

Supplément à payer 1.000.000 frs. x 2,35 % =  
Cotisation payée de 21.600 frs. = 1.900 frs.

Cette manière de procéder permettrait de supprimer toutes les cotisations personnelles pour des groupes spécifiques (handicapés, étudiants, personnes non protégées) ou pour certains cas (documents de cotisation n'ayant pas une valeur suffisante, assurance continuée).

---

(1) Rapport Foutbier.

En même temps on pourrait accepter comme principe que chaque personne physique soit assurée en matière de soins de santé.

### 3. plafond salarial des indemnités.

Le plafond des salaires pour les indemnités s'élève au 1er janvier 1976 à 41.050 frs., ce qui correspond à un salaire annuel de 492.600 frs.

Il est proposé de supprimer ce plafond mais de porter en même temps les montants des prestations à un maximum (par exemple 40.000 frs. en 1976), montant qui sera adapté chaque année (J).

D'autre part, les taux de cotisation pourraient être réduits ce qui, d'après l'option choisie, peut tourner à l'avantage des ouvriers ou des employés.

La suppression du plafond des salaires donnerait pour l'année 1976 : 1.992,8 millions de frs. de revenus supplémentaires (2).

Elle aura une plus grande influence lors de la mise au travail des employés que lors de la mise au travail des ouvriers.

En effet, les employés sont le plus en nombre à avoir des appointements supérieurs au plafond.

Certaines branches de l'industrie à salaires élevés (par exemple raffineries de pétrole, centrales électriques, métaux non-ferriques, commerce de gros, banques, sociétés de crédit, industrie chimique, industrie électronique, extraction et production de minerais) seront davantage touchées par cette suppression.

Par ailleurs, la comparaison des revenus et des dépenses fait apparaître un boni pour les employés et un mali pour les ouvriers et les mineurs.

	~!!Y!~!!~!!	~e!~I~!	<u>mineurs</u>
1969	- 827,5	+ 1.161,4	- 220,7
1970	- 869,4	+ 1.653,8	- 142,9
1971	- 1.165,9	+ 1.930,5	- 253,~
1972	- 1.184,5	+ 2.204,8	- 217,9
1973	- 2.693,5	+ 2.439,8	- 212,2

C'est pourquoi la préférence est accordée à une diminution du taux de cotisation pour les employés.

- (1) Depuis lors, par l'article 122 de la Loi du 5 janvier 1976 concernant les propositions budgétaires 1975-76, la base légale nécessaire d'une telle mesure a été insérée à l'article 46 de la Loi-maladie.
- (2) l'augmentation de l'intervention de l'Etat en faveur des chômeurs (54,8 millions de frs) n'est pas prise en considération.

#### 4. Taux de cotisation indemnités.

Depuis 1964 jusqu'à ce jour, le taux de cotisations des salariés a été diminué et augmenté pour les employeurs :

ouvriers	1964-68	+ 0,05	employeurs	+ 0,05	résultat	+ 0,10	
	<u>1968-75</u>	<u>- 0,35</u>		<u>+ 0,35</u>		<u>=</u>	
	1964-75	- 0,30		+ 0,40		+ 0,10	
employés	1964-68	+ 0,05	employeurs	1964-68	+ 0,05	résultat	+ 0,10
	<u>1968-75</u>	<u>- 0,30</u>		<u>1968-75</u>	<u>+ 0,30</u>		<u>=</u>
	1964-75	- 0,25		1964-75	+ 0,35		+ 0,10

Vu la proposition reprise sous 3 une diminution du taux de cotisation est proposée :

a) pour les patrons des employés	: 1,70 (-0,10)
b) pour les employés	: 0,60 (-0,10)
c) total	: 2,30 (-0,20)

Une diminution supplémentaire de 0,05 % - aussi bien pour les ouvriers que pour les employés - pourrait être transférée vers la branche soins de santé.

Finalement cette opération donne le résultat suivant :

##### a) secteur indemnités :

régime ouvriers	J. ouvriers	1,05 (- 0,05)
	2. employeurs	1,80 ( = )
	TOTAL	2,85 (- 0,05)
régime employés	1. ouvriers	0,55 (- 0,15)
	2. employeurs	1,70 (- 0,10)
	TOTAL	2,25 (- 0,25)

##### b) secteur soins de santé :

I. salariés	1,85 (+ 0,05)
2. employeurs	3,75 ( = )
TOTAL	5,60 (+ 0,05)

C. Régime des indépendants.

1. statut propre.

Le Conseil Supérieur des Classes Moyennes dans ses avis du 18 octobre 1972 et du 15 mai 1974, et le rapport Allard sur la programmation sociale 1975-80, ont confirmé leur préférence pour un statut propre en faveur des indépendants.

Le Conseil Supérieur des Classes Moyennes ne rejette pas à priori l'idée d'une assurance publique, mais il considère que le moment n'est pas encore venu pour introduire une telle réforme (I).

Cela signifie une large autonomie "au~ bien sur le plan de la gestion que sur celui du choix et de la détermination des risques à couvrir" ( )

Le système de sécurité sociale des indépendants est déficitaire (~ 1) milliards de frs.).

Les causes en sont les suivantes :

1. la charge des pensions (back-service) ;
2. la diminution d~ nombre des indépendants.

Un élément qui mérite également l'attention est la diminution continue du nombre d'indépendants.

Elle est surtout perceptible parmi ceux qui exercent comme profession principale du travail indépendant :

	<u>actifs</u>	<u>actifs après l'âge de retraite</u>
1970	- 13.227	+ 114
1971	- 19.167	- 2.433
1972	- 16.309	- 1.024
1973	- 11.621	- 1.850
1974	- 10.391	- 621

D'autre part, on constate un accroissement des activités indépendantes en tant que profession secondaire :

3) décembre 1969 : 39.008  
31 décembre 1974 : 57.737

---

(I) avis du 15 mai 1974, p. 3. Dans son avis du 23 avril 1975 le Conseil se prononce pour une enquête portant sur une pension en faveur de toute la population.

Ces mouvements ont eu une influence sur le nombre des assujettis au paiement des cotisations :

31 décembre 1969	:	726.658
31 décembre 1970	:	719.066
31 décembre 1971	:	704.706
31 décembre 1972	:	694.888
31 décembre 1973	:	687.486
31 décembre 1974	:	677.006

Selon l'activité professionnelle, les indépendants se répartissent comme suit :

agriculture	:	18,1
pêche	:	0,12
industrie	:	24,4
commerce	:	34,1
professions libérales	:	6,7
services	:	5,1
divers	:	8,2
clergé	:	3,1

	<u>actifs</u> <u>(profession</u> <u>principale)</u>	<u>pensionnés</u>	<u>proportion</u>
1968	589.102	249.615	2,36/1
1975	512.226 (- 13 %)	356.095 (+ 42 %)	1,44/1

### 3. la situation des agriculteurs.

Presque la moitié du déficit provient du groupe des agriculteurs.

En raison du système fiscal privilégié dont ils profitent et de la tendance de nombre d'entre eux à passer vers d'autres branches de l'industrie, les agriculteurs reçoivent plus que leur contribution tant au niveau des pensions et des allocations familiales que des autres prestations (I).

Le Conseil Supérieur des Classes Moyennes a suggéré le 5 février 1975 (2) que "Le Fonds de l'Agriculture devrait intervenir pour couvrir la différence entre les cotisations restreintes des agriculteurs et celles estimées nécessaires pour couvrir le statut social."

(I)	<u>cotisations</u>	<u>indemnité</u>
pensions	15,8 %	43,7 %
allocations familiales	15,8 %	30,9 %
indemnités d'invalidité	-	34 %

(2) voir également avis du 18 octobre 1972.

4. le législateur et le Gouvernement prêteraient trop facilement l'oreille à certaines exigences irréfléchies et à une surenchère trop facile (1).

Enfin, les indépendants sont d'avis que les cotisations payées sont déjà trop élevées et que l'Etat devrait réaliser un plus grand effort financier en faveur des indépendants.

Il n'est signalé nulle part que le système des indépendants subit également l'effet désavantageux de la sous-évaluation, la sous-estimation, la fraude et l'évasion fiscales par le fait que la perception se fait sur les revenus fiscaux.

L'existence de la cotisation minimale constitue le seul correctif.

## 2. l'extension de l'assurance soins de santé.

Quoique l'extension de l'assurance soins de santé à tous les risques constitue une évolution normale, il ressort du rapport Allard au sujet de la programmation social-1975-80 que cette idée a été rejetée à l'unanimité des voix en raison de la lourde charge financière.

Le groupe n'a voulu prendre en considération que l'extension de l'assurance à quelques risques, qui ne sont pas encore prévus en ce moment (prestations pour thérapie spéciale non déterminée dans l'A.R. du 30 juin 1964 : physiothérapie, rhumatologie, interventions chirurgicales ayant une valeur au-dessous de K 40 et anesthésies qui s'y rapportent.

La répercussion financière était d'après le rapport Allard de l'ordre de 87,6 millions de francs en 1974. Un nouveau calcul pour 1976 estime la dépense supplémentaire à 134 millions de francs. Cela implique une augmentation du taux de cotisation de 1,0257 %, soit de 2,35 à 2,41 %.

Pour l'assurance libre une intervention supplémentaire de l'Etat de 600 millions de francs a été proposée afin de limiter l'augmentation de la cotisation des assurés libres.

Pourtant le 15 mai 1974 le Conseil Supérieur des Classes Moyennes s'est encore prononcé en faveur de l'assurance de tous soins de santé moyennant une cotisation de 2 % pour les grands risques et une cotisation forfaitaire de 350 francs pour les petits risques.

La répercussion financière de l'extension de l'assurance de la totalité des soins de santé aux indépendants est considérable.

---

(1) Avis Conseil Supérieur des Classes Moyennes du 23 avril 1975, page 3.



Il est vrai que comparativement, les dépenses pour indépendants, sont inférieures à celles du régime général, mais cela s'explique en partie "par le fait que le travailleur indépendant n'a pas encore acquis l'habitude de faire appel aux soins." (1)

Le rapport Allard a estimé l'augmentation minimale ~ 2,93 %, avec une correction éventuelle pour un accroissement de la consommation jusqu'à 3,5 % chez les indépendants.

Si l'on prend en considération le prix coutant maximal en calculant pour les indépendants le même prix coutant que celui du régime général, il faudra une augmentation de 3,9 %.

Pour l'année 1976 il serait nécessaire de porter le taux de cotisation de 2,35 % à 6,25 % tandis qu'une cotisation supplémentaire de l'Etat d'un montant de 2,4 milliards de francs serait exigée.

Toutefois, il faut considérer qu'une grande partie des indépendants sont déjà assurés contre ce qu'on appelle les petits risques (2).

Le pourcentage d'assurés s'élevait en :

1971 à	56,10 %
1972 à	56,57 %
1973 à	57,49 %
1974 à	57,03 %

La cotisation payée varie actuellement de 320 frs. à 2.500 frs. par mois selon la mutualité et la catégorie à laquelle appartient l'assuré.

Lors de l'extension de l'assurance, cette cotisation, dont le montant devient plus important en raison de l'accroissement du nombre d'assurés obligatoires, serait supprimée.

La cotisation mensuelle supplémentaire se chifferrait, d'après le calcul des cotisations en vigueur en 1975, de 437 à 2.187 francs (3).

En outre la cotisation supplémentaire doit être comparée avec le dégrèvement du budget familial par suite de l'intervention de l'assurance-maladie pour les "petits risques".

Si l'extension à tous les risques pour tous les indépendants n'est pas réalisable, on devrait au moins généraliser le régime pour les V.I.P.

(1) Rapport Allard, p. 120.

(2) L'Etat intervient pour un montant de 44 % des cotisations. Pour 197b cette intervention s'élève à 950,5 millions de frs.

(3)  $134.590 \text{ frs.} \times 3,9 = 5.249 \text{ frs.} : 12 = 437 \text{ frs.}$   
 $672.950 \text{ frs.} \times 3,9 = 26.245 \text{ frs.} : 12 = 2.187 \text{ frs.}$

Le financement se ferait pour tous les V.I.P.

- a) par une part des cotisations de sécurité sociale ;
- b) par une contribution des V.I.P. qui reçoivent une pension supérieure à 150.000 frs.
- c) par une contribution de l'Etat.

Nous traiterons plus loin de cette question sous d. Contributions de l'Etat.

La couverture des petits risques pour les V.I.P. a toutefois été rejetée dans le rapport Allard, partiellement à cause des dépenses trop élevées (augmentation des cotisations de 1,65 %) et partiellement à cause du fait que la plupart des V.I.P. sont déjà couverts contre tous risques par suite de l'un ou de l'autre statut (1).

Comme solution alternative il a été proposé de reprendre les V.I.P. pour les petits risques dans le groupe des personnes non protégées du régime général.

Moyennant paiement d'une cotisation, ils auraient droit au remboursement, mais sans tarif préférentiel.

Beaucoup de V.I.P. bénéficient de l'assurance par l'intermédiaire du régime général: cet argument révèle l'anomalie bien connue des ex-indépendants, ayant travaillé comme salariés pendant une ou plusieurs années et qui se classent dans le régime général.

Pour l'année 1976 la couverture des petits risques pour tous les V.I.P. ex-indépendants, reviendrait à environ 3.750 millions de francs.

Cette mesure exigerait une adaptation du taux de cotisation de 1,72 % ou  $2,35 \% \times 1,72 = 4,04 \%$  comme taux de cotisation (2).

### **3. suppression du plafond de revenu.**

Tout comme pour le régime des salariés on admet le principe de la suppression du plafond de revenu.

Dans une étude sur le financement de la sécurité sociale des indépendants, la suppression du plafond du revenu est considérée comme inévitable. "Mais il ne faut toutefois pas perdre de vue que la suppression des plafonds de revenus entraînerait des résistances énormes de la part des indépendants bénéficiant de revenus relativement élevés (et qui de ce fait représentent une puissance politique assez importante) (3).

---

(1) voir plus loin sous point 7.

(2) ces pourcentages deviennent inférieurs lors de la suppression du plafond de revenu.

(3) Simulatie van de bijdragen van de sociale zekerheid der zelfstandigen voor de periode 1975-80. Studie van het Centrum voor Economische studiën KUL uitgevoerd door J. Lauwaert onder leiding van Dr. R. Boelaert, april 1975. p. 31-32.

La suppression du plafond des revp.nus se justifie d'autant plus que c'est précisément dans les classes des revenus supérieurs que se présentent les cas de dissimulation des revenus mobiliers, sous-évaluation des revenus immobiliers et déclaration insuffisante des revenus.

Parmi les indépendants, il y a également un glissement du groupe des revenus inférieurs vers les revenus moyens et supérieurs.

Il ressort de la comparaison des données fiscales des années 1965-1967-1969, avec les données de l'O.N.S.S. que le revenu professionnel des indépendants a augmenté en moyenne de 9,54 % et celui des salariés de 7,84 % (1).

La suppression du plafond des revenus se heurte toutefois à l'obstacle d'un éventail très large des revenus (allant de 0 frs. à 100 millions de frs. par exemple) et ainsi les revenus les plus élevés seraient tenus à des cotisations très élevés.

Pour l'année 1976 on arriverait à un rendement supplémentaire dans le secteur :

soins de santé (2)	: de 0,743 milliards de frs.
indemnités (2)	: de 0,208 milliards de frs.
indemnités (en conservant la limite limit~ (3))	: de 0,099 milliards de frs.

Le rendement supplémentaire de 743 millions de frs. serait absorbé dans le secteur soins de santé par un déficit de 723 millions de francs et garantirait ainsi l'équilibre financier.

Pour le secteur indemnités, le déficit cumulé de 72,2 millions de francs (4) serait comblé.

#### 4. taux de cotisation.

Les organisations d'indépendants sont opposées toute nouvelle augmentation des taux de cotisation du statut social..

Pour la période 1971-75 il y a un accroissement du taux de cotisation de :

18,8 %	pour le régime des salariés ;
29 %	pour le régime des indépendants, - accroissement accompagné d'une diminution du nombre de ceux qui paient des cotisations.

Comme nous l'avons précisé plus haut, une augmentation des cotisations est inévitable.

(1) Etude J. Lauwaert, l.c., p. 1a.

(2) limite: 728.420 frs.(index 148,52) au 1 janvier 76:751.773

(3) limite: 473.473 frs.(index 148,52) au 1 janvier 76:488.653

(4) situation du fonds de réserve :

+ 84,9 millions	au 31 décembre 1972
- 60,9 millions	(1973)
- 72,5 millions	(1974)
- 22,6 millions	(1975)
- <u>1,1 millions</u>	(1976)
- 72,2 millions	

- a) ou bien pour combler le déficit du secteur soins de santé (à moins que le plafond des revenus soit supprimé; voir plus haut sous point 3) de 2,35 à 2,81 % ;
- b) ou bien pour couvrir les V.I.P. contre tous risques en matière de soins de santé : de 2,35 à 4,04 % ;
- c) ou bien pour étendre le secteur soins de santé aux risques énumérés dans le rapport Allard (voir plus haut, sous le point 2) de 2,35 à 2,41 %.

Par combinaison :

a + c	: de 2,35 à 2,87 %
a + b	: de 2,35 à 4,50 %
a + b + c	: de 2,35 à 4,56 %

### 5. base de perception de la cotisation.

La base de perception de la cotisation dans le régime des indépendants sont les revenus professionnels, diminués des dépenses en charges professionnelles et le cas échéant des pertes professionnelles, fixées conformément à la législation relative à l'impôt sur les revenus.

Ces revenus professionnels sont ceux qui se rapportent à l'exercice d'imposition dont le millésime désigne la deuxième année civile précédant immédiatement celle au cours de laquelle les cotisations sont dues (par exemple: pour 1975, il s'agit de l'année d'imposition 1972) (I).

Ces revenus professionnels sont adaptés aux fluctuations de l'index:

p.ex.1975	= 1972 x 1,3728
1974	= 1971 x 1,2190
1973	= 1970 x 1,1825

Cette méthode présente trois inconvénients :

- 1° la fraude fiscale se répercute sur la perception de cotisation ;
- 2° certains groupes (entre autres les agriculteurs) bénéficient d'un système fiscal privilégié qui de ce fait peut leur procurer des avantages pour la perception des cotisations. Toutefois, le système de cotisations minimales pallie dans une large mesure à cet inconvénient.

---

(I) art. II A.R. n° 38 portant organisation du statut social des indépendants.

3° dans une période d'inflation, le coefficient de majoration calculé sur l'index au 1er janvier ne neutralise pas suffisamment l'augmentation des revenus et des dépenses quoiqu'un correctif ait été prévu. A ce sujet, une formule perfectionnée a été introduite par le gouvernement (1).

## 6. les communautés de religieuses.

Dans le déficit du secteur des soins de santé pour indépendants, les dépenses pour les communautés religieuses constituent un facteur important du déficit.

Pour l'année 1976, pour des rentrées de 101,9 millions de frs. on s'attend à 234,6 millions de frs. de dépenses.

La majoration récente des cotisations n'est pas à même d'y remédier dans une large mesure (2).

Le problème est structurel: d'une part les religieux actifs tombent dans le régime général (comme employé ou dans l'exécution d'une fonction publique) ; d'autre part on assiste à un vieillissement du groupe des religieux (> 60 ans) en raison d'une diminution des vocations.

## 7. transfert du régime des indépendants au régime général.

Conformément à l'article 30 de l'A.R. du 30 juillet 1964, le transfert pour les dépenses en matière de soins de santé, supportées par le régime général en faveur des indépendants à carrière mixte, est réglé d'une façon forfaitaire.

Pour 1976, cette répartition se fait comme suit:

chiffre moyen des frais indépendant	3.445 frs.	
nombre d'indépendants à carrière	138.000 frs.	T.I.P.
mixte	42.000 frs.	V.I.P.
	<hr/>	
	180.000 frs.	ayants-droit

$$\frac{3.445 \text{ frs.} \times 180.000}{2} = 310 \text{ millions de frs.}$$

Une estimation brute montre que ces chiffres doivent se trouver au-dessous de la réalité.

(1) art. 8,3°. Loi du 6 février 1976 modifiant certaines résolutions en matière du statut social pour indépendants.

(2) A.R. 11 décembre 1975. Les revenus s'élèvent, après adaptation des cotisations personnelles, à 132,2 millions de francs.

Le prix coûtant d'un indépendant est relativement bas car l'assurance soins de santé ne couvre que les gros risques.

Toutefois, sous certaines conditions, les indépendants à carrière mixte, peuvent bénéficier des avantages du régime général.

En supposant que les 180.000 indépendants à carrière mixte bénéficient de ce régime, les dépenses faites à leur profit dans le régime général pourraient être estimées pour l'année 1976 à :

T.I.P.	962 millions de frs
V.I.P.	<u>875</u> millions de frs
	1837 millions de frs

Des données statistiques plus précises ne sont pas disponibles d'où l'estimation susmentionnée laisse supposée que les 310 millions de francs versés par le régime pour indépendants sont au-dessous de la réalité.

#### D. Intervention de l'Etat

##### I. Indemnités

L'intervention de l'Etat pour les indemnités d'invalidité varie selon le régime.

	2e et 3e année d'incapacité de <u>travail</u>	4e et années suivantes d'incapacité de tra- <u>vail</u>
régime général et régime marins :	75 %	<b>75 %</b>
régime indépendants :	50 %	<b>90 %</b>
régime mineurs :	100 %	

L'application d'un même pourcentage d'intervention de l'Etat au régime des indépendants et à celui des salariés aurait donné en 1976, pour le régime des indépendants un rapport supplémentaire de 24,8 millions de francs.

(en millions de frs)	ystème actuel	ystème comme <u>celui des salariés</u>
<u>invalidité (2e et 3e année)</u>	<b>303,9 (50 %)</b>	455,9 (75 %)
invalidité (4e année et année suivantes)	<u>763,2 (90 %)</u>	<u>636 (75,6)</u>
	1057,1	1091,9

(1) un indépendant pensionné avec une année d'activité en tant que salarié, pourvu qu'il paie une cotisation personnelle peut bénéficier du régime général.

L'intervention de l'Etat dans les frais funéraires est passée en 1970 (Loi du 9 juin 1970) de 95 à 70 % étant donné que le secteur indemnités dans le régime général présentait un boni.

Actuellement, il n'en est plus ainsi. C'est au Gouvernement de juger - compte tenu de la situation économique - quelles sont ses possibilités financières.

## 2. Soins de santé

a) Le financement par l'Etat à concurrence des 95 % pour les maladies sociales et 27 % pour les autres dépenses, constitue actuellement une complication administrative qui, du point de vue de financement n'a aucune utilité.

Il serait peut-être préférable de revenir à un seul pourcentage pour l'intervention de l'Etat et ce pour le financement de tous les soins de santé mais la difficulté réside dans le fait qu'il faudra toujours fixer différents pourcentages selon qu'il s'agit du régime pour indépendants ou du régime général.(1)

b) le pourcentage de 27 % (2) est considéré par plusieurs organisations comme étant insuffisant (3) étant donné que d'après l'esprit de la loi sur l'assurance maladie de 1963, ce pourcentage aurait été prévu pour couvrir les dépenses pour les V.I.P.

Dans les discussions parlementaires qui ont précédé la loi du 9 août 1963, on ne trouve aucune discussion dans ce sens.

On estime que les 27 % permettent de combler le déficit (4).

Il apparaît que le régime des V.I.P. aurait été déficitaire, même dès le début, à l'exception peut-être de l'année 1964 - si les 27 % avaient été uniquement prévus pour le financement. (5)

(1) Pour le budget I.N.A.M.L. 1976 (index 148,52) ces pourcentages seraient les suivants : a) régime général : 34,023 % ; b) régime indépendant : 39,26 %.

(2) Dans le projet original il était question de 32 % (Chambre 1962-63, document 527/1-article 121/7°) et dans l'avant-projet de 35 % (Sénat 1962-63, document 327, page 88).

(3) Voir également la discussion du budget 1975 du Ministère de la Prévoyance Sociale. Ann. ParI., Chambre, 8 janvier 1975, pages 982-983, intervention du député Gondry. Dans "Orientation mutualiste" 1971, n° 5, page 251, 3 % sont demandés au lieu de 27 %. Congrès National ~ 22-23 avril 1972.

(4) Chambre 1962-63, document 527/16, page 65 in fine.

(5) Dans ce sens J. Baeten, supra l. c.

Sur base de l'article 123, § 1, 3° de la Loi-maladie, en vertu duquel les revenus provenant de l'intervention de 27 % de l'Etat et des cotisations personnelles des pensionnés du secteur public sont répartis d'après le nombre de veuves, invalides et pensionnés de chaque ligue nationale, on peut constater un rapport entre les deux éléments. Jusqu'à présent aucun Gouvernement n'a consenti à prendre entièrement à sa charge le financement des V.I.P. et d'autre part à adapter en permanence les 27 %. (1)

Pour l'année 1976, cette cotisation est temporairement même inférieure à 27 %.

c) L'aide de l'Etat est calculée sur une autre base. Pour les maladies sociales sur le montant des frais, c'est-à-dire les dépenses réelles (article 121, 3° loi-maladie) et pour les autres dépenses pour soins de santé sur les prévisions budgétaires. Cela implique qu'il n'y aura pas d'aide supplémentaire de l'Etat lorsque les prévisions budgétaires restent au-dessous de la réalité.

Le problème est d'une acuité particulière pour les dépenses soins d'hospitalisation où le Ministère de la Santé Publique peut obtenir des crédits supplémentaires, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour l'I.J.A.M.I.

Aussi en 1976, le nombre de jours d'hospitalisation proposé par l'I.N.A.M.I. a-t-il été diminué de 2 millions d'unités pour "mieux se rapprocher de la réalité" (4).

---

(1) En 1970 le Gouvernement avait promis d'augmenter l'aide de l'Etat (voir commission nationale médico-mutualiste, rapport du 12 janvier 1970), tandis qu'en 1972 il était d'avis qu'une adaptation était inutile. (Voir Chambre 4-XVIII, séance 1972-73 N° 2 page 11). En 1975 le Gouvernement a majoré les cotisations de l'Etat de 750 millions de francs de sorte qu'elles atteignent les 28 %, mais la marge de sécurité a été supprimée.

(2) Voir lettre du ministre de la Prévoyance Sociale du 7 novembre 1975 adressée au Comité de gestion pour soins de santé.

(3) sauf pour l'augmentation de l'index, étant donné que le budget est établi selon un index imposé, qui habituellement, reste au-dessous de la réalité.

	<u>index imposé</u>	<u>index comité de direction</u>	<u>index obtenu</u>
'68	134,75		134,98
'69	137,50		139,56
1970	143,00		145,52
'71	148,50		151,38
1972	156,75		159,27
1973	126,08		130,98
1974	112,54	124,25	122,14
1975	126,75	139,95	138,86

(4) Chambre, document 4, 75-76; budget recettes et dépenses page 75.



Ainsi qu'il résulte de la discussion sous le Chapitre IX qui concerne l'hospitalisation, chaque année, les réalisations étaient proches des chiffres prévus par l'I.N.A.-i.I. Le décalage le plus important était de 1,1 % (en 1973). Actuellement une diminution de 7,9 % (1973) est appliquée et le nombre de jours d'hospitalisation est réduit au niveau de l'année 1973. Cette mesure se justifie si l'on considère comme exact le nombre de jours d'hospitalisation prévu dans le budget du Ministère de la Santé publique. (1)

Toutefois aucune donnée objective ne permet de mettre en doute les chiffres de l'I.N.A.-i.I.

d) Il est néanmoins nécessaire pour une bonne gestion, de déterminer le montant de l'intervention de l'Etat au moment de l'établissement du budget. Actuellement le budget est établi au mois de mai et l'intervention de l'Etat est fixé au mois de juillet (2). Cette façon de procéder ne permet pas d'établir un budget de façon sérieuse. C'est au moment de l'établissement du budget que le gouvernement devrait déterminer le montant de son intervention. Un pourcentage déterminé à l'avance - comme prévu à l'article 121 de la Loi-maladie - sans doute une bonne solution.

Si le gouvernement ne désire pas qu'un pourcentage fixé par la loi dépasse ses possibilités financières par suite de l'accroissement des dépenses, on pourrait passer à un autre calcul de ce pourcentage (voir également point a), par exemple x pourcent des recettes fiscales ou un montant déterminé qui augmenterait chaque année en fonction d'un paramètre (p.ex. l'index).

- e) finalement, la meilleure solution semble être un financement par lequel :
- a) le secteur des soins médicaux pour les actifs pourrait se suffire à lui-même.
  - b) le secteur des soins médicaux pour les V.I.P. serait subventionné de trois façons
    1. par une cotisation de solidarité des actifs, comprise dans la cotisation de sécurité sociale;

(1) Chambre 1975-76, N° 3, 4-1, page 59.

(2) vu qu'il peut toujours être dérogé par la suite à l'article 121 de la loi-maladie, en vertu de la loi budgétaire.

2. par une cotisation personnelle des V.I.P. bénéficiant d'une pension supérieure à un montant déterminé ;

3. par une intervention de l'Etat.

Pour l'année 1976, selon le budget établi par l'I.N.A.M.I., la situation serait la suivante dans le régime général :

a) Recettes et Dépenses (en millions de francs)

<u>Recettes</u> (en millions de francs)		<u>Dépenses</u> (en millions de francs)	
cotisation de sécurité sociale	58.950,1	prestations de santé	43.566,5
cotisations personnelles	110	maladies sociales	2.098,1
assurances d'automobiles(1)	360	I.N.A.M.I.(1)	282,8
intervention de l'Etat		frais administratifs institutions d'assurances	4.156,1
ch8mage	3.541,4	transfert système des indépendants	201,5
maladies sociales	2.160,0	LN.A.M.I.(1)	22,7
accords internationaux(1)	707,3	statut social(1)	299,7
recettes diverses	10,0	accords internationaux	<u>1.154,0</u>
	<u>65.838,8</u>		5.382,4

Résultat : 14.456,4 de trop

**b) les V.I.P. dans le système général :**

<u>Recettes</u>		<u>Dépenses</u>	
cotisations pensionnés	530	prestations de santé	37.111,5
cotisations personnelles	360	maladies sociales	3.513,0
27 %	23.756,3	LN.A.H.I.(1)	84,2
assurance d'auto.obiles	107	frais d'ad~inistration organisme assureur	1.624,7
maladies sociales	3.616,7	I.N.A.M.I.(1)	6,8

(1) répartis comme suit, d'après le nombre des membres : T.I.F. 7,06 %  
V.I.P. 22,84 %.

accords internationaux(1)	210,6	emprunts	797,0
		statut social	89,2
		transfert régime indépendant	- 108,5
		accords interna- tionaux(1)	<u>344,7</u>
	<u>2.500,6</u>		<u>43.662,6</u>

Résultat : 15.062 trop peu

Résultat final: (15.062 - 14.456,4 = 625,6 en déficit)

Il en résulte, comme déjà indiqué précédemment, que le régime général, en ce qui concerne les actifs, présente un boni, tandis qu'il est déficitaire pour les V.I.P.

C'est pourquoi, la cotisation actuelle de 5,55 % pourrait être scindée en deux parties :

- a) une cotisation propre au régime des actifs ;
- b) une cotisation de solidarité pour le régime des V.I.P.

Le régime des actifs disposerait des revenus suivants :

a) cotisations de sécurité sociale	47.797,3	(4,5 pct)
b) cotisations personnelles	140	- 52 (voir page 214)
c) assurance automobile	360	
d) intervention d'Etat - chômage	2.445,6	(3.541,4 x 4,5 %)
e) accords internationaux	707,3	
f) divers	10,0	
	<u>51.808,2</u>	(pour 51.382,4 de dépenses)

Le système des V.I.P. disposerait des revenus suivants :

a) cotisations de solidarité	11.684	(1,10 pct) (2)
b) cotisations pensionnés	530	+ 661 (voir page 214)
c) cotisations personnelles	360	- }6 (voir page 214)
d) assurance-auto	107	
e) intervention d'Etat - chômage	695,6	(3.541,4 x 1,10 %)
f) intervention d'Etat pensionnés et invalides (3)	29.533	
g) accords internationaux	210,6	
	<u>43.745,2</u>	(pour 43.622,6 de dépenses)

(1) répartis comme suit, d'après le nombre des membres : T.I.P. 77,06 % ;  
V.I.P. 22,94 % ;

(2) 1,05 % + 0,05 % provenant du secteur indemnités

(3) 27 % + 95 x = 23.756,3 + 5.776,7.

Au total 95.553,4 de revenus contre 95.005 de dépenses.

L'intervention de l'Etat (actuellement 27 ou 95 % des dépenses) serait transformée en intervention d'Etat en fonction des pensions payées et des indemnités.

Les dépenses totales pensions et indemnités d'invalidité s'élèvent à (voir tableau 46) :

en	(en milliards)
1976	189,114
1975	154,945
1974	132,603
1973	108,482

L'intervention de l'Etat pour l'assurance-maladie s'élevait par rapport à ces montants à :

en	
1976	16,12 (29,533 millions fr)
1975	15,53 (24.068,4 millions fr)
1974	15,29 (20.272,7 millions fr)
1973	15,05 (16.325 millions fr)

Tableau 46 : dépenses pour pensions et indemnités d'invalidité

<u>Pensions</u> (en millions de francs)	<u>1976</u>	<u>1975</u>	<u>1974</u>	<u>1973</u>
1. fonctionnaires publics(11,01)	8.330	6.655	5.981,7	4.915,9
2. ministres du culte (11,02)	311	256	241,1	195,3
3. pensions d'ancienneté militaire (11,03)	8.540	7.213,5	6.706,0	5.798,2
4. caisse ouvriers de l'Etat(41,05) (voir 1)		398	679,9	540,2
5. personnel enseignement subsidié (40,01)	10.580	8.648,5	7.927,8	5.995,3
6. personnel institutionspubliques H:6,05B)	326	236	142,7	4,9
7. personnel Afrique (33,211)	1.307	1.110	1.059,5	914,6
<b>Total A (1 à 7)</b>	<b>29.394</b>	<b>24.517</b>	<b>22.739,5</b>	<b>18.364,4</b>
8. pensions des salariés	+ 121.000	102.000	86.781	71.414
9 revenu garanti (42,02)	2.653	2.473,5	1.960,4	1.706,9
<b>Total B C8 + 9)</b>	<b>123.653</b>	<b>104.473,5</b>	<b>88.741,4</b>	<b>73.120,9</b>
<b>Total A + B</b>	<b>153.047</b>	<b>128.990,5</b>	<b>111.480,9</b>	<b>91.485,3</b>
<u>Indemnité d'invalidité</u>				
10. handicapés	6.825,1	5.456,0	4.685,9	5.600,5
11. pension d'invalidité mineurs (42,05)	4.550	4.253,8	4.161,7	3.693,4
12. indemnité d'invalidité	18.692,1	25.245,6	12.274,2	11.661,9
<b>Total C (10 à 12)</b>	<b>30.067,2</b>	<b>25.955,4</b>	<b>21.121,8</b>	<b>16.955,8</b>
<b>TOTAL GENERAL A + B + C</b>	<b>183.114,2</b>	<b>154.945,9</b>	<b>132.602,7</b>	<b>108.441,1</b>

Par exemple cette cotisation pourrait être fixée à 16 %  
(1)

Pour ce qui est du régime des indépendants, dans lequel des options doivent d'abord être prises en rapport avec l'évolution future du régime, un mode de financement similaire peut être pris en considération.

Le montant des pensions payées s'élevait à :

	(en millions de francs)	Intervention de l'Etat	Pourcentage
1970	6.603	860,4	13,0
1971	8.173	1.010	12,3
1972	10.106	1.240,8	12,3
1973	14.380	1.325,8	9,2
1974	<b>18.685</b>	1.623	8,7
1975	23.800	2.037,7	8,6
1976	24.514	2.462,8	10,0

### 3. Chômage

Dans les commentaires sur le budget des recettes et dépenses pour l'année budgétaire 1976, une modification de l'intervention de l'Etat pour chômeurs a été annoncée.

Cette intervention est destinée à remplacer la cotisation de sécurité sociale des salariés sans emploi (2)

(1) pour l'exercice en 1974 :

	<u>T.I.P.</u>	<u>Personnages</u>	<u>veuves</u>	<u>invalides</u>
prestation de santé	4.877 fr	13.544 fr	14.984 fr	11.651 fr
maladies sociales	206 fr	873 fr	1.288 fr	1.713 fr
	5.083 fr	14.417 fr	16.272 fr	13.364 fr
proportion	100	284	320	263

(2) Dans le projet de loi original de la loi-maladie, l'intervention de l'Etat pour les soins de santé généraux s'élevait à 32 %. Elle a été remplacée par 27 % et une intervention de l'Etat pour chômage, évaluée à 32 % (Journal Officiel : nage minimal (Chambre 1962-63, document 527/15, pages 185-186) ; voir également amendement Pons (Chambre 1952-63, document 527/8).

Elle correspond à un montant égal à la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs, valeur qui est fixée par journée de travail et payée pour chaque journée de chômage (art. 121,7° de la loi-maladie)

Si cette façon de calculer est acceptable dans une période d'expansion économique, il faut dans une période de grand chômage, tenir compte de l'ensemble des charges budgétaires et du fait que pour un grand nombre de chômeurs il ne peut être question d'un salaire de référence (1)

Suivant le système en vigueur, l'intervention pour 1976 dans le budget de l'I.N.A.M.I. a été calculée comme suit :

nombre de chômeurs	:	191.000	
nombre de journées de chômage	:	ouvriers	: 42.358.000
		employés	: 16.704.000
		mineurs	: <u>596.600</u>
			59.659.400

La cotisation à prendre en considération (salaire moyen x taux de cotisation) était de :

a) soins de santé (ouvriers et employés)	68,3 fr
b) indemnités (ouvriers)	30,75 fr
c) indemnités (employés)	30,25 fr
d) indemnités (mineurs)	94,43 fr

Total :

a)	4.034	millions de francs
b)	1.306,8	" " "
e)	505,3	" " "
d)	<u>56,3</u>	" " "

5.902,4 millions de francs dont 3.541,4 (60 X) pour le secteur soins de santé et 2.361,0 (40 ~) pour le secteur indemnités.

Le gouvernement a décidé de diminuer l'intervention de l'Etat pour 1976 de 1.500 millions de francs.

Il est indubitable qu'en 1963 on n'a plus pensé à un accroissement des chiffres du chômage.

Le plan de financement a été établi sur la base de 150.000 chômeurs (2).

(1) Chambre 4 (1975-76), page 75.

(2) Chambre, Annales Parlementaire, 18 juin 1963, page 10, déclaration du rapporteur De Paepe.

Au parlement l'attention fut cependant attirée sur la situation qui pourrait se présenter en cas de récession. (1)

Néanmoins, le législateur de 1963 a exprimé le désir (2) d'accorder une intervention de l'Etat plus importante en cas d'accroissement du chômage.

A l'origine (3) il fut question d'un financement dont une moitié à charge de l'Etat et l'autre moitié aurait dû être couverte par une augmentation des cotisations de sécurité sociale.

Cette idée ne s'est pas réalisée.

Une meilleure solution aurait évidemment été de constituer une réserve en période de haute conjoncture en prévision d'une récession économique.

" Depuis le temps de Joseph et du Pharaon, les Ministres des Finances et les Gouvernements qui se sont succédés n'ont d'ailleurs jamais contesté le bien-fondé du principe de prévoyance selon lequel l'Etat, au cours d'années de vaches grasses, doit réaliser des provisions en prévision des années maigres. Malheureusement, cette règle d'or n'a plus été appliquée depuis la libération .... " (4).

Toutefois, le système de 1963 présente une anomalie.

L'intervention gouvernementale est calculée sur la valeur moyenne des bons de cotisation, mais le salaire que toucheraient les salariés sans-emploi s'ils avaient du travail est inférieur à cette moyenne. En effet, parmi les chômeurs, il y a surtout des jeunes, des femmes et des ouvriers non qualifiés dont le salaire est inférieur à celui des ouvriers qui ne sont pas mis au chômage.

Cette constatation justifie un correctif au système.

Le calcul pourrait se faire sur base du prix coûtant moyen par chômeur comme il est déterminé par le comité de gestion de l'O.F..

Ce prix coûtant est pour :			
1976	■	498	fr
1975	:	442	fr
1974	:	340	fr
1973	:	297	fr

---

(1) Chambre, Ann. ParI. 19 jan 1963, page 13. déclaration du député D'haeseleer.

(2) Chambre 1962-63, document 527/16 ; page 64.

(3) article 129 § 2 projet Loi-Maladie

(4) Rapport sur la réforme de la s-curité sociale. uanvier 1951, page 307.

Si un montant de 498 frs est censé correspondre à un gain journalier de 8}0 fr, un nouveau calcul porterait l'intervention gouvernementale à 4.090,1 millions de frs au lieu de 5.902,4 millions.

Toutefois, ces chiffres doivent être corrigés étant donné que le prix coûtant est influencé vers le bas par la règle que certains chômeurs ne touchent que 40 % de leur salaire (1) et que les allocations de chômage sont limitées.

Nous ne disposons pas de données statistiques sur les proportions entre les différentes catégories de chômeurs.

D'ailleurs ces proportions varient constamment.

Un coefficient de correction forfaitaire de X pourcent pourrait être appliqué sur l'intervention de l'Etat ou bien on pourrait encore calculer une subvention de l'Etat de X pourcent sur le montant des allocations de chômage payées annuellement.

Ainsi un pourcentage de 12 % par exemple sur les allocations de chômage aurait comme résultat dans le secteur soins de santé :

	dépenses présentées (en millions de francs)	12 % (en millions de francs)	intervention accordée selon le système ac- tuel (en millions de francs)
1970	5.}40	641	750,5
1971	6.170	740	896,7
1972	9.752	1.170	1.1}8,}
1973	11.110	1.}33	1.331
1974	15.000	1.800	1.,.80
1975	}0.500 (4)	.660	2.263 (2)
1976	25.515 (5)	.062	3.541,4 (}

Pour les indemnités, un autre pourcentage, 8 % par exemple, pourrait être appliqué.

- 
- (1) salariés qui ne sont pas chef de famille et qui sont chômeurs pendant 1 an.
  - (2) chiffres budgétaires révisés I.N.A.M.I. pour 135.000 chômeurs. Seront de l'ordre de 3.687 millions de francs pour 220.000 chômeurs.
  - (3) budget I.N.A.M.I. (190.000 jours de chômage). En vertu d'une décision du Gouvernement, ce montant a été diminué de 1.500 millions de francs.
  - (4) pour 220.000 chômeurs. Ce chiffre atteindra vraisemblablement 35 milliard de francs pour 254.000 chômeurs,
  - (5) pour 170.000 chômeurs.



Le résultat obtenu devient :

	<u>8 %</u>	<u>cotisations accordées selon le système actuel</u>
1970	427,2	500,}
1971	49},6	597,8
1972	780,2	758,8
1973	888,8	887,4
1974	1.200,0	98},7
1975	2.440	1.50e,7 (1)
1976	2.041,1	2.}61 (2)

Une seconde anomalie réside dans la façon de répartir cette subvention.

La subvention de l'Etat pour chômage est répartie entre les secteurs indemnités et soins de santé suivant la proportion de 40 et 60 ;to

En réalité les dépenses pour soins de santé s'élèvent à 70 % des dépenses totales de l'I.N.A.M.l. (95.045 : 13.535,4 = 70,2 %).

Pour le budget de 1976 les deux chiffres donnent les différences suivantes :

indemnités	5.902,4 x 40 % = 2.361 millions fr x }0 % =	1.770,7 millions fr
soins de santé	5.902,4 x 60 % = }541 millions fr x 70 % =	<u>4.1}1,7 millions fr</u>
	5.902,4 millions fr	5.902,4 millions fr

Le secteur soins de santé a donc reçu (4.131,7 - 3.541,4 =) :~: millionstrop peu ; par centre le secteur indemnités w reçu (2.~~1 1.77n,7 =) Pour t~~.

Du point de vue du secteur des indemnités on peut objecter que les chômeurs coûtent davantage que des salariés ordinaires.

En cas de maladie, le droit au salaire hebdomadaire ou mensuel garanti est supprimé de sorte qu'ils bénéficient dès le premier jour d'indemnités (3).

- 
- (1) budget I.N.A.M.l. pour 135.000 chômeurs. Ce montant est de 2.457 millions de francs pour 220.000 chômeurs.
  - (2) budget I.N.A.M.l. •• Ce montant n'a pas été modifié par le Gouvernement.
  - (3) L'argument selon lequel, surtout en période de haute conjoncture, il reste parmi les chômeurs un haut pourcentage de personnes âgées et de personnes partiellement incapables de travailler, ne semble pas très pertinent. Cet argument donne lieu à des dépenses supplémentaires dans les deux secteurs de l'assurance-maladie.

Aussi longtemps que l'on ne se base pas sur le prix coûtant, mais sur le manque de cotisations, la proportion actuelle (60-40) n'est pas exacte et ce, au détriment du secteur soins de santé.

Une troisième anomalie qui a acquis droit de cité de-uis longtemps est l'habitude de prendre, pour l'établissement du budget, un taux de chômage peu élevé.

Il est vrai qu'en dernier lieu l'intervention de l'Etat est adaptée au taux réel de chômage, (voir tableau 47) mais en attendant l'assurance-maladie éprouve des difficultés de trésorerie.

Tableau 47 :

Résultat décompte intervention  
de l'Etat chômage

1966	+ 74,5 millions de fr
1967	+ 237,3 " " "
1968	+ 200,7 " " "
1969	- 86,5 " " "
1970	+ 95,9 " " "
1971	+ 244,1 " " "
1972	+ 31,0 " " "
1973	+ 4,7 " " "
1974	+ 749,7 " " "

E. Fonds de roulement.

Dans l'article 154, paragraphe cinq de la loi-maladie 1963 il est stipulé que l'Etat, afin de garantir les moyens de trésorerie de l'assurance-maladie, ferait une avance de 1 million de francs.

Il ressort du texte et de l'emplacement de cette stipulation sous le titre X Dispositions transitoires de la loi, que cette avance ne sera faite qu'une seule fois.

Cette avance a été attribuée au système par l'article 18 de la Loi du 27 mai 1966.

Une nouvelle avance de 1 milliard de francs a été accordée en mars 1971 après une délibération du Conseil des Ministres et par une loi en octobre 1970.

Ces avances ont été absorbées par le déficit existant fin de 1971.

L'I.N.A.-I. ne dispose donc pas d'un fonds de roulement permanent.

L'existence d'un tel capital s'avère indispensable étant donné que les mutualités doivent disposer de moyens financiers suffisants afin de pouvoir effectuer les paiements dont elles sont chargés.

Les fonds nécessaires à ces paiements passent par quatre étapes (I.N.A.-I., alliance nationale, fédération, caisse primaire) avant d'être disponibles.

La situation actuelle a pour effet que la cloture des comptes est constamment retardée.

Le montant des comptes impayés :

en millions de francs	hôpitaux	médecins	pharmaciens	divers	total
fin novembre 1974	6.600	289	944	176	8.009
fin décembre 1975	7.225	}35	1.064	223	8.847
fin juin 1975	5.739	}38	723	255	7.055
fin août 1975	6.228	281	901	194	7.604
fin septembre 1975	5.882	301	894	206	7.28}
fin octobre 1975	7.158	296	929	207	8.590
fin novembre 1975	7.753	337	899	234	9.22}
fin décembre 1975	8.307	388	936	~}6	9.967

Environ 84 % des paiements arriérés se rapportent aux hôpitaux.

Les montants dûs aux hôpitaux comportent vraisemblablement le paiement du prix du jour d'hospitalisation (+ 60 %), les remboursements des prestations spéciales ( $\pm 30$  %), les médicaments ( $\pm 6,5$  %) et les honoraires de surveillance ( $\pm 3,5$  %).

Le fonds de roulement devrait correspondre à 1/24e des dépenses prévues pour une année déterminée.

Par le fait que jusqu'à présent l'Etat n'a pas encore procédé au règlement des comptes avec l'I.N.A.M.I. (1) pour les exercices passés, il existe jusqu'à fin 1973 - dernière année pour laquelle le compte a été clôturé - un fonds de roulement réel de 832 millions de francs.

---

(1) versés de trop ou trop peu par l'Etat

1969 + 339,7  
 1970 + 18,6  
 1971 + 19,5  
 1972 + 59,9  
 1973  $\pm$  394,5

832,2 millions

#### F. Coefficient de sécurité.

Conformément à l'article 133 § 3, quatrième alinéa de la Loi-Maladie, modifié par la Loi du 27 juin 1969, les prévisions de budget visées sous l'article 121,8° (c.à.d. les prestations médicales sans les maladies sociales) sont augmentées d'un coefficient de sécurité de 5 %.

La Loi du 27 juin 1969 a donné au coefficient de sécurité un caractère obligatoire.

Ce coefficient joue un rôle complémentaire par rapport aux revenus insuffisants du chef de l'un ou l'autre organisme assureur (1).

Depuis 1964 un coefficient de sécurité a été appliqué sporadiquement :

- a) années sans coefficient de sécurité : 1964, 1965, 1971, 1973, 1975 et 1976.
- b) années avec coefficient de sécurité à 3 % : 1966, 1968, 1969, 1970 et 1972.
- c) années avec coefficient de sécurité de 5 % : 1967 et 1974.

Le montant correspondant aux revenus du coefficient de sécurité est versé dans un fonds spécial, géré par l'I.N.A.-I.

Ce versement a été effectué pour la dernière fois en 1972(2).

Le fonds permet aux institutions d'assurance dont les revenus sont insuffisants de disposer de revenus supplémentaires.

Sur ces revenus supplémentaires, elles ne reçoivent pas de frais d'administration supplémentaires.

Le montant des revenus supplémentaires ne peut pas être supérieur au déficit et il ne peut non plus excéder la quote-part de l'institution d'assurance de ce fonds, calculée en fonction du pourcentage des revenus normaux.

Pour l'année 1976, le comité de gestion du service soins de santé, tout comme le Gouvernement en 1975, n'a plus fixé de coefficient de sécurité.

Aussi la suppression de ce coefficient de sécurité devrait-elle être examinée mais il faut également tenir compte du fait que les dépenses moyennes pour soins de santé, maladies sociales non comorises, diffèrent selon l'organisme assureur.

(1) Sénat 1968-69, document 367, page 7 ; document 73, page 20.  
Voir également l'article 123, § 1, 10, deuxième alinéa et 125 §1, 3° Loi-Maladie.

(2) 896 millions de francs.

Les dépenses moyennes par assuré s'élèvent à :

	<u>A.H.C.</u>	<u>U.M.N.</u>	<u>U.M.S.</u>	<u>L.M.L</u>	<u>U.M.P.</u>	<u>CAXAMI</u>	<u>Total</u>
Total	5.493,7	5.608,0	7.312,9	6.236,7	6.055,4	5.357,1	6.079,2
pensionnés	11.264,8	10.435,1	15.176,1	11.519,5	11.431,8	10.900,1	12.312,0
invalides	10.732,8	10.026,5	11.352,3	12.740,0	10.310,1	5.980,2	10.845,7
veuves	12.325,0	12.323,5	15.811,2	13.955,8	14.312,4	13.134,8	13.662,4

Cette différence peut - pour ce qui est des chiffres globaux - s'appliquer par la composition de l'effectif des bénéficiaires.

C'est ainsi que le ~ présente le pourcentage le plus élevé, le VIP et le AMC le pourcentage le plus bas (respectivement 24,49 e~9,61 X)

Pour la même catégorie de bénéficiaires, la différence s'applique en partie par l'âge, la composition de l'effectif (ouvriers, employés, fonctionnaires), la profession exercée (industrie chimique, mineurs, etc.) ; le domicile (urbain ou rural, région à haute consommation médicale) :

	<u>âge moyen</u> <u>groupe invalides</u>	<u>dépenses par</u> <u>bénéficiaires</u>
U~L	53,08	12.740
U!~S	52,56	11.352
AMC	52,26	10.733
UMP	51,98	10.310
CAXMII	51,48	10.310
U!~N	51,43	5.980
		10.026

Les dépenses diffèrent, mais les revenus provenant des cotisations également, comme l'indique d'ailleurs la valeur moyenne trimestrielle du bon de cotisations (1).

At-1C	59.865,8	LML	58.991,2
U!~N	61.665,7	UHP	67.111,2
UHS	58.127,0	CAXArn	58.644,0

#### G. Accords internationaux.

A la suite d'accords internationaux, pour le régime général des soins de santé, les dépenses sont supérieures aux revenus.

(1) Voir dans cet ordre d'idée l'article 123, §1, 1° deuxième alinéa Loi-maladie n'a été appliqué que pour l'année 1967 (A~ du 17 novembre 1969).

<u>(en million de francs)</u>	<u>dépenses</u>	<u>revenus</u>	<u>résultats</u>
1972	640,8	588,7	- 42,1
1973	897	635,8	-261,2
1974	1.045,5	642,1	-403,4
1975	1.235,7	825,5	-410,2
1976	1.502,7	917,9	-584,8

Les montants fixés diffèrent de pays en pays.

Pour la France et les Pays-Bas, où beaucoup de Belges ont travaillé et travaillent encore comme frontaliers, la balance est positive pour la Belgique.

Pour des pays, dont proviennent beaucoup de travailleurs étrangers, la balance est négative. La rubrique accords internationaux est donc influencée par notre politique de mise au travail (immigration).

#### H. Régime accidents de travail, maladies professionnelles et S.N.C.B.

Comme proposé plus loin, un système de soins de santé pour toute la population serait la meilleure solution.

Comme premier pas, les dépenses pour soins de santé pour les régimes spéciaux mentionnés peuvent (1) être prévues par le régime général.

Ainsi il pourra être mis fin, pour ce qui est des régimes spéciaux pour accidents de travail et maladies professionnelles, aux difficultés qui ont surgi par suite de l'application de l'article 70 § 2 de la Loi-Maladie.

C'est que le Gouvernement a déjà fait en ce qui concerne les soins médicaux aux victimes d'accidents d'automobiles.

Etant donné que les trois régimes précités accordent des bénéfices plus importants que le régime général (2) il sera néanmoins nécessaire de maintenir un régime complémentaire aussi longtemps que le régime général n'accorde pas les mêmes bénéfices.

Cette intégration devra s'accompagner d'un transfert des moyens de financement, propres à ce régime et destinés à subvenir à une partie des dépenses soins de santé qui sont à charge du I.N.A.M.I.

Pour le deuxième temps nous nous référons au point C. 2. régime pour indépendants.

(1) également le régime pour marins qui se rapproche du régime général.

(2) p.ex. - pas de cotisation pour frais d'hospitalisation dans les trois régimes spéciaux ;  
- sans ticket modérateur ou ticket modérateur moins élevé pour les spécialités pharmaceutiques.

### § 3. Participations des malades.

On a souvent prétendu et écrit que la gratuité des soins de santé est la cause du déficit. La réalité est qu'une partie des dépenses tombe à charge des assurés malades. D'après le budget 1976, tel qu'il a été établi par l'I.N.A.-I., la participation personnelle des malades est de 8.402 millions de francs au moins pour le régime général et de 55,6 millions de francs pour le régime des indépendants. (voir tableau 48). La participation des malades n'est pas logique en soi. Au moment où ils font appel à l'assurance-maladie, ils doivent faire un effort financier supplémentaire afin de décharger l'assurance-maladie.

« La participation aux frais est d'une logique contestable. Son fondement consiste à imposer une charge pécuniaire supplémentaire à une partie de la population au moment où les intéressés sont souffrants. Pourtant, ces personnes sont précisément celles qui sont le moins en mesure de supporter ce fardeau supplémentaire, surtout si leur maladie est grave ou chronique. Aussi ne manquera-t-il pas de spécialistes pour estimer que la participation est en partie contraire au principe, qui est à la base de la sécurité sociale: celui de la répartition des risques sur le plus grand nombre possible de têtes.(1)

La participation du malade sera plus difficile pour certaines catégories d'assurés, que pour d'autres et elle frappe surtout les nécessiteux.

Il serait donc justifié de supprimer autant que possible (2) la participation de cette catégories de personnes qui a un grand besoin de soins médicaux.

A cet égard on peut se demander si la division T.I.P. - V.I.P. est bien la division exacte.

Même parmi les T.I.P. il existe des personnes pour lesquelles il est pénible de devoir supporter les frais de soins de santé.

Une ligne générale pourrait être tracée sur base des revenus.

(1) M. Roemer : L'organisation des soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale. BIT Genève 1969.

(2) REVEIFFISCOMPLEME-TAIRE par personne à charge.

AR 24 décembre 1974	:	165.000	32.000	1.01.75
		138.996	27.799	1.12.74
AR du 27 décembre				
1975	:	75.000	15.000	1.01.

Tableau 48 : Participation personnelle des malades

1. REGIME GENERAL.

Rubrique de la prestation	Bénéficiaire T.I.C.	Bénéficiaire V.I. P.	
1) <u>Honoraires des médecins</u>			
Avis	1,6	0,1	
Consultation, visites médicales générales	468,5 459,5	18,3 55,9	Partie pour une visite simultanée pas à déterminer
Visites à tarif augmenté	118,7	10,6	
Consultation spécialités médicales	546,3	19,1	
Prestations médicales techniques	418,1	26,1	
Consultation spécialiste maladies internes	102,9	6,1	
Consultation neuropsychiatre	107,9	1,4	
Consultation spécialiste pédiatre	141,7	0,4	
Visite pédiatre	3,2	-	
Sub-total 1	2.388,4	140,2	
2) <u>Dentistes</u>			
Consultation d'un dentiste	25,-	0,4	
Extraction de dents	106,-	2,8	
Prothèses dentaires	76,7	16,2	
Traitement d'orthodontosie et avis	76,5	0,4	
Soins dentaires de préservation	425,8	4,5	
Sub-total 2	710,-	24,3	
3) <u>!!!:!!~::~;~::~U!~::~;~::~_~::~;::~~::~</u>	163,9	198,5	
4) <u>Infirmières</u>	157,6	51,-	Dans l'hypothèse où les infirmières auront adhéré à la convention
5) <u>~~~~:~~:~~~~</u>			
Préparation magistrales	323,2	39,5	Doit être considéré comme un minimum étant donné que plusieurs médicaments coûtent moins chers que le ticket modérateur et qu'ils sont donc complètement à charge de l'assuré.
Spécialités	1.967,4	1.250,3	



M&dicaments aux personnes hospitalisées	?	?	La participation personnelle est fixée à 15 fr. par unité administrée. Etant donné que le nombre d'unités n'est pas connu, il est impossible d'évaluer la participation personnelle.
..sub-total 5	2.290,6	1.289,8	
6) <u>Collaborateurs médicaux</u>			
Soins donnés par les kinésistes	416,3	39,7	L'estimation a été faite en supposant que tous les collaborateurs médicaux accéderaient à la convention.
Bandagistes et orthopédistes	122,8	6,4	
Opticiens	75,4	2,6	
Accousticien	7,4	1,9	
Frais de déplacement kinésistes	5,9	13,3	
Répercussion financière ortho-pédistes et bandagistes	12,3	0,6	
Sub-total 6	640,1	64,5	
7) <u>Physiothérapie</u>	?	?	Ticket modérateur pour certaines prestations - Impossible à évaluer.
b) <u>~~~~E!!~~~~!~2</u>			
Soins de Santé ordinaires	50,?	57,6	
Maladies sociales	52,4	122,-	
Sub-total 8	103,1	179,6	
TOTAL GENERAL 1 à 8 Régime général	6.453,7	1.947,9	

II. <u>RÉGIME DES INDEPENDANTS</u> (1)	Bénéficiaire T.I.P.	Bénéficiaire V.I.P.	
1) <u>Honoraires des médecins</u>	0, ?	± 1,5	
2) <u>Médicaments</u>  Préparation magistrales + spécialités Médicaments aux personnes hospitalisées	- ?	± 2, . ?	M@me observation que pour le régime général
3) <u>Auxiliaires paramédicaux</u>	3,8	± 4, .	
4) <u>Physiothérapie</u>	-	-	Impossible à évaluer (voir : régime général..)
5) <u>~~~~E~~~~!~!~!~~2</u> Soins de santé ordinaires Maladies sociales	7,9 8,3	6,8 20,6	
TOTAL GENERAL Régime des indépendants	20,7	34,9	

(1) Exception faite de l'hospitalisation, il est assez difficile d'évaluer dans le régime des indépendants.

Finale~ment~la participation est principalement le moyen de trouver un équilibre financier pour l'assurance-maladie.

Certains la considèrent également comme un moyen de freiner la consommation médicale.

AUss~ est-il très important de passer en revue les différentes formes de participation personnelle des assurés.

#### A. Le ticket modérateur.

Jusqu'à présent, le ticket modérateur ne semble avoir nullement freiné la consommation.

" Le ticket modérateur ne semble pas avoir atteint son but : il a dû être relevé ...

Son effet pondérateur est d'ailleurs trop souvent annulé par sa prise à charge par une mutuelle ou une compagnie d'assurance privée"(1).

La meilleure illustration est le ticket modérateur prévu pour les spécialités et qui est régulièrement adapté.

On propose maintenant de ne pas déterminer forfaitairement le ticket modérateur.

" Moduler le ticket modérateur en raison du coût des soins, de l'âge, de la situation de famille de l'assuré, parait juste et sage ". (3).

#### B. Limitation des risques couverts.

Les moyens de financement de l'assurance-maladie étant insuffisants, on a fait observer à plusieurs reprises qu'un choix entre les risques à couvrir s'impose.

La réforme de 1952 est partie de cette considération.

(1) C. Mathé, supra, page 27

(2) voir Chapitre VIII

(3) R. de Vernejourl dans Dr. Soc., 1968, 145.

L'idée de ne couvrir que les grands risques à l'exclusion des petits risques qui a déjà été émise à plusieurs reprises et qui a suscité tant d'oppositions est en fait déjà appliquée dans le système des indépendants.

Pour défendre cette idée on peut faire valoir que les fonds qui seront libérés pourront être affectés à une politique plus vaste de santé publique.

Dans les milieux sociaux, on se méfie de la distinction entre les grands et les petits risques.

" Et cependant, cet argument du petit risque à mauvaise odeur, non seulement parce qu'il dérylait au plus grand nombre, mais parce qu'il est proposé ou défendu surtout par les classes conservatrices, disons privilégiées.

" Ayant peur de voir des débordements quelconques se traduire finalement par un prélèvement sur leur avoir, ces personnes ou ces milieux défendent les deniers publics avec plus d'âpreté et disons même plus de clairvoyance que d'autres."

" Le défaut de cette situation est que les arguments les plus sains sont, ne disons plus souillés, mais entachés de conservatisme, sinon plus ...

" Ce phénomène est grave car il conduit en fait à freiner le progrès au lieu de la favoriser" (1).

Le Professeur Leen (2) a prétendu "dans le système belge en sécurité sociale, les besoins relativement petits sont très souvent couverts que de lourdes charges."

Quoique l'argument des "droits acquis" en empêche la réalisation, l'idée de laisser aux gens un peu plus de risques individuels est une suite logique de l'évolution sociale".

L'argument "droits acquis" témoignent en réalité d'un conservatisme social, le plus grave de tous les conservatismes, qui - malgré tout ce qu'on écrit et tout ce qu'on dit dans le sens contraire, peut en somme être considéré comme caractéristique de la politique sociale, même celle de la période d'après guerre."

Comme argument technique contre la distinction entre les petits et les grands risques, on a précisé que toute distinction entre ces deux risques est extrêmement difficile.

(1) A. Sauvy: La réforme de la sécurité sociale. Droit Social. 1968, page 140.

(2) Beschouwingen omtrent de ingewikkeldheid van de Sociale Zekerheid. Voorstel tot vereenvoudiging. Instituut voor sociaal zekerheidsrecht nr 8, Leuven, anril 1960, bIz 32.

Un rhume mal soigné peut entraîner un tas de complications.

Pour une personne âgée, même une grippe banale peut être un grand risque.

La consultation d'un oculiste peut révéler une autre maladie (p.e. le diabète).

Au cas où les moyens financiers de l'assurance-maladie deviendraient insuffisants il pourrait être envisagé de ne plus rembourser certaines prestations ou de ne plus les rembourser pour tout le monde, comme c'est déjà le cas pour les bas à varices.

On pourrait le faire également, par exemple pour  
-la kinésithérapie  
-les verres ~ lunettes.

Pourtant, il faudra procéder sélectivement parce qu'en dernier lieu, le non remboursement s'applique toujours aux soins de santé de première nécessité.

Cette façon d'agir risque de donner plus d'attrait - comme c'est déjà le cas aux Etat-Unis - aux soins médicaux de second ordre qui sont beaucoup plus onéreux.

Par le fait que régulièrement de nouvelles prestations ne seraient plus prises en considération pour le remboursement, l'assurance soins de santé du régime général arriverait finalement à la même couverture que celle du régime pour indépendants.

D'ailleurs à l'étranger (en Suède, en Suisse) des propositions ont été faites en vue de concentrer tout le poids de l'intervention sur l'hôpital.

### C. La franchise.

L'introduction d'une "franchise" a été inventée afin de maintenir les dépenses dans les limites financières. Chaque personne assurée doit prendre à sa charge par an ou par trimestre une somme déterminée de soins de santé.

Le montant de la franchise peut varier selon la composition de la famille, les charges familiales et les revenus.

En France, " la franchise semestrielle" de 30 FF introduite en 1959 fut un échec. (1)

" L'essai a dû être abandonné sous la pression de l'opinion. C'est que le Français, si individualiste, ne comprend pas bien le principe même de la Mupance; cette inaptitude se retrouve dans toutes les formes d'assurances, notamment celle qui concerne les accidents de la route "(2).

La Suisse a également introduit une franchise mais avec plus de succès. Dans ce pays, il existe un ticket modérateur de 10 % combiné à une franchise trimestrielle de 30 FS maximum.

Si les moyens financiers pour le financement direct de l'assurance-maladie sont insuffisants, il se peut que dans notre pays l'on doive restaurer l'équilibre financier par l'introduction d'une franchise.

" La franchise apporte une solution assez satisfaisante à ce problème - l'assurance ne supporterait les dépenses médicales d'une famille qu'à partir du moment où le coût de ses dépenses dépassent, pour une période donnée, un certain montant. Cette technique présente l'avantage supplémentaire de pouvoir être adaptée aux différentes situations familiales et financières (franchise modulée en fonction de la composition de la famille et des revenus). La franchise permet donc une répartition plus équitable des charges supportées par les bénéficiaires que le ticket modérateur traditionnel. Dans le passé, cette technique fût combattue étant donné les difficultés rencontrées dans son exécution. Un équipement adéquat en ordinateurs pourrait d'ici quelques années enlever beaucoup de son poids à cet argument et ce, d'autant plus que des données statistiques sur la consommation médicale par bénéficiaire et par famille sont nécessaires à une gestion efficace de l'assurance et à la réalisation d'une véritable politique de la santé n. (3)

L'introduction d'une quote-part de franchise devra être associée à la suppression de la distinction entre les T.I.P. et les V.I.P. et des tickets modérateurs.

- 
- (1) P. Grandjeat : L'assurance maladie : Revue économique-Paris, mars '67, page 269. Les causes étaient les exceptions accordées et les complications administratives.
- (2) A. Sauvy: La réforme de la sécurité sociale. Dr. Soc. '68, page 139.
- (3) A. Sacrez: Les modalités de financement de l'assurance-maladie, document le CEPESS, La politique de la santé 1973 - N° 3, pages 102-103.

#### D. Limitation du champ d'application

Certains (1) ont proposé de limiter le champ d'application de l'assurance-maladie à aux personnes ayant des revenus inférieurs à un certain plafond.

Un tel règlement existe par exemple aux Pays-Bas.

Il est également possible de limiter l'assurance de certains risques à des groupes déterminés de la population.

" On peut se demander s'il est possible, dans une économie moins expansive, d'étendre les avantages sociaux à toute la population.

Ne devrait-on pas penser à des systèmes beaucoup plus sélectifs et dans lesquels on ne vient en aide qu'à ceux qui en ont réellement besoin, tandis que ceux qui jouissent d'un niveau de vie suffisant et dont le bien-être s'accroît d'année en année de sorte qu'ils se situent au-dessus du plafond, supportent eux-mêmes certaines dépenses et qu'ils paient des cotisations en rapport avec le coût réel.

Parmi les objections à une limitation du domaine d'application on peut citer :

- 1° la diminution des revenus qu'entraîne cette limitation;
- 2° la tendance à adapter le plafond des revenus. L'histoire des plafonds de salaires belges en matière de cotisations de sécurité sociale donnent un exemple typique;
- 3° dans les pays de la C.E.E. et dans notre pays on constate une évolution vers une assurance générale de la population ;
- 4° le danger de créer deux types de médecine (une pour les membres des caisses mutualistes et une **pour** les citoyens vivant dans l'aisance).

#### § 5. Observations finales :

Aucun plan de financement n'est en mesure de subsister.

L'accroissement des dépenses est plus rapide que celui des revenus.

---

(1) voir entre autres A. Delpereé : Problèmes actuels de la sécurité sociale. Les dossiers de l'action sociale catholique - Bruxelles - Janvier 1968, page 4.

(2) M. Eyskens : Het ziekenhuiswezen in de gemengde economie. Acta hospitalia 1975, page 208.

Depuis 1945, le taux de cotisation a été modifié quatre fois pour le secteur soins de santé du régime général et le plafond des salaires 31 fois, dont 24 fois par suite de l'indexation ; pour le secteur indemnités le taux de cotisation a été modifié 5 fois et le plafond des salaires 37 fois, dont 31 fois par suite de l'indexation.

Les adaptations ont surtout été réalisées après la Loi de 1963.

Dès le début, le mode de financement de 1963 s'est avéré irréalisable, les V.I.P. coûtent beaucoup plus que la subvention de l'Etat.

Les mesures prises en Belgique pour l'année 1975 (suppression du plafond, prime sur voitures automobiles, etc...) concordent avec celles prises en France en 1967.

Grâce à ces mesures, on a pu réaliser en France, un boni durant la période de 1968 à 1971 mais on s'est trouvé devant un déficit à partir de 1972, déficit qui allait atteindre en 1974 plus de 7 milliards de francs français.

Il est plus que probable que les mesures belges n'offriront qu'une solution provisoire.

Les économistes prévoient que, si la législation reste inchangée, l'assurance-maladie atteindra vers 1990 les déficits suivants :

a) régime salariés		
1. soins de santé	■	- 48,2 milliards de francs
2. indemnités	:	- 10,5 milliards de francs
		<hr/>
		- 58,7 milliards de francs
b) régime indépendants		
1. soins de santé	:	- 5,7 milliards de francs
		- 0,2 milliards de francs
		<hr/>
		- 5,9 milliards de francs

Ces chiffres sont plus qu'un pronostic ; c'est un signal d'alarme !

Toutefois, il faut examiner ces chiffres en faisant d'importantes réserves par suite des données de base sur lesquelles ils sont fondés. Une étude du Ministère de la Prévoyance Sociale (1) prévoit pour le système des salariés pour 1978 :

1. soins de santé	:	- 10,60 milliards de francs
2. indemnités	:	- 12,97 milliards de francs
		<hr/>
		- 23,57 milliards de francs

(1) données de base	1976	1977	1978
BNP	+ 2 %	+ 3,75 %	+ 3,75 %
Salaires	+ 3 %	+ 4 %	+ 4 %
Index	+ 11 %	+ 10 %	+ 7,50 %
Chômage	300.000	260.000	230.000
Emploi		+ 1,5 %	+ 1,50 %



Toutes les organisations de employeurs-salariés-indépendants-caisses mutualistes - déclarent que les cotisations ne peuvent plus augmenter et font appel à l'aide de l'Etat.

L'intervention de l'Etat est déjà importante (35 h des dépenses pour soins de santé et 38 % pour les prestations).

A son tour, l'Etat a invoqué en 1976 la situation financière difficile, non seulement pour ne pas augmenter son intervention - mais également pour accorder une intervention inférieure à celle prévue par la loi, ne fût-ce que temporairement.

On pourrait éventuellement considérer la possibilité de transférer des fonds d'autres secteurs à l'assurance-maladie.

Mais qui désignera ce secteur ?

Personne ne veut encore dépenser un franc de plus pour la santé, dont on prétend toujours qu'elle constitue le plus grand bien de l'homme.

Les propositions faites dans ce rapport ne peuvent garantir qu'un meilleur financement, mais elles ne permettent pas de résoudre le problème financier de l'assurance-maladie.

L'autre solution est de restreindre les dépenses.

Nous traiterons de cette solution dans les chapitres suivants.

Une chose est certaine : " plus on investira dans la médecine, plus elle coûtera. " (1)

" The health care cost explosion : which way now " est le titre d'un rapport de synthèse (2) sur le symposium organisé par le Henry Dinant Institute à Genève.

C'est également un problème d'une importance capitale.

---

(1) De Som7r : Paradoxes en Options - Document CZP-33 - Politique de santé, I.e., page 26.

(2) 3-me 1-75

CHAPITRE Vlier - LES MEDICAXENTS (1)

Les dépenses pour médicaments constituent le poste débiteur le plus important dans la branche soins médicaux : environ 25 % de l'ensemble des dépenses dans le système des salariés.

