Chambre des Représentants

SESSION 1962-1963.

12 JUIN 1963.

PROJET DE LOI

instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE LA PREVOYANCE SOCIALE (1) PAR

MM. **DE PAEPE** et **BROUHON.**

SOMMAIRE.

Page

I. — **Généralités.**

1. Historique de l'assurance maladie-invalidité ... 2
2. Tentatives de réforme ... 5
3. Rapport du Groupe de Travail ... 12

II. — **L'analyse du projet.**

1. Etude comparative du projet de loi et du rapport du Groupe de Travail ... 22
2. Solidarité et responsabilité ... 29
3. Les avantages sociaux ... 34
4. La structure ... 36
5. Relations avec les dispensateurs de soins et de prestations ... 43
6. Contrôle et sanctions ... 51
7. Financement ... 56
8. Extension de nouvelles catégories ... 81

(1) Composition de la Commission :

Président : M. Deconinck (J.).

A. — Membres : MM. Delhache, De Mey, De Paepe, Mme De Riemaecker-Legot, MM. Duvivier, Lavens, Lenoir, Olislaeger, Peeters (Lode), Posson, Van den Daele. — MM. Brouhon, Castel, Deconinck (Jules), De Keuleneir, Demets. Mmes Fontaine-Borguet, Lambert, MM. Major, Namèche, Vanderhaegen. — MM. D'haeseleer, Drèze.

B. — Suppléants : *MM. De Staercke, Houbart, Lebas, Otte, Tanghe, Verbaanderd. — M. Christiaenssens, Mme Copée-Gerbinet, MM. Hicguet, Lamers, Paque (Simon). — M. Cornet.*

Voir :

527 (1962-1963) :

— N° 1 : Projet de loi.
— N°s 2 à 15 : Amendements.

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1962-1963.

12 JUNI 1963.

WETSONTWERP

tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE VOORZORG (1) UITGEBRACHT

DOOR DE HEREN **DE PAEPE** en **BROUHON.**

INHOUD.

Bladz.

I. — **Algemene bepalingen.**

1. Historiek van de ziekteverzekering ... 2
2. Pogingen tot hervorming ... 5
3. Verslag van de Werkgroep ... 12

II. — **Analyse van het ontwerp.**

1. Vergelijking tussen het verslag van de Parlementaire Werkgroep en het wetsontwerp ... 22
2. Solidariteit en verantwoordelijkheid ... 29
3. De sociale voordelen ... 34
4. De structuur ... 36
5. De betrekkingen met de verstrekkers van de verzorging ... 43
6. Controle en sancties ... 51
7. Financiering ... 56
8. Uitbreiding tot nieuwe categorieën ... 81

(1) Samenstelling van de Commissie :

Voorziter : de heer Deconinck (J.).

A. — Leden : de heren Delhache, De Mey, De Paepe, Mevr. De Riemaecker-Legot, de heren Duvivier, Lavens, Lenoir, Olislaeger, Peeters (Lode), Posson, Van den Daele, — de heren Brouhon, Castel, Deconinck (Jules), De Keuleneir, Demets, Mevr. Fontaine-Borguet, Lambert, de heren Major, Namèche, Vanderhaegen. — de heren D'haeseleer, Drèze.

B. — Plaatsvervangers : *de heren De Staercke, Houbart, Lebas, Otte, Tanghe, Verbaanderd. — de heer Christiaenssens, Mevr. Copée-Gerbinet, de heren Hicguet, Lamers, Paque (Simon). — de heer Cornet.*

Zie :

527 (1962-1963) :

— Nr 1 : Wetsontwerp.
— Nrs 2 tot 15 : Amendementen.

Page

III. — **Discussion générale.**

1. Introduction du Ministre 90
2. Débat général 94
3. Observations formulées en dehors du Parlement 101

IV. — **Examen des articles.**

1. Généralités (art. 1er à 5) 105
2. Institut National d'assurance maladie-invalidité (art. 6 à 9) 109
3. De l'assurance « soins de santé » (art. 10 à 37) 113
4. De l'assurance « maladie-invalidité » (art. 38 à 61) 147
5. Des conditions d'octroi des prestations (art. 62 à 76) 160
6. Du contrôle et du contentieux (art. 77 à 107) 164
7. Dispositions communes à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et à la Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (art. 108 à 120)... 180
8. Du financement (art. 121 à 135) 184
9. Dispositions finales (art. 136 à 147) 193
10. Dispositions transitoires (art. 148 à 157) 197
11. Publicité (art. 158) 202
12. Entrée en vigueur (art. 159) 202

V. — **Texte adopté par la Commission** 203

VI. — **Annexes.**

I : Un accord entre le Gouvernement et le Comité de Coordination du Corps médical belge. Basé sur la collaboration entre les mutualités et le corps médical 259
II : Association Générale des Médecins Belges. Le Corps Médical belge face au problème national de l'assurance maladie-invalidité 262
III : Protocole d'accord entre le Ministre de la Prévoyance sociale et l'Association Générale des Médecins belges ... 268
IV : Commission de contact entre les délégués de l'Association Générale des Médecins Belges et les représentants de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes 272
V : Convention nationale entre les organisations professionnelles pharmaceutiques et les organismes assureurs 276
VI : Protocole d'accord entre le Ministre de la Prévoyance sociale et l'Association Pharmaceutique Belge 283
VII : 24 décembre 1957. — Arrêté ministériel déterminant le modèle des conventions à conclure entre le Fonds national d'assurance maladie-invalidité et les établissements hospitaliers (« Moniteur belge » des 26, 27, 28 décembre 1957)... 286
VIII : Statistiques relatives à l'assurance 288

I. — GENERALITES.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre Commission a consacré trente séances à l'examen du présent projet.

1. — HISTORIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

La révolution industrielle du XIXe siècle a bouleversé complètement la vie économique et sociale de l'Europe occidentale.

Le passage de l'industrie artisanale et du travail à domicile à l'entreprise centralisée a créé des situations nouvelles et fait surgir des problèmes nouveaux, jusqu'alors imprévisibles.

En outre, cette transformation a marché de pair avec le triomphe de l'individualisme; l'Etat ne s'est pas intéressé

Bladz.

III. — **Algemene bespreking.**

1. Inleiding van de Minister 90
2. Algemene bespreking 94
3. Opmerkingen buiten het Parlement 101

IV. — **Bespreking van de artikelen.**

1. Algemene bepalingen (art. 1 tot 5) 105
2. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (art. 6 tot 9) 109
3. Verzekering voor « geneeskundige verzorging » (art. 10 à 37) 113
4. Ziekte- en invaliditeitsverzekering (art. 38 tot 61) 147
5. Voorwaarden tot toekenning van de prestaties (art. 62 tot 76) 160
6. Controle en geschillen (art. 77 tot 107) 164
7. Gemene bepalingen ter zake van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (art. 108 tot 120) 180
8. Financiering (art. 121 tot 135) 184
9. Slotbepalingen (art. 136 tot 147) 193
10. Overgangsbepalingen (art. 148 tot 157) 197
11. Openbaarmaking (art. 158) 202
12. Inwerkingtreding (art. 159) 202

V. — **Tekst aangenomen door de Commissie** 203

IV. — **Bijlagen.**

I : Een accoord tussen de Regering en het Coördinatiecomité van het Belgisch Medisch Corps. Op basis van de samenwerking tussen de mutualiteiten en het medisch corps ... 259
II : Algemeen Verbond der Geneesheren van België. Het Belgisch geneeskundig korps tegenover het nationaal probleem van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit ... 262
III : Overeenkomstprotocol tussen de Minister van Sociale Voorzorg en het Algemeen Verbond der Geneesheren van België 268
IV : Contactcommissie bestaande uit vertegenwoordigers van het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond, de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten 272
V : Nationale overeenkomst tussen de farmaceutische beroepsorganisaties en de verzekeringsorganismen 276
VI : Overeenkomstprotocol tussen de Minister van Sociale Voorzorg en de Algemene Pharmaceutische Bond 283
VII : 24 december 1957. — Ministerieel besluit tot vaststelling van het model der tussen het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en de verplegingsinstellingen te sluiten overeenkomsten (« Belgisch Staatsblad » van 26, 27, 28 december 1957) 286
VIII : Statistieken betreffende de verzekering 288

I. — ALGEMEENHEDEN.

DAMES EN HEREN,

Uw Commissie heeft dertig vergaderingen gewijd aan het onderzoek van dit ontwerp.

1. — HISTORIEK VAN DE ZIEKTEVERZEKERING.

De industriële omwenteling van de XIXe eeuw bracht een totale ommekeer in het economisch en sociaal leven van West-Europa.

De overschakeling van de ambachtelijke bedrijven en van de huisarbeid naar de gecentraliseerde ondernemingen, schepten nieuwe toestanden en deden nieuwe problemen ontstaan die voordien onbekend waren.

Deze overschakeling ging daarenboven gepaard met de triomf van het individualisme; de Staat bleef onverschillig

à cette situation et a abandonné à son sort le travailleur salarié, l'économiquement faible du moment.

Les dirigeants de la vie économique ne pouvaient admettre d'être influencés ni liés d'aucune façon et décidaient de leur seule autorité de tout ce qui, tant dans le cadre de la vie économique qu'en dehors de celui-ci, était de nature à favoriser la production.

La classe ouvrière de notre pays traversa une période difficile; il n'existait alors aucune limitation de la durée du travail, aucune mesure de protection sanitaire, aucune convention fixant les salaires, aucune législation dans le domaine de la protection sociale.

Le travailleur salarié et sa famille vivaient au jour le jour, dans l'insécurité la plus complète.

Ceux qui étaient admis à travailler ou étaient capables de le faire, bien que dans des conditions surhumaines, pouvaient encore se considérer comme les privilégiés du sort.

La situation des familles ouvrières devint désespérée lorsque l'introduction de machines nouvelles réduisit au chômage de nombreux travailleurs, les privant de toute assistance, contrairement à ce qui se fait à notre époque.

La maladie était une deuxième plaie qui plongeait le travailleur dans une situation sans issue. Sous-alimentation et travail pénible en faisaient une proie facile des maladies de l'époque. Un cinquième des travailleurs mouraient de tuberculose; les épidémies de typhus, grippe et choléra ont fait des milliers de victimes.

A cette époque on vit renaître l'esprit d'assistance mutuelle. Ce que la Révolution française avait supprimé n'était pas étouffé dans l'œuf, et l'idée d'assistance mutuelle en cas de besoin se trouve stimulée davantage encore par les situations épouvantables connues à l'époque.

Des personnes ayant acquis une certaine formation et douées du sens des responsabilités ont, avec les travailleurs salariés, envisagé la création de mutualités destinées à venir en aide aux membres en cas de maladie.

Les uns, guidés par des principes chrétiens, les autres, par des sentiments humanitaires et de justice sociale, incitèrent les travailleurs salariés à s'assurer contre les conséquences des maladies, de l'invalidité et du décès prématuré.

Des « sociétés de secours mutuels » sont fondées.

Elles ont pour but (1) :

1) de procurer des soins médicaux et des médicaments aux membres effectifs malades ou blessés accidentellement;

2) de leur payer une indemnité journalière pendant la durée de leur incapacité de travail;

3) d'accorder un secours extraordinaire et temporaire aux membres effectifs qui ne sont plus en droit de prétendre à l'assistance ordinaire et à ceux qui sont devenus vieillards ou incurables;

4) d'accorder une indemnité aux membres effectifs en cas de naissance d'un enfant;

5) d'intervenir dans les frais d'enterrement.

Les premiers temps furent difficiles; les mutualistes ne disposaient que de leurs propres fonds et la charité publique et privée, en vogue à l'époque et dont les bénéficiaires n'étaient pas tenus au paiement de cotisations, constituaient une entrave pour les propagateurs de l'idée mutualiste.

(1) Extrait des statuts de la mutualité « De IV gekroonden », de Zwijnaarde, fondée le 1er janvier 1835.

en liet de loonarbeider — de economische zwakke van dat ogenblik — aan zijn lot over.

Zij die de leiding van dit economisch leven in handen hadden aanvaardden geen enkele beïnvloeding noch gebondenheid, en beslistten eigenmachtig over alles wat binnen en buiten het bedrijfsleven, de productie ten goede kwam.

De arbeidersbevolking van ons land doorstond een zware periode : geen beperking van de arbeidsduur, geen maatregelen tot beveiliging van de gezondheid, geen conventies tot vaststelling van de loonbedragen, geen beschermende sociale wetgeving.

De loonarbeider leefde met zijn gezin van de ene dag tot de andere in de meest volslagen onzekerheid.

Zij die het voorrecht hadden nog te mogen of te kunnen werken — al geschiedde zulks in bovenmenselijke voorwaarden — waren nog de bevoorrechten van het regime.

De toestand in het arbeidersgezin werd hopeloos wanneer de invoering van nieuwe machines, talrijke arbeiders veroordeelden tot werkloosheid, zonder enige steun, zoals wij deze ten huidige dage kennen.

Een tweede plaag met dewelke de arbeider geen uitkomst zag was de ziekte. Ondervoeding gepaard met zware arbeiders maakten de arbeiders gemakkelijk vatbaar voor de ziekten van die tijd. 1/5 van de arbeiders stierven aan tuberculose; de typhus-, griep- en choleraepidemie waren oorzaak van duizenden sterfgevallen.

In die tijd herleefde de geest van de onderlinge bijstand. Wat door de franse revolutie was afgeschaft, was niet gesmoord tot in de kiem, en het begrip om mekaar onderling te helpen, in geval van nood, werd nog meer geprikkeld door de verschrikkelijke toestanden van het ogenblik.

Personen met een zekere ontwikkeling en verantwoordelijkheidszin, samen met de loonarbeiders, overwogen de oprichting van mutualiteiten, met het doel de leden te helpen in geval van ziekte.

De ene, gedreven door hun christelijke beginselen, de andere door hun humanitaire gevoelens en hun zin voor social rechtvaardigheid, zetten de loonarbeiders ertoe aan zich te verzekeren tegen de gevolgen van ziekte, invaliditeit en vroegtijdig overlijden.

Er werden « maatschappijen van onderlinge bijstand » opgericht.

Zij hadden voor doel (1) :

1) de zorgen van geneesheer en geneesmiddelen te verschaffen aan de zieke of bij toeval gekwetste werkende leden;

2) hun een dagelijkse schadeloosstelling te betalen gedurende de tijd hunner onbekwaamheid tot werken;

3) buitengewone en tijdelijke onderstand te verlenen aan werkende leden die geen recht meer hebben op de gewone onderstand en aan die welke oud of ongeneesbaar geworden zijn;

4) aan de werkende leden een schadeloosstelling te verlenen bij de geboorte van een kind;

5) tussen te komen in de begrafeniskosten.

De beginperiode was niet gemakkelijk; bedoelde maatschappijen waren volkomen aangewezen op eigen middelen en de toen heersende openbare en private liefdadigheid, waarvoor de genieters geen bijdragen moesten storten, waren een belemmering voor de propagandisten van de mutualistische gedachte.

(1) Uit de statuten der mutualiteit « De IV gekroonden » van Zwijnaarde, gesticht op 1 januari 1835.

La loi du 23 juin 1894.

Le législateur intervient pour la première fois par la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes, laquelle autorisait le Gouvernement à reconnaître lesdites sociétés.

Les résultats ont été plutôt médiocres jusqu'au moment où la loi du 23 juin 1894 fut adoptée à l'unanimité par les deux Chambres.

Cette loi, actuellement encore en vigueur, n'accordait, il est vrai, aucun encouragement financier aux sociétés reconnues, mais exerça une influence considérable sur la propagation de l'idée mutualiste dans notre pays. Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, elle est restée la loi de base de l'assurance maladie-invalidité.

Projet d'une convention de coopération sociale.

Sous l'occupation, des pourparlers ont eu lieu dans la clandestinité entre représentants des travailleurs de différentes tendances et représentants d'organisations patronales.

Ces entretiens, qui se sont déroulés dans un esprit de compréhension mutuelle, ont abouti à la signature, le 29 avril 1944, d'une convention adoptée à l'unanimité.

Les dispositions que cette convention comporte en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité, sont très importantes et peuvent se résumer comme suit :

Avantages :

1) l'assurance obligatoire est instaurée pour tous les travailleurs auxquels est applicable la loi sur les pensions;

2) l'assurance garantit les soins de santé et une indemnité journalière pour incapacité de travail;

3) si l'interruption de travail excède un an, une indemnité d'invalidité est accordée;

4) un congé de 12 semaines est accordé à la travailleuse en cas d'accouchement (6 semaines avant l'accouchement et 6 semaines après);

5) en cas de décès, les héritiers du bénéficiaire reçoivent une indemnité funéraire.

Administration :

6) les assurés choisissent librement leur organisme assureur, lequel doit remplir certaines conditions;

Financement :

7) une cotisation obligatoire est instaurée; elle est partiellement à charge respectivement de l'employeur et du travailleur.

Le régime est subsidié par l'Etat.

Caractère provisoire :

Le régime ainsi établi a un caractère provisoire. Les délégués des parties intéressées se réservent le droit d'étudier éventuellement d'autres formules lorsque le législateur abordera la mise au point d'un régime définitif.

De wet van 23 juni 1894.

De wetgever komt voor de eerste maal tussen door de wet van 3 april 1851 op de maatschappijen van onderlinge bijstand, waarbij aan de Regering toelating werd verleend de maatschappijen te erkennen.

De resultaten waren eerder gering, tot wanneer de wet van 23 juni 1894 door de beide Kamers eenparig werd aangenomen.

Deze wet, die heden nog van kracht is, verleende trouwens geen enkele financiële aanmoediging aan de erkende maatschappijen doch oefende een zeer aanzienlijke invloed uit op de verspreiding van de mutualistische gedachte in ons land. Zij bleef de basiswet van de ziekteverzekering tot aan het einde van de tweede wereldoorlog.

Ontwerp van een overeenkomst tot sociale samenwerking.

Gedurende de bezetting hadden geheime besprekingen plaats tussen arbeidersvertegenwoordigers van verschillende strekkingen en vertegenwoordigers van de patronale organisaties.

Deze besprekingen, die in een geest van onderlinge verstandhouding plaats hadden, hebben geleid tot een eenparig aanvaarde overeenkomst, die op 29 april 1944 werd ondertekend.

Met betrekking tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering bevat deze overeenkomst enkele belangrijke bepalingen, die als volgt kunen worden samengevat :

Voordelen :

1) De verplichte verzekering wordt ingevoerd voor alle aan de pensioenwet onderworpen werknemers;

2) De verzekering waarborgt de gezondheidszorgen en een dagelijkse vergoeding wegens werkonbekwaamheid;

3) duurt de werkonderbreking langer dan een jaar, dan wordt een invaliditeitsvergoeding toegekend;

4) aan de arbeidende vrouw wordt bij bevalling 12 weken rust (6 weken vóór en 6 weken na) verzekerd;

5) bij overlijden ontvangen de erfgenamen van de rechthebbende een begrafenisvergoeding.

