

Chambre des Représentants

SESSION 1959-1960.

25 JANVIER 1960.

PROPOSITION DE LOI

instaurant un Service National de Santé.

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Préambule.

La proposition de loi que voici était déjà déposée le 24 juin 1954 par les députés communistes G. Glineur, J. Terfve et Th. Dejace.

Le 10 juin 1959, les signataires de la présente ont redéposé une proposition de loi moins radicale, portant remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques à 75 % en général et à 100 % en faveur des pensionnés, des invalides et des chômeurs.

Ce 22 janvier 1960, nous redéposons aussi notre proposition de 1954 sans y apporter de modifications. Nous savons qu'elle est susceptible d'amendements mais sa valeur est toute dans le fait qu'elle existe et qu'elle est déposée au Parlement.

Il y a des années que les syndicats de la F. G. T. B. et les organisations de l'Action Commune réclament l'instauration d'un service national de santé.

En ce moment, c'est la seule solution opposée au projet gouvernemental dit « projet Servais ».

Mais il n'y a toujours à notre connaissance aucune autre texte de loi déposé en dehors de celui-ci.

* * *

La proposition que nous soumettons à la discussion de la Chambre répond aux vœux des travailleurs qui subissent les effets des graves lacunes du régime actuel de l'assurance maladie-invalidité.

Elle a pour but d'étendre à toute la population les soins de santé et de mettre fin au pluralisme actuel en créant un service national de santé.

Kamer der Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1959-1960.

25 JANUARI 1960.

WETSVOORSTEL

tot instelling
van een Nationale Gezondheidsdienst.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Inleiding.

Het onderhavige wetsvoorstel werd reeds op 24 juni 1954 ingediend door de communistische volksvertegenwoordigers G. Glineur, J. Terfve en Th. Dejace.

Op 10 januari 1959 hebben de ondertekenaars van dit voorstel een minder radicaal wetsvoorstel ingediend, houdende terugbetaling van de medische en pharmaceutische kosten over het algemeen tot 75 % en voor de gepensioneerden, de invaliden en de werklozen tot 100 %.

Heden, 22 januari 1960, dienen wij ook ons voorstel van 1954 opnieuw in zonder er wijzigingen in aan te brengen. Wij weten dat het vatbaar is voor amendementen, maar de volle waarde ervan ligt hierin dat het bestaat en bij het Parlement is ingediend.

Al jarenlang eisen de vakbonden van het A. B. V. V. en de organisaties van de Gemeenschappelijke Actie de instelling van een nationale gezondheidsdienst.

Thans is het de enige oplossing die tegenover het Regeringsontwerp, het zogenaamde « ontwerp-Servais », wordt geplaatst.

Bij ons weten echter is er nog steeds geen andere wets-tekst ingediend.

* * *

Het wetsvoorstel, dat wij aan de Kamer ter bespreking voorleggen, beantwoordt aan de wensen van de arbeiders, die de gevolgen ondergaan van de ernstige leemten in het huidige stelsel van verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Het heeft ten doel de gezondheidszorgen uit te breiden tot gans de bevolking en een einde te maken aan het huidige pluralisme door het oprichten van een Nationale Gezondheidsdienst.

Nous croyons en effet que la vraie solution du problème consiste en une transformation radicale du système actuel.

Notre pays se trouve dans ce domaine considérablement en retard sur ce qui se fait dans d'autres pays et notamment en Angleterre, Pays-Bas, Tchécoslovaquie, Roumanie, U. R. S. S., etc... Dans ces pays des solutions beaucoup plus harmonieuses et plus larges en vue de préserver et de conserver la santé de la population sont en vigueur depuis de nombreuses années.

Poursuivant les mêmes objectifs, notre proposition tend à mettre en application les trois principes suivants :

1) Tout individu bien portant a droit à la protection de l'Etat contre la maladie, protection qui lui assure la permanence de sa capacité de travail.

2) Tout individu malade ou accidenté a droit aux soins de santé qu'exige son état; il doit disposer des ressources nécessaires lui permettant d'observer les prescriptions données tout en assurant son rétablissement de la façon la plus rapide.

3) Tout amoindri physique ne peut être astreint qu'à un travail en rapport avec ses possibilités, n'entraînant pas une aggravation de son état.

Avant de développer notre système il est utile de souligner les faiblesses et les lacunes graves de la législation actuelle.

1. — Le Gouvernement faillirait à ses devoirs :

— en laissant à la charge et aux possibilités des organismes assureurs, les responsabilités de la médecine préventive;

— en ramenant cette médecine si nécessaire à la santé de la nation, au rang des prétendus « petits risques » non garantis;

— en abandonnant un de ses devoirs les plus impérieux aux mutualités, déjà incapables financièrement d'assurer les prestations de la médecine curative.

2. — Le travailleur assujéti abandonne obligatoirement une partie importante de son salaire qui, perçue par l'Etat, lui donne droit, théoriquement, aux avantages de la Sécurité Sociale et, entre autres, aux soins de santé en cas de maladie. A ce versement obligatoire correspond l'obligation pour l'Etat de garantir tous les soins médico-pharmaceutiques nécessaires.

Il n'en est malheureusement pas ainsi. Bien plus, le projet de réforme de l'A. M. I. prévoit de placer la majorité des prestations et des soins de santé sous la responsabilité des organismes assureurs; si la gestion de ceux-ci est mauvaise ou si les ressources octroyées sont insuffisantes ou mal réparties — ce que différents rapports démontrent — la plupart des soins de santé ne seront plus couverts par l'assurance.

L'assuré qui ne participe pas, en réalité, à la gestion de la Sécurité Sociale, n'est pas responsable de cet état de choses dont il sera la victime; il ne lui restera qu'une possibilité : quitter la mutualité dont il est mécontent et en choisir une autre. Sans compter que cette solution n'est plus per-

Wij zijn inderdaad van oordeel dat de ware oplossing van het probleem bestaat in een grondige hervorming van het huidige stelsel.

Ons land heeft, op dit gebied, een aanzienlijke achterstand op de andere landen, o.m. op Groot-Brittannië, Nederland, Tsjechoslowakije, Roemenië, de U.S.S.R., enz... In die landen bestaan sedert verscheidene jaren veel harmonischer en veel ruimer maatregelen met het oog op de bescherming en het behoud van de gezondheid hunner bevolking.

Voor het bereiken van diezelfde doelstellingen, streeft ons voorstel naar de toepassing van de volgende drie beginselen :

1) Elke gezonde enkeling heeft recht op bescherming van de Staat tegen ziekte, bescherming die hem de bestendigheid van zijn arbeidsgeschiktheid verzekert.

2) Elke zieke of door een ongeval getroffen enkeling heeft recht op de gezondheidszorgen, die zijn toestand vereist; hij moet beschikken over de nodige middelen om de gegeven voorschriften te kunnen naleven en aldus langs de snelst mogelijke weg zijn herstel te bewerken.

3) Aan lichamelijk misdeelden mag slechts werk worden opgelegd, dat aan hun vermogen is aangepast en geen verergering van hun toestand medebrengt.

Alvorens wij ons stelsel uiteenzetten, achten wij het nuttig de vinger te leggen op de zwakheden en de ernstige leemten in de huidige wetgeving.

1. — De Regering zou aan haar plichten te kort komen :

— door de verantwoordelijkheid van de prophylaxe aan de zorgen en de mogelijkheden van de verzekeringsorganismen over te laten;

— door deze tak van de geneeskunde, — zo belangrijk voor de gezondheid van de natie, — te rangschikken bij de zogenaamde niet verzekerde « lichte risico's »;

— door een van haar meest dwingende verplichtingen over te dragen op de ziekenkassen, die financieel zelfs niet bij machte zijn om de uitkeringen van de curatieve geneeskunde te verzekeren.

2. — De verzekerde arbeider is verplicht een belangrijk deel van zijn loon af te staan; dit door de Staat geïnde deel geeft hem, theoretisch, recht op de voordelen van de Maatschappelijke Zekerheid, o.m. op gezondheidszorgen in geval van ziekte. Tegenover die verplichte storting is de Staat verplicht om in te staan voor alle vereiste geneeskundige en farmaceutische zorgen.

Dit is ongelukkig niet het geval. Bovendien bepaalt het ontwerp tot hervorming van de V. Z. I. dat het merendeel van de uitkeringen voor gezondheidszorgen onder de verantwoordelijkheid van de verzekeringsorganismen wordt geplaatst; worden deze slecht beheerd, of zijn de hun toegewezen geldmiddelen te gering of slecht verdeeld, — zoals uit verschillende verslagen blijkt, — dan kunnen de meeste gezondheidszorgen niet meer door middel van de verzekering worden gedekt.

De verzekerde, die in feite geen deel neemt aan het beheer van de Maatschappelijke Zekerheid, is niet verantwoordelijk voor die toestand, waarvan hij zelf het slachtoffer is; er blijft hem slechts één uitweg over : de ziekenkas verlaten, die hem geen voldoening schenkt, en een andere

mise par la loi dans les cas de maladie avérée, ce déplacement de membres vers d'autres mutualités apparemment plus solides, mettrait celles-ci tôt ou tard dans la même situation difficile.

Il n'est pas concevable en effet, sur la foi des documents récemment publiés, de supposer que toutes les mutualités pourrnt indéfiniment assurer toutes les prestations comme elles le font à l'heure actuelle.

Cet abandon de la garantie par l'Etat de certains soins de santé constitue donc une régression importante de la politique sociale, le travailleur consentant toujours les mêmes sacrifices pécuniaires pour des avantages allant en s'amenuisant.

3. — L'obligation pour l'Etat d'assurer certaines prestations, ne corrige pas d'une façon sensible le caractère régressif du nouvel arrêté, ne garantissant plus, comme auparavant, tous les soins de santé; au contraire, cette discrimination peut constituer un danger, une confusion pouvant se faire dans l'esprit de l'intéressé: risque non remboursé équivalent à petit risque de signification bénigne.

En effet, comme nous l'avons dit, tôt ou tard, les assurés auront à supporter ces « petits risques » et de ce fait, la plupart d'entre eux, pour des raisons de stricte économie, ne solliciteront plus l'avis du médecin pour des troubles qui leur paraissent bénins.

Citons un exemple :

Une gêne douloureuse mais supportable, chronique mais intermittente au niveau de la fosse iliaque droite peut ne pas inquiéter l'intéressé qui jugera inutile une visite rendue coûteuse par la perte de plusieurs heures de travail et le prix d'un examen; cependant ce symptôme peu significatif pour le malade peut faire place en quelques heures au tableau clinique dramatique de l'appendicite gangréneuse à évolution rapide.

Cet exemple de « petit risque » dégénérant en « gros risque », évalué parfois trop tard chez un patient non averti du sérieux de son affection par l'absence d'examen fait suffisamment tôt, peut se répéter à l'infini et cette médecine « économique » multipliera les complications que seuls peuvent écarter des examens précoces et suffisants.

En effet, c'est l'examen systématique en « scopie », non remboursée, qui permet le diagnostic précoce de la lésion tuberculeuse débutante camouflée sous la forme d'un catarrhe bronchique banal, mais tenace; c'est l'analyse d'urine, non remboursée, qui décèle l'atteinte rénale compliquant l'angine commune; c'est le tracé électrocardiographique, non remboursé, qui montre l'altération myocardique associée à une fièvre articulaire apparemment bénigne; c'est la radiographie de la mâchoire, non remboursée, qui détecte la complication infectieuse profonde d'une carie dentaire paraissant superficielle.

4. — Les lois actuelles sur la Sécurité Sociale répartissent les individus d'une nation en assujettis obligatoires, en assurés libres et en non-assurés, imposant une cotisation aux uns et la laissant facultative pour les autres. C'est là une position périmée et a-sociale.

Elle est à l'origine du nombre de pauvres honteux, ne jouissant pas des ressources nécessaires pour se soigner, et

kiezen. Afgezien nog van het feit, dat deze handelwijze thans door de wet verboden is in gevallen van erkende ziekte, zou dit overlopen van leden naar andere, financieel schijnbaar sterkere ziekenkassen, deze laatste vroeg of laat in een zelfde moeilijk parket brengen.

Naar uit de onlangs bekendgemaakte stukken blijkt, mag inderdaad niet worden verwacht dat de ziekenkassen voor onbepaalde tijd kunnen voortgaan, in dezelfde mate als thans al de uitkeringen te verzekeren.

Het feit, dat de Staat bepaalde gezondheidszorgen niet langer waarborgt, betekent dus een aanzienlijke achteruitgang van de sociale politiek, gezien de arbeiders zich steeds dezelfde geldelijke offers getroosten voor geleidelijk afnemende voordelen.

3. — De verplichting voor de Staat bepaalde uitkeringen te verzekeren brengt geen noemenswaardige verbetering aan het regressief karakter van het nieuw besluit, waarbij niet meer, zoals voorheen, alle gezondheidszorgen worden gewaarborgd. Integendeel kan dit onderscheid gevaarlijk zijn, daar het wellicht in de geest van de betrokkenen de verkeerde opvatting doet ontstaan, dat niet vergoed risico gelijkstaat met licht goedaardig risico.

Immers, zoals wij reeds zegden, zullen de verzekerden vroeg of laat voor die « lichte risico's » zelf moeten instaan; velen onder hen zullen, uitsluitend om redenen van zuinigheid, de dokter niet meer raadplegen voor kwalen, die zij als goedaardig beschouwen.

Laten we een voorbeeld aanhalen :

Een pijnlijke, maar draaglijke kwelling, aanhoudend, maar bij tussenpozen heviger opkomend, ter hoogte van de rechter darmbeenholtte, zal wellicht de belanghebbende niet verontrusten die dan ook een duur bezoek wegens het verlies van verscheidene arbeidsuren en wegens de kosten van het onderzoek, overbodig zal achten. Nochtans kan dit voor de zieke onbeduidend symptoom, in enkele uren, leiden tot de ernstige klinische verschijnselen van de snelle gangreneuze appendicitis.

Dergelijke voorbeelden van « licht risico », overslaande tot « zwaar risico », dat soms de laat wordt vastgesteld bij een patiënt die, bij gebreke van onderzoek, niet gewaarschuwd is nopens de ernst van zijn kwaal, kunnen tot in het oneindige worden vermenigvuldigd, en die « zuinige » geneeskunde zal het aantal ingewikkelde gevallen vermenigvuldigen, die alleen door een vroegtijdige en grondig onderzoek kunnen worden voorkomen.

Vroegtijdige diagnose van het begin van tuberculoseletsel, dat zich voordoet als een heel gewone, doch aanhoudende bronchiale catarrh, wordt gemerkt mogelijk gemaakt door het niet terugbetaald systematisch radioscopisch onderzoek zonder terugbetaling; door de niet terugbetaalde urineontleding, vindt men de nieraandoening, die verwickelingen medebrengt voor de gewone angina; door niet terugbetaalde electrocardiographische proef, kan men de myocardiumalteratie gepaard met een schijnbaar onbeduidende gewrichtskoorts vaststellen; door de niet terugbetaalde radiografie van het kaakbeen, ontdekt men de diepe besmettelijke verwikkeling van een schijnbaar oppervlakkig tandbederf.

4. — De huidige wetten op de Maatschappelijke Zekerheid delen de burgers van een land in verplicht verzekerden, vrijwillig verzekerden en niet-verzekerden in. Van de enen eisen zij een bijdrage, voor de anderen laten zij de facultatief. Dit is een verouderde en a-sociale opvatting.

Die opvatting is de oorzaak van het hoge aantal ongelukken, die hun armoede willen verbergen en niet over

d'indigents déclarés, à la charge des commissions d'assistance publique.