- 
- (1) - K. Schutijzer : Prijs en terugbetaling van farmaceutische producten BTSZ 1968 (Prix et remboursement des produits pharmaceutique RBSS 1968) pages 541-570.
- R. Rigoni: Médicaments et sécurité sociale - Bâle 1969.
  - J. Van Besien : De reclame voor geneesmiddelen - Jura Falcianis 1971-72, bIz 21-42 (La publicité en faveur de médicaments, pages 21-42).
  - P. De Schepper: Het geneesmiddel in België. Leiding 1971, bIz 24-43. (Le médicament en Belgique, Orientation mutualiste 1971, pages 24-43).
  - B. Huighe : Verbruik en misbruik van geneesmiddelen - Brussel 1972. (Consommation et emploi abusif des médicaments - Bruxelles 1972).
  - Ch. Louis: Les médicaments et la sécurité sociale. La revue nouvelle 1972, pages 169-184.
  - O. Van Waas : Het geneesmiddel in België. Kultuurleven 1972, bIz 422. (Le médicament en Belgique, page 422).
  - A. Vincent : L'industrie pharmaceutique en Belgique - CRISP 1973.
  - G. Schrans (onder leiding van) : Economie op zoek naar recht 1973, Hds V. De vaststelling van de prijzen van geneeskundige specialiteiten... (sous direction de) (L'Economie à la recherche du droit, 1973, Chapitre V. La fixation des prix des spécialités médicales).
  - M. Roland: Contexte économique de l'industrie pharmaceutique et soins de santé (dans Santé et Société) Les Editions vie ouvrière - Bruxelles 1973, pages 109-129.
  - J. Cobbaut : Geneesmiddelenbelid (Politique de médicaments) Leiding 1974 - pages 160-179.
  - M. Smout : Verbruik en produktie van geneesmiddelen in België (Consommation et production de médicaments en Belgique) Leiding 1974 (Orientation mutualiste) 1974, pages 160-177.
  - H. Van Nimmen : De prijs van de farmaceutische specialiteiten BTSZ 1974, bIz 853-861 (Le prix des spécialités pharmaceutiques RBSS, pages 821-829).
  - A. Prims en P. Quaethoven : Kosten van medische en para medische verzorging BTSZ 1974, 721-836 (Le coût des soins médicaux et paramédicaux, RBSS, 1974, pages 691-805).
  - J.P. Dupuy en S. Karsenty : L'invasion pharmaceutique. Ed. du Seuil. Paris 1974.
  - Planbureau : De nijverheid van de farmaceutische produkten. Februari 1975 (Bureau du Plan : L'industrie des produits pharmaceutiques. Février 1975).
  - Association des consommateurs : Le médicament Publicité et surconsommation. Bruxelles 1975
  - J. Stuyck : De prijzenwet Farmaceutica van 9 juli 1975, RW 75-76, 623-635. (La Loi des prix des produits pharmaceutique du 9 juillet 1975, RW 75-76 pages 623-635).

Les dépenses dans le régime général se sont élevées de 1966 à 1974 à : (en millions de francs)

	Total	Index	Préparation magistrale	Index	Spécia- lités	Index	Médicaments aux hospitaux	Index
1966	4.611,2 fr	100	1.740,8 fr	100	2.589,2 fr	100	281,2 fr	100
1972	10.118,8 fr	219,4	2.138,5 fr	122,8	6.870,3 fr	265,3	1.110,0 fr	394,7
1973	11.911,8 fr	258,3	2.297,6 fr	131,9	8.354,0 fr	322,6	1.260,2 fr	448,2
1974	14.029,2 fr	304,3	2.501,4 fr	143,7	10.140,4 fr	391,6	1.388,0 fr	493,6

soit une augmentation de plus de 200 %

Ce sont surtout les médicaments administrés dans les hôpitaux ainsi que les spécialités qui provoquent une poussée vertigineuse (voir tableau 49) :

Tableau 49 : Structure des dépenses pharmaceutiques.

	1966	1976
préparations magistrales	37,8	15,6
spécialités	56,2	74,}
médicaments administrés dans les hôpitaux	<u>6,0</u>	<u>10,1</u>
	100,0	100,0

L'accroissement des dépenses pour les préparations magistrales est plutôt modéré. Ceci résulte de l'évolution du nombre de prestations.

Le nombre de prestations par ayant-droit dans le régime général (salariés) a connu l'évolution suivante :

	Préparation magistrale	Index	Spécialités	Index	Total	Index
1966 (1)	},88	100	5,62	100	9,5	100
1972	},}0	85,05	6,81	121,1	10,11	106,4
1973	3,29	84,79	7,32	130,2	10,61	111,7
1974	3,31	85,31	7,67	136,5	10,98	115,6

Pour l'ensemble des médicaments l'augmentation n'est que de 15,6 % pour la période de 1966 à 1974.

(1) En 1958 respectivement 4,21 - 2,84 et 7,05. Depuis 1962 le nombre des spécialités excède celui des préparations magistrales.

C'est le résultat d'une double évolution : une baisse du nombre des opérations magistrales et une hausse importante du nombre des spécialités pour les V.I.P.O. qui consomment trois fois plus de médicaments que les T.I.P. (voir tableau 50).

Tableau 50 : consommation des médicaments par ayant-droit.

	<u>T . I . P .</u>				<u>V.I.P.O.</u>			
	<u>prép. mag.</u>	<u>Index</u>	<u>Special.</u>	<u>Index</u>	<u>prép. mag.</u>	<u>Index</u>	<u>Special.</u>	<u>Index</u>
1966	2,51	100	4,30	100	9,53	100	11,02-	100
1972	1,95	78	4,50	104,6	8,11	85,1	15,06	135,9
1973	1,93	77	4,90	113,9	8,06	84,5	15,82	142,7
1974	1,98	79	5,19	120,7	7,82	82,1	16,14	145,7

Mais c'est en fait le prix coûtant par prestation remboursée qui avant tout est responsable de la croissance des dépenses.

Tableau 51 : prix coûtant par prestation.

	<u>Prép. mag.</u>	<u>Index</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Index</u>
1966	62,97	100	64,63	100
1972	81,20	128,9	123,30	195,4
1973	86,10	136,7	140,86	217,9
1974	91,89	145,9	160,54	248,4
1975 (1)	95,16	151,1	193,30	299,1
1976 (1)	104,10	165,3	205,55	318,0

Cela fait apparaître un usage de médicaments de plus en plus cher, non pas tellement à cause de l'augmentation du prix des produits existants, mais à cause de la mise sur le marché de produits de plus en plus onéreux. (2)

Dans le régime des indépendants les médicaments ne sont remboursés qu'aux handicapés, tandis que les autres indépendants ne sont remboursés que pour les médicaments administrés en cas d'hospitalisation.

Ce dernier poste de dépenses s'élevait en 1974 à 271 millions de frs pour les indépendants, et à 42 millions de frs pour les moins-valides en ce qui concerne les médicaments administrés en dehors de la clinique.

(1) chiffres budgétaires

(2) A. Prims et P. uaethoven, supra, p. 735.

§ 1. L'industrie pharmaceutique.

-----

L'industrie pharmaceutique produit des médicaments, c'est-à-dire toute substance simple ou composée ayant des propriétés thérapeutiques ou prophylactiques relatives aux maladies chez l'homme *ou* l'animal. Toute substance simple ou composée qui est administrée à l'homme ou à l'animal afin de diagnostiquer la maladie ou afin de rétablir, d'améliorer ou de modifier des fonctions organiques chez l'homme ou l'animal, est considérée également comme médicament (1).

Cette industrie produit des matières premières pour les préparations magistrales ou bien des médicaments préalablement préparés et mis sur le marché en tant que spécialités sous une dénomination propre et dans un conditionnement particulier.

Le marché est dominé par quelques entreprises multinationales dotées d'un réseau mondial de traitement, de mise en vente et de recherches scientifiques.

La concentration se poursuit (ex. : en 1974 fusion Roussel et Hoechst).

Plusieurs facteurs en sont la cause, et les plus importants sont les suivants : la recherche coûteuse et la nécessité de disposer d'un marché mondial pour chaque produit.

Chaque entreprise se spécialise autant que possible.

" Tout en s'assurant la collaboration des Universités sur le plan des recherches fondamentales et des recherches cliniques, l'industrie apparaît actuellement la seule structure capable d'investir avec efficacité dans la recherche pharmaceutique.

L'idée d'un Service national de recherche pharmaceutique financé par l'Etat et l'industrie, a été avancée. Cette proposition dirigiste ne tient pas compte :

- du caractère international de la recherche ;
- des contraintes imposées par la politique d'investissement des années antérieures (spécialisation des chercheurs et de l'équipement) ;
- de la méthodologie particulière en matière de médicaments qui oblige le chercheur à évoluer, dans certains cas, vers une découverte éloignée du but initial.

Parmi les 1017 nouvelles substances mises sur le marché durant la période 1961-73, il n'y avait que 46 (4,5%) qui provenaient de pays dont l'industrie pharmaceutique est nationalisée.

---

(1) Article 1, directive C.E.E. du 26 janvier 1965.

Actuellement, les milieux autorisés sont unanimes à reconnaître que la libre organisation de la recherche industrielle s'est révélée très efficace."(1))

Le rôle des universités ne peut pas non plus être sous-estimé : "C'est aux laboratoires de recherches des universités plutôt qu'à ceux du secteur privé que nous sommes redevables de la plupart des recherches fondamentales qui ont abouti à la mise au point de préparations importantes, telles que l'insuline, la pénicilline ou vaccin antipoliomyélitique."(2))

" Société de libre entreprise, l'industrie du médicament est basée sur la notion de profit et est soumise aux lois d'une compétition économique particulièrement sévère. A juste titre, elle s'attend à une évolution parallèle à celle d'autres secteurs de l'industrie chimique. Consciente d'avoir rempli son rôle dans la promotion de la santé, elle souffre d'être l'objet de préjugés qui frappent toutes les organisations dont l'existence est liée à la notion économique de bénéfice sur la maladie. Elle regrette d'être placée en liberté surveillée, alors que personne ne peut nier la créativité et l'efficacité de sa recherche qui a nécessité d'importants investissements dont la rentabilité est souvent aléatoire." (3)

L'industrie pharmaceutique (4) belge (5) occupe la 10^e place par...iles pays de l'O.E.C.E.

Elle occupe plus de 13.000 personnes.

Son rythme de croissance est de 14 % par an et l'expansion de ses exportations est plus importante que celle des importations.

En 1973, l'industrie "belge" représentait 20,7 % de notre consommation de médicaments (6).

(1) M. Roland, t.a.p. p.113-115. Propositions de nationalisation voir Congrès FGTEB 1-2 décembre 1951 (Chambre 1951-52, doc. 153, p. 7).

(2) M.J. Roemer, supra. p. 134.

(3) M. Roland, p. 111

(4) C'est-à-dire, la production intégrale avec recherche ; en dehors de ces activités, l'importation d'emballages conditionnés, l'importation et l'emballage et l'importation, le conditionnement et l'emballage.

(5) Une seule entreprise est réellement Belge. Beaucoup d'entreprises étrangères se sont établies en Belgique pour des raisons stratégiques (situation du pays, avantages fiscaux, etc ...)

(6) En 1958 : 29,7 % - 1966 : 24 % - 1970 : 21,7 %.

Près de 60 % des spécialités utilisées sont importées. Ce pourcentage augmente encore toujours, ainsi que celui des spécialités complètement préparées pour la vente.

Avec les U.S.A., le Japon, la France, la R.F.A., le Canada, l'Italie, la Suède et la Suisse, la Belgique fait partie des pays où la consommation de médicaments par habitant est la plus élevée.

	1972
U.S.A.	4.103 fr
Japon	3.105 fr
France	2.952 fr
R.F.A.	2.929 fr
Canada	2.158 fr
U.E.B.L.	2.094 fr
Suède	2.068 fr
Italie	2.060 fr
Pays-Bas	1.745 fr
Royaume-Uni	795 fr
Danemark	722 fr

Source : B.I.R.G.(?) et O.E.C.E.

On prévoit un ralentissement de la croissance de la consommation de médicaments dans les années à venir (de 8 à 10 %).

Tableau 52 : Consommation de médicaments en Belgique. (1)

	Prix (en 1000 iers de fr)	Index	Nombre de conditionnements	Index 1966=100
1966	10.016.2~1	100	163.032.22~	100
1967	10.659.281	106	167.891.717	103
1968	12.704.0~8	127	190.715.1~9	117
1969	14.358.594	143	195.821.262	120
1970	15.819.114	158	187.3~.031	115
1971	17.468.492	174	199.825.518	122
1972	19.043.462	190	199.918.954	123
1973	22.188.876	222	213.640.546	131
1974	24.770.-581	247	227.779.788	139

Source : Ministère des Affaires Economiques.

(1) outre les médicaments et les prép. mag. vendus en vente libre. Les chiffres ne représentent que 85 à 90 % de la consommation.

Tableau 53 : Evolution du nombre total des spécialités indemnisées.  
(Système général)

	<u>Nombre total</u>	<u>Evolution par rapport à 1966.</u>
1966	40.058.610	100
1967	41.024.603	102,4
1968	40.288.901	100,6
1969	47.801.581	119,3
1970	52.020.362	129,9
1971	52.355.338	130,7
1972	54.416.129	135,8
1973	59.313.845	148,1
1974	63.162.650	157,7

Source : I.N.A.M.I.

Il est surprenant de constater que l'augmentation des prix est en réalité plus importante que la hausse de la consommation (voir tableaux 52 et 53).

Cette augmentation est une des causes principales de la croissance des dépenses de l'assurance maladie invalidité, comme cela a déjà été relevé sur la base du prix coûtant par spécialité remboursée (voir tableaux 52 et 54).

Tableau 54 : Intervention moyenne de l'assurance maladie et invalidité dans le prix coûtant des médicaments (en Fr.)

<u>Année</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Préparations magistrales</u>
1953	33,1	31,6
1958	38,3	36,6
1966	64,6	63,0
1967	72,6	66,0
1968	85,6	68,7
1969	92,7	68,4
1970	105,1	71,7
1971	111,3	76,9
1972	126,3	81,1
1973	140,8	86,1
1974	160,5	91,9

L'intervention pour les préparations magistrales croît moins rapidement que celle des spécialités.

L'évolution plus lente des prix des matières premières exerce ici une influence.

Les prix des spécialités belges ont pourtant moins augmenté que les prix des spécialités étrangères (tableau 55).



Tableau 55 : Prix moyen au public.

	Spécialités belges sans équivalent étranger	Index	Spécialités conditionnées importées de l'étranger	Index	Spécialités non condition- nées importées de l'étranger	Index
1968	56,20	100	73,6	100	118,3	100
1973	78,94	140,4	120,50	163,4	125,7	106,2
1974	90,07	160,3	124,60	169,2	135,4	114,5

Source : Ministère des Affaires Economiques.

La marge bénéficiaire de l'industrie diffère selon le produit.

Ainsi, les matières premières, la main-d'oeuvre, la recherche, l'emballage et les frais généraux varient.

Il existe également un contrôle permanent et très onéreux de la qualité (contrôle exercé sur la production chimique, sur chaque lot, sur la formulation, les médicaments finis, essais de la stabilité).

Le développement du produit comporte également des études pharmacologiques sur des animaux, des expériences biochimiques, des enquêtes sur la sécurité, et des recherches cliniques.

Orientée vers la vente, l'industrie pharmaceutique tâche constamment de mettre au point de nouveaux produits, qui deviennent de plus en plus coûteux.

La plupart des nouvelles spécialités ne sont nouvelles que par leur nom. Elles ne contiennent que rarement des nouvelles substances chimiques.

En moyenne 8 X du chiffre d'affaires (1) mais les pourcentages réels diffèrent considérablement d'une entreprise à l'autre, - sont destinés à la recherche scientifique pour développer de nouveaux médicaments.

L'Institut pour la promotion de la recherche scientifique dans l'industrie et l'agriculture (I.P.R.S.I.A.) a d'ailleurs accordé à l'industrie pharmaceutique des subsides s'élevant à : (2)

- (1) En Belgique 15 %, en France 8 %. Voir Schrans t.a.p., p. 89 : en Europe 6 %, aux Etats-Unis 10 à 11 %. En Suisse 10 à 15 %, en R.F.A. 10 %.
- (2) Seulement 6 entreprises "belges" font de la recherche. Les nouveaux médicaments les plus importants ont été découverts aux U.S.A. (~50 %) Suisse (+ 15 %) et R.F.A. (+ 11 %). Pour la période la plus récente de 1961-73, l'ordre est comme suit: U.S.A. (23,9 %), France (20 %), R.F.A. (12,9 %), Japon (9,8 %), Suisse (7,8 %) et Italie (6 %).

1966	10.850.000	fr
1967	34.050.000	fr
1968	33.012.000	fr
1969	51.448.000	fr
1970	54.578.000	fr
1971	90.584.000	fr
1972	73.954.000	fr
1973	134.491.000	fr
1974	94.573.000	fr

Ces millions alloués en subsides n'ont pas permis de diminuer le prix d'un seul médicament.

Les chances de trouver de nouveaux médicaments s'a-enuissent (1) et la durée entre la découverte et la vente devient de plus en plus longue.

On estime en Suisse qu'il faut une période de 6 à 10 ans entre la découverte d'une substance active et la mise sur le marché du médicament.

Les procédures administratives préalables à la reconnaissance de nouveaux médicaments deviennent de plus en plus sévères.

Il en résulte que les dépenses pour la mise au point de nouveau médicament sont souvent disproportionnées à sa plus-value thérapeutique ou à sa prétendue plus-value. (2)

Mais puisque les instruments de la concurrence ne sont pas les prix mais bien les produits, le nouveau produit constitue la garantie de la viabilité de cette industrie. (3)

Une fois que l'industrie a mis le produit sur le marché, elle tâche d'en obtenir une exploitation commerciale optimale.

La durée de vie des spécialités est, en effet, très limitée - une moyenne de cinq ans - ce qui explique la commercialisation intensive en cette matière.

(1) "Les décennies qui viennent seront pauvres par rapport aux précédentes". Dr. Frans Gross: L'avenir: espoir et craintes. Santé du Monde, avril 1974, p. 32.

(2) R. Rigoni, supra, p. 5-30.

(3) Des 15 spécialités les plus vendues en 1965, il n'en restait que 8 du même groupe. Voir K. Roland, supra, p. 126.

L'information médicale (1), la réclame (2), jusque sur les dossards des coureurs cyclistes, et les équipes des représentants (3) ont pour tâche de convaincre en premier lieu le médecin et le dentiste, et même le consommateur quand il s'agit de médicaments mis en vente sans prescription.

D'après les estimations, 12 à 25 % du chiffre d'affaires sont destinés à la promotion de vente (4).

En Belgique la publicité s'élèverait à plus de 100.000 fr. a. par médecin.

D'après une autre source, en Belgique, chaque jour 80.000 dépliants publicitaires et 10.000 échantillons seraient envoyés aux médecins. (5)

Une enquête menée en 1973, auprès de dix entreprises, a relevé qu'elles consacraient 2,4 à 15 % de leur production à des échantillons.

Certains font mention de 100 kg de feuilles publicitaires et d'échantillons par an et par médecin.

- 
- (1) Par des imprimés, dans des périodiques, par l'envoi d'échantillons, par représentants, aux congrès et séminaires.
- (2) Des cadeaux tels que stéthoscopes, goniomètres, cravattes, eau de cologne, radios, gadgets, etc... Voir la question parlementaire du Député Van Damme concernant l'offre d'une entreprise faite aux médecins d'un voyage de 15 jours à Stresa à condition de recommander certaines spécialités à leurs patients. (Chambre 1974-1975, Bulletin du 15 avril 1975 p. 1770).  
On se plaint de la même situation dans d'autres pays. En France, vin, champagne et réceptions sont les moyens classiques de persuasion. G. Garo: la médecine en question. Paris 1969, p. 31.
- (3) 1.700 en Belgique - En France 1 pour 10 médecins.
- (4) P.J. Linon: Thèse sur quelques aspects des relations publiques et de l'information en milieu médico-pharmaceutique. Paris 1971.  
Le rapport Kefauver aux U.S.A. donne une estimation de 25 %.  
Dans le même sens : R. Harris : The real Voice. United States Senate Investigation of the Drug industry. New York-London 1964.  
Schrans, supra, p. 91 parle de 16 % •  
En France on estime également 16 %. En Australie, 20 %.
- (5) Ch. Louis, supra, p. 181.

D'autres données font état de 30 % durant les deux premières années de production d'un médicament, 10 % pour les 2 années suivantes, et 3 à 4 % après 5 ans. (\)

Les épidémies cycliques de grippe et l'approche de l'hiver sont des périodes idéales pour mener des campagnes publicitaires, même dans les journaux (~).

En 1971, en Grande-Bretagne, le budget publicitaire des industries pharmaceutiques était estimé à 15 millions de livres.

C'est après la deuxième guerre mondiale, surtout sous l'influence des Etats-Unis, que cette publicité excessive s'est amorcée.

Le succès qu'elle a permis de remporter a incité les entreprises européennes à suivre la même voie.

En ce faisant, elles ont violé certaines règles déontologiques respectées jusqu'alors en matière de publicité, ce que les entreprises sérieuses déplorent mais à elles seules, elles sont impuissantes à réagir.

**Aussi l'augmentation des prix est-elle due, entre-autres :**

1. aux frais de production plus élevés ;
2. aux dépenses en faveur de publicité ;
3. à la substitution de produits à bas prix par des produits plus coûteux qui selon toute évidence, sont présentés de préférence par les médecins.

Les médecins sont influencés par l'information unilatérale de la part de l'industrie pharmaceutique et ils ne tiennent plus compte du prix.

Trop souvent on accorde d'emblée plus de qualité à un produit plus cher.

Il s'ensuit que l'effet d'un simple blocage des prix qui ne s'applique qu'aux produits existants, pourra toujours être rendu nul par la mise sur la marché des mêmes produits, sous d'autres noms, ou d'autres formes, à des prix plus élevés.

- 
- (1) Procès-verbal session 26 février 1964 de la commission d'étude pour l'harmonisation de la réglementation relative à la pharmacie.
  - (2) "On vend dans les pharmacies des produits qui sont supposés agir dans les infections virales, comme le rhume et la grippe par exemple, et dont le moins que l'on puisse dire est qu'ils sont totalement dépourvus d'activité. Ces produits sont remboursés par la sécurité sociale."  
Prof. Lwoff, prix Nobel de la médecine: Le Monde 23 janvier 1966.

4. aux dépenses pour le contrôle (exercé par les entreprises elles-mêmes en tant que "recherches défensives" et par les autorisés, par ex. 36.000 fr. pour l'enregistrement (1) ;

5. à la mise sur le marché de plus grands conditionnements.

## § 2. Conditions d'admission des produits pharmaceutiques.

Trois ministères jouent un rôle dans l'admission d'un produit pharmaceutique :

1. Le Ministère de la Santé Publique pour l'enregistrement ;
2. Le Ministère des Affaires Economiques pour les prix ;
3. Le Ministère de la Prévoyance Sociale pour le remboursement effectué par l'assurance maladie et invalidité.

### A. ~~!nr!&!!fr~~n~

L'article 6 de la loi du 25 mars 1964 (2) relative aux médicaments a introduit une procédure d'enregistrement pour les nouveaux médicaments.

Un dossier circonstancié du produit en question est déposé aux services compétents du Ministère de la Santé Publique (3).

Ces renseignements doivent fournir la preuve de l'activité thérapeutique, de la sûreté de l'emploi et de la stabilité du médicament qui fait l'objet de la demande. A cette fin, le demandeur doit communiquer les résultats de toutes les expériences effectuées, ainsi que les méthodes suivies en matière de pharmacologie, toxicologie, cliniques, et éventuellement celles de la chimie physique, de la biologie et de la microbiologie.

De ces expériences, il doit résulter une confirmation et une définition des indications thérapeutiques, des modes d'administration, des mesures préventives à prendre lors de l'administration, des doses normales pour bñhés, enfants et adultes, des contre-indications et des effets secondaires.

Le dossier analytique doit également comprendre une monographie des méthodes employées en matière de recherche et de contrôle, et doit également donner une description concise du mode de préparation. Ce dossier doit également signaler les expériences propres à déterminer la stabilité attribuée au médicament en question.

- (1) A.R. 3 avril 1975 modifiant l'A.R. du 3 juillet 1969. Voir aussi article 152 de la loi du 5 janvier 1976 concernant les propositions budgétaires 1975-1976. Toutefois, la cotisation imposée en vertu de cette loi est très peu élevée. (Voir Chambre 1975-76, doc. 680/10, p. 102 et Sénat 1975-76 doc. 742/2, p. 120).
- (2) Cette loi a été promulguée à la suite du drame du softénon. Auparavant il existait déjà un système pour l'évaluation de la qualité.
- (3) Voir article de l'A.R. du 3 juillet 1969 relatif à l'enregistrement des médicaments.

Les pièces suivantes doivent également être jointes au dossier : un échantillon du médicament à mettre sur le marché, ainsi qu'un certificat délivré par les autorités responsables du pays étranger où les médicaments en question ont déjà été autorisés.

Ce dossier doit être constitué par l'entreprise pharmaceutique en question.

Une commission, appelée Commission de Médicaments et composée de professeurs d'université, de trois représentants de l'administration et éventuellement d'experts, vérifie les données et émet un avis (1).

Lorsqu'il s'agit d'une demande relative à l'enregistrement de vaccins ou sérums, il faut d'abord demander l'avis du Conseil Supérieur de la Santé.

Cet avis doit être donné dans le délai de deux mois et est alors joint au dossier, qui est transmis à la Commission des Médicaments. La même procédure est suivie pour les éléments thérapeutiques d'origine humaine qui possèdent une stabilité suffisante pour être écoulés par les voies normales de la distribution pharmaceutique.

La "Commission des Médicaments" a été composée de telle manière que les différents aspects du dossier qui lui est soumis soient toujours examinés à fond.

A cette fin un certain nombre de groupes, 6 au total, ont été prévus.

Ces groupes s'occupent de :

- problèmes toxicologiques et pharmacologiques ;
- problèmes cliniques ;
- problèmes analytiques et galéniques ;
- problèmes de zoothérapie ;
- contentieux ;
- contraceptifs.

---

(1) Voir A.R. du 3 juillet 1969 précité.

Si le produit est acceptable en ce qui concerne les effets secondaires et utile du point de vue thérapeutique, il recevra un numéro d'enregistrement qui doit être mentionné sur le récipient et sur l'emballage du médicament.

Un avis passé dans le moniteur rend l'enregistrement public.

Cet avis (1) mentionne la désignation et la forme pharmaceutique du nouveau médicament, le numéro d'enregistrement et le nom de la firme, les composants principaux, le groupe pharmacologique (produit antibiotique p. ex.) ou les indications principales (ex. traitement de l'anémie ferripare) et le mode de fourniture (prescription médicale, délivré librement, mention si le médicament contient des matières toxiques).

Tableau 56. nombre d'enregistrements

	<u>autorisés</u>	<u>refusés</u>
1971	474	81
1972	}58	54
1973	414	88
1974	500	39
1975	57}	77

Sou~ce : Ministère de la Santé Publique.

L'enregistrement est uniquement lié à l'efficacité et à l'innocuité.

Très souvent, ce dernier facteur ne pourra être déterminé avec certitude après une période d'emploi.

Ainsi furent enregistrés par exemple la plupart des médicaments contenant des dérivés d'oxychinoline halogéné.

Seulement plus tard on a détecté certaines propriétés toxiques et des effets secondaires.

C'est pourquoi l'enregistrement peut éventuellement être suspendu ou révisé, s'il est établi que les renseignements du dossier se rapportant à la demande d'enregistrement sont incorrects ou si l'effet du médicament peut être considéré comme étant nuisible ou inefficace du point de vue thérapeutique.

(1) Voir par ex. Mon. 29 octobre 1975, p. 13. 555-57

(2) Voir par ex. Mon. 30 avril 1975, p. 5.411 : interdiction de la vente de Rheuma-50, solution à injection.

La Commission des Médicaments ne procède pas à des examens expérimentaux afin de vérifier si les données sont correctes.

Elles juge d'après les documents.

Les expériences cliniques mentionnées dans l'art. 18 de l'A.R. du 3 juillet 1969, relatif à l'enregistrement des médicaments, ne sont pas effectuées.

Cela signifie que, du point de vue de la santé publique, il est très important que le Ministère de la Santé Publique soit informé des effets secondaires constatés par les médecins et relevés en pharmacologie clinique.

Les expériences pharmacologiques, toxicologiques et cliniques, précédant l'enregistrement, ne suffisent pas pour que l'on puisse déceler tous les effets secondaires possibles.(1)

Les expériences cliniques en vue de l'enregistrement ne sont effectuées que sur un nombre limité de personnes et ce sera seulement après la généralisation de l'emploi d'un médicament que des effets nocifs peuvent être découverts.

Lorsque l'emploi est combiné à d'autres médicaments, des effets néfastes ne peuvent être découverts que dans la pratique. C'est également dans la pratique que l'on découvrira les dangers d'un dosage excessif et de l'accoutumance.

Des centres indépendants de pharmacologie clinique devraient être créés en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et les Universités (2).

---

(1) Voir l'étude B. Huyghe, R. Husman et W. Roland; "Drug monitoring" et évaluation des médicaments. Stene. Bruxelles 1973.

(2) Aux U.S.A. la Food and Drug Administration est chargée de mener des enquêtes pratiques sur les médicaments. L'application de cette méthode en Belgique signifierait prolonger la procédure de l'enregistrement et mettre en place une importante administration.

Voir rapport Houban, partis I, Ph 6 et Jh 7.



L'Organisation Mondiale de la Santé a instauré en 1962 à Genève un Service International appelé " la Pharmacovigilance internationale ".

Régulièrement sont distribuées des notes d'information traitant de l'inefficacité ou des effets secondaires nocifs de certains médicaments.

L'O.M.S. reçoit non seulement des renseignements des Etats-membres, mais elle dispose également depuis 1968 d'un centre de recherches, le "Drug Monitoring Office" (D.M.O.) dont la tâche est d'encourager les travaux de détection d'effets secondaires.

Un tel centre national fait défaut dans notre pays ; il pourrait en même temps donner des informations aux médecins (1).

Le Ministre de la Santé Publique semble s'engager dans cette direction. (2)

Il faudrait aussi s'assurer la collaboration des médecins, des pharmaciens et des cliniques.

Depuis le 1^{er} janvier 1973 le Comité du Service Comeum du Benelux pour l'enregistrement des médicaments émet des avis en vue de l'enregistrement des médicaments destinés aux pays du Benelux. (3)

---

(1) En 1971 s'est ouvert un Centre d'Information, créé par l'inspection pharmaceutique du Ministère de la Santé Publique.

1971 (4 mois)	: 380 demandes,
1972	: 1.029 demandes,
1973	: 1.544 "
1974	: 1.834 "
1975	: 3.044 "

(2) Voir Senat 1975-76 7 42/2, p. 120

(3) Disposition du Comité des Ministres de l'union économique du Benelux (72) 22 du 18 octobre 1972.  
Jusqu'au 1 juin 1975 : 95 demandes, 22 enregistrements.

Une licence générale européenne est imposée à partir du 1 décembre 1976 en vertu de la deuxième directive (1) du conseil de la C.E.E. du 20 mai 1975.

Un Comité européen pour les spécialités pharmaceutique a également été créé.

Il n'est pas encore possible d'anticiper en cette matière.

Normalement la suppression des barrières sur le marché devrait entraîner une hausse du nombre de spécialités, ce qui augmentera encore la consommation.

Le non-remboursement de la spécialité par l'assurance-maladie et invalidité pourrait éventuellement freiner cette consommation. Seulement les médicaments à bas prix ou plus efficaces devraient être pris en considération pour le remboursement.

Pour ce qui est des soins de santé, la C.E.E. devrait non seulement mener une politique économique mais également une politique de la santé.

B. ~_!!~!!2~_~!~_E~!~.

L'arrêté ministériel du 14 janvier 195J, pris en application de l'arrêté-loi du 22 janvier 1945 réprime toute infraction sur la réglementation relative à l'approvisionnement du pays, a promulgué la première réglementation (2) fixant le prix maximum des spécialités pharmaceutiques, destinés à la médecine ou à la médecine vétérinaire.

Les principes étaient les suivants :

1. Chaque augmentation de prix et les prix des nouvelles spécialités devaient être soumis à l'approbation préalable du Ministre des Affaires Economiques (art. 11).

En vertu de l'article 2 de l'arrêté ministériel du 28 décembre 1966 le Ministre des Affaires Economique s'est engagé à demander l'accord préalable du Ministre de la Prévoyance Sociale ou de son délégué, pour les augmentations de prix se rapportant aux spécialités remboursables ;

2. le prix maximal des spécialités pharmaceutique produites et emballées en Belgique est fixé sur base de certaines données (prix coûtant des matières premières, coût de l'emballage, coût des salaires, coût industriel, coût de la recherche scientifique, et taxes). (art. J)

(1) La première directive du 26 janvier 1965, n° 65/65/CEE, concernant l'harmonisation de la délivrance d'une licence pour la mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques.

(2) Nous faisons abstraction de l'arrêté ministériel du 12 février 1947. La réglementation du 14 janvier 195J a été reprise dans arrêtés ultérieurs du 8 avril 1959, 28 juin 1961, 18 juillet des 1962, 1 juin 1967, et 19 avril 1971.

Pour les spécialités importées de l'étranger, le prix maximum ne pouvait pas excéder plus de 50 % le prix de vente appliqué dans le pays de fabrication ; prix converti en monnaie Belge au cours officiel. (art. 4 et 5).

Ce pourcentage a été progressivement (1) ramené à 0 %. A partir du 1 juin 1971, une réduction de 6 % fut également imposée afin de tenir compte des différences relatives aux tarifs de la T.V.A. (2)

Cette référence aux prix étrangers avantageait les spécialités provenant de pays où le contrôle des prix n'existe pas ou bien où celui-ci n'est pas très strict (U.S.A., Suisse, R.F.A.).

4. Le Ministre des Affaires Economiques pouvait accorder des dérogations lorsque des circonstances exceptionnelles les justifiaient. (art. 8)

L'article 62 de la loi du 14 février 1961 relative à l'expansion économique, le progrès social et le redressement des finances, a laissé entrevoir une nouvelle réglementation.

Le Roi avait la compétence de fixer les prix des produits pharmaceutiques suivant des règles établies par lui.

Le but était de permettre au gouvernement d'agir efficacement sur les prix des spécialités pharmaceutiques. (3)

Le gouvernement était d'avis que "dans le système actuel de la marge commerciale, il était nécessaire de fixer des prix maxima".

"Toutefois, il espérait que le corps pharmaceutique accepterait un prix de revient de base, augmenté d'un montant pour les honoraires, ce qui permettrait d'appliquer des prix fixes."

Cette nouvelle réglementation ne vit cependant pas le jour, et les Ministres des Affaires Economiques ont continué à réglementer les prix des spécialités pharmaceutiques en vertu de l'arrêté-loi du 22 janvier 1945, remplacé ultérieurement par la loi du 30 juillet 1971 relative à la réglementation économique et à la réglementation des prix.

- 
- (1) ramené à 40 % par arrêté ministériel du 8 avril 1959 ;  
à 28 % par arrêté ministériel du 28 juin 1961 ;  
à 19 % par arrêté ministériel du 18 juillet 1962 ;  
à 0 % par arrêté ministériel du 23 mai 1967  
pour les spécialités remboursées par l'assurance-maladie  
à 0 % par arrêté ministériel du 1 juin 1967 pour toutes les  
spécialités,  
(2) Arrêté ministériel du 19 avril 1971.  
(3) Chambre 1959-60, doc. 649/1, p. 31.

L'arrêté ministériel du 24 février 1972 a abrogé la réglementation précédemment en vigueur et a appliqué un blocage des prix.

Après l'annulation de cet arrêté, par arrêt du Conseil d'Etat, l'industrie pharmaceutique a annoncé une hausse de prix pour 1770 spécialités non-remboursables ainsi que pour 1.041 spécialités remboursables. Par après, l'Arrêté Royal du 28 février 1974 fut décrété, celui-ci fixant les prix des spécialités pharmaceutiques, en application de l'article 62 de la loi déjà citée du 14 février 1961.

Les prix en application au 7 janvier 1972 devaient être maintenus pour les spécialités se trouvant sur le marché à cette date et ceux qui étaient en application au 31 janvier 1974 pour les spécialités mises sur le marché après le 7 janvier 1972 et non remboursables par l'assurance maladie-invalidité, et ceux qui étaient en application au 28 février 1974 pour les spécialités remboursables.

Le régime de la déclaration préalable des prix fut mis en application, comme le prescrivait la Loi du 30 juillet 1971 relative à la réglementation économique et à la réglementation des prix.

De nombreuses tentatives ont été également réalisées pour faire diminuer les prix des spécialités pharmaceutiques (1).

**1953** : Arrêté ministériel du 27 février 1953.

**1957** : Arrêté ministériel consécutif à la baisse de la taxe de transfert de 12 à 6 %.

**1958** : Arrêté ministériel du 5 JUIN 1958 (fixant le prix de la pénicilline) abrogé par arrêté ministériel du 28 décembre 1966.

**1966** : Arrêté Royal du 2 février 1966 (réduction de 5 % sur le prix public au-dessous de 200 fr. et de 10 % sur le prix public égal ou supérieur à 200 fr. pour les spécialités remboursées par l'assurance-maladie) abrogé par Arrêté Royal du 19 janvier 1967.

**1971** : Arrêté ministériel du 19 avril 1971 (réduction de 6 %) Annulé par arrêt du Conseil d'Etat du 3 juillet 1973.

Cet arrêté n'a été observé que par quelques firmes. Le 10 novembre 1971 l'A.G.I.M. (2) a introduit une demande collective en vue d'une augmentation des prix de 11,6 % répartie sur 3 années à partir du 10 janvier 1972. Cette demande a été considérée comme étant non-recevable.

---

(1) En guise d'anecdote historique: déjà en 1690, le sénat de Venise avait décidé d'imposer une réduction des prix de 25 %.

(2) Association générale de l'industrie du médicament.

**1972** : Arrêté ministériel du 24 février 1972 (blocage des prix au niveau de ceux en vigueur le 7 janvier 1972), annulé par arrêt du Conseil d'Etat du 23 novembre 1973.

**1974** : Arrêté Royal du 28 février 1974 (blocage des prix au niveau des prix en vigueur le 7 janvier 1972), contesté par le Conseil d'Etat.

A partir du 17 mai 1974, les prix ont été augmentés de 5,5 % après concertation avec le gouvernement.

Auparavant, le Ministre des Affaires Economiques du gouvernement précédent avait déjà accordé des augmentations individuelles.

Ces tentatives n'ont eu qu'un succès limité.

" Les réductions de prix ont incité les producteurs à supprimer leurs spécialités vendues à bas prix, bien qu'elles soient aussi efficaces que de nouveaux médicaments qualifiés de nouveaux, livrés à des prix plus élevés...

" En modifiant très légèrement la composition de leurs produits, les producteurs obtiennent des prix supérieurs et retirent alors du marché leurs spécialités touchés par la baisse de prix.

" Le seul effet de la baisse imposée est d'augmenter le prix public des médicaments visés." (1)

L'arrêté royal du 28 février 1974 soumettant les spécialités pharmaceutiques au régime de l'augmentation des prix, sans avoir trouvé de solutions en ce qui concerne la fixation des prix de nouvelles spécialités, le contrôle et les sanctions déficientes, un projet de loi fut déposé afin de remédier à cet état de chose. (2)

Ce projet de Loi devint, après amendement, la Loi du 9 juillet 1975. (3)

Cette loi permet au Ministre des Affaires Economiques de fixer des prix maxima pour les spécialités pharmaceutiques et les autres médicaments en général, ainsi que pour chaque spécialité pharmaceutique et pour chaque médicament en particulier, après consultation de la commission des prix pour les spécialités pharmaceutiques.

La commission des prix est composée paritairement des représentants des consommateurs, et de représentants de la production, de l'importation, et de la distribution.

---

(1) C. Louis, supra, l. c., p. 171.

(2) Chambre 1974-75, doc. 504/1.

(3) M.B., 30 juillet 1975.

Une commission des prix spéciale a été créée puisqu'il sera tenu compte de facteurs thérapeutiques. (1)

Etant donné que le problème du prix des spécialités pharmaceutiques est non seulement d'ordre économique, des représentants des départements de la Santé Publique, de la Prévoyance Sociale, et des Classes Moyennes feront partie de cette commission ainsi qu'un représentant du département des Affaires Economiques.

Ceci est important puisque d'une part l'industrie pharmaceutique se réfère exclusivement à sa contribution à l'économie et à l'emploi (2), ce qui de son point de vue est assez compréhensible, et puisque d'autre part certains députés considèrent uniquement le problème des prix comme une question qui touche à l'existence des entreprises et à l'économie belge en général (3), ou comme un danger pour le secteur économique ou les investissements (4).

Pour la fixation des prix maxima, le Ministre tiendra compte d'un ou de plusieurs critères définis par le Roi dans un arrêté délibéré au conseil des ministres (5), après consultation de la commission des prix des spécialités pharmaceutiques.

Ces critères sont surtout purement économiques, mais il est recommandé également de faire la comparaison avec le prix appliqué pour des spécialités ou médicaments similaires du point de vue thérapeutique, et qui se trouvent déjà sur le marché, comme le fait déjà dans une certaine mesure l'I.N.A.M.I. (6).

La commission des prix se heurtera à trois difficultés :

1. sa composition hétérogène;
2. la fixation de critères souvent contradictoires ;
3. le risque de troubler les relations entre les parties en cause.

L'arrêté ministériel du 10 février 1976 oblige à déclarer au Ministère des Affaires Economiques chaque prix de vente d'une nouvelle spécialité ou chaque augmentation de prix.

En même temps les prix sont bloqués au niveau du 11 août 1975 ou de la date de la mise sur le marché pour les spécialités mises en vente après cette date.

On peut également déduire de la Loi du 9 juillet 1975 qu'il est renoncé aux conventions-programmes conclues avec l'industrie pharmaceutique. Celle-ci n'a d'ailleurs pas insisté pour qu'elles soient maintenues.

---

(1) Chambre, 1974-75, doc. 504/4, p. 13.

(2) Senat, 1974-75, doc. 644/2.

(3) Chambre, 1974-75, doc. 504/3, p. 1.

(4) Chambre, 504/4, p. 5-6.

(5) A.~. 11 décembre 1975, ~.B. 16 décembre 1975.

(6) Chambre 1974-75, doc. 504/4, p. 8.

La législation précitée qualifiée de loi d'exception(1) et la loi des pleins pouvoirs - est une législation de transition qui s'appliquera jusqu'à la fin de 1977 en attendant que le Commissaire Royal ait rédigé son rapport sur la Réforme de l'assurance maladie.(2)

On espère trouver une solution durable grâce à des négociations avec le secteur économique.(3)

S'il n'y a pas de solution, la loi normale sur la réglementation des prix est appliquée.

Pour être complet, signalons également les derniers arrêtés relatifs au blocage des prix. (4)

### C. La Reconnaissance par l'I.N.A.Y..I.

Les spécialités pharmaceutiques sont remboursables si elles répondent aux critères d'admission en matière de composition,(5) de prix, et si elles sont prescrites et délivrées par les personnes habilitées à cet effet par la loi.

D'après l'avis donné par le conseil technique des spécialités pharmaceutiques de l'I.N.A.M.I.(6), qui a surtout demandé l'avis du conseil technique pour les relations avec l'industrie pharmaceutique(7) d'après l'avis du comité de gestion pour les soins.

- (1) Quant à la compétence de la commission générale pour la réglementation des prix. (A.R. 3 juin 1969).
- (2) Chambre 1974-75, doc. 504/4, p. 14 et Chambre 1974-75, doc. 504/4, p. 4.
- (3) A.M. 5 mai 1975, prorogé par A.~. du 3 juillet 1975 et 26 septembre 1975, en vigueur du 7 mai jusqu'au 31 décembre 1975.
- (4) A.M. 5 mai 1975, prorogé par A.~. 3 juillet 1975 et 26 septembre 1975 en vigueur du 7 mai jusqu'au 31 décembre 1975. Le Ministre des Affaires Economiques peut accorder des dérogations.
- (5) Annexe II à l'A.R. 24 décembre 1963.
- (6) Voir art. 16 de la loi maladie et invalidité et l'art. 87 et 87 bis A.R. 4 novembre 1963. Le conseil se compose de :
  - huit membres, docteurs en médecine ou pharmaciens présentés par les organismes d'assurance;
  - six membres présentés par les facultés de médecine des universités ;
  - deux membres présentés par les organisations représentatives des médecins ;
  - deux membres présentés par les organisations représentatives des pharmaciens ;
  - un membre, docteur en médecine ou pharmacien présenté par le Ministre de la Prévoyance Sociale ;
  - un membre, docteur en médecine ou pharmacien présenté par le Ministre de la Santé Publique.
- (7) Voir art. 87 à 87 quinquies A.R. 4 nov. 1963. Le Conseil se compose de : - huit membres présentés par les organismes d'assurances; - huit membres présentés par l'industrie pharmaceutique. Jusqu'à présent, les membres n'ont pas encore été nommés.

Le Ministre de la Prévoyance Sociale dresse la liste des spécialités qui entrent en ligne de compte pour le remboursement.

Les spécialités pharmaceutiques, dont les éléments actifs et la forme galéniques sont identiques, sont remboursés selon les mêmes critères.

Pour les produits équivalents du point de vue thérapeutique des différences de prix de 10 à 50 % selon le prix au public sont acceptées.

Tableau 57 : Nombre de médicaments.

	Médicaments enregistrés (1)	Spécialités indemnisables (2) (3)	Emballage- indemnisable (3)
1966	-	2.200	3.750
1970	9.493	2.122	3.594
1971	9.454	2.124	3.741
1972	9.609	2.145	3.808
1973	9.707	2.132	3.770
1974	9.756	2.171	3.908
1975	9.946 (4)	2.176	3.921

(1) Source: Ministère de la Santé Publique.

(2) Source: I.N.A.Y.I.

(3) A cause de différences de prestation, dosage ou conditionnement, la même spécialité peut entrer en ligne de compte pour un nombre différent d'unités lors de l'enregistrement ou de l'admission par l'I.N.A.Y.I.

(4) dont 737 sans désignation particulière.

Comparé aux autres pays de la C.E.E., le nombre des spécialités remboursables est inférieur à celui de la R.F.A. et de l'Italie (1), mais supérieur à celui des Pays-Bas et de la Suède (2).

(1) zie art. 87 tot 87 quinquies KB 4 november 1963. De raad bestaat uit:  
- acht leden voorgedragen door de verzekeringsfondsen;  
- acht leden voorgedragen door de geneesmiddelenindustrie.  
De leden werden tot op heden niet benoemd.

(2) M. Smout, p. 191.

(3) **R.F.A.** : 24.000  
Italie : 21.000  
France : 9.000  
Pays-Bas : 4.500  
Suède : 2.000  
Source : C.E.E.



Pourtant une des critiques émise à l'égard de l'assurance maladie belge porte précisément sur le nombre élevé des spécialités non remboursées.

Dans le système de la S.C.B. presque toutes les spécialités entrent en ligne de compte pour le remboursement.

### § 3. Le commerce de gros et les pharmaciens.

La marge bénéficiaire des négociants grossistes en spécialités pharmaceutiques a été fixée, par arrêté ministériel du 16 janvier 1953 à 12 % maximum du prix de vente au public, et celle des pharmaciens à 10 % de ce même prix.

Après l'entrée en vigueur de la T.V.A. les marges bénéficiaires ont été portées respectivement à 13,1 et 11 %. (1)

Les marges bénéficiaires d'un produit vendu à 100 Fr. sont donc les suivantes :

Prix d'achat	56,56 fr
Bénéfice commerce de gros 13,1 (2)	<u>8,5</u> fr
	65,09 fr
Bénéfice pharmacien 11 %	<u>29,25</u> fr
	94,34 fr
T.V.A. (6 %)	<u>5,66</u> fr
	100,00 fr

En application de critères habituels mais non réglementaires, des prix maxima sont appliqués : 58 Fr/ pour le commerce de gros, et 200 Fr. pour les pharmaciens.

En vertu de la loi du 9 juillet 1975 instituant un régime en matière de prix des produits pharmaceutiques et autres médicaments, un nouveau règlement a été établi dans lequel les marges bénéficiaires mentionnées ci-dessus, ont été maintenues.

Néanmoins, la marge bénéficiaire maximale a été augmentée respectivement à 7 et 250 frs.

En attendant, l'I.A.M.I. lors de l'admission de spécialités a joué un rôle modérateur dans les prix, et est parvenu ainsi à une baisse de 1, 6, 8, 15, 19 jusqu'à 21 % sur le prix appliqué.

---

(1) A.M. 10 décembre 1970

(2) Maximum 58 fr.

(3) Maximum 200 fr

(4) Arr3té ministériel du 10 février 1976.

§ 4. Le "Ticket modérateur".

-----

L'intervention de l'assurance maladie dans le remboursement des médicaments n'est pas illimitée.

Il existe deux sortes de restrictions.

D'abord, l'assurance maladie n'intervient que pour les spécialités reconnues dont les listes sont régulièrement publiées.

L'emballage des spécialités reconnues est marqué de la lettre A.

Une liste des spécialités qui peuvent être obtenues existe également en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Italie (quoique très large).

Il n'existe pas de liste en Allemagne de l'Ouest mais le médecin est tenu chaque année de ne pas dépasser un certain montant en médicaments.

Ensuite en Belgique, le bénéficiaire est obligé de prendre à sa charge une quote-part personnelle (2) qui est régulièrement augmentée (3) :

	T.I.P.	V.I.P.O.
	et V.I.P.O. non privilégiés	
	-----	-----
spécialités ordinaires	60 fr	35 fr
spécialités spécifiques (4)	35 fr	35 fr
(5)	35 fr	0 fr
Spécialités administrées dans un établissement d'hospitalisation	15 fr	15 fr

Il n'y a évidemment pas d'intervention pour les spécialités dont le prix ne dépasse pas la quote-part personnelle.

Pour une prescription magistrale une quote-part de 35 fr n'existe que pour les actifs et leurs ayants-droit et pour les V.I.P.O. non privilégiés et leurs ayants-droit.

Le groupe àes V.I.P.O. jouit de gratuité complète.

- 
- (1) ou des combinaisons telles que Am, Ami, As, Asml, Af. Pour certaines spécialités il n'existe pas d'indication.
- (2) Art. 7 h.R. du 24 décembre 1963, mod. A.R. du 16 décembre 1974.
- (3) Voir ci-dessus sous le chapitre IV, section 4.
- (4) Il s'agit des spécialités A-I, 1-11.2, 1-11.3, etc. prescrites généralement pour des maladies chroniques.
- (5) Lire reprise dans l'annexe 1 de l'A.R. 24 décembre 1963 (par ex. insuline, streptomycines).

Du fait de ces restrictions, presque la moitié des dépenses pour les médicaments est à la charge de l'ayant-droit.

Les avis concernant l'influence du ticket modérateur sur l'augmentation de la consommation de spécialités pharmaceutiques sont partagés.

En Suède, où la part des bénéficiaires dans le prix des spécialités pharmaceutiques est la plus élevée pour l'ensemble des soins de santé, c'est précisément cette dépense qui s'accroît le plus.

Dans plusieurs pays (1) on constate également que le ticket modérateur n'a aucun effet modérateur.

Il ressort d'une étude faite par *CR-DOC* (2) que le ticket modérateur n'exerce aucune influence.

Les dépenses de l'assurance maladie diminuent mais ce n'est pas le cas des dépenses pour les médicaments.

Il est également constaté que pour les V.I.P.O., l'accroissement se produit au niveau des spécialités pour lesquelles ils paient une quote-part, tandis que pour ce qui est des préparations magistrales gratuit aucun accroissement n'apparaît.

L'élasticité de la consommation de médicaments par rapport au prix est très faible. (3)

La conjoncture économique aurait-elle, au contraire exercé une influence (4).

On trouve également dans d'autres pays le système de quote-part personnelle sous différentes formes :

- a) paiement d'un pourcentage déterminé avec un maximum (République Fédérale d'Allemagne).
- b) paiement d'un pourcentage déterminé (Luxembourg, France, Danemark) ;
- c) paiement d'un certain montant (minime) (Italie, Grande-Bretagne) ;
- d) limitation de la gratuité pour certaines catégories de personnes (Irlande), à des médicaments estimés irremplaçables, (Danemark), à des médicaments destinés à la guérison de maladies graves (Norvège) ou aux médicaments plus coûteux (Suède).

---

(1) C. Michel, supra, 1974, p. 59.

(2) L'influence des facteurs économiques sur la consommation. Paris 1966, p. 19.

(3) A. Prims et P. Quaethoven, supra, R.B.S.S. 1974, p. 75.

(4) Constaté en France en 1958.

Dans certains pays, (les Pays-Bas, par exemple) aucune quote-part personnelle n'est exigée.

#### § 5. Propositions

---

1. La révision de la liste des médicaments enregistrés avant la loi du 25 mars 1964, et un système d'enregistrement plus rigoureux.

Avant l'enregistrement prévu par la loi du 25 mars 1964, sur les médicaments et par l'arrêté royal du 10 octobre 1966 - plus tard par celui du 3 juillet 1969 - relatif à l'enregistrement des médicaments, un certain nombre de médicaments ont été enregistrés sur simple déclaration.

Bien qu'une révision soit débord souhaitable du point de vue de la Santé Publique, une révision primaire pourrait également être importante sur le plan de la Sécurité sociale.

Cette révision pourrait s'effectuer après un délai déterminé à compter du premier enregistrement, ou enregistrement renouvelé.

Un enregistrement plus sévère reste encore toujours possible.

L'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé de ne plus accepter aucun médicament lorsque son efficacité est sensiblement inférieur à celle d'autres produits se trouvant déjà sur le marché, à moins qu'il présente des avantages compensateurs, telles que l'absence de toxicité.

Ce n'est point le cas pour l'enregistrement actuel(1).

De nouvelles spécialités qui ont le meilleur effet thérapeutique, ou une même spécialité sont enregistrées sous un autre nom.

Pour qu'un enregistrement plus sévère soit possible, une modification de la loi du 25 mars 1964 s'avère indispensable.

Une adaptation de la directive de la C.E.E. n° 65/65 du 26 janvier 1965 s'impose avant tout.

---

(1) J. Cobbaut, supra l. c., p. 160.

Un système d'enregistrement provisoire pourrait également être instauré afin de pouvoir annuler l'enregistrement, dans les cas où des effets secondaires sont constatés, ou s'il s'avère qu'il existe déjà un médicament plus efficace.

Si l'expérience clinique est positive, l'enregistrement provisoire pourrait devenir définitif après trois ans.

## 2. La révision de la liste des spécialités remboursables.

En 1967, en Grande-Bretagne, une commission d'enquête est arrivée à la conclusion que l'on pourrait renoncer à près d'un tiers des spécialités remboursables par le Service National de la Santé. (1)

Certains antibiotiques qui sont écartés dans d'autres pays, seraient remboursables en Belgique. (a)

Des cliniques à l'étranger (3) et maintenant également en Belgique établissent des listes limitatives de spécialités.

Dans un rapport récent, établi à la demande de l'UNCTD, le Dr. Sanjaya Lall a conclu que la plupart des produits pharmaceutiques sont complètement inutiles, soit du point de vue de l'efficacité, soit du fait qu'ils sont identiques.

Le nombre des médicaments essentiels pourrait être réduit à 200 ou 250.

Des experts consultés étaient même d'avis que 50 spécialités suffiraient pour guérir 80 % des maladies.

La plupart d'entre eux estimaient qu'une liste limitative comprenant les médicaments essentiels (cfr. Danemark, Norvège, Suède) et ne dépassant pas un certain budget destiné aux dépenses des médicaments pouvait être établie.

## 3. Fusion des différentes commissions compétentes en matière de médicaments.

L'accent a déjà été mis - et ce n'est qu'une répétition de ce qui est défendu par maintes autorités - sur la nécessité d'englober toute la politique de la santé sous l'autorité d'un seul ministère.

(1) Report of the Committee of Enquiry into the Relationship of the Pharmaceutical Industry with the P.H.S., N.I.S. Office, 1967.

(2) C. Louis, supra 1. C., p. 179.

(3) entre autres aux U.S.A., en France, en Suisse. 400 médicaments dans des hôpitaux parisiens, et 500 dans un hôpital bien connu de New-York. Voir à ce sujet J. Jonckheere : Snkele data met betrekking tot de Belgische gezondheidszorg. Politica 1975, p. 433.

Dans le même ordre d'idées, l'existence de trois commissions s'occupant des médicaments, paratt illogique.

Dans une même commission, une branche pourrait se prononcer selon des critères scientifiques sur l'enregistrement et la valeur thérapeutique, tandis qu'une autre branche s'occuperait de la question du prix et du remboursement.

#### 4. Suppression de la publicité pharmaceutique.

L'article 9 § 1 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments (1) permet au Roi d'interdire toute publicité pouvant induire le public en erreur, ou qui lui donne des informations tendancieuses ou incomplètes sur les propriétés préventives ou curatives d'un médicament.

L'arrêté royal du 23 octobre 1972 a réglé cette matière en tenant compte de la résolution A.P. (69)3 du Conseil de l'Europe, ratifié le 25 janvier 1969, et des directives de l'Organisation mondiale de la Santé.

L'absence d'infractions ne permet pas de conclure que cet arrêté a assaini la situation.

En effet, tout dépend du contrôle exercé sur l'observation des règles de la loi.

L'article 9 § 3 de la même loi du 25 mars 1964 confère au Roi le pouvoir d'interdire toute publicité en faveur de médicaments contra la tuberculose, la poliomyélite, le cancer, le diabète ou toute autre maladie qu'il définit sur avis conforme du Conseil Supérieur de la Santé.

Pour les quatre maladies citées une telle interdiction a été promulguée (2).

Pour les autres (3) il n'est pas interdit de faire de la publicité auprès des consommateurs.

Mais il n'est pas fait mention de la publicité réalisée auprès des médecins (information médicale) et qui est la cause principale de la surconsommation.

L'information technique ou scientifique des médecins dont traite l'article 2 de l'A.r.l. du 23 octobre 1972 n'est trop souvent - d'après l'opinion de Van Besien(4) - que du tapage publicitaire.

(1) Dans la loi du 25 mars 1964, la notion "médicaments" est prise dans un sens moins large, que dans les directives de la C.E.3.

(2) L'art. 9, 1° A.R. 8 août 1964, remplacé depuis le 1 juillet 1973 par l'article 3, 1° A.R. 23 octobre 1972.

(3) Exception faite d'autres lois relatives aux maladies vénériennes, et les substances thérapeutiques d'origine humaine.

(4) Cité à un autre endroit.

Il ne faut pas n011plus espérer trop de la part de la C.E.E. en ce qui concerne l'interdiction de cette publicité malsaine.

La C.E.E. est plutôt d'avis qu'une interdiction de la publicité pourrait entraver le commerce des médicaments. (1)

L'arrêté royal du 23 octobre 1972, veut une publicité honnête, saine et contrôlable.

Le Ministère de la santé Publique est compétente pour exercer le contrôle nécessaire.

Il le fait pour ce qui est de la publicité insérée dans les emballages, par l'intermédiaire de la Commission des Médicaments, mais cette dernière est limitée dans ses attributions et l'aide administrative dont elle dispose est trop réduite.

Elle essaie d'exercer ce contrôle sur les périodiques, mais elle ne dispose pas des moyens nécessaires afin de contrôler la réclame faite auprès des médecins. (2)

Des sanctions ne sont jamais prises.

En principe, toute réclame (3) devrait être interdite.

Lorsque le prix d'une spécialité est fixée on ne devrait pas prendre en considération les dépenses pour la publicité.

L'interdiction (4) d'offrir ou d'accorder directement ou indirectement des primes ou des avantages est peu efficace en ce qui concerne les médecins, car cette interdiction ne vaut " qu'à l'occasion de la fourniture de médicament ".

Par conséquent, la distribution de cadeaux en vue de " l'information technique et scientifique " des médecins sera permise.

Cette forme de publicité est également efficace : la vente de la marque en bénéficiera.

Puisque les médecins ne semblent pas pouvoir y résister - il y a heureusement des exceptions - l'interdiction constitue la seule possibilité de protéger la population contre " la pollution interne " et l'I.N.A..I. contre l'exploitation.

L'interdiction est le seul moyen, à moins que l'industrie ne fasse des propositions raisonnables.

(1) Proposition de directive du 7 juin 1967 Journ. Publ. C..3. du 20-30 octobre 1967.

(2) Union des consommateurs, supra, p. 117.

(3) Voir l'avis divisé du Conseil pour la consommation du 30 juin 1966.

(4) Art. 10, premier alinéa, loi du 25 mars 1964, sur les médicaments.

L'article 20 de l'A.R. du 24 décembre 1963 interdit aux firmes pharmaceutiques de faire de la publicité en faveur des spécialités pharmaceutiques reconnues par l'I.N.A.M.I.

Les infractions éventuelles devraient être plus sévèrement sanctionnées que par le passé.

Signalons encore la proposition de loi déposée depuis quelque temps par les députés Plasman, ilagnée et Coens(1).

#### 5. Information des médecins.

Il est actuellement impossible aux médecins de connaître les propriétés pharmacologiques et thérapeutiques de près de 10.000 spécialités.

Ch. Louis cite un article paru dans le périodique Louvain-Médical dans lequel un médecin fait siennes les paroles de Voltaire : " Les médecins utilisent des médicaments dont ils connaissent peu de chose, dans des organismes dont ils connaissent moins encore, pour soigner des malades dont ils ne connaissent rien du tout ". (2)

" La liberté thérapeutique devient illusoire si le médecin est conditionné par une information qui est exclusivement axée vers la promotion des ventes d'une entreprise économique. Les risques, pour le malade, consommateur obligé, sont certains si des intérêts particuliers aboutissent à l'introduction de médicaments dangereux ou inutiles. A diverses reprises, en effet, la communauté a payé lourdement les conséquences de médicaments dont les effets toxiques n'avaient pas été prévus ou avaient été sous-estimés. "(3)

Il faut admettre que l'information en provenance de l'industrie pharmaceutique représente pour les médecins une source bienvenue de connaissances.

C'est après avoir terminé sa formation pharmacologique que le médecin fera connaissance des spécialités pharmacologiques mises sur la marché dans le courant de sa carrière.

Il fera un choix de ces spécialités - habituellement limitée de 100 à 200 (4) et il les prescrira régulièrement.

Environ un tiers des spécialités vendues n'existent que depuis 5 ans.

---

(1) Chambre 975-76, Doc. 714-1

(2) supra. p. 178.

(3) M. Roland, supra, p. 111.

(4) J. Cobbaut, l. c., p. 162.



Il est indubitable que les médecins sont submergés de publicité commerciale, tandis que l'information objective fait défaut.

Parfois, le grand public en prend conscience.

Des interpellations comme celle du député Dr. De Vlies et des publications des organisations des consommateurs sur " Le livre noir de la Phénacétine " n'en font que des exemples(1).

Bien que ses moyens financiers soient limités, le Centre Belge pour l'Informatique Pharmacothérapeutique(2) envoie depuis juillet 1974 aux médecins et aux pharmaciens, une publication intitulée " Folia farmacoterapeutica ".

Il est nécessaire d'étendre l'information à toutes les nouvelles spécialités mises sur le marché.

Le médecin ne se rend pas non plus compte des prix. Il s'en tient à " ses " médicaments appartenant à certaines marques, sans être informé de leur prix, qui en général, ne l'intéresse point.

Il est également souhaitable qu'il sache si oui ou non une spécialité déterminée est remboursable.

Le Ministre de la Santé Publique (3) a consenti à faire publier dans " Folia farmacoterapeutica " des données sur le prix et sur la possibilité de remboursement par l'assurance-maladie.

Cette promesse a été remplie.

A partir de 1976, le Centre Belge de l'Informatique Pharmacothérapeutique établira pour chaque nouveau médicament une fiche d'information avec toutes les données nécessaires (indications pharmacologiques, effets secondaires, etc...)

#### 6. Interdiction de distribuer des échantillons

La **distribution** d'échantillons aux médecins est effectuée dans un but purement commercial.

La seule utilité est de familiariser le médecin avec la présentation du médicament.

On pourrait le faire d'une autre façon.

(1) Test Achat, mai 1971, p. 26-30.

(2) Statut paru au Mon. du 25 février 1971 reconnu par A.R. du 28.2.1974.

(3) Lettre du 1 avril 1975 adressée à M. le Ministre de la Prévoyance Sociale.

" La publicité de rappel, distribuée par la Doste (1 à 2 kg par mois), prend généralement la forme d'un "matricielle" publicitaire. Destinée à conditionner le médecin à un nom et à une indication, elle prépare ou rappelle la visite du délégué. Hautement discutable sur le plan de l'éthique professionnelle, elle est rarement d'un niveau universitaire.

" Toutefois, son efficacité est certaine. "(1).

Le médecin pourrait recevoir des modèles factices et le pharmacien pourrait lui donner l'information nécessaire.

L'article 12 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments a conféré au Roi le pouvoir de déterminer dans quelles limites et sous quelles conditions des médicaments sous forme d'échantillons peuvent être délivrés.

Un arrêté d'exécution n'a jamais paru.

La recommandation AP (74) 6 du Conseil de l'Europe approuvée le 18 septembre 1974, propose des conditions limitatives à la distribution d'échantillons: demande écrite, échantillon identique au modèle commercial, indication sur l'emballage qu'il s'agit d'un échantillon, restriction de nombre et de durée.

Les médecins eux-mêmes sont d'avis que la distribution d'échantillons est irrationnelle et qu'elle ne répond pas toujours à une nécessité.

" Le stockage d'échantillons constitue une source d'ennuis pour la plupart des médecins. Ils ont résolu le problème de leur liquidation en les donnant aux pays sous-développés ou aux œuvres.

" Une distribution à la demande selon les besoins est considérée comme le meilleur moyen d'éviter l'abondance d'échantillons. (2).

On peut aussi se demander si les échantillons sont toujours conservés dans des conditions adéquates (températures, lumière, date de péremption, etc...)

La distribution d'échantillons même aux étudiants, infirmières, kinésistes, comporte le risque de mener à des pratiques frauduleuses, à l'administration de médicaments par des personnes non qualifiées et l'abus de drogues.

En outre, certains médecins ont trouvé dans le fait de distribuer des échantillons, un argument pour réclamer des honoraires plus élevés ou considèrent cette pratique comme un moyen de faire face à la concurrence à des confrères.

---

(1) M. Roland, supra, p. 124.

(2) La distribution d'échantillons. Avril 1975, p. 58.

Un règlement plus sévère, ainsi que le souhaitait le législateur en 1964, paraît indispensable.

- a) Interdiction de distribuer des échantillons aux étudiants, personnel infirmier, dans des cliniques et aux membres des familles de médecins décédés ;
- b) Interdiction de distribuer des échantillons aux médecins, mais avec la possibilité pour les médecins d'obtenir gratuitement chez un pharmacien établi, et moyennant une demande signée, deux pièces d'un médicament et ce pendant une période limitée (2 ans par exemple), après la mise sur le marché d'un nouveau médicament, à l'exception des stupéfiants et des produits psychopharmaceutiques. (1).

Le pharmacien délivrant ces médicaments serait remboursé par la firme productrice ou distributrice du médicament.

Il enverra tous les trois mois au Ministère de la Santé une liste mentionnant les noms des médicaments délivrés gratuitement et celui des personnes qui les ont demandés.

- c) La remise d'échantillons par les délégués médicaux est considérée comme une infraction dans le sens de l'article 4 de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de la médecine, la profession de garde-malade, les professions para-médicales, et les commissions médicales.

La firme est punissable conformément à l'art. 22 de l'A.R. du 6 juin 1960 concernant la fabrication, la préparation, et la distribution en gros de médicaments et la remise de ceux-ci.

- d) La production et la distribution d'échantillons qui deviennent plus coûteux à cause de leur format réduit, ne sont pas autorisées.

En outre, les représentants des entreprises pharmaceutiques, si leur fonction est maintenue, devraient recevoir une formation professionnelle plus sérieuse, et leurs déclarations devraient être sujettes à des contrôles.

Quelques suggestions pour atteindre ce but :

- chaque entreprise doit engager une personne ayant reçu une formation scientifique qui aura la responsabilité de la formation des représentants et du travail que l'on exigera de ces derniers. Si les représentants relèvent d'une direction commerciale, les spécialistes pharmaceutiques seront vendus comme de la poudre de savon ;

---

(1) art. 26bis, § 2 A.R. 31 mai 1985, mod. AR 22 mars 1968 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pharmaciens, et droguistes ; art. 15 et 22 AR 31 déc. 1930 relatif au commerce des somnifères et stupéfiants ; art. 1, 2° et 22 AR 6 jan. 1960 concernant la fabrication, la préparation, et la distribution en gros ainsi que la remise de médicaments.

- le nombre des représentants devra être limité en fonction du chiffre d'affaires de l'entreprise ;
- ils ne pourront donner d'autres informations que celles mentionnées dans le dossier établi en vue de l'enregistrement ;
- ils doivent avoir une certaine formation : pas d'anciens vendeurs de voitures, ni d'épicier-s qui, sans aucun doute peuvent être d'excellents vendeurs, mais conviennent très peu pour informer des médecins.

En Nouvelle-Zélande, l'expérience du recrutement d'anciens médecins pour exercer la profession de "visiting practitioners" aurait permis à l'Etat d'importantes économies.

#### 7. Information et sensibilisation de la population.

Les médicaments remboursables aussi bien que les médicaments non-remboursables, souvent utilisés sans prescription médicale, peuvent avoir des effets secondaires et être la cause de nouvelles maladies. (maladies iatrogènes)

Il est indispensable d'informer la population.(1)

" La réaction de la population aux surprises contre les produits à base de phénacétine démontre que l'opinion publique peut être sensibilisée. La consommation de ces produits a diminué à tel point que certains fabricants ont modifié la composition de leur produit "(2).

Le Conseil de l'Europe a consacré une étude à l'emploi abusif de médicaments (3) et a établi une liste de précautions se rapportant à l'emploi de médicaments, liste qui devrait être portée à la connaissance du public.

Le groupe de travail " Abus des médicaments " créé par le Ministre de la Santé Publique, a formulé le 21 mars 1975 une série de suggestions en vue de combattre l'emploi abusif de médicaments.

Outre les mesures à prendre au niveau du médecin, du pharmacien, de la clinique, du fabricant et de l'administration, le groupe de travail insiste sur la nécessité d'informer le public.

(1) Il suffit de signaler l'emploi excessif de médicaments psycholeptiques et d'antibiotiques.

(2) J. Cobbaut, supra, p. 165.

(3) L'abus des médicaments. Rapport du groupe de travail (1972-73) Strasbourg 1975.

La lutte contre la "pollution interne" s'impose. On a un peu trop exalté les médicaments dans les soins de santé.

Ils ont sans doute joué un rôle dans la lutte contre les maladies infectieuses (5) mais l'hygiène générale, une nutrition saine, une eau potable pure ont également donné de bons résultats.

#### 8. Analyse plus stricte des prix.

En théorie, le Ministère des Affaires Economiques dispose de toutes les données en vue de fixer le prix des spécialités pharmaceutiques.

Mais en réalité, il est impuissant à vérifier ces données.

Pour beaucoup de spécialités, les prix en vigueur à l'étranger sont simplement (1) convertis en francs belge.

On exige plus de détails pour les produits fabriqués en Belgique, sans qu'ils soient contrôlables pour autant.

Malgré la politique des prix, on se plaint toujours des "prix non justifiés" de beaucoup de médicaments (2)

Le même produit se vend six fois moins cher en Grande-Bretagne qu'en Belgique.

Aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne le prix de certains produits a été réduit de 25 %. (3)

En ce qui concerne la lutte contre les antibiotiques, le produit le plus cher a gagné la faveur des médecins grâce aux cadeaux. (4)

Toute politique des prix se heurte à des données comptables incontrôlables, à la pression économique, et parfois même à du chantage.

L'industrie - et plus particulièrement les entreprises qui ont une opinion sérieuse de leur fonction - doit se rendre compte de ce que sa crédibilité et sa réputation sont sérieusement compromises.

Elle a droit à un bénéfice normal, mais elle essaie de le porter au maximum aux dépens de la santé de la population et de l'assurance-maladie.

(1) Sans tenir compte des différences des Livres de la T.J.,:l. (par exemple en Belgique 6 %, en France 23 %, donc 17 % de plus) ou de la pratique éventuelle de ristournes dans les pays en question (L'Italie par exemple).

(2) Chambre, Ann, Parl. 8 jan. 1975, p. 966, intervention du député Lenssens.

(3) Union des Consommateurs, supra, p. 23

(4) Union des Consommateurs, supra, p. 21-22.

(5) Pneumonie, septiécémie, typhus, tuberculose, lèpre, paléaria, schistosomiasis, etc.....

Ce prix doit donc non seulement être déterminé en fonction de données économiques, mais également en fonction de la valeur thérapeutique du médicament. (1)

Un nouveau produit ne pourrait en aucun cas avoir un prix supérieur à celui d'un produit similaire existant (2).

Lorsque le prix est supérieur, le remboursement devrait être refusé.

Le problème du prix des spécialités pharmaceutiques n'est pas seulement d'ordre économique, il intéresse également la santé publique et la sécurité sociale. (3)

#### 9. Ne plus favoriser les prescriptions magistrales.

Jusqu'à présent l'assurance-maladie a mené une politique qui a favorisé les prescriptions magistrales.

On constate que cette politique ne présente plus le même intérêt que par le passé.

Les spécialités supplantent les prescriptions magistrales.

La gratuité intégrale des prescriptions magistrales pour les V.I.P. ne freine pas cette évolution.

Pour ce même groupe d'ayants-droit, le nombre des prescriptions magistrales diminue également.

Il apparaît également que :

- a) les prescriptions magistrales sont parfois plus chères que les spécialités (4) ;
- b) les prescriptions magistrales permettent parfois le remboursement de substances remboursables, sous forme de spécialité (vitamines, laxatifs, calmants par exemple).