Administratie :

6) de verzekerden hebben de vrije keus onder de verzekeringsorganismen, die moeten voldoen aan bepaalde normen;

Financiering :

7) er wordt een verplichte bijdrage ingevoerd die gedeeltelijk ten laste is van de werknemer en gedeeltelijk van de werkgever.

De Staat zal het stelsel subsidiëren.

Voorlopig karakter :

De aldus vastgestelde regeling heeft een voorlopig karakter. De afgevaardigden der belanghebbende partijen behouden zich het recht voor eventueel andere formules te bestuderen wanneer de wetgever zich met het opstellen van een definitieve regeling zal bezighouden.

Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

Le projet de convention précité a permis l'élaboration de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

Cet arrêté-loi, qui instaure l'assurance obligatoire, ne contient qu'un seul article concernant l'assurance maladie-invalidité.

Il est libellé comme suit :

« *Art. 6.* — Le régime d'assurance obligatoire en cas de maladie ou d'invalidité institué, dans son principe, par le présent arrêté-loi laissera aux travailleurs intéressés la faculté de se procurer les bénéfices de l'assurance en adhérant à une mutualité affiliée à une union nationale de fédérations de mutualités reconnues agréée à cette fin ou, à défaut d'une telle adhésion, par l'intermédiaire d'un office régional d'assurance maladie-invalidité.

Pour l'administration générale de l'assurance, il est institué, auprès du Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, un Fonds national d'assurance maladie-invalidité.

Ce fonds a le statut d'un établissement public.

Les conditions imposées aux unions nationales agréées sont fixées par arrêté royal, ainsi que la constitution et le fonctionnement des offices régionaux et du Fonds national d'assurance maladie-invalidité.

Les offices régionaux et le Fonds national fonctionnent avec le concours de représentants, en nombre égal, des organisations les plus représentatives de l'ensemble des employeurs et de l'ensemble des travailleurs. Le Fonds national jouit aussi du concours de représentants des unions nationales de mutualités reconnues agréées pour l'assurance obligatoire. »

L'exécution de cette disposition a été réglée par l'arrêté du Régent du 21 mars 1945 concernant l'organisation de l'assurance obligatoire en cas de maladie ou d'invalidité.

Besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders.

Bovengenoemd ontwerp van overeenkomst gaf aanleiding tot de besluitwet van 28 decmber 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders.

Naast de invoering van de verplichte verzekering bevat deze besluitwet slechts één artikel dat betrekking heeft op de ziekteverzekering.

Het luidt als volgt :

« *Art. 6.* — Het stelsel der verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering dat, in principe, bij deze besluitwet wordt ingevoerd, laat aan de belanghebbende werknemers de vrijheid er zich de voordelen van aan te schaffen, hetzij door toetreding tot een mutualiteitsvereniging aangesloten bij een tot dit doel aangenomen landsbond van verbonden mutualiteitsverenigingen, zoniet door bemiddeling van een gewestelijke dienst voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Voor het algemeen beheer van de verzekering wordt, bij het Ministerie van Arbeid en Sociale Voorzorg, een Rijksfonds van verzekering tegen ziekte en invaliditeit opgericht.

Dit fonds heeft het statuut van een openbare instelling.

De voorwaarden opgelegd aan de aangenomen landsverbonden en de oprichting en de werking van de gewestelijke diensten van het Rijksfonds voor de verzekering tegen ziekte en invaliditeit, worden bepaald bij koninklijk besluit.

De gewestelijke diensten en het Nationaal Fonds werken met behulp van een gelijk aantal afgevaardigden der meest vertegenwoordigende werkgevers- en arbeidersorganisaties. Het Rijksfonds geniet ook de medewerking der erkende landsbonden van verbonden van mutualiteitsverenigingen, aangenomen voor de verplichte verzekering. »

De uitvoering van deze bepaling werd geregeld bij besluit van de Regent van 21 maart 1945, betreffende de organisatie van verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

2. — TENTATIVES DE REFORME.

1) Arrêté du Régent du 13 janvier 1949.

2) Arrêté royal du 31 décembre 1952.

3) Arrêté royal du 14 décembre 1954.

4) Loi du 14 juillet 1955 modifiant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

5) Arrêté royal du 22 septembre 1955.

6) Arrêté royal du 14 juillet 1956.

7) Projet de loi organique de l'assurance obligatoire maladie-invalidité. (Chambre des Représentants, 1959-1960, n° 344.)

A la demande de la Commission le Ministre de la Prévoyance sociale a remis une note résumant, pour chacun des points cités ci-dessus :

1) La teneur des tentatives entreprises;

2) Les résultats atteints;

2. — POGINGEN TOT HERVORMING.

1) Besluit van de Regent van 13 januari 1949.

2) Koninklijk besluit van 31 december 1952.

3) Koninklijk besluit van 14 december 1954.

4) Wet van 14 juli 1955 tot wijziging van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid van de arbeiders.

5) Koninklijk besluit van 22 september 1955.

6) Koninklijk besluit van 14 juli 1956.

7) Het wetsontwerp tot organisatie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering n[r] 344 (1959-1960 - Kamer van volksvertegenwoordigers).

Op verzoek van de Commissie heeft de Minister van Sociale Voorzorg een nota laten geworden, waarin voor elk van boven geciteerde punten, een samenvatting gegeven wordt van :

1) De inhoud van de gedane pogingen;

2) De bereikte resultaten;

Depuis l'instauration du régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, sur base de l'article 6 de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, la nécessité s'est fait sentir, à plusieurs reprises, de revoir certaines dispositions de l'arrêté du Régent du 21 mars 1945 concernant l'organisation de cette assurance obligatoire.

Voici, résumées brièvement, certaines dispositions prises ou élaborées en cette matière.

Réforme de 1949 — M. le Ministre Troclet.

Portée sociale de l'arrêté.

1. Institution, dans le cadre de l'arrêté organique, des Centres Provinciaux de Contrôle (déjà institués par voie de règlement, avec mission de contrôler les assurés indemnisés par l'A. M. I.) et extension de leur compétence au contrôle de l'application, par les organismes assureurs, des dispositions légales et réglementaires.

2. Le stage initial est porté à 3 mois ou à 6 mois, selon l'âge des assurés.

3. Un stage de 1 an est imposé aux assurés atteints d'une affection existante au début de leur assujettissement.

4. Instauration de l'assurance continuée.

5. Institution de juridictions contentieuses, chargées de trancher les litiges opposant les assurés et leur organisme assureur et de se prononcer sur l'application des sanctions.

6. Réduction à 150 jours ouvrables, de la durée de la période d'incapacité primaire :

— le Fonds national de Retraite des ouvriers mineurs payera la pension d'invalidité à l'expiration de ladite période;
— la date à laquelle l'assuré sera soumis aux investigations du Conseil médical de l'invalidité — institué dans le cadre de l'arrêté organique — est rapprochée de la date de début de l'incapacité de travail.

Financement.

L'arrêté du Régent du 13 janvier 1949 instaure un nouveau mode de répartition des ressources de l'A. M. I. : cette répartition se fera dorénavant par l'intervention de critères qui fixent les risques que représentent les affiliés de chaque organisme assureur. Conjointement à cette mesure, l'arrêté met fin à la possibilité, pour les organismes assureurs, de faire compenser leurs éventuels déficits par le F.N.A.M.I.

Avant de mettre ce nouveau régime en vigueur, la situation comptable des organismes assureurs est assainie : il est disposé des réserves du F. N. A. M. I. pour couvrir les déficits de l'exercice 1948. Lorsque sa réserve de gestion dépasse 20 % de la moyenne annuelle des trois dernières années, l'organisme assureur peut, à partir du 1er janvier 1951, disposer de l'excédent. Si sa réserve de gestion est réduite, à la suite d'un déficit, à un montant inférieur à celui prévu, l'organisme assureur doit percevoir une cotisation complémentaire.

Sedert de instelling van de regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering op basis van artikel 6 van de besluitwet van 28 december 1944, is het herhaaldelijk nodig gebleken sommige bepalingen van het regentsbesluit van 21 maart 1945 betreffende de organisatie van die verplichte verzekering te herzien.

Ziehier een bondig overzicht van sommige schikkingen die ter zake werden getroffen of uitgewerkt.

Hervorming van 1949 - Minister Troclet.

Sociale draagwijdte van het besluit.

1. Instelling in het kader van het organiek besluit, van Provinciale Controlecentra (reeds bij reglement ingesteld, met de opdracht de verzekerden die Z. I. V.-uitkeringen ontvangen, te controleren) en verruiming van dezer bevoegdheid : voortaan controleren zij de toepassing door de verzekeringsinstellingen van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen.

2. De aanvangswachttijd wordt op drie of zes maanden gebracht, naar gelang van de leeftijd van de verzekerden.

3. Een wachttijd van één jaar wordt opgelegd voor de verzekerden die aangetast zijn door een aandoening welke bestond bij de aanvang van hun verzekeringsplicht.

4. Invoering van de voortgezette verzekering.

5. Instelling van rechtscolleges voor betwiste zaken die opdracht hebben de geschillen tussen de verzekerden en de verzekeringsinstellingen te beslechten en uitspraak te doen over de toepassing van de sancties.

6. De duur van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid wordt tot 150 dagen verminderd :

— het Nationaal Pensioenfonds voor Mijnwerkers zal het invaliditeitspensioen betalen na afloop van evengenoemde periode;
— de datum waarop de verzekerde door de Geneeskundige Raad voor invaliditeit — ingesteld bij het organiek besluit — moet worden gekeurd, wordt dichter bij de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid gebracht.

Financiering.

Het regentsbesluit van 13 januari 1949 stelt een nieuwe regeling in tot omslag van de inkomsten der Z. I. V. : die omslag zal voortaan geschieden op grond van criteria die de risico's van de aangeslotenen van iedere verzekeringsinstelling bepalen. Samen met die maatregel maakt het besluit een einde aan de mogelijkheid dat de verzekeringsinstellingen hun gebeurlijke tekorten door het R. V. Z. I. laten dekken.

Vooraleer die nieuwe regeling in werking wordt gebracht, wordt de financiële toestand van de verzekeringsinstellingen gesaneerd : om de tekorten van het dienstjaar 1948 te dekken, wordt beschikt over de reserves van het R. V. Z. I. Wanneer de beheersreserve van de verzekeringsinstelling meer bedraagt dan 20 % van het jaarlijkse gemiddelde van de laatste drie jaren, mag ze, met ingang van 1 januari 1951, over het overschot beschikken. Indien haar beheersreserve ingevolge een tekort is geslonken tot minder dan het vastgestelde bedrag, moet de verzekeringsinstelling een bijkomende bijdrage innen.

Le taux des cotisations forfaitaires payées par l'Etat pour les chômeurs involontaires est augmenté.

Le montant des prestations payées indûment et non récupérées est déduit des sommes revenant à l'organisme assureur.

La durée de la période d'incapacité primaire est réduite comme prévu ci-avant.

Réforme de 1953 - M. le Ministre Van den Daele.

Portée sociale des arrêtés.

1. Constitution d'une Commission de discipline médicale (répression à l'égard des médecins et des pharmaciens qui se rendent coupables de fraude ou d'abus).

2. Division des prestations de santé en, d'une part, des prestations « prioritaires » pour lesquelles les organismes assureurs sont tenus d'accorder des remboursements imposés, et, d'autre part, des prestations « facultatives » que les fédérations remboursent dans les conditions et aux taux déterminés par leurs statuts.

Les prestations « prioritaires » de santé comprennent : « les interventions chirurgicales importantes et l'hospitalisation qu'elles nécessitent, les soins d'accouchement, l'hospitalisation — d'une durée minimum de 8 jours — pour traitement, le traitement des maladies sociales, certains appareils orthopédiques et de prothèse, certains examens radiologiques, certains traitements radio- et radiumthérapeutiques relevant du médecin-spécialiste, certaines prestations de neuro-psychiatrie, certaines analyses de laboratoire ».

3. Pour les prestations « prioritaires » de santé, les barèmes d'honoraires et de remboursement ainsi que les conditions de fourniture de ces prestations sont déterminés pour la première fois par le Ministre de la Prévoyance sociale, qui ne peut les modifier ultérieurement que sur avis du Comité Permanent du F. N. A. M. I.

Financement.

Les sommes qui reviennent aux organismes assureurs servent par priorité au paiement des indemnités et des prestations « prioritaires » de santé. Le solde est utilisé pour payer les prestations « facultatives » et les frais d'administration; en cas de déficit des cotisations complémentaires doivent être perçues.

La subvention de l'Etat dans les cotisations pour les ouvriers mineurs est portée à 66 %.

A partir de 1955 le Roi déterminera, sur avis de la commission technique chargée d'étudier les critères de répartition des recettes, une partie s'élevant au maximum à 30 % des cotisations, d'après des risques mieux adaptés aux prestations « facultatives » de santé.

Les situations débitrices et créditrices des organismes assureurs.

Situations débitrices : déduction trimestrielle sur le montant des versements des recettes afférentes aux exercices 1953 et suivants, d'une somme égale soit au dernier solde

Het bedrag van de door het Rijk betaalde forfaitaire bijdragen voor de onvrijwillige werklozen wordt verhoogd.

Het bedrag van de onrechtmatig betaalde en niet teruggevorderde uitkeringen wordt afgetrokken van de sommen welke de verzekeringsinstellingen worden toegewezen.

De duur der periode van primaire arbeidsongeschiktheid, hiervoren bepaald, wordt verminderd.

Hervorming van 1953 - Minister Van den Daele.

Sociale draagwijdte van de besluiten.

1. Instelling van een medische tuchtcommissie (strafmaatregelen tegen geneesheren en apothekers die zich schuldig maken aan misbruiken of bedrog).

2. Indeling van de geneeskundige verzorging, eensdeels in « prioritaire » verstrekkingen, waarvoor de verzekeringsinstellingen opgelegde bedragen behoren terug te betalen, en anderdeels « facultatieve » verstrekkingen welke de bonden terugbetalen onder de voorwaarden en volgens de bedragen als vastgesteld in hun statuten.

De « prioritaire » geneeskundige verstrekkingen omvatten : « de belangrijke heelkundige ingrepen en de daartoe vereiste ziekenhuisverpleging, de bevallingsverzorging, de ziekenhuisverpleging voor een duur van ten minste acht dagen, de behandeling van de sociale ziekten, bepaalde orthopedische en prothesetoestellen, sommige radiologische onderzoekingen, sommige radio- en radiumtherapeutische behandelingen welke onder de gespecialiseerde geneeskunde vallen, sommige neuro-psychiatrische verstrekkingen, bepaalde gevallen van laboratoriumonderzoek ».

3. Voor de « prioritaire » geneeskundige verstrekkingen worden de honorarium- en terugbetalingsschalen alsmede de voorwaarden inzake het verlenen van die verstrekkingen de eerste maal bepaald door de Minister van Sociale Voorzorg, die ze later slechts mag wijzigen op advies van het Bestendig Comité van het R. V. Z. I.

Financiering.

De sommen welke de verzekeringsinstellingen toekomen, dienen bij voorrang tot het betalen van de uitkeringen en de « prioritaire » geneeskundige verstrekkingen. Het saldo wordt aangewend om de « facultatieve » verstrekkingen en de administratiekosten te betalen. In geval van tekort worden bijkomende bijdragen geïnd.

De rijkstoelage op de bijdragen voor de mijnwerkers wordt op 66 % gebracht.

Met ingang van 1955 zal de Koning, op advies van de technische commissie, welke belast is met het bestuderen van de criteria inzake omslag van de ontvangsten, een gedeelte van ten hoogste 30 % van de bijdragen vaststellen volgens risico's welke beter bij de « facultatieve » geneeskundige verzorging zijn aangepast.

Afwikkeling van de debet- en creditrekeningen van de verzekeringsinstellingen.

Debetrekeningen : driemaandelijkse aftrek, van de stortingen der ontvangsten met betrekking tot de dienstjaren 1953 en daaropvolgende, van een som welke gelijk is hetzij

connu divisé par le nombre de trimestres restant à couvrir jusqu'à fin 1960, soit à 1 % du montant de chaque versement.

Situations créditrices : augmentation trimestrielle des versements des recettes afférentes aux exercices 1953 et suivants, d'une somme proportionnelle au total du dernier solde connu et au total des déductions opérées visées ci-devant.

Réforme de 1955 — M. le Ministre Troclet.

Portée sociale des arrêtés.

1. Institution d'un Collège intermutualiste national et de Collèges intermutualistes régionaux, chargés de conclure des conventions avec les collaborateurs de l'assurance. Ces conventions portent sur les barèmes d'honoraires applicables et doivent être approuvées par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Les collèges proscrivent et dépistent les abus et coordonnent leurs activités pour le bien de l'assurance et des assurés.

2. Les soins fournis par les médecins, par les auxiliaires et par les établissements hospitaliers seraient payés directement par l'organisme assureur (système du tiers-payant) : carnet contenant des tickets que l'assuré achèterait auprès de son organisme assureur pour les soins dans lesquels il devrait intervenir personnellement — « engagement de payement » pour les autres soins.

3. Remboursement obligatoire, à un taux identique pour tous les organismes assureurs, des prestations de surveillance, de dépistage et de diagnostic, et de traitement.

4. Réduction du montant maximum (50 francs) de la cotisation personnelle à percevoir des invalides n'ayant pas droit gratuitement aux soins de santé et réduction, proportionnellement au nombre de bons de cotisation remis, de la cotisation personnelle à percevoir des pensionnés, veuves et invalides n'ayant pas droit aux soins de santé gratuits.

5. Création d'un Service national de la rééducation professionnelle qui supporte les dépenses d'éducation et de rééducation fonctionnelle et professionnelle, non seulement des invalides, mais aussi — à la demande des organismes assureurs — des assurés en période d'incapacité primaire et des bénéficiaires de l'assurance en qualité de membres du ménage.

6. Fixation d'un montant minimum de l'indemnité d'invalidité aux assurés ayant la qualité de « travailleurs réguliers ».

7. Adaptation des indemnités d'invalidité aux fluctuations de l'indice des prix de détail du Royaume.

8. Unification du contrôle de la réalité des incapacités de travail, par la création d'un Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale.

aan het bedrag van het laatst bekende saldo, gedeeld door het aantal tot einde 1960 nog te dekken kwartalen, hetzij aan 1 % van het bedrag van elke storting.