5. — Le législateur a fixé dans tous les cas d'incapacité et d'invalidité, quelle que soit la cause et la durée, le taux des indemnités à 60 % d'un salaire plafonné.

Il est cependant illogique de diminuer les ressources des individus malades, les besoins habituels de la famille étant augmentés du coût des soins de santé; d'autant plus que l'évolution de la maladie vers la guérison complète et rapide dépend dans de nombreux cas des possibilités du malade à suivre les mesures hygiéno-diétiques prescrites par le médecin et de l'existence d'une atmosphère familiale favorable.

6. — La réglementation actuelle accorde des indemnités à partir d'un pourcentage d'invalidité arbitrairement établi, ne tenant nul compte de la réalité des faits.

En effet, les invalides ne se divisent pas en invalides à plus de 66 %, mais bien en individus incapables d'exercer tout travail et en amoindris physiques encore capables d'une certaine activité plus ou moins limitée dans le temps et l'effort.

La méconnaissance de cette dernière catégorie, est la source de nombreuses erreurs et injustices. En forçant certains invalides à exercer un travail incompatible avec leur état de santé, la réglementation actuelle, schématique et sans souplesse, précipite l'évolution de la maladie et la mort de l'individu, ou, au contraire, en écartant de l'économie d'une nation un grand nombre de travailleurs encore capables de rendement, elle impose à l'Etat une charge financière lourde et inutile et la prive d'une activité économique importante.

Ces erreurs fondamentales de notre système actuel de soins de santé et d'indemnisation prouvent suffisamment l'incurie et la politique régressive du gouvernement dans le domaine de la Sécurité Sociale.

Pour pallier ces faiblesses et insuffisances de l'assurance et donner à l'assuré toutes les garanties nécessaires, nous proposons les solutions qui vont suivre.

A l'heure actuelle, il existe des assurés obligatoires, des assurés libres et des non-assurés.

Par ailleurs, la Sécurité Sociale délivre un ensemble de prestations de natures différentes : soins de santé, indemnités en cas de maladie et d'invalidité, rentes de vieillesse, allocations familiales...

Les trois catégories précitées peuvent bénéficier d'un ou de plusieurs de ces avantages ou ne jouir d'aucun d'entre eux.

La législation sociale est donc incomplète et elle devra s'orienter dans l'avenir vers la généralisation des bénéfices comme des avantages.

Pour notre part nous n'envisageons ici comme mesure immédiate que la distribution des soins de santé et des indemnités.

Notre proposition prévoit l'application des principes généraux suivants :

1°) Tous les membres de la nation indistinctement doivent s'assurer pour tous les soins de santé;

2°) Tous les individus ne travaillant pas pour leur propre compte, c'est-à-dire tous les assujettis obligatoires

de nodige middelen beschikken om zich te verzorgen, en erkende behoeftigen, die ten laste van de commissies van openbare onderstand vallen.

5. — Voor alle gevallen van ongeschiktheid en invaliditeit, welke ook de oorzaak en de duur ervan is, heeft de wetgever het bedrag der vergoedingen op 60 % van een loongrens vastgesteld.

Het is evenwel onlogisch de inkomsten der zieken te beperken, daar de gewone behoeften van het gezin ingevolge de kosten voor verzorging groter worden; te meer daar de evolutie van de ziekte naar een volledige en snelle genezing in tal van gevallen afhangt van de mogelijkheden waarover de zieke beschikt om de door de geneesheer voorgeschreven hygiëne- en diëetmaatregelen te volgen, alsook van het voorhanden zijn van een gunstige gezinsatmosfeer.

6. — De huidige reglementering kent vergoedingen toe vanaf een willekeurig vastgesteld invaliditeitspercentage, waarbij met de werkelijke feiten geen rekening wordt gehouden.

De invaliden zijn immers niet in te delen volgens een invaliditeit van meer dan 66 %, maar wel in enkelingen, die hoegenaamd niet meer kunnen werken en in lichamelijke gehandicapten die nog werk van min of meer beperkte duur, waarbij de inspanning min of meer beperkt is, kunnen verrichten.

Het miskennen van deze laatste categorie is de bron van talrijke vergissingen en onrechtvaardigheden. Door sommige invaliden te dwingen tot het verrichten van werk, dat met hun gezondheidstoestand onverenigbaar is, versnelt de huidige, schematische en strakke reglementering de evolutie van de ziekte en de dood van de enkeling of, door integendeel een groot aantal nog tot werken geschikte arbeiders uit 's lands bedrijfsleven uit te sluiten, legt zij de Staat een zware en nutteloze financiële last op en berooft zij hem van een belangrijke economische activiteit.

Die fundamentele dwalingen van onze huidige regeling inzake gezondheidszorgen en vergoeding bewijzen genoegzaam de zorgeloosheid en de regressieve politiek van de regering inzake Maatschappelijke Zekerheid.

Om die zwakheden en tekortkomingen van de verzekering goed te maken en de verzekerde al de vereiste waarborgen te geven stellen wij de hiernavolgende oplossingen voor.

Er bestaan thans verplicht verzekerden, vrijwillig verzekerden en niet-verzekerden.

Daarenboven verstrekt de Maatschappelijke Zekerheid uitkeringen van verschillende aard : gezondheidszorgen, vergoedingen in geval van ziekte en invaliditeit, ouderdomsrenten, kinderbijslag...

Voornoemde drie categorieën kunnen één of verscheidene of wel geen enkel van die voordelen genieten.

De sociale wetgeving is dus onvolledig en zal in de toekomst moeten streven naar veralgemening van de gerechtigden en van de voordelen.

Wat ons betreft, wij beogen hier als onmiddellijke maatregel enkel het verlenen van gezondheidszorgen en vergoedingen.

Ons voorstel voorziet in de toepassing van de volgende algemene beginselen :

1°) Alle landgenoten zonder onderscheid moeten zich voor alle gezondheidszorgen verzekeren;

2°) Al wie niet voor eigen rekening werkt, namelijk al de huidige verzekeringsplichtigen en allen die van de Staat

actuels ainsi que tous les individus dépendant de l'Etat ou d'une administration publique — sont assurés d'être indemnisés en cas de maladie ou d'invalidité; les assurés indépendants ont la faculté mais non l'obligation de l'être;

3°) Le service des prestations en nature (soins de santé) et le service des prestations en espèces (indemnités) sont solidaires l'un de l'autre; ils sont assurés par un même organisme, le service national de santé.

Du service national de santé.

Ce nouvel organisme est un établissement public placé sous le contrôle du Ministre de la Santé Publique et de la Famille et du Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Le service national de santé a pour objet d'assurer, sous la garantie de l'Etat, l'application de la présente loi et des arrêtés d'exécution et de soumettre aux autorités intéressées toute proposition tendant à perfectionner l'organisation et le fonctionnement des services de santé.

Il sera géré par un comité national d'administration et ses services régionaux par un comité régional d'administration. Les membres de toutes ces organisations seront élus par le corps électoral à l'image de ce qui se fait pour les Conseils de Prud'hommes.

Le Service National de Santé organisera la médecine préventive sous toutes ses formes et par les moyens les plus efficaces; il assurera les soins de santé gratuits à tous et sans limitation de durée. Il organisera également la protection de la maternité et de l'enfance, ainsi que la tutelle sanitaire des écoliers, des adolescents, des travailleurs.

Le libre choix du médecin, la gratuité des prestations médicales et des prescriptions pharmaceutiques ainsi que des séjours dans les hôpitaux, cliniques, sanatorium, etc..., seront particulièrement appréciés par les bénéficiaires du Service National de Santé.

Des prestations en espèces.

Les prestations en espèces sont fixées à 75 % du salaire.

Il faut assurer aux malades et à leurs familles un minimum vital de ressources pendant la période d'incapacité de travail.

Cet avantage pourra être étendu aux bénéficiaires du Service National de Santé, travailleurs indépendants, donc non assujettis à la Sécurité Sociale, moyennant une cotisation supplémentaire.

L'incapacité primaire est limitée à 150 jours. Après cette période, les intéressés recevront pendant 150 jours, une allocation d'invalidité égale à 90 % du salaire. Si la dépréciation physique ne disparaît pas à partir du 300^e jour de maladie, une allocation d'invalidité est octroyée; elle est calculée en multipliant les 90 % du salaire par le degré d'invalidité.

Cette allocation d'invalidité pourra se cumuler avec d'autres ressources, salaires, revenus, à la condition de ne pas dépasser globalement la rémunération journalière de l'intéressé travaillant à temps plein.

Des conseils techniques.

Des conseils techniques attachés au Comité national d'administration du Service National de Santé seront constitués. Ces organes d'études et de coordination procéderont à l'examen des questions soumises à leur appréciation par la C. N. A.

of van een openbaar bestuur afhangen, zijn zeker vergoed te worden in geval van ziekte of invaliditeit; de zelfstandige verzekerden mogen, doch moeten niet verzekerd zijn.

3°) De dienst voor de uitkeringen in natura (gezondheidszorgen) en de dienst voor de uitkeringen in speciën (vergoedingen) zijn onderling solidair; zij worden door een zelfde organisme, de nationale gezondheidsdienst, waargenomen.

Nationale Gezondheidsdienst.

Dit nieuw organisme is een publiekrechtelijk lichaam dat onder de controle van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en van de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg staat.

De Nationale Gezondheidsdienst heeft als opdracht, onder waarborg van de Staat, te zorgen voor de toepassing van deze wet en van de uitvoeringsbesluiten en aan de betrokken overheden ieder voorstel voor te leggen, dat strekt tot het volmaken van de inrichting en werking der gezondheidsdiensten.

Hij zal worden beheerd door een nationaal comité van beheer en zijn gewestelijke diensten door een gewestelijk comité van beheer. De leden van al die organisaties zullen door de kiezers worden gekozen zoals dat voor de werkrechtshouders geschiedt.

De Nationale Gezondheidsdienst zal de preventieve geneeskunde in al haar vormen en met de doelmatigste middelen organiseren; hij zal aan allen, zonder beperking van duur, kosteloze gezondheidszorgen verschaffen. Hij zal eveneens de bescherming van de moeder en het kind organiseren, evenals het medisch toezicht op de schoolgaande jeugd, de adolescenten, de arbeiders.

De vrije keuze van de geneesheer, de kosteloosheid van de geneeskundige zorgen en pharmaceutische recepten, evenals van het verblijf in de ziekenhuizen, klinieken, sanatoria, enz..., zullen bijzonder door de begunstigden van de Nationale Gezondheidsdienst op prijs worden gesteld.

Uitkeringen in speciën.

De uitkeringen in speciën zijn vastgesteld op 75 % van het loon. De zieken en hun gezin moeten kunnen beschikken over een levensminimum gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid.

Dit voordeel zal kunnen uitgebreid worden tot de begunstigden van de Nationale Gezondheidsdienst, zelfstandigen, dus niet onderworpen aan de Maatschappelijke Zekerheid, mits ze een bijkomende bijdrage betalen.

De primaire arbeidsongeschiktheid is beperkt tot 150 dagen. Na deze periode zullen de belanghebbenden gedurende 150 dagen een invaliditeitsuitkering ten belope van 90 % van het loon genieten. Indien de arbeidsongeschiktheid na de 300^{ste} dag niet verdwenen is, wordt een invaliditeitsuitkering toegekend, die berekend wordt door 90 % van het loon met de invaliditeitsgraad te vermenigvuldigen.

Deze invaliditeitsuitkering zal mogen samengevoegd worden met andere bestaansmiddelen, loon, inkomsten, voor zover de dagelijkse bezoldiging van de belanghebbende bij volledige dagtaak niet overschreden wordt.

Technische raden.

Er zullen bij het Nationaal comité van beheer van de Nationale Gezondheidsdienst technische raden opgericht worden. Deze studie- en coördinatieorganen zullen de hun door het N. C. B. voorgelegde kwesties onderzoeken.

Ils procéderont à l'étude de toute question ayant trait aux soins de santé, au prix des médicaments, aux nouveaux médicaments, à leur efficacité, ainsi qu'aux problèmes de la réadaptation et des méthodes employées.

De l'organisation sanitaire. — Secteur public.

Les services régionaux de santé sont substitués aux C. A. P., aux conseils provinciaux et autres établissements publics pour l'administration des hôpitaux, maternités, sanatorium, etc. L'organisation sanitaire du pays sera divisée en un certain nombre de centres de santé répartis dans le pays en fonction des nécessités démographiques et des conditions géographiques.

Secteur privé.

Les hôpitaux, cliniques, dispensaires et autres établissements de soins de santé privés sont agréés par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille sur la proposition du Service National de Santé dans le délai d'un an à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Aucun établissement privé ne pourra plus être créé après la mise en application de la présente loi.

Du financement.

Les dépenses résultant de l'application de la présente loi sont couvertes par les cotisations à charge des assujettis et par des subventions de l'Etat et éventuellement des provinces et des communes. Si les recettes sont insuffisantes pour couvrir les dépenses du Service National de Santé, le déficit sera couvert par l'Etat, les provinces et communes. On remarquera que la cotisation versée actuellement par les travailleurs reste la même.

Conclusions.

Le Service National de Santé dont nous proposons l'instauration est valable dans le système économique actuel bien qu'il bouleverse les usages établis et occasionne des dépenses nouvelles.

Il faudra orienter le corps médical vers une nouvelle conception de la médecine sociale, obtenir sa collaboration; il faudra réglementer sévèrement la fixation des prix des produits pharmaceutiques; mais il faudra surtout augmenter sensiblement le budget de la santé publique au détriment du budget de la guerre.

A ce propos, rappelons que pour le prix de quelques avions à réaction, nous pourrions équiper un centre de santé régional des derniers perfectionnements; les sommes ainsi dépensées constituent pour l'Etat le meilleur placement financier, à savoir la conservation de la santé de la population, le plus sûr garant de son rendement.

Nous sommes persuadés que la réforme que nous proposons trouvera l'appui de la population, des hommes à l'esprit social large, résolus à lutter pour améliorer le système actuel.

Ze zullen alle kwesties onderzoeken met betrekking tot de gezondheidszorgen, de prijs van de geneesmiddelen, de nieuwe geneesmiddelen, die uitwerking ervan, alsook de problemen betreffende de omscholing en de aangewende methoden.

Gezondheidsorganisatie. — Openbare sector.

De gewestelijke gezondheidsdiensten zullen de plaats innemen van de C. O. O., de provinciale raden en andere openbare inrichtingen, voor het beheer der ziekenhuizen, kraaminrichtingen, sanatoria, enz. De gezondheidsorganisatie van het land zal een zeker aantal gezondheidscentra omvatten, die over het land verspreid zullen worden overeenkomstig de demografische vereisten en de geografische voorwaarden.

Private sector.

De ziekenhuizen, klinieken, dispensaria, en andere private inrichtingen voor gezondheidszorg worden door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, op de voordracht van de Nationale Gezondheidsdienst, erkend binnen het jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet.

Na de inwerkingtreding van deze wet zal generlei private inrichting nog mogen opgericht worden.

Financiering.

De uit de toepassing van deze wet voortvloeiende uitgaven worden bestreden door middel van de bijdragen ten laste van de verzekerden en door de subsidies van de Staat en eventueel van de provincies en de gemeenten. Zo de ontvangsten niet volstaan om de uitgaven van de Nationale Gezondheidsdienst te bestrijden, zal het tekort gedekt worden door de Staat, de provincies en de gemeenten. Hierbij weze opgemerkt dat de thans door de arbeiders gestorte bijdrage onveranderd blijft.

Conclusies.

De Nationale Gezondheidsdienst waarvan wij de oprichting voorstellen, is mogelijk in het huidige economisch bestel, alhoewel hij de gevestigde gebruiken 't onderste boven keert en nieuwe uitgaven medebrengt.