#### 10. Allocation de ristournes à l'assurance-maladie.

Dans certains pays (en Italie par exemple) des ristournes sont allouées à l'assurance-maladie sur la consommation des médicaments.

---

(1) M. Smout, supra, p. 190.

(2) l'art. 5, A. 24 décembre 1963 fixant les conditions sous lesquelles l'assurance obligatoire maladie et invalidité intervient dans les frais des prestations médicales, devrait être modifié dans un sens plus strict.

(3) Chambre 1974-75, doc. 504/1, n. 3

(4) Voir C. Louis, supra, p. 174.

En avril 1971, l'industrie pharmaceutique s'est engagée également à allouer des ristournes.

L'article 87 quater de l'A.~. du 4 novembre 1963 prévoit cette possibilité (1).

A cette fin, des négociations devraient être entamées au sein du conseil technique pour les relations avec l'industrie pharmaceutique.

Mais à ce jour, ce Conseil n'a pas encore été constitué

Toutefois, il n'est pas certain qu'une politique de ristournes offrira la bonne solution.

L'industrie tiendra compte des ristournes qu'elle doit allouer dans le calcul de ses prix.

#### 11. Le " Ticket modérateur " proportionnel.

En Belgique, la quote-part personnelle a été calculée de différentes façons :

- a) de 1945 à 47 : un pourcentage avec un plafond pour les spécialités - un montant fixe pour les préparations magistrales ;
- b) à partir de 1947 : Un montant fixe pour les spécialités irremplaçables et pour les spécialités autorisées l'application du système précédent ;
- c) en 1948 : un pourcentage pour toutes les spécialités ;
- d) loi assurance-maladie:
  - couverture intégrales pour les V.I.P.
  - pour les autres ayants-droit un montant fixe correspondant à 25 % de la moyenne du prix coûtant des prestations pharmaceutiques.

La France et l'Allemagne de l'Ouest ont déjà adopté également toutes les solutions possibles, ce qui prouve qu'aucun système n'est suffisamment efficace pour freiner les dépenses.

Au lieu d'un ticket modérateur forfaitaire, certains proposent un ticket modérateur proportionnel.

Un tel système est en vigueur en Allemagne de l'Ouest et en France, par exemple.

---

(1) voir les arrêts n° 17874 et 178e7 du Conseil d'Etat annulant l'article 87 quater, deuxième alinéa, 1° de cet arrêté.

Le ticket modérateur proportionnel pourrait par exemple représenter 25 % du prix au public de la spécialité, avec un minimum de 50 Fr. et un maximum de 200 Fr.

Une autre forme de ticket modérateur proportionnel est le "ticket modulé" partant au principe qu'il est nécessaire de trouver un moyen pour que les médecins et les assurés deviennent à nouveau conscients des prix des médicaments.

Par cette prise de conscience, on espère arriver à une diminution de la consommation et une baisse du prix moyen des spécialités remboursées par l'I.N.A.M.

Pour chaque médicament, l'assuré aurait à payer une quote-part personnelle.

Cette proposition qui émanait des organisations patronales et qui à présent est encore soutenue par l'industrie pharmaceutique, a été examinée en 1966-67 par un groupe de travail médical.

Mais elle a été rejetée par la majorité parce que :

- a) elle était trop compliquée ;
- b) que l'avantage provenant de la quote-part dans les spécialités coûteuses, était neutralisé par la quote-part réduite pour les spécialités moins chères.

## 12. Contrôle des médecins consultants.

Certaines spécialités (1) ne peuvent être remboursées par l'assurance-maladie qu'à condition que le médecin consultant de l'organisme d'assurance ait donné son accord.

Dans ce cas on applique le système du tiers payant(2).

Le rôle des médecins consultants qui comme nous l'avons déjà précisé plusieurs fois est trop administratif, ne sert de frein que dans une mesure trop restreinte.

Il se limite à vérifier si le médecin traitant prescrit le médicament contre une affection élémentaire déterminée.

Aussi cette méthode de travail ne doit-elle pas être développée davantage.

(1) par exemple Gammaglobuline, spécialités pour le traitement de Parkinsonisme.

(2) Art. 12 A.3. 24 décembre 1963.



## 13. Suppression du tiers payant (1)

La suppression du système du tiers payant pour les médicaments, fera sans nul doute diminuer les dépenses pharmaceutiques (2).

Pour la Belgique on escompte une baisse de 25 %.

Bien que seul le mode de paiement change sans que le montant de l'intervention de l'assurance-maladie ne soit modifié, il convient d'imputer cette baisse de la consommation à un changement de comportement.

a) du médecin: qui, dans l'intérêt du patient, ordonnera des médicaments moins coûteux.

b) du patient :-qui n'insistera pas pour qu'on lui ordonne des médicaments coûteux, dont il comparera l'efficacité au prix

-qui ne désirera pas de grandes quantités de médicaments, puisqu'il serait obligé d'avancer des sommes trop importantes.

- qui très probablement, ne se procurera pas de médicaments trop coûteux.

Mais reste à savoir si la suppression aura une influence permanente de modération.

Après un certain temps, les bénéficiaires s'adapteront à la nouvelle situation.

Toutefois, la suppression présente un inconvénient fondamental considérable : l'économie qu'elle permet de réaliser se fera aux dépens des personnes moins aisées.

La conséquence pourrait être que cette catégorie de personnes se soignerait moins bien.

De plus, la suppression du tiers payant serait en contradiction avec la tendance générale de la C.E.E. qui s'oriente vers une généralisation du système.

Finalement, le régime du tiers payant permet un contrôle aisé par l'intermédiaire d'ordinateurs.

(1) Paiement du pharmacien par la mutuelle, sauf la quote-part.

(2) Voir l'expérience dans le canton de Bile (Suisse) : G. Pi-taels, supra, p. 89. De crainte de surconsommation, le Gouvernement français s'est longtemps opposé à l'application du système du tiers payeur.

## 14. Suppression de la gratuité pour les V.I.P.

La gratuité pour les V.I.P. est régulièrement rendue responsable de la surconsommation de médicaments.

Comme il a déjà été précisé plus haut, la surconsommation chez les V.I.P. peut-être expliquée par l'âge ou l'invalidité.

L'exigence du système d'une quote-part personnelle pour les spécialités, n'a pas freiné l'accroissement.

Inversément, la gratuité des prescriptions magistrales n'a pas fait augmenter la consommation.

Le maintien de la gratuité pour les V.I.P. qui ne disposent que d'un faible revenu, est pleinement justifié, puisque cette gratuité est basée sur des considérations sociales qui se rattachent aux objectifs de la sécurité sociale.

## 15. Introduction de la vignette de consommation.

Lorsque le projet de loi relatif à l'assurance maladie a été déposé en 1963 (1), on a annoncé l'introduction d'une vignette de consommation pour les spécialités pharmaceutiques.

Cette mesure n'a jamais été exécutée.

L'idée d'introduire cette vignette résulte de la préoccupation d'empêcher certains abus par exemple :

- 1) la prescription de produits remboursables pour se faire payer de cette façon par l'assurance, la fourniture de produits pour lesquels il n'y a pas de remboursement (savon, eau de toilette) (2) ;
- 2) l'omission de payer sur les prescriptions les produits dont le malade ne désire pas prendre livraison ;

---

(1) Chambre 1962-63, doc. 527/1, p. 3

(2) « Pourquoi exiger la vignette ? Pour déjouer une fraude trop facile ourdie par l'assuré, de connivence avec son pharmacien. Au lieu de se faire délivrer les médicaments inscrits sur l'ordonnance, il demande des eaux de toilettes, des savons, des produits de beauté, etc... non remboursable par la Sécurité Sociale, mais que la Caisse remboursera, croyant indemniser son affilié du coût des médicaments prescrits et non livrés, ni 3 plus forte raison utilisés... Tout laxisme, en cette matière, ouvrirait la porte à un marché noir pour l'assuré... »  
(Cass. Civ. 2, 6 avril 1967 Dr. social 1968, 278, obs. Voirin).

3) le remplacement d'emballages individuels par des parties d'emballages de clinique dans des établissements hospitaliers qui n'ont pas de service pharmaceutique.

L'existence et la fréquence de ces abus ne sont pas exactement établies et de ce fait on peut se demander si ce système vaut la peine d'être introduit.

Dans des pays tels que la France et l'Italie, où l'on a fait l'expérience des vignettes, le système est considéré comme étant inefficace.

Il donne lieu à de nombreuses contestations : l'assuré ou le pharmacien qui prétend avoir perdu la vignette.

" La jurisprudence sur cette question est très abondante.

" Elle est une jurisprudence de la vie quotidienne, avec ses négligences et ses petits malheurs ménagers : l'emballage du médicament que l'on jette à la poubelle en oubliant d'en détacher la vignette ou que les enfants utilisent joyeusement à leurs distractions innocentes, etc...

" Elle offre le spectacle d'une sorte de jeu sans fin entre les juges du fond et la Cour de cassation : ceux-là accordent le remboursement avec constance ; celle-ci casse inlassablement les décisions qui lui sont soumises. Et l'on a l'impression que cela durera toujours, sans bruit, sans soulever la passion des juristes, dans l'humilité et la grisaille de l'existence de ces assurés sociaux pitoyables qui émeuvent les juges du fond, mais dans le lot desquels la Cour de cassation craint sans doute de voir se glisser les malins "(1)

De plus l'apparition d'un commerce de vignette n'est pas à exclure tandis que les pharmaciens redoutent une administration abondante et disproportionnée aux résultats visés.

## 16. Le problème des brevets.

Jusqu'en 1945, l'administration a toujours refusé de breveter les inventions médicales.

On considérait que ces produits étaient trop indispensables à l'humanité pour qu'ils bénéficient d'un régime de droits exclusifs.

A l'origine on a eu l'intention d'exclure les produits pharmaceutiques de la loi sur les brevets(2).

(1) Droit social 1975, p. 548.

(2) L. Remouchamps : Octrooiën, APR, 1970, n° 61, 62, 69, 70 et 71.

L'arrêt de la cour d'appel de Bruxelles du 29 juin 1955(1), et l'arrêt de la cour de cassation du 28 juin 1956 (2) ont décidé qu'ils pouvaient être brevetés.

Les deux arrêts ont voulu appliquer la loi dans l'esprit de l'époque.

Pour l'industrie, qui fournit de gros efforts financiers pour la recherche scientifique, il est d'une importance capitale de pouvoir disposer de brevets. Il est pleinement justifié d'avoir une protection contre l'imitation directe.

Du point de vue de la santé publique un monopole peut empêcher de pouvoir satisfaire à tous les besoins thérapeutiques ou d'entraver la commercialisation d'un certain produit.

Pour ce qui est de l'assurance-maladie, il existe un danger d'abus dans le domaine des prix.

Le fait que les médicaments ne soient pas brevetés dans d'autres pays, peut entraîner d'importantes différences de prix (3).

Aussi, la durée actuelle de la protection (20 ans) est-elle trop longue.

Un délai plus court, 5 ans par exemple serait mieux justifié.

Ainsi, l'invention tomberait plus vite dans le domaine public.(4)

Des tentatives (5) d'élaboration d'une législation particulière en matière de spécialités pharmaceutiques n'ont pas abouti jusqu'à présent.

(1) J.T. 1956, 40B, note critique de Th. Smolders et Laurent del Marmol.

(2) J.T. 1956, 490.

(3) Voir R.T. 67-68, 14&1 - arrêt Parke Davis v/Proble et CS. du 29 février 1969 de la Cour de Justice.

(4) parfois on ne prend pas de brevet, comme Fleming pour la pénicilline.

(5) Proposition de Loi Leburton (Chambre 1958-59, doc. 188/1). Proposition de Loi Meyers (Sénat 1956-60, doc. 509).

Au sein de la C.E.G., on se prononce également en faveur de la brevetabilité (voir la Convention du 5 octobre 1973, signée à Munich, mais qui n'est pas ratifiée par une loi, et le projet d'un brevet européen, discuté à Kirchberg (Luxembourg) du 17 novembre au 15 décembre 1975. L. Remouchamp, supra, p. n° 83-84 et 85.

## 17. Le remboursement programmé.

Vu la limitation de ses revenus, l'assurance-maladie ne dispose chaque année que d'un budget déterminé pour le remboursement des médicaments.

Aussi, sera-t-il indiqué de déterminer, en tenant compte des limites du budget, la liste des spécialités qui entreront en ligne de compte pour le remboursement. (~)

Pour l'établissement de cette liste, on devra tenir compte du prix, de la valeur thérapeutique et du degré de nécessité pour la santé publique, des spécialités en question.

On peut par exemple se demander si les médicaments vasodilatateurs doivent bénéficier d'un traitement préférentiel.

L'I.N.A.X.!! pourrait conclure un accord avec l'industrie pharmaceutique en vue de la mise sur le marché des spécialités retenues, à des prix convenus.

Finalement, on pourrait fixer chaque année, selon les possibilités financières, le pourcentage de la quote-part personnelle avec un montant minimal et maximal.

Certaines catégories d'ayants-droit n'auraient pas à payer une quote-part personnelle.

## 18. Organes de concertation - assurance-maladie - organismes assureurs - industries pharmaceutiques

L'article 87 ter de l'A.~. du 4 novembre 1963, mis en application par l'A.R. du 18 janvier 1971, a prévu la création d'un conseil technique pour les relations avec l'industrie pharmaceutique.

Cet article a fait l'objet d'une annulation partielle par un arrêt du Conseil d'État (2).

Mais ce qui en est resté n'a jamais été appliqué.

La Commission des prix créée au sein du Ministère des Affaires Économiques en vertu de la loi du 9 juillet 1975 ne présente pas d'alternative en la matière.

---

(1) Comme les "formulaires" établis déjà par certains hôpitaux.

(2) Arrêt n° 16.861 du 6 février 1975 APBR contre l'État Belge.

## 19. Adaptation du ticket modérateur.

Comme il a déjà été précisé plus haut, le ticket modérateur sous sa forme actuelle n'a aucun effet.

L'adaptation du ticket modérateur ne permettra une économie financière que dans le régime général.

Le régime des indépendants n'y trouvera aucun avantage.

La différence du ticket modérateur entre les soins donnés à domicile et l'hospitalisation favorise cette dernière forme de soins de santé.

## 20. Les médicaments homéopathiques.

Ont été remboursables jusqu'en 1950.

Après avoir recueilli l'avis des académies de médecine, les spécialités ont été exclues du système de remboursement à partir du 1 juillet 1950.

## CHAPITRE IX : LE SERVICE HOSPITALIER.

### Section 1. Régime général.

C'est par l'intermédiaire de l'assurance-maladie qu'en 1967 les premiers pas vers une politique du service hospitalier ont été franchis.

Cela s'est effectué dans le cadre de l'assurance-maladie qui (1) posa comme condition de son intervention la reconnaissance de l'hôpital par le ministre de la Santé Publique.

Ce ne fut qu'en 1963 que fut enfin promulguée une loi sur les hôpitaux (2), qui s'inspirait peut-être trop des situations existantes et qui était trop hypothéquée par l'assurance-maladie qui fit une distinction entre l'hôpital (prix d'un jour d'alitement) et les activités médicales.

La politique du service hospitalier est fondée sur deux principes :

a) Assurer l'existence de l'hôpital par :

- une intervention dans le financement (Fonds pour la construction des hôpitaux - article 6bis de la loi Assurance-maladie) ;
- un prix normal par journée d'hospitalisation (article 5 loi assurance-maladie) avec possibilité de dérogation (article 9 loi assurance-maladie) ;

b) Assurer l'accès des hôpitaux à tous par :

- un nombre suffisant d'hôpitaux (programmation des hôpitaux - article 6 de la loi assurance-maladie) ;
- un prix normal du séjour en chambre commune (article 5 et 8 de la loi assurance-maladie).

Selon l'article 25 § 6 de la loi assurance-maladie, le montant de l'intervention de l'assurance maladie est fixé conformément aux dispositions de la loi relative aux hôpitaux (du moins en ce qui concerne les établissements de santé visés dans cette loi).

Pour les autres établissements (par exemple les préventifs et précédemment les établissements psychiatriques fermés), le montant est fixé par le ministre de la Prévoyance Sociale.(3)

(1) Art. 9 arrêté du 28 mars 1947.

(2) Loi du 23 décembre 1963.

(3) Voir A.M. 9 juin 1965 Mon. 11 juin 1965, mod. A.M. 16 Juin 1967, 21 novembre 1969, 21 décembre 1969, 21 décembre 1971, 15 juin 1972 et 23 octobre 1975.

Afin de prévenir les abus, le montant de cette intervention peut être diminué dans les conditions fixées par arrêté royal délibéré en conseil des ministres (1).

L'article 12, § 1 de la loi relative aux hôpitaux, fixe la subvention de l'Etat à 25 % du prix d'un séjour dans un hôpital.

En vertu de l'article 12 § 3 de cette même loi, l'Etat accorde une subvention supplémentaire pour couvrir le prix plus élevé d'une journée d'hospitalisation dans les hôpitaux universitaires.

La rubrique soins des malades comporte 23 % des dépenses pour les soins de santé (voir tableau 58). Ce pourcentage évolue vers plus de 25 %.

Tableau 58 :

	<u>Total</u>	<u>T.I.P.</u>	<u>V.I.P.</u>
1966	21,33 %	20,78 %	22,24 %
1967	20,78 %	20,01 %	21,96 %
1968	21,07 %	19,88 %	22,85 %
1969	20,67 %	19,00 %	23,06 %
1970	20,39 %	18,54 %	22,97 %
1971	20,27 %	18,10 %	23,21 %
1972	20,50 %	18,06 %	23,70 %
1973	21,49 %	18,89 %	24,83 %
1974	23,20 %	19,94 %	27,07 %

En déposant le projet de loi modifiant la loi relative aux hôpitaux -ultérieurement la loi du 6 juillet 1973 - le gouvernement de l'époque a constaté " qu'une analyse des dépenses pour la santé supportées par l'assurance-maladie et invalidité, a démontré que l'augmentation constante est due à un nombre de facteurs dont les frais des hôpitaux est un des plus importants" (2).

#### Section 2. Causes de l'augmentation des frais des hôpitaux.

Cette augmentation des frais des hôpitaux est fonction de : O)

(1) A.R. du 16 décembre 1974, Mon. 21 décembre 1974, mod. A.R. 15 janvier 1975, Mon. 18 janvier 1975 : diminution de 50 Fr. à partir du 41^e jour de l'intervention.

(2) Sénat 1970-71, doc. 477, p. 1-2.

(3) A. Desterbeck : L'évolution du coût de l'hospitalisation rar, I.N.A. 1970, 3.



1° E : ! S  
! S  
! S

La fréquence et la durée sont respectivement 4 fois et 2 fois plus élevées pour les V.I.F. que pour les T.I.P.

La moyenne des jours d'hospitalisation par bénéficiaires :

	<u>T.I.P.</u>	<u>V.I.P.</u>
1966	1,315	4,431
1967	1,278	4,541
1968	1,312	4,872
1969	1,363	5,191
1970	1,394	5,495
1971	1,376	5,552
1972	1,401	5,788
1973	1,381	5,838
1974	1,340	6,414

Moyenne de la durée de l'hospitalisation :

a) Affections chirurgicales :

	<u>T.I.F.</u>	<u>V.I.P.</u>
1966	9,74	18,95
1967	9,49	18,30
1968	9,27	19,07
1969	9,39	19,37
1970	9,46	19,81
1971	9,01	18,31
1972	9,10	20,48
1973	8,63	18,26
1974	8,53	18,04

b) Observation et traitements :

	<u>T.I.P.</u>	<u>V.I.P.</u>
1966	15,59	2},64
1967	15,33	2},54
1968	14,52	24,06
1969	15,19	25,27
1970	15,48	26,18
1971	14,25	25,80
1972	13,67	25,06
1973	13,32	24,62
1974	1},10	25,06

Le vieillissement croissant de la population fait augmenter le nombre des hospitalisations :

Cette fréquence de l'hospitalisation est encore influencée par le fait que les personnes âgées ne vivent plus au sein des familles de leurs enfants ou qu'elles n'y sont plus soignées :

2° Augmentation du prix moyen d'une journée d'hospitalisation.

a) Prix d'une journée d'hospitalisation dans une chambre commune ordinaire :

	Prix intégral	à charge de <u>I.N.A.&gt;T.I.</u>	Index
1 janvier 66	341,9	277,9	100
1 janvier 69	496,7	353,2	127,1
1 janvier 74	1.005,2	726,5	261,4
1 décembre 74	1.301,9	951,8	342,5
1 septembre 75	1.552,9	1.143,7	411,6
1 décembre 75	1.634,2	1.214,3	436,9

b) Etablissement psychiatrique fermé :

	Prix intégral	à charge de <u>I.N.A.I';.I.</u>	Index
1 janvier 66	162,6	158,0	100
1 janvier 74	377,7	255	161
1 décembre 74	45}	311,5	197
1 septembre 75	598	413,4	262
1 décembre 75	620	440,}	279

Le prix moyen d'une journée d'hospitalisation comprend également :

a) La répercussion de l'application de l'article 9 de la loi relative aux hôpitaux.

Cet article 9 permet au ministre de la Santé Publique de fixer une somme complémentaire dont le prix normal peut-être augmenté lorsque l'administrateur de l'hôpital fournit la preuve que le prix normal d'une journée d'hospitalisation pour certaines catégories de prestations ne suffit pas pour en couvrir les frais.(1)

Le nombre d'établissements profitant de l'application de l'article 9 augmente d'année en année.

1967	■	126
1966	•	138
1969	•	161
1970	•	191
1971	:	215
1972	■	247
1973	:	274
1974	•	281

(1) A condition que la demande est motivée, et après examen de la l'Administration et de la comptabilité de l'hôpital en question. Le conseil de l'hôpital est également consulté.

" Il s'ensuit que plus de la moitié des hôpitaux - dont pratiquement tous ceux d'une certaine importance - demandent l'application de l'article 9, ce qui fait que l'exception est pratiquement devenu la règle, et Inversement " (1).

Bien que l'article 9 ne puisse être invoqué que " : Jour causes particulières et exceptionnelles " (2), on profite constamment de cette possibilité de dérogation, étant donné que le prix normal d'une journée d'hospitalisation tel qu'il a été fixé en vertu de l'article 5 de la loi relative aux hôpitaux, ne correspond pas au prix réel. (3)

Il est vrai que l'article 7 de la loi sur les hôpitaux lie le prix normal d'une journée d'hospitalisation à l'index des prix de consommation, toutefois cette liaison ne permet pas de suivre l'augmentation des dépenses (frais de personnel, chauffage, alimentation, lessivage, lingerie, etc...)

Les frais de personnel qui représentent 70 à 80 % du prix d'hospitalisation sont surtout l'objet de hausses rapides.

L'application de l'article 9 comporte cependant un danger :

L'administrateur n'a aucun intérêt à mener une gestion économe puisque l'application de l'article 9 fournit toujours l'appoint pour les dépenses supplémentaires.

Evolution du prix moyen d'une journée d'hospitalisation :

	<u>Prix normal</u>	<u>Prix adauté</u>
31 décembre 67	343 fr.	425 fr.
31 décembre 70	386 fr.	548 fr.
31 décembre 73	393 fr.	802 fr.
31 décembre 74	460 fr.	1.015 fr.

L'application de l'article 9 entraîne également beaucoup de travail administratif, de sorte que l'étude des dossiers accuse d'importants retards. Vers la moitié de 1975 la plupart des demandes de 1972, 1973 et 1974 devaient encore être examinées.

(1) Chambre 1972-73, doc. 628/3, p. 2.

(2) ex. Lits inoccupés à cause de travaux de transformation de la clinique

(3) L'A.M. du 20 décembre 1973 définit les éléments d'un prix normal d'une journée d'hospitalisation : amortissement, charges financières, frais généraux, frais d'entretien, frais de chauffage, frais administratifs, frais de l'internat, et frais médicaux. (à l'exception des honoraires et des spécialités).

Afin d'y remédier, le ministre de la Santé Publique a introduit à partir de 1975 (1) le " prix prévisionnel ". (2) (3).

Les hôpitaux font à l'avance une demande pour obtenir un supplément sur le prix normal pour 1975, et si ce supplément peut être accordé selon l'article 9 précité, il peut être payé immédiatement.

Il s'agit donc d'un calcul anticipé du prix d'hospitalisation pour l'exercice prochain.

Le prix prévisionnel est définitif, exception faite de fluctuations de l'index ou de frais imprévus (augmentation des salaires par exemple).

Cette mesure s'accompagne d'une limitation des prix (5).

L'introduction du prix prévisionnel est en soi une mesure saine car :

- 1) elle place les administrateurs des hôpitaux devant leurs responsabilités ;
- 2) les prévisions de dépenses sont plus exactes: c'est " la première tentative de faire correspondre les revenus avec les dépenses réelles " ;
- 3) la situation de la trésorerie de l'hôpital doit être améliorée. (6)

---

(1) Budget Santé Publique - Chambre 4-XXI(1974-75) n° 2, p. 11 et 22 à 24. Voir aussi Sénat 1972-73, doc. 311, p. 3.

(2) Il était déjà appliqué pour les nouveaux hôpitaux. Appliqué en France depuis l'Ordonnance du 18 décembre 1944. Déjà discuté par la loi Mission Houllien (Voir Rapport III partie, H 107 et chap. 112, point 17.)

(3) Circulaire du 4 septembre 1974.

(4) Après l'avoir expérimentée, la nouvelle méthode fut expressément reprise dans la loi, sur la demande de la Cour des Comptes. (art. 149 loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-76).

(5) 1.700 fr. pour les hôpitaux non universitaires, et 3.000 Fr. pour les hôpitaux universitaires. Ces montants sont indexés. Voir l'article 41 de la loi du 20 décembre 1974 concernant les propositions budgétaires 1974-75. La limitation est plutôt d'ordre "psychologique". (Chambre 1974-75, doc. 277/6, p. 63). Pour 1976, on a prévu des maxima pour certains éléments du prix de revient (entretien, administration, lessivage et lingerie, alimentation, garde médicale).

(6) Pour autant que celle de l'I.N.A.-I. est saine.

Le système présente au début certains inconvénients :

1. les administrateurs des hôpitaux sont-ils à même de déclarer des prix prévisionnels justifiés?
2. dans quelle mesure les services ministériels ont-ils été capables d'examiner sérieusement des dossiers dans un laps de temps limité (8 semaines)? Des enquêtes sur place s'avèrent impossibles, à cause du manque de personnel.
3. quelle valeur peut avoir une estimation en période d'inflation?
4. actuellement, le prix prévisionnel proposé n'est pas vérifié sur place, mais uniquement d'après des documents ;
5. pour l'assurance-maladie, le prix prévisionnel pour 1975 (1) entraîne des dépenses supplémentaires, étant donné qu'à un certain moment il s'agit pour elle de supporter une double charge (le système précédent de l'article 9 et le prix prévisionnel).

Ces dépenses supplémentaires ont été estimées à 3 milliards de frs. (2).

295 demandes ont été introduites en 1975, dont 16 furent retirées.

242 de ces 279 demandes retenues ont été accordées.

Il reste 314 demandes pour 1976, dont 81 qui souhaitent le maintien du prix prévisionnel accordé pour 1975.

Ces 314 demandes représentent 84,5 % du nombre des lits d'hôpital.

Le Ministre de la Santé Publique y voit la preuve du succès de la formule (3).

Kais ce résultat paraissait également indiquer que le prix obtenu pour 1975 était plus que suffisant.

b) le montant de récupération : ce montant est alloué en application de l'article 9 de la Loi sur l'assurance-maladie pour couvrir les charges supplémentaires prouvées des années précédentes.

---

(1) En tenant compte des délais s'écoulant entre les soins et les paiements, ce n'est qu'à partir de septembre 1975 que cette situation se fera sentir.

(2) 2,633 milliards pour le système général, et 0,353 milliards pour le régime des indépendants. Source: I.N.A.M.I.

(3) Chambre, 1975-76, doc. 680/101.

Antérieurement, cette récupération s'effectuait en augmentant pendant un an le prix de base d'un certain montant (1).

A partir de 1975, elle se fera par un paiement unique (2).

Cette modification se répercutera sur la situation de la trésorerie de l'assurance-maladie (3) et rendra impossible la restitution de dépenses pour soins de santé dans certains cas (4).

c) l'indemnité spéciale aux hôpitaux universitaires; pour les hôpitaux universitaires le prix d'une journée d'hospitalisation est sensiblement supérieur à celui des hôpitaux non-universitaires (5).

Il est vrai que le Ministère de la Santé Publique supporte une partie de ces dépenses supplémentaires sous forme d'une subvention pour la promotion médicale (6).

Tableau 59 : nombre de jours d'hospitalisation.

	<u>I.N.A.M.I.</u>		<u>Ministère de la Santé Publique</u>	
	1971-1976	1971-1976	1971-1976	1971-1976
1971	21.792.100	21.692.900	17.581.000	18.175.705
1972	22.713.700	22.785.600	17.999.000	18.010.862
1973	22.888.000	23.154.100	23.100.000	22.794.203
1974	24.029.800	23.814.200	23.400.000	24.340.722
1975	24.055.600 (7)		25.228.000	
1976	25.273.800(7)		24.500.000	

- (1) Habituellement un an et quelques mois.
- (2) Article 22 de la Loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 75-76 et l'A.R. du 13 janvier 1976 déterminent comment les dépenses faites par suite d'une nouvelle facturation du régime des salariés et celui des indépendants sont réparties et mises à charge.
- (3) Jusqu'au 31 décembre 1975, cette nouvelle facturation s'élève à 2.400 millions de frs., dont 75 % à charge de l'assurance maladie (1.800 millions).
- (4) non application de l'article 70 § 2 de la loi assurance-maladie, perte estimée : 20 millions de frs.
- (5) L'hôpital universitaire a une triple mission: soins spécialisés, recherches scientifiques et formation des médecins.
- (6) I janvier 1967 : 289 frs. dont 110 frs. promotion médicale;  
I janvier 1975 : 438 frs. dont 167 frs. promotion médicale;  
I janvier 1976 : 513 frs. dont 196 frs. promotion médicale;  
Voir A.R. 23 novembre 1966, Mon. 2 décembre 1966.  
Conformément à l'A.R. 16 avril 1975 cette subvention pouvait être réglée directement aux hôpitaux universitaires. N'étant techniquement pas applicable, ce règlement a été abandonné.
- (7) Budget I.N.A.M.I. Pour 1976 diminué de 2 millions de jours d'hospitalisation.

### 3° extension des soins dispensés dans les hôpitaux.

Alors que jadis le malade croyait souvent que son admission dans une clinique signifiait probablement sa mort et certainement beaucoup de souffrances, cet état d'esprit s'est nettement modifié, grâce à l'équipement médical dont on dispose; l'hôpital est considéré comme un milieu plus favorable à la guérison, comme un laboratoire technique où la vie peut être prolongée.

La structure de la cellule familiale s'est modifiée: les deux époux vont travailler et en cas de maladie les parents âgés ne sont plus soignés au ménage de leurs enfants. Il en résulte qu'en cas de maladie, aussi bien l'époux(se) que les enfants ou les parents doivent être soignés à la clinique.

La "chambre de malade" a également disparu de la maison moderne.

Beaucoup d'enfants ou de personnes âgées qui normalement ne devraient pas être soignés dans un hôpital, doivent quand même y séjourner à défaut d'autres solutions.

"Certaines hospitalisations présentent une utilité discutable.

"Par exemple, en pédiatrie. Dans certains cas, ne serait-il pas plus indiqué de laisser l'enfant chez lui, même si cela nécessite deux ou trois visites par jour? Il bénéficierait de la présence de sa mère, dont la privation n'est pas toujours compensée par le progrès technique. Ensuite, l'éducation de la mère serait mieux assurée par ces soins récurrents à domicile. Sur un autre plan, les jeunes médecins travaillant à l'hôpital apprendraient à mieux connaître le milieu social sans rien perdre de l'apport académique. Enfin, l'on diminuerait également le risque des infections croisées.

"A l'autre extrême cycle de vie, il est bien connu que, chaque hiver, un assez grand nombre de personnes âgées arrivent à se faire admettre dans les hôpitaux alors que leur état ne nécessite pas de soins particuliers. Ces personnes, qualifiées de "cas sociaux" dans le jargon hospitalier, agissent ainsi parce que leurs conditions de logement et de chauffage sont déplorable et qu'elles redoutent de sortir de chez elles en plein hiver.

"En sens opposé, l'hospitalisation du vieillard ne doit pas être décidée à la légère. Si l'être humain a tendance à être conservateur, ce trait de caractère s'accroît avec l'âge. Les personnes âgées répugnent à quitter leur cadre familial. Suivant des estimations de sources différentes, on compte que, parmi elles, 30 à 50 % et parfois plus meurent dans l'année de leur placement, par suite de leur déracinement.

"Sait-on qu'en Belgique, 25 % des lits sont occupés par des malades chroniques et que, dans les établissements psychiatriques, 35 % environ des clients sont âgés de 65 ans et plus ?

"La revalidation active et précoce ne s'effectue guère dans la plupart de nos services hospitaliers classiques où tout contribue au contraire à favoriser l'inactivité du patient. Un fonctionnaire dirigeant de ministère de la Santé publique, le Dr. Simon, observait à cet égard que le malade est gardé au lit parce qu'il se lève difficilement. On le laisse sur la panne parce qu'il sonne trop souvent et déränge le rythme de travail. On lui prescrit des sédatifs ou même des stupéfiants parce qu'il est difficile ou un peu agité... Bref, ces exemples démontrent que l'hôpital ordinaire est souvent une des causes principales de l'invalidité chez le vieillard et qu'il ne lui offre pas de grandes chances d'un rétablissement complet et rapide.

"Ces hospitalisations inutiles augmentent notablement les dépenses de l'assurance. En effet, les malades chroniques devraient être admis dans des services propres et non dans les sections coûteuses réservées aux malades aigus." (I)

Cette situation existe également dans d'autres pays.

#### 4° le nombre de lits d'hôpitaux.

L'arrêté royal du 12 décembre 1966 a fixé les critères du programme national des centres hospitaliers. Pour tout le pays, les nombres envisagés par 1.000 habitants sont les suivants :

a) maternités (M)	: 0,6)
b) services de pédiatrie (E)	: 0,6)4,7 (2)
c) services des maladies contagieuses	: 0,1)
d) services des cas urgents	: 3,4)
e) service de gériatrie et revalidation	: 0,5
f) services des traitements de maladies de longue durée	: 1
	<hr/>
	6,2

(I) G. Spitaels, l.c., p. 150-151.

(2) Aux Pays-Bas 4 pour les hôpitaux généraux, en Suède 4,7. Le O.K.S. propose 4,5.



Dans notre pays, la capacité de lits d'hôpital pour les cas urgents a évolué comme suit (1) (2) :

1965	42.510 lits	4,51 lits par mi 11e habitants
1967	43.445 "	4,57 " " " "
1969	44.437 "	4,62 " " " "
1971	45.828 "	4,74 " " " "
1973	48.167 "	4,96 " " " "
1975	50.417 "	5,16 " " " "

Ces chiffres sont incomplets car dans beaucoup d'hôpitaux il existe un nombre de lits dépassant la capacité normale (3).

L'ancienne norme (4) de 4,7 lits par 1.000 habitants est donc dépassée (voit tableau 60).

Tableau 60 : nombre de lits par mille habitants dans les hôpitaux pour les cas urgents.

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1975</u>	<u>critères</u>
adultes	3,41	3,71	3,94	3,4
enfants	0,59	0,67	0,69	0,6
maternité	0,57	0,54	0,51	0,6
maladies contagieuses	<u>0,05</u>	<u>0,04</u>	<u>0,02</u>	<u>0,1</u>
total	4,62	4,96	5,16	4,7

Cet aperçu indique que les normes établies pour certains services (M et E) sont trop élevées en raison de la baisse de la natalité, ou qu'elles ne sont pas respectées.

Cette capacité diffère de province en province :

	<u>1969</u>	<u>1971</u>	<u>1973</u>	<u>1975</u>
Anvers	5,07	5,47	5,47	5,60
Brabant	4,14	4,17	4,21	4,44
Flandre Occ.	5,87	6,00	6,33	6,38
Flandre Or.	5,06	5,26	5,42	5,69
Limbourg	4,87	5,33	5,38	5,35
Hainaut	4,76	4,76	5,03	5,35
Liège	3,90	4,12	4,35	4,50
Luxembourg	2,61	2,59	2,66	2,66
Namur	2,83	2,95	3,82	4,59

(1) En 1949 : 3,4 lits, en 1953 : 4,1 et en 1960 : 4,48 lits par 1.000 habitants.

(2)	<u>1971</u>	<u>1973</u>	<u>1975</u>
région néerlandophone	5,12	5,33	5,45
région francophone	3,95	4,26	4,59
Bruxelles capitale	5,14	5,18	5,43

(3) 2.852 pour tout l'Etat selon le Ministère de la Santé Publique.

(4) 4 serait plus réaliste.

Lorsqu'on examine la proportion par arrondissement, de plus grandes différences se manifestent.

L'arrondissement de Roulers atteint en 1973 : 8,31 lits par 1.000 habitants, tandis que l'arrondissement de Philippeville n'en compte que 0,41.

Au début de 1969, l'arrondissement de Roulers avait déjà un pourcentage de 6,75.

Lors de l'appréciation de ces chiffres, il faut tenir compte de l'attraction de la région.

C'est le cas par exemple pour Roulers qui exerce une assez forte attraction sur Dixmude, tandis que Philippeville s'oriente sur la région de Charleroi.

On constate également que ce sont les provinces disposant du plus grand nombre de lits, qui ont la plus longue durée d'hospitalisation:

	<u>capacité de lits</u>	<u>moyenne de la durée d'hospitalisation</u>
	<u>1972</u>	<u>1973</u>
Flandre Occ.	6,33	16,4
Anvers	5,47	14
Flandre Or.	~ ,42	15,6
Limbourg	5,38	16
Hainaut	5,03	13,4
Liège	4,35	10,7
Brabant	4,21	11,2
Namur	3,82	12
Luxembourg	2,66	9,7

Aux Pays-Bas également (I) la durée d'hospitalisation varie selon les régions. (voir tableau 61)

Tableau 61 : durée moyenne d'hospitalisation (1972).

Arnhem	19,8
Dordrecht	21,5
Amsterdam	25,3
Tilburg	15,1
Groningen	18,9
Sneek	18,0
Nijmegen	16,8

(I) H. Festen: Mogelijkheden en onmogelijkheden tot kostenbewaking in de gezondheidszorg. Acta hospitalia 1975 n° 2, p. 90.

On a également constaté que dans des régions démographiquement comparables mais à capacité de lits différente, le nombre des hospitalisations pour des indications bien spécifiques tels cancer, accouchement ou grossesse compliquées, reste quasiment égal, mais qu'il présente des différences assez importantes lorsqu'il s'agit d'indications plus élastiques (1) (voir tableau 62).

Tableau 62 : nombre d'hospitalisations (par 1.000 habitants)

	<u>région A</u>	<u>région B</u>
bronchite	163	306
accouchement normal	223	470
allergie	38	64
diabète	83	127
appendicite	180	281
psychiatrie	149	280

Les mêmes constatations ont été faites pour 4 hôpitaux pour les ablations de la vésicule biliaire et les appendicectomies.

Il convient d'ajouter aux chiffres mentionnés ci-dessus pour la Belgique, le nombre de nouveaux lits prévus pour les hôpitaux universitaires (voir tableau 63).

Tableau 63 : Extension prévue des hôpitaux.

	<u>Capacité actuelle</u>	<u>Extension</u>	
		<u>Projets(1)</u>	<u>Exécution</u>
RUG - Gand	J.261 + J20 (provisoire)	900	240 (fin 1978)
KUL - Louvain	J.108	a) 896 b) 28 c) 642 (2)	J74 (fin 1976) 468 (fin J980)
VUB - Bruxelles	-	622	J08 (fin J976)
ULB - Bruxelles	J.262	J.2J2	900 (fin 1978)
UIA - Anvers	355	600	300
UCL - Louvain la Neuve	908 (3)	I.350	900 (fin 1976)
UL - Liège	994	J.000	600 (fin 1980)
	<hr/> 5.958 (3)	<hr/> 6.963	<hr/> 3.690

(1) H. Festen, l.c., p. 98.

(2) Repris de l'U.C.L. : l'hôpital universitaire St-Pierre avec 377 lits, auxquels 256 nouveaux lits seront ajoutés. Mais il n'a pas encore été décidé si St-pierre gardera son statut d'hôpital universitaire.

(3) à diminuer ultérieurement de 377 lits.

Il en résulte que l'extension des hôpitaux universitaires, prévue en fonction des nécessités de formation des futurs médecins fera doubler le nombre de lits (1).

"Le danger d'un suréquipement dans les années à venir n'est pas imaginaire. Quand on fait l'addition de ce qui existe en hôpitaux universitaires, en construction, projetés et décidés, la prudence est de rigueur. Le coût par lit dans un hôpital universitaire est plus élevé que dans un hôpital du type classique. Et on peut craindre que des cas simples de maladies soient pris en charge et traités pour peupler les hôpitaux universitaires. Ceci n'est pas justifié à cause des prix de la journée d'entretien élevés dans les hôpitaux universitaires."

"Il ne serait pas plus rationnel de voir chaque hôpital vouloir obtenir les dernières nouveautés techniques d'équipement. Ceci entraînerait des dépenses inacceptables qui en fin de compte devraient être payées intégralement par la communauté. La formule envisagée par l'Université d'Anvers mérite notre recommandation. Elle prévoit la construction d'un hôpital académique restreint et se propose de conclure des accords avec les hôpitaux existants, entre autre l'hôpital Middelheim, qui appartient à la C.A.P. d'Anvers, et d'hôpitaux privés. Ceci est la bonne formule. Elle procure aux étudiants en médecine la garantie d'une bonne méthode de préparation y compris pour le traitement des cas de maladies courantes qui peuvent être traités dans un hôpital ordinaire." (2)

En examinant toutes les données se rapportant aux lits d'hôpital existants et prévus, on peut se demander si le planning ne vient pas trop tard.

Cependant il existe un certain nombre de locaux et de lits disponibles qui devraient être modernisés d'urgence et sur lesquels on ne dispose pas de données.

En outre, il est constaté que le nombre de lits est insuffisant dans certains services, comme la gériatrie, psychiatrie, rééducation, et les maladies chroniques, par exemple.

Dans les options administratives du plan prévu pour 1976-80, le gouvernement propose (3) :

- a) pour les établissements psychiatriques : 14.000 nouveaux lits (situation actuelle-- voir tableau 63) ;

---

(1) La commission Houben (Rapport II, H 121) estimait le nombre de lits "universitaires" trop réduit. En effet, les hôpitaux universitaires ne sont pas situés dans les arrondissements ayant le nombre le plus élevé de lits.

(2) Sénat 1972-73, doc. 311, p. 7.

(3) Voir p. I, 22.

h) pour la gériatrie, rééducation et les maladies chroniques : 9000 nouveaux lits (situation actuelle - voir tableau 64).

Tableau 63 bis : hôpitaux psychiatriques (nombre de lits)

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1975</u>
Services fermés	21.290	19.608	18.164
Services ouverts	2.917	4.472	5.377
Services psychiatriques nouveaux	1.855	2.349	2.481
Autres services	552	75	335
Total	26.614	26.504	26.337
	2,87/1000 hab.	2,73/1000 hab.	2,70/1000 hab. (I)

Tableau 64 : services de gériatrie (nombre de lits)

	<u>1 janvier 1973</u>	<u>1 janvier 1975</u>
Flandres	0,34/1000 hab.	0,48/1000 hab.
Bruxelles	0,48/1000 hab.	0,85/1000 hab.
Wallonie	0,72/1000 hab.	1,02/1000 hab.
Etat	0,47/1000 hab.	0,70/1000 hab.
Nombre envisagé	1,50/1000 hab.	1,50/1000 hab.

C'est pourquoi le plan 76-80 propose de ne plus créer de lits pour les hôpitaux de cas d'urgence, sauf pour répondre à des besoins locaux (2).

Par contre, il propose de construire des hôpitaux pour maladies de longue durée (3) et pour maladies psychiatriques (4).

Cependant, dans les options régionales en la matière, il est fait mention d'un manque de lits pour les cas d'urgence dans les arrondissements de Turnhout, Maaseik, Tongres, Termond, Diksmude, Ypres, Tielt, Furnes et Balle-Vilvorde (5) et en Wallonie (6).

Lors de l'estimation du nombre de lits d'hôpital, il ne peut être perdu de vue que le terme lui-même est trompeur.

Il existe plusieurs genres de lits d'hôpital : le lit normal, le lit du département post-opératoire, le lit du département de réanimation, le lit du département de l'isolement, et.

(I) Pas de critères en Belgique. Selon la O.M.S. : 3 par 1.000 habitants.

(2) Chambre 1974-75, doc. 602/2, p. 19.

(3) Actuellement 9.000 lits.

(4) Actuellement 25.000 lits.

(5) Bureau du Plan II, B, 24.

(6) Bureau du Plan II, C, 27.

Il en résulte qu'il n'est pas toujours possible de fixer exactement le nombre de lits sur des bases mathématiques.

Il faut que l'on tienne également compte de la fonction de l'hôpital.

### 5° le développement de la morbidité (1).

Bien qu'il soit difficile de faire des pronostics dans ce domaine, tout porte à croire que l'évolution future de la maladie sera comme suit :

- a) effarante progression de l'artériosclérose, avec comme conséquence l'hospitalisation pour infarctus réel ou menace d'infarctus, la nécessité d'organiser des départements de surveillance de cardiopathie, et de chirurgie cardiaque, très coûteux d'ailleurs ("pace-maker" par exemple).
- b) un nombre élevé d'accidents routiers avec comme conséquence la mise en place de centres traumatologiques ;
- c) un nombre important de cas de cancer.

Même les meilleurs efforts dans le domaine de la médecine préventive, ne pourra arrêter cette évolution et on devra faire de plus en plus appel à l'hôpital.

Pour certains (2), il n'y a actuellement aucune indication permettant de croire que le développement technique de la médecine hospitalière pourra être arrêtée.

*

*

*

Section 3. Freiner l'augmentation des frais des hôpitaux.

---

(1) C.L.C. Van Nieuwenhuizen : krachtlijnen in de ontwikkeling der medische zorgen. Acta hospitalia 1975, nO 1, p. 3-20.

(2) C.L.C. Van Nieuwenhuizen, l.c., p. 19.

Afin d'empêcher l'augmentation continuelle des frais des hôpitaux aux dépens de l'assurance-maladie, les mesures suivantes peuvent être prises :

1° freiner les soins intramurales au bénéfice des soins extramurales.

Les soins intra-muraux ont connu, pour des raisons diverses, un développement trop important, tout comme le développement de la technique en médecine, l'accroissement du nombre des spécialités et des spécialistes, et l'augmentation déséquilibrée de la capacité des lits selon les régions (I).

Encore trop de personnes sont soignées dans des hôpitaux de cas d'urgence à prix d'hospitalisation élevé, tandis qu'il serait plus indiqué de les soigner dans d'autres établissements mieux adaptés ou de leur donner des soins extramurales.

Afin de remédier à cet état de choses, il sera nécessaire :

- d'augmenter le nombre des hospices;
- de pourvoir les hospices d'un département pour soins médicaux
- d'établir des "foyers pour soins médicaux" où les malades seraient admis surtout pour y recevoir des soins.

Mais il faut encore distinguer entre :

- a) des foyers pour soins médicaux généraux ;
- b) des foyers pour soins pour vieillards séniles qui sont à présent très souvent mis dans des établissements psychiatriques ;
- c) des foyers pour débilés ;
- d) des foyers pour handicapés psychiques.

- de développer davantage les services de soins à domicile.

Cette proposition est non seulement inspirée par des considérations d'ordre économique en ce qui concerne les frais énormes qu'entraîne un hôpital, mais également par une nouvelle conception sur le traitement des malades.

Pour la convalescence du malade, il est parfois préférable que celui-ci soit soigné dans l'ambiance familière de son foyer.

Beaucoup de maladies modernes se rapportent à notre mode de vie et elles seront le mieux traitées dans le milieu où l'homme habite, où il vit.

---

(I) Aux Pays-Bas également le secrétaire d'Etat de la Santé Publique et l'hygiène de l'environnement J.P. Hendriks en est venu à la même conclusion dans une "note sur la structure des soins de santé" 1974, p. 53.

Cette évolution fait naître la nécessité d'avoir une organisation d'hygiène de première classe, qui, grâce à la coopération entre les différentes institutions et les personnes qui y sont occupées, assure la meilleure forme possible des soins de santé.

En matière de soins psychiatriques, l'A.R. du 20 mars 1975 (1) relatif à la reconnaissance et à la subvention des services pour l'hygiène mentale, (2) est un exemple, de la manière dont le traitement à domicile peut être encouragé.

Chaque service reçoit un secteur déterminé de 50.000 habitants au moins. Le service comprend une équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, et collaborateurs para-médicaux), est dirigé par un médecin spécialisé en neuro-psychiatrie, et collabore avec des hôpitaux psychiatriques et d'autres services et centres intéressés.

Reste à savoir si les centres de santé proposés par certaines organisations reviendront moins chers que le traitement intra-muraux.

Des centres de santé où travailleront médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, logopèdes, et d'autres encore, seront nécessairement très coûteux.

Si le gouvernement devait en décider la création, il serait souhaitable qu'il le fasse après une étude préalable, mûre réflexion et un essai sur petite échelle.

## 2° un planning formel pour l'implantation et l'équipement des hôpitaux.

La loi du 6 juillet 1973 modifiant la loi du 23 décembre sur les hôpitaux, a remplacé le planning indicatif par un planning formel dans le cadre du plan général mentionné dans la loi du 15 juillet 1970.

Ce planning s'applique aussi bien aux hôpitaux qui réclament une subvention pour leur financement, qu'aux autres: pour être reconnu, il faut que l'hôpital soit intégré dans le programme général des hôpitaux (art. 3 § 1, loi sur les hôpitaux).

Il s'applique aux hôpitaux des assurances privées, mais pas aux hôpitaux militaires, ni aux hôpitaux académiques des universités de l'Etat, ni aux polycliniques.

---

(1) Mon. 24 mai 1975, en vigueur à partir du 1^{er} juillet 1975.

(2) Signalons cependant que l'art. 1 débute de la manière suivante : "dans les limites des crédits disponibles".



La loi sur les hôpitaux contient une série de mécanismes de freinage dont on n'a pas encore fait plein usage.

- les normes pour la reconnaissance des hôpitaux sont encore très limitées et très générales (art. 2, §1, loi sur les hôpitaux) ;

Ce qui frappe, c'est qu'elles sont presque exclusivement d'ordre matériel (1) : normes architectoniques et fonctionnelles.

Elles sont vagues en ce qui concerne le fonctionnement de l'hôpital (2), et pour ce qui est du contrôle de la qualité, le mutisme est complet (3).

On ne peut s'empêcher de penser que l'on a voulu éviter d'entrer en conflit avec les médecins.

Il s'avère également impossible de supprimer des services qui se font concurrence.

Dans la programmation des centres hospitaliers (4) il est tenu compte pour l'avenir de l'existence d'autres hôpitaux et du développement d'autres institutions pour la protection de la santé publique qui n'appartiennent pas au secteur des hôpitaux (par exemple, soins à domicile, centres de santé, etc...) (art. 6, §1 de la loi sur les hôpitaux).

- la possibilité de révoquer la reconnaissance d'un hôpital est théorique (art. 3, §2 loi sur les hôpitaux) : une seule tentative a échoué ;
- la programmation n'impose pas encore d'obligation réelle (art. 6 de la loi sur les hôpitaux) : l'arrêté délibéré en conseil de ministres, pris après l'avis de la commission permanente de la programmation des centres hospitaliers, n'a pas encore paru.

Le but est de réduire la construction onéreuse d'hôpitaux (voir tableau 65) au strict minimum.

Mais le planning est venu en grande partie trop tard (5). Dans le passé, les permis de construire ont été accordés trop facilement.

On annonce pour 1980 encore 8.000 nouveaux lits pour les cas urgents (6), qui dans une partie doivent remplacer des lits existants désuets:

	<u>cas urgents</u>	<u>cas chroniques</u> (services-V)
a) Flandres	3.169	2.432
b) Bruxelles	1.009	774
c) Wallonie	3.943	2.327

(1) A.R. 23 octobre 1964 et annexes, mod. par A.R. 15 avril 1965, 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 15 février 1974, 24 avril 1974 et 13 juin 1974.

(2) A.R. 23 octobre 1964: quotidiennement le médecin visitera ses malades et une infirmière par 30 malades.

(3) Voir cependant art.2 §3 de la loi sur les hôpitaux qui prévoit l'organisation des prestations de soins médicaux urgents.

(4) Le plan quinquennal annoncé dans l'art.6 §2 de la loi sur les hôpitaux, offre peu de possibilités dans la pratique.

(5) Voir aussi Sénat, Ann. ParI. 27 novembre 1975, p. 423.

(6) Sénat, Ann. ParI. 27 novembre 1975, p. 375.

La situation est telle que le planning à lui seul s'avèrera probablement insuffisant et qu'un démontage s'impose plutôt..

Tableau 65 : évolution des prix de la construction d'hôpitaux(1)

	non-universitaires		universitaires	
	1966	1975	1966	1975
Services D,E,N,L,P,B,R	866.000 f	1.850.000 f	1.155.000 f	3.247.000 f
Services C	1.034.000 f	2.207.000 f	1.395.000 f	3.896.000 f
Services M	938.000 f	1.996.000 f	1.251.000 f	3.507.000 f
Services H,O et Q	433.000 f	909.000 f	577.000 f	1.266.000 f
Services V	433.000 f	1.176.000 f	577.000 f	1.588.000 f
Services S	938.000 f	1.996.000 f	1.251.000 f	3.507.000 f

Le planning doit non seulement comprendre la construction mais également l'équipement technique, tout en évitant une trop grande spécialisation par hôpital.

Il ne faut pas, par exemple, que chaque hôpital dispose de dialyse rénale, d'un département de médecine nucléaire, ou d'un "emi-scanner".

C'est dans cette optique que l'article 148 de la loi du 5 janvier 1976 concernant les propositions budgétaires 75-76 prévoit la programmation de l'équipement médical lourd.

Un équipement qui n'est pas rentable amène facilement la "surproduction".

En outre, l'intervention du Fonds pour la construction des hôpitaux, dans certains cas à concurrence de 100 %, doit entraîner une diminution du tarif de remboursement des prestations effectuées grâce à cet équipement (2).

Par ailleurs, les coûts d'investissement diminuent également.

A juste titre, on a également prévu la possibilité de programmer l'équipement médical lourd (3), non seulement dans les hôpitaux, mais également ailleurs (4).

Il faut continuer dans cette voie, par exemple pour la radiologie, et pour les laboratoires de biologie clinique.

(1) Subvention maximale du prix coactant par lit.

(2) Voir Sénat 5-XXI (75-76) n° 2, p. 9.

(3) Pour la signification de ce terme, voir Sénat 1975-76, doc. 742/2, p. 117-118.

(4) Cfr. la portée plus limitée de l'art. 1 A.R. 15 mai 1975, Mon. 30 mai 1975.

L'idée de base du planning devrait être une édification pyramidale des hôpitaux.

Par sa proposition de prévoir 3 catégories d'hôpitaux (1), le Ministre de la Santé Publique (2) s'est engagé sans aucun doute dans la bonne voie:

- a) l'hôpital local, ou l'hôpital de base où l'on trouve les principales spécialisations;
- b) l'hôpital régional;
- c) l'hôpital universitaire ou l'hôpital des super-spécialisations.

Ce fut également la conclusion de la commission d'études pour une politique de santé publique (commission Houben) (3).

La Commission Nationale pour la programmation des centres hospitaliers développe encore cette structuration.

### 3° un meilleur contrôle du tarif par journée d'hospitalisation.

Malgré les résultats obtenus et les efforts fournis jusqu'à présent, le tarif par journée d'hospitalisation doit faire l'objet d'un contrôle plus strict encore.

Il est encore trop tôt pour juger des résultats du prix d'hospitalisation prévisionnel.

En tous cas, le tarif normal par journée d'hospitalisation est dépassé.

Tous les hôpitaux n'ont pas la même structure de dépenses.

Des études démontrent que les très grands hôpitaux sont plus chers que les petits ou les moyens.

La nature des maladies traitées cause également des distorsions (4).

Il s'ensuit que la fixation de deux montants-plafonds (universitaire et non-universitaire) était une mesure assez arbitraire.

Une étude approfondie et complète des données disponibles sur la comptabilité des hôpitaux n'a pas encore pu être effectuée à cause de manque de personnel.

Une telle étude est pourtant indispensable pour déterminer le tarif par journée d'hospitalisation.

(1) d'après le modèle scandinave.

(2) Chambre 4-XXI(1974-75), n02, p.21 et Senat 5-XXI(75-76)n02, p.8.

(3) Rapport d'Activites, partie II, c7, g.

(4) Van Aert J.H. et A.P. Van Montfoort: Basisonderzoek naar de kostenstructuur van ziekenhuizen. Het ziekenhuis 1975, n022, p. 560-563.

Il convient encore d'ajouter que l'organisation d'une gestion effective de l'hôpital, par des administrateurs compétents et responsables, aura également une influence favorable sur l'évolution des tarifs.

La question se pose donc de savoir à qui devrait être confiée la direction de l'hôpital.

La direction de l'hôpital pour ce qui est de l'hôtellerie, du service infirmier et de l'administration, doit être confiée à un "manager".

"..... dat nog steeds in hoofdzaak artsen voor deze functies worden gekozen .... is een hardnekkig relict van een voorbije situatie ... de directionele taak in het moderne ziekenhuis is zo omvangrijk, dat deze bezwaarlijk met uitoefening van de medische praktijk kan gepaard gaan ..... De objectiviteit, de onzijdigheid van het oordeel wordt hierdoor belemmerd. In vele ziekenhuizen is men overgegaan tot het aanstellen van artsen die hun eigen medische praktijk hebben neergelegd. Of dit gelukkig kan heten, kan worden betwijfeld. De opleiding tot arts is zeker niet gericht op management. Ongetwijfeld zijn er goede directeurs die arts zijn. Dit is echter zuiver toeval." (1)

Il convient également de considérer la gestion d'un hôpital dans une perspective plus large (2).

Un hôpital n'est pas créé au profit des propriétaires, ni des médecins internistes, mais tout d'abord pour le plus grand bien des malades.

Puisqu'il s'agit d'un établissement d'utilité publique, tous ceux qui bénéficient de cet établissement ou qui sont chargés de son fonctionnement adéquat, doivent être intéressés à sa gestion: la population par l'intermédiaire des mutuelles, les médecins de famille, le personnel infirmier, les médecins internistes, et les propriétaires (3).

Il convient d'étudier des problèmes tels la qualité des soins, la sûreté et l'efficacité des services de garde, la suppression du paiement d'acomptes, l'observation des conventions, la rentabilité économique, la justification des comptes, la position juridique de ceux qui ont une fonction dans la santé publique, etc ...

Ce droit de regard aura pour effet de concevoir la gestion de l'hôpital tout d'abord en fonction des besoins des malades et non pas d'après les désirs exclusifs des médecins ou les normes de rendement financier de la direction.

- (1) W.C.L. Van der Grinten: "Het ziekenhuis en zijn juridische relaties met geneesheer en patiënt", dans "De geneesheer en het recht". "Medisch recht", Deventer 1968, p. 45.
- (2) On peut déplorer la différenciation dans les formes de gestion: a) hôpitaux publics: CAP, province, société intercommunale, Etat ;  
b) hôpitaux privés: ASBL, société civile.
- (3) Voir la proposition du Ministre de la Santé Publique relative à la création d'un conseil général dans chaque hôpital.

Trop souvent, l'hôpital est uniquement structuré selon les spécialités des médecins.

Une structure en fonction des besoins du malade (soins ambulants, soins réduits, soins prolongés, et soins d'urgence) serait beaucoup plus rationnelle et permettrait une occupation plus efficace du personnel paramédical.

L'époque où l'on définissait l'hôpital comme un ensemble d'espaces reliés par le chauffage central (1), est à jamais révolue.

Ces unités existant l'une à côté de l'autre doivent être tirées de leur isolement et être englobées dans une gestion globale de l'hôpital.

L'organisation requise rendra l'hôpital économiquement et financièrement plus rentable.

Ainsi l'hôpital devient un centre dans l'organisation de la santé publique.

Cela implique que sa fonction en matière de traitement des malades n'est pas autonome, mais doit être incorporée dans l'ensemble des mesures pour la protection de la santé publique.

Il s'agit d'une coopération verticale.

En même temps une coopération horizontale entre les hôpitaux s'avère également indispensable.

Par une répartition des tâches entre plusieurs hôpitaux, on pourra pourvoir aux nécessités des soins de santé et empêcher la croissance injustifiée des hôpitaux individuels par suite de l'accroissement du nombre des spécialisations médicales (par exemple: la coopération entre la C.A.P., la clinique St-Blasius, et la polyclinique Ste Christine de Termonde).

Par le projet de loi relatif aux centres pour les oeuvres sociales (2), on s'efforce également d'arriver à une coopération plus souple, entre autres dans le secteur hospitalier.

L'époque de l'hôpital autonome a tendance à toujours donner de l'extension à ses propres fonctions sans tenir compte des nécessités réelles, est révolue.

Il faut une coopération entre des hôpitaux de différents niveaux.

---

(1) H.J.J. Laenen : Ziekenhuis in de gezondheidszorg, dans "Juridische problemen rond het ziekenhuis", Medisch recht, Deventer 1971, p. 71.

(2) Sénat 1974-75, doc. 581/1 : voir art. 63.

Les établissements situés près l'un de l'autre ne doivent pas se procurer le même équipement spécialisé.

Non seulement la coordination interne s'impose, mais également une coopération entre les médecins qui y envoient leurs malades, et les services des soins extra-muraux.

Malheureusement, ces situations telles qu'elles existent dans la pratique font de la réalisation de ces principes cités, un travail de longue haleine.

Philip Rieff a baptisé l'hôpital d'archétype d'une institution de la culture occidentale.

L'hôpital ne peut devenir une institution qui n'existe que pour lui-même, où la direction, les médecins, l'industrie pharmaceutique ou l'industrie de l'équipement médical auraient la haute main.

C'est avant tout, une institution de l'intérêt public.

Dans cet ordre d'idées, rappelons la proposition de la commission Houben (1) qui vise à introduire un tarif "tout compris" pour la journée d'hospitalisation.

"Le prix de journée actuel par opposition au prix "tout compris" oblige à ajouter au prix de journée certaines prestations. Le "tout compris" a pour grand avantage : calcul immédiat et simple et tarifs inutiles. De plus, ce système présente un avantage économique : la suppression du paiement par prestation entraînera la diminution d'une sur-consommation possible."

La loi sur les hôpitaux (art. 5, § 3) permet seulement au Roi d'inclure dans le prix de la journée, les spécialités pharmaceutiques et les honoraires des collaborateurs paramédicaux.

Cette possibilité est exclue pour les honoraires des médecins.

Le prix de la journée "tout compris" nous paraît sans aucun doute, la meilleure formule.

Elle implique la rémunération des médecins, le contrôle de "production", et une rationalisation.

---

(I) Rapport, partie II, H 106.

Ainsi, la convention hôpitaux-mutuelles comprend un remboursement forfaitaire.

a) en ce qui concerne les sanatoriums (convention du 21 oct. 1965) :

- honoraires des médecins ;
- examens tomographiques ;
- chirurgie des poumons ;
- produits pharmaceutiques ;
- soins dispensés par les kinésistes ;

b) en ce qui concerne les établissements psychiatriques fermés (convention du 1 juillet 1975) :

- honoraire de surveillance (versé dans un fonds pour les médecins) ;
- produits pharmaceutiques ;
- prestations médico-techniques.

La formule n'a pas été appliquée plus souvent par suite de l'opposition du syndicat des médecins.

Lors du contrôle poussé du prix de la journée, il convient de veiller à ce que les hôpitaux ne cherchent pas à faire monter leurs autres revenus.

Le schéma suivant (I) des revenus d'hôpitaux est instructif :

- prix d'une journée d'hospitalisation	56	%
- chambre à une ou deux personnes (2)	6	%
- prestations médico-techniques	2 1,7	%
- collaborateurs para-médicaux	1	%
- participation des médecins	3	%
- spécialités, chambre d'opération	11,2	%
- indemnité de récupération	1,1	%

Il n'est pas impossible, il est même parfois vraisemblable que l'hôpital s'efforce d'augmenter ses revenus par exemple par une profusion de prestations médico-techniques (radiologie, biologie clinique).

Toutefois, il ne faut pas attendre du prix de journée "tout compris" qu'il offre la solution définitive.

Il est même à craindre qu'en fixant les normes et les cadres du personnel, les hôpitaux à effectifs de personnel n'adoptent la situation existante dans les grands hôpitaux ou dans les hôpitaux dont les effectifs de personnel sont le plus élevés.

(I) Kredietbank, informations hebdomadaire n° 45 du 28 novembre 1975.

(2) habituellement, on ne demande pas de supplément dans le secteur public, dans d'autres cas il y a un supplément de 20. 40, à 50 %. Pour la chambre à une personne le supplément n'est pas limité (jusqu'à 100 I).

L'exemple hollandais, ainsi que celui des hôpitaux universitaires et certains hôpitaux municipaux incitent à la prudence.

L'article 106 de la loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-76 intensifie cependant la tendance à l'autonomie du médecin interniste.

Aussi se dirige-t-il dans une autre direction que celle que l'on s'est proposée.

Toutefois, le gouvernement a fait remarquer que cette disposition devrait être considéré comme "provisoire" (I).

Il est vrai que le statut de salarié revient plus cher que le système d'indépendant.

Les cotisations des employeurs peuvent ainsi avoir une influence sur le prix de journée (2), et les cotisations des salariés sur le montant des honoraires.

L'article 82 du projet de code de déontologie médicale s'oppose ouvertement à une indemnisation forfaitaire.

Tout contrat ou statut prévoyant une indemnisation forfaitaire, doit être soumis pour étude au Conseil provincial compétent de l'ordre des Médecins avant qu'il ne soit conclu ou approuvé par le médecin.

Ce contrôle corporatif paraît d'autant plus étrange que l'article J8 de l'A.R. n° 78 du JO novembre 1967 relatif à l'art. de guérir, à l'exercice des professions qui s'y rattachent et aux commissions médicales (3), n'interdit pas de conventions forfaitaires relative à un paiement forfaitaire des prestations.

#### 4° l'application de l'article 10 de la loi du 6 juillet J973.

Les frais supplémentaires prévus à l'article 9 sont entièrement supportés par le budget du Ministère de la Santé Publique en vertu de l'article JO de la loi du 6 juillet 1973. Cela signifie une contribution directe et importante de l'Etat à l'assainissement des finances de l'assurance maladie-invalidité, qui en même temps fera mieux ressortir l'autorité et

---

(I) Sénat 1975-76, doc. 742/2, p. 91-92.

(2) La question parlementaire du sénateur Boey souligne nettement l'aspect financier du problème; (Réponse Sénat 1975-76, bull. n° 14, du 13 janvier 1976, question n° 34 du 3 décembre 1975).

(3) Conseil d'Etat, arrêt n° 15.533 du 27 octobre J972.



le droit de contrôle du département sur la gestion des établissements, et dont la conséquence sera que l'assurance maladie et invalidité sera dispensée des charges des hôpitaux, qui ne la concernent absolument pas (p.ex.: les dépenses pour la recherche scientifique et l'enseignement)". (1)

Le rapport Hambye (2) a calculé la répercussion financière de cet engagement de la manière suivante :

"Le département de la Santé publique reprendra la charge intégrale des dépenses résultant de l'application de l'article 9, actuellement supportées à concurrence de 75 % par l'A.M.I. ; cette mesure renforcera l'autorité et le pouvoir de contrôle du département ; la charge supplémentaire qui en résulte est de 1.800 millions pour le département, mais elle est compensée par une réduction de 640 millions dans les interventions par la loi en faveur de l'A.M.I."

Cette modification n'entrera en vigueur qu'à la date fixée par un arrêté délibéré en conseil de ministres (art. 10 et 16 de la loi du 16 juillet 1973), bien qu'initialement il ait été question du 1 janvier 1972 (article 14 du projet).

Ce retard était justifié par l'amélioration de la situation financière de l'I.N.A.M.I. en 1972 (3), ce qui a fait "qu'actuellement on insiste moins sur la nécessité de dispenser l'I.N.A.M.I. des suites financières de l'article 9" (4).

Depuis lors, l'application de l'article 10 de la loi du 6 juillet 1973 a été remise.

"Il est matériellement et financièrement impossible de prévoir une mise en vigueur de ce principe à dater du 1er janvier 1974, car il faudra revoir les prix normaux et procéder à une étude approfondie des éléments du prix normal. Avant d'envisager l'inscription au budget de l'Etat d'une charge financière importante, il importe de la calculer avec précision." (5)

#### 50 diminution du nombre de jours d'hospitalisation.

Une comparaison entre les nombres de jours d'hospitalisation dans différents pays ne permet pas de tirer des conclusions, des données comparables faisant défaut. (voir tableau 66)

(1) Sénat 1970-71, doc. 477, p. 3.

(2) Sénat 1972-73, doc. 311, p. S.

(3) Sénat 1972-73, doc. 311, p. 38.

(4) Chambre 1972-73, doc. 628/3, p. 2.

(5) Chambre 1972-73, doc. 628/3; p. 2.

Tableau 66 : durée moyenne d'hospitalisation.

	1963	autres années	1970	1972	1974
R.F.A.	27,7	18,6 (1969)	18,3	-	-
France	21,4	16,2 (1967)	17,8	-	-
Pays-Bas	20,1	17,5 (1969)	17,2	16,5	15,6
Belgique	14	14,2 (1968)	14,1(1)	13,4(1)	-
Italie	24	14 (1967)	13,8	-	-
Danemark	-	-	13,1	-	-
Suède	-	-	12,7	-	-
U.S.A.	9,2	-	9	-	-
Canada	10,1	-	-	-	-
Australie	-	-	-	-	13,9

La durée d'hospitalisation serait moins longue dans les pays n'ayant pas d'assurances sociales, la charge financière étant trop lourde pour les patients.

"On ne peut perdre de vue que la durée du séjour à l'hôpital diminuera sensiblement à l'avenir, entre autre par les progrès continus de la médecine, par une organisation médicale meilleure et plus efficiente de l'hôpital et des soins à domicile et aussi parce qu'en ce moment il y a dans les hôpitaux pour séjour de courte durée un nombre important de malades chroniques qui devraient être admis dans des établissements plus en rapport avec leur état. Cela libérerait un grand nombre de lits pour des patients dits "aigus". (2)

Afin d'arriver à une diminution du nombre de jours d'hospitalisation, il sera également nécessaire que :

- I. les spécialistes n'envoient pas trop rapidement leurs patients à l'hôpital. Cela se fait maintenant très souvent car c'est la façon la plus simple pour établir le diagnostic et pour garantir les soins thérapeutiques adéquats.

On a constaté qu'en Grande-Bretagne 25 % des patients étaient admis à l'hôpital sans aucune raison clinique (3).

---

(I) Hôpitaux universitaires

1966	: 13,1
1968	: 12,2
1970	: 12,1
1972	: 11,1

Dans les hôpitaux académiques néerlandais

1969	: 19,3
1972	: 17,3
1974	: 15,8

(2) Rapport commission Houben, partie II, C 54.

(3) G. Forsyth and R.F.L. Logan: The demand for Medical care. London 1970.

Querida a constaté que 40 % des patients qui pouvaient quitter l'hôpital d'Amsterdam avaient peu profité de leur séjour.

Le périodique médical anglais Lancet (2 décembre 1972) a prétendu que le résultat du traitement des varices par injection ou par opération était strictement le même.

Mais le coût de l'opération est 5 fois plus élevé.

Cette affirmation sera probablement contestée mais elle démontre la nécessité d'incorporer l'hôpital dans notre système de soins de santé avec plus de perspicacité, plus d'attention au prix de revient et plus d'autocritique de la part des administrateurs et des médecins ;

2. d'attacher les médecins en permanence à l'hôpital. Le fait qu'ils n'y passent qu'une partie de leur journée, fait traîner les examens lors de la mise en observation (1).

Un patient admis à l'hôpital pour trois examens (par exemple un du sang, une scintigraphie et une lymphographie) risque de devoir attendre deux semaines, alors que ces examens peuvent s'effectuer en un jour dans un hôpital bien organisé (2).

3. d'éviter que les médecins ne barrent l'hôpital à d'autres médecins afin d'avoir le plus grand nombre possible de patients et ainsi un nombre excessif - de telle sorte que les séjours doivent être prolongés (3).
4. d'avoir à l'hôpital même un contrôle sur les séjours trop longs et d'exiger une justification lorsque les malades doivent séjourner pendant une longue période à l'hôpital (medical audit) (4).

La thérapie appliquée est trop peu soumise à une évaluation critique.

Une telle évaluation permettrait de modérer certaines espérances excessives lors du traitement à l'hôpital.

Toutefois, le travail ne pourra être entrepris par un seul hôpital, mais nécessitera une coopération entre plusieurs hôpitaux.

Finalement il faudra la balance des frais et des résultats obtenus.

Une diminution de la durée de séjour sans cette évaluation n'entraînera pas nécessairement une diminution des dépenses.

---

(1) Mathé, l.c., p. 67.

(2) Mathé, l.c., p. 68-69.

(3) A la différence des hôpitaux "ouverts" les hôpitaux "fermés" ne sont pas accessibles à tous les médecins.