Creditrekeningen : driemaandelijkse vermeerdering van de stortingen der ontvangsten met betrekking tot de dienstjaren 1953 en daaropvolgende met een som welke evenredig is aan het totaal bedrag van het laatst bekende saldo en aan het totaal van evenbedoelde verrichte aftrek.

Hervorming van 1955 — Minister Troclet.

Sociale draagwijdte van de besluiten.

1. Instellen van een Landelijk Intermutualistisch College en van Gewestelijke Intermutualistische Colleges, welke ermede belast zijn overeenkomsten te sluiten met de verzekeringsmedewerkers. Die overeenkomsten hebben betrekking op de toepasselijke honorariumschalen en behoren door de Minister van Sociale Voorzorg te worden goedgekeurd.

De Colleges stellen zich te weer tegen de misbruiken, sporen die op en coördineren hun activiteit ten bate van verzekering en verzekerde.

2. De verzorging door de geneesheren, door de medewerkers en door de verplegingsinrichtingen zou rechtstreeks door de verzekeringsinstelling worden betaald (stelsel van de derde-betaler) : boekje met tickets dat de verzekerde bij zijn verzekeringsinstelling zou kopen voor de verzorging waarin hij persoonlijk een aandeel zou betalen — « betalingsverbintenis » voor de andere verzorging.

3. Verplichte vergoeding, volgens een voor alle verzekeringsinstellingen identieke hoegrootheid van de verstrekkingen inzake toezicht, opsporen en diagnose en inzake behandeling.

4. Vermindering van het maximaal bedrag (50 frank) van de persoonlijke bijdrage welke geïnd wordt van de invaliden die niet kosteloos recht hebben op geneeskundige verzorging en vermindering, in evenredigheid met het aantal ingeleverde bijdragebons, van de persoonlijke bijdrage welke geïnd wordt van de gepensioneerden, weduwen en invaliden die niet kosteloos recht hebben op geneeskundige verzorging.

5. Instelling van een Rijksdienst voor revalidatie die de uitgaven voor zijn rekening neemt welke gemoeid zijn met de revalidatie en herscholing, niet alleen van de invaliden, doch tevens — op verzoek van de verzekeringsinstellingen — van de verzekerden tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid en van degenen die als gezinslid terchthebbenden van de verzekering zijn.

6. Vaststelling van een minimaal bedrag van de invaliditeitsuitkering voor de verzekerden die de hoedanigheid van « regelmatig werknemer » hebben.

7. Aanpassing van de invaliditeitsuitkeringen aan de schommelingen van 's Rijks indexcijfer der kleinhandelsprijzen.

8. Eenmaken van de controle op de werkelijkheid van de arbeidsongeschiktheden door het instellen van een Hoge Raad voor geneeskundig toezicht.

9. L'arrêté royal du 22 septembre 1955 a été modifié par l'arrêté royal du 14 juillet 1956, instituant une commission médico-mutualiste nationale, chargée de conclure des conventions réglant les rapports entre l'assuré et le médecin. Des conventions régionales pourront être conclues, dans le cadre de la convention nationale. Des conventions conclues dans les mêmes conditions règleront les rapports entre les dentistes et les pharmaciens d'une part, et les assurés d'autre part.

Financement.

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 est modifié en ce sens que les cotisations destinées à l'assurance maladie-invalidité pour les ouvriers, autres que les ouvriers mineurs, et pour les employés sont portées de 6 % et de 5 %, à 7 % et à 6 %.

L'Etat octroie à l'assurance maladie-invalidité des subventions pour les miliciens, assurés sociaux et pour les assurés qui, pour mettre fin à leur chômage involontaire, acceptent d'effectuer un travail domestique.

Les ressources de l'assurance continuent à être réparties entre les organismes assureurs en fonction des risques que représentent leurs affiliés.

Dix pour cent des ressources de l'assurance sont destinés à la Caisse Nationale d'Invalidité qui prend à charge les indemnités d'invalidité.

Le montant des dépenses afférentes à l'éducaton et à la rééducation professionnelle et fonctionnelle sont prélevées sur les ressources de l'assurance.

Projet de réforme de M. le Ministre Servais — 1959.

Portée sociale du projet de loi.

1. Les prestations de santé seraient prises à charge, les unes par une « assurance régionale » organisée par chaque fédération de chaque union nationale, les autres par une « assurance nationale » organisée par chaque union nationale.

Seraient couverts par l'assurance régionale : les consultations et visites des médecins de médecine générale et des médecins-spécialistes, les soins dentaires, la petite chirurgie, les examens de laboratoires, la dermatologie, la physiothérapie, la kinésithérapie, la radiologie à l'exception des traitements radio- et radiumthérapeutiques, les soins donnés par les infirmières, les prothèses de l'œil et de l'oreille, les bandages, les petites prothèses et les petits appareils orthopédiques dont la liste serait établie par le Roi, l'hospitalisation pour mise en observation, les soins d'accouchement, les médicaments.

2. Un ticket modérateur serait imposé pour les soins courants quel que soit la personne ou l'établissement qui aurait donné les soins.

3. L'intervention de l'assurance régionale s'élèverait à au moins 60 %, sauf pour les soins d'accouchement (intervention de 100 % du tarif de base) et pour la petite chirurgie, les examens de laboratoire, la dermatologie, la radiologie, l'hospitalisation (intervention de 85 %).

9. Het koninklijk besluit van 22 september 1955 is gewijzigd door het koninklijk besluit van 14 juli 1956, houdende instelling van een nationale medisch-mutualistische commissie, welke als opdracht heeft overeenkomsten te sluiten tot regeling van de betrekkingen tussen de verzekerde en de geneesheer. Streekovereenkomsten kunnen gesloten worden in het raam van de nationale overeenkomst. De betrekkingen tussen de tandartsen en de apothekers, eensdeels, en de verzekerden, anderdeels, zullen geregeld worden in overeenkomsten welke onder dezelfde voorwaarden worden gesloten.

Financiering.

De besluitwet van 28 december 1944 wordt zo gewijzigd dat de bijdragen voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, voor de andere arbeiders dan de mijnwerkers, en voor de bedienden van 6 % en 5 % op 7 % en 6 % worden gebracht.

Het Rijk verleent de ziekte- en invaliditeitsverzekering toelagen voor de sociaal verzekerde dienstplichtigen en voor de verzekerden die aanvaarden huishoudelijke arbeid te verrichten om een einde te maken aan hun onvrijwillige werkloosheid.

De verzekeringsinkomsten worden verder over de verzekeringsinstellingen verdeeld volgens de risico's van hun aangeslotenen.

10 % van de verzekeringsinkomsten is bestemd voor de Rijkskas voor invaliditeit die de invaliditeitsuitkeringen ten laste neemt.

Het bedrag der uitgaven in verband met de revalidatie en de herscholing wordt geheven op de verzekeringsinkomsten.

Ontwerp tot hervorming van Minister Servais — 1959.

Sociale draagwijdte van het wetsontwerp.

1. De geneeskundige verzorging zou in sommige gevallen ten laste worden genomen door een « gewestelijke verzekering », door ieder verbond van elke landsbond georganiseerd, in andere door een « nationale verzekering », door iedere landsbond georganiseerd.

Door de gewestelijke verzekeringen zouden worden gedekt : raadplegingen en bezoeken van huisdokters en specialisten, tandverzorging, lichte heelkundige ingrepen, laboratoriumonderzoek, dermatologie, fysiotherapie, kinesitherapie, de radiologie met uitzondering van radio- en radiumtherapeutische behandelingen, de verpleegsterhulp, oog- en oorprothesen, banden, kleine prothesen en kleine orthopedische toestellen waarvan de lijst door de Koning zou worden vastgesteld, de ziekenhuisverpleging ter observatie, de verzorging bij bevalling en de geneesmiddelen.

2. Een matigingsticket zou worden opgelegd voor de gewone verzorging, ongeacht door welke persoon of instelling de verzorging is verstrekt.

3. De tegemoetkoming van de gewestelijke verzekering zou ten minste 60 % bedragen, behoudens voor de verzorging bij bevalling (tegemoetkoming van 100 % van het basistarief) en voor lichte heelkundige ingrepen, laboratoriumonderzoek, dermatologie, radiologie en ziekenhuisverpleging (tegemoetkoming van 85 %).

4. Pour l'assurance régionale, les fédérations concluraient, sur le plan régional, des accords avec les médecins et les autres auxiliaires de l'assurance.

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

Pour les indemnités d'incapacité de travail des montants forfaitaires seraient fixés, en tenant compte de l'âge, du sexe, de l'état civil et des personnes à charge de l'assuré. Les montants de l'indemnité de repos d'accouchement et de l'indemnité funéraire seraient fixés par le Roi.

Financement.

A. — *Assurance régionale.*

1. Les fédérations disposeraient des ressources suivantes :

a) 4 francs pour chacun des jours de travail mentionnés aux bons de cotisation remis par leurs affiliés et un subside de l'Etat, égal à 30 % de ce montant;

b) une cotisation forfaitaire, accordée par le F.N.A.M.I., égale à 290 francs par mois pour les invalides mineurs et à 210 francs par mois pour les invalides indemnisés par l'A. M. I. et pour les pensionnés justifiant les ⅔ au moins d'une carrière complète;

c) une part (non déterminée) d'un subside trimestriel pour les chômeurs, les chômeurs mis au travail par les pouvoirs publics, les assurés effectuant un travail domestique pour mettre fin à leur chômage involontaire, les miliciens assurés sociaux et, pendant la première année de leur congé illimité, pour les assurés ayant effectué leur service militaire;

d) une part (non déterminée) des compléments de cotisation, des cotisations d'assurance continuée et des cotisations versées par les victimes d'accident de travail ou de maladie professionnelle;

e) une part (non déterminée) des cotisations perçues des ascendants et des pensionnés ne justifiant pas les ⅔ d'une carrière complète.

2. Chaque Union nationale organiserait un « Service de Réassurance » pour l'assurance régionale. L'Union nationale alimenterait ce service avec les ⅔ au plus, du subside de 30 % cité ci-devant sous *a)*.

Le Service de réassurance prendrait à charge les dépenses des fédérations dont les dépenses dépasseraient les recettes. Cette prise en charge serait cependant permise jusqu'à concurrence de 720 francs au plus, par année et par travailleur.

Au cas où les recettes d'une fédération ne suffiraient pas pour couvrir ses dépenses, elle devrait soit percevoir une cotisation complémentaire, soit diminuer le montant de ses interventions tout en respectant les minima imposés, soit appliquer ces deux mesures simultanément.

Le projet de loi prévoyait une période de trois ans, au cours de laquelle :

a) la limitation à 720 francs dont question ci-devant ne serait pas applicable;

4. Voor de gewestelijke verzekering zouden de verbonden op gewestelijk niveau overeenkomsten sluiten met de geneesheren en de andere verzekeringsmedewerkers.

5. De uitkeringen zouden ten laste komen van de « nationale verzekering ».

Voor de uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid zouden forfaitaire bedragen worden vastgesteld, waarbij rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht en burgerlijke stand en met de personen ten laste van de verzekerde. De bedragen van de bevallings- en van de begrafenisuitkering zouden door de Koning worden bepaald.

Financiering.

A. — *Gewestelijke verzekering.*

1. De verbonden zouden over de volgende inkomsten beschikken :

a) 4 frank voor elke arbeidsdag welke vermeld is op de door hun aangeslotenen ingeleverde bijdragebons en een rijkssubsidie gelijk aan 30 % van dat bedrag.

b) een forfaitaire, door het R. V. Z. I. toegekende bijdrage, gelijk aan 290 frank per maand voor de invalide mijnwerkers en aan 210 frank per maand voor de door de Z. I. V. vergoede invaliden en de gepensioneerden die het bewijs leveren van ten minste ⅔ van een volledige beroepsloopbaan;

c) een (niet vastgesteld) gedeelte van een driemaandelijkse subsidie voor de werklozen, de van overheidswege tewerkgestelde werklozen, de verzekerden die huishoudelijke arbeid verrichten om een einde te maken aan hun onvrijwillige werkloosheid, de sociaal verzekerde dienstplichtigen en, gedurende het eerste jaar van hun onbepaald verlof, voor de verzekerden die legerdienst hebben gedaan;

d) een (niet vastgesteld) gedeelte van de aanvullende bijdragen, van de bijdragen voor voortgezette verzekering en van de bijdragen welke gestort zijn door slachtoffers van een arbeidsongeval of beroepsziekte;

e) een (niet vastgesteld) gedeelte van de bijdragen welke geïnd worden van de ascendenten en de gepensioneerden die niet het bewijs leveren van ⅔ van een volledige beroepsloopbaan.

2. Iedere landsbond zou een « Herverzekeringsdienst » organiseren voor de gewestelijke verzekering. De landsbond zou die dienst stijven met ten hoogste ⅔ van de hiervoren onder *a)* genoemde subsidie van 30 %.

De Herverzekeringsdienst zou de uitgaven ten laste nemen van de verbonden waarvan de uitgaven meer zouden belopen dan de inkomsten. Die tenlasteneming zou echter toegestaan zijn tot een beloop van ten hoogste 720 frank per jaar en per werknemer.

Ingeval de ontvangsten van een verbond niet mochten volstaan om zijn uitgaven te dekken, zou het hetzij een bijkomende bijdrage moeten innen, hetzij het bedrag van zijn tegemoetkomingen verminderen en toch de opgelegde minima in acht nemen, hetzij die twee maatregelen tegelijk toepassen.

Het wetsontwerp bepaalde een driejarig tijdvak tijdens hetwelk :

a) de hiervoren bedoelde beperking tot 720 frank niet toepasselijk zou zijn;

b) fonctionnerait un Fonds spécial, institué au F.N.A.M.I. et alimenté par un prélèvement de 10 % sur le subside de 30 % cité ci-devant sous *a)*.

L'Union nationale qui voudrait faire appel à ce Fonds Spécial ne pourrait le faire :

a) que si elle a organisé son propre Fonds de réassurance;

b) que si son propre Fonds de réassurance se trouvait en déficit.

Le Fonds spécial serait liquidé à l'expiration de la période transitoire de 3 ans. Les fonds disponibles seraient répartis entre les Fédérations, au prorata des sommes qu'elles y auraient versées.

B. — *Assurance nationale.*

1. Les Unions nationales disposeraient des ressources suivantes :

a) le produit des cotisations, déduction faite des 4 francs par jour de travail dont question ci-devant sous A - 1 - *a)*;

b) un subside de l'Etat, égal à 17,5 % du produit des cotisations (dans ces 17,5 % étant compris les 30 % dont question sous A - 1 - *a)*;

c) 1 % des recettes des régimes de pensions des ouvriers, employés et mineurs;

d) une part (non déterminée) d'un subisde trimestriel pour les chômeurs, les chômeurs mis au travail par les pouvoirs publics, les assurés effectuant un travail domestique pour mettre fin à leur chômage involontaire, les miliciens assurés sociaux et, pendant la première année de leur congé illimité, pour les assurés ayant effectué leur service militaire;

e) une part (non déterminée) des compléments de cotisation, des cotisations d'assurance continuée et des cotisations versées par les victimes d'accident de travail et de la maladie professionnelle;

f) une part (non déterminée) des cotisations perçues des ascendants et des pensionnés ne justifiant pas les $\frac{2}{3}$ d'une carrière complète.

Les organismes assureurs verseraient leurs bonis éventuels à un Fonds de compensation, institué au F.N.A.M.I.; ces bonis serviraient à couvrir les malis éventuels des autres organismes assureurs. Au cas où la réserve du Fonds de compensation atteindrait 10 % des dépenses du dernier exercice, le solde serait réparti entre les organismes assureurs au prorata des sommes qu'ils y auraient versées et déduction faite des malis éventuellement compensés antérieurement.

Les organismes assureurs pourraient utiliser le montant du boni mis à leur disposition, à des prêts pour la construction ou l'équipement d'établissements de soins ou de centres de médecine préventive ou de traitement du cancer.

2. La charge de l'invalidité serait supportée par l'Etat à partir de la 4me année de l'incapacité de travail.

b) een in het R. V. Z. I. ingesteld Bijzonder Fonds zou werken dat gestijfd is door een heffing van 10 % op de hiervoren onder *a)* genoemde subsidie van 30 %.

De Landsbond die dat Bijzonder Fonds zou willen aanspreken, zou dat enkel kunnen doen :

a) indien hij zijn eigen Herverzekeringsfonds heeft ingericht;

b) indien zijn eigen Herverzekeringsfonds een tekort boekte.

Het Bijzonder Fonds zou worden vereffend bij het aflopen van het driejarige overgangstijdvak. De beschikbare fondsen zouden worden verdeeld over de verbonden, naar rata van de sommen welke zij daarin zouden hebben gestort.

B. — *Nationale verzekering.*

1. De landsbonden zouden over de volgende inkomsten beschikken :

a) de opbrengst van de bijdragen na aftrek van de 4 frank per arbeidsdag, waarvan sprake onder A - 1 - *a)* hiervoren;

b) een rijkssubsidie, gelijk aan 17,5 % van de opbrengst der bijdragen (in die 17,5 % is begrepen de 30 % waarvan sprake onder A - 1 - *a)*;

c) 1 % van de ontvangsten van de regelingen voor arbeiders-, bedienden- en mijnwerkerspensioenen;

d) een (niet vastgesteld) gedeelte van een driemaandelijkse subsidie voor de werklozen, de van overheidswege tewerkgestelde werklozen, de verzekerden die huishoudelijke arbeid verrichten om een einde te maken aan hun onvrijwillige werkloosheid, de sociaal verzekerde dienstplichtigen en, gedurende het eerste jaar van hun onbepaald verlof, voor de verzekerden die legerdient hebben gedaan;

e) een (niet vastgesteld) gedeelte van de aanvullende bijdragen, de bijdragen voor voortgezette verzekering en de bijdragen welke gestort zijn door getroffenen door arbeidsongeval of beroepsziekte;

f) een (niet vastgesteld) gedeelte van de bijdragen welke geïnd worden van de ascendenten en de gepensioneerden die niet het bewijs leveren van $\frac{2}{3}$ van een volledige beroepsloopbaan.

De verzekeringsinstellingen zouden hun gebeurlijke boni afdragen aan een in het R. V. Z. I. ingesteld Vereveningsfonds. Die boni zouden worden aangewend om de gebeurlijke mali van de andere verzekeringsinstellingen te dekken. Ingeval de reserve van het Vereveningsfonds 10 % van de uitgaven over het jongste dienstjaar bereikt, zou het saldo over de verzekeringsinstellingen worden verdeeld naar rata van de bedragen die zij daarin zouden hebben gestort en na aftrek van de vroeger gebeurlijk verevende mali;

De verzekeringsinstellingen zouden het te hunner beschikking gestelde bedrag van het boni mogen besteden aan leningen voor het oprichten of het uitrusten van verzorgingsinrichtingen, van centra voor preventieve geneeskunde of voor kankerbehandeling.