De geneesheren zal een nieuwe opvatting van de sociale geneeskunde moeten worden bijgebracht en hun medewerking zal moeten bekomen worden; de vaststelling der prijzen van de pharmaceutische producten zal streng moeten gereguleerd worden; maar bovenal zal de begroting van Volksgezondheid merklijk moeten verhoogd worden ten koste van de begroting van oorlog.

In dit verband weze vermeld dat voor de prijs van enige reactievliegtuigen een gewestelijk gezondheidscentrum met de laatste verbeteringen zou kunnen uitgerust worden; de aldus uitgegeven bedragen zijn voor de Staat de beste financiële belegging, namelijk het behoud van de gezondheid der bevolking, zekerste waarborg van haar rendement.

We zijn er van overtuigd dat de door ons voorgestelde hervorming de steun zal genieten van de bevolking, van de mensen met ruime sociale opvattingen, die vast besloten zijn te strijden voor de verbetering van het huidige stelsel.

PROPOSITION DE LOI

CHAPITRE PREMIER.

Des prestations en nature.

Article premier.

La présente loi a pour objet d'organiser un Service National de Santé basé sur l'assurance obligatoire des soins de santé en cas de maladie, d'invalidité ou d'accident.

Art. 2.

Sont assujettis à l'assurance les personnes de nationalité belge ou étrangère qui jouissent en Belgique de revenus taxables à l'impôt direct, qu'elles exercent ou non une activité professionnelle en Belgique.

Art. 3.

La présente loi garantit les soins de santé à toute personne, de nationalité belge ou étrangère, qui réside effectivement en Belgique, sans préjudice des dispositions des conventions internationales de sécurité sociale en matière d'assurance maladie-invalidité.

Art. 4.

Le Service National de Santé est chargé d'organiser :

a) le dépistage et le diagnostic précis de tout état anormal en vue d'instituer le traitement susceptible de restaurer le plus rapidement, le plus complètement et le plus économiquement la santé et la capacité de travail;

b) la surveillance continue en vue du maintien et du développement de la santé;

c) le traitement nécessaire à tout état pathologique déclaré;

d) la mise en œuvre de tous les moyens susceptibles de promouvoir la rééducation et la réadaptation des personnes ayant subi des traitements nécessités par leur état pathologique.

Le bénéficiaire, d'une part, les membres des professions médicales auxquels il a recours, d'autre part, collaborent à ces fins, ainsi qu'avec le Service National de Santé.

Art. 5.

Le Service National de Santé établit par voie de règlement les conditions dans lesquelles les soins de santé sont fournis.

Ces règlements visent :

1° — les soins généraux qui comprennent :

a) les soins médicaux usuels, c'est-à-dire les consultations et les visites à domicile des docteurs en médecine, praticiens de médecine générale ou spécialistes;

b) les fournitures pharmaceutiques.

WETSVOORSTEL

EERSTE HOOFDSTUK.

Uitkeringen in natura.

Eerste artikel.

Deze wet heeft ten doel een Nationale Gezondheidsdienst in te richten, gesteund op de verplichte verzekering inzake gezondheidszorgen in geval van ziekte, invaliditeit of ongeval.

Art. 2.

Zijn aan de verzekering onderworpen, de personen van Belgische of vreemde nationaliteit die in België in de directe belasting aangeslagen inkomsten genieten, en die al dan niet in België beroepsarbeid uitoefenen.

Art. 3.

Bij deze wet worden de gezondheidszorgen toegekend aan ieder persoon van Belgische of vreemde nationaliteit, die werkelijk in België verblijft, onverminderd de bepalingen van de internationale overeenkomsten inzake maatschappelijke zekerheid en inzake verzekering tegen de gelijke gevolgen van ziekte en invaliditeit.

Art. 4.

De Nationale Gezondheidsdienst wordt met de inrichting belast van :

a) het opsporen en het opmaken van een juiste diagnose van om 't even welke abnormale toestand, ten einde de behandeling aan te vangen welke van die aard is dat zij zo snel, zo volkomen en zo goedkoop mogelijk de gezondheid en de arbeidsgeschiktheid kan herstellen.

b) een bestendig toezicht met het oog op het behoud en de verbetering van de gezondheid;

c) de behandeling welke mocht nodig zijn voor elke uitgesproken pathologische toestand;

d) het aanwenden van alle middelen welke kunnen bijdragen tot de omscholing en revalidatie van de personen die de door hun pathologische toestand vereiste behandelingen hebben ondergaan.

De rechthebbende, enerzijds, de leden van de geneeskundige beroepen waarop de rechthebbende een beroep heeft gedaan, anderzijds, werken hiertoe samen alsmede met de Nationale Gezondheidsdienst.

Art. 5.

De Nationale Gezondheidsdienst bepaalt in een reglement onder welke voorwaarden de gezondheidszorgen worden verstrekt.

Deze reglementen betreffen :

1° — de algemene zorgen bestaande uit :

a) de gewone medische zorgen d.w.z. de raadplegingen en bezoeken ten huize van de doctors in de geneeskunde, praktizerende geneesheren of specialisten;

b) de pharmaceutische leveringen;

2° — les soins spéciaux qui comprennent :

a) les interventions chirurgicales, les accouchements dystociques, les examens techniques relevant du spécialiste, les examens radiologiques, les analyses de laboratoire, la physiothérapie;

b) l'hospitalisation;

c) la fourniture de lunettes, d'appareils facilitant l'audition, de bandages et d'appareils orthopédiques, la prothèse, la rééducation.

3° — les soins d'accouchement, qui comprennent les soins d'un docteur en médecine ou d'une accoucheuse diplômée, pour un accouchement normal.

4° — les soins dentaires qui comprennent les soins conservatoires, les entretiens, les prothèses, l'orthodontie, pratiqués par les personnes légalement autorisées à exercer l'art dentaire.

La nomenclature des soins dentaires, généraux et spéciaux, est définie par voie de règlement.

5° — le séjour dans des maisons de repos, des préventoria, ou des colonies de vacances, susceptibles d'améliorer l'état général et de fortifier l'organisme contre la maladie.

6° — le séjour dans des institutions de réadaptation professionnelle.

Art. 6.

Le Service National de Santé organise la médecine préventive sous toutes ses formes par les moyens les plus efficaces.

Notamment, il organise et coordonne la lutte contre la tuberculose, la pré-tuberculose et le lupus, le cancer, les maladies vénériennes, les maladies contagieuses, les affections mentales.

A cette fin il instaure les méthodes de dépistage — notamment par des infirmières d'hygiène sociale —, le diagnostic par les procédés les plus précis et pendant toute la période utile, le traitement par les moyens les plus efficaces — notamment par des cures à l'hôpital, au préventorium, au sanatorium — ainsi que la rééducation éventuelle.

Le Service National de Santé organise également, selon des modalités à fixer par voie de règlement, la protection de la maternité et de l'enfance, ainsi que la tutelle sanitaire des écoliers, des adolescents et des travailleurs.

Art. 7.

Tout bénéficiaire de l'assurance est soumis périodiquement, selon les modalités à fixer par voie de règlement, à un examen médical général.

Cet examen comprend, au minimum : un contrôle de la vue, du nez, de la gorge et des oreilles, un examen de la bouche, une scopie et un examen cardiopulmonaire, une analyse d'urine et un examen du système ostéo-musculaire.

Ces examens sont effectués par des médecins spécialisés à cette fin, et sont pratiqués à la demande du bénéficiaire, en présence du médecin traitant.

Art. 8.

Pour toutes les prestations indistinctement, le bénéficiaire des soins de santé ou, s'il est mineur, la personne qui en a la garde, choisit librement parmi toutes les personnes autorisées légalement à exercer l'art de guérir, sans préjudice

2° — de speciale zorgen bestaande uit :

a) heelkundig ingrijpen, moeilijke bevallingen, technische onderzoeken door een specialist, radiologische onderzoeken, laboratoriumtelingen, physiotherapie;

b) hospitalisatie;

c) verstrekken van brillen, gehoorapparaten, orthopedische toestellen en verbanden, prothese revalidatie;

3° — zorgen bij bevalling, waarin begrepen de zorgen van een doctor in de geneeskunde of van een gediplomeerde vroedvrouw, voor een normale bevalling;

4° — tandverzorging bestaande uit de voorbehoedende zorgen, het onderhoud, de prothesen, de orthodontie, uitgevoerd door de personen die wettelijk gemachtigd zijn om de tandheelkunde uit te oefenen.

De nomenclatuur der algemene en speciale tandverzorging wordt bij reglement bepaald.

5° — verblijf in rusthuizen, preventoria of vakantiekolonies, die de algemene gezondheidstoestand kunnen verbeteren en het organisme tegen de ziekte versterken;

6° — verblijf in inrichtingen voor omscholing.

Art. 6.

De Nationale Gezondheidsdienst organiseert de preventieve geneeskunde in al haar vormen en met de doelmatigste middelen.

Hij organiseert en coördineert met name de strijd tegen tuberculose, pretuberculose en lupus, kanter, venerische ziekten, besmettelijke ziekten, geestesziekten.

Daartoe voert hij methodes tot opsporing in — met name door verpleegsters voor sociale hygiëne —, de diagnose door de meest preciese procédé's en, gedurende gans de vereiste tijd, de behandeling met de meest doeltreffende middelen — namelijk door middel van kuren in een ziekenhuis, in een preventorium, in een sanatorium, alsook de eventuele revalidatie.

De Nationale Gezondheidsdienst richt eveneens, overeenkomstig bij reglement te bepalen modaliteiten, de bescherming in van het moederschap en van de kindsheid, alsook het medisch toezicht op de schoolgaande jeugd, de jongelieden en de arbeiders.

Art. 7.

Elke rechthebbende op de verzekering wordt periodiek, overeenkomstig bij reglement te bepalen modaliteiten, onderworpen aan een algemeen geneeskundig onderzoek.

Dit onderzoek omvat minimum : een onderzoek van het gezicht, van de neus, van de keel en van de oren, een mondonderzoek, een scopie en een cardiopulmonair onderzoek, een urine-onderzoek en een onderzoek van het osteo-musculaire stelsel.

Deze onderzoeken worden uitgevoerd door daarin gespecialiseerde geneesheren en worden, op verzoek van de rechthebbende, uitgevoerd in het bijzijn van de behandelende geneesheer.

Art. 8.

Voor al deze dienstverrichtingen zonder onderscheid kiest de rechthebbende op de gezondheidszorgen of, indien hij minderjarig is, de persoon die er voor instaat, vrijelijk onder de personen die bij de wet ertoe gemachtigd zijn

aux dispositions de l'article précédent ni de l'alinéa suivant. Les soins sont dus sans limitation de durée. Les intéressés doivent se déplacer pour les recevoir, à moins qu'ils n'en soient empêchés par leur état de santé.

Pour toutes les prestations indistinctement, l'intéressé choisit librement l'établissement dans lequel il sera hospitalisé et éventuellement soigné. Cet établissement peut, soit posséder son personnel médical propre, soit être ouvert à tous les médecins, soit comporter les deux régimes.

Art. 9.

Les prestations prévues au présent chapitre sont fournies gratuitement au bénéficiaire des soins de santé, à l'exception, toutefois, des produits pouvant être utilisés à des fins alimentaires, ménagères ou de toilette et des spécialités qui ne sont pas mentionnées dans les tarifs pharmaceutiques visés à l'article 50 de la présente loi.

CHAPITRE II.

Des prestations en espèces.

Art. 10.

Le Service National de Santé est chargé de payer aux travailleurs assujettis au régime de sécurité sociale des travailleurs salariés, en état d'incapacité de travail résultant de maladie, et jusqu'à l'âge de l'ouverture du droit à la pension de vieillesse, des indemnités d'incapacité primaire, d'invalidité et de repos d'accouchement, dans les conditions prévues aux articles suivants.

Art. 11.

Tout travailleur assujetti à l'assurance obligatoire en cas de maladie ou d'invalidité est tenu de s'inscrire au Service Régional, prévu au Chapitre II de la présente loi, du lieu de sa résidence.

Tout employeur est tenu de remettre au travailleur salarié qu'il occupe, à la dernière paye de chaque mois ou, en cas de licenciement, ou départ volontaire du travailleur salarié, au moment du règlement final, un document intitulé « bon de cotisation à l'assurance maladie-invalidité ».

Ce bon est remis par le travailleur au Service Régional qui l'assure, dans un délai fixé par voie de règlement. Sauf exception fixée par voie de règlement, le travailleur qui n'a pas remis son bon de cotisation dans le délai perd le bénéfice des prestations pendant la période à laquelle le bon se rapporte.

Art. 12.

L'indemnité d'incapacité primaire est due, pour chaque jour d'ouvrage, jusqu'à concurrence de cent cinquante jours ou jusqu'à l'âge de l'ouverture du droit à la pension de vieillesse si l'assuré atteint cet âge avant le cent cinquantième jour, — au travailleur qui ne possède plus qu'une capacité de gain inférieure au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail personnel dans la même région.

Elle est égale à 75 % de la rémunération perdue et est payable mensuellement par les Services Régionaux.

Toute nouvelle incapacité de travail survenant dans les vingt-cinq premiers jours ouvrables de la reprise du tra-

de la geneeskunde uit te oefenen, onverminderd de bepalingen van het voorgaand artikel of van het volgend lid. De zorgen dienen hem zonder beperking van duur verstrekt te worden. De belanghebbenden moeten zich ter plaatse begeven om bedoelde zorgen te ontvangen, tenzij zij hiertoe verhinderd zijn door hun gezondheidstoestand.

Voor alle uitkeringen zonder onderscheid, kiest de belanghebbende vrijelijk de inrichting waarin hij zal opgenomen en eventueel verpleegd worden. Deze inrichting mag, of wel haar eigen geneeskundig personeel hebben, of wel toegankelijk zijn voor alle geneesheren, of wel beide stelsels omvatten.

Art. 9.

De uitkeringen, in dit hoofdstuk bepaald, worden kosteloos aan de rechthebbende op gezondheidszorgen verstrekt, met uitzondering echter van de producten welke kunnen aangewend worden tot alimentatie-, huishoudings- of toiletdoeleinden alsook van de patentgeneesmiddelen welke niet voorkomen in de pharmaceutische tarieven, bedoeld bij artikel 50 van deze wet.

HOOFDSTUK II.

Uitkeringen in speciën.

Art. 10.

De Nationale Gezondheidsdienst is belast met de uitkering aan de arbeiders die onderworpen zijn aan het stelsel der maatschappelijke zekerheid der loonarbeiders en ingevolge ziekte niet geschikt tot arbeid zijn, tot de pensioengerechtigde leeftijd, van vergoedingen voor primaire ongeschiktheid, voor invaliditeit en rust bij bevalling, onder de in onderstaande artikelen bepaalde voorwaarden.

Art. 11.

Elke arbeider die onderworpen is aan de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, moet zich laten inschrijven bij de in Hoofdstuk III van de wet bedoelde Gewestelijke Dienst van zijn verblijfplaats.

Elke werkgever moet aan de door hem tewerkgestelde arbeider, bij de laatste betaling van het loon van elke maand of, in geval van afdanking of vrijwillig vertrek van de loonarbeider, bij de eindafrekening, een stuk overhandigen, getiteld « bijdragebon voor de verzekering tegen ziekte en invaliditeit ».

Deze bon wordt door de arbeider afgegeven op de Gewestelijke Dienst waar hij verzekerd is, binnen de bij reglement bepaalde termijn. Behalve de in het reglement bepaalde uitzondering, verliest de arbeider die zijn bijdragebon niet binnen de termijn ingediend heeft zijn recht op uitkering tijdens de periode waarop de bon betrekking heeft.