(4) Voir aussi Chambre 1974, doc. 4-XVIII, n° 3, p. 22.

Aux Etats-Unis où la moyenne de la durée de séjour est le moins élevée, cette durée a encore été sensiblement diminuée bien que l'on y fasse un usage plus fréquent de l'hôpital "short-stay" pour des cas moins graves et l'observation.

Ce résultat ne fut obtenu que grâce à un engagement plus intensif du personnel, ce qui, à son tour a une influence sur le prix de journée.

Dans une étude de R. Van den Heuvel (1) à ce sujet, nous trouvons les données suivantes :

	membres de personnel par lit	hospitalisations par lit	hospitalisations par membre de personnel
1945	1,55	27,9	28,3
1960	2,26	33,9	2,3

Données pour la Belgique (hôpitaux pour cas urgents)(2)

	personnel infirmier qualifié par lit	Total des membres de personnel	hospitali- sation par lit	nombre de lits par membre du personnel infirmier
1965	0,27	-	2,46	3,62
1969	0,35	-	2,16	2,82
1975	0,43	),15	-	2,3)

Aux Etats-Unis le nombre de jours d'hospitalisation est plus élevé :

- pour les solitaires que pour ceux qui vivent dans une famille;
- dans le milieu urbain qu'à la campagne;
- pour les pensionnés que pour les actifs;
- pour les hommes que pour les femmes;
- pour les faibles revenus que pour les revenus élevés;
- pour les femmes actives que pour les ménagères (3).

Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'une diminution de la durée, peut causer une augmentation du prix de la journée d'hospitalisation (article 9).

#### 6° que les hôpitaux trop petits disparaissent.

La médecine moderne exige des hôpitaux d'une certaine importance (4) tant du point de vue économique, que du point de vue efficacité de fonctionnement.

Une tendance à un agrandissement d'échelle se manifeste depuis 1965 (voir tableaux 67 et 68).

(1) Orientation mutualiste 1965, p. 235-238.

(2) En 1975 pour: total des membres  
du personnel

établissements psychiatriques	0,36
sanatoriums, établissements de gériatrie	
établissements spécialisés	0,68

(3) Orientation mutualiste 1965, p.233-235.

(4) 150 lits au minimum.

Tableau 67 : Hôpitaux pour cas urgents en ordre d'importance.

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1975</u>
- 20 lits	26	12	8
20 à 49 lits	62	51	36
50 à 99 lits	100	82	80
100 à 149 lits	64	57	53
150 à 199 lits	37	50	54
200 à 299 lits	42	42	46
300 à 499 lits	16	25	26
500 et plus	7	8	9
	<u>354</u>	<u>327</u>	<u>312</u>

Des hôpitaux ruraux assez petits devront cependant être maintenus dans certaines régions (par exemple dans la Province du Luxembourg).

Des hôpitaux trop grands ne sont pas à conseiller non plus.

Ils sont trop sujets à des conflits de personnel, il n'y existe pas de coopération, ni de communication entre le patient et le médecin.

Leur prix de revient est souvent plus élevé que celui d'unités plus réduites (1), et les soins y sont dispensés avec moins d'attention (2).

Un agrandissement d'échelle favorisera sans nul doute la nomination de spécialistes full-time, la formation d'un cadre médical, le travail d'équipe et un usage plus rationnel de l'appareillage technique.

Ces facteurs sont de nature à influencer favorablement la durée de l'hospitalisation.

Tableau 68 : nombre moyen de lits dans les hôpitaux de cas urgents.

1968	:	126
1971	:	136
1973	:	147
1975	:	161

---

(1) Milton J. Rop-mer, l.c., p. 102.

J. H. Van Aert et A. P. Van Montfoort, l.c.,

(2) Milton J. Roemer, l.c., p. 117.

7° qu'il y ait une participation personnelle.

"Afin de prévenir les abus" la loi du 5 juillet 1971 a ajouté une deuxième section à l'article 25 § 6 de la loi sur l'assurance maladie, autorisant le Roi, en cas d'hospitalisation prolongée, à diminuer l'intervention dans les frais de mise en observation et de traitement dans un hôpital.

L'Arrêt Royal du 16 décembre 1974, modifié par celui du 15 janvier 1975, prévoit une diminution de 50 frs. par jour à partir du 41ème jour d'hospitalisation.

Cet arrêté est entré en vigueur le 1 janvier 1975 pour les jours d'hospitalisation après le 31 décembre 1974.

La réduction de 50 frs. signifie une participation du bénéficiaire dans les dépenses pour l'alimentation, ce qui représente à peu près 30 % (1) de cet élément du prix de revient.

Vu le montant peu important, il ne faut pas s'attendre à ce que cette mesure diminue sensiblement la durée d'hospitalisation.

Toutefois, elle entraîne un allègement financier pour l'assurance-maladie (2).

On objecte que cette participation personnelle porte atteinte au principe de la gratuité du traitement à l'hôpital.

A cette critique, on peut répondre que la participation ne s'applique pas aux soins médicaux mais à l'alimentation (3).

Il n'est cependant pas justifié de n'appliquer cette mesure qu'à partir du 41ème jour d'hospitalisation.

Avant le 41ème jour d'hospitalisation également une participation aux frais de l'alimentation serait justifiée.

Il ne faut pas perdre de vue qu'en cas d'hospitalisation prolongée ou permanente, le patient n'a parfois plus de frais de location.

On pourrait également fixer une participation plus élevée afin de mieux couvrir les frais de l'alimentation.

Il serait plus logique d'avoir une participation à partir de la première journée d'hospitalisation (4).

Toutefois, pour cette mesure, une modification de la loi assurance-maladie serait nécessaire.

---

(1) En juin 1975.

(2) Economie pour 1975 : 325,1 millions de frs.  
1976 : 326,3 millions de frs.

(3) Economie pour 1976 (budget INAMI) : 937,4 millions de frs.

(4) Voir Casso 17 novembre 1975, J. T. 1976, 95.

Le montant de l'intervention devrait être ajusté chaque année.

Il pourrait également différer selon que la personne en question appartient oui ou non à la catégorie des V.I.P.O. en tenant compte du pourcentage normalement destiné à l'alimentation (1).

8° qu'il y ait un prix de journée dégressif.

En Allemagne de l'ouest un prix d'hospitalisation dégressif a été proposé afin de diminuer la fréquence des hospitalisations trop longues.

Ce système réduit les interventions au fur et à mesure que se prolonge l'hospitalisation.

Par conséquent, les hôpitaux tâcheront sans nul doute d'augmenter le nombre des hospitalisations de courte durée.

En l'absence de centres de traitement de maladies de longue durée, les hôpitaux renverraient les patients chez eux lorsqu'ils ont été hospitalisés trop longtemps.

C'est pourquoi un tel système n'est pas très recommandable.

9° que l'on arrive à l'hôpital intégré.

La loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, dans son article J, §2, J0, les considère trop comme des services où séjournent des personnes.

La polyclinique et les services médico-techniques sont exclus.

L'hôpital est trop peu traité en tant qu'ensemble organisateur.

Il ne doit pas être un hôtel dans lequel on loue des boutiques.

La nomenclature de l'r.N.A.M.I. commet la même erreur.

Elle ne connaît que des prestations, mais ignore par exemple l'existence de médecins-en-chef et de médecins-chefs de service.

---

(1) Maximum par unité de consommation 14,3 % (31,6 % pour 2,2 unités de consommation) ce qui fait que dans ce cas 50 frs. (3,50 frs. x 14,3 % = 50 frs.) pré suppose un revenu mensuel de minimum 10.500 frs. (350 x 30).

Section 4. Facteurs qui font augmenter davantage les frais des hôpitaux.

Certains facteurs feront augmenter davantage le prix de la journée :

I. l'amélioration sociale de la situation du personnel :

- a) augmentation des salaires (voir tableau 69);
- b) meilleure qualification ;
- c) durée de travail plus réduite ;
- d) octroi d'avantages supplémentaires.

Il faut encore préciser que la diversité des barèmes de salaires et des horaires empêchent l'uniformisation.

Depuis la C.C.T. du 31 octobre 1975, conclue au sein du comité paritaire national pour les services de santé, des barèmes de salaires égaux pour les secteurs publics et privés ont été introduits.

L'augmentation des salaires ressort clairement des exemples suivants :

Tableau 69 : Evolution du traitement mensuel (I).

a) Aide-infirmière :

ancienneté	1 janvier 1966	1 septembre 1975	Index 1966 = 100
0 années	6.212	18.271	294
10 années	8.075	20.161	250
20 années	9.318	21.736	233
27 années	9.318	22.996	247

b) Infirmière graduée :

ancienneté	1 janvier 1-966	1 septembre 1975	Index 1966 = 100
0 années	9.919	24.938	251
10 années	12.895	33.049	256
20 années	14.880	41.033	276
27 années	14.880	44.810	301

Le coût des salaires représente 70 à 80 % du prix d'hospitalisation.

L'absentéisme parmi le personnel, en hausse dans certains hôpitaux, joue également un rôle.

(I) C.P.N. Services de Santé.



Puisque ces mesures sociales entraînent une hausse constante du prix de revient, l'hôpital n'a que trois possibilités :

- a) augmenter le prix de journée ;
- b) chercher des revenus supplémentaires :
  - prix plus élevé pour la chambre particulière ;
  - retenue sur les honoraires des médecins (conflit Jolimont)
  - bénéfices sur l'achat des spécialités pharmaceutiques
  - augmenter le nombre de prestations
- c) rationaliser.

2. l'accroissement des effectifs de personnel (voir tableau 70).

Tableau 70 : membres du personnel infirmier qualifié par lit dans les hôpitaux de cas urgents.

			<u>index 1965 = 100</u>
1965	:	0,27	100
1969	:	0,35	129,6
1975	:	0,43	159,3

3. l'organisation de nouveaux services dans les hôpitaux.

Ainsi la rénovation du secteur psychiatrique a eu comme résultat, après que les établissements psychiatriques fermés aient été assimilés aux hôpitaux généraux, (1) que deux sortes de services psychiatriques ont été reconnus (2) : les services A pour soins d'urgence, observation et traitement actif, et les services T pour soins normaux.

En même temps, on a de nouvelles possibilités d'admission : l'hôpital de jour, et l'hôpital de nuit.

La présence obligatoire d'un pharmacien dans les hôpitaux (3), une mesure qui, sans nul doute se justifie (4), et la conversion de cette fonction en celle de "pharmacien cli-

(1) A.R. 6 septembre 1972, Mon. 26 septembre 1972.

(2) A.R. 15 février 1974, Mon. 5 mars 1974.

(3) J. Lahady Cura: distribution des médicaments en milieu hospitalier. Archives belges de Médecine Sociale 1973, n° I, p. 21-45.

(4) On commet actuellement de nombreuses erreurs. Prof. Lambert cite des auteurs dans le journal Pharm. Belge XXVI qui font mention de 15,3 à 22,5 % d'erreurs à la copie d'ordonnances ou lors de la délivrance de médicaments. L'A.R. du 29 juin 1967 rend le pharmacien responsable de la qualité et de la quantité des médicaments administrés dans les unités d'hôpitaux. Jusqu'au moment de la parution de la circulaire du 3 septembre 1975, il était admis de n'avoir qu'un dépôt de médicaments.

nique d'hôpital" peut également avoir une répercussion sur le prix d'hospitalisation (1).

On ne stimule que très peu la préparation de prescriptions magistrales et semi-industrielles, étant donné que les prescriptions magistrales sont comprises dans le prix de journée.

c'est pourtant le cas aux Pays-Bas et en Scandinavie.

Selon le type de médicaments, il serait possible de réaliser une économie de 50 à 90 %.

Le pharmacien, attaché à l'hôpital, devrait cependant recevoir des honoraires pour ses préparations.

Tout ceci contribue à empêcher l'achat de spécialités pharmaceutiques coûteuses rien que par esprit de lucre, à éviter la surconsommation, et à stimuler une certaine résistance aux prix élevés de l'industrie pharmaceutique (2).

Mais, les mesures prises en vue de diminuer les dépenses des hôpitaux, peuvent entraîner en même temps d'autres dépenses à charge de l'assurance-maladie.

Par exemple : un certain nombre de vieillards sont constamment (3) alités. Cette situation due à des causes organiques, psychologiques et sociales, pourrait être évitée par des mesures préventives (éducation) et une thérapie adaptée (entre autres : kinésithérapie, ergothérapie en groupe et ludothérapie).

L'alitement fait naître à son tour de nouvelles maladies (accroissement de l'ostéolyse avec décalcification progressive, hypotension orthostatique, atrophie des muscles, troubles psychiques).

"Il faut admettre que bien souvent c'est la société et les médecins qui en font partie qui "fabriquent" les grabataires. Souvent l'ignorance et la crainte du coût élevé des mesures préventives et des moyens thérapeutiques s'allient pour maintenir, si pas augmenter le nombre de grabataires dont bon nombre sont par ailleurs récupérables." (4)

---

(1) Voir conclusions du conseil de l'hôpital, approuvées le 25 juillet 1974 et le 13 mars 1975.

(2) Voir aussi les conclusions du groupe de travail "Pharmacie d'hôpital" rédigées pour le conseil de l'hôpital, et la note de la présidence de l'association des pharmaciens des hôpitaux.

(3) M. Asiel: Les grabataires âgés. Archives de Médecine Sociale 1974, n° 2, p. 65-74.

(4) idem, p. 73.

Une éventuelle économie des frais des hôpitaux, entraînera donc des dépenses supplémentaires dans d'autres postes de l'assurance-maladie, et plus particulièrement dans des postes qui subissent déjà une hausse importante.

#### 4. Incorporation de nouveaux postes dans le prix de la journée d'hospitalisation.

Ainsi dans le prix de journée on a déjà repris des postes comme conservation du sang, service de garde et secrétariat médical, mais pas encore les services d'autopsie et d'anatomopathologie.

#### 5. L'humanisation de l'hôpital (1).

Les propositions relatives à l'Humanisation de l'hôpital, nécessaire sans nul doute, sont également de nature à augmenter les frais d'exploitation.

On considère comme étant indispensables: service d'accueil, liquidation du système des salles, plus de variation dans le régime d'alimentation, infirmières qui entretiennent le contact "humain" avec les patients, infirmières orientées vers la rééducation, psychologues, assistants sociaux, récréation (bibliothèque, buvette, jardin, journaux, boutiques, coiffeur, etc ...)

#### 6. Les nombreux crédits de caisse et à terme.

Afin de porter remède aux difficultés permanentes de trésorerie des hôpitaux il est nécessaire que le Ministre de la Santé Publique aussi bien que les organismes d'assurance paient toujours les hôpitaux en temps opportun.

Le prix de la journée comprend également l'intérêt de l'argent emprunté.

Un montant moyen de 40 frs. d'intérêt par jour d'hospitalisation représente 1 milliard de frs. par an.

---

(1) Voir Dr. Asiel: De humane relaties in de ziekenhuizen, V.O.V. 1973, p. 17-20.  
 Dr. Nuyens : Humanisering van het ziekenhuis, V.O.V. 1973, p. 21-28.  
 J. Steyaert : Quelques aspects du problème d'humanisation de l'hôpital, dans "Santé et Société", Bruxelles 1973.  
 B. Chiers : Service social et politique de santé, R.B.S.S. 1970, p. 13 - 24.

On pourra remédier à cette difficulté de la manière suivante :

- a) en ce qui concerne le Ministère de la Santé Publique, qui effectue ses versements habituellement 10 mois après les prestations, l'article 12, §5 de la loi sur les hôpitaux, ajouté à l'article 150 de la loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-76, offre la possibilité de payer des avances;
- b) en ce qui concerne les organismes d'assurance, il a été proposé au chapitre VII de créer un fonds d'entreprises afin de garantir un financement plus simple de l'assurance-maladie;
- c) puisque le prix prévisionnel et les perspectives relatifs à l'hospitalisation permettent à chaque hôpital d'établir une estimation des dépenses pour chaque exercice, on pourrait examiner la possibilité de payer chaque mois des avances aux hôpitaux. On pourrait procéder au règlement des comptes tous les trois mois.

Les mesures proposées sous a et b sont de nature à rendre la proposition c superflue.

Assurer un financement régulier, voilà tout le problème.

## CHAPITRE X : LES MEDECINS.

### § I. Leur place dans la politique de santé.

---

Les médecins occupent une position centrale dans les soins de santé.

Leur profession est très estimée, aussi bien aux Etats-Unis qu'en Europe et en U.R.S.S. (1).

En effet, ils sont responsables d'un bien très précieux: la santé.

Formés par des médecins selon des programmes composés par des médecins, ils possèdent leur propre éthique, leur propre notion de la faute professionnelle ainsi que leurs propres institutions en matière de droit disciplinaire.

Ils fixent eux-mêmes leurs honoraires et jugent eux-mêmes si la thérapeutique appliquée est réussie ou non.

Pour le juriste, la relation médecin-patient ressort du droit civil.

Il existe un contrat entre un médecin et son client, contrat qui porte sur la fourniture d'une aide médicale: "donner des soins, non pas quelconques mais consciencieux, attentif, réserve faite de circonstances exceptionnelles conformes aux données de la Science" (2) pour un montant qui, habituellement n'est pas convenu de manière explicite.

Plusieurs conclusions sont liées à cet aspect du droit civil présent dans la relation médecin-patient: le patient doit donner son accord (3) pour être traité, le médecin est responsable des prestations fautives, les parties fixent librement les honoraires sans l'intervention de tiers.

Pour les sociologues, la relation médecin-patient est une relation père-enfant (4).

C'est en tout cas une relation asymétrique.

Les deux parties ne sont pas sur pied d'égalité.

---

(1) G. Kuiper: *Rangen en standen: een studie in sociale stratificatie.* Zeist-Arnhem 1965, p. 88.

(2) Casso fr. 20 mai 1936 Dalloz 1936, I, 88.

(3) quoique ce soit de la théorie lorsque le patient est en syncope ou sous narcose.

(4) N.H. Vroege: *Sociologie van de arts.* Utrecht 1968.

Le médecin occupe une position-clé. Il est considéré comme un expert, tandis que le patient est un profane.

C'est lui qui décide si un certificat d'incapacité de travail ou des médicaments doivent être délivrés.

En outre, les médecins ne sont pas très enclins à fournir beaucoup d'informations (1) sur l'état médical du patient, ce qui place ce dernier une fois de plus, dans une situation de dépendance et d'incertitude.

Dans les hôpitaux également, les médecins occupent une position centrale. Chaque chose, chaque personne est à leur service, l'architecture de l'hôpital est même déterminée par eux.

Le patient n'a pas voix au chapitre.

Pour le juriste, le médecin à l'hôpital est lié par un contrat d'engagement, un contrat de location ou une convention de travail, ou bénéficie d'un règlement statutaire, sauf s'il est simplement un associé.

Le sociologue considère qu'à l'hôpital, synonyme d'"internat" ou de "ghetto", le patient est "infantilisé" avec comme figure de père le spécialiste et comme figure de mère l'infirmière en chef (2).

"De patiënt moet zich aanpassen, zich ernstig houden, zich gedragen zoals het hoort, niet tot last zijn. Wanneer hij veel vragen over zijn ziekte stelt wordt hij als lastig beschouwd" (3).

Le médecin - aussi bien le médecin généraliste que le médecin spécialiste - estime que tout ce qu'il fait, est au bénéfice du patient.

C'est pourquoi il revendique la plus grande liberté et cela dans l'intérêt du patient.

En effet, la médecine a été dominée jusque tout récemment par des principes exclusivement libéraux :

- la liberté d'établissement du médecin;
- la liberté de choix de médecin ;
- la liberté de prescription du médecin ;
- la liberté de relation médecin et client.

---

(1) Cassee E. Th. : Naar de dokter - Meppel 1973, 25.

(2) J.M. Hattinga Verschure : Patiënt, ziekenhuis, gezondheidszorg op weg naar 2.000. Amsterdam 1971, biz 114.

(3) J.J. Klinkert : Macht van artsen. Assen 1974, 90.

On peut parfois se demander si l'intérêt du patient est toujours servi par cette liberté.

La liberté d'établissement, peut créer dans certaines régions une pénurie de médecins et dans d'autres, une pléthore.

La liberté de choix de médecin peut être justifiée par l'intérêt du patient à pouvoir consulter un médecin en toute confiance, d'avoir la garantie "d'être traité en être humain par des êtres humains" (1) mais cela ne constitue pas une garantie de capacité.

D'autres facteurs comme l'amabilité, la complaisance en matière de délivrance de certificats, la connaissance de la famille, la recommandation par les amis, le fait d'habiter près de la maison, jouent aussi un rôle dans le choix qui a été réalisé (2).

Cette liberté de choix n'est cependant pas absolue pour le patient. Il ne peut pas atteindre son médecin chaque jour ou à chaque heure de l'année. A certains moments et parfois lorsque l'aide médicale est très urgente, il doit s'adresser à un autre médecin.

Là où le nombre de médecins est limité, cette pénurie constitue aussi un frein à l'exercice de ce libre choix et d'ailleurs le nom du spécialiste est souvent communiqué par le généraliste.

Le libre choix provoque aussi des abus: l'assuré consulte différents médecins jusqu'à ce qu'il en trouve un qui le déclare malade sans trop de difficultés, ou bien l'assuré a l'habitude de consulter plusieurs médecins qui, chacun à leur tour, effectuent les mêmes examens.

Le libre choix a pourtant l'avantage d'inciter le médecin à l'amabilité, étant donné la concurrence qui existe.

La liberté de prescription doit être considérée comme indispensable à une bonne médecine, s'il s'agit vraiment d'appliquer les meilleures méthodes d'examen en vue du diagnostic et du traitement.

Cette liberté ne constitue pourtant pas une garantie d'efficacité lorsqu'on constate l'influence de l'industrie pharmaceutique.

---

(1) E. Leburton : Le droit à la santé - Bruxelles 1959, p. 17.

(2) J. Sarano: Médecine et médecins - Paris 1959, p. 30.

Cette liberté sonne faux, lorsque le médecin ne se tient pas au courant de l'évolution de la médecine, lorsqu'il s'estime capable de traiter n'importe quel malade, lorsqu'il prescrit ce que le patient désire (1) ou lorsque le patient ou la communauté ne peuvent supporter les frais du traitement.

Elle devient comédie tragique lorsque les médecins généralistes voient un patient toutes les deux minutes ou délivrent une ordonnance toutes les six minutes (2).

La liberté de relation entre le médecin et le patient est une caricature lorsqu'il s'agit de fixer les honoraires.

Nous trouvons face à face d'une part un malade, avec la menace de la mort en arrière plan, demandant à retrouver le bien inestimable qu'est sa santé et d'autre part un médecin qui offre certains services et qui fait appel à certaines techniques dont la valeur ne peut être définie exactement.

Finalement cette liberté revient à ceci : le médecin détermine l'importance des honoraires sans l'intervention de tiers selon le temps qu'il réserve à son client, les exigences de celui-ci, la gravité de sa maladie ou, simplement, selon les possibilités financières du client ou les besoins du médecin.

L'article 71 du projet de code de déontologie médicale consacre toujours ce principe.

L'autonomie interne du corps médical, l'a aussi fermé à toute influence extérieure.

Elle provoque ainsi des tensions entre la société en constante évolution et la profession médicale de plus en plus renfermée (3).

Les médecins s'aperçoivent également de ce que la société semble de plus en plus avoir besoin d'eux.

Un aspect médical est donné à chaque problème.

Dans son livre "Freud : The mind of the Moralist", New York 1959, Philip Rieff prétend qu'un glissement se produit dans la culture occidentale.

Au Moyen âge, la foi chrétienne dominait. Au 17ème-18ème siècle, cette influence a diminué et le droit a pris le dessus.

Pour chaque problème posé, on légifère.

---

(1) "Entre le marteau des laboratoires et l'enclume des patients bien-portants qui s'ignorent le médecin doit être d'un exceptionnel métal pour résister à la déformation (A. Mureier).

(2) A. Malleson, l.c., p. 64.

(3) Klinkert, l.c., p. 20.



Actuellement, le désir de santé dans le sens qu'en donne l'Organisation mondiale de la Santé ("un état de bien-être complet sur le plan corporel, spirituel et social") entraîne la "médicalisation" de la société (I).

Les médecins sont, par conséquent, persuadés d'occuper une position de force.

"Au-delà de son monopole, le Corps Médical exerce pourtant une influence certaine sur le comportement des populations. La surface de "frottement" avec elles est considérable, et le prestige du médecin entraîne une confiance que le politicien ne peut aisément contrebalancer ! La force du médecin résulte aussi, en partie, de sa situation particulièrement avantageuse dans le déséquilibre entre l'offre et la demande jouant en sa faveur." (2)

Cette position de force a toutefois dépassé son point culminant.

La médecine actuelle est de plus en plus contestée.

## § 2. L'évolution.

-----

En effet, une évolution se manifeste dans l'exercice de la médecine.

En médecine, la technique et les examens de laboratoire deviennent de plus en plus importants et les nouvelles possibilités qui en résultent ouvrent continuellement de nouveaux horizons.

La spécialisation et la clinique ont supplanté le généraliste et élargi la distance sociale entre le médecin et le patient.

Le rôle personnel du médecin a été constamment limité par la technique aussi bien sur le plan du diagnostic que sur celui de la thérapeutique.

L'ensemble a fait que les soins médicaux sont devenus inestimables pour l'individu.

A cause de tout cela, le droit aux soins de santé, conséquence du droit à la vie, a été compromis.

---

(I) J.K. Zola : De medische macht - Meppel 1973.

(2) A. Wijnen : La médecine sans médecins - Bruxelles 1972, p.

Pour remédier à cette situation, les frais de maladie ont été collectivisés dans le cadre de la sécurité sociale. Cela a permis de compléter la relation médecin-patient par une relation médecin-assurance-maladie et patient-organisme assureur.

L'assurance-maladie a aidé à garantir la liberté de choix mais elle a créé aussi d'autres problèmes.

"Il faut donc admettre que le principe de l'entente directe n'a guère sa place dans les relations entre les praticiens de médecine libérale, les assurés sociaux et les organismes d'assurance sociale." (1)

L'avant-projet initial de code de déontologie médicale n'avait pas encore découvert qu'il existait une assurance-maladie en Belgique réclamant une certaine collaboration de la part des médecins.

Heureusement cette lacune a été comblée par après.

L'article 101, deuxième alinéa précise maintenant qu'en respectant la déontologie et les droits de l'individu, le corps médical collabore à ces formes de sécurité sociale qui ont pour but de fournir les meilleurs soins de santé à tous les citoyens.

Cette participation va plus loin que la simple rédaction de documents destinés à la sécurité sociale (art. 102 du projet de code) ou la délivrance de certificats qui doivent être établis d'une façon "prudente et discrète" (art. 67, troisième alinéa).

Il ne serait pas sans intérêt d'y ajouter : "et d'une façon véridique".

L'article 71 du même projet part encore de l'idée que le médecin fixe ses honoraires d'une façon autonome.

Il est vrai que le médecin ou ses représentants ne peuvent pas refuser des explications concernant le montant de ces honoraires.

Les mutualités, seront-elles considérées comme les représentants des patients pour ce qui est de l'application de cette disposition ?

La réponse et l'interprétation des organisations des médecins seront probablement négatives.

La nature de nombreuses maladies fréquentes a aussi changé.

L'attention a glissé des maladies infectieuses et des épidémies vers les maladies chroniques.

---

(1) F. Moderne: Les principes généraux de la médecine libérale et le contentieux de la nomenclature des actes professionnels des professions médicales et paramédicales. Dr. soc. 1975, 95.

Un glissement s'opère également du syndrome étiologique d'agents pathogènes spécifiquement causals vers un syndrome plus complexe et multicausal (1).

En outre, l'approche du malade est différente: la maladie n'est plus considérée uniquement comme un trouble de nature biochimique et physiologique, mais comme un symptôme impliquant la psychiatrie et la psychosomatique.

L'attitude de la population a aussi changé.

Dans le passé, lorsqu'on se sentait moins bien, les gens demandaient conseil aux membres de la famille, aux connaissances ou aux collègues.

On essayait de se débrouiller ou on s'adaptait aux malaises ressentis.

Consulter le médecin était souvent la solution ultime.

A présent, les gens se rendent beaucoup plus rapidement chez le médecin ou l'appellent même chez eux pour des plaintes qui sont plutôt les conséquences de tensions psychologiques et sociales.

En effet, à l'exception de certaines maladies, c'est l'homme lui-même qui détermine s'il se sent malade ou non.

Les facteurs exogènes qui influencent cette situation ont commencé à jouer un rôle plus important.

Le milieu et les conditions de vie exercent une plus grande influence sur la santé de l'homme.

Le nombre de personnes qui, par ce fait, font appel à la médecine - seulement pour être rassuré ou pour exprimer entièrement leurs problèmes - augmente.

Les relations entre les médecins et les organismes de sécurité sociale (3) ont été fixées sous forme de compromis après de nombreux conflits graves.

Le problème fondamental résidait toujours dans la conciliation de "freiheit und soziale sicherheit", d'après le titre d'un ouvrage de G. Bremme (4).

"Ceci paraît être le plus grave échec de la sécurité sociale: elle n'a pu concilier l'apparition des régimes sociaux avec le maintien d'une médecine de qualité; elle n'a pas su résister à la double pression démagogique du public et du corps médical, le premier désirant la satisfaction de tous ses besoins, pseudo-para ou réellement sanitaires, le second voyant dans l'institution du système social le moyen aisé de conserver, voire d'accroître la source de ses revenus.

---

(1) J.K. Zola, l.c., p. 51.

(2) Klinkert, l.c., p. 39.

(3) J. Bing: Relations entre corps médical et sécurité sociale. Droit social 1971, 147.

(4) Stuttgart 1961.

La sécurité sociale a donc permis et même favorisé l'installation du système préjudiciable à la médecine de base.

"Mais le corps médical en a été le complice : en voulant défendre contre vents et marées la pérennité de la médecine libérale, il s'est attaché à préserver ce qui n'en était que la manifestation superficielle mais en a laissé totalement périlcliter l'essence et l'esprit. On n'a plus maintenant qu'une caricature de médecine libérale à travers ses deux signes extérieurs qui sont le libre choix et le mode de rémunération: mais la noblesse du métier, le sens du devoir et de la mission, tout ce qui faisait l'art médical a disparu. Le corps médical a lâché la proie pour l'ombre (il y a bien entendu des exceptions...)" (1).

Si les exceptions sont plus nombreuses que l'auteur ne l'admet, il reste néanmoins vrai que cette analyse est applicable à une partie du corps médical.

La définition de santé donnée par l'Organisation mondiale de la Santé comme un état optimal de bien-être physique, psychique et social comporte le risque de voir le patient arriver chez son médecin avec tous ses problèmes : "pour tout et pour rien".

Puisque les médecins considèrent un client comme malade jusqu'à preuve du contraire et que leur formation les contraint à faire au moins quelque chose, on risque fort de voir le médecin établir une prescription qui n'est pas nécessaire, au lieu d'écouter simplement son patient ou de l'envoyer chez un psychologue ou un assistant social.

Au milieu de toute cette évolution, beaucoup de médecins continuent de manière isolée à exercer la médecine selon les principes traditionnels.

Les modifications de la société, n'ont pas échappé à l'attention de la plupart des générations de médecins.

La réalisation de la sécurité sociale et de l'assurance-maladie a été faite en dehors d'eux : "les scientifiques ne reçoivent qu'une formation philosophique sommaire et aucune lumière en sociologie ou en science politique d'où la curieuse ignorance des médecins... à propos des formes élémentaires de la vie sociale et politique..." (2).

"Individualist in zijn vorming, individualist in zijn betrekkingen, individualist in zijn gedachtengang, blijkt de geneesheer, zoals de adel tijdens de Franse revolutie, blind voor de feitelijkheid die hem omringt." (3)

Mais la profession médicale devient aussi l'objet d'une plus forte critique.

- 
- (1) Jean Moitrier: "Sécurité sociale et distribution des soins" Dr. soc. 1975, p. 169-170.  
 (2) A. Molitor: "L'enseignement et la société d'aujourd'hui" - Tournai 1956, p. 119.  
 (3) R. Pannier: "Mens, geneeskunde, gemeenschap" - Bruxelles 1970, p. 43-44.

L'autorité du médecin est en déclin, comme le colonialisme, dit le Prof. Hattinga Verschuure.

L'homme occidental exige de la médecine une meilleure qualité, un plus grand respect de la personne, plus d'information et même une certaine concertation et un dialogue.

Aujourd'hui c'est l'explication, demain cela peut devenir la justification, aussi bien économique que juridique (1).

Pour se porter à cette nouvelle tâche, les médecins doivent se perfectionner et apprendre à évaluer ce qu'ils réalisent.

La réduction de la liberté fonctionnelle et le sentiment que l'assurance-maladie pourrait signifier la fin des honoraires libres ont suscité des réserves, de la méfiance et des réactions dans le corps médical (2).

L'exercice traditionnel de la médecine selon les principes du serment d'Hippocrate a certainement encore sa valeur, mais moyennant une adaptation à l'évolution.

Mais il est impossible d'échapper à une nouvelle organisation rationnelle de la profession en fonction de l'évolution sociale et des exigences actuelles des soins de santé.

De tout cela, il ressortira que la forme traditionnelle des honoraires, dont il sera question plus loin (voir le f 3) n'est pas toujours soutenable et que le secret professionnel doit justement être situé, compte tenu des intérêts de l'individu et de la collectivité.

c'est surtout la façon de rétribuer qui est important du point de vue de l'assurance-maladie.

"En réalité la contradiction entre l'évolution des besoins dans le monde moderne et les structures classiques de la médecine auxquelles restent généralement attachés les praticiens en raison de l'indépendance et du standing financier qu'elles leur assurent ne se résoudra que si se réalise une évolution dans la psychologie des praticiens: il faudrait qu'à leur désir d'indépendance se substitue, comme préoccupation dominante, le souci d'exercer leur art dans les conditions les plus conformes au progrès scientifique. Or ce progrès implique de plus en plus une coordination des compétences, l'utilisation d'appareillages parfois infiniment coûteux, etc., bref des conditions d'exercice de la médecine qui impliquent bien souvent

---

(1) Voir en France les "profils médicaux", aux E.U. la "Professional Standard Review Organisation" (P.S.R.O.).

(2) R. Pannier, l.c., p. 44-45.

l'utilisation de moyens que seule une collectivité peut mettre à la disposition des praticiens. Le jour donc où la plupart des praticiens estimeront plus important d'exercer leur art dans les meilleures conditions techniques que de bénéficier d'une parfaite indépendance dans cet exercice, l'harmonisation d'intérêts jusqu'alors contradictoires sera en vue." (1)

Ce point de vue suppose une adaptation des principes traditionnels libéraux sur lesquels s'appuie l'exercice de la médecine.

Certaines déclarations indiquent que les médecins sont obstinément traditionalistes.

"sauver les principes immuables de l'éthique médicale, qui doivent se maintenir à travers n'importe quelle solution car ils représentent les droits imprescriptibles des malades et non pas, comme certains ont voulu le faire accréditer, les privilèges de médecine." (2)

### f 3. Les honoraires des médecins.

L'augmentation des honoraires des médecins constitue pour beaucoup de gens, une des causes du déficit de l'assurance-maladie.

"Un des facteurs fondamentaux de l'analyse de la situation paraît cependant résider dans le système conventionnel et dans les procédures de discussion des engagements médicaux et d'établissement de la nomenclature, donc des honoraires et prix. Il faut noter immédiatement que le déséquilibre entre les dépenses et les remboursements a souvent trouvé son origine dans les exigences des porte-parole médicaux, qui ont abouti à arracher des concessions dont le coût dépassait largement les normes réalistes et les possibilités de l'assurance. Une telle attitude menée par les gouvernements successifs et engendrée par le souci de préserver une illusoire "pax medica", perpétuellement remise en question sous les prétextes les plus divers par les Chambres syndicales médicales, est incontestablement à la base des déboires financiers actuels." (3)

(1) J.J. Dupeyroux, l.c., p. 146.

(2) A. Wijnen, l.c., p. 37.

(3) P. Falize : Droit à la santé - Bruxelles 1971, 19.

Quoique la façon de rétribuer puisse jouer un rôle, il semble quand-même qu'elle ne soit pas une cause fondamentale du déficit..

Dans les pays où il existe d'autres modes de rétribuer, une évolution identique des coûts a également été observée (p. ex. aux Pays-Bas)..

#### A. Les formes d'honoraires (1).

Le paiement du médecin peut se faire sous différentes formes..

L'article 15, § 1 de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 stipule que les médecins ont droit à des honoraires ou à des rémunérations forfaitaires pour les prestations effectuées..

Chaque forme a ses partisans et ses adversaires, ses avantages et désavantages (2).

C'est un privilège historique..

L'usage et l'équité sont les seuls critères par rapport à la définition personnelle et arbitraire des honoraires..

Le médecin peut tenir compte des revenus du patient et de ses exigences, mais aussi de ses propres besoins..

Il peut augmenter ses honoraires jusqu'à un point tel que la médecine deviendrait inabordable pour une partie de la population. Dans ces conditions le libre choix de médecin reste lettre morte..

C. Herzlich a démontré que dans le domaine du traitement psychothérapeutique, cette situation a fait que la psychothérapie analytique est destinée aux groupes sociaux privilégiés et l'internement aux groupes moins favorisés..

Le médecin-généraliste essaie de s'attacher le patient qui paie bien pour qu'il n'aille pas chez le spécialiste concurrent..

---

(1) Anrijs : Les honoraires médicaux. - JT 1971, 125.  
X. Rijckmans et R. Keert-Van de Put 1971, volume I, p. 199-22.

(2) F.J.H.K. van der Ven dans le dossier: De geneesheer en het recht, Deventer 1968, p. 83-84.

Pour l'assurance-maladie un tel système de fixation des honoraires est insupportable du point de vue financier. Aussi, l'intervention doit ou bien être limitée à un certain montant, ce qui porte préjudice à l'assuré qui doit supporter la différence, ou bien être calculée sur des honoraires fixés d'une façon légale ou conventionnelle dont le respect reste hypothétique.

C'est finalement la communauté qui finance la formation des médecins et l'équipement dont ils ont besoin, de sorte qu'une fixation à sens unique des honoraires est injustifiée pour cette raison également.

#### b) les honoraires par prestation.

Cette façon de fixer les honoraires appliquée en Belgique, au Luxembourg et en France (1), est en soi équitable dans la mesure où le médecin est payé pour ce qu'il a réellement effectué.

Elle peut être comparée au salaire à la pièce de l'ouvrier: pas de perte de temps et un rendement élevé.

Le médecin considère le patient aussi comme client qu'il doit essayer de garder.

Mais jusqu'à présent, le système ne peut être contrôlé puisqu'il est impossible de vérifier quelles prestations ont été effectuées, si elles étaient nécessaires et exactement évaluées.

J. Moitrier (3) critique le système dans ces termes violents :

"En réalité, le médecin est l'esclave de ce système de rémunération. Il est ravalé au rang de distributeur de médicaments et se retrouve considéré comme l'artisan qui reçoit cinquante francs chaque fois qu'il remplace un robinet. Un "art" ainsi tarifé est un "art" dégradé. On remarque que la médecine est la seule activité professionnelle qui soit rémunérée de la sorte : toutes les autres activités libérales supposent une prestation globale, comprenant un certain nombre d'actes isolés, de démarches, d'études, etc., qui sont couverts forfaitairement par une rémunération unique. On paie de la sorte un dentiste, un avocat, un architecte et tous les autres hommes "de l'art". Mais il a fallu que ce soit l'homme "de l'art" le plus noble, le médecin, qui pratique le système le plus détestable."

Milton Roemer (4) a démontré que le nombre de prestations augmente dans la mesure où le nombre de patients diminue.

(1) Aux Pays-Bas aussi, pour ce qui concerne les médecins spécialistes.

(2) A l'avenir, on a l'intention d'y remédier par le traitement d'information électronique.

(3) J. Moitrier, l.c., p. 173.

(4) L'organisation des soins médicaux dans le cadre de la sécurité sociale. Genève 1969, p. 58.



Plus les prestations sont nombreuses, plus les revenus sont élevés.

Le nombre ex-géré de prestations peut en fin de compte plutôt nuire à la santé que l'améliorer.

Une médecine rapide ne permet pas le dialogue. Le temps de faire des prescriptions et... au suivant.

Le système entrave aussi les soins continus (1) puisque ceux-ci pourraient toujours être prescrits par le médecin pour des motifs financiers.

En outre, toutes les prestations n'ont pas la même rentabilité. Le médecin a donc intérêt à faire des radiographies, des électrocardiogrammes, etc...

Les lois économiques exigent un amortissement rapide et un rendement maximal de l'équipement technique qui très vite est dépassé.

Enfin, le système incite un nombre de médecins à la dichotomie.

#### c) la rémunération par patient inscrit :

Le médecin reçoit une rémunération par patient inscrit chez lui.

En contrepartie de cette rémunération, il doit soigner le patient pendant toute l'année.

Le système est appliqué par le "National Health Service" de Grande-Bretagne et, par les Pays-Bas, excepté pour les honoraires rétribuant certaines prestations, et par l'Italie, pour les médecins généralistes.

Le médecin n'a aucun intérêt à essayer d'augmenter le nombre de ses consultations, puisque sa rémunération reste identique.

Cependant, cette situation fait que les patients qui ont besoin de beaucoup de soins (personnes âgées, malades chroniques) risquent d'être très vite renvoyés au spécialiste ou à l'hôpital: "tennis de table avec les patients" (2).

Donner des soins à ces malades constitue pour les médecins un effort plus important que la rémunération.

---

(1) examen de contrôle, vaccination.

(2) A. Malleson, l.c., p. 134.

Voir aussi R. Zwaenepoel : Vergelijking van betaalsystemen in België en Nederland 1975, stene., qui démontre le glissement considérable vers l'hospitalisation et la régression de la part du généraliste dans les soins de santé aux Pays-Bas.

Toutefois, le médecin dépend aussi de ses patients : plus nombreux sont les patients, plus élevés sont les revenus.

Il doit donc réduire ses consultations à un minimum de temps et essayer de satisfaire autant que possible les désirs de ses clients (délivrer les certificats demandés et les médicaments souhaités).

Le système peut être amélioré en limitant le nombre de patients (1) ou en octroyant une rémunération plus élevée pour les soins de certaines catégories de patients.

d) le salaire (2) :

A première vue, cela semble équitable. Cette solution se défend vu la position de méfiance généralement adoptée à l'égard des revenus des médecins.

En pratique, le médecin a intérêt à travailler le moins possible. Moins de patients, mieux cela vaut.

Ce système de rémunération constitue bien une garantie envers la surproduction et permet une évaluation plus précise du budget de l'assurance-maladie.

Néanmoins, le médecin lié comme un travailleur, se tiendra strictement au règlement de travail imposé. Pas d'heures supplémentaires, pas de travail supplémentaire.

Le système nécessite donc un contrôle : un nombre de consultations imposé, une tâche déterminée et une description de la responsabilité.

Finalement la qualité de la médecine en souffre et il s'établit alors en parallèle une médecine libre avec des tarifs libres.

e) le forfait :

Le forfait offre certainement des avantages au point de vue fonctionnement de l'assurance-maladie.

Il permet de mieux prévoir les dépenses, il est plus simple du point de vue administratif et fait que le médecin agit lui-même comme contrôleur pour empêcher la surconsommation.

---

(1) en Grande-Bretagne p.ex. 3.500.

(2) appliqué d'une façon assez générale pour les médecins d'hôpital en Grande-Bretagne, l'Allemagne de l'Ouest et l'Italie.

Le forfait est surtout admis pour le paiement des médecins qui travaillent dans les hôpitaux (1).

Il est à espérer que le nombre de prestations, la durée de journées hospitalières et l'emploi rationnel du personnel paramédical tireront profit de ce système.

Le forfait suppose pourtant une évaluation exacte du personnel hospitalier et exige un contrôle de la productivité.

La loi sur les hôpitaux n'autorise pas le paiement forfaitaire, inclus dans le prix de la journée hospitalière.

Elle est toutefois appliquée dans notre pays, p.ex. à l'armée.

En Allemagne fédérale, il existe encore une forme particulière de forfait.

L'organisation des médecins généralistes qui travaille en collaboration avec les mutualités, reçoit une somme globale qui est à partager entre les médecins proportionnellement au volume de leurs prestations.

L'organisation contrôle également si certains médecins n'ont pas trop de prestations et diminue éventuellement leur part.

x

x

x

Un choix doit être fait parmi tous ces systèmes.

Ce choix donne lieu à des conflits.

Lorsqu'en 1924, un projet de loi fut déposé en France, instaurant les assurances sociales et stipulant que les médecins seraient payés selon le nombre de patients et selon le système du tiers payant, les organisations des médecins ont protesté.

Pinalement ce fut le paiement par prestation : "une victoire incontestable et considérable du médicalisme syndicale" (2).

En Belgique, la loi sur la maladie du 9 août 1963 (3) a rencontré beaucoup de résistance de la part des médecins. Le point culminant de cette résistance fut la grève du mois d'avril 1964.

(1) G. Spitaels, l.c., p. 126.

J. Van Langendonck : Vergelijkende studie van de ziekenhuisgeneesheer in Nederland, Prankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Acta hospitalia 1966, p. 149-153.

P. Quaethoven : Het statuut van de ziekenhuisgeneesheer in de lid-staten van de Europese Economische Gemeenschap. Louvain 1969.

(2) Dr. Cilrie dans "Médecin de France", décembre 1948.

(3) Cette loi a été modifiée à plusieurs reprises : les lois du 24 décembre 1963, du 6 juillet 1964, du 8 avril 1965, du 7 juillet 1966 et du 26 mars 1970.

La conclusion de J.J. Dupeyroux (1) pour la France est valable aussi pour la Belgique.

Il est possible que l'on attache trop d'importance au problème des honoraires des médecins.

Ce n'est certainement pas le problème le plus urgent.

Le prix des produits pharmaceutiques et de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux doivent être réglés avant d'aborder les honoraires médicaux.

Cependant, l'exercice de la médecine dans sa forme traditionnelle est sans doute dépassé.

Les honoraires des médecins ne peuvent plus être fixés unilatéralement.

C'est pourquoi, l'article 71 du projet de Code déontologique semble désuet.

Hippocrate avait déjà établi le même article au cinquième siècle avant J. Christ.

Depuis 1073, la société a subi des changements fondamentaux.

Puisque les médecins sont principalement payés avec les deniers de la collectivité obtenus par la fiscalité ou la parafiscalité, il est normal que ceux qui participent à la collecte de ces sommes d'argent (l'Etat, les assurés) participent à la fixation du niveau des honoraires.

#### B. Les accords collectifs.

Dans la plupart des pays de la C.E.E., l'augmentation des dépenses pour soins de santé a obligé les organismes de l'assurance-maladie à réglementer les honoraires en accord ou non avec le corps médical (2).

La possibilité pour les médecins de fixer librement leurs honoraires, signifiait une croissance illimitée de leur montant, puisque le remboursement étant effectué par un "tiers", les médecins n'avaient plus de scrupules financiers pour demander au patient un montant qui correspondait plus ou moins avec ses possibilités économiques.

(1) l.c., p. 166-167.

(2) Concernant la nature juridique des accords, voir e.a. F. Moderne: Nature juridique des conventions collectives tarifaires nationales Dr. soc. 1975, 336.

Le remboursement incitait aussi le patient à faire un usage plus fréquent des soins de santé.

Le système a abouti à la faillite de l'assurance maladie.

Après de nombreux différends (1), des accords ont été conclus dans notre pays entre les organisations représentatives du corps médical et les organismes assureurs, réglant les relations financières et administratives entre les deux parties.

Le dernier accord date du 22 décembre 1975 et est valable jusqu'au 31 décembre 1976 (2).

Bien que le texte ne précise pas que les organismes assureurs agissent en qualité de représentants des assurés, il faut néanmoins les considérer comme les parties qui représentent les assurés (4).

Les accords fixent en particulier les honoraires qui, vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance maladie, doivent être respectés par les médecins considérés comme ayant souscrit à l'accord.

Ils définissent aussi les cas où les honoraires peuvent être dépassés (5) et le montant forfaitaire que les médecins peuvent réclamer pour leurs frais de déplacement.

Ces accords sont conclus au sein d'une commission nationale médecins-mutualités, composée de représentants des organisations représentatives des médecins et des organismes assureurs et présidée par une personne neutre.

Les décisions sont en principe prises avec une majorité des 3/4 de chaque groupe, quoiqu'une simple majorité soit suffisante lorsque ce quorum n'est pas atteint (6).

- (1) pour avoir plus de détails sur l'évolution, voir P. Gosseries : La collaboration du corps médical à l'assurance maladie-invalidité obligatoire en droit belge. R.B.S.S. février et mars 1967~
- (2) Moniteur belge du 7 février 1976.
- (3) Le terme "convention" a été remplacé par "accord" par les articles 17 et 22 de la loi du 8 avril 1965.
- (4) Avis n° Il.071/1 du Conseil d'Etat du 27 mars 1970 sur proposition de loi de K. Verhenne (Chambre 1969-70, document 614/1).
- (5) exigences particulières du bénéficiaire, revenus supérieurs de la famille (au 1 janvier 1976 : 480.000 frs. par famille, majoré de 25.000 frs. par personne à charge ; 350.000 frs. par bénéficiaire s'il y a plusieurs bénéficiaires).
- (6) modification par la loi du 7 juillet 1966.

Elles sont soumises dans leur ensemble à l'approbation du Ministre de la Prévoyance sociale, après avis des organisations des employeurs et des travailleurs du conseil général de l'I.N.A.M.I. sur les conséquences financières.

Elles entrent en vigueur par région (d'habitude un arrondissement), 45 jours après la publication dans le Moniteur belge, sauf si 40 p.c. des médecins a notifié un refus de souscrire à l'accord.

On ne demande donc pas d'engagement de la part du médecin.

Ce système est connu sous le nom de "système de l'engagement inverse" (1).

En outre, plus de 50 p.c. des généralistes ou plus de 50 p.c. des spécialistes doivent avoir marqué leur accord.

Si le Ministre de la Prévoyance sociale fait une objection sur le projet d'accord, il convoque la commission sous sa présidence afin de faire connaître les motifs de son objection éventuelle et d'essayer de rapprocher les points de vue (2).

Si le Ministre estime finalement qu'il doit refuser son approbation, il communique sa décision motivée au président de la commission.

Les médecins, s'ils ne refusent pas, sont considérés comme engagés.

Ils peuvent aussi communiquer qu'ils ne sont que partiellement engagés (lieu ou période).

Les médecins engagés sont obligés de respecter les honoraires fixés.

L'accord prévoit des sanctions qui peuvent être appliquées au médecin qui n'en respecte pas les dispositions.

Le montant de la sanction s'élève au triple du montant de l'infraction avec un minimum de 500 frs.

---

(1) modification par la loi du 26 mars 1970. Le système de l'engagement individuel était préconisé par l'art. 65 de l'A.R. du 21 mars 1945 et l'art. 30 de la loi sur la maladie du 9 août 1963.

L'engagement ex lege existe aussi en France, au Luxembourg et en Suisse. L'engagement individuel est maintenant aux Pays-Bas et en Allemagne fédérale.

(2) modification par la loi du 24 décembre 1963.

(3) dans le sens de l'art. 1.226 jusqu'à 1.233 inclus, du C.C.

Si on ne parvient à aucun accord ou si l'accord ne peut entrer en vigueur dans toutes les régions, le Roi peut, sur proposition ou avis motivé du comité de gestion du service des soins de santé et par une décision motivée et délibérée en Conseil des Ministres, fixer des tarifs maximum pour les honoraires et les prix (1).

Dans la mesure où cet arrêté se réfère aux tarifs de l'accord (p.ex. s'il n'est pas accepté dans une ou plusieurs régions), les médecins qui n'ont pas refusé l'adhésion sont considérés comme étant liés par les termes de cet accord (2).

### Médecins engagés au 31 décembre 1974 :

	<u>Médecins</u> <u>généralistes</u>	<u>Médecins</u> <u>spécialistes</u>
Anvers	87,85	82,23
Brabant	80,26	73,07
Flandre occ.	94,17	90,10
Flandre orient.	94,64	82,96
Hainaut	86,85	90,72
Liège	82,77	73,64
Limbourg	88,92	92,19
Luxembourg	72,74	82,29
Namur	83,73	83,70
<hr/>		
l'Etat	85,68	79,77

En cas de non-respect de l'arrêté royal, les médecins (excepté ceux qui ont refusé l'accord) sont :

- a) soit sanctionnés par le comité de gestion du service de contrôle médical (la chambre restreinte) et en appel par une commission d'appel. Cette sanction prend la forme d'une interdiction aux organismes assureurs d'intervenir pendant une période allant d'un jour à un an, dans les prestations effectuées par le médecin (l'art. 44 loi du 14 février 1961 ; l'art. 79, premier alinéa, 9°, 79, cinquième alinéa, 90, 106, § I, 9° de la loi sur la maladie) ;
- b) soit uniquement ou en outre poursuivis en justice (l'art. 103, c, loi sur la maladie) •

Ces médecins peuvent aussi en cas de récidive être rayés de la liste des médecins engagés (art. 158, § 2, troisième alinéa de la loi sur la maladie).

(1) l'art. 52, loi du 14 février 1961.

(2) loi du 26 mars 1970.

Dans le projet de code de déontologie médicale (l'art. 78), le non-respect par les médecins engagés des honoraires fixés par l'accord n'est pas considéré comme une faute.

Les médecins engagés bénéficient de certains avantages (1) :

- a) statut social (l'art. 34 quinquies de la loi-maladie) : intervention de l'I.N.A.M.I. dans les primes ou les contributions que les médecins versent en exécution des contrats d'assurance (2).

Pour être complet, il faut ajouter que le médecin doit exercer son activité comme médecin engagé pendant un certain nombre d'heures par semaine.

Cet avantage est accordé en France aussi (l'art. 20 du décret du 12 mai 1960) ;

- b) pas de tarifs obligatoires imposés par le Roi ;
- c) maintien d'honoraires libres pour les jours et les heures qu'ils fixent eux-mêmes, ou lorsque le bénéficiaire pose des exigences particulières, ou lorsque les revenus de celui-ci dépassent un certain montant (3).

Des commissions provinciales, composées de façon paritaire de représentants des médecins et des organismes assureurs, sont chargées de veiller au respect des accords nationaux entre médecins et organismes assureurs (4).

L'assurance maladie paie les mêmes remboursements pour les médecins conventionnés et les non-conventionnés (5).

---

(1) aussi en France et en Italie, mais pas aux Pays-Bas, au Luxembourg, en Allemagne fédérale et en Suisse.

(2) voir H. Braeckmans : Mogelijkheden tot extra-legale pensioenvorming voor geneesheren. R.B.S.S. 1975, 788-829.

(3) 2ème semestre 1975 : 325.570 frs. par an, majoré de 24.228 frs. par personne à charge.

Au 1 janvier 1976 augmenté, à la suite de l'accord du 22 décembre 1975 à 480.000 frs. majoré de 25.000 frs. par personne à charge.

Pour les familles où les deux époux exercent une profession, le plafond s'élève à 7.000.000 frs. pour la famille.

(4) point V, accord complémentaire du 14 septembre 1973.

(5) En France et en Suisse, p.ex., deux tarifs sont appliqués.



### C. La nomenclature.

La nomenclature (1) est une liste de prestations de santé dans laquelle sont donnés une certaine lettre-clé et un nombre coefficient pour chaque prestation (p.ex. : N, K et C).

En multipliant ce coefficient avec un certain montant, fixé par accord (2), on obtient les honoraires de la prestation de santé.

Chaque prestation n'est pas reprise séparément dans la nomenclature.

Le Roi définit la nomenclature (l'art. 24, loi-maladie) et peut la modifier sur proposition du conseil médical technique et après avis du comité de gestion du service des soins de santé (l'art. 12, 6°, loi maladie).

Le Roi a donc un droit d'initiative (3), sauf (4) en ce qui concerne des modifications aux :

- a) conditions de remboursement ;
- b) modalités d'application.

La nomenclature est assez contestée.

Selon les uns certaines prestations sont surestimées, selon d'autres (5) il existe d'importantes indications démontrant que le prix de la prestation de santé n'est pas en proportion avec les coûts objectifs.

D'autres encore, estiment que la nomenclature favorise trop les prestations techniques.

"La nomenclature doit être jugée aux résultats qu'elle a donnée.

"Sans exagérer, on peut affirmer qu'elle dévalorise gravement l'acte intellectuel du médecin, qu'elle avantage tout acte manuel, technique, toute utilisation d'appareillage spécialisé, qu'elle aboutit à une multiplication d'actes qui n'ont aucune raison d'être individualisés, à une véritable débauche d'actes manuels ..." (6).

(1) A.R. du 16 novembre 1973.

(2) L'accord du 14 janvier 1970 fixe la valeur des lettres-clé N et K. La valeur de la lettre-clé C a été fixée le 14 septembre 1973 par la Commission nationale médecins-mutualités.

(3) Casso 28 septembre 1971, Arr. Casso 1972, J05.

(4) l'art. 24 bis de la loi maladie, ajouté par la loi du 7 juillet 1966.

(5) Kosten en kwaliteit in de gezondheidszorg, p. 6. Note de la Confédération des Médecins belges.

(6) R. de Verne jouI, Dr. soc. 1968, J46.

Ces critiques ont été neutralisées partiellement (voir sous D).

A la suite d'un accord conclu le 14 janvier 1970 dans la commission médecins-mutualités, une nouvelle nomenclature a été mise en application.

Les modifications de la symptomatologie, l'évolution de la médecine et de ses techniques rendaient indispensable une adaptation de la nomenclature de 1963 (1).

Il apparaissait également que certaines prestations étaient trop bien retribuées.

Pour des raisons financières, la nouvelle nomenclature a été introduite progressivement :

- a) en 1971 : anesthésie et cumul des honoraires pour consultation sur rendez-vous avec les honoraires pour prestations techniques ;
- b) en 1972 : remboursement de matériel de synthèse (e.a. pace-makers), augmentation honoraires pour consultation et visite par le médecin-généraliste, augmentation de 25 p.c. des honoraires de chirurgie grave (K. 400 et plus) ;
- c) en 1973 : réduction de la valeur de la lettre-clé pour les prestations en matière de biologie clinique (sauf code n° 6.581 et 6.584) (2) ;
- d) en 1974 : intégralement.

Cette nouvelle nomenclature diminue certaines prestations (p.ex. l'électrocardiogramme, dialyse rénale, biologie clinique automatisée) et augmente la valeur d'autres (consultation cardiologue au niveau interniste, opérations chirurgicales graves, radiologie vasculaire, etc ...).

On a aussi introduit des honoraires "purs" pour la chirurgie et l'anesthésie.

Il n'y a pas de frais matériels inclus dans ces honoraires.

Une nomenclature détaillée risque cependant de pousser les médecins à effectuer des prestations supplémentaires (p.ex. des injections) pour relever leurs revenus.

Ainsi, le nombre de prestations techniques effectuées par les médecins de famille ne doit pas être augmenté.

---

(1) H. Van Nimmen : La nouvelle nomenclature des prestations de santé, R.B.S.S. 1974, p. 379-397.

(2) Economie de 362 millions, ajoutée au montant destiné à 1974.

#### D. Les revenus des médecins.

Les revenus des médecins donnent régulièrement lieu à des critiques.

Il faut toutefois être objectif et tenir compte également de la difficulté des études, des longues heures de travail, de la responsabilité qu'ils assument, des frais de personnel, des coûts des appareils médicaux, etc...

Comparés aux salaires des travailleurs, les revenus des médecins et des médecins-dentistes, ont augmentés dans une plus forte proportion jusqu'en 1971.

Comparaison des revenus des travailleurs et des médecins (médecins et dentistes) :

	Revenus par travailleur		Revenus médecins		Relation
	Montant	Indice	Montant	Indice	
1967	127.916	100	1.101.064	100	8,6
1968	136.911	107	1.119.217	103	3,6
1969	146.622	114,5	1.190.370	119,9	9,0
1970	157.280	122,9	1.460.003	133,4	9,3
1971	171.623	137,3	1.570.333	142,7	9,0
1972	197.082	154	1.771.349	151,7	8,5
1973	221.002	175,1	1.926.400	175	8,6
1974	266.232	209,7	2.044.339	185,7	7,6

Source : Ministère de la Prévoyance Sociale  
Comptes nationaux I.N.S.  
O.N.S.S.

Les honoraires des médecins, comparés à l'index des services, n'ont augmenté dans une plus grande proportion que pour les généralistes (voir tableau 72).

Cette situation est la conséquence d'une politique délibérée de revalorisation des médecins généralistes.

On ne peut donc soutenir que la conclusion d'accords est à la base d'une augmentation excessive des revenus des médecins.

Cependant, comparés globalement, les honoraires sont plus élevés en Belgique que, p. ex. aux Pays-Bas et en Allemagne fédérale.

Si l'on compare avec les pays voisins, des différences importantes existent en matière d'honoraires : jusqu'au quintuple parfois.

Pour illustrer cela, voici, comparé à la Belgique (= 100) le tarif pour des prestations effectuées en 1971 en ce qui concerne :

	<u>pneumo- physiologie.</u>	<u>chirurgie vasculaire</u>	<u>orthopédie</u>
Allemagne féd.	163	79	64
France	468	262	96
Italie	99	202	56
Luxembourg	232	127	51
Pays-Bas	529	81	95

Quelques comparaisons plus récentes pour l'année 1974 (Voir tableau 71).

Tableau 71 : Comparaison honoraires

	<u>B</u>	<u>All. réd.</u>		<u>L</u>		<u>PB(2)</u>	
Consultation médecin-généraliste	146 FB	5 DM	(178 FB)	21-22 FF	2000)	FL	-
Consultation médecin-pédiatre	283 FB	12,1 DM	(189 FB)	33-35 FF	110(4)	FL	-
Consultation médecin-interniste	328 FB	12,1 DM	(189 Fa)	33-35 FF	5150)	FL	-
Consultation neuropsychiatre	410 FB	17,5 DM	(274 FB)	48-51 FF	111(4)	FL	-
Anesthésie appendic-ectomie	1.006 FB	84 DM	(1315 FB)	84 FF	345	FL	-
Radiographie doigt (deux clichés)	292 FB	16,5 DM	(258 FB)	28,8 FF	1.384	FL	41 FL (626 FB)
Electro-encéphalogramme	1.069 FB	55 DM	(861 FB)	168 FF	130	FL	6,75 FL (103 FB)
Obturation (une face)	304 FB	16,5 DM	(258 FB)	27,5 FF	495	FL	43 FL (657 FB)
Cholecystectomie	4.143 FB	258 DM	(4.038 FB)	448 FF	230	FL	12,25 FL (187 FB)
Hernie	2.959 FB	120 DM	(1.878 FB)	840 FF	3.460	FL	200 FL 0.056 FB)
Amygdalectomie bilatérale chez un enfant jusqu'à 10 ans	858 FB	69 DM	(1.080 FB)	168 FF	2.175	FL	130 FL (1.986 FB)
Néphrectomie	4.439 FB	206 DM	(3224 FB)	840 FF	1.580	FL	43 FL (657 FB)
Visite à domicile du médecin génér.	214 FB	15,5 DM	(243 FB)	(32-34 FF)	3.460	FL	230 FL 0514 FB)
Consultation médecin spécialiste	204 FB	12,1 DM	(189 FB)	03-35 FF	330	FL	-
				005-324 FB)	220(1)	FL	
					115(2)	FL	

(1) Ersatzkassen AGO

(2) au 1 janvier 1973

(3) première visite

(4) visites suivantes

Note: FF = 9,25 FB ; FL = 15,28 FB ; DM = 15,65 FB.

D'une manière générale, la France connaît les honoraires les plus élevés.

Les tarifs d'orthopédie sont assez élevés en Belgique, par contre ils le sont relativement moins pour la médecine interne et la pédiatrie.

Les Pays-Bas excellent en psychiatrie, mais ne sont ni avancés en radiologie et en pédiatrie. Par contre, ils attachent une importance extraordinaire à la pneumophitisiologie.

En Italie, l'ophtalmologie, la chirurgie vasculaire et la radiologie se trouvent en tête et la neuropsychiatrie en dernière position.

Le Grand-Duché du Luxembourg sous-estime la cardiologie et l'Allemagne fédérale l'obstétrique.

La série peut continuer(1). Elle montre simplement que la nomenclature n'est pas toujours basée sur des données objectives mais est influencée par certaines visions de la médecine.

En Belgique, l'indexation des honoraires (2) paraît défendable.

---

(1) voir D. Delière : Les rémunérations des médecins.

U.C.L. - Bruxelles 1973

(2) existe aussi au Luxembourg et aux Pays-Bas.

Tableau 72 :

	1 janvier 67	1 janvier 70	1 janvier 74	1 janvier 75	1 juil.75	1 janvier 76	indice janvier 67 = 100
consultation médecin-généraliste	80	84	146	170	179	189	236,2
consultation spécialiste	140	148	204	237	250	264	188,6
visite médecin-généraliste	100	106	156	182	246	277	277,0
consultation interniste	252	267	328	382	403	425	168,7
consultation neuro-psychiatre	315	333	410	477	504	531	166,6
consultation pédiatre	205	216	283	329	348	366	178,6
indice services 1971 = 100	75,07 (décembre 66)	88,43 (décembre 69)	122,20 (décembre 73)	144,00 (décembre 74)	153,38 (juni 75)	160,97 (décembre 75)	
indice services décembre 1966 = 100	100	117,80	162,78	191,82	204,31	214,45	

En application de l'accord médecins-mutualités valable jusqu'au 31 décembre 1975, les honoraires ont été adaptés tous les six mois aux fluctuations de l'index.

Ainsi les honoraires devaient augmenter de 5,26 % au 1 janvier 1976 (indice mai 1975, indice novembre 1975 : 149,23 - 141,77).

L'article 36 du projet de loi concernant les mesures de redressement économique stipule que la rémunération des prestations de ceux qui exercent une profession libérale ne peut être plus élevée que celle en vigueur au 31 décembre 1975 (1).

Dès lors, il était quand même équitable d'augmenter les honoraires au 1 janvier 1976, sinon ils auraient été bloqués pour une période de 18 mois.

Le budget de l'I.N.A.M.I. en a d'ailleurs tenu compte.

En l'absence d'indexation des accords de courte durée avec adaptations plus fréquentes sont conclus.

Globalement et sur le plan statistique une augmentation anormale du nombre de consultations.

		jusqu'à 1974 1966 = 100	Jusqu'à 1973 1966 = 100
		-----	-----
consultation médecins généralistes	T.I.P.	118,29	116
" " "	V.I.P.O.	101,14	102,4
visite médecins généralistes	T.I.P.	97,90	97
" " "	V.I.P.O.	109,27	110,4-
consultation spécialistes	T.I.P.	128,24	133,6
" " "	V.I.P.O.	104-,80	112,6

La seule augmentation importante est celle de la consultation du spécialiste par T.I.P.

(1) Economie

	médecins	dentistes	pharmaciens <u>paramédicaux</u>
régime général	1.230 millions fr	100 millions fr	290 millions fr
régime indépendants	95 millions fr	1 milliard fr	
	1.325 millions fr	101 millions fr	290 millions fr.



Le nombre des cas (voir tableau 73) montre que les prestations techniques en particulier augmentent en nombre.

Le nombre de consultations et de visites reste constant si l'on considère que le nombre de bénéficiaires dans le régime général a augmenté de 12 p.c. (1)

Si l'on ne compare que le nombre de cas (2) propres au généraliste, on relève un nombre constant de cas par généraliste.

Certains glissements peuvent toutefois être observés : les V.I.P.O. font plus souvent venir le généraliste à domicile, tandis que les T.I.P. consultent plus souvent le spécialiste.

(1)	régime général	indépendants	ensemble des deux régimes
1968	<u>7.349.785</u>	<u>1.690.715</u>	<u>9.040.500</u>
1974	8.230.291	1.597.150	9.827.441
	+ 12 p.c.	- 5,5 p.c.	+ 8,7 p.c.
(2)	1968 : 32,923 millions de cas	8.747 généralistes.	
	1974 : 39,959 millions de Cas	9.466 généralistes.	

Tableau 73 :

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
1) Evolution du nombre moyen de medecins.	?	?	14.762	~5.350	15.*96	15.715	16.053	16.510	17.143
2) Evolution du nombre de cas									
a) avis, consultations visites (en milliers)	3e..953	39.464	42.206	44.1154	47.105	48.910	49.654-	51.979	53.2JE
b) prestations techniques + soins speciaux + chirurgie + anesthésie + accouchements + gynécologie + surveillance de traitement (en milliers)	25.175	27.585	33.635	41.576	<+7.154	52 .i.62	60.877	69.206	80.667
c) TOTAL (en milliers)	64.128	67.049	75.e41	86.430	94.259	101.372	110.531	121.185	133.915
d) par medecin (en unités)									
(a + b)									
(a)	-	-	5.138	5.631	6.c82	6.451	t.,885	7.340	1.81Z
(b)	-	-	2.859	2.922	3.039	3.112	3.093	3.1..i	3.1C6
e) évolution de l'indice									
(a + b)	-	-	2.278	2.7 u8	3.°43	3.338	3.792	4.192	Z,705
(a)	-	-	100	11 C	118	126	134	1.D	1J.3
(b)	-	-	100	102	106	109	108	110	109
	-	-	100	119	134	147	166	134	207

Les revenus des médecins ne sont pourtant pas uniformes dans tout le pays.

Une étude de ces revenus portant sur l'année 1972, montre qu'ils varient selon la province et sont nettement supérieurs pour les spécialistes (voir tableau 74).

Tableau 74 : revenus par médecins en 1972

Province	Généralistes	Spécialistes
-----	-----	-----
Anvers	1.332.000	2.315.000
Brabant	674.000	1.432.000
Flandre Oce.	1.328.000	2.275.000
Flandre Or.	1.262.000	2.475.000
Hainaut	1.351.000	2.840.000
Liège	979.000	1.740.000
Limbourg	1.431.000	3.199.000
Luxembourg	1.122.000	2.589.000
Namur	1.058.000	2.602.000
Etat	1.064.000	2.024.000

Source: I.N.A.M.I.

Les revenus du généraliste varient encore par arrondissement. Louvain donne les revenus les plus bas (566.000 fr.), Termonde (1.840.000 fr.) et Waremmes (1.858.000 fr.) les plus élevés.

Les revenus plus bas des généralistes dans les arrondissements ayant une université, peuvent être expliqués par le grand nombre de médecins considérés comme généralistes alors qu'ils ont reçu une formation de spécialistes.

#### § 4. L'intervention de l'assurance-maladie.

Suivant l'article 25. § 1 de la loi maladie, l'intervention de l'assurance s'élève à 75 p.c. des honoraires fixés par les accords ou des honoraires fixés par le Roi pour les visites et consultations des généralistes et pour les médecins spécialistes.

La part personnelle s'élève donc à 25 p.c. (1) et est exigible dans tous les cas, sauf si les honoraires sont forfaitaires (art. 25. § 1, troisième alinéa loi maladie).

---

(1) voir pourtant l'A.R. du 5 janvier 1976, M.B. du 8 janvier 1976 limitant la part personnelle à 48 fr. au lieu de 50.5 fr. pour la visite du généraliste.

P. ex. : (1 janvier 1976)

<u>consultation</u>	<u>honoraires</u>	<u>Remboursement</u>	
		<u>V.I.P.O.</u>	<u>autres</u>
généraliste	189	189	159
spécialiste ordinaire	264	264	198
interniste, cardiologue, pneumologue, gastro- entérologue	531	531	366
pédiatre	366	366	275
<u>visite généraliste</u>			
pendant la journée	202 + 75 = 277	259	211
visitee 18-21 h.)	290 + 75 = 365	347	275
visite de nuit	554 + 75 = 629	611	473

La réclamation d'une contribution personnelle, n'est pas obligatoire(1), elle n'est d'ailleurs pas appliquée dans les établissements hospitaliers dépendant des mutualités.

Le médecin n'est pas obligé non plus de la demander(2).

En ce qui concerne les prestations techniques effectuées par des médecins-spécialistes, l'intervention est toujours de 100 p.c. pour tous les bénéficiaires.

Pour les veuves, orphelins, pensionnés et invalides, dont le revenu annuel ne dépasse pas un certain montant(3), l'intervention s'élève à 100 p.c. de sorte qu'ils peuvent être soignés gratuitement.

La gratuité totale de l'assurance maladie (dont certains V.I.P.O. bénéficient) est, selon les organisations des médecins, (4) la cause de la surconsommation.

(1) Cette interprétation est contestée par ceux qui considèrent la part personnelle comme un moyen de lutte contre la surconsommation.

(2) Chambre 1962-6}, document 527/16, p. 126-137.

(3) au 1 février 1976 bénéficiaires personnes à ch.  
 a) pensionnés, veuves, orphelins --185:Si7-rr- --3~:0j7-rr---  
 b) invalides 138.033 fr 67.921 fr

(4) A. Wynen, 1. c., p. 53, 139 à 151.  
 Voir aussi les réactions du bureau de la F.G.T.B., le 1/7/75 et le 15/7/75.

" Nous croyons avec autant d'autr~B que la gratuité totale est psychologiquement néfaste... la gratuité favorise l'esprit de revendication ("cela nous est da"), la surconsommation et l'abus, la persévération de la maladie."(1)

Ce point de vue peut être contesté :

- actuellement, il est généralement admis que le ticket modérateur n'exerce aucun effet de motivation. Il allège seulement les dépenses de l'assurance maladie.
- la gratuité totale n'existe pas actuellement dans l'assurance maladie.