2. De bekostiging van de invaliditeit zou voor rekening van het Rijk komen vanaf het vierde jaar arbeidsongeschiktheid.

3. — LE RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL.

De l'examen du projet de loi organique de l'assurance obligatoire maladie-invalidité, déposé à la Chambre des Représentants le 10 novembre 1951 (1) par M. Servais, Ministre de la Prévoyance sociale, il est apparu rapidement que l'unanimité ne pouvait être réalisée et que même les deux partis de la majorité n'étaient pas d'accord entre eux.

Au cours de la réunion du 23 février 1960 de la Commission, un membre a exprimé le vœu que le problème de la réforme de l'assurance-maladie soit discuté de commun accord, à l'échelon national, par les divers partis.

Répondant à cette suggestion, le Ministre de l'époque avait pris l'initiative de constituer un « groupe de travail », composé de parlementaires appartenant aux différents partis politiques.

Dans l'allocution qu'il a prononcée au cours de sa conférence de presse du 9 octobre 1961 à l'occasion de la publication du rapport, M. Leburton, Ministre de la Prévoyance sociale, a précisé comme suit la tâche du groupe de travail :

« En février 1960, un Groupe de Travail, constitué de parlementaires des trois partis traditionnels, réunis sous la présidence de M. Servais, à l'époque Ministre de la Prévoyance Sociale, fut chargé d'étudier les difficultés de l'assurance maladie-invalidité, d'en analyser les inconvénients et les imperfections et de dégager les grandes lignes d'une réforme du système de sécurité sociale, des particularités de la vie politique belge et des enseignements qu'une longue expérience mutualiste et une pratique de plus de 15 années d'assurance obligatoire, ont permis de mettre en évidence. Ce Groupe de Travail a poursuivi ses travaux sous l'actuel gouvernement et a mis au point un rapport qui a été approuvé le 26 septembre dernier.

Bien que d'émanation parlementaire, ce Groupe de Travail n'engage en rien les partis : le rapport qu'il publie et qui veut refléter aussi fidèlement que possible les travaux de ce groupe et leurs conclusions, est l'œuvre d'une équipe d'hommes de bonne volonté n'engageant qu'eux-mêmes mais acceptant de défendre devant leurs instances politiques responsables les principes sur lesquels un accord s'est établi. L'accord des membres du Groupe de Travail sur certains éléments de ce rapport reste conditionné par l'accord du Groupe sur certains autres points qu'ils considèrent comme essentiels.

Il convient cependant de mettre tout particulièrement en évidence le désir unanimement exprimé d'inscrire la réforme de l'assurance maladie-invalidité dans le cadre d'une grande politique de santé publique impliquant un souci de rationalisation, d'efficacité et d'économie dans l'utilisation des ressources mises à la disposition du régime tant par les travailleurs eux-mêmes, que par les employeurs et par les pouvoirs publics. »

Etant donné son ampleur, il n'est pas possible de reproduire intégralement ce rapport. Vos rapporteurs ont estimé qu'il était souhaitable, en vue de l'examen du projet, de publier le résumé ci-après :

(1) Document n° 344 (1959-1960).

3. — HET VERSLAG VAN DE WERKGROEP.

Uit het onderzoek van het wetsontwerp tot organisatie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering dat door de heer Servais, Minister van Sociale Voorzorg, bij de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd ingediend op 10 november 1959 (1), bleek weldra dat geen eensgezindheid kon bereikt worden, en zelfs de twee meerderheidspartijen het onderling niet eens waren.

Tijdens een Commissievergadering van 23 februari 1960 sprak een lid de wens uit dat het probleem van de hervorming van de ziekteverzekering op nationaal vlak door de verschillende partijen, in algemeen overleg, werd besproken.

Ingaande op die suggestie heeft de toenmalige Minister het initiatief genomen een « werkgroep » samen te stellen, bestaande uit leden van het Parlement, en behorende tot de diverse politieke partijen.

In zijn toespraak tijdens de persconferentie op 9 oktober 1961, naar aanleiding van de publikatie van het verslag, belichtte de heer Leburton, Minister van Sociale Voorzorg, de opdracht van de werkgroep als volgt :

« Een werkgroep, samengesteld uit parlementsleden van de drie traditionele partijen en onder voorzitterschap van de heer Servais, toenmalig Minister van Sociale Voorzorg, kreeg in februari 1960 opdracht de moeilijkheden van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te bestuderen, er de zwakheden en onvolmaaktheden van te ontleden en de grote trekken uit te stippelen van een hervorming van het huidige stelsel, daarbij zowel steunend op de essentiële principes van elke sociale zekerheidsregeling en op de eigen aard van het Belgische politieke leven als op datgene wat uit een langdurige ziekenfondservaring en uit een meer dan 15 jaar lange verplichte verzekeringspraktijk duidelijk is gebleken. De Werkgroep heeft haar werkzaamheden voortgezet onder de huidige Regering en heeft een verslag uitgewerkt dat op 26 september jongstleden werd goedgekeurd.

Hoewel uit parlementsleden samengesteld, bindt deze Werkgroep geenszins de partijen : het verslag dat zij publiceert en dat een zo getrouw mogelijk beeld wil ophangen van de werkzaamheden van die Werkgroep en van de conclusies daarvan, is het werk van een ploeg mensen van goede wil die enkel zichzelf verbinden, doch bereid zijn om voor hun verantwoordelijke politieke lichamen de principes te verdedigen waarover men het eens is geworden. De leden van de Werkgroep aanvaarden sommige gegevens van dit verslag op voorwaarde dat de groep instemt met sommige andere punten welke zij essentieel achten.

Het is evenwel zaak gans in het bijzonder de nadruk te leggen op de eenparig uitgesproken wens om de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te zien binnen het bestek van een ruim beleid inzake volksgezondheid, wat insluit dat wordt gestreefd naar rationalisatie, doeltreffendheid en spaarzaamheid bij de aanwending van de middelen welke zowel door de werknemers zelf als door de werkgevers en de overheid ter beschikking van het regime worden gesteld. »

Gezien zijn omvang is het niet mogelijk dit verslag integraal op te nemen. Met het oog op de behandeling van het ontwerp hebben uw verslaggevers gemeend dat het wenselijk is de hiernavolgende samenvatting te publiceren :

(1) Document nr 344 (1959-1960).

RESUME DU RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL PARLEMENTAIRE CHARGE DE L'ETUDE DES PROBLEMES DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

I. — Introduction.

C'est en février 1960 que le Groupe de Travail fut constitué, sous la présidence de M. le Ministre Servais, pour étudier les difficultés de l'assurance maladie-invalidité.

Après les élections du 26 mars 1961 et la constitution de l'actuel gouvernement, M. Leburton, Ministre de la Prévoyance Sociale, reprit la présidence du Groupe dont la composition fut fixée de la manière suivante :

MM. E. Leburton, Ministre de la Prévoyance Sociale, Président; L. Servais, Ministre du Travail et de l'Emploi; J. Custers, Ministre de la Santé Publique et de la Famille; A. De Clerck, Ministre des Classes Moyennes; F. Tielemans, Ministre-adjoint aux Finances; R. Houben, Sénateur, ancien Ministre; L. Merchiers, Sénateur, ancien Ministre; L. E. Troclet, Sénateur, ancien Ministre; R. Vreven, Sénateur, ancien Ministre; G. Van Den Daele, Député, ancien Ministre; H. Brouhon, Député; C. Cornet, Député; P. De Paepe, Député; J. De Saeger, Député; G. De Vuyst, Sénateur; L. D'haeseleer, Député; R. Drèze, Député; R. Pêtre, Député; M. Remson, Sénateur, et M. Vanderhaegen, Député.

MM. A. Van Acker, Président de la Chambre; R. Motz, Sénateur et ancien Ministre; F. Houben, Sénateur, ont participé aux travaux du Groupe de février 1960 à mars 1961.

A aucun moment le Groupe de Travail n'a eu la préoccupation d'élaborer un projet de loi : il a essentiellement voulu dégager les grandes lignes d'une réforme du système actuel, en s'inspirant à la fois des principes essentiels de tout régime de sécurité sociale, des particularités de la vie politique belge, et des enseignements qu'une longue expérience mutualiste et une pratique de plus de 15 années d'assurance obligatoire, ont permis de mettre en évidence.

Déposé le 26 septembre 1961, le rapport du Groupe de Travail met tout particulièrement en évidence le désir unanimement exprimé d'inscrire la réforme de l'A. M. I. dans le cadre d'une grande politique de santé publique impliquant un souci de rationalisation, d'efficacité et d'économie dans l'utilisation des ressources mises à la disposition du régime tant par les travailleurs eux-mêmes que par les employeurs et les pouvoirs publics.

Ce rapport souligne que dans les perspectives de cette politique il faut :

— songer aux problèmes qui se posent encore à certaines catégories de la population (étudiants, agents des services publics, travailleurs indépendants);

— se préoccuper tout spécialement des personnes (pensionnés, veuves, invalides) dont la situation sociale ne leur permet pas de continuer à avoir accès aux ressources de la

SAMENVATTING VAN HET VERSLAG VAN DE PARLEMENTAIRE WERKGROEP DIE BELAST WAS MET HET ONDERZOEK VAN DE PROBLEMEN INZAKE DE VERZEKERING TEGEN ZIEKTE EN INVALIDITEIT.

I. — Inleiding.

In februari 1960 werd een Werkgroep opgericht, die onder het voorzitterschap van Minister Servais de studie diende aan te vatten van de moeilijkheden waarmede de verzekering tegen ziekte en invaliditeit te kampen heeft.

Na de verkiezingen van 26 maart 1961 en de vorming van de huidige regering ging het voorzitterschap van de werkgroep over in handen van de heer Leburton, Minister van Sociale Voorzorg; de groep zelf werd als volgt samengesteld :

Voorzitter : E. Leburton, Minister van Sociale Voorzorg; leden : L. Servais, Minister van Tewerkstelling en Arbeid; J. Custers, Minister van Volksgezondheid en van het Gezin; A. De Clerck, Minister van Middenstand; F. Tielemans, Minister, Adjunct voor Financiën; R. Houben, Senator, gewezen Minister; L. Merchiers, Senator, gewezen Minister; L. E. Troclet, Senator, gewezen Minister; R. Vreven, Senator, gewezen Minister; G. Van den Daele, Volksvertegenwoordiger, gewezen Minister; H. Brouhon, Volksvertegenwoordiger; C. Cornet, Volksvertegenwoordiger; P. De Paepe, Volksvertegenwoordiger; J. De Saeger, Volksvertegenwoordiger; G. De Vuyst, Senator; L. D'haeseleer, Volksvertegenwoordiger; R. Drèze, Volksvertegenwoordiger; R. Pêtre, Volksvertegenwoordiger; M. Remson, Senator, en M. Vanderhaegen, Volksvertegenwoordiger.

Van februari 1960 tot maart 1961 namen aan de werkzaamheden van de Werkgroep deel : de Voorzitter van de Kamer, de heer A. Van Acker; de heren Motz, Senator en gewezen Minister, F. Houben, Senator.

Het heeft nimmer in de bedoeling van de Werkgroep gelegen een wetsontwerp uit te werken; zij wilde slechts een hervorming van de huidige regeling in grote lijnen schetsen, daarbij uitgaande zowel van de grondbeginselen die aan elk stelsel van sociale zekerheid ten grondslag liggen als van de eigen aard van het Belgische politieke leven en van de ervaring die is opgedaan met een langdurige ziekenfondspraktijk en met 15 jaren verplichte verzekering.

Het verslag van de Werkgroep werd op 26 december 1961 ingediend. Het vestigt vooral de aandacht op het eenparig verlangen om de hervorming van de V. Z. I. te zien binnen het kader van een groots opgevat beleid op het stuk van de volksgezondheid, dat o.m. ten doel zou hebben om zo rationeel, doelmatig en zuinig mogelijk gebruik te maken van geldmiddelen welke werknemers, werkgevers en overheid ten dienste stellen van de sociale zekerheid.

Met het oog op dit beleid, zo wordt in het verslag betoogd, is vereist :

— dat rekening wordt gehouden met de problemen die zich nog voor bepaalde categorieën van de bevolking (studenten, overheidspersoneel, zelfstandigen) voordoen;

— dat men zich inzonderheid bezighoudt met degenen die ingevolge hun sociale toestand (gepensioneerden, weduwen, invaliden) op bepaalde hulpbronnen van de

médecine qu'à condition que les moyens matériels d'y recourir leur en soient fournis;

— que l'Etat honore les responsabilités qui lui incombent dans ce domaine;

— que ces responsabilités soient partagées, chacune à son titre particulier, par *tous ceux qui participent à la vie même de l'A. M. I.*;

— que la gestion de l'assurance soit effectivement confiée à ceux qui assument les responsabilités de son fonctionnement et dans la mesure où ils en acceptent les conséquences;

— qu'un nouveau plan de financement assure l'équilibre financier du régime réformé;

— que l'étroite association de tous ceux qui collaborent ou participent au fonctionnement de l'assurance, dans la responsabilité de sa gestion, garantisse le maintien de l'équilibre financier et l'efficacité du régime.

II. — Considérations générales.

Le Groupe de Travail a longuement examiné l'évolution de la situation financière de l'A. M. I. depuis sa création. En particulier, il a analysé les causes de l'accroissement des dépenses. Les résultats de cet examen sont repris dans les « considérations générales » figurant au début du rapport. Les voici en bref :

— la situation de l'A. M. I. est dominée par l'accroissement de ses dépenses, disproportionné par rapport à l'évolution des ressources;
— le développement considérable des moyens médicaux a mis à la disposition des médecins des moyens de diagnostic de plus en plus précis mais aussi de plus en plus coûteux;
— un progrès parallèle a mis à la disposition des malades de nouveaux moyens thérapeutiques non moins coûteux;
— l'amélioration des conditions de vie amène les travailleurs à un contact plus précoce et plus fréquent avec la médecine;
— les abus et les fraudes ne sont donc pas les seuls responsables du déficit de l'A. M. I.

Le Groupe de Travail regrette ensuite que *l'augmentation des dépenses n'a pas été à la mesure de l'accroissement de leur efficacité*. Il en cite les raisons : la dispersion des efforts, le manque de coordination, le caractère désordonné des investissements sanitaires, la multiplication des prestations médicales favorisée par le système de rétribution à la vacation... Certains membres du Groupe de Travail rangent parmi ces raisons le pluralisme des organismes assureurs, lequel pluralisme est considéré par d'autres membres comme indispensable au respect de toutes les convictions et de nature à favoriser l'efficience de l'assurance.

Le Groupe de Travail souligne la nécessité de :

— repenser les problèmes de structure;

— définir les responsabilités propres à chacun;
— remédier aux insuffisances de l'A. M. I.

geneeskunde slechts een beroep zullen kunnen blijven doen indien hun daartoe de nodige materiële middelen worden verschaft;

— dat de Staat zijn verplichtingen op dit gebied nakomt;

— dat de desbetreffende verantwoordelijkheid wordt gedeeld, ieder voor wat zijn bevoegdheid aangaat, door *al wie deelneemt aan het leven zelf van de V. Z. I.*;

— dat het beheer van de verzekering metterdaad wordt opgedragen aan hen die verantwoordelijk zijn voor de werking ervan, dit nochtans in zoverre zij de gevolgen ervan aanvaarden;

— dat een nieuw financieringsplan aan het hervormde stelsel zijn financieel evenwicht geeft;

— dat het financieel evenwicht en de doelmatige werking van de regeling wordt gewaarborgd door allen die bijdragen tot of deelnemen aan de werking van de verzekering, nauw bij het beheer ervan te betrekken.

II. — Algemene beschouwingen.

De Werkgroep heeft een uitvoerig onderzoek gewijd aan de ontwikkeling van de financiële toestand van de V. Z. I., en wel vanaf de instelling van de verzekering. Meer in het bijzonder onderzocht zij de oorzaken van de stijging van de uitgaven. De resultaten van dit onderzoek zijn opgenomen onder de rubriek « Algemene beschouwingen », die vooraan in het verslag voorkomt. In het kort luiden zij als volgt :

— de financiële toestand van de V. Z. I. is gekenmerkt door de toeneming van de uitgaven, die buiten verhouding is met de ontwikkeling van de inkomsten;
— ingevolge de hoge vlucht die de geneeskundige hulpmiddelen hebben genomen, zijn de artsen thans in staat steeds nauwkeuriger maar tevens duurdere diagnosemiddelen toe te passen;
— een even grote vooruitgang heeft ten gevolge gehad dat niet minder kostbare nieuwe therapeutische middelen ten dienste van de zieken gesteld kunnen worden;
— de verbetering van de levensstandaard heeft ertoe geleid dat de werknemers vlugger en vaker contact met de arts zoeken;
— het deficit van de V. Z. I. is dus niet slechts het gevolg van misbruiken en bedrog.

Vervolgens betreurt de Werkgroep het feit dat de *toeneming van de uitgaven geen maatstaf was van een grotere doelmatigheid*. De redenen daarvan zijn : de versnippering van de inspanningen, het gebrek aan coördinatie, het ongeregelde karakter van de sanitaire investeringen, de vermeerdering van de geneeskundige verstrekkingen die in de hand wordt gewerkt door het systeem van de beloning per verrichting... Sommige leden van de Werkgroep menen dat onder deze redenen moet worden gerangschikt het pluralisme van de verzekeringsinstellingen, dat evenwel door andere leden wordt beschouwd als een onontbeerlijke voorwaarde om alle overtuigingen te doen eerbiedigen en als een factor om een doelmatige werking van de verzekering te bevorderen.

De Werkgroep wijst op de noodzakelijkheid om :

— de structuurproblemen opnieuw onder de ogen te zien;
— ieders verantwoordelijkheid te omschrijven;
— te voorzien in de tekortkomingen van de V. Z. I.

III. — Structure générale.

Dans le système actuel, les dépenses du secteur « soins de santé » et du secteur « indemnités » s'additionnent dans un budget général commun. Dès lors les dépenses accusées par un des secteurs peuvent avoir des répercussions sur les possibilités de l'autre.

Pour éviter cet inconvénient, le Groupe de Travail préconise de scinder l'assurance « soins de santé » de l'assurance « indemnité » de manière à mieux préciser les moyens financiers de chaque secteur et à mieux définir les responsabilités pour chacun d'eux.

Les mutualités doivent demeurer un élément commun aux deux régimes. Il considère en outre que l'existence d'une assurance « soins de santé » distincte permettra d'envisager plus aisément la possibilité d'étendre cette assurance à des groupes sociaux posant des problèmes très particuliers : étudiants, agents des services publics et indépendants.