Art. 12.

De primaire ziektevergoeding is verschuldigd voor elke werkdag gedurende honderd vijftig dagen of tot de pensioengerechtigde leeftijd zo de verzekerde deze leeftijd bereikt vóór de honderdvijftigste dag, aan de arbeider die nog slechts minder kan verdienen dan één derde van hetgeen door een persoon met dezelfde scholing en hoedanigheid door eigen werk in dezelfde streek kan verdiend worden.

Ze bedraagt 75 % van de verloren bezoldiging en wordt maandelijks door de Gewestelijke Diensten uitbetaald.

Elke nieuwe arbeidsongeschiktheid binnen de eerste vijf en twintig werkdagen na de werkhervatting geeft slechts

vail ne donne lieu au paiement de l'indemnité que pendant le temps nécessaire pour achever la période de cent cinquante jours fixée ci-dessus.

L'indemnité d'incapacité primaire n'est pas due au travailleur pour une incapacité de travail qui, en vertu de dispositions légales ou réglementaires, donne lieu au paiement de la rémunération.

L'indemnité d'incapacité primaire est due à tout travailleur qui, au cours du trimestre précédent celui dans lequel se situe le début de l'incapacité, a remis au Service Régional où il est assuré, le bon de cotisation d'une valeur minimum fixée par voie de règlement ou des attestations de chômage.

Cette indemnité est due également à celui pour qui se continue une période d'incapacité de travail ayant donné lieu à indemnité, ainsi qu'à celui qui, au moment du début de l'incapacité de travail, bénéficierait d'une indemnité ou allocation réglementaire de chômage involontaire.

Art. 13.

Lorsque l'incapacité se prolonge au delà de la période prévue à l'article 2, alinéa 1^{er}, de la présente loi, le Service National de Santé paie une indemnité dite d'invalidité.

Cette indemnité d'invalidité est égale à 90 % de la rémunération prévue, pendant les cent cinquante premiers jours ouvrables d'invalidité, en cas d'incapacité totale du travail; en cas d'incapacité partielle, le taux de 90 % est multiplié par le degré de l'incapacité.

A partir du cent cinquante et unième jour d'invalidité, l'indemnité d'invalidité est portée à 100 % de la rémunération perdue, pour chaque jour ouvrable, en cas d'incapacité totale; en cas d'incapacité partielle, le taux de 100 % est multiplié par le degré de l'incapacité.

Le paiement de l'indemnité d'invalidité est effectué directement dans les cinq premiers jours de chaque mois, pour le mois précédent, par le Service National de Santé.

L'indemnité d'invalidité peut être cumulée avec un salaire ou autre revenu professionnel à condition que ce salaire ou autre revenu professionnel ait été déclaré par le travailleur.

Toutefois l'indemnité d'invalidité est éventuellement réduite de façon à ne pas dépasser, par son cumul avec le montant du salaire ou autre revenu professionnel évalué en jours ouvrables, le montant de la rémunération journalière de la catégorie professionnelle de l'intéressé.

Lorsqu'un travailleur titulaire soit d'une pension d'invalidité résultant d'une loi ou d'un règlement public, soit d'une pension accordée à certains agents par les pouvoirs publics à la fin d'une carrière réduite, ou bénéficiaire de toute autre indemnité ou allocation à charge des pouvoirs publics, bénéficie d'une indemnité d'invalidité, cette indemnité est éventuellement réduite de façon à ne pas dépasser, par son cumul avec le montant de la pension, de l'indemnité ou de l'allocation, évaluée en jours ouvrables, une somme égale à 100 % de la rémunération journalière de la catégorie professionnelle de l'intéressé. Toutefois, cette disposition n'est pas d'application si, en vertu de dispositions légales, la pension d'invalidité dont jouit l'intéressé est indemnisée pour ce qui concerne la législation relative à la Sécurité Sociale.

L'indemnité d'invalidité est refusée pour un temps fixé par voie de règlement lorsque l'assuré n'a pas déclaré le salaire ou toute pension autre que celle prévue par une des lois de pension de vieillesse applicables aux salariés ou tout autre revenu professionnel gagné par lui malgré son inva-

recht op de betaling van de vergoeding gedurende de nodige tijd om de hoger bepaalde periode van honderdvijftig dagen te voltooien.

De primaire ziektevergoeding is niet verschuldigd aan de arbeider voor een arbeidsongeschiktheid die krachtens reglementaire of wettelijke bepalingen aanleiding geeft tot betaling van de bezoldiging.

De primaire ziektevergoeding is verschuldigd aan elke arbeider die tijdens het kwartaal dat aan dit van het begin van de arbeidsongeschiktheid voorafgaat, bij de Gewestelijke Dienst waar hij verzekerd is de bijdragebon, met de minimumwaarde die bij reglement vastgesteld is, of werkloosheidsgetuigschriften heeft afgegeven.

Deze vergoeding is eveneens verschuldigd aan hem voor wie een periode van arbeidsongeschiktheid die recht gaf op vergoeding voortduurt, alsmede aan hem die op het ogenblik van het begin van de arbeidsgeschiktheid een reglementaire vergoeding of uitkering wegens onvrijwillige werkloosheid mocht genieten.

Art. 13.

Wanneer de ongeschiktheid langer duurt dan de periode in artikel 12, lid 1, van deze wet bepaald, keert de Nationale Gezondheidsdienst een vergoeding, invaliditeitsvergoeding genaamd, uit.

Deze invaliditeitsvergoeding is gelijk aan 90 % van de bepaalde bezoldiging, gedurende de eerste honderdvijftig werkdagen invaliditeit, in geval van volledige arbeidsgeschiktheid; in geval van gedeeltelijke ongeschiktheid, wordt het percentage van 90 % vermenigvuldigd met de invaliditeitsgraad.

Met ingang van de honderdeenenvijftigste dag invaliditeit, wordt de invaliditeitsuitkering op 100 % van de verloren bezoldiging gebracht voor elke werkdag, in geval van volledige ongeschiktheid; in geval van gedeeltelijke ongeschiktheid wordt het percentage van 100 % vermenigvuldigd met de invaliditeitsgraad.

Binnen de eerste vijf dagen van de maand betaalt de Nationale Gezondheidsdienst rechtstreeks de invaliditeitsuitkering voor de vorige maand.

De invaliditeitsuitkering mag worden samengevoegd met een loon of een ander beroepsinkomen, op voorwaarde dat dit loon of beroepsinkomen door de arbeider aangegeven werd.

Evenwel wordt de invaliditeitsuitkering eventueel vermindert zodat de samenvoeging er van met het bedrag van het loon of enig ander bedrijfsinkomen, in werkdagen berekend, niet meer bedraagt dan de dagelijkse bezoldiging van de beroepscategorie van de belanghebbende.

Indien een arbeider die recht heeft hetzij op een invaliditeitspensioen uit hoofde van een wet of een openbaar reglement, hetzij op een pensioen dat aan sommige personeelsleden in overheidssdienst na een beperkte loopbaan toegekend wordt, of op enige andere vergoeding of uitkering ten laste van de openbare besturen, tevens een invaliditeitsuitkering geniet wordt deze uitkering eventueel vermindert zo dat de samenvoeging er van met het bedrag van het pensioen, de vergoeding of de uitkering, in werkdagen berekend, niet meer bedraagt dan een som gelijk aan 100 % van de dagelijkse bezoldiging van de beroepscategorie van de belanghebbende. Deze bepaling is evenwel niet toepasbaar indien het door de belanghebbende genoten invaliditeitspensioen, krachtens de wet, vergoed wordt wat betreft de wetgeving inzake Maatschappelijke Zekerheid.

De invaliditeitsuitkering wordt geweigerd voor een bij reglement vastgestelde termijn indien de verzekerde geen aangifte heeft gedaan van het loon of pensioen, met uitzondering van dit bepaald in een der wetten inzake ouderdomspensioen voor de loonarbeiders, of van enig ander beroeps-

l'idité, ainsi qu'il est prévu ci-dessus, ou a fait à ce sujet une déclaration inexacte.

L'invalidité n'est plus due aux travailleurs qui sont entrés en jouissance de leur pension de vieillesse, ou ont atteint l'âge de l'ouverture du droit à la pension.

Le montant de l'indemnité d'invalidité est adapté aux fluctuations de l'indice du coût de la vie, conformément à des modalités fixées par voie de règlement.

Art. 14.

Tout travailleur salarié, du sexe féminin, qui interrompt son travail pendant une période comprise entre six semaines avant et six semaines après les couches, a droit à une indemnité égale à 90 % de la rémunération perdue, pour chaque jour ouvrable de la période considérée.

Cette indemnité, dite de repos d'accouchement, n'est pas due pour toute la période qui, en vertu de dispositions légales ou réglementaires, donne lieu à paiement de la rémunération.

L'indemnité de repos d'accouchement est payable par semaine par le Service Régional de Sécurité qui assure le travailleur.

L'octroi de l'indemnité de repos d'accouchement est subordonné à la condition que la travailleuse ait été assurée au moins dix mois avant le jour de l'accouchement.

Art. 15.

La rémunération prise en considération pour l'application des dispositions du présent chapitre est déterminée, par voie de règlement, en fonction de la rémunération journalière moyenne effectivement gagnée par le travailleur, sans limitation.

La rémunération journalière moyenne est établie en tenant compte :

a) pour les travailleurs occupés d'une façon permanente, de la rémunération effectivement gagnée mentionnée sur le ou les bons de cotisation se rapportant au trimestre qui précède celui au cours duquel l'incapacité de travail s'est produite;

b) pour les travailleurs saisonniers et pour les travailleurs occupés par intermittence, de la rémunération mentionnée sur le ou les bons de cotisation se rapportant aux quatre trimestres qui précèdent celui au cours duquel l'incapacité de travail s'est produite.

Le montant de cette rémunération, évaluée en jours ouvrables, est augmenté éventuellement d'un salaire fictif correspondant aux journées de maladie, ou de chômage involontaire subis au cours de ces périodes, ainsi qu'aux journées d'absence justifiées par des événements familiaux ou autres, déterminé par voie de règlement.

Par rémunération, il faut entendre la rémunération en espèces, majorée éventuellement de la valeur des avantages en nature accordés par l'employeur au travailleur à titre de rémunération.

Les avantages en nature sont évalués conformément aux barèmes fixés pour les retenues sur la rémunération en nature, à titre de cotisation à l'O.N.S.S.

La rémunération quotidienne de l'employé s'obtient en divisant par 25 sa rémunération mensuelle.

Art. 16.

Sans préjudice aux dispositions des conventions internationales de sécurité sociale, les prestations prévues au

inkomen dat de verzekerde verdiend heeft ondanks zijn invaliditeit, zoals hierboven is bepaald, of hiervan een onjuiste aangifte heeft gedaan.

De invaliditeitsuitkering is niet meer verschuldigd aan de arbeiders die het ouderdomspensioen genieten of de pensioengerechtigde leeftijd bereikt hebben.

Het bedrag der invaliditeitsuitkering wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de koste voor levensonderhoud, overeenkomstig de bij reglement vastgestelde modaliteiten.

Art. 14.

Ieder loonarbeider van het vrouwelijk geslacht, die zijn werk onderbreekt gedurende een tijdperk van zes weken vóór en zes weken na de bevalling, heeft voor elke werkdag van dat tijdperk recht op een uitkering, gelijk aan 90 % van de verloren bezoldiging.

Deze uitkering voor rust bij bevalling is niet verschuldigd voor elk tijdperk, dat krachtens wets- of reglementsbepalingen aanleiding geeft tot betaling van de bezoldiging.

De uitkering voor rust bij bevalling is per week betaalbaar door de Gewestelijke Zekerheidsdienst, die de arbeider verzekert.

De toekenning van de uitkering voor rust bij bevalling wordt slechts verleend op voorwaarde dat de arbeidster ten minste tien maanden vóór de dag der bevalling verzekerd was.

Art. 15.

De bezoldiging, die voor de toepassing der bepalingen van dit hoofdstuk in aanmerking wordt genomen, wordt bij reglement bepaald volgens de door de arbeider werkelijk gewonnen gemiddelde dagelijkse bezoldiging, zonder beperking.

De gemiddelde dagelijkse bezoldiging wordt bepaald met inachtneming :

a) voor permanent tewerkgestelde arbeiders, met de werkelijk gewonnen bezoldiging, aangegeven op de bijdragebon of -bonnen betreffende het kwartaal, dat voorafgaat aan datgene waarin de arbeidsongeschiktheid zich heeft voorgedaan;

b) voor seizoenarbeiders en bij tussenpozen tewerkgestelde arbeiders, met de bezoldiging op de bijdragebon of -bonnen betreffende de vier kwartalen, die voorafgaan aan datgene waarin de arbeidsongeschiktheid zich heeft voorgedaan.

Het bedrag van die in werkdagen geraamde bezoldiging wordt eventueel verhoogd met een fictief loon, dat overeenstemt met de dagen dat de belanghebbende gedurende die perioden ziek of onvrijwillig werkloos is geweest, alsook met de dagen door familiegebeurtenissen of andere verantwoorde afwezigheid, die bij reglement wordt bepaald.

Onder bezoldiging wordt verstaan de bezoldiging in specien, eventueel verhoogd met de waarde der voordelen in natura, die door de werkgever aan de werknemer als bezoldiging worden verleend.

De voordelen in natura worden geraamd overeenkomstig de tarieven vastgesteld voor de inhoudingen op de bezoldiging in natura, als bijdrage tot de R. M. Z.

De dagelijkse bezoldiging van de tewerkgestelde wordt bekomen door zijn maandelijkse bezoldiging door 25 te delen.

Art. 16.

Onverminderd het bepaalde in de internationale overeenkomsten inzake maatschappelijke zekerheid worden de

présent chapitre sont refusées au travailleur qui ne réside pas effectivement sur le territoire belge.

Le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale peut déroger aux dispositions du présent article.

Art. 17.

Les prestations prévues au présent chapitre sont refusées à l'assuré qui s'est blessé, fait blesser ou rendu malade intentionnellement.

Ces prestations sont refusées pendant une période déterminée par voie de règlement lorsque l'assuré les a obtenues ou tenté de les obtenir par des moyens frauduleux, ou qu'il se soustrait au contrôle des services compétents de l'assurance, ou qu'il refuse de se conformer aux mesures de contrôle imposées par ces services.

Les prestations sont interrompues aussi longtemps que l'intéressé refuse de suivre, sans motif valable, les ordonnances médicales qui lui sont prescrites.

Le S.N.S. organise le contrôle administratif des malades et invalides visés au présent chapitre, selon des modalités fixées par voie de règlement.

Art. 18.

Les personnes non assujetties au régime de sécurité sociale des travailleurs salariés peuvent bénéficier à titre facultatif, des prestations prévues au présent chapitre, conformément à des modalités fixées par voie de règlement.

CHAPITRE III.

De l'organisation administrative.

Art. 19.

Le Service National de Santé a pour objet d'assurer, sous la garantie de l'Etat, l'application de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution et de soumettre au Ministre de la Santé Publique et de la Famille, — et au Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, — toute proposition tendant à perfectionner l'organisation et les méthodes des services de santé.

Art. 20.

Le Service National de Santé est un établissement public placé sous le contrôle du Ministre de la Santé Publique et de la Famille et du Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Il est géré par un Comité National d'Administration.

Il est composé de services régionaux dotés de la personnalité civile qui fonctionnent sous l'autorité supérieure du Comité National d'Administration.

Chaque Service Régional est géré par un Comité Régional d'Administration responsable devant le Comité National d'Administration.