L'intervention de l'assurance maladie se fait soit par remboursement du bénéficiaire, soit par paiement direct au médecin (3).

Cette dernière forme d'intervention évite un double paiement, permet un meilleur contrôle des honoraires appliqués et neutralise le frein existant éventuellement chez le bénéficiaire du fait qu'il doit avancer l'intégralité des honoraires.

Beaucoup de médecins sont opposés à ce système du tiers payant parce qu'ils y voient une forme de contrat de travail. Ils craignent le fisc qui aura un meilleur aperçu de leurs revenus. Ils argumentent que le système lié à la gratuité des soins, incite à la surconsommation et que le système du tiers payant retarde le remboursement.

#### § 5. Le "numerus clausus "

-----

La maîtrise des soins de santé a conduit le Secrétaire d'Etat, M. G. GEENS à soulever l'introduction d'un numerus clausus, lors de son discours à Louvain le 18 octobre 1974.

---

(1) J. Sarano, l. c., p. 137

(2) J. Van Langendonek, l. c. '97', p. 464, N° 1.848.

(3) aux Pays-Bas, en Allemagne et en France, en ce qui concerne les spécialistes dans les hôpitaux. Pour la Belgique : voir l'article 34bis de la loi maladie. L'Italie laisse au bénéficiaire le choix entre les deux systèmes. Le Luxembourg est passé du deuxième au premier système.

Cette déclaration est intervenue après l'approbation par le Conseil des Ministres du 18 octobre 1974, du plan du Ministre De Paepe relatif à l'assainissement de l'assurance maladie, e.a. en limitant la croissance du nombre de médecins et de paramédicaux au niveau des besoins réels.

Auparavant, plusieurs personnalités s'étaient déjà prononcées dans le même sens notamment le recteur De Somer (1) et certains partis politiques qui, dans leurs programmes électoraux ont parlé de la "structuration de l'offre".

Cela a aussi donné lieu à différentes prises de position (2) et même à des interpellations au parlement (3).

Ces prises de position sont parfois d'ordre purement corporatiste et visent la défense des intérêts des médecins établis (4).

D'autres se soucient de la croissance des dépenses de l'assurance maladie.

Comme pour les hôpitaux, on craint que l'augmentation du nombre des travailleurs médicaux et para-médicaux (6) entraîne une augmentation des dépenses de l'assurance maladie.

Le développement du corps médical fait qualifié de "un raz de marée".

---

(1) Documentation CEPES - Politique de santé 1973, n° 3, p. 34

(2) voir c.a. la brochure "Numerus clausus ?" du groupe de travail interuniversitaire. Louvain 1975  
 Pour : Point de vue des chambres syndicales des médecins  
 ----- du 16 mars 1975 pour un numerus clausus, inspiré par une décision de la C.E.E. concernant la libre circulation des médecins ;

Contre: Communication de presse des Jeunes C.V.P., le 17 juin 1975.

Le U.M.S. par la bouche de M. Van Roy ;

Le Dr. Bonte, directeur du service de conseil d'études au H.U.G.-Gand ;

Le Recteur Van Geen (VUB), le recteur Verhaegen (LUC) ;

Journée d'étude "Stichting Vanderpoorten".

(3) interpellation du Sénateur Vandekerckhove

(ADD. ParI. Chambre 1974-75, p. 341, du Député De Vlies

(AnD. ParI. Chambre 1974-75, p. 2.079), du Député

Niemegeers (Ann. parI, 1974-75, p. 2.076).

(4) Le Dr. Beckers dans "Syndicale Berichten", n° 283 du 5 juillet 1975

(5) c.a. le Ministre De Paepe, le Secrétaire d'Etat Geens, le

Recteur De Somer, le Dr. Malfliet dans "Syndicale Berichten" n° 242 du 7 septembre 1974.

(6) La constatation ne vaut pas seulement pour les médecins mais aussi pour les pharmaciens, les kinésithérapeutes, etc...

(7) D. Deliège : Le raz-de-marée en médecine. Halte à la croissance ? Bruxelles n°CL Ecole de Santé publique 1973.

D'autres arguments ont été avancés dans le débat : la crainte d'être inondés de médecins à la suite de la libre circulation à l'intérieur de la C.E.E. (1), le prix coûtant très élevé de la formation des médecins et la nécessité d'une limitation du nombre d'étudiants en vue d'une formation qualitative.

Un numerus clausus légal ou de fait existe dans les pays suivants: Pays-Bas, Allemagne féd., Danemark, Grande-Bretagne, Irlande, France, Suisse, Suède et Norvège.

Avant de se prononcer sur le numerus clausus, il faut examiner l'expansion actuelle du corps médical.

Tout d'abord, la situation n'est pas la même pour les généralistes et les spécialistes.

Les premiers sont continuellement surchargés alors que les spécialistes augmentent très rapidement en nombre.

Au 1 janvier 1975, il y avait plus de spécialistes (2) que des généralistes en Belgique.

Globalement, le nombre de médecins augmentera de 50 p.c. entre 1970 et 1980 (3) (voir tableau 75).

Tableau 75 : nombre de médecins en Belgique  
(par 10.000 d'habitants).

1910	5,7
1930	6,9
1940	7,8
1950	9,4
1960	12,5
1~5	14,3
1970	15,5
1975	17,6
1980	23,4 (5)

---

(1) Directive du 16 juin 1975 qui entre en vigueur au 16 décembre 1976 (Bulletin de publications C.E.E., 30 juin 1975). Des glissements importants à la suite des problèmes linguistiques semblent exclus.

Voir à ce sujet en Belgique : Projet de loi concernant les connaissances linguistiques des médecins originaires de pays de la Communauté européenne et qui s'établissent en Belgique (Chambre 1974-75, document 519/1/ et H. Anrijs : Les directives médecins, cas test ou acte politique JT 1975, 460, n° 36.

(2) si on compte aussi les spécialistes-stagiaires.

(3) A. Bonte : Naar een studentenstop in de geneskunde ? De Gids 1975, p. 562.

(4) D. Delière : Le corps médical en expansion. Conséquences pour la nation. R.B.S.S. 1974, p. 490.

## nombre de médecins (total)

1960	11.380	-
1970	14.991	15.496
1971	14.887	15.715
1972	15.788	16.053
1973	16.476	16.510
1974	17.272	17.143
1975	17.983	
1980	23.160	

Source : - Ministère de la Santé publique - I.N.A.M.I.  
- D. Delière, l. c.

La densité de médecins de la Belgique est une des plus importante d'Europe. Nous sommes considérés comme les plus grands producteurs de médecins et de pharmaciens (voir tableau 76).

Tableau 76 : nombre de médecins diplômés dans la C.E.E.  
(par 10.000 d'habitants).

	1971	1971	1977	variation
	(1)	(2)	(1)	---
Belgique	17,1	17,9	31,1	+ 80,4 pct
Pays-Bas	11,2	13,2	20,1	+ 79,6 pct
Luxembourg	11,7	10,1	19,1	+ 70,1 pct
France	12,0	13,7	19,1	+ 57,5 pct
Allemagne féd.	21,1	17,9	22,9	+ 12,2 pct
Italie(.)	13,7	17,5	32,1	+ 73,2 pct
Grande-Bretagne	10,2	12,7	12,1	+ 17,6 pct
Irlande	10,1	10,7	12,7	+ 4,1 pct
Danemark	11,1	11,2	15,1	+ 36,1 pct

(.) médecins dentistes inclus

Source: (1) Europolitique n° 210 du 22 février 1975.

(2) O.H.S.

Par province, le nombre de médecins est réparti d'une façon déséquilibrée :

<u>par 10.000 d'habitants</u>	<u>1 janvier 1960</u>	<u>1 janvier 1975</u>
Anvers	10,2	13,4
Brabant	18,8	26,4
Flandre occ.	8,6	13,7
Flandre orient.	10,1	14,6
Hainaut	11,5	15,8
Liège	15,7	21,8
Limbourg	6,2	9,3
Luxembourg	8,5	12,5
Namur	13,4	18,8
<b>L'état</b>	<b>12,5</b>	<b>17,6</b>



Les deux extrêmes sont le Brabant et le Luxembourg.

Les différences existantes se maintiennent pour la période 1960-1975.

UNE répartition selon les régions, indique aussi une disproportion.

par 10.000 d'habitants	1 janvier <u>1972</u>	1 janvier <u>1975</u>	croissance
-----	-----	-----	-----
Région flamande	10,8	14,0	+ 29,6
Région wallonne	14,7	18,4	+ 25,2
Bruxelles capitale	30,4	34,4	+ 13,2
<hr/>			
L'Etat	14,3	17,6	+ 23,1

En ventilant par arrondissement, il apparaît que les arrondissements suivants se trouvent nettement au-dessus ou en-dessous de la moyenne du Royaume (1) :

Médecins-généralistes :

<u>Nettement en-dessous</u>		<u>au-dessus</u>	
Maaseik	(5,14)	Louvain	(17,02)
Tongres	(5,17)	Bruxelles-capitale	(15,95)
Turnhout	(6,43)	Liège	(15,08)
Hasselt	(6,51)	Nivelles	(12,99)
Ypres	(6,66)	Namur	(12,75)
Tielt	(7,00)	Gand (2)	(12,74)
Alorst	(7,16)	Furnes	(11,47)
Roulers	(7,26)	Diant	(11,29)
St-Nicolas	(7,27)	Huy	(11,06)
Arlon	(7,31)	Bruges	(10,43)
<hr/>			
Moyenne du Royaume	10,41		

Médecins spécialistes

<u>Nettement en-dessous</u>		<u>au-dessus</u>	
Dixmude	(0,64)	Bruxelles-capitale	(18,30)
Maremme	(1,52)	Liège	(11,43)
Eeklo	(2,30)	Nivelles	(11,07)
Termonde	(2,37)	Louvain	(9,43)
Maaseik	(2,40)	Namur	(9,18)
Tielt	(2,59)	Gand	(9,12)
Tonres	(2,82)	Charleroi	(8,43)
Philippeville	(3,06)		
Turnhout	(3,45)		
Virton	(0,52)		
<hr/>			
Moyenne du Royaume	7,77		

(1) situation au 17 septembre 1975

(2) l'enregistrement des généralistes assistants qui se spécialisent, falsifie ces données.

Dans les arrondissements où la densité est la plus grande, les dépenses pour maladie sont aussi assez élevés.

Ordre densité médicale	Ordre
1. Bruxelles-capitale	1. Charleroi
2. Huy	2. Bruxelles-capitale
3. Liège	3. Waremme
4. Louvain	4. Soignies
5. Nivelles	5. Thuin
6. Namur	6. Nivelles
7. Gand	7. Namur
8. Charleroi	8. Tournai
9. Bruges	9. Liège
10. Tournai	10. Dinant
11. Dinant	
12. Verviers	
13. Thuin	
14. Mons	

Globalement, il apparaît également qu'il y a trop de spécialistes *par* rapport au nombre de généralistes (voir tableau 77).

Tableau 77: nombre de médecins, divisés en spécialistes et généralistes

	Total	Généralistes	spécialistes	Pourcentage
1960	15.762	0.1fn	6.015	40,7
1961	15.715	0.14	6.336	41,2
1962	15.416	8.669	6.747	43,8
1963	15.715	3.000	12.715	80,9
1964	16.073	5.190	10.883	67,7
1965	16.510	5.117	11.393	69,0
1966	11.113	9.46E	1.647	85,2
1967				
1968				
1969				
1970				
1971				
1972				
1973				
1974				
1975				
Moyenne	116,1	108,2	127,6	

Source : I.N.A.M.I.

(1) Selon une source privée, le nombre de généralistes s'élève à :

1958	■	4.800
1963	:	5.400
1968	:	5.460
1970	:	5.576
1972	■	5.630
1973	:	5.769

Il est vrai que le nombre de généralistes établis augmente :

	<u>néerlandophones</u>	<u>francophones</u>
1966	75	83
1967	97	83
1968	81	78
1969	85	79
1970	92	96
1971	103	125
1972	116	153
1973	159	173
1974	184	151
1975	209	152
	<hr/> 1.201	<hr/> 1.173

Le grand nombre de spécialistes n'est pas général non plus : il y a, par exemple un manque d'anesthésistes, de radiologues, de spécialistes de réanimation, de gériatologues.

Certains arrondissements manquent de spécialistes spécifiques (p.ex. Tongres manque de pédiatres, Waaseik des internistes, Eeklo des chirurgiens).

Il n'y a pas non plus de normes ou d'études qui préconisent un nombre maximum de médecins pour la Belgique.

Et même si l'on parvenait à définir une norme nationale, cela serait insuffisant parce que, comme on l'a déjà signalé la spécialisation ou la non-spécialisation, le genre de spécialisation et les régions réclament une élaboration plus profonde.

Une telle norme est d'ailleurs toute relative puisqu'elle dépend de la qualité des soins de santé que la société souhaite et est en mesure de s'offrir.

Le recteur De Samer l'a exprimé de cette façon : un rhume peut être traité par un membre de la famille, mais on peut aussi appeler le médecin-généraliste ou même un pneumologue.

Enfin, on ne peut oublier que la semaine de travail de 60 h. ne sera plus longtemps acceptée par le généraliste.

Si ceux-ci diminuent leurs heures de travail (1) leur nombre augmentera en cas de besoin constant de soins de santé.

Cette augmentation, à son tour, fera baisser les revenus moyens des médecins-généralistes.

---

(1) une réduction de la semaine de travail habituelle de 60 h. à 40 h., signifie 50 p.c. de généraliste en plus.

Deux réactions possibles à cette situation :  
ou bien tendance à des honoraires plus élevés ou bien diminution de l'attrait pour la profession chez ceux qui ont choisi cette orientation pour des motifs d'ordre financier.

Cette dernière réaction donnera des médecins mieux motivés.

Une dernière remarque : les jeunes universitaires auront probablement une plus grande conscience sociale que l'ancienne génération de médecins.

Toutes ces raisons plaident en faveur de la recherche d'une solution autre que celle du numerus clausus.

Les universités ont déjà elles-mêmes élaboré et appliqué des mesures restrictives : contingentement des doublants, suppression d'une quatrième session (1).

Néanmoins malgré la sévérité du jury d'examen de première et deuxième candidature en médecine - le nombre d'étudiants en médecine a plus que doublé depuis 1965 avec une tendance à la stabilisation (3) (Voir tableau 78).

Tableau 78 : nombre d'étudiants en médecine :

	<u>1ère candidature</u>		<u>dernier doctorat</u>
	<u>doublants inclus</u>	<u>nouvelle génération</u>	
1965-66 (1)	2.338	1.751	609
1969-70 (1)	3.840	2.684	782
1970-71 (1)	4.48}	3.154	748
1971-72 (1)	4.992	3.556	889
1972-73	4.724	3.308	949
1973-74	3.963	2.773	<i>1.071</i>
1974-75	3.773	2.698	1.222

(1) chirurgie dentaire incluse

D'autres propositions comme l'instauration d'épreuves de sélection, la limitation du nombre d'étudiants étrangers, l'examen de la motivation, l'interdiction du transfert d'une université à une autre.

Le système actuel de financement des universités, en fonction du nombre d'étudiants, n'encourage pas une restriction volontaire.

(1) D. Deliège, l. c., R.B.S.S. 1974, 507.

(2) 60 p.c. d'échecs en première candidature,  
20 p.c. en deuxième candidature.

(3) La carrière de médecin-dentiste connaît une affluence accrue.

Les examens de première et deuxième candidature constituent toujours le frein le plus important.

Elimination selon A. Bonte (1) au R.U.G.

après 1 an	:	17,1 p.c.
après 2 ans	:	20,1 p.c.
plus tard	:	8,8 p.c.
		<hr/>
		46,0 p.c.

§ 6. Une loi d'établissement (2).

-----

M. De Saeger, Ministre de la Santé publique, s'est prononcé au Sénat (3) pour une loi d'établissement des médecins(4).

Trois objections s'élèvent contre une telle loi:

1. elle fixe une certaine situation et exclut la libre concurrence ce qui restreint aussi le libre choix du médecin ;

2. elle n'est pas démocratique puisqu'elle favorise les étudiants aisés lors de la reprise d'une clientèle de médecin;

3. elle ne remédie en rien à la norme libérale existante de l'exercice de la médecine.

Une programmation de l'implantation des cabinets médicaux est pourtant souhaitable en vue d'une répartition plus rationnelle.

Le nombre de médecins augmente trop vite surtout dans certaines spécialités.

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'à l'université la formation est assurée par des spécialistes, par le stage qui antérieurement, portait exclusivement sur les spécialités, par le désir d'une connaissance plus approfondie et par la plus haute appréciation et les honoraires plus élevés des spécialistes.

---

(1) l. c., p. 567

(2) J.P. Martens: De vestigingswet voor de dokters. De Nieuwe maand 1975, n° 8, p. 517-523.

(3) Session 19 février 1975.

(4) voir aussi la réponse à la question parlementaire du Député De Vlies (Quest. et Rép. Chambre 1974-75, bull. n° 47, p. 3.205, Questions 205).

Il est indispensable de restreindre dans une plus forte mesure le nombre de spécialistes dans les spécialités où il y a saturation.

Cette tendance est encore accentuée par la pression des industries spécialisées en produits pharmaceutiques, appareils électroniques et instruments médicaux.

Les industries ont tout intérêt à ce que l'expansion de la médecine soit principalement orientée d'une façon médicale technique où elles trouveront leur champ d'application.

#### § 7. Propositions.

-----

Une série de propositions concernant les médecins sont reprises ci-après. Bien qu'elles n'appartiennent pas toujours au rayon d'action de l'assurance maladie elle peuvent néanmoins y exercer une certaine influence.

1° formation du médecin généraliste en fonction d'une nouvelle vision des soins de santé (1) et une formation des médecins en général réservant également de l'importance à la psychologie et aux sciences sociales, et des stages qui ne doivent pas nécessairement être effectués dans les hôpitaux.

Jusqu'à présent la décision de devenir médecin généraliste est un deuxième choix en particulier chez les étudiants de familles aisées (2).

En cas de résultats moins brillants, ils devenaient médecins généralistes.

Les étudiants des milieux sociaux moins aisés deviennent le plus souvent médecins-généralistes, même s'ils obtiennent de bons résultats.

Chez les femmes, la grande majorité deviennent généralistes.

Une revalorisation de la fonction du médecin-généraliste doit donc commencer à l'université.

Le médecin généraliste ne peut plus être défini d'une façon négative comme " le médecin qui n'est pas spécialiste".

Le généraliste doit avoir une propre formation qui est d'autant plus importante qu'il doit assurer les soins de santé dans leur intégralité.

---

(1) D'après une enquête auprès de 304 généralistes en Brabant flamand et à Anvers, 70,4 p.c. des généralistes considèrent leur formation comme inadaptée. Voir Bracke-Defever : De huisarts-situatie in België. Louvain 1972.

(2) M. Foets : Afkomst en functiekeuze van studenten in de geneeskunde. Politica 1974, p. 175-183.

Un revirement dans cette direction peut déjà être constaté dans toutes les universités.

Actuellement la formation professionnelle du généraliste se termine par l'examen de médecin.

Au cours de cette formation, on insiste peut-être trop sur les disciplines qui ont moins d'importance pour le spécialiste, tandis que la même chose se produit en ce qui concerne le futur généraliste.

Une formation commune pour la formation spécifique du médecin généraliste fait défaut.

A certains niveaux, la carence concerne les deux genres de médecins.

Ainsi la formation en pharmacologie clinique est aussi considérée comme insuffisante.

Il faudrait attacher plus d'importance à la relation syndrome-dia-~~gnostic~~ tandis que la relation syndrome-médicaments n'est pas assez accentuée.

Il est généralement reconnu que la formation universitaire des futurs médecins en matière de pharmacologie clinique et de thérapeutique est insuffisante et il reste beaucoup à faire pour préparer le médecin à affronter les problèmes complexes de la pharmacothérapie.

Cela entraîne l'emploi de médicaments en association alors qu'un seul suffirait, l'administration de doses supérieures à celles qui seraient nécessaires, le recours aux médicaments alors que d'autres traitements pourraient être essayés, l'emploi inutile d'antibiotiques à titre prophylactique, ou encore la simple atténuation des symptômes au lieu du traitement de leur cause"...

La pharmacothérapie est négligée dans les études de médecine parce que l'accent est mis dans ces études sur le diagnostic; il s'agit là d'une survivance de l'époque où les traitements médicamenteux connus étaient rares et de la conséquence du fait que la pharmacologie clinique commence seulement à être reconnue comme une spécialisation médicale acceptable.

La formation postuniversitaire à l'usage rationnel des médicaments n'a pas point d'importance.^{(1)}}

---

(1) Dr. L. Christopher et James Crook: Y a-t-il surconsommation? Santé du Monde, 1974, n° 4, p. 19.

En ce qui concerne plus particulièrement les médecins généralistes, il faut d'urgence une formation spécifique de cette catégorie de médecin dans le programme universitaire.

En 1961, à Zagreb le Prof. A. Vuletie a commencé une première formation formelle des généralistes.

La Grande-Bretagne (c.a. l'Université d'Edimbourg) avait déjà réalisé des expériences dans ce domaine.

Aux environs de 1965, la discussion portant sur la nécessité d'établir une formation professionnelle des médecins généralistes a débuté au sein du groupe de travail - formation professionnelle - du comité permanent des médecins de la C.E.E.

Plusieurs réunions de groupes de travail(1) ont abouti à la proposition d'une formation avec un programme minimum de 2 ans.

Le bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé a fait établir un rapport en 1973 sur les tendances et l'évolution des soins de premier recours.(2)

Ce rapport dit c.a. ceci (3) :

¶ Le Groupe de travail a évidemment pris conscience de l'intérêt porté à la formation médicale dans de nombreux pays, afin de faire en sorte que les médecins de l'avenir soient formés à remplir les conditions de cet avenir. Il a noté en particulier que l'Association médicale mondiale avait discuté certains des problèmes actuels posés par les programmes d'études de médecine, lors d'une conférence tenue à Copenhague en septembre 1972, et que l'Organisation mondiale de la Santé exécutait un programme à long terme concernant la formation des médecins. C'est pourquoi les membres du Groupe se sont concentrés sur l'identification des impératifs spéciaux de la formation des médecins de premier recours.

¶ Il est apparu à l'évidence que l'orientation des étudiants vers les soins de premier recours devait être décelée le plus tôt possible dans le courant de leur formation, et que les éléments de formation nécessaires au futur médecin de premier recours devaient être incorporés dans le programme d'études dès le début.

" En raison des qualités spéciales exigées d'un médecin, et particulièrement d'un médecin de premier recours, il importe de procéder avec soin à la sélection des étudiants appelés à jouer par la suite ce rôle exigeant.

(1) Paris 23 juillet 1966, Stuttgart 14-15 octobre 1966, Cologne 4 novembre 1967, Nuremberg 25 novembre 1967, Venise 28 septembre 1968.

(2) Moscou 10-14 juillet 1973. Editions O.M.S. - Copenhague 1974.

(3) 1. C. p. 23 à 25.



" Mais, tout en reconnaissant que les qualités et la formation nécessaires au médecin de premier recours diffèrent de celles qui sont demandées par exemple à un médecin d'hôpital, le Groupe de travail a noté qu'il importait de ne pas créer un fossé entre les deux types de médecin. Le médecin de premier recours ne doit pas se sentir isolé de ses collègues plus spécialisés; il lui faut pouvoir parler leur langage s'il doit s'acquitter de sa fonction de médiateur entre ses patients et les divers spécialistes.

" Le Groupe de travail est convenu que la formation de base du médecin de premier recours, et d'ailleurs de n'importe quel médecin, devait faire une plus grande place aux sciences du comportement et inculquer non pas simplement des connaissances mais également des attitudes appropriées, de façon que le médecin puisse satisfaire aux conditions rigoureuses qui ont été posées au début de la présente section. Cela mis à part, le Groupe a défini un certain nombre de caractéristiques particulières à incorporer dans la formation spéciale des médecins de premier recours. Parmi elles figurent les principes des soins de santé communautaire, l'approche préventive des soins de santé et l'aptitude à identifier et à traiter les formes particulières de maladies que l'on rencontrera dans les soins de premiers recours. Le médecin de premier recours doit également avoir conscience des ressources existant dans la communauté pour soigner ses patients : afin de pouvoir collaborer avec les travailleurs sociaux, par exemple, il doit avoir une certaine connaissance de leurs activités et de ce qu'il peut raisonnablement attendre d'eux. Il faut également qu'il soit suffisamment au courant des médicaments et qu'il connaisse le coût des médicaments et des autres traitements qu'il prescrira. Cependant, à côté de la formation purement scientifique du médecin de premier recours, le Groupe a particulièrement insisté sur la nécessité de former des médecins à la pratique du travail en équipe et de leur conférer l'aptitude à coopérer avec les autres membres de l'équipe de premier recours dans le traitement des patients qui relèvent de leur responsabilité commune.

" Il importe à l'évidence aussi que la formation des médecins de premier recours ne se situe pas exclusivement dans le cadre de l'école de médecine et des hôpitaux qui y sont associés, et qu'elle comporte une formation pratique, de façon qu'ils puissent connaître les conditions dans lesquelles sont assurés les soins de premier recours au foyer, dans des centres de traitements ambulatoires, et dans le cadre d'une équipe. Le Groupe de travail a noté les dispositions prises au Royaume-Uni pour la formation en cours d'emploi des généralistes, les dispositions pour la formation pratique des médecins de premier recours en URSS, et un système intéressant a été adopté en Israël, dans lequel le concept traditionnel d'"hôpital universitaire" est remplacé, pour la formation des jeunes médecins de premier recours, par le concept

d'"enseignement sectoriel", centré sur un hôpital et sur les centres midico-sanitaires associés. C'est à cette étape de la formation que les programmes des étudiants pourront être différenciés, de sorte que les futurs médecins de premier recours puissent obtenir l'expérience des secteurs particuliers dans lesquels ils ont l'intention de pratiquer.

" Le Groupe de travail a également estimé que la formation supérieure des médecins de premier recours devait être dûment organisée. Il a noté à cet égard que les opinions divergeaient au sujet de l'importance que revêt, pour le généraliste, une participation directe à la pratique hospitalière aussi bien qu'à la pratique générale. Il a toutefois reconnu la nécessité d'établir une relation permanente avec l'hôpital et avec les médecins hospitaliers, et il est convenu qu'il pourrait être avantageux de confier aux généralistes la responsabilité personnelle de certains patients hospitalisés si cela devait entretenir leur intérêt professionnel et faire d'eux des médecins de premier recours plus efficaces.

" Le Groupe de travail a été favorablement impressionné par la contribution apportée à la formation de médecins de premier recours par la création de chaires universitaires de médecine générale dans un certain nombre de pays ; il a vu là un moyen important d'encourager la formation appropriée des médecins appelés à faire partie d'équipes de premier recours. Il a été intéressé par le programme de formation mis au point dans un département de médecine générale dirigé par l'un de ses membres, le Professeur F.J.A. Huygen." (1)

Depuis lors, certaines universités sont déjà allées plus loin, ainsi p. ex. aux Pays-Bas à l'Université d'Utrecht(2) ou en France, à Bobigny, mais là plutôt d'une manière expérimentale.

Le Danemark exige un stage avant d'accorder le titre de médecin généraliste.

L'Autriche et la Suisse forment des médecins généralistes après une période de formation de trois ans pour l'Autriche et 5 ans pour la Suisse.

Au Luxembourg, il existe une formation post-universitaire de médecin généraliste de 18 mois.

La plupart des Länder en Allemagne fédérale imposent une formation de quatre ans.

En Belgique, les organisations professionnelles ont décidé de créer une Académie, qui accorderait le titre de médecin généraliste à ceux qui auraient suivi une certaine formation professionnelle ; cette décision n'a toutefois jamais été exécutée.

---

(1) Professeur à Nimègue.

(2) 6 ans de cours et 2 ans de pratique.

En Belgique, la K.U.L. et l'U.I.A. ont déjà introduit des cours spécifiques pour la formation des généralistes.

La formation spécifique des médecins généralistes aura sans aucun doute des répercussions sur la nomenclature.

La formation des médecins généralistes doit viser leur mission spécifique, à savoir p. ex. reconnaissance rapide des maladies, encadrement des malades, l'accompagnement dans la mort, la collaboration dans les soins de santé de première ligne, attitude critique envers soi-même, formation pratique en médecine générale, prévention, information, gériatrie, soins des nourrissons et petits enfants, psychosomatique, éthique médicale, sociologie et économie de la maladie.

Une littérature importante a été consacrée à ce sujet au cours de ces dernières années(1)

2° Recyclage permanent et spécifique aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes(2).

Le recyclage est :

- a) un devoir de déontologie vis-à-vis des patients pour chaque médecin, et pas uniquement pour le généraliste ;
- b) une nécessité: les connaissances médicales se développent;
- c) une garantie pour le médecin (responsabilité).

Le recyclage peut se réaliser sous différentes formes :

- étude personnelle (lecture, télé, cassettes, magnéscope) ;
- discussions en groupe ;
- recyclage collectif.

---

(1) Sont réputés: - The future general practitioner. London 1972, en traduction: De huisarts van morgen - Groningen 1975 ;  
 - P.L. Byrne en B.E. Long : Leren zorgen - utrecht 1975 ;  
 - J.C. van Es : Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde - Utrecht 1974 ;  
 - De huisarts : Aceo Leuven 1970.

(2) Voir programme de base : Confédération des Médecins belges.

Le but doit être de :

- 1) rappeler la matière déjà étudiée ;
- 2) apprendre les nouvelles matières ;
- 3) compléter ce qui manque dans la formation universitaire (psychologie, sociologie, économie de la santé, assurance maladie) ;
- 4) tester les résultats du perfectionnement (1).

L'introduction de programmes post-universitaires doit être préparée convenablement (voir p. ex. en France, les rapports de la commission J. Bernard en 1964, et P. Milliez en 1971).

Dans tous les pays, le recyclage est permanent (2).

On pourrait proposer comme modèle un recyclage de 3 x 50 heures tous les 5 ans.

L'élaboration des programmes de recyclage réalisée en collaboration avec les universités et les organisations des médecins est une tâche que l'on pourrait confier au Ministère de la Santé publique.

Celle-ci ne rentre pas dans le cadre de la mission de l'I.N.A.M.I.

•

•

•

Le problème de la "promotion de la médecine générale" a toutefois aussi été traité par l'I.N.A.M.I. à l'occasion de l'accord complémentaire médecins - mutualités.

Comme cela s'est encore produit depuis 1945, l'I.N.A.M.I. a régulièrement été le précurseur pour certains aspects de la politique de santé (agrégation spécialistes, agrégation hôpitaux).

Cela résultait de l'absence d'une politique de la santé du Ministère de la Santé publique.

Ainsi le point II de cet accord complémentaire médecins - organismes assureurs stipule que des cours de formation complémentaire seront donnés aux médecins généralistes.

(1) Voir aux E.U. : Les tests d'évaluation.

(2) En France : voir le programme de l'Association de perfectionnement post-universitaire de Lorraine.

Aux E.U. : L'"American medical association" établit des programmes de recyclage permanent.

En Australie le recyclage permanent du "Royal Australian College of general practitioners" est subventionné par le gouvernement fédéral.

A cet effet le budget de l'I.N.A.M.r. pour 1974 prévoit 50 millions de Fr. et encore une fois 50 millions pour 1975.

Les médecins qui suivent ces cours sont autorisés à porter un titre particulier(1) et obtiennent des conditions préférentielles en matière de remboursement des assurances en ce qui concerne la nature des prestations techniques(2) qu'ils pourront effectuer et la valeur de leurs prestations.

Ces cours consistent en cycle de deux ans avec un total de 100 heures.

Environ 2.500 médecins les ont suivis.

Le crédit prévu n'a donc pas été utilisé entièrement.

Considération au sujet de l'accord mentionné :

a) Suivant l'article 34 de la loi maladie, appliquée à chaque accord, on peut se poser la question de savoir si l'accord du 14 septembre 1973

1. ne devait pas vu l'aspect financier être soumis à l'avis des membres qui représentent les employeurs et les travailleurs dans le conseil général;

2. ne devait pas être approuvé par écrit par le Ministre de la Prévoyance Sociale ;

3. ne devait pas être publié dans le Moniteur belge.

Ces considérations formellement juridiques, qui peuvent avoir leur importance lorsqu'il s'agit de l'engagement de l'accord, s'estompent par le fait qu'après accord oral, le Ministre de la Prévoyance sociale a exécuté certains points de l'accord.

Il a été également porté à la connaissance de tous les médecins, de sorte que la publicité nécessaire a été garantie ;

b) L'article 34, § 1 de la loi maladie n'a pas formellement confié à la commission nationale mutualités-médecins le pouvoir d'organiser des cours. Il est peut-être possible de trouver ce pouvoir indirectement dans le fait que lors de l'élaboration d'une nomenclature, certaines qualifications doivent être prises en considération;

---

(1) non défini jusqu'à présent.

(2) jusqu'à présent seulement les électrocardiogrammes (95 p.c. du tarif des spécialistes).

(3) l'I.N.A.M.l. ne peut pas donner un montant exact mais estime que la moitié du crédit est encore disponible.

- c) cette commission n'est pas non plus autorisée à accorder des titres particuliers ;
- d) si l'on écarte les objections formulées sous a, b, et c, il faut à partir des termes " promotion " et " titre particulier ", conclure que l'on avait l'intention d'accorder une " valeur " supérieure aux prestations des médecins généralistes après une " formation complémentaire ".

Il semble que, dans l'esprit des signataires, le terme " formation complémentaire " n'ait pas eu le sens de " recyclage " mais plutôt celui de formation en vue de l'attribution d'un nouveau titre de " médecin en médecine générale ".

Cela signifie qu'en attendant une formation spécifique de médecine généraliste, les médecins généralistes praticiens ont la possibilité d'être reconnus comme médecins généralistes ;

- e) il est difficile de contrôler si tous les généralistes ont bien compris la portée exacte de l'accord complémentaire. En tout cas, ils n'ont pas été suffisamment informés ;
- f) il parait que, selon certaines déclarations les cours n'ont pas été suivis partout avec le même sérieux quoique les universités étaient responsables du contrôle. Il est difficile d'établir un pourcentage à ce sujet.

D'autre part il est fait mention également des succès qui ont conduit à la création de groupes de discussions permanents ;

- g) le 22 décembre 1975, après un deuxième tour de scrutin, un accord a été conclu au sein de la Commission nationale médico - mutualiste afin d'octroyer des tarifs préférentiels aux médecins généralistes qui avaient suivi les cours de perfectionnement (100 heures sur deux ans) ;

- a) consultations : 22' fr. au lieu de 188 fr. (ticket modérateur : 30 fr.)
- b) visite à domicile: 240 fr. au lieu de 202 fr. (ticket modérateur : 48 fr.)

Cela signifie une augmentation de 19 p.c. par rapport aux honoraires indexés (montant au 1 janvier 1976).

Etant donné qu'environ un quart des médecins généralistes(1) remplissent les conditions cela coûterait environ 385 millions de Fr.(2) pour 1976 et 95 millions à partir du 1 octobre 1976.

- (1) il y a désaccord sur le nombre exact de médecins généralistes :

I.N.A.:I.I.	: 9.900
Ministère de la Santé publique	: 8.850
Source privée	: 5.769 (1973)
Ministère des Finances	: 8.586 (1973)

- (2) Consultation  $\frac{19.750.844 \times 36 \text{ fr.}}{4} = 177.758.046 \text{ fr.}$
- Visite à domicile  $\frac{19.972.258 \times 38 \text{ fr.}}{4} = 189.644.510 \text{ fr.}$
- Suite: haut page suivante

	tot. = 367.402.556 fr.
	= <u>18.017.740 fr.</u>
avec augmentation du ticket modérateur	tot. = 385.420.296 fr.

---

Pour faire face à cette dépense supplémentaire, il a été proposé de ne pas adapter la plupart des prestations de biologie clinique(1) à l'indice du 1 janvier 1976, ce qui représentait une économie de 450 millions.

Le surplus (450-385 millions de fr.) serait utilisé pour assimiler les honoraires des spécialistes en gastro-entérologie et en pneumologie à ceux de l'interniste.

Il n'est pas possible de déterminer quelles seront les répercussions financières à long terme.

Mais, sans doute, la plupart des médecins généralistes vont s'efforcer d'obtenir des honoraires plus élevés(2) et il n'est pas certain qu'après 1976, l'économie réalisée en biologie clinique puisse être maintenue.

L'opération pourrait donc coûter nettement plus cher à long terme.

Une convention portant sur une plus longue période comme l'accord du 14 juillet 1970, aurait permis une meilleure évaluation globale.

La discussion qui était née avait une grande importance, le problème de la revalorisation du généraliste posé dans tous les pays était actualisé.

Comme on l'a déjà signalé, la revalorisation peut se faire de deux manières :

a) pour l'avenir : la délivrance de diplômes par les universités ou l'octroi après un stage, du titre de médecin en médecine générale ;

b) pour ceux qui terminent leurs études plus tôt : l'agrégation comme médecin en médecine générale.

Elle présente deux aspects :

a) la place du médecin généraliste dans nos soins de santé (médecin de synthèse sans être un nouveau genre de spécialiste) ;

b) la revalorisation financière.

(1) excepté les examens anatomopathologiques et bactériologiques.

(2) l'article 3, dernier alinéa de l'accord du 22 décembre 1975 dit : " L'avance des montants qui sont réservés pour 1974 et 1975 comme subventions aux cours de formation complémentaires, sera utilisée pour continuer à accorder cette subvention, de sorte qu'à partir du 1 janvier 1977, d'autres généralistes puissent acquérir ce titre particulier." (M.B. du 7 février 1976).

L'accord mentionné prévoit deux formes de revalorisation :

1. conditions préférentielles en matière d'intervention des assurances en ce qui concerne des actes techniques qu'ils pourront effectuer. L'autorisation de ses actes techniques peut être une cause importante de dépense ;
2. Valeur des prestations.

La Commission nationale médico - mutualiste a traité une partie de la problématique.

3° l'autonomie traditionnelle du médecin doit céder la place à la collaboration entre :

a) médecin et patient :

La relation médecin - patient doit être fondée sur le dialogue et ne peut pas rester un monologue.

Cela signifie que le médecin doit avoir plus de temps pour les patients.

L'"American Medical Association" a évalué en 1971 que les médecins examinent 91,6 patients par 51,3 heures pendant 47,9 semaines, soit 1 par 17 minutes.

Actuellement presque tous les patients se plaignent de ce que beaucoup de médecins leur consacrent trop peu de temps.

••Le médecin est ainsi fortement incité à terminer sa consultation au bout d'un certain laps de temps, et il est commode pour lui de donner le signal de cette fin de consultation par la rédaction d'une ordonnance. Cela donne au patient l'impression sécurisante que le médecin a découvert un état nécessitant un traitement... Or, le médecin délivre souvent une ordonnance quand bien même il n'a rien découvert de précis... (1)

En effet, cela demande plus de temps de convaincre quelqu'un qu'il n'est pas malade, que de lui délivrer une ordonnance.

Les médecins sont conscients de cette situation et admettent facilement que la qualité de la médecine souffre du grand nombre de prestations.

---

(1) Dr. L. Christopher et James Crook, l. c. p. 21



" Si nous essayons de limiter volontairement le nombre d'actes quotidiens pour donner plus de temps à chaque malade, si nous consacrons réellement plusieurs heures par semaine à notre formation professionnelle, se pose alors un problème financier que beaucoup sous-estiment ..."

" Le gain mensuel ne peut s'élever qu'au prix :

- d'un travail rapidement harassant,
- d'une médecine de moins bonne qualité,
- de conditions de vie sociale et familiale inacceptables, ou en tout cas, de moins en moins acceptées ..."

(1)

L'article 42 du projet de code de déontologie médicale ne suit qu'avec hésitation le mouvement de dialogue avec le patient.

A la demande du patient, le médecin peut communiquer des données objectives.

Pourquoi pas une obligation ?

b) les médecins entre eux :

Cela signifie l'exercice en groupe.

Des formes de collaboration telles que les services de garde, l'association, l'exercice à deux, le remplacement ne correspondent pas à ce concept.

Pour Hare Nedelec (2), la médecine de groupe constitue le seul moyen de décommercialiser la médecine :

" Il ne faut pas se faire d'illusions. Il ne peut être question de maintenir plus longtemps sous quelque forme que ce soit, ce qui peut ressembler à un "commerce de santé ..."

" L'exercice en groupe dans un centre ... et un traitement à la fonction à partir d'une commune permettront seuls au corps médical de sortir d'une économie de marché."

L'exercice en groupe est très rare dans notre pays.

Il est difficile de dire si l'art. 24 du code de déontologie médicale l'autorise.

---

(1) Colloque médical de Loches (juin 1965) - Rapport du Dr. Le Danois - Voir G. Caro, I.e., p. 155.

(2) La médecine de groupe. Editions du Seuil 1970.

L'exercice en groupe suppose au moins trois médecins de la même discipline(1) qui disposent de services communs (locaux, appareils, secrétariat) et qui traitent de concert et éventuellement en collaboration avec des paramédicaux, des patients qui choisissent librement leur médecin.

L'exercice en groupe offre plusieurs avantages aux médecins.

Il permet une durée de travail plus normale, il est favorable au perfectionnement, à la discussion en équipe et à la formation des étudiants en médecine. Il permet aussi de disposer de personnel et de locaux en commun à l'extérieur du propre domicile ce qui décharge l'épouse des appels téléphoniques.

Il présente certains désavantages qui sont ressentis par les médecins : limitation de la liberté individuelle, difficultés des relations humaines, perte de temps à cause de la concertation et frais d'exploitation. Les patients par contre font remarquer la disparition de la relation de confiance entre le médecin et le patient (3).

Du point de vue d'une politique de santé plus moderne et plus efficace, l'exercice en groupe constitue un moyen d'exercer la médecine générale.

Le travail en groupe est considéré comme souhaitable pour les soins intramuraux.

Pourquoi une méthode identique ne se justifierait-elle pas également pour les soins extramuraux ?

Le système de l'exercice individuel présente en effet beaucoup de désavantages.

Cela ne signifie pourtant pas que l'exercice en groupe serait la solution à tous les problèmes n.

Rien ne permet d'affirmer qu'il serait moins onéreux du point de vue d'assurance maladie.

L'art. 159 du projet de code de déontologie médicale autorise la collaboration entre médecins à certaines conditions ((pas de commercialisation, pas de publications)).

Chaque projet doit néanmoins être soumis préalablement à l'Ordre des médecins.

- (1) au moins en Europe. Aux E.U., il y a aussi des spécialistes qui adhèrent à l'exercice en groupe de médecins-généralistes.
- (2) A.M. Hendrickx : Groepspraktijken bij huisartsen, hun betekenis en concrete realisatie in Engeland. Politica 1974, p. 255-279.
- (3) Henneman a constaté à Wessex que 30 p.c. des patients accusaient l'atmosphère impersonnelle bien que 95 p.c. fussent contents de la prestation des soins.

Les formes d'exercice de la médecine ne constituent pas un problème qui intéresse l'Ordre uniquement.

Le Ministère de la Santé publique doit mener une politique dans ce domaine.

c) les médecins et les différentes formes de soins à domicile (association de croix, aides sociales, oeuvres sociales).

Ce problème est sans doute plus vaste que celui du rôle du médecin dans les soins à domicile.

Il fait partie d'un besoin de soins de santé plus humains où chacun sur son terrain mais en collaboration avec les autres, traite le patient comme un être humain à part entière tant psychique que physique.

La création d'un système ordonné et efficace de soins de santé de première ligne, où l'on travaille d'une façon interdisciplinaire, constitue un premier pas vers une politique de santé et résulte d'un besoin de structuration (1).

Dans cette première ligne, c'est principalement le médecin généraliste, mais néanmoins en équipe, qui veillera à ce que le patient reçoive des soins médicaux préventifs et curatifs d'une façon continue et intégrale.

La deuxième ligne comportera les spécialistes, les hôpitaux et les autres établissements de soins et de traitements

Il appartient de nouveau au médecin généraliste, qui a déjà établi la collaboration horizontale dans la première ligne, de réaliser la collaboration verticale entre la première et la deuxième ligne.

Actuellement, il semble que la deuxième ligne, ou plus précisément les interventions du spécialiste, risquent de prendre le dessus (2).

Une telle orientation signifie d'une part l'échec de l'effort tenté pour résoudre la problématique de la médecine.

L'hôpital universitaire remplit les fonctions de troisième ligne.

Le projet mentionné se heurte à trois objections dont deux sont d'ordre financiers.

---

(1) I. Leus: Noodzaak aan structurering - Information e.M. - 9 novembre 1974.

(2) Le médecin généraliste doit néanmoins aussi pouvoir faire appel à certaines interventions spécialisées (biologie clinique, radiographie).

En premier lieu pour le bénéficiaire, l'hospitalisation revient moins chère que les soins à domicile(1).

Ensuite, une pareille organisation des soins à domicile demande une révision des modalités de subvention de différentes formes de soins à domicile et un autre équipement du généraliste.

Enfin, notre population est habituée à un vaste choix de soins et décide elle-même de faire appel soit à la première ou à la deuxième ligne des soins de santé.

" De patiënt indentificeert het ziekenhuis met de gezondheidszorg. Een aantasting van het ziekenhuis wordt als een aanval op de gehele gezondheidszorg gezien, reden waarom geen politicus het zal wagen openlijk tegen het ziekenhuis te kiezen" (2).

Une politique de santé économique nécessite cependant le remplacement d'interventions onéreuses (comme l'hôpital) par des interventions moins chères (les soins extramuraux).

A ce sujet, il faut développer quelque peu l'idée de centres de santé.

C'est une forme plus élaborée de l'exercice en groupe exposée ci-dessus.

Considérée comme une forme de collectivisme par les uns (3), proposée comme l'avenir idéal par les autres, l'idée des centres de santé (4) est de plus en plus discutée dans différents pays.

Un tel centre se composerait de médecins-généralistes, d'infirmières et infirmières de quartier.

Chaque centre serait responsable des soins de santé d'un nombre déterminé de personnes.(5)

Il reçoit jour et nuit les appels et envoie le médecin.

(1) gratuité de l'hôpital, ticket modérateur plus bas pour les médicaments.

(2) R.A. De Melker : *Ziekenhuispatiënt, huisarts en gezin*. Nijmegen 1973

(3) A. Wynen, I.e., p. 11-124.

p. 15

(4) à ne pas confondre avec les centres de santé de médecine préventive.

Voir les propositions de loi des Sénateurs Custers(Sénat 1969-70, doc. 93), Hulpiau(Sénat 1971-72, doc. 215), Wyninckx(Sénat S.E. 1974, nO 142) et Verbist(Sénat 1974-75, doc. 429/1).

(5) les chiffres varient dans la proposition : 8 à 10.000, 25.000 à 40.000.

Pour un centre responsable de 8 à 10.000 personnes, on propose 4 à 6médecins-généralistes et 5 à 10 infirmières.

Le libre choix du médecin est maintenu.

Le centre organise les services de garde.

Les médecins sont rémunérés selon le système d'abonnement

Chaque patient paie une part personnelle.

Un dossier médical est établi pour chaque individu.

Les coûts par bénéficiaire seraient inférieurs grâce à la diminution du nombre de prestations, au meilleur emploi des appareils et à l'aide efficace du personnel auxiliaire.

Le centre de santé hollandais est basé aussi sur la collaboration de plusieurs disciplines qui s'efforcent en commun d'offrir des soins de santé intégrés.

La composition de l'équipe peut varier mais il existe un noyau permanent composé de : médecin, assistant social et infirmière de quartier.

Le centre de santé présente beaucoup de similitudes avec l'exercice en groupe, mais son objectif est moins étendu. Principalement, les difficultés rencontrées sont : les problèmes des relations entre les collaborateurs, le rôle dominant du médecin, le manque de locaux, les problèmes financiers (différentes formes de subsidiation pour différents services, remboursement insuffisant du médecin par les mutualités, trop de patients (2).

Une enquête de Roemer (3) nous permet néanmoins de constater qu'il existe trop peu d'études pour pouvoir défendre d'une manière scientifique, la tendance à la création de centres de santé.

L'orientation qui peut-être suivie doit être programmée par le Ministre de la Santé publique, après avoir scrupuleusement examiné au préalable les implications financières.

Les centres de santé présentent donc aussi des désavantages : " Travaillant dans un cadre organisé, le médecin perd évidemment une partie de son indépendance, ce qui peut influencer sur son moral, surtout s'il est placé sous une direction autoritaire. L'existence d'un personnel abondant dans les centres sanitaires ou les polycliniques organisés risque

---

(1) C.P.C. Breemer ter Steege: De Nederlandse gezondheidscentra in Tijd. voor soc. gen. 1975, nO 24 P. 823-828.

(2) est considéré comme souhaitable : 2 à 3.000

(3) M.J. Roemer: Evaluation des centres de santé. Genève 1973.

de dépersonnaliser les soins fournis et de heurter la sensibilité du malade. La volonté de comprimer les coûts se transmet aisément de haut en bas de l'échelle hiérarchique et risque d'entraîner un abaissement du nombre des actes médicaux au-dessous du niveau raisonnable. " (1)

Le travail en groupe et la concertation demandent aussi beaucoup de temps ce qui nécessite un personnel plus important avec comme conséquence des répercussions financières.

4° une information indépendante du point de vue scientifique et commercial sur les médicaments.

Dans le chapitre sur les médicaments, l'influence importante des médecins sur la consommation des médicaments a été signalée.

L'expérience démontre que lorsque les médecins prennent conscience du problème, ils délivrent moins d'ordonnances.

Cela n'a pas seulement été constaté parmi les médecins du groupe Balint (2) mais aussi en ce qui concerne l'emploi de tranquillisants dans les hôpitaux(3).

Selon une étude américaine les meilleurs médecins sur le plan de la prescription de médicaments semblent posséder les caractéristiques suivantes : formation récente, exercice de médecine de groupe, disposent de personnel auxiliaire, clientèle nombreuse, mais une proportion ordonnances-patient inférieure, consultations régulière de confrères, lecture de périodiques médicaux en vue de s'informer sur les médicaments et de fournir des explications aux patients sur le régime thérapeutique.

5° le médecin généraliste doit reprendre une place centrale dans les soins de santé.

Le diagnostic et la thérapeutique doivent revenir dans les mêmes mains.

Le médecin généraliste doit retrouver son identité.

Son rôle consiste à se rendre sur le terrain médical et social et traiter ainsi tous les aspects de la maladie.

---

(1) Milton J. Roemer, l. c., p. 81

(2) A. Moreau : Le changement chez le médecin dans groupe Balint : étude de la consultation. Journal international des groupes Balint 1974, n° 1, p. 31-35.

(3) A. Kaufman : Tranquillisers controle in J.A.M.A. 25 septembre 1972, p. 1.504-1.506.

Il doit reconnaître dans la plainte du patient, aussi bien l'aspect somatique que psychosocial.

L'état de maladie individuel est très lié au style de vie dans son ensemble.

La mission du médecin généraliste est celle de procurer des soins intégraux et continus.

La tâche du généraliste ne s'arrête pas au moment de l'admission à l'hôpital.

Il peut jouer un rôle important dans la préparation à cette admission et aussi à la sortie de l'hôpital.

L'hôpital a souvent fait défaut sur ces deux points.

L'encadrement par le médecin généraliste en cas d'hospitalisation peut contribuer à accélérer le processus de guérison et à limiter ainsi la durée d'hospitalisation.

Sa présence peut aussi contre-balancer la technicité de la médecine spécialisée.

Il doit être le conseiller de l'hôpital et y fournir un apport social.

Le système hollandais grâce auquel le médecin généraliste constitue le seul moyen d'accès aux interventions sanitaires, a par conséquent aussi ses partisans dans notre pays.

Puisqu'il semblerait qu'il existe une plus grande relation spécialiste-hospitalisation que généraliste-hospitalisation, une base peut être constituée pour limiter la croissance des dépenses sanitaires.

Afin de pouvoir donner une place plus centrale au généraliste, d'autres solutions peuvent encore être recherchées via la nomenclature.

Ainsi le tarif de remboursement pour le spécialiste (sauf pour les spécialistes ophtalmologues(3)) auquel le bénéficiaire fait appel directement, peut être assimilé à celui du généraliste.

- 
- (1) Voir l'étude de A.J.H. Thiadens : Patiëntenraden en adviesraden. Kath. Artsenblad 1969, 48, p. 130.  
E. Tellegen : Medische sociologie. Alphen *aid* Rijn 1970.  
R.A. De Melker : l.c. p. 150-151
  - (2) voir aussi les constatations de R.A. De Melker, I.e., p. 14, 15, 125, 150 et 161
  - (3) le médecin pédiatre est maintenant le médecin traitant, mais malheureusement pas le médecin généraliste de l'enfant.

Un tel principe est préconisé par exemple en Australie.

Le même résultat peut être atteint en établissant que le tarif de remboursement du spécialiste n'est payé que si celui-ci établit un rapport à l'attention du médecin-généraliste traitant.

Sinon le tarif de médecin-généraliste est appliqué.

La contribution personnelle du bénéficiaire peut aussi exercer une influence modératrice.

Elle s'élève au 1 janvier 1976 à :

pour :	<u>V.I.P.O.</u>	<u>autres</u>
consultation généraliste	0 fr	30 fr
visite du généraliste	18 fr	66 fr
consultation spécialiste ordinaire	0 fr	66 fr
consultation interniste, cardio- logue, pneumologue, spécialiste en gastro-entérologie	0 fr	132 fr
pédiatre	0 fr	91 fr

6°le spécialiste doit redevenir un conseiller dans les soins de santé de première ligne.

L'époque où le spécialiste était appelé comme conseiller au domicile du patient par le médecin généraliste est dépassée.

Le médecin spécialiste doit en effet pouvoir faire appel à des appareils et est donc de plus en plus lié à l'hôpital.

Ce n'est que là, qu'il peut exercer sa pratique clinique.

Le spécialiste a supplanté le généraliste.

Il traite maintenant directement les patients.

Des spécialités qui dans le passé étaient surtout du ressort du médecin généraliste sont exercées actuellement par le spécialiste.

Cela a conduit à une rupture entre le généraliste et le spécialiste, entre soins extramurales et intramurales.

De nombreux auteurs sont dès lors d'avis qu'il faut changer d'orientation et que le spécialiste doit redevenir le conseiller généraliste



7° le médecin hospitalier doit disposer d'un propre statut (1)

Depuis 1970, la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux(2), le conseil hospitalier(3) et les négociations bilatérales médecins-mutualités(4) travaillent à l'élaboration d'un statut pour les médecins hospitaliers(5).

Un pareil statut comporte la procédure de nomination (publication des postes vacants, examen et comparaison des candidatures, avis du conseil médical), les conditions de nomination (diplôme, expérience requise, période d'essai, contrat écrit), la qualification juridique de la relation légale, la stabilité d'emploi, le système de rémunération et le règlement disciplinaire.

La rémunération des médecins hospitaliers - un problème délicat et complexe s'effectue :

- a) par une rémunération forfaitaire, accompagnée ou non d'un exercice privé ;
- b) par des honoraires par prestation ;
- c) par la constitution d'un pool d'honoraires et leur répartition entre les médecins selon la fonction, l'ancienneté, le nombre de prestations.

---

(1) voir P. Quaethoven : Het statuut van de ziekenhuisgeneesheer in de lid-staten van de E.E.G. - Louvain 1969.

(2) pré-projet de janvier 1973.

(3) en particulier, la séance du 14 janvier 1974 et le pré-projet du 13 janvier 1976.

(4) voir la position commune médecins-mutualités du 24 juillet 1974.

(5) voir aussi :

- R. Pannier : De plaats van de geneesheer in het ziekenhuis. Archives belges de médecine sociale, p. 90-124 ;
- K. Schutyzer : De rechtspositie van de ziekenhuisarts. Acta hospitalia 1974, p. 103-124, TPR 1974, 297-316 ;
- R. Blanpain : - Juridische kwalificatie van de verhouding geneesheer-ziekenhuis. Acta hospitalia 1972, p. 336-356 ;  
- Statut des médecins plein temps des hôpitaux publics. L'information psychiatrique 1970, p. 437-456 ;
- P. Quaethoven : Het financieel statuut van de ziekenhuisgeneesheer in Duitsland, Frankrijk en Nederland. Acta hospitalia 1969, p. 122-163 ;
- P. Zunino : les rapports juridiques entre le corps médical hospitalier et l'administration dans les hôpitaux généraux publics. Techniques hospitalières 1956, p. 50-57 ;
- A. Vandeweghe : Le statut des médecins dans les hôpitaux de la CAP. Hospitalia 1963, p. 54-57 ;
- M. Bonnard : La rémunération des médecins hospitaliers. La revue hospitalière de France 1963, p. 649-657.

Les médecins hospitaliers allèguent qu'ils sont les propriétaires des honoraires, de sorte qu'il ne devrait y avoir aucune retenue au bénéfice de l'hôpital.

Ce point de vue est contesté(1).

L'article 72 du projet de code de déontologie médicale dit expressément que les honoraires sont entièrement la propriété du médecin qu'ils aient été perçus directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire.

Si le médecin exerce ses activités dans un établissement cette disposition doit selon le texte, être mentionnée expressément dans tout contrat entre le médecin et cet établissement.

Toutefois, si le médecin est propriétaire de ses honoraires, il a sans aucun doute aussi le droit d'en disposer et d'en céder une partie à l'hôpital.

A ce sujet, il faut examiner également si l'article 81 du projet, qui interdit tout partage d'honoraires entre médecins et non-médecins, est valable aussi pour la couverture des frais d'emploi des appareils médicaux à l'hôpital.

En dehors du débat juridique, il est certains que le mode de paiement n'est pas un problème qui peut être résolu par les médecins uniquement, c'est également l'affaire des hôpitaux et des mutualités et de la société elle-même.

La classique rémunération par prestations est très critiquée.

Les désavantages ont déjà été soulignés.

n Wanneer de relatie tussen verrichting en betaling in directe zin zal zijn verbroken, zal het voor iedereen duidelijk zijn dat de specialist geen enkelonderzoek doet met bewust of onbewust de gedachte aan een financieel voordeel op de achtergrond... de verrichtingstarieven zullen op logische gronden, bij voortgaande ontwikkeling tot onhoudbare situaties leiden en vroeg of laat (waarschijnlijk laat) voor de bijl gaan. n (2).

- 
- (1) Voir à ce sujet : Provinciale raad van de Orde van geneesheren van E-Vlaanderen. Memerandum, 1965, art. 1, 1.5  
 A. Anrijs : Le statut du médecin et la réforme des structures en hôpitaux. Braine l'Alleud 1966, p. 26.  
 A. Massart : A qui appartiennent les honoraires des médecins des hôpitaux ? Rev. adm. et dr. adm. 1967, 114 jg tome CIX, p. 37-39.
- (2) J.i"1. Hattinga Verschure, i,e.; p. 124-125.

Cette considération est exacte dans la mesure où l'hôpital est payé également forfaitairement pour les prestations médicales(1).

Sinon l'inconvénient dénoncé continue à exister: l'hôpital a intérêt à faire augmenter les prestations afin d'obtenir lui-même des revenus supérieurs.

La rémunération forfaitaire du médecin semble donc être une évolution normale à long terme (2).

L'affirmation selon laquelle le médecin y perdra son indépendance, n'est pas fondée.

L'indépendance médicale et le salaire sont aussi bien conciliables que l'impartialité judiciaire et le salaire.

Il est cependant évident que les médecins hospitaliers doivent avoir voix au chapitre dans la politique de l'hôpital.

Cela ne signifie pourtant pas que le cadre médical doit avoir un pouvoir de décision. Seul suffit une fonction consultative (3) dont la valeur juridique peut être obligatoire moyennant la possibilité d'arbitrage.

Les affaires hospitalières ne peuvent être considérées uniquement d'un point de vue médical.

Il existe aussi des exigences économiques et d'organisation.

L'hôpital est un établissement médical et social.

La tendance d'agrandissement des hôpitaux, facilitera d'ailleurs l'élaboration d'un statut.

Des hôpitaux plus grands offrent en effet plus de possibilités de promotion, favorisent la formation de cadre, rendent possible un exercice à plein temps et font naître le besoin de participation.

Il apparaît indispensable de :

1. faire percevoir les honoraires dans les hôpitaux par un service central de l'hôpital ;
2. donner à des médecins hospitaliers, à des organismes de participation et aux autorités, le droit de contrôler le total des montants perçus.

---

(1) voir Villes et Communes de Belgique: Principes betreffende het juridisch en geldelijk statuut van de geneesheren der ziekenhuizen. De Gemeente 1966. vol. 41, n° 178, april, p. 5, art. 13.

(2) P. Quaethoven, l.c., p. 430.

(3) en Belgique il y a une tendance vers un droit de décision pour le cadre médical.

3° ne pas rétribuer le médecin hospitalier exclusivement en proportion de ses prestations. Puisque des honoraires purement forfaitaires ne sont pas possibles, il s'indique de fixer un mode de rétribution minimum avec un supplément fixé en pourcentage, le tout limité à un maximum.

4° faire travailler autant que possible le médecin hospitalier à plein temps dans l'hôpital, éventuellement dans l'hôpital et la polyclinique ;

5° faire travailler les médecins hospitaliers en relation interdisciplinaires ;

6° donner suffisamment de liberté aux médecins hospitaliers sur le plan médical à condition :

- a) d'une collaboration dans l'enregistrement médical de toutes les données ;
- b) de l'instauration d'un "médical audit" dans chaque hôpital pour la durée d'hospitalisation, les médicaments, la biologie clinique, etc...
- c) d'accepter qu'à l'occasion de chaque admission à l'hôpital, un diagnostic provisoire et une durée d'hospitalisation provisoire soient établis (en cas de dépassement : voir sous b)
- d) d'une collaboration avec le médecin généraliste et les soins extramuraux ;

7° utiliser les bénéfices de l'hôpital sur les honoraires des médecins hospitaliers (1)

.a. pour l'achat d'appareils médicaux ;

8° et finalement, et cela parait essentiel, faire du médecin d'hôpital, un médecin hospitalier.

8° la lutte contre les prestations abusives

Mathé (2) cite parmi les abus : « L'abus des consultations et visites... des praticiens voient parfois jusqu'à cent malades par jour, chiffre que l'on peut certes expliquer en partie par le fait que seule l'ordonnance donne droit au remboursement des médicaments.

« L'abus de consommation thérapeutique résulte partiellement de l'abus de consultations. Ceux qui sont malades ou bien portants, se présentent chez le médecin, s'attendent à se voir délivrer une longue ordonnance.

---

(1) il existe différentes formes d'intervention des médecins dans les frais de l'hôpital : un montant forfaitaire, un pourcentage sur les honoraires, coûts réels, pourcentage forfaitaires, etc...

(2) l. C., p. 64.

"Economiquement grave est également l'abus des prescriptions de repos..."

"... l'abus d'hospitalisation et l'abus des actes à l'hôpital..."

"Autocontrôle des consommateurs et des praticiens par l'établissement de "profils", tels que ceux que propose le Docteur Monnier, président de la Confédération des Médecins de France... une enquête menée à Rouen et à Ayen a fait apparaître que 30 % des médecins dépassaient de 25 % la moyenne des prescriptions." (1)

Ce problème sera développé dans le chapitre XVII.

### 9° une médecine économique.

L'article 35 original du projet de loi maladie stipulait que le médecin devait effectuer des prestations "dans les conditions les plus économiques compatibles avec la nécessité de maintenir ou de rétablir la santé".

Cette disposition était considérée par les chambres syndicales des médecins comme étant superflue, blessante et dangereuse.

Actuellement le texte dit que : "Le médecin décide en conscience et en toute liberté des soins à donner. Les prestations abusives qui sont en contradiction avec la déontologie, sont cependant soumises au jugement des Conseils de l'Ordre des médecins".

L'article II, premier alinéa de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 prévoit que les médecins ne peuvent pas être soumis à des restrictions réglementaires dans le choix des moyens à utiliser, soit pour établir le diagnostic soit pour élaborer et exécuter le traitement.

Finalement, cela signifie que les médecins décident eux-mêmes des intérêts des assurés et de la société.

L'Ordre des médecins (2), auquel tous les médecins sont inscrits, veille (3) au respect de la déontologie médicale (4) et au maintien de l'honneur, de la discrétion, de l'honnêteté et de la dignité des membres.

(1) Kathé, l.c., p. 96.

(2) instauré par la loi du 25 juillet 1938, remplacée par l'A.R. n° 79 du 10 novembre 1967.

(3) les conseils provinciaux (art. II de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967).

(4) art. 15 de l'A.R. n° 79 mentionné.

L'Ordre qui est financé par des contributions des médecins est une autorité administrative (1).

Il représente la profession mais ne peut conclure des accords avec les mutualités (2).

Il semble ne pas être à même de défendre les intérêts de la société ni de lutter contre la surproduction causée par certains médecins.

Cette constatation ne vaut pas seulement pour l'Ordre des médecins mais pour toutes les institutions corporatistes.

L'article 36, deuxième alinéa du projet de Code de déontologie médicale stipule bien que le médecin évitera de prescrire des examens et des traitements inutiles et coûteux ou d'effectuer des prestations superflues.

Mais le texte n'est pas rédigé d'une façon très explicite ("éviter") et est muet en ce qui concerne les sanctions.

#### 10. les honoraires.

Plusieurs propositions portant sur la manière de rétribuer les médecins ont été avancées.

a) ~!!!~!!! des h~~~~!! par! 2~!!!!!! mais !~8~!~!!!!~ du montant.

Les partisans de cette formule espèrent que cette méthode empêchera les médecins d'augmenter le nombre des prestations.

Finalement l'augmentation des honoraires serait compensée par une baisse du nombre de prestations de sorte que le prix coûtant resterait identique pour l'assurance maladie.

En outre, le médecin pourrait consacrer plus de temps à chaque patient et mieux établir son diagnostic ; par ailleurs le nombre de spécialités pharmaceutiques prescrites diminuerait.

La qualité l'emporterait sur la quantité.

Ces avantages auraient été constatés chez les médecins non-engagés.

---

(1) Casso 26 mars 1952, Pas. 1952, I, 463.

(2) F. De Visscher dans Tijds. Best. 1952, p. 209.

(3) voir aussi J. Moitrier, I.e., p. 174.

En rapport avec la revalorisation des honoraires des médecins-généralistes recyclés, le Dr. Wynen (1) a exprimé l'opinion que "dank zij dit hoger ereloon de huisarts meer tijd zal kunnen besteden aan elke patiënt en niet langer verplicht worden de vijf-minutengeneeskunde te beoefenen".

Cette position se rallie à celle qui vient d'être exposée.

Toutefois, les médecins qui agissent par esprit de lucre risquent dans ce système d'être tentés de poursuivre la surproduction.

Cela n'exclut pas non plus la tendance à la surconsommation chez les patients.

b) calculer les honoraires d'une façon différente selon

$$g_2: !!_! : !S! \sim _ \sim _ 2E \sim ! \sim ! \sim ! \sim ! _ !! \sim 2! \sim ! _ \sim 2 _ f \sim \sim 2! \sim ! \sim ! \cdot$$

L'objectif de cette proposition est sans doute équitable, mais il ne peut pas être réalisé en pratique puisqu'il semble impossible d'établir lesquelles des prestations sont simples ou complexes.

### **c) les honoraires forfaitaires.**

Le paiement forfaitaire exclut la tendance à la surproduction.

Il doit cependant s'accompagner du maintien du libre choix de médecin et de la liberté de la thérapeutique.

Il suppose aussi un contrôle pour combattre les abus.

Le montant et les modalités de calcul (2) de ce forfait pourraient être définis d'une manière conventionnelle entre les organisations des mutualités et les représentants (3) des médecins.

A condition que les modalités de calcul tiennent compte de la productivité, le forfait est le système le plus facilement réalisable pour les médecins hospitaliers.

Toutefois, il est évident que les médecins souhaitent pouvoir déterminer eux-mêmes une partie de leurs revenus.

Une combinaison d'honoraires forfaitaires complétés par un supplément de productivité pourrait être envisagée.

---

(1) interview du journal "De Standaard".

(2) selon la qualification du médecin et son ancienneté, l'indexation, les efforts de recyclage et de formation.

(3) désignés par élections ou sur proposition des organisations représentatives des médecins.

Cela explique pourquoi aux Pays-Bas, les médecins sont tellement attachés à une assurance maladie qui n'est appliquée qu'en dessous d'un certain plafond salarial. Ainsi, gardent-ils une partie d'honoraires "libres".

L'article 106 de la loi du 5 janvier 1976 concernant les propositions budgétaires pour 1975-76 prévoit que la sécurité sociale n'est pas applicable aux établissements de soins qui occupent des médecins qui sont soumis également au statut des indépendants du fait qu'ils exercent la médecine à l'extérieur de ces établissements, sauf si, dans ces établissements, ils sont exclusivement rémunérés par un salaire fixe.

Cette disposition "provisoire" (1) entraîne (2) que les médecins, rarement occupés exclusivement dans un seul établissement, ne sont pas soumis à la sécurité sociale des travailleurs.

Ce règlement constitue un obstacle à l'introduction des honoraires forfaitaires.

C'est uniquement une question financière (3).

L'article 82 du code de déontologie médicale ne semble pas non plus favorable aux honoraires forfaitaires pour des raisons financières.

Sous le couvert de la "déontologie", on veille à ce que "la rémunération forfaitaire ne soit pas inférieure aux revenus correspondants d'un médecin payé par prestation, pour des activités équivalentes".

Chaque contrat qui prévoit une rémunération forfaitaire, doit être soumis à l'avis de l'Ordre avant sa signature.

La déontologie et les aspects financiers sont confondus.

En ce qui concerne les médecins généralistes, une évolution dans le sens des honoraires forfaitaires n'est pas exclue à condition que le montant et le statut offerts soient acceptables.

Une révision de la conception traditionnelle peut être constatée sur ce point, surtout parmi les jeunes médecins.

---

(1) Sénat 1975-16, doc. 742/2, p. 91-92.

(2) Chambre 1915-76, doc. 680/10, p. 90.  
Sénat 1975-76, doc. 742/2, p. 90-93.

(3) Sénat, Quest. et Rép. parI. Bull. n° 14 du 13 janvier 1976, question n° 34 du Sénateur Boey.



Toutefois, les honoraires traditionnels du généraliste seront probablement maintenus dans notre pays. La stabilisation du nombre de prestations par médecin-généraliste montre que le nombre de prestations ne pose pas de problème pour l'instant. Un nombre inférieur pourrait peut-être faire augmenter la qualité.

Une nouvelle orientation demande aussi la collaboration des médecins.

"Daarbij zijn in een vrij beroep de machtsgroepen, die kwantitatief soms beperkt zijn, kwalitatief uit hoofde van hun beroepsmonopolie zo machtig dat gelijk welke andere groep, zelfs een centrale macht, ze noodzakelijk moet ontzien.

"Dit is ook de reden waarom het tot nog toe in een vrije democratie nooit mogelijk is geweest, tegen de wil van machtige vrije groepen, een grondige hervorming door te voeren". (I)

Il appartient au pouvoir politique d'en juger.

#### 11° informations concernant les honoraires.

Les bénéficiaires de soins médicaux doivent être informés d'une manière efficace. Les noms des médecins engagés par convention et les honoraires en vigueur pour les prestations courantes doivent leur être communiqués.

Cette information peut se faire par l'intermédiaire des organismes d'assurance mais elle devrait aussi se faire dans la salle d'attente du médecin.

Le médecin devrait aussi mentionner les honoraires réclamés sur le document qu'il délivre.

#### 12° les relations entre les médecins et l'assurance maladie.

Comme dans la plupart des pays de la C.E.E., les relations entre médecins et organismes d'assurance sont réglées par des accords.

Seulement dans les pays dotés des services de santé nationalisés, un autre régime est en vigueur.

---

(J) R. Pannier, l.c., p. 50-51, comparez G. Spitaels : Sécurité sociale et groupes de pression, R.B.S.S. 1966, p. 282-298.

Certains proposent d'apporter les modifications suivantes au système existant en Belgique :

a) composition d'une commission nationale médico-mutualiste :

La méthode actuelle est critiquée.

"De besluitvorming gebeurt volkomen ondemocratisch... Artsen en ziekenfondsen beslissen in onderling overleg ; de rol van de bevolking beperkt er zich toe de gepresenteerde rekening te betalen." (1)

Cette critique est fondée dans la mesure où les mutualités ne sont pas censées représenter les assurés :

- ou bien on accepte que les mutualités représentent les malades,
- ou bien on ne l'accepte pas, mais alors la composition de la commission nationale médico-mutualiste doit être élargie.  
Cette extension peut s'étendre aux pouvoirs publics et aux organisations d'employeurs, de travailleurs et d'indépendants (2).

Cette dernière composition ne signifie pas encore que les résultats obtenus seraient meilleurs. Les conventions collectives de travail conclues par les organisations des employeurs et des travailleurs sont visées également, de même que le contrôle par les autorités, du prix des médicaments, de la croissance du nombre d'hôpitaux et du prix de la journée hospitalière.

Les résultats de la politique menée en matière d'accords seront examinés plus tard (point e).

b) l'engagement individuel :

La relation actuelle médecins-assurance maladie est plutôt de nature réglementaire que contractuelle (3). Si l'on veut conserver la nature contractuelle, il est nécessaire que le médecin s'engage individuellement, comme le demande le F.G.T.B. L'engagement ex lege est beaucoup plus commode.

---

(1) L.J. Martens dans "De Nieuwe maand" 1975, n° 8, p. 518.

(2) comparez : la "Commission nationale tripartite" en France et le "Ziekenfondsraad" aux Pays-Bas dans lequel siègent cinq parties. Ces organismes de droit public approuvent les conventions conclues. Les autorités exercent encore un contrôle sur leurs décisions.