Le rapport souligne d'autre part que certains risques particulièrement coûteux méritent une attention spéciale pour éviter que leur couverture insuffisante n'expose les familles des travailleurs à la misère. Toutefois le rapport note encore qu'un véritable régime de sécurité sociale doit :

— mettre à la portée des assurés toutes les prestations de dépistage, de diagnostic et de traitement des maladies;

— garantir l'indemnisation de l'incapacité de travail, temporaire ou définitive;

— procurer les moyens d'assurer la réintégration des invalides dans la vie sociale.

IV. — L'assurance-indemnités.

A. — *Structure.*

Elle doit couvrir, selon le rapport du Groupe de Travail :

— les pertes de salaires en cas d'incapacité de travail pour maladie ou invalidité;

— l'indemnisation pendant la période de repos d'accouchement;

— l'allocation de décès.

Après avoir souhaité que le problème du salaire hebdomadaire garanti soit réglé de manière simple et rationnelle (d'aucuns souhaitent le paiement du salaire pendant les 7 premiers jours de l'incapacité) le Groupe de Travail propose de distinguer trois périodes d'incapacité de travail :

a) *l'incapacité primaire :* d'une durée d'un an; sa charge est supportée par les cotisations conjointes des travailleurs et des employeurs;

b) *la maladie prolongée :* couvre la 2e et la 3e années d'incapacité *continue* de travail; sa charge est supportée par les cotisations pour une moitié et par une subvention de l'Etat pour l'autre;

III. — Algemene structuur.

Volgens het thans goldende stelsel worden de uitgaven van de sector « geneeskundige verzorging » en die van de sector « uitkeringen » samengevoegd in een gemeenschappelijke algemene begroting. Derhalve kunnen de uitgaven die in één sector worden gedaan een terugslag hebben op de beschikbare gelden van de andere sector.

Om dit euvel te vermijden, stelt de Werkgroep voor, de verzekering voor geneeskundige verzorging en die voor uitkeringen gescheiden te houden, om beter de financiële middelen van elke sector te kunnen vaststellen en beter de verantwoordelijkheden op elk dezer gebieden te kunnen omschrijven.

De ziekenfondsen moeten een factor blijven die aan beide regelingen gemeen is. Verder is de Werkgroep van mening dat het bestaan van een aparte verzekering voor geneeskundige verzorging zal toelaten met meer gemak de mogelijkheden te overwegen om deze verzekering uit te breiden tot andere sociale groepen, die bijzondere problemen doen rijzen : studenten, overheidspersoneel en zelfstandigen.

Het verslag vestigt er anderzijds de aandacht op dat bepaalde dure prestaties bijzondere aandacht verdienen, omdat de daarvoor vastgestelde tegemoetkomingen toereikend dienen te zijn, wil men de werknemersgezinnen niet aan ellende blootstellen. Tenslotte wordt in het verslag nog gezegd dat een deugdelijk stelsel van sociale zekerheid :

— alle middelen tot opsporing, diagnosering en behandeling van ziekten binnen het bereik van de verzekerden moet brengen;

— moet voorzien in de vergoeding van de tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid;

— moet voorzien in de middelen om de invaliden weder op te nemen in het sociale leven.

IV. — De uitkeringsverzekering.

A. — *Structuur.*

Volgens het verslag van de Werkgroep moeten door deze verzekering worden gedekt :

— de loonderving in geval van arbeidsongeschiktheid ingevolge ziekte of invaliditeit;

— de uitkering tijdens de rustperiode na bevalling;

— de uitkering voor begrafeniskosten.

Na de wens te hebben uitgesproken dat het probleem betreffende het gewaarborgd weekloon eenvoudig en rationeel wordt opgelost (sommigen wensen dat het loon gedurende de eerste 7 dagen der arbeidsongeschiktheid wordt uitbetaald) stelt de Werkgroep voor dat bij de arbeidsongeschiktheid drie perioden worden onderscheiden :

a) *de primaire arbeidsongeschiktheid :* duurt één jaar; de last ervan wordt gedragen door de bijdragen van werknemers en werkgevers samen;

b) *de voortdurende ziekte :* deze periode loopt over het 2de en het 3de jaar *aanhoudende* arbeidsongeschiktheid; de last ervan wordt voor de helft door de bijdragen en voor de helft door een rijkssubsidie gedragen;

c) *la période d'invalidité :* s'ouvre dès la fin de la 3e année continue d'incapacité; sa charge est supportée par l'Etat. Il en est de même des charges de la réadaptation.

L'indemnité de repos d'accouchement est accordée pendant une période de six semaines précédant l'accouchement et de six semaines qui le suit. Sa charge est couverte, selon le cas, selon les mêmes modalités que celles de l'incapacité primaire, de la maladie prolongée ou de l'invalidité.

L'allocation en cas de décès est accordée aux ayants droit de l'assuré qui décède. Son montant est forfaitaire et sa charge est couverte dans les mêmes conditions que les indemnités d'incapacité de travail selon le moment où le décès se situe.

B. — *Gestion.*

Le Conseil de Gestion de ce secteur grouperait des représentants des employeurs, des travailleurs et des organismes assureurs.

Pour l'incapacité primaire : les décisions prises à une majorité qualifiée de représentants des travailleurs et des employeurs deviendraient obligatoires moyennant approbation par le Roi; en l'absence d'une telle majorité, seule la loi pourrait modifier le taux des cotisations et le montant des indemnités (sans préjudice de leur liaison à l'indice du coût de la vie).

Pour la maladie prolongée : le montant des cotisations et des indemnités est fixé par le Roi sur proposition du Comité de Gestion;

Pour la période d'invalidité : la loi fixe le montant des indemnités.

Un conseil technique composé de représentants des organismes assureurs peut être adjoint au Comité de Gestion pour étudier les problèmes liés à l'ouverture des droits et déterminer les modalités de calcul et d'octroi des indemnités ainsi que leur mode de paiement.

V. — L'assurance « soins de santé ».

A. — *Objet.*

Le rapport résume ici la thèse de ceux des membres du Groupe de Travail qui sont d'avis que la « solidarité » doit s'appliquer intégralement à l'assurance maladie-invalidité et qui n'acceptent d'y déroger que dans des conditions bien précises, et celle des autres membres qui sont d'accord pour accepter que l'Etat prenne en charge les soins spécifiques des maladies sociales et que les frais entraînés par la chirurgie grave, les soins et l'hospitalisation qui l'entourent soient pris en charge par l'assurance pour autant que la responsabilité spécifique des organismes assureurs soit reconnue pour toutes les autres prestations.

Le Groupe de Travail propose de distinguer parmi les soins de santé quatre groupes de prestations :

c) *de invaliditeitsperiode :* begint na het 3de jaar aanhoudende arbeidsongeschiktheid; de last ervan wordt gedragen door de Staat. Dit geldt ook voor de lasten in verband met herscholing.

De bevallingsuitkering wordt toegekend voor een periode van zes weken vóór en zes weken na de bevalling. De last ervan wordt, al naar het geval, gedekt volgens dezelfde regelen als die betreffende de primaire arbeidsongeschiktheid, de voortdurende ziekte of de invaliditeit.

De uitkering voor begrafeniskosten wordt toegekend aan de rechtverkrijgenden van de verzekerde die overlijdt. Dit is een forfaitair bedrag, waarvan de last onder dezelfde voorwaarden als de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid wordt gedekt volgens het tijdstip van het overlijden.

B. — *Beheer.*

De Raad van Beheer van deze sector zou bestaan uit vertegenwoordigers van de werkgevers, de werknemers en de verzekeringsinstellingen.

Wat betreft de primaire arbeidsongeschiktheid : de beslissingen, door vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers bij gekwalificeerde meerderheid genomen, zouden bindend worden op voorwaarde van goedkeuring door de Koning; bij ontstentenis van een zodanige meerderheid zou het bedrag van de bijdragen en van de uitkeringen (onverminderd de koppeling ervan aan het indexcijfer) enkel bij de wet kunnen gewijzigd worden.

Wat betreft de voortdurende ziekte : het bedrag van de bijdragen en van de uitkeringen wordt, op voorstel van het Beheerscomité, door de Koning vastgesteld.

Wat betreft de periode van invaliditeit : het bedrag van de uitkeringen wordt bij de wet vastgesteld.

Aan het Beheerscomité kan een uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen bestaande technische raad worden toegevoegd voor het bestuderen van de vraagstukken in verband met het ingaan van de rechten en voor het bepalen van de regelen inzake berekening, toekenning en wijze van uitbetaling van de uitkeringen.

V. — Verzekering voor geneeskundige verzorging.

A. — *Doel.*

In dit verband geeft het verslag een samenvatting van de thesis van die leden der Werkgroep die van oordeel zijn dat de « solidariteit » volledig moet gelden voor de verzekering tegen ziekte en invaliditeit en dat enkel onder duidelijk bepaalde voorwaarden van deze regel mag worden afgeweken, en anderzijds vindt men er de samenvatting van het standpunt der andere leden, die aanvaarden dat de Staat de last draagt van de specifieke verzorging van de sociale ziekten, maar het solidariteitsbeginsel voor de kosten in verband met zware heelkundige ingrepen en de daarmede gepaard gaande verzorging en ziekenhuisverpleging slechts aannemen voor zover de specifieke verantwoordelijkheid der verzekeringsinstellingen wordt erkend voor alle andere verstrekkingen.

De Werkgroep stelt voor, de geneeskundige verzorging in te delen in vier groepen verstrekkingen :

— les maladies sociales;
— les prestations non courantes de médecine spécialisée et d'hospitalisation;
— les soins de médecine courante;
— les médicaments.

1. *Les maladies sociales.*

Il s'agit de la tuberculose, du cancer, des maladies mentales et de la poliomyélite qui nécessitent des soins coûteux susceptibles de ruiner les familles.

Le Groupe de Travail estime qu'il y a lieu de couvrir complètement les frais engagés par les malades qui en sont atteints et que ces frais devraient être pris en charge par l'Etat.

Le rapport du Groupe de Travail cite, pour chacune des maladies sociales, les prestations qu'il y a lieu de ranger au nombre des « soins spécifiques ».

2. *Les prestations non courantes de médecine spécialisée et d'hospitalisation.*

Le Groupe de Travail estime qu'il doit s'agir en l'occurrence d'un secteur de l'assurance où la compensation serait totale. Les prestations dont il est question seraient couvertes complètement. Cette couverture serait financée par les cotisations précomptées et les subventions qui les complètent ou les remplacent.

a) *L'hospitalisation.*

Le régime conventionnel a été introduit en 1958 pour les rapports entre l'A. M. I. et les établissements hospitaliers. En rappelant ce fait le rapport du Groupe de Travail souligne qu'il ne pouvait s'agir là que d'une première étape dans l'effort indispensable pour rendre plus efficace l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation.

Le rapport préconise :

— de combler les différences existant entre l'intervention de l'assurance et les frais réclamés par les hôpitaux et cliniques pour la journée d'entretien (dans tous les cas, selon certains membres; uniquement pour les hospitalisations prolongées, selon d'autres);
— de réétudier le taux de remboursement de l'assurance. Dans chaque cas une convention devrait prévoir la couverture totale des frais moyennant l'étude préalable de la comptabilité de l'établissement afin de déterminer le coût réel de la journée d'entretien;

— d'établir, pour les hospitalisations de courte durée, un régime forfaitaire couvrant les frais hospitaliers, pharmaceutiques et médicaux.

Le rapport constate en outre que les hôpitaux universitaires posent des problèmes particuliers.

b) *Les prestations de médecine spécialisée.*

Il y a lieu de lier leur examen, selon le rapport, à celui des soins de médecine courante.

3. *Les soins de médecine courante.*

Compte tenu des réserves exprimées, ce secteur engagerait la responsabilité des organismes assureurs.

— de sociale ziekten;
— de niet courante verstrekkingen in verband met gespecialiseerde geneeskunde en ziekenhuisverpleging;
— de geneesmiddelen.
— de courante geneeskundige verzorging;

1. *De sociale ziekten.*

Hiermede zijn bedoeld : tuberculose, kanker, de geesteszieken en de kinderverlamming, waarvan de verzorging zo duur is dat de gezinnen er financieel ten gronde kunnen door gaan.

De Werkgroep is van oordeel dat de kosten, door slachtoffers van deze ziekten bestreden, volledig dienen te worden gedekt en ten laste van de Staat moeten vallen.

In het verslag van de werkgroep worden voor elke sociale ziekte de verstrekkingen opgegeven welke als « specifieke verzorging » zijn aan te merken.

2. *De niet courante verstrekkingen in verband met gespecialiseerde geneeskunde en ziekenhuisverpleging.*

Volgens de Werkgroep dient dit een tak van verzekering te zijn waarin totale compensatie wordt toegepast. Bedoelde verstrekkingen dienen volledig te zijn gedekt, en deze dekking zou worden gefinancierd met de ingehouden bijdragen en de subsidies welke die bijdragen aanvullen of vervangen.

a) *Ziekenhuisverpleging.*

In 1958 is voor de betrekkingen tussen de Z. I. V. en de ziekenhuizen de bij overeenkomst vastgestelde regeling ingevoerd. Bij het in herinnering brengen van dit feit wordt in het verslag van de Werkgroep onderstreept dat zulks maar een eerste stap kon zijn op de beslist in te slagen weg naar een doelmatiger tegemoetkoming van de verzekering in geval van ziekenhuisverpleging.

In het verslag worden de volgende maatregelen gesuggereerd :

— het bijleggen van het verschil tussen de tegemoetkoming van de verzekering en de bedragen die door de ziekenhuizen en klinieken voor de onderhoudsdag gevraagd worden (volgens sommige leden in alle gevallen; volgens andere voor opnemingen van langere duur in ziekenhuizen);
— herziening van het bedrag van de terugbetaling door de verzekering. In ieder geval zou bij een overeenkomst in de integrale dekking van de kosten moeten worden voorzien, mits de boekhouding van de inrichting vooraf is onderzocht ten einde de werkelijke prijs van de onderhoudsdag te bepalen;
— voor de opneming van korte duur in ziekenhuizen een forfaitaire regeling vaststellen voor het dekken van de ziekenhuis-, apotheek- en dokterskosten.

In het verslag wordt bovendien vastgesteld dat voor de akademische ziekenhuizen bijzondere problemen rijzen.

b) *De verstrekkingen in verband met gespecialiseerde geneeskunde.*

Volgens het verslag dienen die te worden onderzocht in verband met de courante geneeskundige verzorging.

3. *De courante geneeskundige verzorging.*

Onder het gemaakte voorbehoud, zou de verantwoordelijkheid voor die sector bij de verzekeringsinstelling berusten.

Ces soins sont, d'après le rapport, énumérés au titre de *prestations obligatoires*.

Leur financement est assuré par un pourcentage de la cotisation globale précomptée et les subventions qui la complètent ou la remplacent.

Enumération (minimale, selon certains membres; maximale, selon les autres) : visites et consultations de médecine générale; soins d'infirmières ou de kinésistes; soins à domicile aux impotents et malades chroniques (home care); les actes médicaux de médecine générale (traitement, diagnostic, petite chirurgie, biologie clinique, radiologie, physiothérapie, soins dentaires tant conservateurs que réparateurs).

Le Groupe de Travail souligne que ces prestations courantes et généralement banales, constituent la base même de la médecine préventive et du diagnostic précoce. Il insiste sur l'importance déterminante pour l'avenir, des rapports entre les médecins et les organismes assureurs. Les conventions seront des éléments essentiels de ces rapports. Elles pourront avoir, si nécessaire, un caractère régional.

4. *Les médicaments.*

Le rapport traduit la volonté des membres du Groupe de Travail de voir s'instaurer une politique générale d'assainissement du secteur pharmaceutique, impliquant une coordination étroite des mesures à prendre dans les départements intéressés : santé publique, affaires économiques et prévoyance sociale.

Après avoir évoqué les diverses mesures légales prises depuis 1955 et mis l'accent sur l'arrêté royal du 6 juin 1960, le Groupe de Travail se prononce en faveur :

— d'une précision des modalités de l'arrêté royal du 6 juin 1960 afin d'en étendre les effets à l'efficacité thérapeutique et de renforcer les dispositions permettant l'interdiction des médicaments charlatanesques ou d'activité douteuse;

— d'un règlement de la question de la publicité;
— de l'octroi d'un statut aux grossistes et aux producteurs de médicaments;
— d'une solution à donner aux problèmes que posent la recherche et l'information scientifiques;

— d'une restauration du contrôle de la dispensation dans les officines;
— de l'instauration d'un plan comptable permettant la définition du prix de revient industriel réel des médicaments;
— d'une revision du système de rétribution des pharmaciens;
— de mesures à prendre en vue de mettre un terme aux abus résultant des conditions imposées par certaines industries pharmaceutiques jouissant du monopole de formules médicamenteuses ayant fait l'objet d'une prise de brevet.

Suite aux efforts réalisés quant à la qualité, à l'efficacité et au prix des spécialités, le Groupe de Travail estime qu'il serait possible d'élargir la liste des spécialités remboursables et d'aller jusqu'au remboursement de tous les médicaments contrôlés.

Volgens het verslag worden die soorten verzorging opgesomd als *verplichte verstrekkingen*.

In de *financiering* ervan wordt voorzien door een percentage van de globale bijdrage die aan de bron ingehouden wordt en door de toelagen waaardoor die bijlage wordt aangevuld of vervangen.

Opsomming (minimaal volgens sommige leden; maximaal volgens de anderen) : bezoeken en raadplegingen van huisdokters; verpleegsters- en kinesitherapeutenhulp; verzorging ten huize verstrekt aan gebrekkelijken en chronische zieken (home care); de geneeskundige handelingen van huisdokters (behandeling, diagnose, lichte heelkundige ingrepen, klinische biologie, radiologie, physiotherapie, tandheelkundige hulp, zo bewaarshalve als herstelshalve).

De Werkgroep onderstreept dat die courante en doorgaans banale verstrekkingen de ware basis van de preventieve geneeskunde en van de vroegtijdige diagnose zijn. Zij wijst met nadruk op het overwegend belang dat de betrekkingen tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen voor de toekomst zullen hebben. De overeenkomsten zullen in die betrekkingen een essentiële rol vervullen. Zo nodig kan er een gewestelijk karakter aan gegeven worden.

4. *De geneesmiddelen.*

Het verslag vertolkt de wil van de leden van de Werkgroep, dat een algemene politiek tot sanering van de farmaceutische sector wordt ingeluid. Die politiek houdt een nauwe coördinatie in van de maatregelen die in de betrokken departementen (Volksgezondheid, Economische Zaken en Sociale Voorzorg) moeten getroffen worden.