Il est institué au moins un Service Régional par arrondissement administratif; leur nombre est déterminé par arrêté royal sur la proposition du Comité National d'Administration, de même que leur ressort.

in dit hoofdstuk bedoelde uitkeringen geweigerd aan de werknemer, die niet werkelijk op Belgisch grondgebied verblijft.

De Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg kan van de bepalingen van dit artikel afwijken.

Art. 17.

De in dit hoofdstuk bedoelde uitkeringen worden geweigerd aan de verzekerde, die zich opzettelijk heeft gekwetst, doen kwetsen of ziek heeft gemaakt.

Deze uitkeringen worden gedurende een bij reglement bepaald tijdperk geweigerd, wanneer de verzekerde ze door bedrieglijke middelen heeft bekomen of trachten te bekomen, of wanneer hij zich aan de controle van de bevoegde verzekeringsdiensten onttrekt, of weigert zich naar de door die diensten opgelegde controlemaatregelen te gedragen.

De uitkeringen worden opgeschort zolang de belanghebbende zonder geldige reden weigert de hem gegeven geneeskundige voorschriften op te volgen.

De N. G. regelt de administratieve controle op de in dit hoofdstuk bedoelde zieken en invaliden volgens bij reglement vastgestelde modaliteiten.

Art. 18.

Zij, die niet zijn onderworpen aan het stelsel der maatschappelijke zekerheid voor de loonarbeiders, kunnen, zo zij het wensen, de in dit hoofdstuk bedoelde uitkeringen genieten overeenkomstig bij reglement te bepalen modaliteiten.

HOOFDSTUK III.

Administratieve inrichting.

Art. 19.

De Nationale Gezondheidsdienst heeft ten doel, onder waarborg van de Staat, voor de toepassing van deze wet en van haar uitvoeringsbesluiten te zorgen en de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin — en de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg — alle voorstellen tot volmaking van de inrichting en de methoden van de gezondheidsdiensten voor te leggen.

Art. 20.

De Nationale Gezondheidsdienst is een publiekrechtelijk lichaam dat onder de controle van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en van de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg staat.

Hij wordt beheerd door een Nationaal Comité van Beheer.

Hij bestaat uit gewestelijke diensten, die rechtspersoonlijkheid hebben en onder het hoge gezag van het Nationaal Comité van Beheer werken.

Iedere gewestelijke dienst wordt beheerd door een gewestelijk comité van beheer, dat verantwoordelijk is tegenover het Nationaal Comité van Beheer.

Er wordt ten minste één gewestelijke dienst per bestuurlijk arrondissement ingesteld; het aantal en het gebied ervan worden op voorstel van het Nationaal Comité van Beheer bij koninklijk besluit bepaald.

SECTION I.

Des Comités Régionaux.

Art. 21.

Chaque Comité Régional est composé de dix-sept membres effectifs et treize membres suppléants :

Huit membres effectifs et huit membres suppléants sont élus au suffrage direct par les membres du corps électoral du ressort du service régional, à l'exclusion des médecins, dentistes et pharmaciens :

— deux médecins, membres effectifs, et deux médecins, membres suppléants, sont élus par les médecins qui résident dans le ressort du service régional;

— deux pharmaciens, membres effectifs, et deux pharmaciens, membres suppléants, sont élus par les pharmaciens qui résident dans le ressort du service régional;

— un dentiste, membre effectif, et un dentiste, membre suppléant, sont élus par les dentistes qui résident dans le ressort du service régional;

— un membre représentant les C. A. P. du ressort du service régional est désigné par celles-ci;

— un membre représentant les conseils provinciaux ayant autorité dans le ressort du service régional, est nommé par ces conseils;

— un membre est nommé par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille qu'il représente;

— un membre est nommé par le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale qu'il représente.

Un arrêté royal détermine les modalités d'exécution des élections prévues aux alinéas précédents.

Art. 22.

Les mandats des membres du Comité Régional sont d'une durée de six ans.

Le Comité Régional est renouvelé par moitié tous les trois ans et pour la première fois, à l'expiration de la troisième année qui suit la date d'entrée en vigueur de la présente loi. Les mandats qui composent cette première moitié sont fixés par arrêté royal.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Tout membre qui, sans motif légitime, est absent de trois séances consécutives est invité à donner sa démission et peut, en cas de refus, être considéré comme démissionnaire. Il est pourvu, dans les trois mois, au remplacement de tout membre qui cesse de faire partie du Comité, avant la date d'expiration normale de son mandat, par le membre qui le supplée. Le nouveau membre achève le mandat du membre remplacé.

Les membres suppléants ne siègent qu'en cas d'absence du titulaire qu'ils suppléent.

Art. 23.

Le Comité Régional élit son président et un vice-président. Il établit son règlement intérieur.

Le Comité se réunit sur convocation de son président chaque fois que celui-ci le juge nécessaire ou que la demande en est faite par au moins trois membres.

SECTIE I.

Gewestelijke Comités.

Art. 21.

Elk Gewestelijk Comité is samengesteld uit zeventien vaste leden en dertien plaatsvervangende leden :

Acht vaste leden en acht plaatsvervangende leden worden bij rechtstreekse stemming verkozen door de kiezers van het gebied van de gewestelijke dienst, met uitsluiting van de geneesheren, tandartsen en apothekers :

— twee geneesheren, vaste leden, en twee geneesheren, plaatsvervangende leden, worden verkozen door de geneesheren die gevestigd zijn in het gebied van de gewestelijke dienst;

— twee apothekers, vaste leden, en twee apothekers, plaatsvervangende leden, worden verkozen door de apothekers die gevestigd zijn in het gebied van de gewestelijke dienst;

— een tandarts, vast lid, en een tandarts, plaatsvervangend lid, worden verkozen door de tandartsen die gevestigd zijn in het gebied van de gewestelijke dienst;

— een lid, dat de C. O. O. van het gebied van de gewestelijke dienst vertegenwoordigt, wordt door deze aangewezen;

— een lid, dat de provinciale raden vertegenwoordigt die gezag uitoefenen in het gebied van de gewestelijke dienst, wordt door deze raden benoemd;

— een lid dat door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin benoemd wordt en hem vertegenwoordigt;

— een lid dat door de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg benoemd wordt en deze vertegenwoordigt.

Bij koninklijk besluit worden de uitvoeringsmodaliteiten van de in voorgaande leden vermelde verkiezingen bepaald.

Art. 22.

De mandaten van de leden van het Gewestelijk Comité hebben een duur van zes maanden.

Het Gewestelijk Comité wordt om de drie maanden voor de helft vernieuwd en, voor de eerste maal, bij het verstrijken van het derde jaar dat volgt op de datum van de inwerkingtreding van deze wet. De mandaten welke deze eerste helft vormen, worden bij koninklijk besluit bepaald.

Het mandaat der uittredende leden kan worden vernieuwd.

Elk lid dat, zonder wettige reden, op drie opeenvolgende vergaderingen afwezig is, wordt verzocht zijn ontslag in te dienen en kan, bij weigering, als ontslagnemend beschouwd. Binnen drie maanden wordt in de vervanging voorzien van elk lid, dat ophoudt deel uit te maken van het Comité vóór de datum van het normaal verstrijken van zijn mandaat, door het lid dat het vervangt. Het nieuw lid voleindigt het mandaat van het vervangende lid.

De plaatsvervangende leden zetelen slechts in geval van afwezigheid van de titularis die ze vervangen.

Art. 23.

Het Gewestelijk Comité kiest een voorzitter en een ondervoorzitter. Het stelt zijn huishoudelijk reglement op.

Het Comité vergadert op bijeenroeping van zijn voorzitter, telkens als deze het nodig acht of dit door ten minste drie leden gevraagd wordt.

Le Président et le Vice-Président n'ont pas voix prépondérante.

Lorsque, sur un objet déterminé, il ne se forme pas une majorité, la question est soumise au Comité National qui décide.

Art. 24.

Le Comité régional engage et licencie le personnel du service régional. Ce personnel est dirigé par un administrateur régional, engagé et licencié par le Comité National sur proposition du Comité Régional.

L'administrateur régional agit sous le contrôle du Comité Régional dont il exécute les décisions. Il assiste aux séances du Comité Régional et en assure le secrétariat. Il accomplit tous les actes de gestion journalière.

Les grades, fonctions et rémunérations du personnel du service régional sont déterminés conformément aux statuts élaborés par la commission paritaire nationale prévue à l'article 33 de la présente loi.

Art. 25.

L'exercice financier du service régional commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre. Pour la première année, il commence le jour de la constitution du Service.

Le compte des recettes et des dépenses de l'exercice écoulé est remis, chaque année, le 30 mars au plus tard, au Comité National d'Administration.

Le budget des dépenses administratives du Service National est établi chaque année, avant le 1^{er} octobre, pour l'exercice suivant. Il est soumis pour approbation au Comité National d'administration.

Aucune dépense non prévue au budget ne peut être engagée sans l'autorisation préalable du Comité National d'administration.

Art. 26.

Tous les actes qui engagent le service régional, autres que ceux qui ont trait à la gestion journalière ou émanant de mandataires spéciaux, sont signés conjointement, soit par l'administrateur régional et par le président du Comité Régional ou par un membre du comité désigné à cet effet, soit par le président et un membre du comité désigné à cet effet, soit par deux membres du comité désignés à cet effet.

Art. 27.

Le Comité National d'Administration fixe le montant des indemnités et jetons de présence à allouer aux membres des comités régionaux et des conseils consultatifs.

SECTION II.

Du Comité National d'Administration.

Art. 28.

Le Comité National d'Administration est composé de 25 membres effectifs et de 22 membres suppléants :

22 membres effectifs et 22 membres suppléants sont élus à la majorité simple par les membres des Comités régionaux d'administration réunis en assemblée générale;

De Voorzitter en de Ondervoorzitter hebben geen beslissende stem.

Wanneer over een bepaald onderwerp geen meerderheid tot stand komt, wordt het vraagstuk voorgelegd aan het Nationaal Comité, dat beslist.

Art. 24.

Het Gewestelijk Comité werft aan en ontstaat het personeel van de gewestelijke dienst. Aan het hoofd van dit personeel staat een gewestelijk beheerder, aangeworven en ontslagen door het Nationaal Comité op de voordracht van het Gewestelijk Comité.

De gewestelijke beheerder handelt onder toezicht van het Gewestelijk Comité, waarvan hij de beslissingen uitvoert. Hij woont de vergaderingen van het Gewestelijk Comité bij en neemt er het secretariaat van waar. Hij verricht alle handelingen van dagelijks beheer.

De graden, functies en bezoldigingen van het personeel van de gewestelijke dienst worden vastgesteld overeenkomstig de statuten uitgewerkt door het nationaal paritair comité bedoeld in artikel 33 van deze wet.

Art. 25.

Het financieel dienstjaar van de gewestelijke dienst begint op 1 januari en eindigt op 31 december. Voor het eerste jaar begint het op de dag van de oprichting van de Dienst.

De rekening van ontvangsten en uitgaven over het verstreken dienstjaar wordt elk jaar, ten laatste op 30 maart, aan het Nationaal Comité van Beheer toegezonden.

De begroting van de bestuursuitgaven van de Nationale Dienst wordt elk jaar, vóór 1 oktober, voor het volgend dienstjaar vastgesteld. Zij wordt ter goedkeuring voorgelegd aan het Nationaal Comité van Beheer.

Er mogen geen niet op de begroting uitgetrokken uitgaven aangewend worden zonder voorafgaande machtiging van het Nationaal Comité van Beheer.

Art. 26.

Alle handelingen, waardoor de gewestelijke dienst wordt verbonden, behalve die welke het dagelijks beheer betreffen of van bijzondere lasthebbers uitgaan, worden tezamen ondertekend, hetzij door de gewestelijke beheerder en door de voorzitter van het Gewestelijk Comité of een daartoe aangewezen lid hetzij door de voorzitter en een daartoe aangewezen lid van het comité tezamen, hetzij door twee leden van het comité daartoe aangewezen.

Art. 27.

Het Nationaal Comité van Beheer stelt het bedrag der aan de leden van de gewestelijke comité's en van de raden van advies te verlenen vergoedingen en presentiegelden vast.

AFDELING II.

Nationaal Comité van Beheer.

Art. 28.

Het Nationaal Comité van Beheer bestaat uit 25 werkende en 22 plaatsvervangende leden :

22 werkende en 22 plaatsvervangende leden worden bij gewone meerderheid gekozen door de leden der gewestelijke comités van beheer in algemene vergadering bijeengeroepen.

11 membres effectifs et 11 membres suppléants, représentant les bénéficiaires de l'assurance sont élus par les membres des comités régionaux, à l'exclusion des médecins, pharmaciens et dentistes;

5 membres effectifs et 5 membres suppléants, représentant les médecins, sont élus par les membres médecins des comités régionaux;

3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les pharmaciens sont élus par les membres pharmaciens des comités régionaux;

1 membre effectif et 1 membre suppléant, représentant les dentistes, sont élus par les membres dentistes des comités régionaux;

2 membres effectifs et 2 membres suppléants représentent les C. A. P.;

3 membres délégués du gouvernement sont nommés respectivement par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille, le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale et le Ministre des Finances.

Art. 29.

Les mandats des membres du Comité National d'administration sont d'une durée de six ans et renouvelables par moitié tous les trois ans, la première moitié, déterminée par arrêté royal trois ans après la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Tout membre qui, sans motif légitime, est absent de trois séances consécutives est invité à donner sa démission et peut en cas de refus, être considéré comme démissionnaire.

Il est pourvu, dans les trois mois, au remplacement de tout membre qui cesse de faire partie du Comité avant la date normale d'expiration de son mandat, par le membre qui le supplée. Le nouveau membre achève le mandat du membre remplacé.

Les membres suppléants ne siègent qu'en cas d'absence du titulaire qu'ils suppléent.

Art. 30.

Le Comité National élit son président et deux vice-présidents. Le Comité établit son règlement d'ordre intérieur.

Le Comité se réunit sur la convocation de son président chaque fois que celui-ci le juge nécessaire ou que la demande en est faite, soit par un délégué du gouvernement, soit par au moins trois membres.

Le président et les vice-présidents n'ont pas voix prépondérante. Lorsque, sur un projet déterminé, il ne se forme pas une majorité, la question est soumise au Ministre de la Santé Publique et de la Famille, qui décide.

Art. 31.

Le Comité National administre le Service National de santé conformément aux dispositions de la présente loi.

Il répartit les ressources de l'assurance entre les services régionaux dont il contrôle le fonctionnement.

Il élabore et met en vigueur les règlements nécessaires à l'exécution des dispositions de la présente loi.

Il établit les règles de comptabilité à observer et les cadres des renseignements statistiques à fournir par les services régionaux.

Le Comité National soumet au Ministre de la Santé Publique et de la Famille, et au Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, les propositions de modifications qu'il croit utile d'apporter aux dispositions des lois et des

11 werkende en 11 plaatsvervangende leden, die de verzekerden vertegenwoordigen, worden gekozen door de leden der gewestelijke comités, met uitsluiting van de geneesheren, apothekers en tandartsen;

5 werkende en 5 plaatsvervangende leden, die de geneesheren vertegenwoordigen, worden door de leden-geneesheren der gewestelijke comités gekozen;

3 werkende en 3 plaatsvervangende leden, die de apothekers vertegenwoordigen, worden door de leden-apothekers der gewestelijke comités gekozen;

1 werkend en 1 plaatsvervangend lid, die de tandartsen vertegenwoordigen, worden door de leden-tandartsen der gewestelijke comités gekozen;

2 werkende en 2 plaatsvervangende leden vertegenwoordigen de C. O. O.;

3 leden-afgevaardigden van de regering worden respectievelijk door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, door de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg en door de Minister van Financiën benoemd.