(3) J. Van Langendonek, l.c., 1971, p. 280, n° 1097.

Cette forme d'engagement peut cependant être améliorée et notamment sur deux points :

- 1) le nombre de médecins engagés devrait être plus élevé (75 p.c. au lieu de 50 p.c.) ;
  - 2) il ne suffit pas d'additionner tous les spécialistes pour calculer le nombre de médecins engagés, l'addition devrait se faire par groupe de spécialités, sans le faire pour chaque spécialité séparément (p.ex. chirurgie, internistes, pédiatres).
- c) l'introduction du tiers payant, d'abord pour les prestations les plus onéreuses, plus tard pour toutes les prestations.
- d) la conclusion d'accords régionaux au lieu de nationaux.

Les accords nationaux soulèvent des objections parce que les tarifs fixés sont plus élevés que ceux qui pourraient être négociés sur le plan régional.

Des médecins qui réclament des honoraires inférieurs, sont punis par l'Ordre des médecins (1).

Il est probable qu'en l'absence d'accords, les honoraires seraient divergents selon les régions.

Les accords nationaux offrent pourtant le grand avantage, s'ils sont respectés, de mieux protéger les malades.

Des accords régionaux pourraient conduire les organisations des médecins à des considérations tactiques : conclure d'abord des accords dans les régions où la médecine est coûteuse (p.ex. Bruxelles) pour y aligner ensuite les autres accords régionaux.

- e) un meilleur contrôle des deniers de la communauté :

Grâce aux accords passés avec l'assurance maladie, les médecins ont réussi à garantir leurs revenus.

Le montant nominal total payé aux médecins a triplé en neuf ans :

	montant total (2) (en millions)	par médecin (en milliers de fr.)		revenu national (par tête)
1966	8.707	-		1
1967	9.260	-		
1968	10.786	731	100	100
1969	13.056	851	116	111
1970	15.023	969	133	123
1971	17.054	1.089	148	134,5
1972	20.021	1.247	171	151,6
1973	23.297	1.411	193	173,7
1974	27.226	1.588	217	203,3

(1) voir Cass., 25 avril 1975, H.J. 75-76, 291 et la note K. Schutyzer.

(2) avis, consultations, visites, prestations techniques, soins spéciaux, chirurgie, anesthésie, accouchements, gynécologie, honoraires pour traitement de maladie sociale.

Le montant payé par l'assurance maladie par médecin a apparemment augmenté plus vite que le revenu national par tête.

Les chiffres mentionnés ci-dessus doivent être corrigés pourtant, puisque le nombre d'assurés et de bénéficiaires a augmenté aussi au cours de la période citée.

Si on prend uniquement en considération les honoraires pour avis, consultations et visites, le résultat est différent aussi :

	<u>montant total</u> <u>(en millions)</u>	<u>par médecin</u> <u>(en milliers)</u>	<u>indice</u> <u>1968 = 100</u>
1966	3.469	-	-
1968	4.280	290	100
1974	9.283	541	186

Il est néanmoins évident que les organisations des médecins s'efforcent de maintenir le niveau des revenus des médecins avec une tendance au relèvement des revenus du médecin généraliste par rapport à ceux du spécialiste.

Cette tactique est même ressentie dans le projet de code de déontologie médicale :

- a) la rémunération forfaitaire ne peut pas être inférieure au revenu correspondant d'un médecin qui est payé par prestation pour des activités équivalentes (art. 82) ;
- b) les honoraires reviennent intégralement au médecin (articles 72, 81 et 84) ;
- c) la répartition des cabinets (art. 22, § 3) est contrôlée.

Cependant, il est difficile de le reprocher aux organisations de médecins.

Mais on peut se demander si la répartition des revenus est équitable (1).

Les mutualités de leur côté ont bien réussi à dominer la croissance des honoraires des médecins.

La part des honoraires a relativement diminué dans l'ensemble des dépenses soins de santé.

Les organisations des médecins ont appris à discuter dans le cadre des limites d'un budget.

---

(1) voir p. ex. le XXVIème Congrès C.S.C. du 11 au 13 décembre 1975.

Mais lors des négociations, ce qui pouvait être économisé sur certaines prestations, a plusieurs fois été utilisé pour permettre l'augmentation d'autres prestations.

La stabilisation du tarif de remboursement pour biologie clinique a profité aux médecins-généralistes, l'économie sur les petits traitements chirurgicaux a été utilisée pour revaloriser les interventions chirurgicales graves (voir tableau 79).

Tableau 79 : répercussions financières de l'instauration de la nouvelle nomenclature.

	<u>crédits supplémentaires</u>	<u>dépensé</u>	<u>économies (1)</u>
1971	625	361,3(2)	-
1972	625	625	-
1973	-	-	596 (3)
1974	-	904,4	904,4
1975(4)	-	936,1	847,8
1976(4)	-	165	1.650 (5)

- (1) biologie clinique, radiodiagnostic, radio- et radium-thérapie, médecine interne, etc ...  
 (2) modération.  
 (3) une partie de ces économies n'a pas été redistribuée.  
 (4) prévisions budgétaires.  
 (5) économies sur la biologie clinique (avec indexation au 1 janvier 1976) et les honoraires (avec indexation au 1 juillet 1976). Il s'agit de calculs théoriques.

Du point de vue de la technique des négociations, cette méthode est compréhensible.

Elle peut être controversée, si l'on veut mener une politique de revenu.

Ainsi, une stabilisation des revenus des médecins pourrait être défendue, comme c'est partiellement le cas en 1976 (1).

### 13° limitation du nombre de spécialistes

Jusqu'au moment de la publication de l'arrêté royal du 12 septembre 1957 relatif à l'agrégation des médecins spécialistes, pris en exécution de la législation sur la maladie, il n'existait aucun règlement concernant l'agrégation.

Chaque professeur déterminait lui-même si le médecin avait acquis un niveau scientifique suffisant pour devenir spécialiste.

- (1) l'art. 40 du projet de loi concernant les mesures de redressement économique. Les points 1 et 2 de l'accord du 22 décembre 1975 conclu au sein de la commission nationale médico-mutualiste.

Parfois l'Ordre des médecins se limitait à émettre des objections sur certaines activités exercées par un médecin.

L'arrêté royal mentionné est maintenant remplacé par celui du 19 octobre 1971, pris également en exécution de la loi maladie (1).

Il prévoit que le Ministre de la Santé publique agréé, après avis de la commission compétente d'agrément, les médecins-spécialistes, les services de stage et les maîtres de stage.

Il existe une commission par spécialité reconnue (2).

Le sollicitant peut interjeter appel contre l'avis de la commission auprès du Conseil supérieur des médecins spécialistes.

Ce Conseil supérieur, éventuellement après consultation de la commission compétente de reconnaissance, fait des propositions concernant la définition des critères de l'agrément des médecins spécialistes (3), des services de stage et des maîtres de stage et émet en appel, un avis sur les demandes d'agrément des médecins, des maîtres de stage et des services de stage.

Le nombre de spécialistes augmente toujours (voir les tableaux 80 et 81).

Tableau 80 : nombre de spécialistes.

		<u>néerlandophones</u>	<u>francophones</u>
I janvier 1970	6.945	2.665	4.280
I septembre 1975	8.422	3.281	5.141

Source : G.B.S.

Tableau 81 : nombre d'agrément de spécialistes.

1959	1.475	1967	327
1960	1.635	1968	390
1961	932	1969	360
1962	538	1970	400
1963	512	1971	394
1964	532	1972	363
1965	384	1973	419
1966	328	1974	340
		1975	413

Source : Ministère de la Santé publique.

(1) articles 23, 3° et 153, § 4.

(2) actuellement : 25 spécialités.

(3) l'arrêté ministériel du 24 mai 1958 fixe les critères d'agrément.

Pour freiner l'évolution du nombre de spécialistes, il est nécessaire :

- 1° de limiter le nombre de places d'assistants dans les universités ;
- 2° de contrôler le nombre de lits dans les centres de formation de spécialistes ;
- 3° de rendre plus sévères, les critères d'agrément des spécialistes. Le conseil supérieur des médecins spécialistes examine d'ailleurs de nouveaux critères d'agrément (1). Une première série de critères est attendue pour le mois de juin 1976 ;
- 4° de rendre obligatoire la présentation d'un plan de stage. L'article 9, § 1 de l'Arrêté royal du 19 octobre 1971 l'impose, mais par l'article I de l'Arrêté royal du 19 avril 1972, la mise en application de l'arrêté précité a été postposée et le traitement des demandes d'agrément est effectué selon les dispositions de l'Arrêté royal du 12 septembre 1957 ;
- 5° de revaloriser le médecin généraliste dans sa mission et dans ses honoraires.

Les accords médico-mutualistes se sont engagés dans cette voie.

#### 14° nouvelles formes de médecine.

En dehors de la médecine traditionnelle, différentes nouvelles formes de médecine sont apparues ces dernières années : la médecine homéopathique, antroposofique, macrobiotique, et l'acupuncture.

Il n'existe pas de données disponibles permettant de considérer ces nouvelles formes de médecine comme moins onéreuses.

#### 15° avantages fiscaux pour les médecins conventionnés.

A la Chambre (2) on a exprimé l'idée qu'un moyen d'économie peut être trouvé "wanneer het fiscale statuut van de zorgenverstrekkers zouden worden aangepast ...". J'ai souvent entendu traiter ce sujet dans les syndicats de médecins et j'estime qu'il y a là une possibilité de diminuer les dépenses.

---

(1) Chambre 1974-75, Bull. Quest. et Rép., n° 34, p. 2.436, question du Député De Vlies.

(2) voir Ann. ParI. 8 janvier 1975, p. 968, intervention du Député Niemegeers.

Le Représentant n'a pas été plus explicite dans son exposé.

Au sujet des impôts personnels des médecins, les aspects suivants peuvent être mentionnés :

- a) notre système fiscal ne fait pas de distinction entre les médecins conventionnés et non-conventionnés.

Il est sans doute vrai que les revenus d'un médecin non-conventionné sont moins vérifiables puisqu'il peut appliquer des honoraires libres ;

- b) chez les médecins conventionnés, les carnets d'ordonnances, délivrés par le Ministère des Finances sont munis d'un numéro général mais non pas d'un numéro de série. Cela rend difficile le contrôle ;

- c) les honoraires supérieurs accordés pour une visite du généraliste à domicile sont considérés comme revenus. Les frais de déplacement peuvent être déduits comme frais d'exploitation. Cette solution est équitable.

- d) le montant des honoraires demandés n'est pas mentionné sur le talon des notes de prestations délivré au patient.

La partie supérieure de la note qui peut être communiquée éventuellement au patient, permet de mentionner plus tard un montant qui n'est pas connu par le patient.

Cette méthode est le résultat de négociations entre le Ministère des Finances et les organisations des médecins.

Il vaudrait mieux mentionner toujours les honoraires demandés sur la note de prestations (voir ci-dessus sous 11°).

Cela permettra un meilleur contrôle.

- 16° le rétablissement de la confiance dans le médecin traitant :  
 "het aftakelen van het morele gezag van de geneesheer zou eens kunnen leiden tot een duurdere geneeskunde. Vele patiënten hechten geen geloof meer aan hun arts en gaan bij anderen ten rade, vooral indien die duurder zijn." (1)

- 17° l'éducation sanitaire de la population: elle doit agir d'une manière économique: la population doit apprendre à nouveau à soigner sa propre santé, grâce à :

- des directives en matière d'habitudes alimentaires mauvaises (sel, graisse, sucre), hygiène, consommation exagérée de tabac ;
- des indications pour la lutte contre les "petites" maladies (grippe, rhume);

---

(1) Chambre, Compte rendu du 25 février 1976, p. 899, intervention du Député Valkenier.



- des avertissements contre l'emploi excessif de médicaments;
- plus d'exercices physiques.

Dans ce domaine, les médecins peuvent jouer un rôle éducatif très important.

## CHAPITRE XI : LES PHARMACIENS

---

Les pharmaciens d'officine ont un monopole pour la préparation, la commercialisation, la vente au détail et la délivrance des médicaments, même s'ils sont gratuits (1).

Ils doivent être en possession du diplôme de pharmacien, visé par la Commission médicale et être inscrits à l'Ordre des pharmaciens (1).

En vertu de l'article 3 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, les pharmaciens doivent aussi disposer de l'équipement, des instruments, des appareils et des réactifs nécessaires et avoir la quantité de médicaments requise. (2)

Ils sont également responsables de la qualité (3) et de la conservation efficace des médicaments.

En outre, ils jouent un rôle consultatif (4) vis-à-vis des clients (5) et du corps médical (6).

### f 1. Les conventions avec l'assurance maladie

---

Les relations financières et administratives entre les bénéficiaires de l'assurance maladie et les organismes d'assurance d'une part et les pharmaciens d'autre part, sont réglées par des conventions nationales (art. 26 loi maladie).

Les conventions nationales, conclues au sein de la Commission permanente pharmaciens-organismes d'assurance, fixent le montant des honoraires pour les préparations magistrales et définissent les règles concernant les honoraires de responsabilité (7) en matière de délivrance des spécialités pharmaceutiques.

---

(1) art. 4, f I et art. 7, f I de l'A. R. n° 78 du 11 novembre 1967 relatif à l'exercice de la médecine, de la science des soins, des professions paramédicales et aux commissions médicales.

(2) toujours réglé par l'ancien A.R. du 31 mai 1885.  
Un nouvel A.R. n'a pas encore été pris.

(3) Service de Contrôle des médicaments de l'A. P. B., financé par les pharmaciens d'officine (voir A.R. du 1 septembre 1975).

(4) rapport au Roi sur l'A.R. du 9 février 1970.

(~) notamment en ce qui concerne le mode d'emploi, les effets secondaires, l'incompatibilité thérapeutique, la conservation, etc...

(6) A. P. B., Ann. Pharm. belges, numéro spécial, janvier 1972, p. 7.

(7) jamais appliqués.

Ces conventions règlent aussi les modalités du régime du tiers-payant (art. 27 et 32, par. 1, loi maladie).

Le pharmacien perçoit la part personnelle du bénéficiaire.

Les conventions sont approuvées par le Ministre de la Prévoyance sociale.

La dernière convention date du 22 décembre 1967, modifiée le 12 décembre 1974 et le 11 juillet 1975.

Les pharmaciens adhèrent individuellement aux conventions (art. 32, par. 4, loi maladie).

En cas de non-respect des honoraires fixés ou du prix des produits pharmaceutiques, le pharmacien est tenu de verser à l'I.N.A.M.I. une indemnité égale au triple de l'infraction, avec un minimum de 1.000 fr., à titre de sanction.

D'autres infractions sont aussi pénalisées d'une sanction de 1.000 fr.

Le pharmacien peut également être exclu temporairement ou, en cas de récidive, définitivement du régime du tiers-payant.

Les conventions pharmaciens-assurance maladie et organismes d'assurance ont toujours donné satisfaction.

Le seul point qui doit être examiné de plus près, est la façon de régler les honoraires des pharmaciens en ce qui concerne la vente de spécialités.

Comme cela a déjà été signalé, le pharmacien reçoit 31 p. c. du prix de la spécialité vendue.

Le chiffre d'affaires sera donc proportionnel au volume des ventes.

Depuis longtemps (1) on plaide pour le remplacement de la marge bénéficiaire par des honoraires.

Le Ministre de la Santé-publique et de la Famille, J. De Saeger, déclarait à l'occasion du 25ème anniversaire de l'Ordre des pharmaciens: "Dès lors, il me paraît juste de considérer la possibilité de remplacer la marge bénéficiaire propre aux produits commerciaux ordinaires par des honoraires appropriés lorsqu'il s'agit de médicaments." (traduction) (2)

---

(1) B. Huyghe: De apoteker en zijn wereld. Polycopié. 1972, p. 74.

(2) Brochure commémorative, p. 48.

Bien que la loi du 18 juillet 1973 ait introduit dans l'article 2bis du Code de Commerce, une disposition prévoyant que le pharmacien n'est pas un commerçant, il semble toutefois que la façon dont il est rétribué se rapproche de celle des commerçants.

Le Code de déontologie pharmaceutique a pourtant voulu décommercialiser nettement la profession du pharmacien d'officine (p. ex. pas de publicité, pas de recommandation au public, pas d'enseignes lumineuses) mais n'y est pas parvenu (paiement en pourcentage, prix de reprise, vente monopolisée, tendance à vendre toutes sortes de produits annexes allant de savon à la nourriture pour pigeons).

## § 2. Implantation des pharmacies

-----

Jusqu'en 1970, il n'existait aucune limitation à l'établissement de pharmacies s-officines.

A cette époque, la Belgique était le pays avec le plus grand nombre de pharmacies au monde (voir tableaux 82 et 83).

Tableau 82 : nombre d'habitants par pharmacie :

Belgique	1.952
France	2.900
Italie	4.000
Grande-Bretagne	4.500
Luxembourg	5.200
Allemagne fédérale	5.600
Danemark	14.300
Pays-Bas	15.000

Source: Chambre 1972-73, doc. 608/5, p. 26.

Documentation Fédération internationale pharmaceutique.

Tableau 83: pharmaciens (par 100.000 habitants)

	<u>en 1970</u>	<u>évolution en Belgique</u>
Belgique	70	1910 : 25
Italie	66	1930 : 26
France	63	1950 : 44
Irlande	57	1960 : 58
Luxembourg	49	1970 : 70
Danemark	40	1975 : 83
Allemagne féd.	37	
Royaume-Uni	31	
Pays-Bas	8	

Source: Rapport concernant l'évolution de la situation sociale dans la Communauté en 1974-75, p. 296-297 et l'Annuaire statistique de la Santé publique.

Les pharmacies sont réparties d'une façon inégale dans le pays.

La densité est la plus élevée dans les arrondissements d'Hasselt, Liège, Huy, Waremme, Namur, Bruxelles-capitale, Mons, Charleroi, Dinant et Thuin.

Cette densité nécessite de la part des grossistes un service plus important et plus coûteux, facilite la possibilité d'auto-médication et, d'après le Ministre de la Santé publique, une tendance à la surconsommation de médicaments apparaît dans les régions où beaucoup de pharmaciens se sont installés (1).

L'article 4, par. 1 de l'A. R. n° 78 du 10 novembre 1967, déjà mentionné, prévoyait que le Roi, sur l'avis des organisations intéressées, pouvait prendre toutes les mesures en vue d'adapter le nombre d'officines qui pourront être ouvertes au public en fonction des besoins de la santé publique sur le plan national, régional ou local et compte tenu des différentes formes de délivrance des médicaments.

L'arrêté royal du 9 février 1970 concernant la répartition des pharmacies ouvertes au public et pris en exécution de cette disposition visait - selon le rapport au Roi - à réaliser une répartition équilibrée des pharmacies, à favoriser le regroupement de pharmacies superflues, à neutraliser la tendance à établir des officines uniquement dans les villes et à obtenir des pharmacies plus importantes (3).

Cet arrêté et l'arrêté royal ultérieur du 27 octobre 1972 prévoyant qu'une officine ouverte au public ne peut être installée, fusionnée ou transférée que si, ou bien le Roi (premier arrêté) ou bien le Ministre (second arrêté), en a donné l'autorisation, ont été annulés par l'arrêt n° 16.165 du Conseil d'Etat du 14 décembre 1973 pour cause d'illégalité.

L'arrêt de la Cour de Cassation (4) du 11 mai 1973 avait déjà dénoncé l'illégalité des deux arrêts mentionnés.

---

(1) Chambre 1972-73, doc. 608/5, p. 4.

(2) pris en exécution de l'art. 1, 8°, a, de la loi du 31 mars 1967.

(3) avantages: mise au travail de pharmaciens auxiliaires, meilleure répartition des tâches, meilleur équipement, réserves plus importantes, temps libre pour recyclage et études, possibilité de remplir une tâche consultative.

L'A. R. ne permet pas de fermeture de pharmacies mais encourage les fusions et octroie des indemnités en cas de renonciation volontaire à l'autorisation pour autant que les officines concernées ne soient pas nécessaires aux besoins de la Santé publique.

(4) R. W. 1973-74, 92.

Le texte de l'article 4. § 3 a été dans la loi du 17 décembre 1973 remplacé par d'autres dispositions: pour l'ouverture, le transfert ou la fusion de pharmacies ouvertes au public, une autorisation préalable est nécessaire.

A la suite de cette loi, le Roi (1) a fixé des critères concernant la répartition des pharmacies :

Résumons sommairement :

- une pharmacie par 2.500 - 3.000 habitants dans les communes de plus que 30.000 habitants
- une pharmacie par 2.000 - 2.500 habitants dans les communes de 7.500 à 30.000 habitants
- une pharmacie par 1.500 - 2.000 habitants dans les communes de moins de 7.500 habitants.

Ces critères devront probablement être revus à la suite de la restructuration de beaucoup de communes,

L'autorisation d'ouvrir une pharmacie est délivrée sur avis motivé d'une commission d'installation avec possibilité d'appel auprès d'une commission d'appel.

Lorsque l'avis est défavorable, la décision du ministre doit être défavorable.

Le ministre peut déroger à un avis favorable par une décision motivée.

Ce règlement bizarre a été instauré pour éviter que le ministre soit influencé politiquement (2).

Lorsque la commission d'installation émet un avis favorable concernant l'installation dans des régions à faible densité de population, le Ministre a toujours suivi la commission, souvent à l'encontre des avis de ceux qui souhaitaient une politique plus restrictive (3).

Entre le 1 janvier 1970 et le 31 décembre 1975, 366 autorisations ont été accordées (voir les tableaux 85 et 86).

Tableau 85 :

	<u>demandes</u>		<u>autorisations accordées</u>	
	nouvelle	transfert de	nouvelle	transfert de
	pharmacies	pharmacies	pharmacies	pharmacies
1970	347	124	30	33
1971	297	94	120	68
1972	269	98	103	107
1973	228	79	22	75
1974	178	71	44	44
1975	<u>165</u>	<u>102</u>	<u>47</u>	<u>128</u>
	1.484	568	366	455

(1) A. R. du 25 septembre 1974

(2) Chambre 1972-73. doc. 608/5, p. 4 et 8; Sénat 1972-73. doc. 385. p. 9

(3) Chambre 1974 - 75, doc. 649/3. p. 2

Tableau 86 : Avis de la commission d'installation

	<u>Nouvelles pharmacies</u>		<u>transferts</u>		<u>fusions</u>	
	+	-	+	-	+	-
1970	123	151	71	4	1	0
1971	102	141	85	2	6	0
1972	83	203	71	3	1	1
1973	34	229	83	4	0	0
1974	0	0	15	0	0	0
1975	42	102	133	1	1	0

La croissance du nombre de pharmacies est plus élevée pendant la période 1970-74 que pendant la période 1965-69.

Il existe donc uniquement un relâchement dans les grandes villes, mais pas d'implantation planifiée des pharmacies-officines.

Au 1 janvier 1966, il y avait 4.376 pharmacies en Belgique.

Au 1 janvier 1970 : 4.592 (+ 216)

Au 1 janvier 1975, après 5 ans de régime d'autorisation, 4.999 (+ 407).

Le nombre de pharmacies a donc encore augmenté en Belgique d'une façon accélérée.

Il est vrai que cette augmentation s'est accompagnée d'une diminution du nombre de médecins dépositaires (voir par. 3) ce qui stabilise le total des deux (voir tableau 87).

Tableau 87: nombre moyen de pharmacies et de médecins dépositaires

1967	4.463	1.000	5.463
1970	4.703	759	5.462
1971	4.755	684	5.439
1972	4.823	635	5.458
1973	4.889	587	5.476
1974	4.932	532	5.464
1975	± 5.200	499 (au 30 juin)	± 5.699

Source: I. N. A. M. I.

La mesure esquissée ci-dessus a effectivement entraîné une diminution du nombre d'étudiants en pharmacologie :

	<u>1^{er}ne candidature</u>				<u>diplOme de fin d'étude s</u>			
	<u>avec doublants</u>				~~~~~? ? ~			
	(1)		(?)		{2}		(1)	(2)
1964-65					449	100		
1965-66	812	100	624	100	606	135	192	100 193 100
1969-70	1.390	171	1.387	222	1.035	230	327	170 353 183
1910-11	1.269	156	1.266	203	898	200	431	224 478 248
1911-12	1.055	130	1.052	168	754	168	436	227 519 269
1912-13	928	114	928	149	636	142	511	266 541 280
1973-74	842	103	842	135	599	133	545	284 571 296
1974-75	643	79	719	115	719	116	510	265 545 282
1975-76								

(1) Source: Ministère de la Santé publique

(2) Source: Fondation Universitaire.

En France, le système de "numerus clausus" est actuellement très critiqué :

"Il va de soi qu'à cause de cette règle, les officines à vendre sont rares, celles qui sont installées depuis longtemps d'une haute rentabilité, et Qu'elles se négocient à prix d'or. D'où les coûts exorbitants que subissent les jeunes pharmaciens qui veulent s'installer; d'où la nécessité d'une marge bénéficiaire notable.

"Il importe donc de rompre ce cercle vicieux en supprimant les contraintes artificielles qui pèsent sur ce marché, d'assouplir cette règle du "numerus clausus", de renoncer au blocage des prix à la baisse. afin que tout pharmacien puisse s'installer où bon lui semble, et pratiquer, s'il le peut, une politique des prix, comme dans divers pays. au Canada, par exemple. "(1)

La loi du 17 décembre 1973 mentionnée. imposait aussi au Roi de définir les règles pour :

- l'arrêt définitif de fonctionnement d'une pharmacie à céder;
- la constatation et l'évaluation de transfert d'éléments corporels et incorporels d'une pharmacie (2) et le contrôle sur ce transfert;
- la fusion de pharmacies;
- l'indemnité en cas de fermeture de pharmacies ou la subvention en cas d'ouverture d'une pharmacie.

Au 1^{er} janvier 1976. ces arrêtés d'exécution n'étaient toujours pas publiés.

(1) C. en G. Mathé, l.c. p. 147-148

(2) Au Sénat. un membre a exprimé l'opinion que cette disposition resterait lettre morte. (Sénat 1972-73. doc. 385. p. 5).



Sur le plan de l'assurance maladie, deux de ces arrêtés peuvent cependant avoir des répercussions.

D'abord l'arrêté concernant l'arrêt de fonctionnement de certaines pharmacies à cèder.

Il faut poursuivre une diminution de l'offre superflue.

Ensuite l'arrêté concernant le transfert d'une pharmacie.

La reprise de pharmacies donne lieu à beaucoup de critiques parce que les prix convenus s'élèvent à des millions de francs.

Il est à craindre que ce prix ne soit souvent surestimé de telle sorte que le pharmacien qui reprend une officine, ne pourra amortir le prêt conclu pour un maximum de 10 ans seulement, que par une vente plus élevée.

Il se pourrait également que des personnes disposant de capitaux, rachètent de plus en plus, des pharmacies, qu'elles peuvent louer à des pharmaciens pour un certain montant (voir tableau 88).

Tableau 88 : propriété des pharmacies.

propriété personnelle:	3.775
A. S. B. L. ou coopérative :	490
autres formes de propriété	<u>734</u>
	4.999

A ce sujet, il est proposé de fermer progressivement toutes les pharmacies qui n'atteignent pas un certain chiffre d'affaires annuel (p. ex. 2 1/2 millions de F ), sauf si leur présence est nécessaire pour que la population accède facilement à une pharmacie.

D'ailleurs, il est inadmissible d'attribuer une valeur commerciale au droit de tenir une pharmacie.

Au Grand-Duché du Luxembourg, il est interdit d'attribuer à ce droit - qui s'appuie sur un monopole accordé par la communauté - une valeur commerciale.

Le prix de vente ne devrait comprendre que les meubles, l'outillage et la réserve de médicaments.

En outre, il est peu démocratique que les modalités désuètes d'achat d'étude notariale par le plus offrant, soient maintenant appliquées aussi aux pharmacies.

Les pharmacies ne devraient pas être accordées au plus offrant mais selon l'ordre d'une liste d'attente de pharmaciens (1) établie par province.

§ 3. Cumul médico-pharmaceutique.

-----

Suivant les articles 11 et 12 de la loi du 12 mars 1818, vu la pénurie de pharmaciens, il était permis aux médecins de la campagne de délivrer des médicaments à leurs patients.

Fin 1975, il existait 399 médecins dépositaires en Flandre et 88 en Wallonie.

Les lois du 25 juillet 1952 et du 12 avril 1958 restreignaient déjà le cumul médico-pharmaceutique.

Un nouveau projet de loi (2) veut aller encore plus loin dans ce sens.

Les 340 dérogations existantes et perpétuelles ont été maintenues.

Les 94 (3) dérogations temporaires seront supprimées dès que, dans un rayon de 5 km. du dépôt, une pharmacie ouverte au public sera installée.

Les médecins autorisés à tenir un dépôt sont obligés de se procurer les médicaments dans une pharmacie de la province (4) où est situé le dépôt.

Néanmoins, il est remarquable de constater que certains médecins qui tiennent simultanément une pharmacie, sont des acheteurs importants de médicaments.

Les possibilités qu'offre le nouveau projet de loi, de se procurer des médicaments dans toute la province, rend encore plus difficile un contrôle éventuel.

---

(1) au mois d'octobre 1975, il y avait 271 pharmaciens chômeurs.

(2) Chambre 1974-75. doc. 649/1

(3) à augmenter de 44 demandes de révision: 45 demandes de maintien de l'autorisation s'y ajoutent encore.

(4) précédemment de l'arrondissement. L'extension a été introduite à la suite d'un amendement du Représentant Niemegeers (voir Chambre 1974-75. doc. 649/2).

#### § 4. Consommation de médicaments.

-----

En ce qui concerne les pharmaciens, l'Ordre des pharmaciens a établi une règle déontologique (1) qui interdit la publicité auprès du public (dans la vitrine, par des enseignes lumineuses, par des affiches, etc... ) pour un médicament.

Il est possible néanmoins à un pharmacien de recommander verbalement certains médicaments, en vente sans prescription médicale, à un client qui lui demande un conseil.

#### § 5. Revenu des pharmacies-officines.

-----

Le revenu exact de la pharmacie-officine est important pour déterminer si la marge bénéficiaire accordée n'est pas exagérée.

Le règlement actuel est tel, que les bénéfices du pharmacien deviennent plus importants au fur et à mesure que la consommation des produits pharmaceutiques s'accroît et que le prix de ces produits augmente (2).

L'accroissement du nombre de pharmacies fait cependant baisser ces bénéfices moyens.

Beaucoup de pharmacies sont d'ailleurs exploitées comme revenu secondaire.

L'accroissement du nombre de pharmaciens d'officine féminins confirme partiellement cette situation.

1932	:	5,4 p. c, du total
1964	:	24,3 p.c. du total
1975	:	33,8 p. c, du total.

Certaines dépenses, comme les salaires, le loyer et l'équipement accusent aussi une augmentation qui fait baisser les bénéfices.

---

(1) sixième règle du 15 juillet 1965.

(2) il existe un plafond de 200 fr. de bénéfices qui a été relevé à 250 fr.

D'après III. N. A. M. I., l'évolution du revenu brut moyen par pharmacie, provenant de la vente de préparations magistrales et de spécialités prises en considération pour l'intervention de l'assurance maladie, est la suivante :

	<u>Revenu brut</u>	<u>1967 = 100</u>
1961	551.200 F	100
1968	606.300 F	110
1969	653.100 F	116
1910	140.200 F	134
1971	724.000 F	131
1912	794.300 F	144
1913	893.900 F	162
1914 (provisoire)	973.800 F	171

Ces données sont incomplètes car l'assurance n'a pas pu tenir compte :

- de médicaments achetés par les hôpitaux;
- des spécialités qui ne sont pas prises en considération pour remboursement;
- des autres produits vendus par les pharmaciens (ouate, savon, aliments d'enfants, nourriture de pigeons ...).

On a recherché des chiffres exacts mais ils semblaient difficiles à obtenir.

Dans les milieux de pharmaciens, on avance un chiffre d'affaires moyen déclaré au fisc de 3,5 à 4,3 millions de F pour 1973 et 74.

D'autres chiffres pour 1973 varient entre 5,5 et 7,7 millions de F.

D'autres chiffres encore évaluent le montant des ventes des médicaments pour 1975 dans une certaine province entre 3,8 et 4,7 millions de F.

Il existe de nettes différences entre les régions (ville ou zone rurale, avec un chiffre inférieur dans les villes), les villes (Anvers p. ex. a un chiffre de maladie plus élevé que Gand) et les provinces.

Sur base des déclarations de T. V. A. en 1974, le chiffre d'affaires s'élèverait à :

Taux de 6 %	23.555.905.578	+
Taux de 14 %	72.955.039	+
Taux de 18 %	644.954.110	+
Taux de 25 %	633.946.189	+
Exportations	9.460.742	+
Notes de crédit	34.652.466	-
	<hr/>	
	24.882.569.192	F

Le chiffre d'affaires moyen s'élève, selon le Ministère des Finances, à 4.613.530 Fr (1^{er} V.A. exclue).

Un chiffre d'affaires de 4.613.530 fr. donne un chiffre-venu moyen brut d'environ 1,5 milliards de fr.

Le prix de reprise d'une pharmacie constitue une autre indication.

En cas de reprise d'une pharmacie, le prix de reprise est habituellement calculé sur base du chiffre d'affaires multiplié par le coefficient 1,1.

Un prix de reprise de 6 à 10 millions de fr, prix habituellement demandé, signifie donc un chiffre d'affaires de 5,5 à 9 millions de fr.

Si l'on ne tient pas compte des pharmacies non rentables susceptibles de fermeture ou maintenues pour assurer la distribution en zone rurale, le gouvernement peut certainement économiser en réduisant les marges bénéficiaires des pharmacies proportionnellement à l'augmentation de la consommation et du prix des médicaments.

Une réduction des marges bénéficiaires des grossistes peut être justifiée comme suit:

- a) actuellement des ristournes sont déjà accordées aux pharmaciens;
- b) une partie du commerce en gros est indirectement dans les mains de pharmaciens;
- c) l'augmentation constante du prix de produits pharmaceutiques constitue déjà une source de bénéfices supérieurs;
- d) grâce à une rationalisation, une partie du commerce en gros pourrait faire baisser ses frais généraux.

Les arguments suivants justifient une réduction de la marge bénéficiaire des pharmaciens:

- a) plusieurs pharmaciens accordent déjà des ristournes;
- b) la marge bénéficiaire d'une pharmacie rentable est assez élevée;
- c) la marge bénéficiaire des pharmaciens est favorablement influencée depuis des années, par l'augmentation de la consommation et du prix des spécialités pharmaceutiques.

L'arrêté ministériel du 10 février 1976 réglementant les prix des spécialités pharmaceutiques et d'autres médicaments maintient cependant les marges bénéficiaires existantes et porte le bénéfice maximum par prestation à 73 fr. (avant 58 fr.) pour le grossiste et à 250 fr. (avant 200 fr.) pour les pharmaciens, soit une augmentation de 25 p. c.

Cette augmentation est en partie une confirmation de la situation existante.

Dans le passé les marges bénéficiaires maximales n'étaient pas toujours respectées.

#### § 6. Les ristournes.

-----

L'attribution de ristournes a toujours fait l'objet de nombreuses discussions (1).

L'A. R. du 17 avril 1964 (2) interdit les ristournes au-dessus de 10 p. c, sur le prix réellement payé par le client.

Cette règle est aussi valable pour les pharmacies coopératives (3) sauf en ce qui concerne la répartition légale ou statutaire du surplus perçu (4).

La communication émanant de l'Ordre des Pharmaciens fait apparaître qu'un grand nombre de sanctions ont été infligées pour avoir accordé des ristournes.

Bien que la motivation soit toujours la dignité de la profession, le vrai motif réside dans la crainte de vendre en-dessous du prix.

De telles décisions peuvent être traitées en termes financiers (5).

La tendance à accorder des ristournes prouve également qu'il existe une possibilité de réduire la marge bénéficiaire des pharmaciens.

- 
- (1) voir aussi T:db. Bruxelles, 21 mars 1956 R. J. 1956, 342.  
Cour Bruxelles 28 mai 1958 Pas. 1959, II, 55; Casso 2 juin 1960, A. J. 1961, 206; Casso 22 janvier 1964 R. J. 1964, 126.
- (2) pris en exécution de l'A. L. 22 janvier 1945. Cet arrêté s'est avéré en contradiction avec l'art. 2, troisième alinéa de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments. Voir J. Stuyck, l.c., 628, n° 5. La loi du 9 juillet 1975 contient une motivation légale en vue d'un nouveau arrêté.
- (3) depuis l'A. R. du 13 février 1967.
- (4) Conseil d'Etat, arrêt n° 16.170 du 19 décembre 1973.
- (5) J. Swennen: Juridische organisatie van het vrij beroep. Deurne-Anver-e 1975, p. 131.

CHAPITRE XII : CHIRURGIENS-DENTISTES ET PARAMEDICAUX

---

§ I. Chirurgiens - dentistes

---

Les relations entre les organisations représentatives des chirurgiens et les organismes d'assurance sont réglées par des conventions.

Ce règlement identique à celui des médecins a été traité au Chapitre X, § 2, B.

La dernière convention approuvée date du 22 décembre 1975.

Elle est valable jusqu'au 31 décembre 1976.

Le nombre de chirurgiens - dentistes engagés est inférieur à celui des médecins ( voir tableau 89 ).

Tableau 89 : nombre de chirurgiens-dentistes (1974)

Anvers	78,68
Brabant	67,59
Flandre Occ.	88,93
Flandre Orient.	84,70
Hainaut	74,75
Liège	60,82
Limbourg	85,92
Luxembourg	71,11
Namur	66,36
<hr/>	
Royaume :	74,05

Généralement le nombre de chirurgiens-dentistes est considéré comme insuffisant :

	<u>nombre</u>	<u>fêr millier d'habitants</u>
1955	1.345	0,15
1960	1.611	0,17
1965	1.859	0,20
1970	2.261	0,23
1972	2.492	0,26
1975		

Source : Ministère de la Santé publique

	<u>nombre</u>	<u>par millier d'habitants</u>
1968	1.989	0.207
1969	2.030	0,210
1970	2.242	0,232
1971	2.510	0,259
1972	2.659	0,273
1973	2.789	0,286
1974	2.890	0,295

Source : L.N.A.M.I..

Comme c'est le cas pour les soins de santé en général, leur nombre est réparti d'une façon inégale dans le pays (voir tableau 90).

Tableau 90 : nombre de chirurgiens-dentistes (1) par 100.000 habitants et par région.

	<u>1 janvier 66</u>	<u>1 janvier 70</u>	<u>31 décembre 74</u>
Anvers	17	20	23
Brabant	34	37	37
Flandre Occ.	16	19	24
Flandre Orient.	16	19	27
Hainaut	15	17	17
Liège	30	23	30
Limbourg	12	14	19
Luxembourg	19	18	17
Namur	31	33	21
<hr/>			
Royaume	22	23	26
<hr/>			
Flandre	15	18	23
Wallonie	22	21	22
Bruxelles	52	60	52

(1) à l'exception des médecins-dentistes

Des données du " World Health Statistics Annuals " donnent les chiffres suivants en comparaison à d'autres pays :

(par 10.000 habitants )

	<u>1960</u>	<u>1968</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>
Belgique	1,5	2,0	2,3	2,3
Pays-Bas	2,2	2,5	2,5	2,6
Luxembourg	3,8	3,2	3,1	3,3
France	3,5	4,1	4,3	4,1
Italie	-	-	-	-
Allemagne féd.	5,7	5,2	5,1	5,1
Danemark	5,0	6,8	7,0	7,3
Grande-Bretagne	2,5	2,5	2,6	2,7
Irlande	2,1	2,1	2,1	2,0
Suède	6,8	8,0	8,4	8,2
Norvège	7,0	8,1	8,2	9,0
Suisse	4,1	4,0	4,0	3,8

Source : O.M.S.



On peut cependant s'attendre à une nette augmentation du nombre de médecins-dentistes (voir tableau 91).

Tableau 9J : étudiants en chirurgie dentaire.

	1ère candidature chirurgie dentaire		2ème candidature chirurgie dentaire
	avec les doublants	nouvelle génération	
1965-66	(1)		83
1969-70	(1)		120
1970-71	(1)		164
1971-72	(1)		166
1972-73	700	446	211
1973-74	1.121	792	210
1974-75	1.298	903	236

(1) non disponible - inclus dans les chiffres de la 1ère candidature de médecine.

Source : Fondation universitaire.

L'assurance maladie n'intervient que dans le régime général en ce qui concerne les soins dentaires.

Il est de plus en plus fait appel à des médecins-dentistes.

Le nombre de consultations évolue donc progressivement.

1966 : 0,07 consultations par bénéficiaire.

1974 : 0,10 consultations par bénéficiaire.

Le nombre augmente chez les T.I.P. (actives); la consommation reste au même niveau chez les V.I.P.O. :

	1974	Indice 1966=100
T.I.P.	0,11	157,14
V.I.P.O.	0,06	100,00
TOTAL	0,10	143,00

Il existe encore sans doute une sous-consommation en matière de soins dentaires.

Du point de vue de la santé publique, il est inquiétant de constater que les caries dentaires s'aggravent d'année en année.

Le service d'inspection médicale scolaire a constaté pour l'année scolaire 1972-73 sur 1.407.897 d'enfants examinés : 141.368 d'enfants avec caries, 24.683 de cas de pyorrhea et d'autres déviations et 16.239 de cas d'implantation dentaire anormale.

Des enquêtes épidémiologiques limitées concernant les caries, démontrent que les chiffres cités sont en dessous de la réalité (voir tableau 92).

Tableau 92 : enquête chez des enfants concernant les caries.

	enfants examinés	pourcentage de caries	nombre de dents cariées
Deurne	2.530	94 %	6,85 %
Liège	2.503	97,5	7,38 %
Gand	75 % des enfants entre 6 et 13 ans n'ont qu'une seule dent molaire intacte.		

Les enquêtes font apparaître que 85 % des dents cariées ne sont pas soignées.

Au Parlement (1) on a déjà insisté pour que des mesures soient prises.

Pendant longtemps plus d'attention a été donnée aux extractions dentaires qu'aux soins dentaires conservateurs, ce qui, finalement fait augmenter les dépenses pour prothèses dentaires.

Tableau 93 : honoraires au 1er janvier 1976 :

extraction d'une dent	L 10	23] Fr.
extraction de dent par dent supplémentaire au cours de la même séance	L 5	116 Fr.
obturation sans dévitalisation, une face	L 20	410 Fr.
obturation sans dévitalisation chez l'enfant jusqu'à sa douzième année, une face	L 30	574 Fr.

C'est pourquoi dans la nomenclature, la valeur de la lettre-clé L de soins dentaires a été fixée progressivement à un niveau plus élevé pour la conservation dentaire que pour l'extraction de dents (voir tableau 93).

De cette façon, l'I.N.A.M.I. a stimulé la conservation dentaire via la nomenclature.

Les dépenses globales par poste font apparaître que les soins dentaires conservateurs sont actuellement en augmentation (voir tableau 94).

---

(1) Intervention du Sénateur Mme. NAUWELAERTS-THUES, Sénat Ann. Parl., 26 novembre 1975, p.383.

Tableau 94 : dépenses pour soins dentaires ( en millions de fr. )

	1966	1973	1974	Index 1966=100
consultations	25,39	60,09	69,22	272,6
extractions de dents	171,34	277,79	295,36	172,4
prothèses dentaires	405,49	487,09	528,26	130,3
traitement orthodontique	89,92	( 153,41	( 166,94	( 183,6
avis ou examen orthodontique	0,98	(	(	(
soins dentaires conservateurs	299,98	825,70	997,97	332,6
	993,13	1.802,88	2.057,75	207,2

Pour 1974 on estime les dépenses à 2.863 de millions de fr. dont :

( en millions de fr. )	I.I.P.	V.I.P.O.	TOTAL	Indice 1966=100
consultations	74,9	17,5	92,4	363,9
extractions de dents	318,0	83,5	401,5	234,3
prothèses dentaires	230,1	485,4	715,5	17-6,6
traitement orthodontique	(	(	(	(
avis ou examen orthodontique	( 229,5	( 12,9	( 242,4	( 266,6
soins dentaires conservateurs	1.277,4	133,8	1.411,2	470,4
	2.129,9	733,1	2.863,0	288,3

Les dépenses pour soins dentaires par bénéficiaire évoluent comme suit :

	Indice
1966	139,45
1974	250,49
1976	336,82
	IOD
	180
	241,5

En matière de chirurgie dentaire, les problèmes suivants se posent :

1. compte tenu des listes approuvées par toutes les parties, l'assuré malade peut-elle continuer à fournir les montants nécessaires au financement des soins dentaires ?
- Faut-il cesser de rembourser certaines prestations ou les rembourser uniquement à certaines catégories sociales de bénéficiaires ?

2. comment combattre l'abus classique qui consiste à déclarer d'autres prestations que celles effectuées • ( p.ex. obturation de plusieurs face~ lorsqu'il n'y en a eu qu'une seule) ?
3. ne faut-il pas agir d'une façon plus éducative afin d'éviter les caries? N'est-il pas possible d'incorporer dans l'assurance maladie des sanctions en cas de négligence de soins préventifs ou conservatifs des dents d'enfants?
4. les médecins-dentistes, doivent-ils avoir le monopole des soins dentaires ?

N'est-il pas possible :

a) de créer comme en Nouvelle-Zélande où le système a connu un grand succès des " dental auxiliaires " pour les soins dentaires scolaires (1) ;

b) de former et d'agréeer des techniciens-dentaires en prothèses.

En matière de prothèses dentaires, il est bien connu que les médecins-dentistes réclament des prix très élevés (2).

Les prothèses dentaires sont remboursables par l'assurance maladie lorsque le bénéficiaire a atteint l'âge de 50 ans ou s'il souffre avant cet âge de certaines maladies.

L'union de techniciens-dentaires de Belgique insiste depuis J934 pour pouvoir placer eux-mêmes d'une manière indépendante des prothèses dentaires.

Cela ferait baisser les prix de 25 %.

La demande des prothésistes dentaires se heurte au monopole des médecins-dentistes.

A l'étranger notamment au Danemark, en Finlande, en Suisse (Zurich), au Canada, les prothésistes dentaires ont l'autorisation d'agir d'une façon indépendante.

En Belgique, les services du Ministère de la Santé Publique se bornent à déclarer que la loi ne le permet pas.

Un examen plus approfondi est indispensable.

5. le nombre croissant de radiographies effectuées par des médecins-dentistes ( d'après des sondages: 12,35 % des cas et J,85 % des dépenses).

---

(1) J.B. Stolte: De gezondheidszorg in Australië en Nieuw Zeeland. Tijd. voor soc. geneeskunde 1975, nO 22, p.705.

(2) Voir aussi Chambre 1975-76, Bull. n° 7 du 16 décembre J975, p.4J0, question du Représentant Suykerbuyk.

## § 2. Kinésithérapie

-----

Les relations financières et administratives entre bénéficiaires et organismes d'assurance d'une part et les kinésithérapeutes d'autre part, sont réglées par des conventions ( art. 26 loi maladie ).

Cela se fait au sein de la commission permanente kinésithérapeutes-organismes d'assurance.

La dernière convention date du 28 novembre 1975 et est valable jusqu'au 31 décembre 1976.

Elle n'engage le kinésithérapeute adhérent que pour les bénéficiaires qui gagnent moins de 342.707 Fr. par an augmenté de 25.503 Fr. par enfant à charge.

Le kinésithérapeute est directement payé par le bénéficiaire.

Avec l'accord du bénéficiaire, l'intervention de l'organisme d'assurance peut être liquidée directement à l'assuré.

Cette intervention s'élève à 75 % des honoraires conventionnels.

Pour les V.I.P.O. : 100 %.

Le non respect des honoraires est sanctionné d'amendes.

La grande majorité des kinésithérapeutes est conventionnée.

Les dépenses de kinésithérapie augmentent d'une façon vertigineuse :

	<u>régime général</u>	<u>indice</u>
1966	328,51 millions de fr.	100
1973	1.418,34 millions de fr.	431,7
1974	1.919,08 millions de fr.	584,2
1976 ( budget )	2.836 millions de fr.	863,3

Par bénéficiaire, l'évolution est la suivante :

1966	46,95	100
1974	238,33	508
1976	333,65	710,6

Le nombre de prestations dans le régime général augmente particulièrement chez les V.I.P.O. :

	<u>T.L.P.</u>	<u>V.I.P.O.</u>	<u>TOTAL</u>
1966	0,61	1,46	0,77
1974	1,08	3,55	1,61
Indice	172	243	209

La tendance à la croissance est favorisée par l'augmentation du nombre de kinésithérapeutes :

		<u>Indice</u>
31 décembre 1965	2.462	100
31 décembre 1970	4.847	196,87
31 décembre 1973	6.475	262,99
31 décembre 1974	6.854	278,39
31 décembre 1975	7.734	314,13

Chaque année un plus grand nombre de kinésithérapeutes est agréé par l'I.N.A.M.I. (voir tableau 95).

Tableau 95 : nouvelles agréments par l'I.N.A.M.I.

	<u>Gradués en</u> <u>kinésithérapie</u>	<u>Licenciés</u>	<u>Total</u>
1966	268	32	300
1967	325	40	365
1968	388	49	437
1969	484	51	535
1970	615	50	665
1971	731	33	770
1972	728	124	852
1973	685	127	812
1974	707	118	825
1975	773	146	919

Le nombre de kinésithérapeutes est réparti d'une façon inégale dans le Royaume ( voir tableau 96 ).

Tableau 96 : nombre de kinésithérapeutes par 100.000 habitants et par région.

	<u>31 décembre 65</u>	<u>31 décembre 69</u>	<u>31 décembre 74</u>
Anvers	26	35	56
Brabant	38	67	98
Flandre Occ.	26	43	64
Flandre Orient.	19	37	65
Hainaut	25	44	74
Liège	24	38	60
Limbourg	14	23	43
Luxembourg	12	27	46
Namur	20	34	75
<hr/>			
Royaume	26	44	70
<hr/>			
Flandre	22	37	
Wallonie	23	40	
Bruxelles	53	93	

En outre, l'interprétation administrative (1) permet non seulement le remboursement des prestations des kinésithérapeutes mais également celui des prestations effectuées par des élèves-stagiaires et des aides-non diplômés en présence d'un kinésithérapeute, sous son contrôle et à sa responsabilité.

Si les mille élèves de la 2ème année et les 850 élèves de 3ème année effectuent les 1.200 heures de stage imposées, ils peuvent théoriquement effectuer 2.400 prestations 0531.

Avec une intervention moyenne d'environ 200 fr., cela signifie presque un demi-million de fr. par élève-stagiaire.

A partir du 1er janvier 1974, la nomenclature a été modifiée.

Elle n'a pas apporté d'amélioration à la situation.

Les dépenses sont concentrées sur certaines rubriques ( voir tableau 96bis à 99 ).

---

(1) Séance Sénat 1968-69, bull. n° 81 du 3 octobre 1968, p.149-150, question du Sénateur Gregoire.

Tableau 96bis : dépenses kinésithérapie.

Code médical	remboursement	total dépenses salariés	régime	total dépenses régime indépen- dants
0531	M 17,5	1.584,77 millions de fr.		23,86
0532	M 12	136,30	" "	1,58
0533	M 5	0,89	" "	- (4)
0541	M 8,5	15,41	" "	0,19
0542	M 3	0,62	" "	-
0543	M 2	D,52	" "	-
0544	M 3	0,68	" "	-
0545	M 5	0,33	" "	-
0546	M 5	0,18	" "	0,83
0547	M 8,5	55,32	" "	-
0548	M 4	D,51	" "	-
0549	M 8,5	13,25	" "	0,07
0550	M 8,5	15,09	" "	0,43
0551	M 4,5	1,09	" "	-
0552	M 3,5	0,26	" "	-
0553	M 4	0,40	" "	-
		1.825,63 millions de fr.		26,20

(1) art. 7., § I A.R. du 16 novembre 1973 fixant la nomenclature des prestations médicales, A.R. ordo du 26 novembre 1974 et du 20 février 1975.

(2) M = 12,4123 fr. au 1er janvier 1975  
13,1134 fr. au 1er juin 1975  
13,8035 fr. au 1er janvier 1976

(3) sans les religieux

(4) moins de JO.CV> fr.



Tableau 97: dépenses en régime général pour 1974 ( par ordre d'importance)

code médical	TOTAL	T.I.P.	PENS.	VEUVES	INVAL.	NON PROTEG.
0531	1.584.776.883	653.202.728	514.029.436	225.434.100	173.701.981	18.408.588
0532	136.300.329	52.788.849	47.274.791	21.270.195	12.912.342	2.054.152
0547	55.315.531	25.812.037	16.301.335	7.298.310	4.965.733	938.116
0541	15.413.361	6.415.609	4.837.908	2.595.653	1.298.500	265.691
0550	15.098.950	14.597.570	176.338	41.810	120.709	162.523
0549	13.250.211	12.989.536	61.277	24.869	49.753	124.776
0551	1.086.700	971.090	58.610	31.479	19.933	5.588
autres numéros en dessous de 1 millions de fr.						
	1.825.627.116	768.890.534	583.974.728	257.264.874	193.486.776	22.010.204

Tableau 98: nombre de prestations en régime général en 1974 (par ordre d'importance ).

code médical	TOTAL	T.L.P.	PENS.	VEUVES	INVAL.
0531	9.706.999	4.617.809	2.822.120	1.218.021	929.443
0532	1.206.462	542.208	376.667	167.639	101.382
0547	701.927	369.946	183.287	81.423	55.120
0550	217.930	211.267	2.414	485	1.441
0541	193.034	92.538	54.132	28.809	14.192
0549	192.135	188.786	709	301	573
0543	30.564	23.337	3.122	2.022	1.768
0551	29.192	26.687	1.232	680	439
autres numéros en dessous de 25.000 fr.					
	12.387.344	6.129.178	3.472.321	1.512.403	1.113.936

Tableau 99 : nombre de prestations dans le régime des indépendants en 1974  
( par ordre d'importance ).

<u>code médical</u>	<u>T.L.P.</u>	<u>PENS.</u>	<u>VEUVES</u>	<u>INVAL.</u>	<u>TOTAL</u>
0531	46.088	6.063	2.931	88.361	143.443
0532	5.589	937	254	7.766	14.546
0547	3.147	369	253	6.987	10.756
0550	6.031	6	-	191	6.228
autres numéros : faible nombre de prestations.					
<b>TOTAL</b>	<b>63.486</b>	<b>7.599</b>	<b>3.634</b>	<b>105.396</b>	<b>180.115</b>

La prestation 0531 ( séance de kinésithérapie individuelle de 30 minutes avec massage manuel et orthopédie ) surpasse les autres.

La gymnastique prénatale et postnatale sont surtout effectuées individuellement ( 0549-0550 ). tandis que la gymnastique pré- et postnatale collective est peu suivie ( OSSI et 0552 ) ( voir tableau IOD ).

Tableau 100 : prestations de gymnastique pré- et postnatale.

	<u>nombre de prestations</u>	<u>remboursement</u>
0549	192.735	M 8,5
0550	277.930	M 8,5
0551	29.792	M 4,5
0552	8.944	M 3,5

Une comparaison entre le nombre de prestations et le tarif de remboursement applicable peut suffire comme explication.

Différentes mesures restrictives ont déjà été prises en matière de remboursement des prestations kinésithérapeutiques.

- a) part personnelle du bénéficiaire ( A.R. 10 juin 1971 ) : 25 % des honoraires. N'est pas applicable aux V.I.P.O.

La part personnelle est seulement exigible et n'est pas demandée dans certaines cliniques et polycliniques.

Les kinésithérapeutes habitant dans les environs de pareils établissements sont dès lors forcés de ne pas demander la part personnelle et travaillent donc sous le tarif;

- b) par jour et par patient, une seule des prestations peut être restituée ( art. 7, § 3, A.R. du 16 novembre 1973 ). Aucun contrôle n'est possible en cette matière.

Du 1 janvier 1964 au 31 décembre 1973, la règle était que les honoraires pour plusieurs prestations effectuées, ne pouvaient jamais dépasser M 12;

- c) prescription par un médecin et accord du médecin-conseil ( art. 7, § 5 A.R. 16 novembre 1973).

En pratique, il s'agit souvent d'une simple formalité.

- d) la prestation 0531 suppose une durée moyenne de 30 minutes pour massage et rééducation par mouvement.

Aucun contrôle n'est possible à ce sujet.

Afin de dominer les dépenses, il ne reste que les possibilités suivantes :

1. inclure les honoraires kinésithérapeutes dans le prix de la journée hospitalière ( art. 5, § 3 loi maladie ), ce qui entraîne une économie immédiate.

Le 5 mai 1975 M. le Ministre de la Prévoyance Sociale a adressé une lettre dans ce sens à son collègue de la Santé publique.

Il ne sera cependant pas facile de définir des normes quant au nombre de kinésithérapeutes ni de ventiler les coûts de kinésithérapie entre les patients hospitalisés et les ambulants.

On peut s'attendre aussi à ce que les prestations pour kinésithérapie soient imputées via les rhumatologues et les physiothérapeutes.

Le secteur psychiatrique **en** hôpitaux est le seul pour lequel on peut envisager d'inclure les prestations de kinésithérapie au prix de la journée hospitalière.

2. augmenter la part personnelle des bénéficiaires;
3. comme solution extrême : ne rembourser les prestations kinésithérapeutiques qu'en cas d'opération ou d'accident, dans le cadre d'un plan de rééducation ou en vue du traitement de certaines maladies et ne plus rembourser les autres prestations.
4. inclure la kinésithérapie dans l'assurance libre.

L'évolution des dépenses est telle que des mesures restrictives doivent être prises d'urgence.

Cette constatation ne diminue en rien les mérites du vrai kinésithérapeute dans notre système des soins de santé.

§ 3. Les infirmières  
 - - - - -

Les relations entre les infirmières et les bénéficiaires et les organismes d'assurance sont réglées de la même façon que pour les kinésithérapeutes (voir § 2).

La dernière convention date du 20 juillet 1972, avec des clauses de modification des 13 décembre 1973, 27 septembre 1974 et 12 décembre 1975.

Le bénéficiaire paie une part personnelle de 25 % pour chaque prestation.

Cette règle n'est pas applicable aux V.I.P.O.

Dans le régime des indépendants aucune intervention de l'assurance maladie n'est prévue.

Les bénéficiaires paient directement les infirmières.

Les dépenses pour les soins donnés par des infirmières et assimilées ont évolués dans le régime général, comme suit :

	Total - - -	Index - - -
1966	340,19 millions de fr.	100
1973	1.145,00 millions de fr.	336
1974	J.523,46 millions de fr.	448
1976 (budget)	2.003,7 millions de fr.	589

Par bénéficiaire cela donne :

		Index - - -
1966	47,76	100
1969	77,97	J63
1972	107,4J	225
1973	139,98	293
1974	183,61	384
1976 (budget)	235,73	494

La croissance des dépenses est influencée par l'adaptation des honoraires, le développement des services de soins à domicile et par l'augmentation du nombre d'infirmières ( voir les tableaux 101,102 et 103).

Les soins à domicile constituent néanmoins une économie en dépenses hospitalières que l'on ne peut chiffrer.

Tableau 101 : quelques statistiques concernant les services de soins à domicile.

<u>Croix jaune et blanche</u>	<u>1966</u>	<u>1974</u>	Indice <u>1966=100</u>
infirmières en chef	41	131	
infirmières	498	LIII	
	42 %	185 %	
hospitalières et gardes-malades	170	311	
	18 %	64 %	
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	739	1.677	227

( % = mi-temps )

Soins à domicile F.N.M.S.

<u>-----</u>	<u>1966</u>	<u>1973</u>	Indice <u>1966=100</u>
infirmières responsables	29	24	
infirmières	98	101	
accoucheuses	11	11	
gardes-malades	1	6	
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	139	142	102

Tableau 102 : nombre d'infirmières (I)

J968 :	9.622
1973 :	13.742
J974 :	14.694

Source: I.N.A.H.L.

Tableau 103 : évolution honoraires infirmières

	<u>1966</u>	<u>1976</u>	Indice 1966=100	Indice services 1966=100
T.I.P.	----	V.I.P.O.		
0621 (injection)	33	28	60	181 (
0623 (lavement)	33	28	60	181 (
0624 (pansement)	56	47	120	214,3 (
0630 (toilette)	56	47	144	257,1 « (décembre 1975)

(1) Ces chiffres sont surévalués.

Les organisations de soins à domicile tendent à une rémunération forfaitaire.

Actuellement les infirmières sous contrat d'emploi reçoivent une rémunération qui est financée par les honoraires perçus.

Afin de pouvoir subsister financièrement, les services mentionnés sont obligés d'imposer certaines normes de productivité, qui nuisent sans doute à la qualité des soins.

Une rémunération forfaitaire par infirmière reviendrait toutefois plus chère que des honoraires par prestations.

#### § 4. Accoucheuses

Le système de conventions est aussi applicable aux accoucheuses.

La dernière convention date du 26 février 1973 avec une modification du 12 juillet 1974.

L'intervention de l'assurance maladie s'élève à 100 % en cas d'accouchement par une accoucheuse.

Le bénéficiaire paie directement l'accoucheuse.

Les dépenses pour les prestations effectuées par les accoucheuses s'élèvent à :

##### a) dans le régime général :

1966	:	56,25	millions	de	fr.
1973	:	65,18	millions	de	fr.
1974	:	67,67	millions	de	fr.
1976	:	63,30	millions	de	fr.

##### b) dans le régime des indépendants :

1966	:	9,69	millions	de	fr.
1973	:	7,59	millions	de	fr.
1974	:	7,47	millions	de	fr.
1976	:	10,5	millions	de	fr.

Le nombre d'accoucheuses reste stable ( voir tableau 104).

Tableau 104: nombre d'accoucheuses:

1966 : 1.348  
1973 : 1.392  
1974 : 1.400

Source: I.N.A.M.I.

La ventilation des dépenses selon la tâche de l'accoucheuse, indique une forme plus onéreuse d'accouchement:

accouchements dans les établissements de soins: 3,6 millions de fr.  
accouchements à domicile : 0,7 millions de fr.  
assistance de médecins (1) : 70,8 millions de fr.

#### § 5. Prestations de prothèses

-----

Les relations entre les paramédicaux qui effectuent des prestations de prothèses, les bénéficiaires et les organismes d'assurance sont réglées de la même façon que pour les kinésithérapeutes ( voir § 3).

Les conventions en vigueur sont :

- a) pour les orthopédistes : convention du 20 juillet 1972, modifiée le 23 juillet et le 17 décembre 1974;
- b) pour les bandagistes : convention du 20 juillet 1972, modifiée le 23 juillet et le 17 décembre 1974;
- c) pour les acousticiens : convention du 27 octobre 1966;
- d) pour les opticiens : convention du 25 octobre 1966

---

C) en 1974, 24.000 accouchements ont été effectués par des médecins généralistes et 80.000 par des spécialistes.

Les dépenses dans le régime général ont évolué comme suit :

en millions de fr.)	bandagistes	orthopédistes	indice	opticiens	indice	acousticiens	indice
1966	278,09	112,59	100	269,40	100	64,68	100
1973	418,15		107	235,35	87	74,83	116
1974	412,84		106	322,63	120	85,90	133
1976(budget)	597,10		153	329,70	122	97,40	ISI

Dans ce domaine également le nombre d'auxiliaires paramédicaux est en augmentation ( voir tableau IOS ).

Tableau 105 :

	orthopédistes	bandagistes	opticiens	acousticiens
1968	388	881	2.230	301
1973	513	936	2.436	386
1974	523	949	2.485	400

Source : L.N.A.M.L

L'intervention de l'assurance maladie est fixée à 100 %.

Le Roi peut imposer une part personnelle aux bénéficiaires ( art. 25, § 4. loi maladie ) (I).

#### § 6. Problématique des paramédicaux.

Concernant les paramédicaux, deux problèmes se posent :

##### a) l'attribution d'un statut aux paramédicaux.

Après de multiples pressions, les infirmières ont obtenu la loi du 20 décembre 1974 concernant l'exercice de la science des soins.

(I) 25 % ( A.R. 8 juin 1967 )



Plusieurs arrêtés d'exécution (1) doivent encore être publiés.

D'autres paramédicaux attendent depuis longtemps une réglementation de leur profession, comme par exemple les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les logopédistes.

Les Académies royales de médecine n'avancent que lentement dans leurs avis.

De nouvelles professions requièrent une agrégation : les diététiciens, les techniciens de laboratoire (2), les chiropracticiens, etc...

b) l'adaptation de la nomenclature

Beaucoup de prestations techniques sont rénumérées comme si elles avaient été effectuées par un médecin.

Dans beaucoup de cas ( radiologie, examens de laboratoire), la prestation était effectuée par des techniciens qualifiés ou non.

Le même phénomène se présente dans certains groupes de paramédicaux (p.ex. les kinésithérapeutes) qui se font assister par des travailleurs non qualifiés.

La nomenclature devrait rejoindre ici davantage la réalité et fixer des tarifs de remboursement plus appropriés.

---

(1) voir A.R. du 22 octobre 1975 et du 3 décembre 1975 dans le M.B. du 6 décembre 1975.

(2) assistants en radiologie, assistants de laboratoire clinique, technologues médicaux, etc...

CHAPITRE XIII : PRESTATIONS SPECIALES. CHIRURGIE ET ANESTHESIOLOGIE.  
ACCOUCHEMENTS ET GYNECOLOGIE.

Parmi les dépenses consacrées à la médecine, l'accroissement le plus spectaculaire est celui des prestations spéciales, suite au développement de la technicité (voir tableau 106).

Tableau 106 : évolution des prestations spéciales

a) nombre de cas

	avis consultation visite	Index 1966 = 100	prestations techniques chirurgie et anesthésiologie gynécologie, surveillance en cas d'hospitalisation	Index 1966 = 100
1966	38.953.000	100	25.175.000	100
1970	47.105.000	121	47.154.000	187
1971	48.910.000	125	52.462.000	20a
1972	49.654.000	127	60.877.000	242
1973	51.979.000	133	69.206.000	275
1974	53.248.000	137	80.667.000	320

b) dépenses (en millions de F)

1966	3.469	100	5.007	100
1974	9.283	267	17.170	343

§1. Les prestations spéciales

Les postes à grand taux d'accroissement sont la biologie clinique et la radio- et radiumthérapie (voir tableaux 107 à 110).

Tableau 107 : dépenses du régime général (en millions de F)

	<u>1966</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>
stomatologie	73,63	191,12	70,84(1)	
radiodiagnostic (3)	1.028,10	2.563,58	3.280,57(1)	~ 304,2
radio- et radiumthérapie	58,42	336,83	132,82	
médecine nucléaire	-	-	340,82(2)	~ 810,7
médecine interne	336,15	1.046,76	1.039,55(4)	
rhumatologie	-	-	4,63(4)	
physiothérapie	262,45	417,90	564,10(4)	
dermato-vénérologie	2,82	8,20	7,26	257,4
biologie clinique	763,36	3.665,90	4.243,72	555,9

Tableau 108 : prix coûtant par bénéficiaire du régime général

	<u>1966</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>	<u>1976</u>	<u>Index</u>
stomatologie	10,34	8,58	83	38,47	372
radiodiagnostic	144,33	398,98	276	506,21	350,7
radio- et radiumthérapie	8,20	57,51	701	78,05	951,8
médecine interne	47,19	126,18	267	188,14	398,7
physiothérapie	36,85	69,11	189	77,60	210,6
dermato-vénérologie	0,40	0,88	220	1,71	427
biologie clinique	107,17	514,88	480	761,76	710,8

- 
- (1) transfert de la stomatologie vers le radiodiagnostic depuis 1974  
(2) la rubrique médecine nucléaire figurait auparavant sous la rubrique radio- et radiumthérapie.  
(3) on trouve également une partie des dépenses sous la rubrique maladies sociales, par exemple : la radiologie en cas de tuberculose ou la radio- et radiumthérapie en cas de cancer.  
(4) à totaliser depuis 1974.

Tableau 109 : dépenses du régime des indépendants (en millions de F)

	1966 (1)	1973 (2)	1974 (2)	<u>Index</u>
stomatologie	2,0	17,1	9,0	450,0
radiodiagnostic	1,1	334,8	409,8	37.254,54
radio- et radiumthérapie	0,2	43,0	18,2	9.100,0
médecine nucléaire	-	-	39,7	-
médecine interne	0,6	133,5	134,4	22.400,0
rhumatologie	-	-	0,5	-
physiothérapie	0,2	5,3	13,2	6.600,0
dermatologie	0,2	0,8	0,4	200,0
biologie clinique	1,2	476,0	534,3	44.525

Tableau 110 : prix coûtant par bénéficiaire du régime des indépendants

	1966	1974	<u>Index</u> 1966 = 100	1976 (3)	<u>Index</u> 1974 = 100
stomatologie	1,1	5,7	475,0	23,4	410,52
radiodiagnostic	0,7	260,1	37.157,14	359,1	138,06
radio- et radiumthérapie	0,1	11,6	36.800,0	48,5	131,79
médecine nucléaire	-	25,2	-	-	-
médecine interne	0,4	85,3	21.325,0	136,3	159,78
rhumatologie	-	0,3	-	-	-
physiothérapie	0,1	8,4	8.400,0	7,9	94,04
dermatologie	0,1	0,3	300,0	0,9	300,0
biologie clinique	0,7	339,0	48.428,57	534,1	157,55

(1) y inclus les handicapés

(2) à l'exception des communautés religieuses

(3) y inclus les communautés religieuses

La raison de cet accroissement réside dans le fait que la médecine se sert de plus en plus de moyens techniques, dont les trois principaux : le laboratoire, la radiologie et la physiothérapie.

Une enquête concernant 3.225 malades pour les mois d'avril et de mai 1968 indiquait les pourcentages de fréquence suivants: (1)

	milieu hospitalier ( 1.735 malades)	polyclinique (2.490 malades)
examens de laboratoire	66 %	55 %
radiologie	49,9 %	35 %
physiothérapie	14,1 %	13,9 %

Le recours à cette aide technique est encore beaucoup plus important dans les hopitaux universitaires en vue de la formation des étudiants.

Il déforme cependant l'image type de comportement du futur médecin qui s' imagine devoir avoir recours aussi fréquemment à ces techniques dans sa propre pratique.

a) radiologie

La nomenclature évalue pour chaque prestation radiologique tous les frais et charges (personnel, matériel) et les honoraires du radiologue.

Elle est d'application pour les prestations radiologiques à l'hôpital, en polyclinique ou au cabinet du médecin.

Dans la nouvelle nomenclature :

- 1° Un tarif préférentiel fut introduit pour les services qui s'adaptent à l'évolution (par exemple: amplification d'image, circuit fermé de télévision);
- 2° Le radiologue a été contraint d'être présent lors de la prestation;
- 3° Le radiologue s'est vu interdire la facturation d'une consultation (autorisée pour des non-radiologues);
- 4° Le tarif de remboursement de certains frais a été abaissé (par exemple: radiographie du squelette).

(1) K.C. Wanty-Dancot et A.K. Lizen : Incidences économiques de la radiologie dans le coût des affections soignées à l'hôpital et en service ambulatoire. BTSZ 1971.993-1.132.

Une des causes de l'accroissement des dépenses en radiologie est indubitablement la surproduction. :

Un radiologue écrit à ce sujet :

"L'explication de cet accroissement sans égal dans un seul domaine économique belge, ne tient pas à un sous-développement antérieur de cette branche de la médecine, mais à une rapacité et une avidité sans pareille des radiologues et des gérants d'hôpitaux qui de commun accord ont décidé de transformer cette branche de la médecine en un véritable "Las Vegas", procédant ainsi au pillage conscient et organisé des deniers de la sécurité sociale ...

"Dans les polycliniques et les hôpitaux, les gestionnaires imposent aux médecins qui sont leurs employés de "rentabiliser" les secteurs radiographie et laboratoire, sous peine de licenciement."

Un médecin-administrateur d'une importante C.A.P. ajoute encore à ceci: "J'ai été amené à demander souvent des radios de colonne ... alors que la demande est très précise et comporte deux clichés (face et profil) il est exceptionnel que je ne reçoive que les clichés demandés: il y a un mois j'en ai reçu 14".

Ce ne sont pas uniquement les radiologues, mais aussi d'autres fournisseurs de commandes qui font augmenter le nombre de radiographies, par exemple les praticiens dentaires (voir tableau III).

Tableau 111 : nombre de radiodiagnoses par fournisseur de commande

	<u>Dépenses</u>	<u>Cas</u>
1. Généraliste	0,37	0,62
2. Spécialiste diagnostic	64,36	59,42
3. Spécialiste diagnostic et autre spécialité	12,51	11,40
4. Spécialiste médecine interne	7,19	5,24
5. Autres spécialités	11,72	10,96
6. Praticiens dentaires	3,85	12,36
TOTAL :	100,00	100,00

Un sondage (1) concernant les dépenses pour radiodiagnostic suivant les principaux numéros de code souligne les "cas extrêmes" suivants (4 %) :

(1) voir documentation I 75/14 - 25 septembre 1975 - I.N.A.M.I., service des soins de santé.

<u>N° de code</u>	<u>dépenses</u>	<u>cas</u>
5013 (urographie intravéneuse)	4,90 ia	1,42 %
5049 (oesophage, estomac, duodénum)	4,55 ia	1,32 %
5070 (thorax)	3,39 ia	4,64 %
5071 (thorax)	9,86 ia	9,43 %
5154 (colonne vertébrale lombosacrée)	2,28 ia	7,28 ia
5162 (crâne, visage)	1,24 ia	4,77 %
5181 (radiographie intrabuccale de la dent)	2,87 ia	9,84 ia

Des examens radiologiques fréquents sont de plus considérés comme étant nuisibles à la santé (I).