Na melding te hebben gemaakt van de verschillende, sedert 1953 getroffen wettelijke maatregelen en na de nadruk gelegd te hebben op het koninklijk besluit van 6 juni 1960, spreekt de Werkgroep zich uit voor :

— nadere omschrijving van de modaliteiten van het koninklijk besluit van 6 juni 1960 met het oog op het uitbreiden van de uitwerking ervan tot de therapeutische doelmatigheid en op het verscherpen van de bepalingen die het mogelijk maken kwakzalversmiddelen of geneesmiddelen met twijfelachtige uitwerking te verbieden;
— reglementering van de publiciteit;
— het verlenen van een statuut aan de grossiers en producenten van geneesmiddelen;
— het geven van een oplossing aan de vraagstukken in verband met het wetenschappelijk onderzoek en de wetenschappelijke voorlichting;
— wederinvoering van het toezicht op de bereiding van geneesmiddelen in de apotheken;
— de invoering van een rekenplan waardoor het mogelijk wordt de werkelijke industriële kostprijs van de geneesmiddelen te bepalen;
— herziening van de retributieregeling voor de apothekers;
— het treffen van maatregelen om een einde te maken aan de misbruiken ten gevolge van de voorwaarden welke opgelegd worden door sommige farmaceutische nijverheden, die het monopolie bezitten van geneesmiddelenformules waarvoor een octrooi is genomen.

De Werkgroep is de mening toegedaan dat het, ingevolge de inspanningen die geleverd werden met betrekking tot de kwaliteit, de doeltreffendheid en de prijs van de specialiteiten, mogelijk is de lijst van de terugbetaalbare specialiteiten uit te breiden en zover te gaan dat alle onder toezicht staande geneesmiddelen terugbetaald worden.

Il suggère de fixer l'intervention des assurés sociaux à un forfait équivalent à 25 % du prix maximum du coût moyen des spécialités contrôlées existant sur le marché.

En ce qui concerne *le système du tiers payant*, certains membres estiment que les difficultés auxquelles il a donné lieu plaident en faveur du réexamen de ses modalités. Toutefois, le Groupe de Travail estime que le tiers payant devrait être maintenu dans certains cas et notamment pour les soins pharmaceutiques spécifiques des maladies sociales.

Certains membres pensent encore qu'il faudrait améliorer le fonctionnement des offices de tarification en associant les organismes assureurs au contrôle de leur activité.

Le contrôle de la délivrance effective des spécialités pourrait se faire, selon le Groupe de Travail, au moyen de timbres d'utilisation placés à l'intérieur des conditionnements.

B. — *La gestion de l'assurance soins de santé.*

Le conseil serait composé des représentants des organismes assureurs ainsi que des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs. Y siégeraient également, pour autant qu'ils apportent leur collaboration à l'œuvre d'assainissement de l'A. M. I. : les délégués du corps médical, des pharmaciens et des établissements hospitaliers.

VI. — Le contrôle.

Le rapport décrit les modalités de contrôle, telles qu'elles découlent de la loi du 14 février 1961 et considère que le renforcement des organes indépendants de contrôle peut élargir la mission du médecin-conseil trop confiné, actuellement dans un rôle répressif.

Le Groupe de Travail est d'avis que le *médecin-conseil* a un rôle plus positif à exercer en s'intéressant aux assurés et aux membres de leur famille, sans se substituer au médecin traitant et en veillant à ce que soit constitué et tenu à jour un dossier sanitaire pour chaque bénéficiaire de l'assurance. Il aurait également à intervenir auprès du médecin traitant ou des établissements hospitaliers quand il estime qu'un diagnostic ou qu'une attitude thérapeutique peuvent être discutés.

En ce qui concerne plus particulièrement l'incapacité de travail, le Groupe de Travail estime que les modalités du contrôle devraient tenir compte des enseignements résultant de la pratique de l'assurance. Se basant sur cette expérience, certains membres estiment que la déclaration d'incapacité de travail devrait être faite par l'assuré lui-même en adressant au médecin-conseil le jour même où commence l'arrêt de travail, une carte-avis qu'il signerait seul. Il serait tenu de se présenter spontanément au Cabinet du médecin-conseil ou du médecin contrôleur, ou de se tenir à son domicile à la disposition du service de contrôle jusqu'au premier examen médical de contrôle.

VII. — Des rapports avec le corps médical.

1. *Médecin traitant.*

Le rapport considère que dans une organisation rationnelle d'une assurance maladie-invalidité contribuant à une

Zij stelt voor dat de bijdrage van de sociale verzekerden wordt vastgesteld op een forfait dat overeenstemt met 25 % van het maximum van de gemiddelde kostprijs van op de markt voorkomende gecontroleerde specialiteiten.

Wat het *stelsel van de derde betalende betreft*, zijn sommige leden de mening toegedaan dat de moeilijkheden waartoe het aanleiding heeft gegeven, voor een nieuw onderzoek van de desbetreffende modaliteiten pleiten. De Werkgroep meent evenwel dat het stelsel van de derde betalende in sommige gevallen behouden moet worden, met name voor de specifieke fermaceutische verstrekkingen in verband met de sociale ziekten.

Sommige leden menen nog dat men de werking van de tariferingsdienst zou moeten verbetereen door de verzekeringsinstellingen bij de controle op hun activiteit te betrekken.

Volgens de Werkgroep zou het toezicht op de effectieve aflevering van de specialiteiten kunnen geschieden door middel van verbruikzegels die men op de binnenzijde van de verpakking zou aanbrengen.

B. — *Beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging.*

De raad zou samengesteld zijn uit de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen alsook uit de organisaties die de werkgevers en de werknemers vertegenwoordigen. Voor zover zij hun medewerking verlenen aan de sanering van de V. Z. I. zouden er eveneens deel van uitmaken : de afgevaardigden van het geneesherenkorps, van de apothekers en van de ziekenhuizen.

VI. — De controle.

In het verslag wordt een beschrijving gegeven van de controlemodaliteiten zoals zij voortvloeien uit de wet van 14 februari 1961, en wordt de mening uitgesproken dat de versterking van de onafhankelijke controleorganen kan bijdragen tot de uitbreiding van de taak van adviserend geneesheer, die thans al te zeer beperkt is tot bestraffing.

De Werkgroep is de mening toegedaan dat de *adviserend geneesheer* een meer positieve rol moet vervullen door belang te stellen in de verzekerden en de leden van hun gezin, zonder dat hij echter de plaats van de huisdokter inneemt en terwijl hij ervoor waakt dat een geneeskundig dossier wordt aangelegd en bijgehouden voor iedere rechthebbende op de verzekering. Hij zou eveneens een rol te vervullen hebben ten opzichte van de huisdokter of de ziekenhuizen wanneer hij van oordeel is dat een diagnose of een ziektebehandeling voor betwisting vatbaar is.

Wat meer in het bijzonder de arbeidsongeschiktheid betreft, is de Werkgroep de mening toegedaan dat bij de controlemodaliteiten rekening dient gehouden te worden met de ervaring uit de verzekeringspraktijk. Op grond van die ondervinding zijn sommige leden de mening toegedaan dat de aangifte van arbeidsongeschiktheid door de verzekerde zelf zou moeten gedaan worden en wel door aan de adviserend geneesheer, de dag zelf waarop de arbeid geschorst wordt, een door hem alleen ondertekende berichtkaart te zenden. Hij zou ertoe gehouden zijn zich spontaan te melden in het kabinet van de adviserend geneesheer of van de geneesheer-controleur, of zich thuis ter beschikking te houden van de controledienst tot aan het eerste geneeskundig controleonderzoek.

VII. — De betrekkingen met de geneesheren.

1. *De huisdokter.*

In het verslag wordt betoogd dat het bij een rationele inrichting van een ziekte- en invaliditeitsverzekering, die

politique efficace de santé, il importe que le médecin traitant joue un rôle de pivot et de coordinateur indispensable à l'égal du polyformisme qui caractérise la dispensation des soins médicaux. Deux conditions essentielles doivent être réalisées pour y parvenir : il faut que le médecin soit connu des organes de l'assurance et qu'il soit le seul médecin traitant d'un même malade. C'est pourquoi la plupart des membres du Groupe de Travail estiment que chaque assuré devrait s'inscrire auprès d'un médecin omnipraticien de son choix.

Ils sont d'avis que cette domiciliation de chaque assuré chez un médecin de famille déterminé permettrait d'engager à la fois la responsabilité de l'assuré et celle du praticien.

2. *Les rapports entre le médecin omnipraticien et le médecin spécialiste.*

L'élargissement des connaissances de la médecine a entraîné sa compartimentation en une vingtaine de disciplines distinctes dont certaines comportent des sous-spécialisations.

A l'heure actuelle le malade s'oriente souvent lui-même vers un médecin spécialiste, ce qui a pour résultat de multiplier des examens inutiles et de retarder la consultation du médecin spécialiste qu'indique la nature réelle de l'affection.

Pour éviter cet inconvénient, le Groupe de Travail estime que seul, le médecin traitant peut jouer le rôle d'orientateur près de tel ou tel spécialiste. Certains membres du Groupe estiment que tout recours du malade à un médecin spécialiste doit être confié à la seule décision du médecin traitant; d'autres estiment que le spécialiste devrait pouvoir être librement consulté dans tous les cas et qu'il devrait en informer le médecin traitant. Certaines exceptions sont néanmoins à prévoir pour : l'ophtalmologie, l'art dentaire, la pédiatrie.

3. *Les visites à domicile.*

Constatant l'accroissement considérable du nombre de visites à domicile, le Groupe de Travail est d'avis que certaines mesures doivent être prises pour les enrayer.

Il suggère que tout assuré appelant un médecin à son domicile soit astreint à se tenir, chez lui, à la disposition des services de contrôle.

4. *La rétribution des médecins.*

Le rapport du Groupe de Travail souligne qu'un régime conventionnel doit harmoniser les relations entre l'assurance et les médecins. La convention doit notamment régler le problème des honoraires.

Le rapport examine les systèmes possibles. Il considère que le système de *remboursement à la vacation* bien qu'il soit traditionnel, présente l'inconvénient de compromettre en permanence l'équilibre financier de l'assurance, raisons examinées par le Groupe de travail. Il estime, par contre, que le système de *rétribution forfaitaire* des médecins offre l'incontestable avantage de permettre des prévisions budgétaires et de donner un vrai sens à la responsabilité de la gestion en la soustrayant à des facteurs impondérables.

Le Groupe de Travail est néanmoins d'avis qu'il convient de tenir compte des traditions propres à la pratique

bijdraagt tot een doeltreffende gezondheidspolitiek, van belang is dat de huisdokter de rol vervult van spil en van onontbeerlijke coördinator ten opzichte van de veelvormige verstrekkingen inzake geneeskundige verzorging. Daartoe dienen twee essentiële voorwaarden vervuld te worden : de geneesheer moet gekend zijn bij de verzekeringsorganen en hij moet de enige huisdokter van dezelfde zieke zijn. Daarom zijn de meeste leden van de Werkgroep de mening toegedaan dat iedere verzekerde zich zou moeten laten inschrijven bij een huisdokter naar eigen keus.

Zij zijn de mening toegedaan dat die inschrijving van ieder verzekerde bij een welbepaalde huisdokter het mogelijk zou maken zowel de verantwoordelijkheid van de verzekerde als die van de practicus vast te leggen.

2. *De betrekkingen tussen de dokter voor algemene geneeskunde en de gespecialiseerde geneesheer.*

De uitbreiding van de geneeskundige wetenschap gaf aanleiding tot de onderverdeling ervan in een twintigtal onderscheiden disciplines, waarvan sommige nog subspecialisaties bevatten.

Tegenwoordig wendt de zieke zich vaak zelf tot een specialist. Dit heeft tot gevolg dat tal van nutteloze onderzoeken worden verricht en de raadgevingen van de specialist die, op grond van de werkelijke aard van de aandoening, aangewezen is, uitgesteld wordt.

Om dit bezwaar te ondervangen moet, naar het oordeel van de Werkgroep, het oriënteren van de keuze van een specialist uitsluitend de taak van de huisarts zijn. Sommige leden van de Werkgroep vinden dat alleen de huisarts mag te beslissen hebben over het inroepen van de hulp van een specialist, terwijl anderen van mening zijn dat het de zieken steeds vrij moet staan om zich door een specialist te laten behandelen en dat de specialist de huisarts daarover zou moeten inlichten. Hierbij zijn echter uitzonderingen te maken voor de oogartsen, tandartsen en kinderartsen.

3. *De huisbezoeken.*

In verband met het merkelijk toenemende aantal huisbezoeken is de Werkgroep van oordeel dat er maatregelen moeten worden genomen om daartegen in te gaan.

Zij stelt voor om de verzekerden die een geneesheer bij zich thuis ontbieden, te verplichten zich thuis ter beschikking van de controlediensten te houden.

4. *De bezoldiging van de artsen.*

In het verslag van de Werkgroep wordt onderstreept dat een overeenkomstregeling de betrekkingen tussen verzekering en geneesheren dient te harmoniëren. De overeenkomst moet met name het honorariumprobleem regelen.

In het verslag worden de systemen, welke daartoe in aanmerking kunnen komen, onderzocht. Volgens het verslag is aan het systeem van *terugbetaling per verrichting* — al wordt het traditioneel toegepast — het bezwaar verbonden dat het financiële evenwicht van de verzekering er bestendig door bedreigd wordt, wat te wijten is aan verschillende door de Werkgroep onderzochte oorzaken. De *forfaitaire bezoldiging daarentegen* biedt, volgens het verslag, het onbetwistbaar voordeel dat zij budgettaire vooruitzichten mogelijk maakt en de verantwoordelijkheid van het beheer een ware zin geeft door er de imponderabilia buiten te houden.

Toch is de Werkgroep van oordeel dat men rekening dient te houden met de eigen tradities van de praktijk der

médicale dans notre pays. Dès lors, il pense qu'il serait inopportun de préconiser la rétribution forfaitaire des prestations médicales comme seule règle valable : celle-ci devrait pouvoir faire l'objet d'une expérimentation libre.

Le Groupe de Travail suggère que les médecins qui accepteraient librement ce système de rétribution soient dotés d'un statut leur conférant un niveau de rétribution qui ne les dégrade pas par rapport à leurs autres confrères et qui leur assure en outre des avantages en matière sociale (indemnités en cas d'invalidité, pensions de vieillesse, pension de survie pour leur veuve, etc.). De plus, les médecins acceptant le système de rétribution forfaitaire seraient considérés, notamment en matière fiscale, comme relevant du contrat d'emploi.

En résumé, le nouveau régime d'assurance maladie juxtaposerait les deux systèmes de rétribution : la vacation et le forfait. Les médecins qui n'adhéreraient ni à l'un ni à l'autre de ces régimes se situeraient eux-mêmes en dehors de l'assurance et leurs prestations ne seraient pas remboursées.

a) *Médecins omni-praticiens.*

Le Groupe de Travail pense que c'est dans le domaine de la médecine générale que le système de rétribution forfaitaire pourrait, plus particulièrement, garantir l'efficacité des soins. Les honoraires forfaitaires devraient être tels qu'ils assurent un standing convenable à un médecin omnipraticien comptant au maximum 2.500 à 3.000 bénéficiaires. Les médecins devraient faire le choix entre le système des honoraires forfaitaires et celui des remboursements à la vacation.

b) *Médecins spécialistes.*

Le Groupe de Travail, étant donné le caractère plus spécial du recours à un spécialiste, pense qu'il est malaisé d'établir une rétribution forfaitaire de chaque médecin spécialiste. Mais on pourrait imaginer qu'un assuré puisse faire choix non pas d'un spécialiste déterminé, mais d'un groupe de spécialistes s'engageant à lui fournir toutes les prestations de médecine spéciale. Ceci permettrait de promouvoir des conventions avec les groupes de médecins spécialistes sur la base d'honoraires forfaitaires.

VIII. — Remarques finales.

Nous reprendrons dans leur intégralité les remarques finales contenues dans le rapport du Groupe de Travail. Le présent rapport s'est volontairement limité aux éléments qui s'inscrivent dans le cadre de l'activité propre de l'assurance maladie-invalidité.

» Il est cependant évident que certains problèmes soulevés par l'assurance, tant dans le domaine des soins de santé que dans celui des indemnités peuvent, au moins partiellement, trouver leur solution dans des dispositions qui dépassent actuellement son cadre, soit parce qu'elles ont une portée plus générale, soit parce qu'elles concernent d'autres législations spéciales.

» C'est ainsi que le Groupe de Travail a déjà attiré l'attention, dans ce rapport, sur l'intérêt qu'il y aurait de régler, de façon simple et rationelle, le problème du salaire hebdomadaire garanti dans le sens d'un paiement du salaire pendant les sept premiers jours de l'incapacité : c'est dans le cadre de la programmation sociale générale que doit s'inscrire cette réforme.

geneeskunde in ons land en dat men er dan ook niet goed zou aan doen de forfaitaire bezoldiging van geneeskundige verzorging als enig deugdelijke regel voorop te stellen; dit systeem zou vrij moeten kunnen beproefd worden.

De Werkgroep stelt voor dat men de geneesheren, die dit systeem van bezoldiging vrij aanvaarden, een statuut geeft waarbij wordt voorzien in een bezoldigingsniveau dat hen ten opzichte van de andere confraters niet achterstelt en hun daarenboven nog sociale voordelen bezorgt (invaliditeitsuitkeringen, ouderdomspensioen, overlevingspensioen voor hun weduwe, enz.). Voorts zouden de voor forfaitaire bezoldiging opterende geneesheren, met name op fiscaal gebied, worden geacht onder toepassing van de arbeidsovereenkomst voor bedienden te vallen.

Kortom, in de nieuwe regeling voor ziekteverzekering zouden de twee systemen van bezoldiging — per verrichting en forfaitair — naast elkaar komen te staan. Geneesheren die tot geen van beide regelingen toetreden, zouden zichzelf van de verzekering uitsluiten en hun verstrekkingen zouden niet worden terugbetaald.

a) *Huisdokters.*

Naar het oordeel van de Werkgroep kan de forfaitaire bezoldiging meer in het bijzonder op het gebied van de algemene geneeskunde waarborgen bieden voor doelmatige verzorging. De forfaitaire honoraria behoren zo te zijn vastgesteld dat zij huisdokters met ten hoogste 2.500 à 3.000 gerechtigden een behoorlijke stand bezorgen. De dokters zouden moeten kiezen tussen forfaitaire honoraria en terugbetaling per verrichting.

b) *Specialisten.*

Gelet op het speciaal karakter van het beroep op een specialist, meent de Werkgroep dat men bezwaarlijk een forfaitaire vergoeding voor iedere specialist kan overwegen. Doch men kan zich voorstellen dat een verzekerde niet één bepaalde specialist, doch wel een groep specialisten zou kunnen uitkiezen, die zich ertoe verbindt hem alle verstrekkingen van bijzondere geneeskunde te verlenen. Dit zou het mogelijk maken de overeenkomsten met groepen specialisten op basis van forfaitaire erelonen in de hand te werken.