Art. 29.

De mandaten van de leden van het Nationaal Comité van Beheer hebben een duur van zes jaar en zijn voor de helft vernieuwbaar om de drie jaar, de eerste helft, die bij koninklijk besluit wordt vastgesteld, drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet.

Het mandaat van de uittredende leden is vernieuwbaar.

Ieder lid dat, zonder geldige reden, afwezig is op drie achtereenvolgende vergaderingen wordt verzocht ontslag te nemen en kan, indien hij weigert, als ontslagnemend worden beschouwd.

Binnen drie maanden wordt voorzien in de vervanging van ieder lid dat vóór de normale datum van het verstrijken van zijn mandaat geen deel meer uitmaakt van het Comité. Het nieuwe lid voleindigt het mandaat van het vervangen lid.

De plaatsvervangende leden zetelen slechts in geval van afwezigheid van het gewoon lid dat zij vervangen.

Art. 30.

Het Nationaal Comité kiest zijn voorzitter en zijn twee ondervoorzitters. Het Comité stelt zijn huishoudelijk reglement vast.

Het Comité vergadert, op bijeenroeping van zijn voorzitter, telkens als deze het nodig acht, of telkens daarom wordt verzocht, hetzij door een afgevaardigde van de regering, hetzij door ten minste drie leden.

De voorzitter en de ondervoorzitter hebben geen beslissende stem. Indien, over een bepaald punt, geen meerderheid wordt bereikt, wordt de kwestie voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, die beslist.

Art. 31.

Het Nationaal Comité beheert de Nationale Gezondheidsdienst overeenkomstig de bepalingen van deze wet.

Het verdeelt de geldmiddelen van de verzekering onder de gewestelijke diensten, op de werking waarvan het toezicht uitoefent.

De reglementen die voor de toepassing van de bepalingen van deze wet vereist zijn worden door het Comité opge maakt en ten uitvoer gelegd.

Het bepaalt de in acht te nemen comptabiliteitsregelen en de kaders van de door de gewestelijke diensten te verstrekken statische gegevens.

Het Nationaal Comité legt aan de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en aan de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg de voorstellen voor inzake de wijzigingen die het nuttig acht aan te brengen in de bepa-

arrêtés concernant l'assurance des soins de santé et des prestations en espèces.

Art. 32.

Le Comité National engage et licencie le personnel de l'administration centrale du Service National. Ce personnel est dirigé par un administrateur général, nommé par arrêté royal sur proposition du Comité National.

L'administrateur général est chargé de l'exécution des décisions du Comité National d'administration. Il agit sous le contrôle de celui-ci.

Ses fonctions sont incompatibles avec celles de membre du Comité National d'administration.

Il assiste aux séances du Comité National dont il assure le secrétariat.

L'administrateur général représente le service national de santé dans les actes judiciaires et extra-judiciaires.

Il accomplit tous les actes de gestion journalière de l'administration centrale.

Tous les actes qui engagent le service national, autres que ceux qui ont trait à la gestion journalière ou qui émanent de mandataires spéciaux, sont signés conjointement soit par l'administrateur général et par le président du Comité National ou par le vice-président qui le remplace, soit par le président du Comité National ou un des vice-présidents qui le remplace et un membre du Comité National désigné à cet effet.

Art. 33.

Il est créé une commission paritaire composée de 20 membres au plus, nommés par le Comité National d'administration et par les organisations groupant les membres du personnel du Service National. Cette commission est présidée par un jurisconsulte désigné par arrêté royal, sans voix délibérative.

La Commission établit le statut du personnel du Service National de Santé. Elle prévoit dans ce statut l'existence d'une commission paritaire nationale composée de 20 membres nommés comme ci-dessus et présidée par le président du Conseil National d'Administration, ou par l'un des vice-présidents.

La Commission Paritaire Nationale a les pouvoirs définis ci-après :

1) Examiner toutes les questions relatives aux contrats de travail, à la sécurité, à l'hygiène et, en général, toutes les questions intéressant directement le personnel et qui leur sont transmises par le Ministère de la Santé Publique et de la Famille, le Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, le Comité National d'Administration ou les Commissions Régionales dont il est fait mention ci-après;

2) Donner son avis sur toutes les questions d'ordre général que le Ministre de la Santé Publique et de la Famille, le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, le Comité National et les Comités régionaux d'administration estimeraient devoir lui soumettre, notamment dans le cas où ces instances jugeraient que ces questions peuvent intéresser indirectement le personnel;

3) Participer à la gestion des institutions créées ou à créer en faveur du personnel.

Les statuts prévoient également la création de commissions paritaires régionales, attachées aux services régio-

lingen van de wetten en besluiten betreffende de verzekering inzake gezondheidszorgen en uitkeringen in speciën.

Art. 32.

Het Nationaal Comité werft het personeel van het hoofdbestuur van de Nationale Dienst aan en ontslaat het. Dit personeel staat onder de leiding van een algemeen beheerder, die, op de voordracht van het Nationaal Comité, bij koninklijk besluit wordt benoemd.

De algemeen beheerder is belast met de tenuitvoerlegging van de beslissingen van het Nationaal Comité van Beheer. Hij treedt op onder het toezicht van laatstgenoemd Comité.

Zijn functies zijn onverenigbaar met die van lid van het Nationaal Comité van Beheer.

Hij woont de vergaderingen bij van het Nationaal Comité en neemt het secretariaat er van waar.

De algemene beheerder vertegenwoordigt de nationale gezondheidsdienst in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen.

Hij vervult alle handelingen van dagelijks beheer van het hoofdbestuur.

Alle handelingen die de nationale dienst verbinden, buiten die welke verband houden met het dagelijks beheer of welke uitgaan van bijzondere mandatarissen, worden samen ondertekend, hetzij door de algemeen beheerder en door de voorzitter van het Nationaal Comité of door de ondervoorzitter die hem vervangt, hetzij door de voorzitter van het Nationaal Comité of een der ondervoorzitters die hem vervangt en door een daartoe aangewezen lid van het Nationaal Comité.

Art. 33.

Er wordt een paritair comité opgericht, samengesteld uit ten hoogste 20 leden, benoemd door het Nationaal Comité van Beheer en door de organisaties die de personeelsleden van de Nationale Dienst groeperen. Dit Comité wordt voorgezeten door een bij koninklijk besluit aangewezen rechtsgeleerde, die geen beslissende stem heeft.

Dit comité stelt het statuut vast van het personeel van de Nationale Gezondheidsdienst. Het bepaalt in dit statuut de oprichting van een nationaal paritair comité, samengesteld uit 20 leden, die worden aangewezen zoals hierboven, en voorgezeten door de voorzitter van de Nationale Raad van Beheer of door een der ondervoorzitters.

Het Nationaal Paritair Comité beschikt over de hierna bepaalde machten :

1) Onderzoek van alle kwesties die verband houden met de arbeidsovereenkomsten, de veiligheid, de hygiëne en, in 't algemeen, alle kwesties die rechtstreeks het personeel aanbelangen en die hun overgemaakt worden door het Ministerie van Arbeid en Sociale Voorzorg, door het Nationaal Comité van Beheer of door de Gewestelijke Commissies welke hierna zijn vermeld.

2) Advies uitbrengen over alle vraagstukken van algemene aard die de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg, het Nationaal Comité en de Gewestelijke Comités van Beheer zouden menen het te moeten voorleggen, namelijk in het geval waarin deze instanties zouden oordelen dat deze kwesties onrechtstreeks het personeel kunnen aanbelangen.

3) Deelneming aan het beheer van de instellingen welke ten gunste van het personeel opgericht of die mochten opgericht worden.

In de statuten is eveneens sprake van de oprichting van gewestelijke paritaire comités, verbonden aan de gewes-

naux de santé, qui ont pour mission d'examiner les propositions et les réclamations du personnel relatives à l'hygiène, à la sécurité, à l'organisation du travail et au bon fonctionnement du Service National de Santé.

Une fois les statuts arrêtés, aucune modification ne pourra y être apportée sans le consentement de la Commission paritaire nationale statuant à la majorité des deux-tiers.

Art. 34.

Chaque délégué du Gouvernement a le pouvoir de suspendre l'exécution des décisions du Comité National d'administration lorsqu'il les estime contraire soit aux dispositions des lois ou arrêtés en vigueur, soit à l'intérêt général. Le cas échéant il en informe immédiatement le Ministre qu'il représente.

Si le Ministre n'a pas confirmé la mesure de suspension dans un délai de huit jours à compter de la date de celle-ci, la décision contestée peut recevoir exécution.

Si le Ministre confirme la mesure de suspension, le Comité National d'Administration dispose d'un droit d'appel devant la Chambre des Représentants qui tranche en dernier ressort dans le délai de 60 jours à compter de la date de réception de la décision du Ministre.

Art. 35.

Les délégués du Gouvernement ont un droit de surveillance sur les opérations de tous les organes du service national. Ils exercent ce droit, soit par eux-mêmes, soit par des délégués qui sont désignés par leurs Ministres respectifs.

Art. 36.

L'exercice financier du S. N. S. commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre.

Le projet de budget du S. N. S. est établi par le Comité National d'administration et déposé au plus tard le 30 novembre de l'année qui précède l'exercice auquel il se rapporte sur le bureau des Chambres législatives par les soins du Ministre de la Santé Publique et du Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

A défaut, par les Chambres, d'avoir voté ce budget avant le 1^{er} février, celui-ci sera considéré comme adopté de plein droit avec l'approbation des crédits correspondants.

Le bilan et le compte de profits et pertes du S. N. S. sont arrêtés par le Comité National d'administration au 31 décembre de chaque année et soumis à la vérification des reviseurs désignés par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille et le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Les reviseurs visés à l'alinéa précédent soumettent aux Ministres de la Santé Publique et de la Famille, et du Travail et de la Prévoyance Sociale, au plus tard le 30 juin de chaque année, les comptes clos accompagnés des pièces justificatives et de leurs observations.

Le bilan et le compte de profits et pertes, accompagnés des observations des reviseurs et du rapport annuel sur l'activité du S. N. S. établi par le Comité National d'administration, sont ensuite déposés avant le 30 septembre de chaque année sur le bureau des Chambres par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille et le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

telijke gezondheidsdiensten, die als opdracht hebben de voorstellen en klachten van het personeel te onderzoeken welke betrekking hebben op de hygiëne, de veiligheid, de inrichting van de arbeid en de degelijke werking van de Nationale Gezondheidsdienst.

Eens de statuten vastgelegd, kan hierin geen wijziging aangebracht worden zonder toestemming van het Nationaal Paritair Comité, dat uitspraak doet bij twee-derden meerderheid.

Art. 34.

Elke afgevaardigde der Regering is bevoegd om de tenuitvoerlegging te schorsen van de beslissingen van het Nationaal Comité van Beheer wanneer hij ze in strijd acht of wel met de bepalingen der geldende wetten of besluiten, of wel met het algemeen belang. In voorkomend geval, geeft hij hiervan onmiddellijk kennis van de Minister, die hij vertegenwoordigt.

Indien de Minister de maatregel tot schorsing binnen een termijn van acht dagen, te rekenen van de datum er van, niet bekrachtigt, is de betwiste beslissing voor uitvoering vatbaar.

Indien de Minister de maatregel tot schorsing bevestigt, beschikt het Nationaal Comité van Beheer over een recht van hoger beroep bij de Kamer der Volksvertegenwoordigers, welke in laatste aanleg beslist binnen een termijn van 60 dagen, te rekenen van de datum van ontvangst van de beslissing van de Minister.

Art. 35.

De afgevaardigden der Regering zijn gerechtigd toezicht uit te oefenen op de verrichtingen van alle organen van de nationale dienst. Zij oefenen dit recht uit, hetzij zelf, hetzij door afgevaardigden die door hun respectieve Ministers zijn aangewezen.

Art. 36.

Het dienstjaar van de Nationale Gezondheidsdienst begint op 1 januari en eindigt op 31 december.

Het ontwerp van begroting van de Nationale Gezondheidsdienst wordt opgemaakt door het Nationaal Comité van Beheer en wordt ten laatste op 30 November van het jaar, dat aan het boekjaar voorafgaat waarop het betrekking heeft, bij de Wetgevende Kamers ter tafel neergelegd door toedoen van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en van de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg.

Ingeval de Kamers vóór 1 Februari deze begroting niet hebben goedgekeurd, wordt deze als van rechtswege aangenomen beschouwd, met goedkeuring van de overeenstemmende kredieten.

De balans en de winst- en verliesrekening van de Nationale Gezondheidsdienst worden vastgesteld door het Nationaal Comité van Beheer op 31 december van elk jaar en worden voor nazicht onderworpen aan de revisoren, aangewezen door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en door de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg.

De bij het voorgaande lid bedoelde revisoren leggen aan de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en aan de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg, ten laatste op 30 juni van ieder jaar, de afgesloten rekeningen voor samen met de verantwoordingsstukken en hun opmerkingen.

De balans en de winst- en verliesrekening, samen met de opmerkingen van de revisoren en van het jaarverslag over de werkzaamheden van de Nationale Gezondheidsdienst, door het Nationaal Comité van Beheer opgemaakt, worden vervolgens elk jaar vóór 30 september in de Kamers ter tafel neergelegd door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en door de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg.

Ces documents sont publiés au *Moniteur Belge* par les soins du Comité National d'Administration.

Art. 37.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Famille fixe le montant des indemnités ou jetons de présence à allouer aux membres du Comité National d'Administration, ainsi qu'aux membres et secrétaires des Conseils techniques.

SECTION III.

Des Conseils techniques.

Art. 38.

Il est institué des conseils techniques auprès du Comité national d'administration.

A) Un conseil médical composé de

1° — cinq docteurs en médecine choisis parmi sept candidats présentés par le Comité national d'administration;

2° — cinq docteurs en médecine choisis parmi sept candidats présentés par les organisations professionnelles les plus représentatives du corps médical;

3° — quatre docteurs en médecine représentant chacun une des facultés de médecine du pays;

4° — un docteur en médecine désigné par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille;

5° — un docteur en médecine désigné par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Les fonctions de secrétaire sont assurées par un fonctionnaire du S. N. S. désigné par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille.

B) Un conseil dentaire composé de :

1° — trois personnes légalement autorisées à exercer l'art dentaire, choisies parmi cinq candidats présentés par le Comité National d'administration;

2° — trois personnes légalement autorisées à exercer l'art dentaire, choisies parmi cinq candidats présentés par les organisations professionnelles les plus représentatives du corps dentaire;

3° — un docteur en médecine stomatologiste désigné par le Ministre de la Santé publique et de la Famille.

4° — un docteur en médecine stomatologiste désigné par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Les fonctions de secrétaire sont assumées par un fonctionnaire du S. N. S. désigné par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille.

C) Un conseil pharmaceutique composé de :

1° — trois pharmaciens choisis parmi cinq candidats présentés par le Comité National d'administration;

2° — trois pharmaciens choisis parmi cinq candidats présentés par les organisations professionnelles les plus représentatives du corps pharmaceutique;

3° — un pharmacien désigné par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille;

4° — un pharmacien désigné par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Deze stukken worden in het *Belgisch Staatsblad* bekendgemaakt door toedoen van het Nationaal Comité van Beheer.

Art. 37.

De Minister van Volksgezondheid en van het Gezin stelt het bedrag der vergoedingen of prestigegelden vast welke aan de leden van het Nationaal Comité van Beheer alsook aan de leden en aan de secretarissen der Technische raden worden toegekend.

SECTIE III.