A cet égard, on objecte parfois que le tarif de remboursement impose un certain nombre de clichés, comme par exemple :

<u>N° nomenclature</u>	<u>Nature</u>	<u>Nombre de clichés exigés</u>
5004	mammographie	minimum trois clichés
5036	estomac	minimum deux clichés
5038-39	estomac et duodénum	minimum huit clichés
5040-41	duodénographie	minimum six clichés
5044	transit intestin grêle	minimum dix clichés
5048	oesophage	minimum quatre clichés
	estomac et duodénum	minimum six clichés

Pour quelques prestations (par exemple 5044) un certain nombre de clichés est nécessaires pour pouvoir obtenir le résultat escompté.

Pour certaines prestations il est peut-être possible de diminuer le nombre.

En ce qui concerne la radiologie, il est absolument nécessaire

- 1° d'arriver à un contrôle de la production. Le radiologue qui prend plus de radiographie que demandé devrait s'en justifier par écrit auprès du médecin qui en a fait la commande;
- 2° de ne pas autoriser que des radiographies soient prises par des médecins non spécialisés ou du personnel auxiliaire non qualifié, à moins que dans ce cas il ne soit instauré un tarif moins élevé;
- 3° d'agréer les services de radiologie. Aucun inventaire, qu'il soit quantitatif ou qualitatif, n'a été établi. Les appareils vétustes ou non adaptés au point de vue sécurité devraient être interdits;

---

(I) voir questions parlementaires à la Chambre, des Représentants Vandemeulebroecke et Van Dessel, le 22 et 23 octobre 1975 (Chambre 1975-1976 Bull. n06, p. 347 et 348)

- 4° d'examiner si certaines radiographies imposées en tant que preuve de traitement ont quelque utilité (exemple : prestations 0436 et 0435 : bourrage racines dentaires);
- 5° d'inculquer au médecin que la réflexion au sujet d'une maladie et le diagnostic visuel sont peut-être plus difficiles mais sont également efficaces.

"De propedeutica, de traditionele onderzoeksmethodes, dit wil zeggen het ausculteren van de patiënten, het palperen van bepaalde organen, is steeds het alfabet van de geneesheer geweest.

Nochtans hechten de jongere collega's daar steeds minder belang aan.

Zij hebben er een gewoonte van gemaakt alles te laten uitmaken door biologie en radiografie." (I)

- 6° d'examiner si la délivrance de moyens de contraste - actuellement considéré comme médicament - doit nécessairement (2) se faire par le biais d'un pharmacien;
- 7° de laisser prendre les radiographies par des radiologues et exceptionnellement par des médecins à titre de prestation connexe. En cas d'exécution en tant que prestation connexe, le remboursement est actuellement plus élevé (honoraires + radiologie) (3);
- 8° d'examiner si la radiologie doit et sait être mise en application de la même manière dans la pratique privée qu'à l'hôpital. La radiologie en hôpital répond à d'autres besoins qu'en pratique privée.

#### b) Biologie clinique

Les dépenses pour la biologie clinique passeront, en régime général, de 763 millions de F en 1966 à 6.475 millions de F en 1976 et dans le régime des indépendants, de 1,2 millions de F en 1966 à 803 millions de F en 1976, soit de 100 % en 1966 à 848 % en 1976 pour le régime général et de 100 % en 1966 à 750 % en 1976 pour le régime des indépendants.

Pour la biologie clinique, les deux causes principales de l'augmentation anormale des dépenses sont : la surestimation de certaines prestations et la surproduction.

---

(I) Chambre, Ann. Parl., 8 janvier 1975, p. 992. Intervention du Député Valkeniers

(2) ceci n'est pas le cas pour le sulfate de barium

(3) la valeur relative plus basse définie en annexe à l'A.R. du 13 septembre 1972 ne fut, par accord en commission nationale médico-mutualiste, pas exécutée. L'annexe à l'A.R. du 16 novembre 1973 ne spécifie rien à ce sujet!



"Dans le domaine du laboratoire d'analyses médicales il est courant de voir effectuer "un complet" c'est-à-dire une analyse exhaustive de tous les composants du sang... il est évident que toutes ces prestations-bidons ne sont pas nécessaires il la santé de la population... les jack-pots de la médecine - dite "machine à sous" écrit un médecin.

Afin de remédier à cette situation, les mesures suivantes peuvent être examinées :

### 1) agrération et contrôle des laboratoires de biologie clinique

L'article 3 de la Loi du 20 juillet 1971 a ajouté un §6 à l'article 153 de la loi sur la maladie-invalidité qui dit :

"Pour les prestations de biologie clinique telles qu'elles sont définies par Lui, le Roi peut soumettre l'intervention de l'assurance soins de santé à la condition que ces prestations soient effectuées dans des laboratoires qui :

- 1° sont agréés par la Ministre de la Santé Publique sur base de critères techniques, de critères relatifs au contrôle de qualité et selon une procédure déterminée par le Roi;
- 2° sont agréés par le Ministre de la Prévoyance Sociale sur base de critères déterminés par le Roi, autres que ceux visés au 1°. Les arrêtés relatifs à ces critères d'agrération et concernant ces agrérations sont pris après avis d'un Conseil de la biologie clinique, créé auprès du Service des Soins de santé..."

Ceci ne fut jusqu'à présent suivi d'aucune exécution.

Des individus, soit des médecins, soit des pharmaciens-biologistes ou des licenciés en sciences, groupe sciences cliniques, sont cependant agréés en tant que biologistes cliniques (1). (voir tableau 112).

Tableau 112 : biologistes cliniques agréés

	médecins	lic. en sciences <u>pharmaciens</u>	lic. en sciences
31 décembre 1969	353	295	...
31 décembre 1974	446	412	13
31 décembre 1975	...	456	18

Source: I.N.A.M.I.

(1) voir à ce sujet A.R. 23 octobre 1972, remplacé par A.P. 23 juin 1975 après arrêt n° 16991 du Conseil d'Etat du 25 avril 1975.

La plupart des laboratoires sont dirigés par des médecins.

Les médecins considèrent la biologie clinique comme leur domaine (1) et voient l'entrée en scène des non-médecins comme "vol du gagne-pain" (2).

A ce sujet on peut se demander, lorsqu'un médecin "exploite" deux, trois ou quatre laboratoires, qui exerce une surveillance réelle.

C'est le laborantin exécutant le travail qui assume la responsabilité à la place des médecins-dirigeants.

Ici également certaines normes devraient être de rigueur.

## 2) La diminution du tarif de remboursement

Cette mesure fut déjà appliquée quelques fois mais les sommes épargnées furent d'habitude réutilisées pour augmenter la rétribution d'autres prestations des médecins.

La nouvelle nomenclature a aussi introduit trois nouvelles valeurs pour la lettre-clé N.

La première valeur (N = 13,1977 F) vaut pour les prestations de nature microbiologiques et anatomopathologiques (+ 25 %).

La deuxième valeur (N = 10,3969 F) pour les prestations courantes et automatisables (- 30 %).

La troisième valeur (N = 11,810 F) pour les autres prestataires.

3) la-2io!~S!~_f:in:que-1!!L2!~ tati2!  
 !!!_!~!!B!~2!_f~~~_élé~!! du 2!ix~!!-i~r!!ée~~ret!~!!  
 ~!!_!!~2!!!!

4) la-2io!~S!~_f:in:que-1!!L2!~ tati2!  
 !!!_!~!!B!~2!_f~~~_élé~!! du 2!ix~!!-i~r!!ée~~ret!~!!  
 ~!!_!!~2!!!!

Ceci présuppose cependant que le Ministère de la Santé Publique soit en mesure de calculer avec certitude, sur base de données comptables, un-prix coûtant valable.

(1) art. 2, §1, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967

(2) Questions et Réponses, ParI. Chambre 1975-1976, bull. n°2 du 12 novembre 1975, p. 88, question du Député De Vlies.

Ceci n'est pas le cas pour le moment (voir point 1).

- 5) Le tableau ci-dessous résume les dépenses et les cas effectués par les biologistes en 1968.

Un sondage indique comme prestataire de la biologie clinique :

	<u>Dépenses</u>	<u>Cas</u>
1. médecine générale	2,13	3,71
2. spécialiste en biologie clinique	51,36	47,93
3. spécialiste en biologie clinique et autre spécialité	2,01	2,26
4. spécialiste en médecine interne	18,93	20,27
5. autres spécialités	10,27	10,86
6. pharmaciens biologistes	15,30	14,57
	<u>100,00</u>	<u>100,00</u>

A l'occasion d'enquêtes effectuées par le service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I. il fut constaté que certains internistes procèdent systématiquement à un grand nombre d'analyses, à peu près toujours les mêmes, pour lesquelles ils atteignent en moyenne trente prestations de biologie clinique pour un même jour, ou dépassaient même ce chiffre.

- 6) Le tableau ci-dessous résume les dépenses et les cas effectués par les biologistes en 1968.

Certains laboratoires se limitent à n'effectuer que les examens rentables.

Du côté des universités on insiste donc sur une élévation appréciable des tarifs biologico-cliniques.

L'agrégation de laboratoires (voir point 1) pourrait permettre de remédier à cette situation.




---

(1) voir problème identique en radiologie.

Les dépenses pour la biologie clinique sont cependant influencées défavorablement par les frais croissants pour :

- a) personnel
- b) appareillage
- c) de nouvelles techniques analytiques dans lesquelles les méthodes cliniques sont abandonnées au profit de méthodes plus spécialisées telles que la chromatographie à gaz, l'absorption atomique, la spectrométrie de masse, etc...

## §2. Chirurgie et anesthésiologie

Les dépenses pour la chirurgie évoluent dans des limites normales (voir tableaux 113 à 118).

Tableau 113 : dépenses en régime général (en millions de F)

<u>Chirurgie</u>	<u>1966</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>
K 400		283,97	363,57	-
K 301 à 399	38,84	24,68		
K 226 à 300	3,00	4,99		
K 181 à 22S	91,62	172,63	694,77	-
K 121 à 180	119,81	198,85		
K 76 à 120	146,08	249,11		
K 7S et moins	277,81	566,46	604,54	217,6
<u>Anesthésiologie</u>	165,12	421,17	520,51	315
(1)				
Avec présence du médecin traitant	68,46	58,43	57,22	83,6

(1) Y inclus la réanimation

Tableau 114 : dépenses par bénéficiaires du régime

	<u>1966</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>	<u>1976</u>	<u>Index</u>
Chirurgie et anesthésie	118,25	293,68	248	430,09	363,7

Tableau 115 : nombre de cas par bénéficiaire du régime général

	<u>T.L.P.</u>	<u>V.L.P.O.</u>	<u>Total</u>
1966	0,26	0,42	0,29
1974	0,36	0,65	0,45
Index	ISO	ISS	ISS

Tableau 116 : dépenses en régime des indépendants

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>
chirurgie	153,7	231,4	260,3	169,3
anesthésiologie	41,3	69,3	82,3	199,2

Tableau 117 : dépenses par bénéficiaire du régime des indépendants

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>
chirurgie	91,3	145,0	162,3	171,7
anesthésiologie	24,6	43,4	51,5	209,3

Tableau 118 : nombre de cas par bénéficiaire du régime des indépendants

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>
chirurgie	0,05669	0,07741	0,07468	131,7
anesthésiologie	0,04048	0,04644	0,04407	108,8

La nouvelle nomenclature englobe de façon très visible beaucoup de nouvelles interventions ou de nouveaux libellés pour combinaison d'interventions (vaisseaux, thorax).

La grande chirurgie fut surtout revalorisée (K 400 et plus : + 25 %).

La classe intermédiaire resta inchangée, tandis qu'il y eut une diminution pour diverses petites opérations.

§3. Accouchements et gynécologie

-----

Les dépenses évoluèrent comme suit :

a) dépenses totales en régime général :

	<u>1966</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	Index <u>1966 = 100</u>
accouchements (1)	196,3	261,4	274,3	139,7
gynécologie	60,5	128,3	170,1	281,1

(1) sans accoucheuses

dépenses totales en régime des indépendants :

	<u>1969</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	Index <u>1969 = 100</u>
accouchements (I)	32	230,5	30,0	93,7
gynécologie	12,4	16,1	19,1	154,0

(I) sans accoucheuses

b) dépenses par bénéficiaires du régime général :

	<u>1966</u>	<u>1974</u>	Index <u>1966 = 100</u>	<u>1976</u>	Index <u>1966 = 100</u>
accouchements (1)	27,6	33,3	120,65	49,4	178,98
gynécologie	8,5	20,7	243,52	23,6	277,64

(1) sans accoucheuses

en régime des indépendants :

	<u>1969</u>	<u>1974</u>	Index <u>1966 = 100</u>	<u>1976</u>	Index <u>1969 = 100</u>
accouchements	19,2	19,0	98,95	29,2	152,08
gynécologie	7,4	12,1	163,51	17,0	229,72

Elles sont caractérisées par un glissement vers la médecine plus spécialiste: l'accouchement au domicile par une sage-femme est remplacé par l'accouchement en clinique, par un gynécologue, et le médecin de famille est refoulé en tant que médecin traitant pour les maladies de femmes, par un gynécologue.

#### CHAPITRE XIV : REEDUCATION

La rééducation est l'action de rendre à nouveau apte au travail une personne qui est handicapée suite à une certaine lésion (1).

Elle sait être fonctionnelle et fait alors partie du traitement médical.

Elle sait être professionnelle lorsqu'on tente de réintégrer un handicapé dans son ancienne profession ou de l'intégrer dans une nouvelle. La réintégration se fait ou non après reclassement ou réadaptation professionnelle.

L'assurance maladie-invalidité se charge de la rééducation de tous les bénéficiaires de soins de santé, même s'ils ne bénéficient pas d'indemnités d'invalidité.

Lors de la détermination du degré d'incapacité de travail, la rééducation possible n'est pas prise en considération.

La rééducation reçue peut avoir une influence sur l'estimation de l'incapacité de travail. (2)

L'indemnité pour incapacité de travail est diminuée de 10 % aussi longtemps qu'un bénéficiaire d'indemnités refuse de se soumettre à un programme de rééducation ou de recyclage professionnel proposé par son organisme assureur et décidé par le collège des médecins-directeurs (3)

Cette disposition a peu d'intérêt pratique. Aucun bénéficiaire ne refuse de façon formelle.

Un collège de médecins-directeurs des organismes assureurs est institué auprès du service des soins de santé. Il a comme tâche de décider si des programmes de rééducation au profit de bénéficiaires sont pris en charge par l'assurance maladie (art. 19 loi-maladie).

Les décisions ne sont pas souveraines (4).

(1) Dr. D. Lahaye, Schade aan de mens, deel II. Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in de geneeskunde. 1975, bIz 53.

(2) art. 56, §1, alinéa 2, loi-maladie tient compte de la rééducation professionnelle reçue pendant un recyclage.

(3) art. 235, A.R. 4 novembre 1963, mod. A.R. 16 décembre 1969.

4> Casso 5 septembre 1973, B.D.S. 1974, 34

La loi n'exclut pas la rééducation pour les handicaps congénitaux (1); elle exclut cependant bien l'intervention de l'assurance-maladie s'il s'agit d'handicaps auxquels il peut être remédié par une éducation ordinaire ou spéciale, sans nécessiter une rééducation proprement dite.

La différence entre éducation et rééducation, surtout lorsqu'il s'agit de logopédie ou de logoaconpédie, suscite de nombreuses controverses devant les Tribunaux du Travail (2) qui, selon l'avis de l'administration, ne savent pas y faire de distinction.

Le jugement qui reporte tous les frais de logopédie et de logoaconpédie sur l'I.N.A.M.I. devient une source de dépenses importantes.

Les dépenses pour rééducation sont évaluées comme suit :

a) Régime général (3)

1. Dépenses totales (en F)

	<u>T.I.P.</u>	<u>Index</u>	<u>V.I.P.O.</u>	<u>Index</u>	<u>Total</u>	<u>Index</u>
1966	33.461.479	100	5.600.192	100	39.061.671	100
1973	69.860.095	208,77	33.615.121	600,24	103.475.216	264,90
1974	72.557.571	216,83	36.577.394	653,14	109.134.965	279,39

2. Dépenses par bénéficiaires (en F)

	<u>T.L.P.</u>	<u>Index</u>	<u>V.I.P.O.</u>	<u>Index</u>	<u>Total</u>	<u>Index</u>
1966	5,83	100	4,04	100	5,48	100
1973	11,19	191,93	18,87	467,07	12,90	235,40
1974	11,53	197,77	19,82	490,59	13,41	244,70

b) Régime des indépendants (4)

1. Dépenses totales (en F)

	<u>T.L.P.</u>	<u>Index</u>	<u>V.L.P.O.</u>	<u>Index</u>	<u>Total</u>	<u>Index</u>
1973	10.909.788	100	1.781.330	100	12.691.118	100
1974	12.196.267	111,79	2.158.383	121,16	14.354.650	113,14

(1) Casso 5 septembre 1973, R.D.S. 1974, 34

(2) Un jugement du Tribunal du Travail de Bruges, division Ostende du 23 juin 1975 fait exception à ceci.

(3) à l'exception de la catégorie "personnes non protégées".

(4) à l'exception de la catégorie "communautés religieuses et communautés religieuses handicapées".



## 2. Dépenses par bénéficiaires (en F)

	<u>T.L.P.</u>	<u>Index</u>	<u>V.I.P.O.</u>	<u>Index</u>	<u>Total</u>	<u>Index</u>
1973	8,17	100	7,47	100	8,07	100
1974	9,26	113,34	8,34	111,64	9,11	112,88

Le collège de médecins-inspecteurs établit pour chaque cas un programme de rééducation et de recyclage et décide soit de fournir ce programme au Fonds national pour reclassement social des Handicapés ou à l'Office National de l'Emploi; soit d'accorder à l'organisme assureur l'autorisation d'en prendre en charge l'exécution. (voir tableau 119).

Tableau 119 : nombre de cas de rééducation

		<u>Index</u>
1966	2.767	100
1972	8.243	297,90
1973	9.161	331,08

Ces programmes englobent : rééducation, recyclage, orientation professionnelle, matériel et équipement lors de l'apprentissage, appareils spéciaux ou chariots, eet ...

Le collège précité peut également, en vue du reclassement, accorder des prêts sans intérêt afin de rendre possible une activité indépendante.

Il y a doute au sujet de l'utilité pratique de certaines rééducations.

Pour le Dr. Geerts (1) elle conduit parfois à prolonger la jouissance d'allocations.

"D'une façon générale, nous pensons que, pour parler sérieusement de réadaptation, il faut d'abord qu'un contrôle médical efficace réserve cette réadaptation à ceux qui sont réellement invalides au sens de la législation maladie-invalidité; on éliminera ainsi d'abord le gaspillage et les faux-fuyants. La réadaptation devra alors être réservée à ceux qui réellement ne sont pas plaçables sans une formation particulière, par exemple : les paraplégies, coxarthroses bilatérales, séquelles de tuberculose osseuse, les grandes amputations, etc ...

---

(1) L'évaluation de l'invalidité en sécurité sociale dans la communauté européenne. Bruxelles, 1974, p. 155.

La réadaptation une fois décidée par le médecin de commun accord avec le psychologue devrait être surveillée par un spécialiste du travail; il est en effet impensable que, pour des réadaptations professionnelles, toute l'autorité repose actuellement sur des médecins (le collègue des médecins directeurs dont la connaissance des métiers et du marché du travail est forcément réduite). Enfin, ces réadaptations devraient se faire sous la direction d'organismes locaux, tout au plus par des organisations provinciales, et non pas par un organisme central siégeant à Bruxelles et n'exerçant qu'un contrôle sur papier. Les facteurs professionnels et les possibilités de placement sont en effet très variables selon les régions géographiques du pays" (1)

La loi du 16 avril 1963 concernant le reclassement social des handicapés pourvoit également la rééducation.

Elle trouve application chez les personnes de nationalité belge ayant une diminution de 30 % de l'aptitude physique ou de 20 % de l'aptitude mentale.

L'arrêté royal du 29 mai 1968 a - moyennant certaines conditions - étendu l'avantage des dispositions de ladite loi du 16 avril 1963 aux personnes qui ne possèdent pas la nationalité belge (2).

Pour la rééducation fonctionnelle, l'indemnisation résiduaire du Fonds National pour le reclassement social des moins valides se montait, pour ce qui concerne les allocations pour rééducation suivant la nomenclature, à :

		<u>Index</u>
1966	521.000 F	100
1973	285.737.786 F	548
1974	386.276.246 F	741
1975	711.620.000 F	1.366
1976 (1)	736.300.000 F	1.413

---

(1) chiffres budgétaires, pour l'année 1975 : au 30 septembre 1975 : 467.000.000 F réalisés.

---

(1) Dr Geerts, t.a.p. p. 156

(2) doivent être admises de droit, au même titre que les handicapés belges et sans devoir satisfaire aux conditions posées par l'arrêté royal précité du 29 mai 1968, les personnes qui tombent sous le champ d'application du Règlement (C.E.E.) n01612/68 du Conseil concernant la libre circulation des travailleurs au sein de la communauté, dd. 15 octobre 1968.

(3) après épuisement des droits résultants de la loi maladie-invalidité.

L'Office National de l'Emploi a également un rôle à remplir lors de la réintégration d'handicapés chômeurs dans la vie économique : placement (1), contribution dans le salaire, etc... (2).

Le Prof. Lenaerts estime que le reclassement social des handicapés est de la compétence de l'Office de l'Emploi.

Il propose de confier à un seul organisme tous les arrangements concernant l'emploi, y compris ceux pour les handicapés.

Il est en effet réel que le placement dans des entreprises privées, en secteur public ou dans des ateliers protégés, la contribution dans le salaire et charges sociales d'handicapés mis au travail, l'adaptation de postes de travail, la formation dans des centres de formation professionnelle, l'aide financière à des ateliers protégés sont des tâches accordées sur la promotion de la mise au travail d'handicapés.

En tant que telle, l'activité de l'Office National de reclassement social se révèle parallèle à celle de l'Office National de l'Emploi et l'entrecroise.

La proposition du Prof. Lenaerts ne saurait cependant pas être acceptée entièrement parce que l'Office National de reclassement social a aussi d'autres tâches :

- a) rééducation fonctionnelle;
- b) information lors du choix des études ou de la profession;
- c) subventionnement de centres ou de services de rééducation : subventions pour entretien, pour l'érection ou l'agrandissement;
- d) agrégation d'auxiliaires paramédicaux (logopèdes, ergothérapeutes);
- e) aide sociale.

Le Fonds National pour le reclassement social des handicapés fut d'ailleurs intégré à l'Office National de l'Emploi par la loi du 14 février 1961, et à nouveau érigé en institution autonome par la loi du 16 avril 1963.

L'ensemble de la structure administrative en matière de réadaptation semble manquer d'unité à la base.

---

(1) voir art. 7 b, Convention n°88 du B.I.T. (loi 6 mars 1953)

(2) voir aussi Charte Sociale Européenne, tome I, 15° et tome II, art. IS

(3) Inleiding tot het sociaal recht 1973, N°20, 347 et 363

D'après l'article 13 de la convention n°130 du B.I.T. (I), les soins de santé comprennent également la rééducation médicale.

La rééducation fait partie du droit aux soins de santé.

On peut se demander s'il ne serait pas souhaitable d'y mettre de l'ordre :

- a) la rééducation : auprès de l'r.N.A.M.I. ou auprès du Fonds National pour le reclassement social des moins-valides;
- b) la mise au travail : auprès de l'O.N.E.;
- c) le subventionnement des centres de rééducation : auprès du Ministère de la Santé Publique;
- d) l'écolage spécial : auprès des Ministères de l'Education National;
- e) l'aide sociale : dans les centres pour le bien-être social (2).

---

(I) accepté le 25 juin 1969, non encore sanctionné par une loi. voir Chambre 1970-1971, document 959.

(2) voir projet de loi concernant les centres pour bien-être social (Sénat 1974-1975, document 581/1).

## CHAPITRE XV : MALADIES SOCIALES

L'article 121, 3° de la loi sur la maladie-invalidité spécifie que l'Etat prend à sa charge 95 p. cent, des dépenses relatives au traitement des maladies mentales, de la tuberculose, du cancer, de la poliomyélite et des affections et malformations congénitales, tant en ce qui concerne les frais d'hospitalisation en service spécialisé que le traitement spécifique,

L'article 26, 6° de la même loi dit que les prestations de santé englobent tout les soins préventifs que curatifs et entre autres le traitement des maladies précitées.

La reconnaissance d'une maladie en tant que maladie sociale ne signifie cependant pas que toutes les prestations se rapportant au traitement de cette maladie entrent comme telles en ligne de compte pour l'application de l'article 121, 3° de la loi sur la maladie.

Il doit s'agir de traitements dans un service spécialisé et de traitements spécifiques.

Les articles 154 à 163 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 décrivent, en application de la loi, ce qu'il faut comprendre par service spécialisé et traitement spécifique.

Le service spécialisé dans le traitement du cancer doit ainsi disposer d'un service pour le diagnostic, d'un service de chirurgie et d'un service de radiothérapie.

Par traitement spécifique il faut comprendre le traitement par rayons, des interventions chirurgicales et des traitements chimiothérapeutiques (1).

On retrouve l'origine du financement par l'Etat des maladies dites "maladies sociales" dans le rapport du groupe de travail parlementaire chargé de l'étude de l'assurance maladie-invalidité.

"L'Etat prendra à charge le traitement spécifique pour les maladies sociales •.."

"Certaines affections à savoir la tuberculose, le cancer, les maladies mentales et la poliomyélite présentent sur le plan social, une similitude en ce sens qu'elles sont généralement de longue durée et qu'elles nécessitent des soins coûteux susceptibles de ruiner les familles.

---

(1) L'arrêté ministériel décrivant ces traitements n'est pas encore paru. Le Conseil Scientifique pour le cancer ne fut jamais constitué.

"Les pouvoirs publics ne peuvent par ailleurs se désintéresser des mesures générales de prophylaxie, de prévention et d'harmonisation de l'armement thérapeutique qu'il convient de mettre à la disposition des malades qui en sont atteints.

" Sur le plan médical, une même similitude les réunit du fait de leur gravité et de la haute spécialisation des soins qu'elle nécessite.

"Ces mêmes considérations, tant sur le plan médical que social, seraient selon certains, également valables pour le diabète, affection très répandue parmi la population et dont les complications graves et les conséquences sur la capacité de travail ne peuvent être évitées ou réduites que par une surveillance constante et un traitement continu.

"Certains membres estiment que la liste des maladies sociales pourrait être précisée ou complétée en raison notamment des progrès constants de la médecine.

"Le coût élevé du traitement de toutes ces maladies sociales rend indispensable la couverture complète des frais engagés par les malades qui en sont atteints.

"Dans cette conception, le Groupe de travail estime que ces frais devraient être pris en charge par l'Etat; en considérant d'autre part le caractère général des mesures de prophylaxie, de prévention et de traitement qui doivent être prises à leur égard, il y aurait lieu, à son avis, d'envisager l'extension de cette protection aux assurés libres, voir même à l'entièreté de la population.

Il convient cependant de préciser que ce financement par l'Etat des frais de traitement des maladies sociales, ne pourrait avoir pour conséquence de retirer au secteur de l'assurance soins de santé et aux organismes assureurs, la mission de s'intéresser à la santé des personnes qui en sont atteintes.

"On ne pourrait par ailleurs pas imaginer que sans risquer de provoquer des complications administratives aussi coûteuses que vexatoires pour ces malades, ces derniers doivent nécessairement faire état du caractère particulier de leur affection, à l'occasion de chaque prestation médicale qu'ils réclament: il conviendrait de distinguer parmi les soins qu'exige la surveillance de leur état et leur traitement, ceux qui sont nettement spécifiques.

"L'intervention de l'Etat devrait essentiellement consister en un remboursement à l'Institution gérant l'assurance soins de santé, de certaines prestations particulières et non en une prise en charge de malades.

"Cette intervention de l'Etat exige une délimitation très précise à la fois des malades et des soins visés.

"Cette délimitation devrait s'inspirer des deux règles suivantes: pour les malades hospitalisés dans des établissements spécialisés l'Etat prendrait en charge tous les soins spécifiques ou non, notamment par le moyen d'une intervention forfaitaire; pour les traitements ambulatoires, seuls les soins spécifiques limitativement énumérés seraient pris en charge."

Lors des discussions parlementaires préliminaires à la loi-maladie de 1963, le financement spécial des maladies sociales posa les problèmes suivants:

#### 10¹ la notion "maladie sociale".

Limité à l'origine à quatre maladies (maladies mentales, tuberculose, cancer et poliomyélite), un amendement visant à ajouter les affections congénitales fut accepté (1). tandis que furent rejetés des amendements ou des propositions pour l'admission du diabète, des affections rhumatismales et des maladies infantiles (2).

Le Ministre de la Prévoyance Sociale déclara (3) que la liste acceptée était susceptible d'être allongée.

Le U.N.M.S. proposa une extension en faveur des affections rhumatismales, du coeur et des vaisseaux, et du diabète (4).

#### 2⁰ le montant de l'intervention de l'Etat.

Ce montant fut fixé à 95 pct. et non à 100 pct, afin de pouvoir justifier le droit d'administration par des mutuelles, des organisations d'employés et des organisations d'employeurs.

Dans l'organisation générale les dépenses pour les maladies sociales sont les plus importantes dans le secteur maladies mentales (voir tableau 120)

(1) Chambre 1962-63, document 527/16, p. 125.

(2) Amendement députés Dreze et Mundeleer (Chambre 1962-63, document 527/24; Ann. Parle. 25 juin 1963, p. 7, 26 juin 1963, p. 63). L'A.R. du 31 décembre 1972 classa également le lupus parmi les maladies sociales.

(3) Chambre 1962-63, document 527/16, p. 91.

(4) H. De Kerkheer : Le financement du droit à la santé. Congrès national U.N.M.S. 22-23 avril 1972. Brochure, p. 14.

(5) Amendements député Glineur (Chambre 1962-63, documents 527/10 et 527/18).

Elles comprennent essentiellement ( $\pm$  82 pet) des frais d'hospitalisation et pour une petite part ( $\pm$  18 pet) des honoraires.

Pour les indépendants qui bénéficient des mêmes avantages, (1) la même constatation est valable (resp. 80-20 pet) (voir tableau 120).

Tableau 120: dépenses pour maladies sociales

a) Régime général (en millions de frs).

	<u>1966</u>	<u>1974</u>	<u>1974</u>	<u>Index</u>
a) maladies sociales				
1. hospitalisation	647,23	1.549,23	1.951,73	302
2. traitement	60,89	219,41	330,78	543
3. chirurgie	108,28	1,51	1,60	1000
		<u>1.830,18</u>	<u>2.284,11</u>	<u>322</u>
b) tuberculose				
1. hospitalisation	242,64	204,67	230,39	94
2. traitement	15,06	33,97	35,58	236
3. chirurgie	1,38	3,40	2,13	111
	<u>259,08</u>	<u>242,04</u>	<u>268,10</u>	<u>103</u>
c) cancer				
1. hospitalisation	120,58	389,26	511,55	424
2. traitement	64,67	118,46	128,82	199
3. chirurgie	36,82	85,31	110,90	301
	<u>221,41</u>	<u>593,03</u>	<u>151,27</u>	<u>339</u>
d) poliomyélite				
1. hospitalisation	5,35	7,66	6,17	115
2. traitement	3,50	2,70	2,43	69
3. chirurgie	0,35	0,59	0,11	106
	<u>9,20</u>	<u>10,95</u>	<u>8,91</u>	<u>97</u>
e) affections et malformations congénitales				
1. hospitalisation	39,50	152,34	189,04	479
2. traitement	3,18	15,82	17,83	561
3. chirurgie	7,93	23,92	29,97	378
	<u>50,61</u>	<u>192,08</u>	<u>236,84</u>	<u>468</u>
<b>TOTAL</b>	<b>1.248,64</b>	<b>2.868,28</b>	<b>3.549,29</b>	<b>284</b>

(1) Voir à ce sujet: Conseil d'Etat - arrêt n° 16.174 du 18 novembre 1974, en cause Dumont c/ Etat.



b) régime des indépendants : (en millions de frs).

	<u>1966</u>	<u>1967</u>	<u>1968</u>	<u>index 1966=100</u>
a) maladies mentales				
1. hospitalisation	101,65	248,89	300,79	295
2. traitement	11,17	45,81	53,10	415
3. chirurgie	0,01	0,16	0,19	1.900
	<u>112,83</u>	<u>294,86</u>	<u>354,08</u>	<u>313</u>
b) tuberculose				
1. hospitalisation	16,94	12,22	15,51	91
2. traitement	1,55	3,51	4,78	308
3. chirurgie	0,12	0,14	0,29	183
	<u>18,61</u>	<u>15,87</u>	<u>20,58</u>	<u>110</u>
c) cancer				
1. hospitalisation	23,70	65,68	86,28	364
2. traitement	14,58	23,32	23,94	164
3. chirurgie	8,86	16,11	20,96	236
	<u>41,14</u>	<u>105,74</u>	<u>131,18</u>	<u>218</u>
d) poliomyélite				
1. hospitalisation	0,64	0,94	0,94	146
2. traitement	0,41	0,32	0,40	91
3. chirurgie	0,06	0,06	0,06	-
	<u>1,11</u>	<u>1,33</u>	<u>1,40</u>	<u>126</u>
e) affections et malformations congénitales				
1. hospitalisation	1,01	19,14	23,24	328
2. traitement	0,21	4,64	4,50	1.666
3. chirurgie		3,69	4,46	323
	<u>1,22</u>	<u>28,07</u>	<u>32,20</u>	<u>369</u>
<b>TOTAL</b>	<b>188,41</b>	<b>445,87</b>	<b>539,44</b>	<b>286</b>

La distinction entre les maladies sociales et les autres maladies n'a pas d'utilité.

Elle fut instaurée uniquement en vue du financement.

Ce mode de financement particulier entraîne énormément de travail administratif.

Il existe probablement (voir tableau 121) une différence d'interprétation des textes auprès des organismes assureurs au sujet des dépenses qui entrent en ligne de compte.

Un organisme assureur semble à première vue placer plus de dépenses sous la rubrique maladies sociales que l'autre.

**Tableau 121 : dépenses par bénéficiaire pour les maladies sociales (régime général)**

en 1974	Maladies mentales	T.B. C.	Cancer	Affections
AMC	312,43	21,60	75,04	35,35
UMN	207,28	29,16	69,74	14,18
UMS	230,69	46,29	114,44	30,79
LML	222,32	28,95	159,44	17,40
UMP	202,87	23,39	91,27	12,89
CAXAMI	330,26	113,22	16,91	20,84

Sur le plan scientifique, il est tout aussi injustifié de cataloguer une maladie comme sociale et l'autre pas (par exemple le diabète, le rhumatisme).

Les soins à domicile pour des maladies telles que la TBC ont également eu comme conséquence que l'hospitalisation n'est plus la seule façon de soigner.

La prévention a aussi eu comme conséquence qu'une maladie telle que la poliomyélite est actuellement jugulée, comme aussi le choléra, le typhus, etc...

Pour toutes ces raisons, il est proposé d'abandonner la distinction maladies sociales - autres maladies.

Du point de vue administratif, cela signifie une simplification.

La répercussion sur le financement de l'assurance-maladie fut examinée sous le chapitre VII.

## CHAPITRE XVI : LES ORGANISMES ASSUREURS

### 1. Le pluralisme

-----

L'origine historique des mutualités, leur rôle dans la sauvegarde de la santé et les raisons politiques de leur maintien furent suffisamment expliqués au Chapitre V. par. 1.

Le nombre respectif d'ayants-droit, affiliés auprès des cinq unions nationales est, par ordre de grandeur, au 31 décembre 1974 :

	régime générale	personnes non protégées	indépendants (une activité)	handicapés	indépendants (activités mixtes)
1 AMC	3.658.636	35.924	191.281	17.823	113.922
2 UMS	2.343.470	21.311	187.261	2.034	29.001
3 UMN	822.956	16.440	295.357	3.669	15.049
-1 LML	173.721	8.080	128.197	1.112	8.333
5 UI-MP	506.212	12.099	156.361	797	15.594
à cela s'ajoute le CAXAMI	96.650	1.135	19.634	235	992
<b>TOTAL</b>	<b>8.201.645</b>	<b>94.989</b>	<b>1.584.091</b>	<b>25.670</b>	<b>182.897</b>

Les points de vue sur le pluralisme et le service de santé national furent suffisamment mis en évidence au sein du groupe de travail parlementaire chargé de l'étude des problèmes de l'assurance contre la maladie et l'invalidité, ainsi que lors de la discussion de la loi sur la maladie de 1963 (1).

En fin de compte le Parlement a, comme le législateur en 1944 (voir chapitre L § 1) opté pour le maintien des mutualités.

En cours du congrès national de l'Alliance nationale des mutualités socialistes du 22 et 23 avril 1972 le pluralisme fut prôné par une participante parce que "de menselijke warmte ... in de betrekkingen met de leden zou verdwijnen indien de Z. I. V. een parastatale instelling mocht zijn". (2)

Les avantages concrets des mutualités décentralisées résident dans les contacts humains avec les membres, dans la confiance du membre en sa mutuelle, dans la nécessité d'intercaler un maillon intermédiaire entre le service public et le subordonné légal, et dans l'existence d'une saine concurrence entre les diverses mutualités, qui stimule la serviabilité et l'amabilité.

Un service de santé national compte encore toujours des partisans.

Il semble cependant essentiel d'examiner ici quelle est la forme de gestion la plus économique et sous quelle forme sont donnés les meilleurs soins.

Les opinions sont très divergentes au sujet de cette dernière question, en particulier au vu de l'expérience anglaise.

Le problème des frais d'administration, sur lequel on revient le plus, est traité séparément.

---

(1) Chambre 1962-63, document 527/6, p. 29-34.

(2) Brochure p. 62, intervention de Jeanne Vanderveke.

§ 2. Les frais d'administration.

-----

Suivant l'article 124, § 1 de la loi sur la maladie, sont considérés comme frais d'administration toutes les dépenses qui ne sont pas des frais de santé ou des indemnités.

La notion englobe donc le coût des salaires du personnel, la location et l'entretien des bâtiments, le matériel, les imprimés, le service médical, la rédaction des statistiques imposées, les frais de justice, les conventions internationales, etc. (1)

Les frais d'administration sont, suivant l'article 125, § 1 de la même loi, prélevés sur les revenus d'assurance et donc pas sur les dépenses.

Seuls entrent en ligne de compte les revenus estimés et non les revenus réels.

Le pourcentage des revenus destiné aux frais d'administration a été déterminé par arrêté royal du 25 octobre 1971.

Il se chiffre actuellement à :

	<u>soins médicaux</u>	<u>allocations</u>
pour les premiers 100.000 titulaires	7,20 pct	8,17 pct
pour la deuxième série de 100.000 titulaires	6,83 pct	7,76 pct
pour la troisième série	6,46 pct	7,33 pct
à partir de 3.000.001 titulaires	6,28 pct	7,12 pct
maximum	6,54 pct	7,51 pct

Le solde positif ou négatif des frais d'administration reste pour compte de l'institution d'assurance.

Compte des frais d'administration :

(en millions de frs)	<u>1966</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
AMe	+ 42,7	- 23,8	- 52,8
UMS	+ 38,3	- 19,6	- 41,8
UMN	- 30,0	+ 65,1	+ 55,5
LML	- 9,5	- 4,1	+ 7,4
UMP	- 19,0	- 0,5	- 0,7
TOTAL	+ 22,5	+ 17,7	- 32,4

(1) voir art. 318 A. R. 4 novembre 1963.

Le montant des frais d'administration de l'organisme assureur a été critiqué à plusieurs reprises.

Leur évolution est la suivante (en millions de frs) :

A. Soins de santé

	<u>régime général</u>	index par rapport à <u>l'année précédente</u>
1970	2.253,4	-
1971	2.488,2	110,42
1972	2.969,4	119,00
1973	3.343,3	112,60
1974	3.979,2	~19,02
1975	4.938,3	124,10
1976	5.980,8	121,11
	<u>régime des indépendants</u>	
1970	127,?	-
1971	146,5	1,4,54
1972	195,3	133,4:1
1973	246,2	127,08
1974	278,1	112,28
1975	347,9	124,83
1976	397,1	114,14

B. Indemnités

	<u>régime général</u>	
1970	94~,1	-
1971	1.134,3	120,4
1972	1.317,1	116,1
1973	1.559,3	118,3
1974	2.006,7	128,1
1975	2.616,1	130,3
1976	3.010,3	115,0
	<u>régime des indépendants</u>	
1970	-	-
1971	0,9	-
1972	41,8	-
1973	51,9	138,5
1974	89,8	155,1
1975	126,9	141,3
1976	136,8	107,8

Total en 1976 : 9.525 millions de frs.

Coût par bénéficiaire

	<u>soins de santé</u> <u>régime général</u>		<u>soins de santé</u> <u>indépendants</u>	
1966	463,42	100	150,48	100
1912	720,11	155,4	212,48	141,1
1913	193,18	171,2	352,21	234,1
1974	939,61	202,1	388,92	258,5
1976 (1)	1.312	296	595	395

	<u>indemnités</u> <u>régime général</u>		<u>indemnités</u> <u>indépendants</u>	
1966	216	100	11	100
1912	517	187,3	109	141,6
1913	599	217	186	241,6
1914	721	261,2	280	364
1916 (1)	1.162	421		

Proportion régime des indépendants par rapport  
régime général

	<u>soins de santé</u>	<u>indemnités</u>
1972	31,8 pct	11,9 pct
1912	41,8 pct	18,2 pct
1914	41,3 pct	25,8 pct
1916	43,3 pct	24,1 pct

L'accroissement des dépenses dans le régime des indépendants peut être expliqué par les extensions dans le régime.

En ce qui concerne le secteur des indemnités, le travail administratif est cependant facilité dans le régime des indépendants par le montant forfaitaire des indemnités.

En rapport avec ces frais d'administration, il y a neuf remarques à faire:

1. ils furent diminués, surtout en ce qui concerne le secteur soins de santé:

---

(1) budget à l'index 154,52



	<u>indemnités</u>	<u>soins médicaux</u>
1964	(AR 8. 5. 64) 9 10	9 % (des revenus)
1966	(AR31. 12. 65) 7, 51 %	7,51 %
1970	(AR29. 12. 69) 7,51 %	6,87 %
1971	(AR25. 10.71) 7,51 %	6,54 %
1975		- 300 millions (pas encore transformé en AR) (1)
1976		- 420 millions (pas encore transformé en AR) (2)

- ils sont fortement influencés par l'évolution des salaires.  
Les frais de personnel constituent le poste le plus élevé (85 pet)
- ils sont liés aux revenus de l'assurance-maladie qui sont déterminés en grande partie par l'évolution des salaires et des revenus des indépendants.

Etant donné que les revenus sont adaptés aux dépenses, les frais administratifs augmentent finalement en fonction des dépenses.

Les frais administratifs ont également été fortement influencés par la hausse du plafond salarial dans le secteur des indemnités (de 19. ZZ5 frs vers 33.050 frs au 1 octobre 1974) et la suppression du plafond salarial dans le secteur des soins de santé (à partir du 1 janvier 1975) du régime général.

L'introduction en 1975 d'une cotisation perçue pour l'assurance responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs a aussi entraîné une légère augmentation des frais administratifs.

- ils subissent l'influence de la complexité de la réglementation, des modifications intervenues dans celle-ci (p. ex. le changement dans le calcul des indemnités-invalidité) et des missions toujours plus nombreuses confiées aux organisateurs assureurs (p. ex. l'examen sur des revenus).
- les frais d'administration de l'organisme assureur officiel sont plus élevés que ceux des mutualités.

L'L N. A. M. L. reçoit, hors les frais administratifs habituels qu'on alloue aux mutualités, des allocations supplémentaires annuelles:

		pourcentage, par rapport
		-----
1966	23.088.022 fr	43 %
1972	51.891.162 fr	50 ~
1973	54.912.732 fr	46 5~
1974	36.181.469 fr	32, 1 j~
1915	38.881.000 fr	21, 4 l>
1916	46.026.000 fr	21, 7 ie

(1) 255 millions de frs en régime général, 45 millions de frs en régime des indépendants.

(2) 357 millions de frs en régime général, 63 millions de frs en régime des indépendants.

Le pourcentage des dépenses couvert par ces sommes supplémentaires déminue, ce qui indique que les frais d'administration recus en tant qu'organisme assureur ordinaire augmentent proportionnellement.

6. cela n'a pas de sens de calculer les frais administratifs de façon différente selon qu'il s'agit du secteur des indemnités ou du secteur des soins de santé attendu que le même organisme assureur occupe tout son personnel à l'administration des deux secteurs.

Le service indemnités examine en ce moment le problème des frais d'administration pour le secteur des indemnités.

L'administration a proposé de ramener le pourcentage des frais d'administration dans le secteur des indemnités à 6,54% des revenus, comme c'est le cas pour le secteur des soins de santé.

7. Il n'y a pas de données sur le nombre de personnes employées par les mutualités ce qui rend impossible tout examen de l'évolution des salaires par membre du personnel..

Dans le secteur public l'évolution par membre de personnel est de :

(par comparaison CAXAMI)

1966 = 100	100
1972 = 161,59	168
1973 = 186,98	132,6
1974 = 221,43	205

8. les frais d'administration des organismes assureurs sont par nature influencés par l'accroissement du nombre des soins de santé à fournir et par le nombre des bénéficiaires.

Ce dernier facteur diminuera d'importance dans les années à venir.

Il a exercé une très grande influence en 1964 (indépendants) 1965 (personnel de direction), 1967 (invalides et handicapés) et en 1969 (communautés religieuses, étudiants, personnes non protégées, handicapés mentaux) ;

9. une diminution des frais administratifs doit aller de pair avec la diminution des tâches administratives.

On peut mentionner comme simplifications administratives possibles :

- le calcul de la quote-part de l'Etat dans le secteur des soins de santé ;
- le calcul des indemnités-invalidité ;
- les conditions à l'obtention de l'assurance ;
- la suppression du bas de cotisation.

Déjà dans le rapport Doucet de 1952 il fut insisté sur la simplification du travail administratif en ce qui concerne les bons de cotisation.

Le bon de cotisation serait repris dans le formulaire d'inscription à l'assurance sociale.

Ceci exigeait que l'employeur fasse également état de la mutuelle de son employé.

Il Ya des avantages et des désavantages à cette suppression :

a) avantages:

1. les employeurs ne doivent plus rédiger des bons de cotisation;
2. pas de danger de perdre le bon de cotisation;
3. pas de bons de cotisation fictifs;
4. pas de retard dans le dépôt des bons de cotisation;
5. plus de nécessité pour les mutuelles de faire l'inventaire des bons de cotisation;
6. suppression d'une série de statistiques;
7. information plus rapide de l'I.N.A. M. I.

b) désavantages:

1. perte de contact de la mutuelle avec l'affilié;
2. psychologiquement une perception plus difficile pour la mutuelle de la cotisation supplémentaire. Cela se fait actuellement lors de la remise du bon;
3. danger de déclaration tardive à l'ON. S. S.
4. levée du secret de l'affiliation à une mutuelle donnée.  
L'employeur connaît cependant la mutuelle de ses employés lorsqu'ils présentent un formulaire de renseignements en vue de l'obtention de l'assurance-maladie.
5. danger d'être soumis à des pressions pour s'inscrire dans une mutuelle déterminée.

Dans son avis n° 513 du 25 février 1976 relatif à la simplification des règlements de la sécurité sociale pour travailleurs, le Conseil National du Travail s'est prononcé pour l'établissement d'une banque centrale de données sociales.

Cet établissement permettrait à court terme la suppression du bon de cotisation A. M. I.

x

x

x

Afin d'établir exactement le montant des frais d'administration des organismes assureurs, il y a lieu de le comparer avec celui d'autres organismes.

Une telle comparaison n'est pas toujours valable parce que la façon de travailler, la complexité de la réglementation, la structure des organismes assureurs et les tâches imposées ne sont pas toujours les mêmes.

On s'est efforcé de trouver quatre organismes ayant des missions analogues.

L'assurance accidents de travail (privé; indemnités et soins de sante) l'assurance chômage (organismes décentralisés de caractère juridique privé, hormis CAPAC; indemnités) l'assurance maladies professionnelles (organisme public centralisé; indemnités et soins de santé) et la CAXAMI (pour les ayants-droit qui ne sont pas affiliés à une mutuelle).

Furent enfin analysés succinctement les frais d'administrations des assurances-maladie à l'étranger.

Ces données sont reprises ci-après :

a) secteur accidents de travail.

Les frais d'administration des assureurs par rapport aux dépenses se montaient à :

en 1973 :	17	pet
en 1973 :	24	pct
en 1971 :	26,6	pct
en 1970 :	26,3	pct
en 1969 :	28,5	pet
en 1968 :	29,7	pet
en 1967 :	30	pet
en 1966 :	28	pct

Il n'existe pas de contrôle sur ces frais d'administration du secteur privé.

Subdivisé suivant les trois postes principaux des frais d'administration, le pourcentage de chaque poste est le suivant :

	<u>1973</u>	<u>1972</u>
a) frais de gestion	61 %	58 %
b) frais juridiques - expertises	7%	7%
c) commissions	32 10	35 %

Ils comprennent non seulement les dépenses d'indemnisation mais aussi de perception des primes.

Après élimination des postes b et c, les frais d'administration constituent encore 10,4 à 13,9 pet des dépenses.

Cette assurance privée est donc onéreuse.

Une limitation de ces dépenses permettrait de diminuer ces primes.

Comparés avec l'assurance privée, les frais d'administration des organismes assureurs sont beaucoup plus bas.

Pourtant les organismes assureurs ont des dépenses comparables: frais d'administration des services centraux, différents devant les tribunaux du travail et frais d'administration des mutualités locales.

b) secteur maladies professionnelles

Le pourcentage de frais d'administration est beaucoup plus bas que dans le secteur accidents de travail.

1972 :	4,81
1973 :	5,05
1974 :	4,47

Le Fonds des maladies professionnelles ne dispose toutefois pas de services régionaux.

Une grande partie du travail préparatoire (constitution du dossier d'admission) se fait toutefois par les mutualités.

c) secteur chômage

Les frais d'administration des services de paiement sont calculés sur base d'une indemnité forfaitaire par cas, soumis à l'indexation des prix de consommation.

Ce montant varie de façon dégressive d'après le nombre de cas.

<u>Ex.</u>	<u>1 avril 1975</u>	<u>1 décembre 1975</u>
moins de 250.000 cas	285,93 fr	303,44 fr
250.000 jusqu'à et y compris 500.000 cas	210,02 fr	286,56 fr
500.001 jusqu'à et y compris 750.000 cas	238,25 fr	252,85 fr
750.000 jusqu'à et y compris 1.000.000 cas	206,46 fr	219,11 fr
1.000.001 jusqu'à et y compris 1.250.000 cas	174,71 fr	185,42 fr
1.250.001 jusqu'à et y compris 1.500.000 cas	142,93 fr	151,69 fr
1.500.001 jusqu'à et y compris 1.750.000 cas	111,11 fr	111,98 fr
1.750.001 jusqu'à et y compris 2.000.000 cas	79,38 fr	84,24 fr

En comparaison avec les allocations de chômage payées le pourcentage pour les organismes payeurs se chiffre à :

	<u>les quatre</u>	<u>C.S.C.</u>	<u>F. G. T. B.</u>	<u>C.G.S.L.B.</u>	<u>C.A.P.A.C.</u>
1966	5,0	4,7	4,9	5,1	5,1
1961	4,5	3,9	3,9	4,6	4,6
1968	3,6	3,6	3,5	4,2	3,6
1969	4,2	4,2	4,1	4,9	3,9
1910	5,5	5,6	5,1	6,4	5,4
1911	5,0	5,0	4,1	5,6	5,2
1912	4,0	4,0	3,1	4,1	4,1
1913	4,1	4,1	4,5	5,1	4,1
1914	4,2	4,1	4,0	4,8	4,1

Il ya lieu de noter que le droit à l'allocation de chômage est déterminé et examiné par un bureau régional de l'O. N. E.

Les frais d'administration de ces services doivent donc également être pris en considération (2, 01 pct), ce qui porte le total à 6,2 pct,

d) C.A. X.A. M. 1.

	<u>dépenses totales</u>	<u>index</u>	<u>dépenses pour le personnel</u>	<u>index</u>
1966	53.115.538	100	42.211.021	100
1911	105.310.124	196	15.849.191	179,1
1912	111.111/i.114	215	86.108.400	204
1913	119.326.065	222	91.421.539	230,8
1914	112.561.317	209	98.119.110	233,8
1915	141.854.000	264	122.944.000	291,3
1916	166.345.000	309,1	133.588.000	316,5

Les dépenses pour le personnel constituent 75 à 85 pct des dépenses totales.

Les dépenses pour frais d'administration sont supérieures à celles attribuées aux mutualités.

Ceci s'explique partiellement:

1) par un cadre de personnel dont l'échelle des salaires est supérieure et par un statut administratif rigide.

En 1975 :

niveau 1 :	29 + 3 part-time
2 :	98 + 1 employé
3 :	136 + 7 employés
4 :	5

total : 268 membres du personnel  
+ 8 employés + 3 part-time.

2) par la nécessité en tant qu'institution publique de maintenir des services qui ne sont pas rentables (p. ex. divisions régionales Luxembourg, Namur et Flandre occidentale);

3) l'inscription obligatoire des assurés;

4) missions spéciales (ex. la perception des cotisations des indépendants: 115.000 dossiers depuis 1968, ce qui représente un volume de travail de 40 employés);

5) le grand nombre d'étrangers inscrits.

Néanmoins l'institution publique semble ici plus onéreuse, surtout à la lumière de la raison donnée sub, 1.

e) données provenant de l'étranger :

	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>
Allemagne de l'Ouest	2,8%	2,6%	2,8%	2,5%
France	6,3%	6,2%	6,9%	6,5%
Italie	6,4%	6,7%	6,8%	-
Pays-Bas	5,1%	4,8%	4,5%	-
Belgique	8,1%	7,5%	7,6%	-
Luxembourg	3,2%	3,2%	4,4%	-
Grande- Bretagne	-	-	-	6,5%

Source : C. E. E. et I. N. A. M. I.

L'analyse de ces données exige de la prudence :

1°) indemnités pour incapacité de travail et soins de santé sont repris ensemble. Pour les Pays-Bas (1972) les frais d'administration se situent à 8,8 pet pour l'assurance maladie et à 2,1 pet pour l'assurance invalidité (donc séparément);

2°) les indemnités pour incapacité de travail ne couvrent pas nécessairement les mêmes prestations.

Aux Pays-Bas la loi sur l'assurance incapacité de travail couvre les conséquences pécuniaires de chaque incapacité de travail (donc aussi accident de travail, maladie professionnelle).

En Allemagne de l'Ouest maladie, invalidité et pensions sont repris dans un seul règlement;

3°) il est important de vérifier si les frais de contrôle médical sont compris ou non dans les frais d'administration.

En France il faut dans ce cas ajouter 0,75 pct aux 6,5 pet.

f) frais d'administration dans la Sécurité sociale belge (1)

1966	:	6,68 pet des prestations accordées
1970	:	5,96 pct""
1971	:	5,77 pct""
1972	:	5,92 pct""
1973	:	6,03 pct""

Une comparaison entre différents secteurs de la sécurité sociale au sens large donne l'évolution suivante dans les dépenses pour frais d'administration (organisation générale) :

---

(1) maladie, invalidité, chômage, pension, accidents de travail et maladies professionnelles. Voir Sénat - Q. et Rép. parL. - Bull. 18 mars 1975, p. 937. Question sénateur Lagasse.

	<u>1966</u>	<u>1969</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>
INAMI soins de santé (par 1.000 cas)	100	100,6	120,4	130,1
INAMI indemnités (par cas)	100	122,2	176,7	204,2
chômage (par chômeur)	100	94,3	143,7	159,9
pensions (par titulaire de pension)	100	136,3	159,1	178,1
allocation familiale (par enfant)	100	127,3	178,5	203,1
accidents de travail (par rente)	100	118,6	168,8	181,3
maladie professionnelle	100	35,2	51,6	62,1

#### PROPOSITIONS :

1°) les mutualités sont libres de constituer leurs services comme elles l'entendent.

On peut néanmoins se demander s'il ne serait pas souhaitable de déterminer légalement :

- a) qu'une même union nationale ne puisse avoir qu'une seule mutualité par commune;
- b) qu'une mutualité régionale comprenne au moins un nombre donné de bénéficiaires.

Z0) L'attribution de frais d'administration sur base d'un pourcentage peut être maintenue à condition :

- a) ce pourcentage soit le même dans le secteur des indemnités que dans le secteur des soins de santé (suivant la réglementation actuelle 6,54 pct au lieu de 7,51 pct dans le secteur des indemnités);
- b) le dit pourcentage soit ajusté de façon à ce que des frais d'administration supplémentaires ne soient pas accordés en cas de suppression du plafond salarial dans le secteur des indemnités ou dans le régime des indépendants;
- c) le montant accordé ne soit pas supérieur à celui de l'année précédente augmenté en fonction d'un paramètre déterminé.

Un paramètre précis devrait tenir compte de l'évolution des charges salariales propres au personnel mis au travail par l'organisme assureur de l'accroissement du nombre des bénéficiaires et de l'augmentation du nombre de prestations.



, Quelques paramètres sont mentionnés ci-après à titre de comparaison et appliqués aux frais d'administration du régime général.

Ils n'ont qu'une valeur relative étant donné qu'ils n'indiquent pas la charge salariale totale (salaires O.N.S.S., I.N.S., fonctionnaires), ou qu'ils ne tiennent pas compte de l'augmentation du nombre de bénéficiaires (C.A. X.A. M.!.)

3°) en ce qui concerne la C. A. X. A. M. l. on pourrait envisager la possibilité d'unir cet institution à la C. A. P. A. C. afin de garder une seule institution en tant que caisse de secours.

Actuellement deux institutions sont maintenues. Toutes deux sont obligées de garder en fonction des services régionaux non rentables afin de garantir le libre choix.

00 ~	coefficient d'augmentation				évolution salaires					
	soiris de santé		indemnités		fonctionnaires	(ONSS) employés masculins commerce	(INS oct.) employés	(INS avril) employés	IRES charges salariales industrie	CAXAMI dépenses de personnel
	T	I	T	I						
1912/1911	119,30	133,45	116,1	-	115,4	110,2	-	-	115,6	106,8
1913/1912	112,60	121,08	118,3	138,5	115,7	114,5	112,9	-	115,8	114,1
fJ14/1913	119,02	112,28	128,7	155,1	118,4	118,4	122,8	114,5	120,3	106,4
fH5!1914	124,10	124,83	130,3	141,3	115,9	-	-	121,4	121,4 (L)	125,1

1} juin.

#### FRAIS n'ADMINISTRATIION

#### SOINS DE SANTE REGIME GENERAL

systeme actuel	index fonctionnaires	charges salariales CAXAMI	index salarial employés mas- culins ONSS (commerce)	index charges salariales IRES
1911	2.488,2	-	-	-
1972	2.969,4	2.811,4	2.657,6	2.876,4
1913	3.343,3	3.322,2	3.032,4	3.330,8
1914	3.979,2	3.933,5	3.226,5	4.006,9
1975	4.938,3	4.558,9	4.036,4	-

#### INDEMNITES REGIME GENERAL

1971	1.134,3	-	-	-
1912	1.317,7	1.308,9	1.211,4	1.311,1
1913	1.559,3	1.514,5	1.382,2	1.518,4
1914	2.006,7	1.793,1	1.470,1	1.826,7
1975	2.616,1	2.078,2	1.839,8	-

### § 3. Le rôle des mutualités

-----

La loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les associations mutualistes entra en vigueur à un moment où il n'y avait pas encore d'assurance obligatoire.

Le rôle de la mutuelle s'est modifié profondément depuis lors.

D'assureur elle devient une institution de paiement.

La mutualité ne peut plus déterminer elle-même les droits et les avantages de ses membres dans le système d'assurance obligatoire mais elle est liée aux lois et règlements en vigueur.

La responsabilité de la mutualité en cas de décès, comme prévu par l'article 128, premier alinéa, 1^o à 4^o de la loi sur la maladie, resta lettre morte.

De cette façon disparut le dernier vestige de responsabilité.

La mutualité garde néanmoins un rôle à jouer.

Ce nouveau rôle doit être défini.

Les lignes de force essentielles pour une nouvelle loi sur les mutualités peuvent être décrites comme suit :

- représentation des bénéficiaires et défense de leurs intérêts ;
- information des bénéficiaires ;
- tutelle sociale du bénéficiaire ;
- organisation de services complémentaires là où l'assurance obligatoire fait défaut ;
- prendre certaines initiatives dans le domaine des prévisions sanitaires ;
- participation active au nom des bénéficiaires à la gestion de l'assurance-maladie.

Dans beaucoup de pays les mutualités remplissent aussi un rôle dans le contrôle fiscal des médecins.

Ceci n'est pas le cas en Belgique (Z).

---

(1) aux Pays-Bas, en France, Luxembourg et Italie.

(2) et en Allemagne de l'Ouest.

CHAPITRE XVII : LE CONTROLE

Les abus dans l'assurance maladie ne sont pas "la" cause du déficit.

"Il faut se garder d'une erreur d'interprétation assez fréquente : croire que les abus délibérés seraient l'une des causes essentielles de la croissance rapide des dépenses de santé" (1).

Ainsi qu'il est démontré au chapitre VI, l'explosion des coûts a plusieurs causes, dont certains pourraient être maîtrisés et d'autres pas.

Un contrôle est néanmoins nécessaire (2), car certains responsables de la santé font indiscutablement de la surproduction. "Un contrôle médical solidement organisé apparaît comme la contrepartie nécessaire d'un régime de médecine libérale" (3).

Il existe également des abus du côté des assurés, souvent de connivence avec un prestataire de soins de santé.

Un troisième aspect souvent négligé est le contrôle de la qualité.

Un excédent de médicaments, de la médecine en série, trop de radiographies nuisent à la qualité des soins.

Cela aussi doit être vérifié.

Un contrôle administratif est également nécessaire sur le fonctionnement de l'I.N.A.-I. et les organismes assureurs.

La loi sur la maladie établit une distinction très nette entre le contrôle d'ordre médical et le contrôle d'ordre administratif.

(1) Rapport Commission Bordaz en France, Dr. soc. 1968, p. 147.

(2) Voir rapport du colloque organisé le 15 avril 1957 par le Premier Ministre A. Van Acker, concernant l'organisation du contrôle.

(3) Rapport Cour des Comptes en France, Dr. soc. 1968, p. 147.

niv. I. Le contrôle médical.

Le contrôle d'ordre médical est indispensable, non seulement pour éviter des abus, mais aussi en vue de maîtriser les dépenses et la qualité des soins de santé.

Une connaissance approfondie de la consommation médicale donnera un meilleur aperçu des deux derniers problèmes.

Le contrôle est toutefois rendu plus difficile par l'éparpillement des mutualités, le nombre des bénéficiaires, les nombreux dispensateurs de soins, les nombreuses prestations et la complexité de la réglementation.

De plus, ce contrôle est encore freiné par la nécessité de prouver l'abus d'une manière juridique et certaine, de ne pas agir de façon trop draconienne au niveau social et de respecter les règles de la déontologie telles le secret professionnel et la liberté de prescription.

Finalement, un contrôle médical efficace n'est possible que si l'on dispose de statistiques très solides (1). Jusqu'à présent, ces dernières manquent, car des statistiques furent établies principalement en vue du contrôle des dépenses, de la rédaction de la nomenclature des prestations et afin de connaître le nombre des adhérents des organismes de paiement.

Le contrôle médical doit aussi rester séparé du contrôle administratif.

Le service de contrôle médical est responsable du contrôle médical des prestations (aussi bien les soins de santé que les indemnités) (art. 79, JO, loi maladie).

A cette fin, il dispose de médecins-inspecteurs principaux et de médecins-inspecteurs (art. 80, loi maladie).

Ces médecins sont qualifiés pour constater les infractions à la loi de santé et adressent des procès-verbaux qui valent comme preuve, jusqu'à preuve du contraire (art. 102, loi maladie).

---

(1) R. de Vernejoul dans Dr. Soc. 1968, p. 146.

Ils n'ont cependant pas la qualité d'officier de police judiciaire (1), mais sont des organes de la police judiciaire (2).

Il y a, par ailleurs, des médecins-conseils en service auprès des organismes assureurs (art. 87, loi maladie).

Leur statut est hybride.

Ils dépendent de l'organisme assureur et du service de contrôle médical.

Ils sont responsables du contrôle médical sur l'incapacité de travail primaire et sur les soins de santé et occupent ainsi une place auprès du contrôle médical.

En application de l'article 87 de la loi maladie, les médecins-conseils des organismes assureurs exercent un contrôle :

I. sur les soins de santé

a) par accord préalable pour la prestation.

Ceci est le cas pour :

- prothèses dentaires ;
- traitement orthopédique ;
- prestations kinésithérapeutiques ;
- prestations physiothérapeutiques ;
- entretien d'un pneumothorax ;
- convulsiothérapie (plus de dix fois) ;
- délivrance de prothèses auditives ;
- quelques prescriptions magistrales (e.a. des préparations avec des corticostéroïdes) ;
- certaines spécialités ;
- admission et placement dans une institution hospitalière de soins.

b) par l'accord pour le remboursement.

par exemple :

- extraction d'une dent impactée ou retinée ;
- injections et lavements par des infirmières ;
- toilettes ;
- pour certaines spécialités (ex. : gammaglobuline) ;
- admission dans une institution hospitalière étrangère.

(1) Casso 28 juin 1971, Pas. 1971, I, 1051, Conseil d'Etat, arrêt n° 17.010 du 9 mai 1975.

(2) Casso 13 octobre 1952, Pas. 1953, I, p. 57.- Voir aussi R. Delahaye : Les médecins-inspecteurs du Service de contrôle médical de l'I.N.A.M.I. sont-ils des organes de la police judiciaire? I.N.A.M.I. inf. 1975, pp. 317-321.

2. sur la conformité des prestations médicales avec les prescriptions légales et réglementaires.

Ex. : les conditions pour le remboursement des verres de contact sont-elles remplies au point de vue médical ?

3. sur les demandes pour la rééducation et le recyclage.

4. sur l'incapacité de travail primaire.

Ils peuvent aussi constater la fin de l'état d'invalidité.

Leurs décisions lient l'organisme assureur.

Ils envoient au service de contrôle médical des rapports sur leurs activités.

Ce service peut leur donner des directives.

#### Considérations préliminaires.

Pour pouvoir travailler de façon efficace, il est nécessaire qu'un service de contrôle dispose d'un droit d'initiative suffisant, d'effectifs et de possibilités d'investigation et qu'il agisse de manière sélective.

A ce propos, quelques constatations négatives peuvent être relevées.

#### **1° La gestion du service.**

Le service de contrôle médical est désigné par un comité de gestion composé de :

- 1° huit médecins désignés par les organismes assureurs ;
- 2° huit médecins désignés par les organisations de médecins ;
- 3° quatre médecins désignés par l'ordre des médecins ;
- 4° deux dentistes proposés par les organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire.

En outre, peuvent également siéger pour des questions qui les intéressent, des représentants d'établissements hospitaliers, des pharmaciens, des accoucheuses, des kinésithérapeutes, des bandagistes, des orthopédistes, des acousticiens et des opticiens (art. 78, loi maladie).

Il semble difficilement acceptable que la manière dont ce contrôle doit s'effectuer et les normes et directives soient établies exclusivement par des personnes donnant des soins et en majeure partie par des représentants des personnes à contrôler (médecins, dentistes, hôpitaux, etc...).

Le contrôle doit se faire indépendamment des partis contrôlés.

L'influence du comité de gestion et des médecins (1) au sein de ce comité a surtout été renforcée par la loi du 8 avril 1965 portant modification de la loi sur la maladie (2).

Selon l'article 80, 3ème alinéa de la loi sur la maladie, le comité de gestion fait procéder à un contrôle de sorte que le service même n'a pas droit d'initiative.

Partant de l'article 79.2º, de la loi sur la maladie, le même comité de gestion a stipulé dans son règlement non publié d'ordre intérieur (~) que l'institution d'un contrôle devait être autorisée préalablement par ce comité.

En fait, depuis que la Cour de Cassation (4) accordait un propre droit d'initiative aux médecins-inspecteurs en vertu des articles 81 et 102 de la loi sur la maladie, le comité de gestion autorise les médecins-inspecteurs à intervenir, à condition d'en avertir le comité de gestion (5).

" In feite moeten ondergeschikten dus hun baas controleren, wat de controle = om het voorzichtig uit te drukken = behoedzaam maakt" (6).

Il serait, par conséquent, préférable de soustraire le service de contrôle médical à l'I.N.A.-I.I. et de l'intégrer dans un ministère, de préférence celui de la santé publique.

Le service pourrait répondre de tous les contrôles médicaux :

- a) auprès des bénéficiaires ;
- b) auprès des prestataires de soins ;
- c) dans les hôpitaux (e.a. durée d'hospitalisation, nécessité d'admission).

(J) Les organisations de médecins sont progressivement arrivés à ce résultat. Voir P. Mundeleer : Histoire et raisons profondes de la lutte des Chambres syndicales des médecins, Rev. inst. soc. 1964, 523 et 527.

(2) M. Delhuvence in De ontwikkelinge van de Belgische wetgeving van sociale zekerheid 1965-1970. Instituut voor sociaal zekerheidsrecht nr 13, 1971, blz. JI8.

(3) A.R. JI juin 1964.

(4) Casso 29 juin 1971, P.W. 1971-72. 1401, Inf. I.N.A.M.I. 1973, p. 420.

(5) Décision du 30 juillet 1971.

(6) K. Schutyzer : De geneeskundige controle in de sociale zekerheid. Gest. Leuven 1973, blz. 20.



## 2° L'effectif en personnel.

L'effectif en médecins-conseils et, en particulier, en médecins-inspecteurs a longtemps été insuffisant (voir tableaux 122 et 123).

Tableau 122 : Nombre de médecins-conseils.

	<u>31 mars 1967</u>	<u>1er mars 1975</u>	<u>1er JTiai1975</u>	<u>pénurie</u>
AMe	56	66	71(1)	9
Ill.N	19	21	21(6)	0
m~	60	63	68(8)	2
LML	16	20	19(2)	0
IWP	18	18	15(7)	2
CAXAMI	8	8	8(3)	0
	<u>171</u>	<u>196</u>	<u>202(27)</u>	<u>13</u>

Tableau 123 : nombre de médecins-inspecteurs.

	<u>nombre exigé sui-</u> <u>vant art. 80 de la loi</u>	<u>e~ service</u>	<u>pourcentage</u>
1964	911	40	42,5
1965	109	43	39,4
1966	111	40	36,0
1961	113	42	37,2
1968	114	52	45,6
1969	117	41	40,2
1970	118	52	44,1
1971	120	58	48,3
1912	121	60	49,6
1973(31 déc)	122	61	54,9
1914~31 d~c)	124	68	54,8
1915 31 d~c)	126	90	71,4

La situation s'améliore cependant.

## 3° Les missions supplémentaires.

Le Ministère de la Prévoyance sociale impose aux médecins-inspecteurs de III.N.A.M.I. des missions supplémentaires, qui empêchent le service de contrôle médical de remplir ses missions essentielles (1).

---

(1) Voir Trav. ParI. Sénat, 20 janvier 1970, p. 429, intervention du Sénateur Cuvelier.

Parmi ces missions supplémentaires, on peut citer :

- a) les examens médicaux de handicapés (1) :

en 1974 : 36.025 examens  
en 1975 : 37.719 examens.

Lorsqu'un litige portant sur la reconnaissance de l'invalidité est porté devant le tribunal du travail, le médecin-inspecteur est convoqué à l'expertise et prié de faire connaître ses remarques.;

- b) la détermination de la diminution des capacités physiques ou mentales d'enfants en vue de l'attribution d'un montant plus élevé d'allocation familiale.

Ceci conduisit en 1974 à 30.885 examens et en 1975 à 35.358 ;

- c) la détermination de l'invalidité en vue de l'attribution d'un montant plus élevé de revenu garanti.

Pour 1974 : 5.723 examens, pour 1975 : 5.087 ;

- d) examens médicaux dans les régimes des marins ;

- e) examens médicaux en matière de prime à la construction et pour le Ministère des Finances (2).

Ces missions supplémentaires paralysent le service dans sa mission essentielle de contrôle.

Le service de contrôle médical dont l'effectif ne comprend déjà que 70 % du nombre requis, devrait être déchargé de ces missions supplémentaires.

L'idée de faire déterminer par un seul service le degré d'invalidité pour les diverses lois sociales est cependant aussi recommandable.

#### **5° Le contrôle n'est pas suffisamment sélectif.**

t'autorisation préalable du médecin-conseil pour la kinésithérapie et l'hospitalisation représente une masse de formulaires sans aucune utilité.

(1) Voir art. 12.33 budget Ministère de la Prévoyance sociale.  
Il fut payé à l'I.N.A.M.I. pour ces examens complémentaires :  
1974 : 24,1 millions de frs. ;  
1975 : 27,2 millions de frs. ;  
1976 : 32,7 millions de frs.

(2) Lettre ministérielle n° 18.978 du 3 février 1975.

## 5° Le statut des médecins-conseils.

Les médecins-conseils auprès des organismes assureurs ont un statut hybride.

Cette situation est malsaine sur le plan de l'exercice de l'autorité.