VIII. — Slotbeschouwingen.

Wij zullen de slotbeschouwingen, die voorkomen in het verslag van de Werkgroep, integraal overnemen.

Dit verslag heeft zich vrijwillig beperkt tot de gegevens die thuishoren in het kader van de activiteit welke eigen is aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

» Het is nochtans vanzelfsprekend dat sommige vraagstukken die in verband met de verzekering rijzen, zowel op het gebied van de geneeskundige hulp als van de uitkeringen, een althans gedeeltelijke oplossing kunnen vinden in bepalingen die thans buiten het kader ervan vallen, hetzij omdat zij een meer algemene draagwijdte hebben, hetzij omdat zij betrekking hebben op andere bijzondere wetgevingen.

» Aldus heeft de Werkgroep in dit verslag reeds de aandacht gevestigd op het belang van een eenvoudige en rationele regeling van het vraagstuk van het gewaarborgde weekloon, in de zin van een uitbetaling van het loon tijdens de eerste zeven dagen van de arbeidsongeschiktheid : de hervorming dient te worden gezien in het kader van de algemene sociale programmatie.

La législation concernant les maladies professionnelles, dont les aspects ont pu être modifiés par l'évolution technique industrielle, mériterait également d'être reconsidérée.

» Le Groupe de Travail voudrait cependant mettre un accent particulier sur l'importance que doit revêtir, dans la réforme envisagée, la prise de conscience, par toutes les personnes intéressées, des responsabilités qui leur incombent.

L'exercice de ces responsabilités doit s'accompagner d'un effort permanent d'éducation et de perfectionnement à tous les niveaux de l'organisation et quels que soient les groupes sociaux ou professionnels.

En ce qui concerne plus particulièrement les médecins, l'assainissement de l'assurance maladie-invalidité doit à la fois, résulter d'une amélioration de la qualité de la médecine, et favoriser cette efficience par un effort de promotion des médecins.

» Le Groupe de Travail considère par ailleurs que, parmi les personnes auxquelles s'adresse le régime d'assurance-soins de santé, les pensionnés, les invalides et les veuves, constituent des groupes sociaux pour lesquels des dispositions particulières devraient permettre un accès pratiquement gratuit aux prestations dont ils ont besoin.

» Il serait vain d'assigner au problème financier l'objectif essentiel dans un domaine où les intérêts physiques, moraux et sociaux de la population sont aussi directement en cause.

» C'est en s'inscrivant dans le cadre d'une large politique de santé que l'organisation de l'assurance-maladie doit trouver et maintenir son équilibre, tout en diminuant les charges futures de l'invalidité au fur et à mesure que de nouveaux moyens techniques mis à la disposition par les progrès médicaux lui permettront d'accroître son efficacité. »

II. — L'ANALYSE DU PROJET.

Le projet de loi s'inspirant du rapport du Groupe de Travail parlementaire, nous avons estimé utile de comparer ce rapport et le texte du projet.

1. — Etude comparative du projet de loi et du rapport du Groupe de Travail.

Pour la rédaction de la présente note, nous avons suivi l'ordre des rubriques du rapport du Groupe de Travail Parlementaire.

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.
Structure générale.	
Scinder l'assurance-soins de santé et l'assurance-indemnités.	Repris (art. 1).
Permettre la possibilité d'organiser une assurance-maladie pour d'autres groupes sociaux.	Repris (art. 22).

De wetgeving betreffende de beroepsziekten, waarvan de aspecten wijzigingen hebben kunnen ondergaan ingevolge de evolutie van de industriële techniek, zou eveneens herzien moeten worden.

» De Werkgroep zou er nochtans op bijzondere wijze de nadruk willen op leggen dat het in de overwogen hervorming van groot belang wordt geacht dat alle betrokkenen zich bewust worden van de verantwoordelijkheid die op hen rust.

« Het opnemen van die verantwoordelijkheid dient gepaard te gaan met een voortdurende inspanning tot opvoeding en volmaking in alle stadia van de organisatie, om welke sociale of beroepsgroepen het ook gaat.

» Wat meer in het bijzonder de geneesheren betreft, dient de sanering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering het resultaat te zijn van een verbetering van de kwaliteit van de geneeskunde, en die doeltreffendheid tevens in de hand te werken door inspanningen ter bevordering van de geneesheren.

» De Werkgroep is anderzijds van mening dat, onder de personen voor wie de regeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging is bestemd, de gepensioneerden, invaliden en weduwen sociale groepen zijn, waarvoor bijzondere bepalingen het mogelijk zouden moeten maken dat zij de nodige verstrekkingen praktisch kosteloos bekomen;

» Het ware verkeerd van het financieel vraagstuk de hoofdbekommernis te maken in een aangelegenheid waar de lichamelijke, morele en maatschappelijke belangen van de bevolking zo rechtstreeks bij betrokken zijn.

» Om voor de ziekteverzekering een evenwichtige regeling te vinden en te behouden, moet zij een onderdeel zijn van een breed opgezette gezondheidspolitiek. Daarbij dienen de lasten in verband met de invaliditeit in de toekomst verminderd te worden naarmate een doelmatiger ziekteverzekering mogelijk wordt gemaakt door nieuwe technische middelen, die ingevolge de vooruitgang op geneeskundig gebied ter beschikking gesteld worden. »

II. — ANALYSE VAN HET ONTWERP.

Daar het wetsontwerp zijn oorsprong vindt in het verslag van de parlementaire Werkgroep, hebben wij het wenselijk geacht een vergelijking te maken tussen dit verslag en de inhoud van het ontwerp.

1. — Vergelijking tussen het verslag van de Werkgroep en het wetsontwerp.

Wij hebben deze nota opgesteld naar volgorde van de rubrieken van het verslag van de Parlementaire Werkgroep.

Verslag van de parlementaire Werkgroep.	Wetsontwerp.
Algemene structuur.	
De verzekering voor geneeskundige verzorging scheiden van de uitkeringsverzekering.	Overgenomen (art. 1).
Voorzien in de mogelijkheid om een ziekteverzekering te organiseren voor andere sociale groepen.	Overgenomen (art. 22).

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.	Verslag van de parlementaire Werkgroep.	Wetsontwerp.
Gestion de l'assurance-indemnités.		**Beheer van de uitkeringsverzekering.**	
Comité composé de représentants des employeurs, des travailleurs, des organismes assureurs.	Repris (art. 39).	Comité samengesteld uit vertegenwoordigers van werkgevers, van werknemers, van verzekeringsinstellingen.	Overgenomen (art. 39).
Adjoindre au Comité de gestion, un Conseil technique composé de représentants des organismes assureurs.	Repris (art. 43).	Aan het Beheerscomité een technische raad toevoegen die samengesteld is uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.	Overgenomen (art. 43).
Compétence du Comité de gestion :		Bevoegdheid van het Beheerscomité :	
Incapacité primaire — fixer cotisations et taux de l'indemnité, par majorité qualifiée des représentants des employeurs et des travailleurs (approbation par le Roi); en cas d'absence de majorité conforme, cotisations et taux à fixer par la loi.	En cas d'unanimité des représentants des employeurs et des travailleurs, cotisations et taux de l'indemnité sont fixés par Comité de gestion; en cas de non-unanimité, le Roi fixe ces cotisations et taux (art. 40, 138, 46).	Primaire arbeidsongeschiktheidbijdragen en hoegrootheid van de uitkering bepalen, door een welbepaalde meerderheid van de vertegenwoordigers van werkgevers en van werknemers (goedkeuring door de Koning); bij gebrek aan conforme meerderheid, bijdragen en hoegrootheid door de wet te bepalen.	In geval van eenstemmigheid van de vertegenwoordigers van werkgevers en van werknemers, worden bijdragen en hoegrootheid van de uitkering door het Beheerscomité bepaald; ingeval er geen eenstemmigheid is, worden die bijdragen en hoegrootheid door de Koning bepaald (art. 40, 138, 46).
Incapacité prolongée — le Roi fixe cotisations et taux sur proposition du Comité de gestion.	Le Roi fixe cotisations et taux sur proposition et après avis du Comité de gestion (art. 40, 50).	Voortdurende arbeidsongeschiktheid — de Koning bepaalt bijdragen en hoegrootheid op voorstel van het Beheerscomité.	De Koning stelt bijdragen en hoegrootheid vast op voorstel en na advies van het Beheerscomité (art. 40, 50).
Invalidité — Montant fixé par la loi.	Montant fixé par le Roi — Minimum prévu par la loi (art. 53).	Invaliditeit — bedrag bepaald bij de wet.	Bedrag bepaald door de Koning — minimum vastgesteld door de wet (art. 53).
Gestion de l'assurance-soins de santé.		**Beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging.**	
Comité composé de :		Comité samengesteld uit :	
1) représentants des organismes assureurs;	Repris (art. 11). Le nombre de personnes citées sous 1) est égal à celui des personnes citées sous 2).	1) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;	Overgenomen (art. 11). Het aantal onder 1) genoemde personen is gelijk aan het aantal der onder 2) genoemden.
2) médecins, pharmaciens, gestionnaires d'établissements hospitaliers;	Il en est de même entre elles pour les personnes citées sous 3) et sous 4).	2) geneesheren, apothekers, beheerders van verplegingsinrichtingen;	Hetzelfde geldt voor de sub 3) en 4) vermelde personen onderling.
3) représentants des employeurs;		3) vertegenwoordigers van werkgevers;	
4) représentants des travailleurs.		4) vertegenwoordigers van werknemers.	
Les organisations des personnes citées sous 2) seraient associées à la gestion de l'assurance-soins de santé dans la mesure où ces personnes apporteront leur collaboration à l'assurance.		De organisaties van de onder 2) genoemde personen zouden deel hebben in het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging in zoverre die personen hun medewerking aan de verzekering verlenen.	

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.	Verslag van de parlementaire Werkgroep.	Wetsontwerp.
Responsabilité — Solidarité.		*Verantwoordelijkheid — Solidariteit.*	
Limitée aux soins de médecine courante (ce secteur constituait « pour les uns un minimum, pour les autres, une limite »).	Solidarité (couverture des dépenses prévues par l'établissement de budgets) est liée à la responsabilité (organismes assureurs disposent des fonds qui leur sont attribués sur la base de ces budgets) pour toutes les prestations de soins de santé exception faite du traitement des maladies sociales.	Beperkt tot de courante geneeskundige verzorging (deze sector was « het minimum voor de enen, de grens voor de anderen »).	Solidariteit (dekking der voorziene uitgaven door het opmaken van begrotingen) wordt gekoppeld aan verantwoordelijkheid (verzekeringsinstellingen beschikken over de gelden die hun op grond van die begrotingen toegewezen worden) voor alle geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de behandeling van de sociale ziekten.
Les prestations et leur financement.		**De prestaties en hun financiering.**	
A. — **Indemnités.**		A. — **Uitkeringen.**	
I) *Indemnités d'incapacité de travail.*		I) *Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid.*	
1. *Durée :*		1. *Duur :*	
a) Incapacité primaire : 1 année. *b)* Maladie prolongée : 2 à 3 années d'incapacité. *c)* Invalidité : à partir de la 4me année d'incapacité.	Repris (art. 46). Repris (art. 50). Repris (art. 53).	*a)* Primaire arbeidsongeschiktheid : 1 jaar. *b)* Voortdurende ziekte : 2 à 3 jaar arbeidsongeschiktheid. *c)* Invaliditeit : vanaf 4 jaar arbeidsongeschiktheid.	Overgenomen (art. 46). Overgenomen (art. 50). Overgenomen (art. 53).
2. *Montant :*		2. *Bedrag :*	
Voir ci-dessus : « gestion de l'assurance-indemnités ».	Voir ci-dessus : « gestion de l'assurance-indemnités ».	Zie hiervoren : « beheer der uitkeringsverzekering ».	Zie hiervoren : « beheer der uitkeringsverzekering ».
3. *Financement :*		3. *Financiering :*	
a) Uniquement cotisations. *b)* 50 % cotisations + 50 % à charge de l'Etat. *c)* A charge de l'Etat; toutefois lien avec organismes assureurs par cotisation de principe.	*a)* Repris (art. 121). *b)* Repris (art. 121). *c)* Repris : 5 % cotisations + 95 % à charge de l'Etat (art. 121).	*a)* Bijdragen alleen. *b)* 50 % bijdragen + 50 % ten laste van het Rijk. *c)* Ten laste van het Rijk; nochtans band met verzekeringsinstelling door principiële bijdrage.	*a)* Overgenomen (art. 121). *b)* Overgenomen (art. 121). *c)* Overgenomen : 5 % bijdragen + 95 % ten laste van het Rijk (art. 121).
II) *Indemnité de repos d'accouchement.*		II) *Bevallingsuitkering.*	
— 6 semaines avant et et après l'accouchement; — financement : comme l'incapacité primaire (uniquement cotisations); — pendant une période d'incapacité : selon le financement de cette période.	L'indemnité de repos d'accouchement est considérée comme indemnité d'incapacité de travail et la charge en est répartie selon le moment de l'accouchement (art. 56). Le congé non utilisé avant l'accouchement peut être reporté après.	— 6 weken vóór en na bevalling; — financiering : zoals primaire arbeidsongeschiktheid (bijdragen alleen); — tijdens periode van ongeschiktheid : naar gelang van financiering van die periode.	De bevallingsuitkering wordt beschouwd *als uitkering wegens arbeidsongeschiktheid,* en de last wordt verdeeld naar gelang van het tijdstip waarop de bevalling zich voordoet (art. 56). Het vóór de bevalling niet genomen verlof kan tot nadien worden verschoven.
III) *Allocation en cas de décès.*	III) *Allocation pour frais funéraires.*	III) *Overlijdensuitkering*	III) *Uitkering voor begrafeniskosten.*
Montant forfaitaire.	Montant fixé par le Roi, au moins égal à 30 fois le maximum de l'indemnité journalière de l'incapacité primaire (art. 61).	Vast bedrag.	Bedrag door Koning bepaald, ten minste 30 maal het maximaal dagziekengeld (art. 61).

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.
—	—
Financement : voir incapacité de travail selon que le décès se situe dans une des 3 périodes.	Financement : 95 % à charge de l'Etat — 5 % des cotisations (art. 121).

B. — **Soins de santé.**

1) *Soins de médecine courante.*

	(Art. 23).
a) visites et consultations de médecine générale;	*a)* visites et consultations des médecins de médecine générale et des médecins-spécialistes;
b) soins d'infirmières;	*b)* les soins donnés par des infirmières, soigneuses et gardes-malades;
c) soins par kinésistes;	*c)* les soins donnés par des kinésistes;
d) les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste;	*d)* les prestations technique de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste;
e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs;	*e)* les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs;
f) les soins à domicile.	Les soins à domicile sont nommément mentionnés au projet de loi parmi *les prestations complémentaires* à accorder en cas de boni (art. 126).

Intervention de l'assurance.

Pourcentage du remboursement non précisé.	*75 % des honoraires conventionnels* (art. 25).
	100 % des honoraires conventionnels non majorés pour les pensionnés, veuves, orphelins et les assurés à partir de la 2me année de l'incapacité de travail ainsi que les personnes à leur charge (art. 25).

2) *Médicaments.*

Suggestions :	
— assainissement du marché; — prix; — efficacité thérapeutique.	Voir Exposé des motifs.
Instauration d'un timbre d'utilisation.	Voir Exposé des motifs.
Contrôle des offices de tarification.	Repris (voir art. 98).

Verslag van de parlementaire Werkgroep	Wetsontwerp.
—	—
Financiering : cfr. arbeidsongeschiktheid naargelang het overlijden plaats heeft binnen een van de 3 perioden.	Financiering : 95 % ten laste van het Rijk - 5 % bijdragen (art. 121). (Art. 23).

B. — **Geneeskundige verzorging.**

1) *Gewone geneeskundige hulp.*

	(Art. 23).
a) bezoeken en raadplegingen van niet gespecialiseerde geneeskundigen;	*a)* bezoeken en raadplegingen van niet gespecialiseerde geneeskundigen en van specialisten;
b) verzorging door verpleegsters;	b) verzorging door verpleegsters, verzorgsters en ziekenoppassers;
c) verzorging door kinesitherapeuten;	*c)* verzorging door kinesitherapeuten;
d) technische verstrekkingen in verband met de diagnose of de behandeling, die niet de bekwaamheid van een gespecialiseerd geneesheer vereisen;	*d)* technische verstrekkingen in verband met de diagnose of de behandeling, die niet de bekwaamheid van een gespecialiseerd geneesheer vereisen;
e) de tandheelkundige verzorging voor behoud en herstelling van het gebit;	*e)* de tandheelkundige verzorging voor behoud en herstelling van het gebit;
f) verzorging aan huis.	De verzorging aan huis wordt met name genoemd in het wetsontwerp *onder de aanvullende verstrekkingen* te verlenen in geval van boni (art. 126).

Tegemoetkoming van de zijde der verzekering.

Percentage der terugbetaling niet nader bepaald.	*75 % van de bij overeenkomst vastgestelde honoraria* (art. 25).
100 % van de verminderde bij overeenkomst vastgestelde honoraria voor gepensioneerden, weduwen en wezen en de verzekerden vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid, alsmede de personen te hunnen laste (art. 25).	

2) *Geneesmiddelen.*

Suggesties :	
— sanering van de markt; — prijzen; — therapeutische doelmatigheid.	Zie Memorie van Toelichting.
Invoeren van verbruikszegel.	Zie Memorie van Toelichting.
Controle op tariferingsdiensten.	Overgenomen (zie art. 98).