Technische Raden.

Art. 38.

Bij het Nationaal Comité van Beheer worden technische raden opgericht.

A) Een geneeskundige raad, samengesteld uit :

1° — vijf doctors in de geneeskunde, gekozen uit zeven door het Nationaal Comité van Beheer voorgedragen kandidaten;

2° — vijf doctors in de geneeskunde, gekozen uit zeven kandidaten voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen van de geneesheren;

3° — vier doctors in de geneeskunde, die elk een der geneeskundige faculteiten van het land vertegenwoordigen;

4° — een doctor in de geneeskunde, aangewezen door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin;

5° — een doctor in de geneeskunde, aangewezen door de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg.

Het ambt van secretaris wordt waargenomen door een ambtenaar van de Nationale Gezondheidsdienst, aangewezen door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin.

B) Een tandheelkundige raad, samengesteld uit :

1° — drie personen, wettelijk gemachtigd om de tandheelkunde uit te oefenen, gekozen uit vijf door het Nationaal Comité van Beheer voorgedragen kandidaten;

2° — drie personen, wettelijk gemachtigd om de tandheelkunde uit te oefenen, gekozen uit vijf kandidaten voorgedragen door de representatieve beroepsvereniging van de tandartsen;

3° — een doctor in de geneeskunde-stomatoloog, aangewezen door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin;

4° — een doctor in de geneeskunde-stomatoloog, aangewezen door de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg.

Het ambt van secretaris wordt waargenomen door een ambtenaar van de Nationale Gezondheidsdienst, aangewezen door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin.

C) Een pharmaceutische raad samengesteld uit :

1° — drie apothekers, gekozen uit vijf door de Nationale Raad van Beheer voorgedragen kandidaten;

2° — drie apothekers, gekozen uit vijf kandidaten voorgedragen door de meest representatieve beroepsverenigingen van de apothekers;

3° — een apotheker, aangewezen door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin;

4° — een apotheker, aangewezen door de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg.

Les fonctions de secrétaire sont assumées par un fonctionnaire du S. N. S. désigné par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille.

Art. 39.

Le président et les membres des Conseils Techniques sont nommés par arrêté royal sur proposition du Ministre de la Santé Publique et de la Famille et du Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, pour un terme de six ans et soumis aux conditions de renouvellement prévues par la présente loi pour les membres du Comité national d'administration.

Chaque Conseil se réunit sur convocation de son président chaque fois que ce dernier le juge nécessaire ou à la demande du Comité National d'administration ou à la demande d'au moins trois membres du Conseil.

Art. 40.

Les Conseils Techniques sont des organes d'étude et de coordination qui examinent toutes les questions qui leur sont soumises par le Comité National d'administration.

Ils peuvent prendre l'initiative d'étudier ou de faire étudier par des sous-commissions spécialisées qu'ils constituent, tout problème concernant les soins de santé et saisir de leurs conclusions le Comité National d'administration.

CHAPITRE III.

De l'Organisation sanitaire.

SECTION I.

Du secteur privé.

Art. 41.

Les Services régionaux de santé sont substitués aux C. A. P., aux associations intercommunales de C. A. P. ainsi qu'aux conseils provinciaux de leur ressort pour l'administration des hôpitaux, maternités, lazarets et autres établissements de soins de santé.

Ces établissements sont transférés aux services régionaux respectifs selon des modalités et dans un délai fixé par arrêté royal.

Les transferts ne peuvent préjuger aux droits acquis ni aux affectations de biens légalement établis.

Art. 42.

Le Service National de Santé organise l'armement sanitaire du pays en un certain nombre de Centres de santé dont les éléments constitutifs sont rattachés à des cliniques médico-chirurgicales.

Les centres de santé sont répartis dans le pays en fonction des nécessités démographiques et des conditions géographiques.

Il est créé au moins un Centre de santé par arrondissement administratif.

Het ambt van secretaris wordt waargenomen door een ambtenaar van de Nationale Gezondheidsdienst, aangewezen door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin.

Art. 39.

De voorzitter en de leden van de Technische Raden worden bij koninklijk besluit benoemd voor een termijn van zes jaar, op de voordracht van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en van de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg, voor hen gelden ook de voorwaarden van vernieuwing in deze wet bepaald voor de leden van het Nationaal Comité van Beheer.

Elke Raad vergadert op bijeenroeping van de voorzitter er van, telkens als deze het nodig acht of op verzoek van het Nationaal Comité van Beheer of op verzoek van ten minste drie leden van de Raad.

Art. 40.

De Technische Raden zijn studie- en coördinatieorganen, die alle door het Nationaal Comité van Beheer voorgelegde kwesties onderzoeken.

Ze mogen op eigen initiatief elk vraagstuk in verband met de gezondheidszorgen instuderen of laten instuderen door gespecialiseerde subcommissies, door hen samengesteld, en hun conclusies bij het Nationaal Comité van Beheer aanhangig maken.

HOOFDSTUK III.

Gezondheidsorganisatie.

SECTIE I.

Openbare sector.

Art. 41.

De Gewestelijke Gezondheidsdiensten nemen, inzake beheer van de ziekenhuizen, kraaminrichtingen, lazaretten en andere inrichtingen voor gezondheidszorg, de taak over van de C. O. O., van de intercommunale verenigingen van C. O. O., en van de provinciale raad van hun gebied.

Deze inrichtingen worden aan de respectieve gewestelijke diensten overgedragen volgens modaliteiten en binnen termijnen, die bij koninklijk besluit worden bepaald.

Deze overdracht mag geen afbreuk doen aan de verworven rechten en aan de wettelijk vastgestelde bestemming der goederen.

Art. 42.

De Nationale Gezondheidsdienst richt de sanitaire uitrusting van het land in een bepaald aantal Gezondheidscentra in, waarvan de bestanddelen aan genees- en heelkundige klinieken gehecht zijn.

De Gezondheidscentra worden over het land verdeeld volgens de demografische noodwendigheden en de geografische omstandigheden.

Er wordt ten minste één Gezondheidscentrum opgericht per administratief arrondissement.

Chaque centre de santé comprend :

- un service de chirurgie;
- un service de médecine interne auquel sont rattachés des médecins pédiatres, neuro-psychiatres, cardiologues, phthisiologues et rhumatologues;
- des services spécialisés dans le traitement des affections des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles, des voies urinaires, de la peau;
- un service d'obstétrique;
- un service de radiologie;
- un service de stomatologie;
- un service de physiothérapie;
- un service de médecine générale;
- un service de médecine sociale;
- un groupe de médecins hygiénistes et de spécialistes de la médecine préventive;
- un laboratoire de recherches et d'analyses biologiques, mycologiques et pharmaceutiques;
- un centre de rééducation et de réadaptation professionnelle.

Art. 43.

Le centre de santé assure les soins de santé tant curatifs que préventifs de sa région, à l'exception de certains examens et traitements ultra-spécialisés définis par voie de règlement. A cette fin, il collabore en liaison étroite avec les autorités locales, scolaires et la direction des entreprises de la région.

Art. 44.

Chaque centre de santé est un établissement public doté de la personnalité civile. Il est dirigé par un directeur administratif et un directeur médical nommés par le Comité National d'administration sur proposition du Comité régional qui a le contrôle du centre de santé dans ses attributions.

Le directeur administratif et le directeur médical sont responsables de la gestion et du fonctionnement du Centre de santé devant le Comité régional. Ils assistent, avec voix consultative, aux séances du Comité régional.

Les autres membres du personnel du Centre de santé sont nommés par le Comité régional, sur proposition du directeur administratif et du directeur médical.

Les grades, fonctions et rémunérations du personnel médical, technique et administratif du centre de santé sont déterminés conformément au statut prévu par l'article 33 de la présente loi.

Le directeur administratif du centre de santé accomplit tous les actes de gestion journalière.

Tous les actes qui engagent le Centre de santé, autres que ceux qui ont trait à la gestion journalière, sont signés conjointement par le directeur administratif et le directeur médical.

Art. 45.

Le directeur administratif et le directeur médical de chaque centre de santé sont assistés dans leurs fonctions par un comité consultatif composé de représentants des membres du personnel médical, technique et administratif attachés au Centre de santé, conformément aux dispositions d'un règlement général élaboré par le Comité National d'administration sur proposition des Comités régionaux.

Elk Gezondheidscentrum omvat :

- een heelkundige dienst;
- een dienst voor interne geneeskunde, waaraan specialisten voor kinderziekten, zenuwziekten, hartziekten, tering, en rheuma gehecht zijn;
- diensten die gespecialiseerd zijn in de behandeling van oog-, neus-, keel-, oor- en huidaandoeningen en van de ziekten der urinewegen;
- een verloskundige dienst;
- een radiologische dienst;
- een stomatologische dienst;
- een dienst voor physio-therapie;
- een dienst voor algemene geneeskunde;
- een dienst voor sociale geneeskunde;
- een groep geneesheren - hygiënisten en specialisten voor de prophylaxe;
- een laboratorium voor biologische, mycologische en pharmaceutische opzoeken en ontleding;
- een centrum voor omscholing en herscholing.

Art. 43.

Het gezondheidscentrum verschaft de gezondheidszorgen, zowel helende als preventieve, in zijn gebied, behalve sommige bij reglement omschreven ultra-gespecialiseerde onderzoeken en behandelingen. Te dien einde staat het centrum in nauwe samenwerking met de plaatselijke overheden, de schooloverheid en de directie van de ondernemingen van de streek.

Art. 44.

Elk gezondheidscentrum is een publiekrechtelijk lichaam met rechtspersoonlijkheid. Het staat onder de leiding van een administratieve directeur en van een geneeskundige directeur, benoemd door het Nationaal Comité van Beheer op de voordracht van het gewestelijk Comité dat met de controle van het gezondheidscentrum belast is.

De administratieve directeur en de geneeskundige directeur zijn tegenover het gewestelijk Comité verantwoordelijk voor het beheer en de werking van het Gezondheidscentrum. Ze nemen met raadgevende stem deel aan de vergaderingen van het gewestelijk Comité.

De overige leden van het personeel van het Gezondheidscentrum worden door het gewestelijk Comité benoemd op de voordracht van de administratieve directeur en van de geneeskundige directeur.

De graden, functies en bezoldigingen van het geneeskundig, technisch en administratief personeel van het Gezondheidscentrum worden vastgesteld overeenkomstig het statuut waarvan sprake in artikel 33 van deze wet.

De administratieve directeur van het Gezondheidscentrum verricht alle daden van dagelijks beheer.

Alle daden die het Gezondheidscentrum verbinden en die niet tot het dagelijks beheer behoren, worden zowel door de administratieve directeur als door de geneeskundige directeur ondertekend.

Art. 45.

De administratieve directeur en de geneeskundige directeur van elk Gezondheidscentrum worden in hun functies bijgestaan door een comité van advies, samengesteld uit vertegenwoordigers van het Gezondheidscentrum, overeenkomstig de bepalingen van een algemeen reglement opgemaakt door het Nationaal Comité van Beheer, op de voordracht van de gewestelijke Comités.

Art. 46.

L'exercice financier du centre de santé commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre. Pour la première fois, il commence le jour de la constitution du Centre.

Le compte des recettes et des dépenses de l'exercice écoulé est remis chaque année, le 1^{er} février au plus tard, au Comité régional d'administration.

Le budget des dépenses administratives du Centre de santé est établi chaque année, avant le 1^{er} septembre, pour l'exercice suivant. Il est soumis pour approbation au Comité régional d'administration.

Aucune dépense non prévue au budget ne peut être engagée sans l'autorisation préalable du Comité régional d'administration.

Art. 47.

Les médecins de médecine générale attachés aux centres de santé reçoivent les malades soit à la clinique médico-chirurgicale du Centre, soit à leur cabinet particulier.

Ils se rendent au domicile du malade, à la demande de celui-ci, ou de leur propre chef.

Ils traitent toutes les affections à leur début et dirigent les malades vers le centre de santé auquel ils sont attachés, soit en cas de difficulté de diagnostic ou de traitement, soit lorsque l'affection relève du médecin spécialiste, soit lorsqu'elle présente un caractère de gravité nécessitant l'hospitalisation.

Ils assurent, sur le plan local, un service de garde de nuit et de jours fériés.

Les médecins spécialistes, chirurgiens, obstétriciens, dentistes, attachés au Centre de santé, opèrent à la clinique médico-chirurgicale du Centre. Ils ne se rendent au domicile du malade qu'à la demande du médecin de médecine générale.

Art. 48.

Les hôpitaux universitaires de l'Etat sont pris en charge par le service national de santé. Leur activité est subordonnée aux décisions et au contrôle du Comité National d'administration. Ils rendent compte de leur gestion au Comité national dans des conditions à fixer par voie de règlement.

Sur le plan médical, ils coordonnent les activités des centres régionaux de santé et organisent des services hautement spécialisés pour le diagnostic et le traitement des affections qui ne peuvent être soignées dans les centres régionaux de santé.

Ils sont subventionnés par le Service National de Santé pour couvrir les charges qu'entraînent les nécessités de l'enseignement et de la recherche scientifique.

SECTION II.

Du secteur public.

Art. 49.

Les hôpitaux, cliniques, dispensaires et autres établissements de soins de santé, appartenant à des personnes privées, physiques ou morales, sont agréées par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille, sur proposition du Ser-

Art. 46.

Het financieel dienstjaar van het Gezondheidscentrum gaat in op 1 januari en eindigt op 31 december. De eerste maal gaat het in op de datum van oprichting van het Centrum.

De rekeningen van de ontvangsten en uitgaven van het afgelopen dienstjaar worden ieder jaar, uiterlijk op 1 februari, aan het Gewestelijk Comité van Beheer afgegeven.

De begroting der administratieve uitgaven van het Gezondheidscentrum wordt ieder jaar, vóór 1 september, voor het volgende dienstjaar opgemaakt. Zij wordt ter goedkeuring voorgelegd aan het Gewestelijk Comité van Beheer.

Geen enkele uitgave, die niet op de begroting is uitgetrokken, mag zonder voorafgaande machtiging van het Gewestelijk Comité van Beheer worden vastgelegd.

Art. 47.

De aan de gezondheidscentra verbonden geneesheren in genees-, heel- en verloskunde ontvangen de zieken hetzij in de genees- en heelkundige kliniek van het Centrum, hetzij in hun particulier kabinet.

Zij gaan op verzoek van de zieke of uit eigen beweging bij de zieke aan huis.

Zij behandelen alle aandoeningen in hun beginstadium en zenden de zieken naar het gezondheidscentrum waaraan zij zijn verbonden, hetzij in geval van moeilijke diagnose of behandeling, hetzij de aandoening onder de bevoegdheid van de geneesheer-specialist valt, hetzij wegens haar ernst opneming in een ziekenhuis is vereist.

Zij zorgen plaatselijk voor een wachtdienst 's nachts en op feestdagen.

De aan het Gezondheidscentrum verbonden geneesheren-specialisten, heelmeesters, verloskundigen en tandartsen opereren in de genees- en heelkundige kliniek van het Centrum. Zij gaan enkel op verzoek van de geneesheer in genees-, heel- en verloskunde bij de zieke aan huis.

Art. 48.

De Universiteitsziekenhuizen van de Staat worden door de Nationale Gezondheidsdienst ten laste genomen. Hun werking is onderworpen aan de beslissingen en de controle van het Nationaal Comité van Beheer. Zij doen van hun beheer verantwoording aan het Nationaal Comité, volgens bij reglement te bepalen voorwaarden.

Op geneeskundig gebied coördineren zij de werkzaamheid der gewestelijke gezondheidscentra en richten zij bijzonder gespecialiseerde diensten in voor de diagnose en de behandeling van aandoeningen, die niet in de gewestelijke gezondheidscentra kunnen worden verzorgd.