Engagé et rémunéré par l'organisme assureur, sa démission et son licenciement dépendent de l'accord du service de contrôle médical.

Le médecin-conseil doit être indépendant dans le domaine médical, mais il n'y a pas de raison de le rendre trop indépendant sur le plan administratif.

Les médecins-conseils ont, eux aussi, une éthique imposée par la loi (1).

Dans le projet de code d'éthique médicale, de nouvelles stipulations sont ajoutées, ou bien les stipulations existantes sont reprises (ex. art. 125, § 1er, Projet de code = art. 25, A.R. du 20 juillet 1967).

Il existe aussi certaines contradictions .

Ainsi, l'art. 26 de l'A.R. n° 35 du 20 juillet 1967 stipule que le médecin-conseil procède de concert avec le médecin traitant à un examen, afin de poser un diagnostic exact et d'améliorer la thérapeutique et pour, éventuellement, diminuer les frais du traitement, sans nuire, en aucun cas, à l'efficacité du traitement, alors que l'art. J26, § 4 du projet de code interdit toute immixtion dans le traitement.

## 6° Contrôle par des médecins.

Dans le soi-disant contrôle médical, de multiples contrôles sont imposés aux médecins. Ces contrôles n'exigent pas de connaissances médicales, ex. : falsification de certificats, mention de prestations autres que celles effectuées, travail non autorisé pour des invalides, etc ...

De telles missions peuvent aussi bien être confiées à des fonctionnaires non médecins.

(1) Articles 25 à 29 de l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967.

- 7° Les des médecins-contrôleurs : dans ce domaine, il existe suffisamment d'initiatives qui doivent être soutenues.
- 8° Le manque de soin apporté à la rédaction de certains articles de la concernant le
- 9° Les litiges portant sur l'inaptitude au travail sont traités trop lentement en procédure normale par les tribunaux du travail, pour être encore à même de contrôler la raison de l'incapacité. Une procédure plus rapide (ex. : le référé) devrait être instaurée.

A. Soins de santé.

=====

En rapport avec l'amélioration du contrôle, les suggestions suivantes peuvent être prises en considération.

§ 1er. Le dossier médical.

L'article 38 du projet de code de déontologie médicale stipule que le médecin doit "en principe" ouvrir un dossier médical pour chaque patient.

Selon l'article 39 du même projet, il est responsable de sa conservation et de sa transmission.

Le projet parlant seulement de "en principe", il y a lieu d'en déduire qu'il ne s'agit nullement d'une obligation.

La tenue à jour des dossiers médicaux a indubitablement une grande utilité, tant pour le patient que pour la science (2).

(J) M. Delhuvette : Difficultés et limites du droit d'investigation des médecins-inspecteurs auprès de l'I.N.A.H.I. Bull. Inf. J975, p. 397.

(2) Connus sont aussi les registres-patients psychiatriques en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et au Danemark. Ils sont importants pour des études et résultats de systèmes de traitement et contiennent aussi bien des données cliniques que sociales. Ils permettent également une estimation de la morbidité psychiatrique.

Pour être d'une utilité complète, ce dossier médical devrait cependant accompagner le patient (médecin de famille, spécialiste, hôpital) et être assez explicite.

Aussi, cela suppose obligatoirement que tous les ayants-droit à l'assurance maladie choisissent un médecin de famille.

Ce cette façon, toutes les données concernant chaque personne seraient réunies par le médecin dans un dossier et des examens inutiles seraient évités.

Il n'existe cependant pas d'accord général sur une domiciliation obligatoire des patients.

Il est aussi à craindre que les dossiers ne soient pas toujours convenablement tenus à jour et que les médecins réclament une indemnité supplémentaire pour ce travail.

L'idée de dossiers médicaux est cependant à retenir.

## **§ 2. La tenue d'un "carnet de prestations".**

L'idée n'est pas nouvelle.

Par l'article 3 de l'arrêté royal du 25 mars 1921 sur le contrôle médical scolaire, chaque écolier reçut ainsi un "carnet de santé" (1), "titablidè manière à ce qu'il puisse suivre l'intéressé au cours de toute sa vie".

Les médecins-inspecteurs tinrent à jour une fiche médicale.

En 1963, le gouvernement annonça (2) qu'un carnet de prestations serait instauré pour chaque patient.

L'article 37 de la loi sur la maladie offrit la possibilité de créer un carnet de prestations afin d'éviter que des médecins n'effectuent des examens déjà réalisés.

(1) Supprimé par l'article 18, alinéa 2, loi du 31 mars 1964 sur le contrôle médical..

(2) Chambre 1962-63, document 527/1, article 37.

Cette prescription resta sans exécution et fut remplacée par la loi du 8 avril 1965 qui reconnaît au Roi la compétence pour instaurer un document permettant à chaque médecin consulté par un bénéficiaire, d'examiner soit si des examens techniques ont été effectués, soit si le même traitement a été appliqué à différentes reprises, soit si des prothèses ont été prescrites, de sorte qu'il puisse récolter tous les renseignements nécessaires sur les résultats de ces examens et de ces traitements.

Cette disposition n'est toujours pas applicable (1), la loi du 20 juillet 1971 ayant ajouté que l'usage de ce document peut être limité à certaines régions, à certaines catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations.

L'idée d'un "livret de prestations" conserve toute sa valeur.

Elle est considérée comme moins onéreuse que l'orientation de contrôle médical (voir § 4) (2).

Il n'est cependant pas du tout certain que les bénéficiaires conservent toujours bien ce "carnet de prestations".

### **§ 3. L'enregistrement médical.**

L'enregistrement médical débuta, aux Etats-Unis, peu de temps avant la dernière guerre mondiale (3), dans le but d'assurer une médecine de qualité.

Le système permet, sur base de résumés standardisés d'évolutions de maladies ou de dossiers de patients, d'effectuer des analyses statistiques par ordinateur et de comparer ainsi le travail médical de divers hôpitaux (4).

---

(1) Voir Sénat 1969-70, document 134, p. 57.

(2) Ann. ParI. Chambre 8 janvier 1975, p. 994, intervention député Valkeners.

(3) Mis en pratique après 1950 en Grande-Bretagne, Norvège, Suède et aux Pays-Bas et depuis 1970, sur une plus petite échelle, en Belgique (Centre de science hospitalière U.C.L.).

(4) J.E. Blanpain : Medische registratie : van experiment naar veralgemeende toepassing, 194.  
 J.E. Blanpain, Kwaliteitstoetsing van patiëntenzorg : beschouwingen over methodologie. Tijd. voor geneeskunde 1975, blz. 424-432 en de als bijlage geciteerde literatuur.  
 J.E. Blanpain en L. Delesie : Toetsing van patiëntenzorg voor medische registratie. Tijd. voor geneeskunde 1975, blz. 805-819.

Diverses données sur la diagnose, la chirurgie et la thérapeutique sont récoltées par patient et traduites en code pour assurer le secret.

Axé, à l'origine, sur la qualité, l'enregistrement médical sait actuellement être utilisé dans d'autres buts :

- a) médecine de qualité ;
  - b) efficacité des soins donnés ;
  - c) utilité des soins donnés.
- En ce qui concerne l'évolution des frais dans le secteur soins de santé, il est nécessaire d'examiner si les moyens mis en oeuvre sont bien en rapport avec le résultat à atteindre ;
- d) il permet au staf médical, sur base de données objectives, d'évaluer le travail médical et d'en déduire des conclusions de gestion (décision d'admission et de démission, équipement diagnostique et thérapeutique) (médical audit) ;
  - e) obtenir des données sur la gestion financière dans un hôpital. Les données médicales et comptables permettent de disposer d'un instrument de gestion complet ;
  - f) rédiger un rapport par hôpital, qui doit permettre de déterminer des normes de qualité toujours plus poussées, qui sont aussi importants du point de vue du contrôle budgétaire et, en même temps, fournir des données pour le planning des prévisions sanitaires ;

L'enregistrement médical pourrait être imposé à tous les hôpitaux comme condition d'agrément ou imposé lors de la demande.

Ici, il est cependant souhaitable de bien prendre en considération

- 1. de limiter l'application à ce qui peut être méthodologiquement et scientifiquement obtenu ;
- 2. de faire intervenir dans l'enregistrement médical, des données qui doivent réglementairement être fournies au Ministère de la Santé publique (J), telles que: origine, âge, sexe, date d'entrée et durée de traitement du patient ;
- 3. de garder le secret ;
- 4. d'intercaler ici le staf médical.

#### § 4. Contrôle d'orientation médicale.

Le contrôle d'orientation médicale (1) est une méthode pour détecter la surconsommation des bénéficiaires ou la surproduction des prestataires de soins, au moyen de l'ordinateur.

La méthode est basée sur l'établissement de certaines normes de consommation (ex. : activité normale par médecin de famille, soins normaux pour une maladie donnée).

Grâce aux données par prestataire de soins concernant ses prestations ou par bénéficiaire concernant sa maladie, il est possible de repérer le prestataire de soins ou le bénéficiaire pour lequel les normes fixées ont été dépassées (2).

Ce dépassement pouvant se justifier, il est d'abord procédé à une enquête d'information.

S'il n'existe pas de justification, on peut envisager de réprimer l'abus.

Cette méthode n'est pas nouvelle.

Elle fut déjà mentionnée dans les articles 86 et 87 de l'arrêté ministériel du 22 septembre 1955 en tant que méthode analytique, mais ne fut jamais appliquée.

En France, depuis la loi du 3 juillet 1971, elle est connue sous les dénominations "profit des soins de santé" et "contrôle d'orientation".

Le Ministre de la Prévoyance sociale, P. De Paepe, mentionnait déjà le contrôle d'orientation en 1971 (3).

Le comité d'administration pour soins de santé de l'I.N.A.M.I. avait, au cours de sa réunion du 28 janvier 1974, examiné la possibilité de consigner les dépenses par numéro de code de la nomenclature.

Finalement, trois phases furent décidées le 16 décembre 1974 :

- (1) Chambre 1974, document 4 - XVIII, n° 3, p. 22.  
M. Delhuyenne : Précontrôle sur les prestations de l'assurance maladie-invalidité FSS 1975, p. 821.
- (2) Un système de contrôle sélectif fut organisé en France, basé sur divers seuils d'activité.
- (3) Ann. ParI. Chambre 23 février 1971, p. 6.



1) phase 1974.

- a) pour les numéros de code principaux de la nomenclature (3.000 sur 4.000 e.a. non pour biologie clinique, diagnose rayons X et physiothérapie), des données provenant de l'A.H.C. et l'U.M.S. concernant le nombre de prestations et les dépenses, sont disponibles pour l'année 1974 ;
- b) en ce qui concerne la diagnose rayson X et la biologie clinique, un sondage a été effectué par l'A.l.l.C. et l'U.rf.S. au sujet des dépenses du mois de novemore 1974 pour les numéros de code principaux.

Ces données sont surtout utiles lors des négociations sur les honoraires médicaux.

2) phase 1975.

données de la phase 1974, point a), pour toutes les institutions d'assurance.

3) phase 1976.

données pour tous les numéros de code de la nomenclature.

Cette phase n'est pas exécutée, parce que l'opération s'avère trop onéreuse.

Toutes les données mentionnées servent plutôt lors de l'établissement de la nomenclature, que dans des buts de contrôle.

Entretemps, par sa lettre du 10 décembre 1974, le Ministre de la Prévoyance sociale pria l'I.N.A.t.l.I. de rassembler des données au moyen d'ordinateurs, e.a. :

- 1° au sujet des dépenses par numéro de la nomenclature ;
- 2° par dispensateur de prestations médicales ;
- 3° au sujet de la consommation de médicaments, par le biais des services de tarification.

La rédaction de ce rapport fut confiée à la commission pour le traitement de l'information, instaurée depuis début 1974, par le comité de gestion des soins de santé, composée de représentants des organismes assureurs, de fonctionnaires du service des soins de santé et, depuis décembre 1974, de représentants des organisations représentatives de médecins.

Le 25 juillet 1975, le comité de gestion du service de soins de santé adopta la position suivante :

- 1° les délégués des chambres syndicales confirment la position adoptée par le Dr Wynen dans une lettre du 4 avril 1975 à M. le Ministre de la Prévoyance sociale : pas de "normes" et "profils" de la production par prestataire de soins, étant donné que :
  - a) ceci constitue une atteinte à la liberté thérapeutique ;
  - b) il n'y a pas de garantie de secret ;
  - c) le prix de revient est trop élevé ;
- 2° les représentants des institutions d'assurance étaient, en principe, opposés à une statistique par bénéficiaire, en raison de la protection indispensable de la vie privée. Leur manière de voir semble plus nuancée, en ce sens qu'ils sont bien d'accord de constituer par sondage des statistiques couvrant une certaine période, pour certaines prestations ou pour certains groupes de bénéficiaires ;
- 3° la F.G.T.B. accepta une statistique par prestataire de Soins et par ayant-droit.

En conclusion, le comité de gestion était d'avis que les travaux de la commission pour le traitement de l'information devaient se poursuivre progressivement et qu'il était prématuré de se demander, dès à présent, ce qu'on pourrait faire avec les résultats obtenus.

Au cours de sa réunion du 22 décembre 1975, le comité de gestion a encore étudié le problème de l'adaptation des documents comptables et statistiques pour 1976.

La réalisation du contrôle d'orientation médicale bute sur certaines difficultés :

- 1° Le Ministre de la Prévoyance sociale s'est prononcé, dans sa lettre du 10 décembre 1974, contre la récolte de données par bénéficiaire individuel "en raison de la masse de données qui devraient être stockées, mais surtout pour ne pas porter atteinte au respect de la vie privée de chaque personne".

Des statistiques par groupe de bénéficiaires (d'après âge, sexe, région, rang social, etc...) furent néanmoins estimées utiles.

Au Sénat, le Ministre se prononça pour un contrôle d'orientation étendu: "Nous avons l'intention de déterminer, par prestation de santé, par institution, ce que nous entendons par prestation normale et, ensuite, de déterminer au moyen d'ordinateurs, pour chaque prestation de santé,

pour chaque hôpital et, plus tard aussi, pour chaque bénéficiaire, ce qui correspond à une prestation normale" (1).

Le minimum serait, au moins, de rassembler, par bénéficiaire, des données concernant les montants remboursés par année et, peut-être même, pour certaines prestations (2) ;

- 2° le prix de revient : un prix de revient de presque 500 millions de frs, fut avancé.

Il est certainement insensé d'organiser un système de contrôle qui, finalement, coûtera plus cher que ce qu'il ne rapportera.

Des données précises sur le prix de revient ne sont disponibles au stade actuel du travail préparatoire.

Des simplifications peuvent peut-être être introduites simultanément dans les données comptables et statistiques demandées actuellement aux organismes assureurs ;

- 3° l'équipement des organismes assureurs dans le domaine de l'informatique.

Il est indispensable de disposer de l'équipement nécessaire pour inclure toutes les institutions d'assurance dans le contrôle.

Deux institutions d'assurance disposeront probablement fin 1976 de l'équipement nécessaire. ;

- 4° identification du bénéficiaire.

La fonction publique n'est pas prête avec le registre national ;

- 5° écolage du personnel.

Le service soins de santé ne dispose pas de personnel qualifié suffisant pour remplir les missions ;

- 6° elle est limitée aux honoraires des médecins.

Des dépenses importantes telles qu'hospitalisations et médicaments ne sont pas concernées par l'expérience ;

- 7° la fixation de normes de référence exige de l'expérience, laquelle fait encore défaut ;

- 8° l'établissement de conclusions présuppose des données comparables ;

---

(1) Sénat, Ann. O. Parl., 11 février 1975, ID 51, 221, O. U. Il. n° 5, 2 décembre 1975,  
 (2) VOIR AUSSI et R. Parlo - chambre - 0, O. U. Il. n° 5, 2 décembre 1975,  
 question n° 14 du membre Van Steenkiste.

9° elle demande beaucoup de préparation, de sorte que les premières données opérationnelles ne seront disponibles qu'en 1980.

**§ 5. Timbre de consommation pour spécialités pharmaceutiques.**

En ce qui concerne cette proposition, il est renvoyé au chapitre VII, p. 289.

Si le gouvernement optait pour cette solution, il faudrait d'abord étendre le système risques mineurs à toute la population, le système n'étant pas fermé dans le cas contraire.

**§ 6. Contrôle sur la durée de séjour dans les hôpitaux.**

Le contrôle sur la durée de séjour (J) dans les hôpitaux est également important.

Chaque hôpital devrait tenir les données à la disposition du service de contrôle médical.

Ces données comprennent :

- par patient : durée du séjour ;
- par médecin : nombre de patients soignés en chambre commune ou  
: individuelle ;
- nombre de patients.

---

(I) Voir Chambre 1974. document 4 - XVIII. n° 3. p. 22.  
lotion U.M.S. •• mai 1971.

**§ 7. Contrôle de la délivrance des médicaments.**

On insiste avec raison (1) sur le fait que le contrôle de la fourniture de médicaments via les services de tarification est inexistant.

Il doit cependant être possible d'obtenir une vue d'ensemble par médecin et par patient.

**§ 8. Contrôle sur la comptabilité.**

Une comptabilité détaillée dans chaque hôpital, dans chaque laboratoire clinique et dans chaque centre radiologique doit permettre de rassembler les données nécessaires sur le prix de revient.

Elle doit pouvoir être contrôlée sur place.

**§ 9. Les sanctions.**

La loi sur la maladie prévoit des sanctions à l'égard des dispensateurs de soins de santé qui commettent certaines infractions.

- a) interdiction des organismes assureurs d'intervenir dans les frais pour prestations de soins (art. 79, 9° et 90, loi maladie; art. 44 loi 14 février 1961).

La durée de l'interdiction est de un jour à un an.

---

(1) tl. Delhuyenne : Précontrôle sur les prestations de l'assurance maladie-invalidité, R.B.S.S. 1975, p. 935; voir aussi R.B.S.S. 1963, p. 975.

Cette sanction est prononcée par une chambre restreinte, composée de membres du comité de gestion du Service de contrôle médical(1).

Le dossier est envoyé à cette chambre restreinte après décision du comité de gestion.

Cette décision est précédée d'enquêtes préalables.

En 1974, 67 dossiers furent transmis aux deux chambres restreintes.

Ils concernaient 30.453 irrégularités concernant les soins de santé donnés à 2.674 bénéficiaires (voir tableau 124).

Le nombre de cas mentionnés par les organismes assureurs est plutôt bas.

Les organismes assureurs et les médecins-conseils pourraient sans aucun doute découvrir et déclarer un plus grand nombre de cas.

Le groupe le plus important d'irrégularités concerne l'absence de la personne qui a soi-disant donné les soins.

La part toujours plus grande de la technique dans les soins médicaux favorise ce genre d'irrégularités (p.ex. électrocardiogramme fait par la secrétaire du médecin, analyses de laboratoire faites par des laborantines en dehors de la présence d'un biologiste et sans contrôle de ce dernier, radiographies faites par du personnel auxiliaire en dehors de la présence du radiologue, injections données par des personnes qui ne sont pas des infirmières, etc...).

Tout ce système de sanctions présente des inconvénients :

- a) deux chambres sont ~~l'au~~ ~~li~~ ~~sa~~ ~~de~~ pour traiter rapidement le grand nombre de cas;

---

(1) Il y a deux chambres restreintes présidées par un vice-président du comité de gestion. Elles sont composées d'un membre de l'ordre des médecins et de trois médecins désignés parmi les médecins des organismes assureurs et des organisations de médecins. Au cas où la personne ayant donné les soins est un dentiste, un pharmacien, une accoucheuse, une infirmière, un kinésithérapeute, etc..., deux des médecins appartenant aux organisations de médecins sont remplacés par deux représentants des organisations représentatives du groupe auquel appartient la personne qui a donné les soins. S'il s'agit d'un pharmacien, le membre de l'ordre des médecins est remplacé par un pharmacien désigné par le Conseil supérieur de l'Ordre des pharmaciens.

Tableau 124 :

	Certificats pour soins non donnés	Certificats inexacts (prestations mention- nées autres que celles effectuées)	Prestations effec- tuées par des per- sonnes autres que celui qui a signé les prestations	Prestations effec- tuées sans obser- vation des condi- tions	Faux	Totaux
	I	II	III	IV	V	
Médecins-généralistes	569	166	561	1.137	-	2.433
Médecins-spécialistes	1.492	91	7.693	4.477	-	13.753
Pharmaciens	28	25	-	160	-	213
Dentistes	77	13	-	61	-	151
Bandagistes-orthopédistes	5	2	-	23	-	30
Kinésithérapeutes	3.805	200	2.673	436	1.248	8.362
Infirmières	3.418	-	2.093	-	-	5.511
TOTAUX	9.394	497	13.020	6.294	1.248	30.453

- b) les sanctions sont prononcées par des chambres restreintes dont les membres sont en majorité des représentants des dispensateurs de soins et dans le cas des médecins, exclusivement des médecins.

La composition pourrait être la suivante : deux magistrats, dont un assure la présidence et un représentant de l'organisation représentative du groupe auquel appartient la personne qui a donné les soins.

- c) un représentant de l'Ordre des médecins et de l'organisation des médecins siège dans les litiges où sont impliqués des infirmières, des accoucheuses, des kinésithérapeutes, des bandagistes et des orthopédistes.

Cette présence ne se justifie pas;

- d) l'intervention du comité de gestion devrait être supprimée. Il constitue un chaînon inutile et paralyse la procédure.

- e) la sanction ne frappe qu'indirectement la personne qui a dispensé les soins.

En cas d'irrégularité le dispensateur de soins devrait également avoir une amende administrative.

- f) une sanction minimum d'un jour n'est pas efficace;

- g) l'article 34 quater de la loi maladie n'interdit pas à la personne dispensant les soins, de continuer à délivrer des certificats pendant la période d'interdiction.

Bien au contraire, d'après la loi il doit continuer à les délivrer.

Le texte devrait être complété de telle sorte qu'il soit interdit, sous peine de sanction, d'encore délivrer des certificats pendant la période d'interdiction.

La sanction devrait être affichée dans la salle d'attente.

- h) le texte actuel est muet sur la possibilité d'exécuter les décisions.

Il est possible d'interjeter appel contre les décisions du comité de gestion, du Service du contrôle médical auprès de deux commissions d'appel (une néerlandophone et une francophone) (art. 44 loi du 14 février 1961).

La composition de la commission d'appel pourrait être la même que celle de la chambre restreinte.



De plus, ces commissions ne peuvent pas aggraver les sanctions et l'appel annule la décision attaquée.

Ceci a pour conséquence qu'on va de plus en plus en appel.

Il est peut-être également possible d'envisager de confier la tâche des chambres restreintes et des commissions d'appel aux tribunaux et cours du travail.

Le tribunal du travail serait composé de deux magistrats et d'un représentant de l'organisation à laquelle appartient la personne dispensant les soins.

Cette proposition répond à la tendance de confier tous les différents en matière de la législation sociale aux tribunaux du travail et permet une meilleure décentralisation.

Actuellement, déjà, les tribunaux du travail sont chargés de l'application de sanctions (480, 8°, a à b et 583 Code judiciaire) (1).

b) Sanctions pénales en cas de :

- 1) refus de délivrer les certificats prescrits (art. 103 b loi maladie).

Les sanctions infligées ne peuvent être appliquées que si les médecins, après avertissement, refusent à plusieurs reprises de délivrer des certificats.

La loi du 8 avril 1965 a non seulement atténué les conditions nécessaires à la sanction, mais a également diminué la gravité de la sanction (2).

Chacune de ces deux modifications constitue un affaiblissement important des sanctions;

- 2) non-observation des honoraires déterminés en application de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 (voir titre X).

En ce qui concerne les honoraires déterminés par l'accord médico-mutualiste seules les clauses pénales à prononcer par le tribunal civil sont d'application (art. 34, § 8 loi maladie et compo art. 33, § 2 loi maladie).

Ici aussi des amendes administratives devraient être déterminées.

---

(1) voir toutefois art. 16 loi 7 août 1972 portant instauration du droit à un minimum vital par lequel la commission d'assistance publique est déclarée compétente pour l'application de la sanction, avec possibilité de recours au tribunal du travail.

(2) compo loi maladie, loi 24 décembre 1963 et loi 8 avril 1965.

## 3) délits ordinaires (1)

c) le remboursement de prestations indûment payées.

Suivant l'article 97 de la loi sur la maladie, le bénéficiaire qui a bénéficié injustement de prestations suite à une erreur ou une fraude est tenu d'en rembourser la valeur.

L'organisme assureur doit donc, sauf dans le système du tiers-payant, s'adresser à son assuré.

Il est proposé que, lorsqu'un dispensateur de soins a rendu possible le remboursement injustifié, il soit rendu responsable de la restitution.

Cette modification est aussi proposée par le conseil général de l'INAMI.

En attendant que les instances mentionnées sous a) se prononcent, le délai de prescription fixé dans l'article 106 ne serait pas d'application vis-à-vis de la personne qui a prodigué les soins.

d) droit de verbaliser.

Le fonctionnaire contrôleur devrait avoir le droit de donner des avertissements, de fixer un délai endéans lequel le contrevenant devrait se remettre en règle, et de dresser des procès-verbaux.

B. En matière d'indemnités.

Pour ce qui est du contrôle en matière d'indemnités, le noeud du problème se situe au niveau des médecins-conseils des organismes assureurs.

---

(1) ex. faux en écritures (art. 196 C.P.), fraude et escroquerie (art. 496 C.P.)

§ 1. Incapacité de travail des travailleurs.

a) Contrôle par les employeurs.

En cas d'incapacité de travail suite à une maladie autre qu'une maladie professionnelle, ou en cas d'accident autre qu'un accident de travail, le travailleur doit avertir son employeur (1).

Le cas échéant (2) il remet un certificat médical (3).

L'employeur fait faire examiner le travailleur par un médecin qu'il désigne et qu'il rémunère.

Ce médecin constate uniquement si le travailleur est réellement incapable de travailler.

L'utilité d'un contrôle médical systématique est de plus en plus mise en doute.

Avec le temps, il n'aurait pas d'influence.

Le mieux est d'y recourir pour certains cas individuels (4).

"  
On peut dès lors se demander s'il est sensé d'exiger la remise d'un certificat médical.

Une déclaration du travailleur pourrait remplacer ce certificat.

b) Incapacité de travail primaire

Le contrôle peut se faire par :

1. le médecin traitant :

Aucune stipulation de la loi sur la maladie n'oblige le médecin traitant de remplir des certificats médicaux.

- 
- (1) art. 29 bis loi contrat de travail travailleurs  
art. 9, § 2 loi contrat de travail employés.  
art. 25 quater, § 5 loi contrat de travail bateliers.
  - (2) les règlements de travail l'imposent d'habitude.
  - (3) la délivrance d'un certificat médical par lequel un accident de travail est constaté implique nécessairement un examen réel.  
Ordre des médecins, conseil d'appel 19 novembre 1974, Inf. INAMI nO 5, p. 344
  - (4) Fabrimetal, décembre 1975, p. 58

Dans le secteur soins de santé il existe bien une obligation de remettre un certificat pour soins donnés (art. 34 quater loi sur la maladie).

La loi sur la maladie pourrait stipuler que le médecin délivre en cas de demande un certificat médical par lequel il déclare qu'après avoir examiné l'intéressé il estime que celui-ci doit être considéré comme étant incapable de travailleur pour autant de jours.

2. ~n_s~r~i~e_d! ~o~t.!.ô!e_d~s_e~p!01.e~r~g.!.é!(art. 48 bis)

Par la loi du 27 juin 1969 une stipulation fut insérée dans la loi sur la maladie (art. 48 bis) qui permettait à un service de contrôle des employeurs agréé de constater l'état d'incapacité de travail et de prendre des décisions qui avaient force d'obligation pour l'organisme assureur.

Cette stipulation resta lettre morte parce que les dits services de contrôle n'avaient aucun intérêt à remplir cette mission supplémentaire.

3. ~e_m!.d!.c!n!.cfn!.l.e.!!l~d.ta.!!i.!.sm.!!u.!.e~r

Les médecins-conseils des organismes assureurs ont une double mission en matière d'indemnités primaires:

- a) la constatation du début et de la fin de la période d'incapacité de travail : il s'agit d'une mission formelle;
- b) le contrôle de l'état d'incapacité de travail: cette tâche n'est pas exercée de la même façon dans toutes les régions.

Les raisons sont diverses :

- a) le nombre de médecins-conseils;
- b) leur degré d'expérience dans l'exercice de la médecine;
- c) leur conception de leur mission;
- d) la mentalité de la région;
- e) la composition de l'effectif des bénéficiaires.

Déchargés de travail administratif superflu les médecins-conseils pourraient s'appliquer d'avantage à cette mission.

#### 4. Contrôles par les médecins-inspecteurs.

##### a) le contrôle d'urgence:

Les médecins-inspecteurs du service du contrôle médical peuvent sans avis préalable se rendre au siège d'une entreprise afin de relever la liste des travailleurs absents pour cause d'incapacité de travail et de commencer immédiatement toutes enquêtes et examens jugés nécessaires (art. 82 loi sur la maladie).

Il est de moins en moins fait usage de cette possibilité (voir tableau 125).

Les décisions prises ne sont d'ailleurs pas obligatoires pour l'employeur et l'assuré n'est pas obligé de rester à la maison(1);

##### b) examen à domicile des assurés qui ne savent pas se présenter à la session de contrôle médecin-Conseil (art. 48, deuxième alinéa loi sur la maladie).

Le nombre des examens demandés est minime (voir tableau 125).

Tableau 125 : Constatation de l'incapacité de travail par des médecins-inspecteurs de l'I.N.A.M.I.

	<u>CONTROLE</u>		<u>VISITE A DOMICILE</u>
	(art. 82 loi sur la maladie)		(art. 48 loi sur la maladie)
	assurés visités	assurés examinés	sur demande médecin- conseil (art. 48 loi maladie)
1966	24.121	15.109	-
1967	15.344	9.360	-
1968	11.026	6.933	-
1969	4.608	3.033	-
1970	991	549	-
1971	526	299	106
1972	44	34	90
1973	0	0	81
1974	202	0	67
1975 (1)	196	0	94

(1) trois semestres.

(1) En France bien. Voir Dupeyroux, O.l., p. 383, note 3.

c) invalidité

Lors de la constatation de l'incapacité, le médecin-conseil doit établir une fiche.

Sur base de cette fiche la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité décide quant à l'invalidité.

L'invalidité est donc le plus souvent octroyée sur base de documents.

Exceptionnellement un examen corporel est ordonné.

Cette procédure entraîne que la rédaction de la fiche est déterminante pour l'octroi de l'invalidité.

La reconnaissance d'invalidité d'un assuré dépend donc du sens des responsabilités du médecin-conseil ou de son habilité.

Il existe aussi diverses opinions au sujet de la valeur de ces fiches (1).

d) sanctions

Certaines suggestions faites sous A. Soins de santé sont également d'application pour le secteur indemnités (suppl. modifications art. 97 loi maladie).

## § 2. Incapacité de travail des indépendants.

-----  
Le règlement du contrôle de l'incapacité de travail des indépendants est basé sur celui des travailleurs.

Vu qu'il n'existe pas de droit à un salaire hebdomadaire ou mensuel garanti et que le droit à des indemnités primaires ne devient effectif qu'après trois mois d'incapacité, le contrôle est moins compliqué.

(1) K. Schutyzer : De geneeskundige controle in de sociale zekerheid 1973, p. 42 et note 200.

Div. 2. Le contrôle administratif.

§ 1. Le service du contrôle administratif.

Le service du contrôle administratif est responsable du contrôle des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités (art. 91 loi-maladie).

Le service peut donc vérifier s'il existe un droit à des indemnités ou à des soins, si les prestations sont accordées légalement, si le montant des prestations a été calculé exactement, si les renseignements comptables et statistiques sont fournis à temps par les organismes assureurs, si une mutation est régulière et si le nombre des affiliés est exact.

Les constatations les plus importantes concernent le calcul fautif du montant des indemnités (10 à 12 pet. de fautes dans des dossiers préalablement sélectionnés).

En ce qui concerne le fonctionnement du service du contrôle administratif, on peut se demander :

- a) s'il est nécessaire d'avoir un organe d'administration séparé pour le contrôle administratif.

Le service fait des constatations presque exclusivement dans le secteur indemnités.

Il serait préférable d'intégrer le contrôle administratif s'occupant des indemnités dans le service des indemnités et le contrôle du fonctionnement des mutualités dans le service du Ministère de la Prévoyance sociale qui a dans ses attributions l'agrération des mutualités (1).

- b) lorsqu'on décide d'introduire une réclamation devant un tribunal il faut, après décision du comité de gestion du service du contrôle administratif, passer à nouveau par le conseil général.

Cette procédure est une pure perte de temps et souligne le rôle généralement considéré comme superflu du conseil général.

- c) l'art. 158 de la loi du 5 janvier 1976 concernant les propositions budgétaires 1975-76 crée un service pour l'inspection générale.

Ce service est chargé de l'inspection et du contrôle de l'application des lois sociales.

---

(1) voir aussi Sénat, Ann. parI. 3 juillet 1968, p. 263 et 20 janvier 1970, p. 429

L'arrêté royal portant la mise en activité de ce nouveau service et la désignation des services à fusionner n'est pas encore paru.

Les discussions parlementaires font apparaître qu'on a visé les services qui contrôlent l'incapacité de travail(1) et non ceux qui contrôlent les mutualités.

Vu l'absence d'arrêtés d'exécution il est impossible de s'étendre d'avantage sur ce sujet.

## § 2. La Cour des Comptes.

-----

La Cour des Comptes limite son contrôle aux indemnités, aux dépenses pour maladies sociales et aux dépenses pour hospitalisation (intervention Ministère de la Santé publique).

Toutes les autres dépenses concernant les soins de santé échappent au contrôle.

Cette façon de procéder est la conséquence d'un modus vivendi.

Elle est en opposition avec la loi du 16 mars 1954 concernant le contrôle de certaines institutions d'utilité publique, qui permet un contrôle sans limite sur l'I.N.A.M.I. (art. 1 et art. 6, § 6).

A plusieurs reprises (2) on a insisté sur une extension du contrôle par la Cour des Comptes.

---

(1) Chambre, 1975-76, document 680/10, p. 107

(2) Sénat, Ann. parI. 20 janvier 1970, p. 429 et Chambre, Ann. parI. 4 février 1970, p. 16.



§ 3. Les commissaires du Gouvernement.  
 -----

Les considérations qui suivent au sujet des commissaires du Gouvernement ne sont pas propres à l'I.N.A.M.I., mais à l'institut lui-même.

Lors de la création d'organismes publics, on a craint avec raison qu'une surveillance administrative insuffisante mènerait "tot het afbrokkelen en verdelen van het staatsgezag tot een eenvoudige souvereiniteit van, in feite, onafh nkelijke openbare diensten" (1).

Les commissaires du Gouvernement n'ont pas su remédier à cette situation.

Le terme "commissaire du Gouvernement" prête d'ailleurs à confusion.

Ils ne représentent nullement le Gouvernement mais uniquement le Ministre qui les a d lugu  (2).

Quoiqu'investis d'une grande autorité, y compris le droit de veto et assistant aux réunions des organes d'administration (3) avec voix consultative, leur influence reste faible.

Choisis parmi les fonctionnaires d'un Ministère, ils n'appartiennent parfois pas nécessairement à un service dont les activités s'apparentent à celles de l'organisme contrôlé.

De plus, leur mission représente une activité secondaire qui donne droit à rétribution supplémentaire, une sorte de promotion.

Le choix de ces commissaires sait aussi être inspiré par des motifs politiques, avec comme conséquence la nomination de personnes incompetentes ou le cumul de fonctions de commissaire du Gouvernement (4).

Les commissaires du Gouvernement sont souvent incompetents tant sur le plan budgétaire que technique, et ne savent consulter personne.

Sens s représenter l'intérêt général, ils veillent à n'entrer en conflit avec personne.

---

(1) Chambre 1951-52, document 317, p. 5

(2) Chambre 1951-52, document 317, p. 5 et 11; L.P. Suetens et R. Elst : De tussenkomst van de regeringscommissaris in de beheerscomit s van de instellingen van openbaar nut. R.W. 1966-67, col. 1407, nO 10.

(3) art. 9 loi 16 mars 1954 concernant le contrôle de certains organismes d'intérêt public.

(4) voir critique dans projet de loi du sénateur Lahaye (Sénat 1966-67, document 324).

Ils n'ont pas connaissance des discussions qui ont précédé les sessions du comité de gestion, ne connaissent pas l'opinion de "leur" Ministre et préfèrent attendre les événements.

Peu de commissaires du Gouvernement prennent la parole.

Le silence est un signe de sagesse mais est interprété plus tard comme une approbation du Gouvernement.

On a parfois songé à désigner des membres du Cabinet en qualité de commissaires du Gouvernement.

Cette façon de procéder permettrait un contact plus direct, mais ne peut se concilier avec le rôle limité - quoiqu'en réalité beaucoup plus important - qui est réglementairement reconnu aux membres d'un Cabinet.

Elle se justifie en tout cas du point de vue de la surveillance politique.

Dans le système actuel l'intérêt général n'est pas mis aux enchères et le Ministre ne peut intervenir qu'après coup, lorsque l'organe de gestion a pris la décision.

Car deux sortes de décisions sont prises au sein des organes de gestion :

- a) des décisions administratives (recrutement, nominations, achat de machines, établissement du budget);
- b) des décisions de gestion (ex. revalorisation du médecin de famille).

Un fonctionnaire peut vérifier la légalité des décisions administratives, mais peut rarement intervenir dans les décisions de gestion.

Cette dernière considération est la conséquence d'un manque de gestion dans certaines administrations et d'un manque de collaboration entre l'administration et le Ministre.

De plus un fonctionnaire n'a pas le pouvoir de rappeler à un organe de gestion qu'il ne doit pas décider des dépenses supplémentaires parce qu'elles sont populaires et de laisser les décisions impopulaires au Gouvernement (1).

Le débat au Sénat (2) portant sur le fait qu'un comité de gestion soumet un budget non équilibré sans proposer les mesures d'économie ou de financement nécessaires est très instructif.

Le Comité de gestion ne doit pas donner de justification.

---

(1) Ann. parI. Sénat 4 décembre 1975, p. 459, intervention Sénateur E. Cuvelier.

(2) Ann. parI. Sénat 4 décembre 1975, p. 475.

Si le Ministre de la Prévoyance sociale ne désire pas approuver un accord médecins-mutualités, il doit, suivant l'art. 34, § 5 de la loi sur la maladie, venir se justifier personnellement et agir de façon conciliante (1).

Peut-être faudrait-il préciser dans la loi sur la maladie que les tarifs de cotisations doivent être adaptés pour que le budget soit toujours en équilibre. Cette augmentation pourrait seulement être évitée par des mesures d'économie.

Les lacunes mentionnées furent aussi ressenties au niveau gouvernemental.

Ainsi les pouvoirs du Ministre des Finances furent étendus par A.R. n° 4 du 18 avril 1967, pris en exécution de la loi du 31 mars 1967, et une tutelle forcée permettant d'agir à la place (3) de l'organe de gestion (2) fut instaurée.

Un conseiller budgétaire et financier fut nommé pour dix ans (4) à Ill.N.A.M.I. Celui-ci suit de près et sur place l'évolution des recettes, des dépenses et des prévisions.

Il s'agit d'une fonction à temps plein.

Il assiste aux réunions des organes d'administration sans voix consultative et sans droit de veto.

Un pas en avant fût franchi avec l'art. 32 de la loi du 23 décembre 1974 concernant les propositions budgétaires 1974-75, complété par la loi du 5 janvier 1976.

Le chargé de mission désigné en dehors des organes de contrôle existants, dans une institution ou une entreprise qui dépend pour une part importante des subsides de l'Etat, acquiert le droit de s'opposer à toute décision prise par les organes de gestion de l'entreprise auprès de laquelle il a été désigné et qui est contraire à l'intérêt de l'Etat.

Bien que cette clause ne trouve d'application que dans des organismes industriels ou commerciaux comme la SABENA, on peut se demander pour quelle raison elle n'est pas valable pour le conseiller budgétaire et financier dont il est question ci-avant.

- 
- (1) Lorsqu'un Ministre a l'intention de dénoncer un accord collectif de travail il en communique les raisons au comité paritaire intéressé sans pour cela aller présider personnellement le comité paritaire.
  - (2) voir aussi art. 21 loi 25 avril 1963 sur la gestion paritaire.
  - (3) L.P. Suetens : De regeringscommissaris bij de organismen van openbaar nut RW 1967-68 col. 231-240
  - (4) J. Baeten, O.l., p. 895 : cela revient à dire que les commissaires du Gouvernement ne remplissent pas leur mission convenablement.

La fonction de commissaire du Gouvernement se déprécie si ce droit de veto est attribué.

Il ressort également de tout cela qu'on court le risque de voir les contrôles devenir trop fréquents et dès lors exécutés d'une manière superficielle.

Ce problème n'est pas propre à l'assurance maladie-invalidité, ainsi que nous l'avons déjà souligné précédemment.

Les propositions faites au cours du XXème Congrès des Juristes néerlandophones n'ont pas encore perdu de leur intérêt:

"De optimale en zuiverste oplossing bestaat o.L. in het toevertrouwen van de functie van regeringscommissaris aan een autonoom orgaan, onafhankelijk van de uitvoerende macht, maar verbonden aan de wetgevende macht.

"Dit orgaan zou bv. een sectie van het Rekenhof kunnen zijn.

"Het mandaat van regeringscommissaris zou een full-time en exclusieve betrekking zijn, los van alle andere administratieve functies (cfr. de Franse contrôleurs d'Etat). De regeringscommissaris zou bevoegdheid bezitten ook voor het financieel toezicht : hiertoe zou hij bijgestaan worden door experts - (bv. revisoren) -, maar de uiteindelijke beslissingen zouden door hem genomen worden (cfr. de Nederlandse regeringscommissaris van het Radiowezen).

Deze fundamentele hervorming biedt volgende voordelen :

- a) de prerogatieven van de wetgevende macht worden hersteld;
- b) een autonoom orgaan is een vast a-politiek en onafhankelijker lichaam t.o.v. de drukingsgroepen, vertegenwoordigd in het beheerscomité van de openbare instellingen, dan de Minister en zijn huidige afgevaardigden, welke laatste in de regel voor hun promotie van de gunst van hun opdrachtgever afhankelijk;
- c) wegens de stabiliteit en exclusiviteit van het ambt zouden een degelijke en grondige voorbereiding en een ernstige controle mogelijk zijn, wijlook in de activiteiten der ministeriële departementen doorlopend zou voorzien worden door de ambtenaren en de hogere ambtenaren. Deze laatsten zouden immers geen nevenactiviteiten - (alleszins niet op dit stuk) - meer uitoefenen tijdens de diensturen en zich derhalve volledig kunnen wijden aan hun administratieve hoofdtaak.

---

(1) voir au sujet de la multiplicité des contrôles question parlementaire membre De Vlies, Bull. Chambre Ques. et Rép. 1966-67, p. 1519

d) une coordination s'établirait progressivement entre le contrôle sur la gestion et donc entre la gestion même de toutes les institutions publiques d'une même catégorie, de tous les départements."(1)

De plus, le ministre ou un membre de son cabinet aurait le droit d'assister aux sessions du comité de gestion afin de faire connaître le point de vue du gouvernement à ce comité.

#### § 4. Le ministre de tutelle.

Le Ministre de la Prévoyance sociale n'est pas armé pour contrôler les décisions qui lui sont soumises.

La technicité de beaucoup de décisions (nomenclature, autorisation de médicaments) est telle que seuls des fonctionnaires ayant la compétence technique nécessaire pourraient le renseigner.

La structure du ministère de la prévoyance sociale ne permet que des contrôles de budget, des études socio-économiques et la rédaction de textes juridiques.

Il ne possède ni médecins ni pharmaciens en service.

Il subit les décisions prises par d'autres ministères (prix de la journée d'hospitalisation, hôpitaux, prix des médicaments, législation du travail) et peut tout au plus mener une politique budgétaire, mais non une gestion en matière de santé.

Il en résulte que la gestion définie par les organes d'administration de l'I.N.A.M.I. est prédominante bien que le médical soit fortement influencé par les conceptions des représentants syndicaux des médecins et le pharmaceutique par ceux des pharmaciens, etc...

Le pendant des employeurs, des travailleurs et des représentants des mutualités existe mais il peut être animé par d'autres optiques.

---

(1) L.P. SUETENS et R. ELST, o.c., col. 1416-1417, en particulier nOs 40-41.

Les fonctionnaires de l'LN.A.M.L. ne sont pas indépendants, puisqu'ils dépendent des organes d'administration.

Il est dès lors réellement indispensable que le contrôle de l'LN.A.M.L., particulièrement en ce qui concerne les soins de santé, soit exercé par le Ministère de la Santé publique.

CHAPITRE XVIII : CONCLUSIONS.

1. En rapport avec l'assainissement de l'assurance-maladie on peut utilement se référer à une déclaration de M. F. VAN ACKER, Ministre de la Prévoyance sociale :

"Il n'existe pas de solution-miracle" (1).

Il existe bien diverses solutions partielles qui peuvent être utilisées de façon convergente.

Une approche fragmentaire de la problématique est toutefois vouée à l'échec.

2. Le rapport en question démontre que l'explosion des dépenses de santé n'est pas propre à notre pays ou à notre système d'assurance mais commun à tous les pays industriels ou post-industriels.

Nous occupons parmi tous ces pays une position médiane.

Les dépenses pour soins de santé par bénéficiaire s'accroissent plus rapidement que le produit national brut et que le revenu national, calculé par tête (voir chapitre VI).

c'est surtout la catégorie des pensionnés, invalides et veuves qui d'année en année absorbe une plus grande part des revenus, bientôt la moitié.

Parmi les dépenses ce sont certainement les soins d'hospitalisation et les médicaments qui viennent en tête.

La biologie clinique, la kinésithérapie et les soins dans les hôpitaux ont le rythme d'augmentation le plus prononcé.

Les causes de cette explosion furent analysées au chapitre VI.

Quelques causes telles le vieillissement de la population, le besoin de soins, l'augmentation des prix et la progression des salaires semblent inévitables.

D'autres causes sont plus facilement maîtrisables mais pas dans le cadre de l'assurance-maladie.

Il s'agit surtout de l'accroissement du nombre de journées d'hospitalisation, l'augmentation des prix des spécialités pharmaceutiques, de l'augmentation du nombre du personnel sanitaire.

---

(1) Sénat 1971-72, document 394, p. 5.

Les autorités elles-mêmes doivent s'efforcer d'endiguer ce torrent.

La maîtrise des honoraires du personnel sanitaire par la conclusion d'accords est une entreprise relativement réussie, qui devra encore être plus sévère vu les possibilités budgétaires limitées.

L'analyse des causes de l'explosion des frais permet de localiser quelques points d'appui qui permettent une maîtrise des dépenses.

Dans les chapitres VII à XVII on formule une série de propositions de nature à y contribuer.

La courbe continuellement ascendante des dépenses doit être infléchie sans toucher, toutefois, à la qualité des soins.

L'augmentation du nombre d'invalides et des dépenses pour indennités d'invalidité qui en découlent est également inquiétante.

De 1958 à 1974 le nombre d'invalides a plus que doublé.

Ce phénomène est certainement en rapport avec le vieillissement de la population mais aussi avec une évolution de la morbidité (p.ex. affections psychiques).

Cela fait surgir des questions concernant notre mode de vie et l'éducation sanitaire de la population.

3. L'ensemble du problème de l'assurance-maladie est comme une toile d'araignée. Si l'on touche à un fil, toute la structure semble se mettre en mouvement.

Tous les problèmes s'entremêlent : de la formation universitaire du médecin à l'éducation sanitaire de la population, tous peuvent influencer l'évolution des frais.

Agir sur un facteur de l'évolution des frais (p.ex. sur le prix d'une journée d'hospitalisation) peut devenir une source de nouvelles dépenses (p.ex. biologie chimique, radiologie).

L'introduction de nouvelles normes de soins de santé peut mener à des dépenses encore plus grandes.

La médecine ne s'arrête pas non plus dans son développement. On dispose de techniques toujours meilleures et plus récentes aussi bien dans le diagnostic que dans le domaine curatif.



Offrir une médecine de qualité gratuite à toute la communauté dépasse toutefois nos moyens financiers.

Les médecins et les assurés doivent dès lors être plus conscients des frais. Le slogan "la santé n'a pas de prix" n'est pas défendable.

4. Si l'on cherche des solutions, on bute sur des intérêts. Chaque organisation défend - et souvent c'est sa raison d'être - des intérêts déterminés : ceux des malades, ceux des travailleurs actifs, ceux des employeurs, ceux des indépendants, ceux des hôpitaux, ceux des médecins, ceux des pharmaciens, ceux des infirmières, ceux des kinésithérapeutes, ceux d'autres paramédicaux, ceux des conseillers médicaux, ceux du personnel de santé, ceux des fonctionnaires, etc •••

Chaque groupe estime qu'il y a des économies à faire, parfois qu'il faut restreindre les dépenses de santé, mais dans un domaine qui n'est pas le sien.

L'unanimité ne peut être obtenue que sur un seul point : l'Etat doit faire un effort financier plus grand.

5. L'inventaire des points chauds permet de rechercher des moyens pour mieux maîtriser l'évolution des dépenses.

De plus, il démontre que des économies ne sont pas possibles sans s'attaquer aux structures.

Les dépenses devront être adaptées aux recettes ou les recettes aux dépenses, aussi bien dans la branche soins de santé que dans celle des indemnités.

Personne ne désire dépenser un franc de plus pour les soins de santé, en fin de compte une compression des dépenses devient donc la seule possibilité.

Dans le rapport, des modifications au financement (voir chapitre VII) sont proposées.

Elles recherchent une participation de chaque assuré sur base de ses revenus et une intervention plus stable de la part de l'Etat.

N'importe quelle modification du financement ne peut cependant éviter le problème de la restriction des dépenses.

Refuser d'admettre cette situation serait une réaction conservatrice par excellence.

De plus le système de l'assurance sociale des indépendants est structurellement faible: le nombre d'indépendants diminue, les charges s'alourdissent.

6. Une première lacune - depuis des années un lieu CODDnun - est la nécessité de rassembler toute la gestion de la santé sous la responsabilité d'un seul ministre.

La dispersion des services et l'absence d'une seule gestion furent longtemps les caractéristiques de notre politique de santé.

Cette faiblesse permet à certains groupes monopolisateurs de faire la loi.

Les soins de santé demandent une prise en main totale: médecine préventive et curative ne sont pas simplement à compartimenter, approvisionnement en eau, air pur, cours d'eau propres et alimentation adéquate sont aussi importants que les soins curatifs.

Toute notre gestion de la santé doit être conduite avec fermeté.

Toute réforme qui évite cette option fondamentale repose sur du sable.

7. Une seconde condition est de disposer de l'information nécessaire et d'être en mesure de la traiter et de la transformer en options directives.

Comme on peut le lire à de nombreux endroits du rapport, beaucoup de données sont incomplètes, peu sûres, non utilisées ou non disponibles.

Le Ministère de la Santé publique devrait rassembler toutes les données, les comparer et les analyser avec plus de soin qu'auparavant.

Cette information doit e.a. se rapporter à un schéma de la morbidité d'une région donnée, aux besoins tant sur le plan de la prévention que dans le domaine curatif, à la consommation et production médicale, à la nature et à la quantité des médicaments prescrits, aux causes de l'accroissement inquiétant du nombre des invalides, à l'extension de certaines maladies (comme le cancer) d'après les régions, au nombre croissant de personnes s'occupant des soins de santé dans chaque région, etc •••

Elle doit permettre au Ministère de la Santé publique d'évaluer la qualité des soins de santé, dégager des lignes directrices, de s'attaquer à l'éducation sanitaire de la population, et de veiller à la coordination nécessaire entre toutes les prévisions.

Elle est aussi nécessaire pour pouvoir passer à un contrôle efficace et sélectif.

L'information ainsi recueillie devrait faire régulièrement l'objet de discussions avant d'être transformée en options de gestion.

8. Dans ce but un Conseil Central de la Santé publique pourrait être créé au sein du Ministère de la Santé publique.

Ce conseil devrait remplir une fonction analogue à celle du Conseil central de l'activité industrielle dans le domaine économique et du Conseil national du travail dans le domaine social.

Il donnerait son avis au gouvernement sur tous les problèmes concernant la santé publique.

Il serait de plus en organe de délibération.

La composition pourrait être faite parmi les représentants :

- a) des médecins ;
- b) des dentistes ;
- c) des pharmaciens ;
- d) des infirmières ;
- e) des paramédicaux ;
- f) des mutualités ;
- g) des services pour soins à domicile ;
- h) des hôpitaux ;
- i) des employés et des employeurs ;
- j) du président du comité de gestion du service soins de santé de l'I.N.A.M.I.
- k) du fonctionnaire dirigeant du service soins de santé de l'I.N.A.M.I.
- l) de fonctionnaires du Ministère de la Santé publique ;

peut-être encore les représentants

- m) du comité pour avis concernant les denrées alimentaires.

A ce Conseil central pour la santé publique on pourrait confier, pour avis, des problèmes tels que l'extension de l'assurance-maladie, l'instauration d'un dossier médical, l'éducation sanitaire de la population, etc ...

Le Conseil Supérieur pour la Santé Publique, institué par arrêté royal du 14 septembre 1919 interviendrait en tant qu'organe consultatif pour le gouvernement au sujet des problèmes scientifiques.

Des commissions permanentes ou temporaires chargées de l'étude de problèmes définis (ex. Causes de cancer, maladies coeur et vaisseaux, influence du tabac sur la santé, etc.) pourraient être instituées en son sein.

Les conseils scientifiques d'ollt question dans les articles 13 à 15 de la loi sur la maladie, disparaîtraient.

Leurs membres ne furent d'ailleurs jamais nommés.

Le Conseil Supérieur pour le cancer pourrait être repris en tant que commission permanente au sein du Conseil Supérieur pour la santé publique.

9. Une troisième condition est un établissement graduel des prévisions :

- a) des soins de santé de première ligne avec le médecin de famille comme figure centrale, et en cas de nécessité, des soins de santé de deuxième ligne.

Le débat parlementaire du 5 février 1976 a fait apparaître une opinion quasi unanime des parlementaires pour revaloriser la tâche du médecin de famille (voir interventions des membres ANCIAUX, VAN ACKER, LEVAUX, COENS, DESMARETS, Mme SPAAK et de M. le Premier Ministre TINDEMANS);

- b) dans les soins de santé de deuxième ligne une graduation : l'hôpital local, régional et universitaire ou hôpital pour superspécialités.

Cette organisation ne doit pas nécessairement aller de pair avec des règles de références strictes.

10. Une quatrième condition est la détermination du budget que la communauté met annuellement à la disposition des soins de santé.

Dans ce budget, il faut définir des priorités dans lesquelles l'idée maîtresse de la sécurité sociale - la protection des faibles - doit être respectée (voir chapitres 1, § 2 et V).

Une partie de ce budget ira aux honoraires, une autre partie aux médicaments.

Des négociations pourront être menées avec les groupes intéressés dans les limites du montant accordé.

Un choix devra également s'opérer entre la médecine préventive et la médecine curative.

Ne doit-on pas mettre plus d'argent à la disposition de la prévention?

La prévention primaire surtout (vaccinations, anthropogénétique, mesures sanitaires, éducation sanitaire) est essentielle.

La prévention secondaire (dépistage) doit devenir plus sélective. Dans cette optique, l'utilité des examens massifs existants (ex. T.B.e.) doit être repensée.

Des efforts en ce sens rencontrent déjà actuellement une résistance basée sur l'entente que le personnel employé à cette tâche doit garder son emploi.

La prévention tertiaire qui a pour but d'empêcher la rechute d'un malade après guérison, devrait relever du médecin de famille.

On peut se demander si la prévention doit être supportée par l'assurance maladie.

L'article 23, premier alinéa de la loi sur la maladie stipule que les prestations de santé comprennent tant les soins préventifs que curatifs.

En France (1) on insiste sur l'intégration de la prévention dans l'assurance maladie.

Une meilleure collaboration entre les deux formes de médecine est réellement indispensable.

L'Oeuvre Nationale de l'Enfance ne remplit-elle pas des missions parallèles ?

L'article 14, § 1 de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 concernant l'exercice de la médecine, les soins médicaux, les professions paramédicales et la commission médicale stipulait que les résultats des examens préventifs seraient communiqués au médecin traitant.

Cette stipulation resta sans arrêté d'exécution.

Il y a doute sur l'utilité de certains examens préventifs remboursés par l'assurance-maladie.

---

(1) voir Casso fr. 29 mai 1974, Rec. Dalloz Jur. 1975, p. 105 et note Y. Saint Jour.

Ainsi par ex. le caryogramme, remboursé à 4.148 frs peut être effectué en Belgique par n'importe quel biologiste clinique.

Les E.U. (U.S.A.) ne possèdent que douze centres anthropogénétiques agréés.

Le caryogramme en soi aurait peu de signification s'il n'était complété par d'autres données.

La médecine industrielle doit également s.e situer exactement dans notre politique de santé.

Ne doit-elle pas être orientée vers le milieu plutôt que vers le travailleur ?

11. Une cinquième condition est une planification de l'extension des soins de santé.

Il est nécessaire de maîtriser d'urgence et de manière efficace le nombre des hospitalisés graves, l'appareillage médical, les officines d'apothicaires, les médicaments remboursables, les spécialistes agréés, les laboratoires de biologie clinique et les centres de radiologie.

Un planning partiel ou trop souple, comme c'est le cas actuellement, donne des résultats insuffisants.

A défaut d'un tel planning, la malformation de notre politique de santé, où l'hôpital et le spécialiste prennent le dessus, ne pourra être rectifiée.

12. Une sixième condition est une régionalisation. Cette régionalisation doit concerner de petites entités géographiques.

Elle doit être accordée à la constitution dans des régions d'importance limitée de services extramurales et intramurales nécessaires pour que reste possible une collaboration entre les deux formes de soins de santé avec le concours de la population.

Il y aurait lieu d'examiner si dans ces régions il n'existe pas de phénomènes anormaux sur le plan de la morbidité.

Des enquêtes menées aux Etats-Unis révélèrent ainsi plus de mortalité par cancer chez les travailleurs mis au travail dans certaines industries chimiques.

Est-il exact que la pollution de l'air dans certaines régions est la cause de plus d'affections pulmonaires, ou la santé de la population est-elle en danger du fait de la présence de certaines industries ?

13. Une septième condition est l'amélioration de la collaboration entre

- a) médecin de famille et patient ;
- b) spécialiste et médecin de famille ;
- c) hôpital et soins extramuraux ;
- d) médecins d'un hôpital entre eux ;
- e) médecin et direction de l'hôpital ;
- f) hôpital et population.

14. Une huitième condition est la définition de la tâche de tous ceux qui sont mêlés aux soins de santé.

Le statut du médecin hospitalier, ou le statut des paramédicaux sont des pas dans la bonne direction.

15. Une neuvième condition est la restructuration de l'I.N.A.M.I.

L'administration de l'I.N.A.M.I. est très lourde.

Le conseil général de l'I.N.A.M.I. est considéré comme un organe de gestion superflu.

La suppression est souhaitée par tout le monde.

Le comité de gestion pour la branche médecine est d'une composition trop vaste (voir chapitre II).

On pourrait écarter de la gestion effective plusieurs groupes d'intérêts qui souhaitent être présents uniquement pour garantir leur part dans le budget de l'I.N.A.M.I., mais qui par ailleurs ne montrent aucun intérêt pour la gestion effective c.à.d. la mise en équilibre et le maintien de l'équilibre des dépenses et des recettes.

Le comité de gestion ne devrait comprendre que des représentants d'employeurs, travailleurs, d'indépendants et de mutualités.

Les autres groupes d'intérêt pourraient faire entendre leur point de vue dans le Conseil central de la santé publique.

La présidence des comités de gestion soins de santé et indemnités serait confiée à une personne qui n'appartient pas aux organisations représentées dans le comité de gestion.

Les présidents actuels, dont la compétence et la présidence réellement impartiale sont unanimement appréciées, peuvent, du fait de leur affiliation à un groupe déterminé, être entraînés dans une situation de conflit.

Le président devrait, comme c'est le cas dans la plupart des comités de gestion d'organismes parastataux, être indépendant des partis.

La responsabilité de ces organes de gestion devrait d'autre part être déterminée plus strictement dans la législation.

Les comités de gestion pour les services du contrôle médical et administratif disparaîtraient (voir chapitre XVII).

Sur avis du conseil technique pour spécialités pharmaceutiques, qui à son tour demande l'avis du conseil technique pour les relations avec l'industrie pharmaceutique et sur avis du comité de gestion pour soins de santé, l'agrément de médicaments par l'I.N.A.M.I. se ferait par le canal de la commission des médicaments, bien qu'autrement constituée (voir chapitre VIII).

16. Une dernière condition est la simplification de la législation concernant l'assurance-maladie.

BEVERIDGE avait mis avant une structure administrative très simple pour la sécurité sociale, située dans un seul service de l'Etat. Sa formule était: "Benefits in the form of Olle stamp Olla single document".

La complexité de la sécurité sociale actuelle diffère très fort de cette idée de base.

Elle est illimitée dans tous les pays mais toute simplification est contrecarrée par la forte tendance à reprendre des cas marginaux dans la réglementation.

De ce fait, le Conseil national du travail ne réussit aussi que péniblement depuis 1971 à réaliser des propositions de simplification.

En matière d'assurance-maladie, cette simplification peut être accélérée par :

- 1° la disparition des systèmes particuliers;
- 2° l'élargissement du domaine d'application, en particulier en matière de soins de santé ;
- 3° la simplification des conditions d'assurance;
- 4° la suppression des limites de salaires et de revenus lors de la perception des cotisations de sécurité sociale



- 5° l'harmonisation de notions telles que salaire, journée de travail, journées assimilées à des journées de travail, incapacité de travail, invalidité, etc... ;
- 6° l'utilisation rationnelle d'ordinateurs.

17. Le chapitre IV du rapport, consacré à des réformes antérieures démontre que jusqu'à présent des solutions satisfaisantes ne furent trouvées ni pour le financement ni pour les structures.

Il montre aussi la nécessité d'arriver à une gestion continue.

L'assurance-maladie doit être suivie de manière permanente et non uniquement en cas de déficit.

Des réformes limitées sont trop souvent mises trop hâtivement en application, et s'avèrent irréalisables ou manquent de bases juridiques suffisantes.

Diverses stipulations de la loi sur la maladie ne furent ainsi jamais appliquées (ex. art. 13 à IS, 14ter, 37, 48bis, 153, § 6) et certaines possibilités de contrôle ne furent pas exploitées (ex. par le biais des services de tarification).

Le contrôle médical semble s'être affaibli fortement avec le temps.

Le planning lors de la construction d'hôpitaux et la maîtrise du prix de spécialités pharmaceutiques ne fût pas un succès.

Cette balance est cependant influencée favorablement par des mesures gouvernementales récentes en vue de réaliser graduellement un changement de direction.

18. "Le problème de la prise en mains des frais pour soins de santé .... est .... un travail de longue haleine, qui doit cependant être commencé sans retard. Des formules magiques .... n'apportent ici pas d'eau au moulin. Des interventions spectaculaires ne mèneront pas plus à des résultats sérieux". (1)

On peut souscrire entièrement à cette conclusion.

La bonne volonté, le sens de la collaboration constructive et l'application honnête du système d'assurance sont ici indispensables.

Une réforme est une tâche pour toute la communauté, qui a le choix entre une industrie de la maladie prospère et une politique de santé efficiente.

---

(1) G. GEENS : La possibilité de maîtriser les dépenses de santé. Acta hospitalia 1975, n° 2, p. 125.

Le choix n'est pas difficile, sa réalisation l'est d'autant plus.

TABLE DES MATIERES

		<u>Pages</u>
	PREFACE.	I
CHAPITRE I.	DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE LIBRE A L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE OBLIGATOIRE.	1
	§ 1. Evolution historique	1
	§ 2. Buts de l'assurance maladie-invalidité obligatoire	10
CHAPITRE II.	LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE OBLIGATOIRE	21
CHAPITRE III.	LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE- INVALIDITE.	23
	Div. 1. Régime des travailleurs	33
	§ 1. Situation de 1945 jusqu'à la loi maladie-invalidité du 9 août 1963	33
	§ 2. La loi maladie-invalidité du 9 août 1963	36
	§ 3. Modifications depuis la loi du 9 août 1963	40
	Div. 2. Régime des indépendants	48
	§ 1. Les subventions de l'Etat	48
	§ 2. Les cotisations personnelles	49
CHAPITRE IV.	REFORMES ANTERIEURES.	54
	Div. 1. Période de 1948 jusqu'à la loi maladie- invalidité du 9 août 1963.	56
	Div. 2. La loi du 9 août 1963	62
	Div. 3. Modifications depuis la loi du 9 août 1963.	63
CHAPITRE V.	L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE A-T-ELLE ATTEINT SON OBJECTIF ?	78
CHAPITRE VI.	CAUSES DU DEFICIT	89
	A. Le régime soins de santé pour travailleurs	89
	§ 1. Les prestations de santé	92
	§ 2. Les maladies sociales	100
	§ 3. Les causes	101

<u>Premier facteur</u> :	accroissement nombre bénéficiaires	102
<u>Deuxième facteur</u> :	l'évaluation démographique de la population	104
<u>Troisième facteur</u> :	la catégorie professionnelle sociale	110
<u>Quatrième facteur</u> :	le comportement des bénéficiaires	113
<u>Cinquième facteur</u> :	l'évolution des soins de santé	116
<u>Sixième facteur</u> :	le mode de vie moderne	117
<u>Huitième facteur</u> :	la région	120
<u>Neuvième facteur</u> :	l'absence d'une politique de santé globale	123
<u>Dixième facteur</u> :	l'existence d'une assurance	124
<u>Onzième facteur</u> :	l'évolution des prix	126
<u>Douzième facteur</u> :	les abus ou l'utilisation inadéquate	127
	a) examens superflus ou non exécutés	129
	b) surconsommation	131
	c) l'abus individuel	136
B. Le régime soins de santé pour indépendants		<b>136</b>
<u>Premier facteur</u> :	évolution du nombre bénéficiaire	146
<u>Deuxième facteur</u> :	évolution démographique	148
<u>Troisième facteur</u> :	la catégorie professionnelle sociale	148
<u>Quatrième facteur</u> :	comportement des bénéficiaires	148
<u>Cinquième facteur</u> :	extension des risques assurés	149
<u>Autres facteurs</u> :		149
C. Régime soins de santé personnel S.N.C.B.		149
D. Secteur indemnités		<b>151</b>
I. Pour travailleurs		<b>151</b>
§ 1. d'incapacité de travail primaires		155
§ 2. complémentaire lors du retour pour accouchement		161
§ 3. d'invalidité		162
§ 4. de funérailles		170
Indemnité(s)		

II. Pour indépendants	172
E. Règlementation particulière r.narins	175
I. Indemnités	175
II. Soins de santé	177
F. Pension d'invalidité mineurs	178
G. Règlementation accidents de travail	181
H. Règlementation maladies professionnelles	183
I. Règlementation handicapés	183
J. Sécurité sociale d'outre-mer	184
K. Soins de santé pour invalides de guerre	185
L. Globalisation des dépenses pour soins de santé et indemnités	187
CHAPITRE VII. PROPOSITION DE REFORME DU FINANCEMENT	189
§ 1. Critique du mode de financement actuel	189
A) Avantages et inconvénients du système actuel	190
B) Fiscalisation de la sécurité sociale	195
C) Formes de fiscalisation	205
§ 2. Propositions	211
A) Régime marins	211
B) Régime général	211
1. Pensionnés	211
2. Taux de cotisation soins de santé	215
}. Plafond salarial indemnités	218
4. Taux de cotisation indemnités	219
C) Régime indépendants	220
1. statut propre	220
2. Extension de l'assurance soins de santé	222
}. suppression de la limite de revenus	224
4. Taux de cotisation	225
5. base de la perception de cotisation	226
6. communautés religieuses	227
7. transfert régime indépendants vers régime général	227
D. Subventions d'Etat.	228
1. Indemnités	228
2. Soins de santé	229
3. Chômage	235

E. Fonds de roulement.	240
F. Coefficient de sécurité	242
G. Accords internationaux	243
H. Règlementation accidents de travail, maladies professionnelles et S.N.C.B.	244
§ 3. Participation des malades	245
A. Ticket modérateur	246
B. Limitation des risques couverts	246
C. Franchise	248
D. Limitation du champ d'application	248ter
§ 4. Remarques finales	248ter
<b>CHAPITRE VIII. LES MEDICAMENTS</b>	<b>249</b>
§ 1. L'industrie pharmaceutique	252
§ 2. Conditions d'autorisation pour produits pharmaceutiques	260
A. L'enregistrement	260
B. La fixation du prix	265
C. Agréation par l'I.N.A.M.I.	270
§ 3. Le commerce en gros et les pharmacies	272
§ 4. Le ticket modérateur	274
§ 5. Propositions	275
<b>CHAPITRE IX. LES HOPITAUX</b>	<b>294</b>
Div. 1. Régime général	294
Div. 2. Causes augmentation frais hospitaliers	295
1° durée et fréquence admissions	295
2° augmentation prix de séjour	297
3° extension des soins donnés	302
4° nombre de lits d'hôpitaux	303
5° évolution de la mobilité	309
Div. 3. Limitation frais hospitaliers	309
1° limiter les soins intramurales au profit des soins extramurales	310
2° planing obligatoire	311
3° maîtrise prix de séjour	314
4° application art. 10, loi 6 juillet 1973	319
5° diminution nombre, de jours d'hospitalisation	320
6° disparition d'hôpitaux trop petits	321
7° participation personnelle	325
8° prix de séjour dégressif	326
9° un hôpital intégré	326

Div. 4 Facteurs qui font encore monter les frais de maladie	327
1° amélioration sociale de la situation	327
2° augmentation du nombre du personnel	328
3° Organisation de nouveaux services dans l'hôpital	328
4° reprise de nouveaux postes dans le prix de séjour	330
5° l'humanisation de l'hôpital	330
6° les nombreux crédits de caisse et à terme	331

#### CHAPITRE X. LES MEDECINS.

§ 1. Leur place dans les soins de santé	332
§ 2. L'évolution	336
§ 3. Les honoraires des médecins	341
A. les formes d'honoraires	342
B. les accords collectifs	347
C. la nomenclature	352
D. les revenus des médecins	354
§ 4. L'intervention de l'assurance-maladie	362
§ 5. Le " numerus clausus "	364
§ 6. Une loi d'établissement	372
§ 7. Oppositions	373
1° formation	373
2° post-écolage	378
3° collaboration	383
4° information	389
5° la place centrale du médecin de famille	389
6° le spécialiste en tant qu'expert	391
7° statut du médecin hospitalier	392
8° lutte contre les prestations injustifiées	395
9° une médecine économique	396
10. les honoraires	397
11° information au sujet des honoraires	400
12° relations entre les médecins et l'assurance-maladie	400
13° limitation du nombre de spécialiste	404
14° nouvelles formes de médecine	406
15° avantages fiscaux pour les médecins conventionnés	406
16° rétablissement de la confiance dans le médecin traitant	407
17° éducation sanitaire de la population	407

		534
CHAPITRE XI.	LES PHARMACIENS	408
	§ 1. Les accords avec l'assurance-maladie	408
	§ 2. Implantation de pharmacies	410
	§ 3. Cumul médico-pharmaceutique	416
	§ 4. Consommation de médicaments	417
	§ 5. Revenus des officines pharmaceutiques	417
	§ 6. Les ristournes	420
CHAPITRE XII.	DENTISTES ET PARAMEDICAUX	421
	§ 1. Dentistes	421
	§ 2. Kinésithérapie	427
	§ 3. Les infirmières	434
	§ 4. Les accoucheuses	436
	§ 5. Fournisseurs de prothèses	437
	§ 6. Problématique des paramédicaux	438
CHAPITRE XIII.	PRESTATIONS SPECIALES. CHIRURGIE ET ANESTHESIOLOGIE. ACCOUCHEMENTS ET GYNECOLOGIE	440
	§ 1. Les prestations spéciales	440
	§ 2. Chirurgie et anesthésiologie	450
	§ 3. Accouchements et gynécologie	452
CHAPITRE XIV.	READAPTATION	453
CHAPITRE XV.	MALADIES SOCIALES	459
CHAPITRE XVI.	LES ORGANISMES ASSUREURS	465
	§ 1. Le pluralisme	465
	§ 2. Les irais d'administration	468
	§ 3. Le rele des mutualités	481
CHAPITRE XVII.	LE CONTROLE	482
	Div. 1. Le contrôle médical	483
	Considérations préalables.	485
	A. Soins de santé	490
	§ 1. Le dossier médical	490
	§ 2. La tenue d'un carnet de prestations	491
	§ 3. Enregistrement médical	492
	§ 4. Contrôle médical d'orientation	494
	§ 5. Timbre de consommation pour spécialités pharmaceutiques	498
	§ 6. Contrôle sur la durée de séjour dans les hôpitaux	498
	§ 7. Contrôle sur la fourniture de médicaments	499
	§ 8. Contrôle sur la comprabilité	499
	§ 9. Les sanctions	499



	5}5.
B. Les Indemnités	504.
§ 1. Incapacité de travail des travailleurs	505
§ 2. Incapacité de travail d'indépendants	508
Div. 2. Le contrôle administratif	509
§ 1. Le service pour le contrôle administratif	509
§ 2. La Cour des Comptes	510
§ 3. Les commissaires du gouvernement	511
§ 4. Le ministre tutélaire	515
CHAPITRE XVIII CONCLUSIONS	517