Zij ontvangen van de Nationale Gezondheidsdienst toelagen om de lasten, die de behoeften van onderwijs en wetenschappelijke navorsing medebrengen, te dekken.

SECTIE II.

Private sector.

Art. 49.

De ziekenhuizen, klinieken, dispensaria en andere inrichtingen voor gezondheidszorgen die toebehoren aan particulieren, natuurlijke of rechtspersonen, worden door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, op de

vice national dans le délai d'un an à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Les conditions d'agrément sont fixées par arrêté royal sur avis du service national de santé.

Les établissements qui ne remplissent pas les conditions d'agrément peuvent être autorisés à poursuivre leur activité provisoirement et au maximum, pendant cinq ans, en attendant qu'ils se soient conformés aux conditions prévues par l'arrêté royal visé ci-dessus.

Les établissements non agréés ou qui se sont vu retirer l'agrément mettent immédiatement fin à leur activité.

La liste des établissements agréés est publiée chaque année au *Moniteur Belge*.

Seuls les établissements existant à la date de la mise en vigueur de la présente loi sont susceptibles d'être agréés.

Les établissements agréés sont soumis au contrôle du Ministre de la Santé Publique et de la Famille, conformément aux dispositions d'un règlement général établi par arrêté royal.

Art. 50.

Pour les soins de santé définis par la présente loi, les établissements visés à l'article précédent, ainsi que les médecins, dentistes, infirmières, sages-femmes établis à leur propre compte, sont honorés mensuellement par le Service régional de leur ressort, sur la base du nombre de prestations fournies, conformément à des barèmes établis par arrêté-royal sur avis du service national de santé.

Les établissements visés à l'article précédent, ainsi que les pharmaciens établis à leur propre compte, sont payés mensuellement par le service régional de leur ressort, conformément à des barèmes établis par arrêté royal sur avis du service national de santé, pour les produits pharmaceutiques, définis par la présente loi et ses arrêtés d'exécution, et qui ont été fournis aux bénéficiaires de l'assurance.

Les fournisseurs de prothèses, d'appareils orthopédiques, et autres fournitures visées à l'article 5, 2°, de la présente loi, sont payés directement par le Service Régional de leur ressort, conformément à des barèmes établis par arrêté royal sur proposition du service national de santé.

Art. 51.

Le médecin prescrit librement. Il recherche l'efficacité maximum avec le minimum de dépenses. Il écrit ses ordonnances sur des formulaires qui sont remis à cette fin aux bénéficiaires de l'assurance par le service national de santé par l'intermédiaire des services régionaux.

Il tient, pour chaque bénéficiaire qui le consulte, une observation écrite continue; le cas échéant, il délivre les certificats de début et de fin d'incapacité de travail et de décès.

Dans les cas où l'affection présente un caractère de gravité, il adresse au service régional de son ressort un rapport circonstancié sur l'évolution de la maladie et le traitement prescrit.

Il est tenu de se présenter devant la commission de contrôle médical prévue à l'article 42 de la présente loi, sur simple convocation.

Toutes les dispositions sont prises en toutes circonstances pour assurer entièrement le respect du secret professionnel.

voordracht van de Nationale Dienst, erkend binnen een termijn van één jaar, te rekenen van de inwerkingtreding van deze wet.

De erkenningsvoorwaarden worden vastgesteld bij koninklijk besluit, op advies van de Nationale Gezondheidsdienst.

De inrichtingen die de erkenningsvoorwaarden niet vervullen kunnen er toe gemachtigd worden hun bedrijvigheid voorlopig en ten hoogste gedurende vijf jaar voort te zetten, in afwachting dat zij de in hogervermeld koninklijk besluit bepaalde voorwaarden vervullen.

De niet erkende inrichtingen of die waaraan de erkenning werd onttrokken zetten hun bedrijvigheid onmiddellijk stop.

De lijst der erkende inrichtingen wordt ieder jaar in het *Belgisch Staatsblad* bekendgemaakt.

Alleen de op de datum van de bekendmaking van deze wet bestaande inrichtingen kunnen erkend worden.

De erkende inrichtingen vallen onder het toezicht van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, overeenkomstig de bepalingen van een bij koninklijk besluit vastgesteld algemeen reglement.

Art. 50.

Voor de in deze wet vastgestelde gezondheidszorgen worden de in het voorgaande artikel bedoelde inrichtingen, alsmede de voor eigen rekening gevestigde geneesheren, tandartsen, ziekenverpleegsters en vroedvrouwen, iedere maand door de gewestelijke dienst van hun gebied betaald, op de basis van het aantal geleverde prestaties, volgens tarieven die bij koninklijk besluit, op advies van de nationale gezondheidsdienst, worden bepaald.

De in het voorgaande artikel bedoelde inrichtingen worden iedere maand betaald door de gewestelijke dienst van hun gebied, volgens tarieven die bij koninklijk besluit, op advies van de nationale gezondheidsdienst, worden vastgesteld voor de farmaceutische producten, die door deze wet en door haar uitvoeringsbesluiten worden bepaald en die aan de verzekerden werden verstrekt.

De leveranciers van prothese- of orthopedische toestellen bedoeld in artikel 5, 2°, van deze wet worden rechtstreeks betaald door de Gewestelijke Dienst van hun gebied, overeenkomstig tarieven die bij koninklijk besluit, op voorstel van de Nationale Gezondheidsdienst, worden vastgesteld.

Art. 51.

De geneesheer schrijft vrij zijn recepten voor. Hij tracht de grootst mogelijke doeltreffendheid te paren aan de kleinst mogelijke uitgave. Hij schrijft zijn recepten op formulieren, die de Nationale Gezondheidsdienst, door toedoen van de gewestelijke diensten, te dien einde aan de verzekerden verstrekt.

Hij houdt voor elke verzekerde, die hem raadpleegt een doorlopende schriftelijke aantekening; zo nodig levert hij de attesten van begin en einde der arbeidsongeschiktheid en van overlijden af.

In de gevallen waarin het een ernstige kwaal geldt, maakt hij aan de gewestelijke dienst van zijn gebied een omstandig verslag over nopens het verloop van de ziekte en de voorgeschreven behandeling.

Hij moet, op eenvoudige oproeping, vóór de bij artikel 52 van deze wet ingestelde Commissie voor Geneeskundige Controle verschijnen.

In alle omstandigheden worden de nodige schikkingen getroffen om het beroepsgeheim volledig te vrijwaren.

SECTION III.

Du contrôle médical.

Art. 52.

Il est institué, auprès de chaque service régional de santé, une commission de contrôle médical, dentaire et pharmaceutique chargée notamment de surveiller l'état de santé des bénéficiaires de l'assurance qui sont atteints d'une affection présentant un caractère de gravité.

Tous les bénéficiaires visés à l'alinéa précédent sont signalés mensuellement à la Commission de Contrôle médical, dentaire et pharmaceutique de leur ressort par les Centres de santé, les établissements agréés et les médecins établis à leur propre compte, sous forme d'un rapport sur l'évolution de l'affection et sur le traitement prescrit.

La Commission de Contrôle établit, pour chaque bénéficiaire intéressé, un dossier médical sur la base des rapports visés à l'alinéa précédent.

Dans le cas où la commission de contrôle estime que le diagnostic n'est pas correctement établi ou que le traitement n'est pas adéquat, elle convoque le médecin traitant ou les médecins responsables en vue de modifier, d'un commun accord, le traitement initial.

En cas de contestation entre la Commission de Contrôle et le médecin traitant ou le médecin responsable, le dossier est soumis pour avis, au Conseil national du Service national qui décide.

Art. 53.

Les Commissions de contrôle médical, dentaire et pharmaceutique ont également pour mission de veiller à l'observation des règles déontologiques professionnelles et de contribuer à la répression des abus en signalant les cas de fraude aux juridictions compétentes.

Art. 54.

Les membres des commissions de contrôle médical et pharmaceutique sont nommés par arrêté royal, sur proposition du Service National de Santé; leur statut est fixé par voie de règlement.

CHAPITRE IV.

Du financement.

Art. 55.

Les dépenses résultant de l'application de la présente loi sont couvertes par les cotisations à charge des assujettis et par des subventions de l'Etat, et éventuellement des provinces et des communes.

Art. 56.

En ce qui concerne les travailleurs salariés assujettis aux régimes de sécurité sociale, l'O. N. S. S., le F. N. R. O. M. et la Caisse de Secours et de Prévoyance du Marin naviguant sous pavillon belge, transfèrent au S. N. S. le produit de la cotisation affectée à l'assurance maladie-invalidité.

En ce qui concerne les agents des Services Publics, l'Etat, les provinces et les communes, versent au S. N. S. — pour

SECTIE III.

Geneeskundige contrôle.

Art. 52.

Bij elke gewestelijke gezondheidsdienst wordt een commissie voor geneeskundige, tandheelkundige en pharmaceutische controle ingesteld, die o.m. moet waken voor de gezondheidstoestand van de verzekerden, die door een ernstige kwaal zijn aangetast.

Alle in het voorgaande lid vermelde verzekerden worden maandelijks bij de Commissie voor geneeskundige, tandheelkundige en pharmaceutische Controle van hun gebied aangegeven door de Gezondheidscentra, de erkende inrichtingen en de voor eigen rekening gevestigde geneesheren; de aangifte geschiedt in de vorm van een rapport over het verloop der ziekte en de voorgeschreven behandeling.

Steunend op de in het voorgaande lid vermelde verslagen, stelt de Controlecommissie voor elk betrokken verzekerde een geneeskundig dossier samen.

Oordeelt de Controlecommissie dat de diagnose niet juist werd gesteld of dat de behandeling niet de gepaste is, dan roept ze onverwijld de behandelende dokter of de verantwoordelijke dokters op om de oorspronkelijke behandeling in gemeen overleg te wijzigen.

In geval van betwisting tussen de Controlecommissie en de behandelende geneesheer of de verantwoordelijke dokter, wordt het dossier voor advies overgemaakt aan de Nationale Gezondheidsdienst die beslist.

Art. 53.

De geneeskundige, tandheelkundige en pharmaceutische Controlecommissies zijn eveneens belast met het toezicht op de naleving van de regels der plichtenleer; ze nemen deel aan de beteugeling der misbruiken door de gevallen van bedrog ter kennis van de bevoegde rechtsmachten te brengen.

Art. 54.

De leden van de geneeskundige en pharmaceutische controlecommissies worden bij koninklijk besluit benoemd, op de voordracht van de Nationale Gezondheidsdienst; hun statuut wordt bij reglement vastgesteld.

HOOFDSTUK IV.

Financiering.

Art. 55.

De uit de toepassing van deze wet voortvloeiende uitgaven worden gedekt door de bijdragen ten laste van de verzekerden en door subsidies van de Staat, en eventueel van de provincies en de gemeenten.

Art. 56.

Voor de loonarbeiders onderworpen aan de stelsels der maatschappelijke zekerheid, wordt door de R. M. Z., het N. P. F. M. en de Hulp- en Voorzorgskas voor zeevarenden onder Belgische vlag de opbrengst van de voor de verzekering tegen ziekte en invaliditeit bestemde bijdragen aan de Nationale Gezondheidsdienst overgemaakt.

Voor het personeel in overheidsdienst wordt door de Staat, de provincies en de gemeenten aan de Nationale

le personnel qu'ils occupent et qui n'est pas assujetti à l'arrêté-loi du 26 décembre 1944, — une cotisation égale à 3,5 % des rémunérations brutes, dans des conditions à fixer par voie de règlement.

Il en est de même en ce qui concerne la Société Nationale des Chemins de fer belges.

En ce qui concerne les autres catégories de personnes assujetties à la présente loi, la cotisation annuelle due est de 3,5 % des revenus taxables, à l'impôt direct, sans qu'elle puisse être inférieure à 1.200 francs par an.

Toutefois, ce pourcentage peut être établi à des taux supérieurs, selon une échelle croissante, pour tous les assujettis dont les revenus sont taxés à l'impôt complémentaire personnel.

Un arrêté royal détermine cette échelle ainsi que les modalités d'application de la disposition précédente.

La perception des cotisations s'effectue trimestriellement sur présentation des quittances postales par les soins du S. N. S.

L'administration des contributions directes communique au S. N. S. tous les renseignements nécessaires pour la perception des cotisations.

Les quittances non payées peuvent être transmises au receveur des contributions directes qui dispose, pour leur perception, des mêmes pouvoirs et des mêmes moyens qu'en matière de contributions directes.

Les organisations agréées par l'assurance contre les accidents du travail transfèrent annuellement au S. N. S., conformément à des dispositions fixées par arrêté royal, un montant égal à 20 % des primes et cotisations perçues au cours de l'exercice.

Un arrêté royal détermine la contribution des établissements dispensés de s'assurer.

Art. 57.

L'Etat verse au S. N. S. une subvention annuelle ordinaire égale à 50 % du montant des cotisations visées à l'article précédent.

Art. 58.

Si les recettes prévues aux articles 56 et 57 de la présente loi sont insuffisantes pour couvrir les dépenses du S. N. S. le déficit est couvert par l'Etat, les provinces et les communes, conformément aux dispositions de la loi budgétaire.

Gezondheidsdienst voor het door hen tewerkgestelde personeel dat niet onder de toepassing van de besluitwet van 28 december 1944 valt, een bijdrage betaald die gelijk is aan 3,5 % van de brutobezoldigingen, onder bij reglement vastgestelde voorwaarden.

Hetzelfde geldt voor de Nationale Maatschappij van Belgische Spoorwegen.

Voor de andere onder de toepassing van deze wet vallende categorieën van personen bedraagt de verschuldigde jaarlijkse bijdrage 3,5 % van de in de directe belasting aangeslagen inkomsten, zonder dat zij minder dan 1.200 frank per jaar mag bedragen.

Dit percentage mag echter volgens een stijgende schaal worden verhoogd voor alle gerechtigden wier inkomsten in de aanvullende personele belasting worden aangeslagen.

Die schaal en de toepassingsmodaliteiten van de voorgaande bepaling worden bij koninklijk besluit vastgesteld.

De bijdragen worden om de drie maanden door toedoen van de Nationale Gezondheidsdienst geïnd, op vertoon van postkwitanties.

Het bestuur der directe belastingen maakt aan de Nationale Gezondheidsdienst alle nodige inlichtingen over met het oog op de inning van de bijdragen.

De niet betaalde kwitanties kunnen aan de ontvanger der directe belastingen worden overgemaakt die, voor de inning er van, over dezelfde bevoegdheden en over dezelfde middelen als inzake belastingen beschikt.

De door de verzekering tegen arbeidsongevallen erkende organisaties maken jaarlijks aan de Nationale Gezondheidsdienst, overeenkomstig bij koninklijk besluit vastgestelde bepalingen, een bedrag over dat gelijk is aan 20 % van de in de loop van het dienstjaar geïnde premies en bijdragen.

De bijdrage van de van verzekering vrijgestelde inrichtingen wordt bij koninklijk besluit vastgesteld.

Art. 57.

De Staat keert aan de Nationale Gezondheidsdienst een jaarlijks gewone toelage uit, die gelijk is aan 50 % van het bedrag van de in het voorgaande artikel vermelde bijdragen.

Art. 58.

Indien de in de artikelen 56 en 57 van deze wet vastgestelde ontvangsten niet volstaan om de uitgaven van de Nationale Gezondheidsdienst te bestrijden, wordt het tekort door de Staat, de provincies en de gemeenten gedekt, overeenkomstig de bepalingen van de begrotingswet.

Th. DEJACE,
G. MOULIN.