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.
Intervention de l'assurance.	
Spécialités pharmaceutiques : au moins 75 % du prix moyen de toutes les spécialités contrôlées (comme pour les prescriptions magistrales).	Une partie est laissée à charge de l'assuré avec possibilité, pour les spécialités également, d'estimer uniformément l'intervention du bénéficiaire à partir du coût moyen (art. 25). Pour les pensionnés, veuves et pour les assurés à partir de la 2me année d'incapacité ainsi que pour les personnes à leur charge, l'intervention personnelle dans les préparations magistrales n'est pas réclamée (art. 25 et 34); l'intervention personnelle de ces bénéficiaires dans le coût des spécialités pharmaceutiques *peut* être supprimée ou réduite (art. 25).
3) *Hospitalisation.*	
Selon certains membres : gratuité en cas d'hospitalisation de longue durée, selon d'autres membres : toujours gratuité. Solution liée à la fixation du prix réel de la journée sur la base d'éléments objectifs. Possibilité de remboursement all-in en cas d'hospitalisation pour traitements de courte durée ou observation.	Montant de l'intervention fixé par le Ministre (art. 33). Possibilité de différents barèmes de remboursement suivant catégories d'établissements (art. 33). Voir Exposé des motifs. Pas repris.
4) *Chirurgie.*	
Rien de prévu expressément.	Intervention égale à 100 % des honoraires conventionnels (art. 25).
5) *Soins médicaux spéciaux.*	
Remboursement complet selon certains membres, « ticket modérateur » selon d'autres membres. Possibilité de paiement forfaitaire pour médecine de groupe.	Intervention égale à 100 % des honoraires conventionnels (art. 25). Possibilité de paiement forfaitaire de prestations données par des médecins-spécialistes rémunérés forfaitairement (art. 29).
6) *Maladies sociales.*	
Maladies mentales, tuberculose, cancer, poliomyélite (et éventuellement diabète selon certains) :	Maladies mentales, tuberculose, cancer, poliomyélite (art. 23) :

Verslag van de parlementaire Werkgroep	Wetsontwerp.
Verzekeringstegemoetkoming.	
Farmaceutische specialiteiten : ten minste 75 % van de gemiddelde prijs van alle gecontroleerde specialiteiten (zoals voor magistrale voorschriften).	Een gedeelte wordt ten laste van de verzekerde gelaten, met de mogelijkheid, ook voor specialiteiten, om dit aandeel eenvormig vast te stellen op basis van de gemiddelde kostprijs (art. 25). Voor gepensioneerden, weduwen en voor verzekerden vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid en eveneens voor de personen te hunnen laste, vervalt het persoonlijk aandeel in de magistrale bereidingen (art. 25 en 34); het persoonlijk aandeel van deze rechthebbenden in de kosten der farmaceutische specialiteiten *kan* afgeschaft of verminderd worden (art. 25).
3) *Opneming in een ziekenhuis.*	
Volgens sommige leden : kosteloosheid in geval van langdurige opneming, volgens andere leden : altijd kosteloosheid. Oplossing hier gebonden aan vaststelling van werkelijke dagprijs op grond van objectieve gegevens. Mogelijkheid van all-in terugbetaling, in geval van verpleging wegens kortstondige behandeling of observatie.	Tegemoetkomingsbedrag bepaald door de Minister (art. 33). Mogelijkheid van verschillende schalen van terugbetaling volgens klassen van inrichtingen (art. 33). Zie Memorie van Toelichting. Niet overgenomen.
4) *Heelkunde.*	
Niets uitdrukkelijk bepaald.	Tegemoetkoming gelijk aan 100 % van de bij overeenkomst vastgestelde honoraria (art.25).
5) *Speciale geneeskundige verzorging.*	
Volledige terugbetaling volgens sommige leden, « matigingsticket » volgens anderen. Mogelijkheid van forfaitaire betaling van de geneeskunde in groepsverband.	Tegemoetkoming gelijk aan 100 % van de overeenkomstenhonoraria (art.25). Mogelijkheid van forfaitaire betaling van prestaties, verricht door forfaitair bezoldigde specialisten (art. 29).
6) *Sociale ziekten.*	
Geestesziekten, tuberculose, kanker, poliomyelitis (en eventueel diabetes, volgens sommigen) :	Geestesziekten, tuberculose, kanker, poliomyelitis (art. 23) :

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.
— tous les soins en cas d'hospitalisation dans des établissements spécialisés; — les soins spécifiques dans le cas de traitement ambulatoire.	— frais d'hospitalisation dans des services spécialisés (art. 121); — traitement spécifique des affections (art. 121).

C. — **Financement de l'assurance-soins de santé.**

Maladies sociales.

Entièrement à charge de l'Etat.	95 % à charge de l'Etat — 5 % à charge des cotisations (art. 121).

Autres soins.

Cotisations et interventions de l'Etat.	Cotisations et intervention de l'Etat égale à 27 % des prévisions budgétaires de dépenses de l'assurance-soins de santé (art. 121).

Observations.

— Dans le rapport du Groupe de Travail Parlementaire il est fait état d'interventions de l'Etat qui, pour certaines catégories de bénéficiaires, remplacent les cotisations;	— Réglé dans la répartition des ressources (art. 123);
— Rééducation fonctionnelle et professionnelle à charge de l'Etat.	— Intervention égale à 100 % des honoraires et prix conventionnels; financement comme les autres soins de santé (art. 25). Paiement par l'Etat d'une cotisation forfaitaire pour chaque journée chômée.

D. — **Répartition des ressources entre les organismes assureurs.**

Indemnités et maladies sociales.

Remboursement des dépenses effectuées.	Repris (art. 123).

Soins de santé (exceptés ceux pour maladies sociales).

Rien de prévu — pas d'unanimité — 2 thèses.	Cotisations : suivant la valeur des bons de cotisation à chaque organisme assureur (art. 123). Intervention de l'Etat (art. 123) :

Verslag van de parlementaire Werkgroep.	Wetsontwerp.
— alle verzorging in geval van opneming in gespecialiseerde instellingen; — de specifieke verzorging bij ambulante behandeling.	— kosten van ziekenhuisverpleging in gespecialiseerde diensten (art. 121); — specifieke behandeling van de aandoeningen (art. 121).

C. — **Financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging.**

Sociale ziekten.

Volledig ten laste van het Rijk.	95 % ten laste van het Rijk — 5 % ten laste van de bijdragen (art. 121).

Overige verzorging.

Bijdragen en rijkstoelagen.	Bijdragen en rijkstegemoetkomingen gelijk aan 27 % van de begrotingsvooruitzichten van de uitgaven voor de verzekering voor geneeskundige verzorging. (art. 121). Uitkering door de Staat van een forfaitaire bijdrage voor iedere werkloosheidsdag.

Opmerkingen.

— In het verslag van de parlementaire Werkgroep wordt gewag gemaakt van rijkstoelagen, die de bijdragen voor sommige categorieën van rechthebbenden vervangen;	— Geregeld onder de rubriek verdeling der inkomsten (art. 123).
— Revalidatie en herscholing ten laste van het Rijk.	— Tegemoetkoming gelijk aan 100 % van de bij overeenkomst vastgestelde honoraria en prijzen; financiering zoals de overige geneeskundige verzorging (art. 25).

D. — **Verdeling van de inkomsten over de verzekeringsinstellingen.**

Uitkeringen en sociale ziekten.

Terugbetaling van de gedane uitgaven.	Overgenomen (art. 123).

Geneeskundige verzorging (behalve die voor sociale ziekten).

Niets bepaald — Geen eensgezindheid — 2 stellingen.	Bijdragen : volgens waarde van de bijdragebons bij iedere verzekeringsinstelling (art. 123). Rijkstegemoetkoming (art. 123) :

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.
	a) les cotisations payées pour les chômeurs;
	b) la part de la subvention de 27 % au prorata du nombre de pensionnés, veuves et assurés qui sont en incapacité de travail depuis au moins 2 ans et d'autre part du coût moyen des prestations de santé pour chaque groupe.
Contrôle.	
Soustraire à la tutelle des organes de gestion de l'assurance, les autres (= non médicaux) services essentiels de contrôle et notamment le service de l'invalidité et les services de contrôle administratif.	Conseil médical de l'invalidité institué au sein du Service des Indemnités (art. 41). Institution d'un Service du contrôle administratif avec autonomie technique (art. 91). Le Roi nomme les inspecteurs du Service du Contrôle administratif (art. 117).
Collaboration des personnes et établissements dispensant les soins.	
A. — **Médecins.**	
1) *Le cadre général des conventions.*	
Conventions régionales pour les soins de médecine courante, adaptées aux conditions particulières en matière de pratique de la médecine, la rémunération des médecins, le contrôle des prestations.	Conventions collectives à approuver par le Ministre de la Prévoyance sociale et auxquelles les personnes intéressées adhèrent individuellement (art. 26, 27, 28, 33, 34). *Procédure :*
Pour les autres soins rien de précisé.	Convention nationale. A défaut de cette convention dans le mois : convention régionale. A défaut de cette convention : conventions individuelles. Si les conventions ne sont pas entrées en vigueur le 31 décembre 1963 : les honoraire et prix sont fixés par la loi (art. 151).
2) *Teneur de la collaboration.*	
Médecin-traitant. Domiciliation de chaque assuré chez un médecin de famille déterminé.	Pas repris — instauration d'un « carnet de prestations » (art. 37).

Verslag van de parlementaire Werkgroep	Wetsontwerp.
	a) de bijdragen betaald voor werklozen;
	b) het deel van de toelage van 27 % naar rata van het aantal gepensioneerden, weduwen en verzekerden die ten minste gedurende twee jaar arbeidsongeschikt zijn, en anderdeels, van de gemiddelde kostprijs van de geneeskundige verstrekkingen voor elke groep.
Controle.	
De andere (= niet geneeskundige) essentiële controlediensten en in het bijzonder de invaliditeitsdienst en de diensten voor administratieve controle onttrekken aan het toezicht van de beheersorganen der verzekering.	Geneeskundige Raad voor invaliditeit ingesteld in de Dienst voor uitkeringen (art. 41)). Instelling van een Dienst voor administratieve controle met technische autonomie (art. 91). De Koning benoemt de inspecteurs van de Dienst voor administratieve controle (art. 117).
Medewerking van de personen en instellingen die verzorging verstrekken.	
A. — **Geneesheren.**	
1) *Het algemeen kader van de overeenkomsten.*	
Gewestelijke overeenkomsten voor de courante geneeskundige verzorging, aangepast aan de bijzondere voorwaarden inzake de praktijk van de geneeskunde, de bezoldiging van de artsen, de controle op de verstrekkingen.	Collectieve overeenkomsten goed te keuren door Minister van Sociale Voorzorg, en waartoe de betrokken personen individueel toetreden (art. 26, 27, 28, 33, 34). *Procedure :*
Voor de overige verzorging niets nader bepaald.	Nationale overeenkomst. Bij ontstentenis hiervan binnen de maand : gewestelijke overeenkomst. Bij ontstentenis hiervan : individuele overeenkomsten. Indien de overeenkomsten niet in werking zijn getreden op 31 december 1963 dan worden de honoraria en prijzen bij de wet vastgesteld (art. 151).
2) *Draagwijdte van de medewerking.*	
Huisarts. Woonstkeuze van elke verzekerde bij een bepaalde gezinsarts.	Niet overgenomen — Invoering van « verstrekkingenboekje » (art. 37).

Rapport du groupe de travail parlementaire.	Projet de loi.
Ce dernier est remboursé, soit :	
— suivant un système d'abonnement (cela comporte pour les médecins intéressés un statut social ainsi que des avantages d'ordre fiscal) ;	Système d'abonnement non retenu. Statut social : voir Exposé des motifs.
— suivant le système à la vacation.	Généralisation du système à la vacation.

3) *Rapports entre médecins-traitants et spécialistes.*

Mission d'orientation du médecin-traitant. Pas d'unanimité concernant les conditions dans lesquelles un médecin-spécialiste peut être consulté :	
— soit uniquement consultation du spécialiste sur renvoi du médecin-traitant;	La troisième possibilité a été retenue et adaptée : information obligatoire du médecin-traitant ou du médecin-conseil (art. 36).
— soit remboursement moindre si le spécialiste est consulté sans renvoi du médecin-traitant;	
— soit librement; le médecin-spécialiste tient le médecin-traitant au courant.	

B. — **Pharmaciens.**

Rien de prévu.	Une convention nationale fixe le montant des honoraires pour préparations magistrales et établit des règles relatives aux honoraires de responsabilité pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques (art. 34).

C. — **Etablissements hospitaliers.**

Conventions.	Engagement par les établissements d'appliquer le « taux de journée d'entretien arrêté » (art. 33).

2. — **Solidarité et responsabilité.**

Il suffit d'un coup d'œil sur le rapport du groupe de Travail parlementaire pour se rendre compte de l'étendue de l'échange de vues consacré au pluralisme, d'une part, et à la création d'un service de santé national, d'autre part.

Verslag van de parlementaire Werkgroep.	Wetsontwerp.
Deze laatste wordt vergoed, hetzij :	
— volgens een abonnementsstelsel (hieraan zijn voor de betrokken geneesheren sociaal statuut en fiscale voordelen verbonden);	Abonnementsstelsel niet in aanmerking genomen. Sociaal statuut : zie Memorie van Toelichting.
— per verstrekking.	Stelsel van beloning per verstrekking veralgemeend.

3) *Betrekkingen tussen huisarts en specialist.*

Oriënteringstaak van de huisarts. Geen eensgezindheid aangaande de voorwaarden waaronder een specialist geraadpleegd kan worden :	
— hetzij alleen raadpleging van specialist op aanwijzing van huisarts;	Het derde middel werd in aanmerking genomen en aangepast : verplichte kennisgeving aan huisarts of aan medische adviseur (art. 36).
— hetzij lagere uitkering indien raadpleging van specialist zonder aansporing van huisarts gebeurt;	
— hetzij vrijelijk; de geneesheer-specialist houdt huisarts op de hoogte.	

B. — **Apothekers.**

Niets bepaald.	Nationale overeenkomst bepaalt het bedrag van de honoraria voor magistrale bereidingen en stelt regelen betreffende verantwoordelijkheidshonoraria op aflevering specialiteiten (art. 34).

C. — **Verplegingsinrichtingen.**

Overeenkomsten.	Verbintenis vanwege instellingen, « het vastgestelde bedrag per verpleegdag toe te passen (art. 33).

2. — **Solidariteit en verantwoordelijkheid.**

Een oogslag op het verslag van de Parlementaire Werkgroep volstaat om vast te stellen dat een uitvoerige gedachtenwisseling heeft plaats gehad over het pluralisme enerzijds en de oprichting van een nationale gezondheidsdienst anderzijds.

Le rapport précité écrit ce qui suit à ce sujet :

« Le pluralisme institutionnel a, dès 1945, caractérisé l'organisation de l'assurance maladie-invalidité obligatoire : pour certains, il peut expliquer, au moins partiellement, la dégradation progressive du régime.

Des membres pensent que la liberté donnée aux assurés sociaux de choisir un organisme assureur et de modifier ce choix notamment lorsqu'ils s'estiment lésés par l'application d'une disposition réglementaire, a pu développer chez certains responsables de mutualités, le désir de mécontenter leurs membres le moins possible.

Certains membres du Groupe de Travail estiment cependant que pareille attitude s'explique essentiellement par l'absence de responsabilité précise des organismes assureurs : ils sont devenus des organismes payeurs, ils n'ont été ni suffisamment associés à la gestion, ni assez engagés dans l'organisation même du régime.

Ces mêmes membres sont d'avis que le pluralisme, dans le domaine de l'assurance des soins de santé, est indispenable pour garantir le respect de toutes les convictions; ils pensent d'autre part, que dans une structure appropriée, ce pluralisme est de nature à favoriser l'efficience.

D'autres membres estiment au contraire que le pluralisme nuit à l'efficacité de l'assurance notamment en augmentant ses charges administratives ; l'unification des organismes assureurs serait un moyen de garantir l'égalité de chaque travailleur devant la maladie.

Vos rapporteurs, tous deux d'opinions philosophiques différentes, ont estimé ne pas pouvoir passer sous silence ce problème très délicat.

Ils se sont permis de faire connaître leurs points de vues personnels — chacun dans une note distincte — pour aboutir ensuite à une solution commune.

1. *Le pluralisme.*

Certains de nos compatriotes défendent le pluralisme en toutes choses et à tout prix, sans en peser les avantages ni les inconvénients.

Cette conception est totalement fausse. Elle favorise une multiplication exagérée des institutions et des services qui, en fin de compte, est préjudiciable aux personnes dont on entend défendre les intérêts.

Toutefois, le pluralisme est nécessaire pour certaines institutions, et une des principales parmi celles-ci est l'assurance maladie-invalidité.

Dues à l'initiative et au dévouement de personnes conscientes de leurs responsabilités sociales, les sociétés de secours mutuels ont, pendant plus d'un siècle, fait preuve d'une vitalité fructueuse.

Jusqu'en 1945, l'assurance libre a exercé une influence éducative considérable sur des milliers d'assurés, qui ont ainsi témoigné de prévoyance sociale.

La réglementation en vigueur depuis 1945 a prouvé que l'on peut respecter le pluralisme dans un régime d'assurance obligatoire.

Genoemd verslag vermeldt hieromtrent het volgende :

« Het institutionele pluralisme heeft sedert 1945 de inrichting van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering gekenmerkt : voor sommigen kan het althans gedeeltelijk de geleidelijke degradatie van het regime uitleggen.

Er zijn leden die denken dat de vrijheid, die de sociaal verzekerden werd verschaft om een verzekeringsinstelling te kiezen en die keuze te wijzigen, o.m. wanneer zij zich benadeeld achten door de toepassing van een reglementsbeschikking, bij sommige ziekenfondsverantwoordelijken het verlangen heeft kunnen doen groeien om bij hun leden zo weinig mogelijk mistevredenheid op te wekken.

Sommige leden van de werkgroep zijn nochtans de mening toegedaan dat een dergelijke houding vooral is te verklaren door het gemis aan duidelijk vastgelegde verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen : ze zijn betaalinstellingen geworden, zij werden niet voldoende bij het beheer, noch genoegzaam bij de inrichting zelf van het regime betrokken.

Dezelfde leden zijn van oordeel dat het pluralisme onontbeerlijk is op het vlak van de verzekering voor geneeskundige verzorging teneinde de eerbiediging van alle overtuigingen te vrijwaren; voorts denken zij dat het pluralisme, met een aangepaste structuur, van zulke aard is dat het de doematigheid in de hand werkt.

Andere leden geven daarentegen als hun mening te kennen dat het pluralisme de doeltreffendheid van de verzekering schaadt door n.l. haar administratieve lasten te verhogen — de eenmaking van de verzekeringsinstellingen zou een middel zijn om de gelijkheid van alle werknemers tegenover de ziekte te waarborgen ».

Uw verslaggevers, die ieder tot een van de beide levensbeschouwelijke opvattingen behoren, hebben gemeend dit zeer kies probleem niet onopgemerkt te kunnen voorbijgaan.

Zij hebben zich veroorloofd, elk in een afzonderlijke nota, hun persoonlijk standpunt mee te delen, om daarna te komen tot een gemeenschappelijke oplossing.

1. *Het pluralisme.*

Er zijn in ons land mensen die in alles en te allen prijze het pluralisme verdedigen zonder de voor- en de nadelen ervan af te wegen.

Die opvatting is totaal verkeerd, omdat zij aanleiding geeft tot een overdreven vermenigvuldiging van instellingen en diensten die uiteindelijk nadelig zijn voor de personen wier belangen men wenst te verdedigen.

Sommige instellingen mogen echter aan het pluralisme niet ontsnappen; een van de voornaamste hiervan is de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Geboren uit het initiatief en de toewijding van sociaalvoelende mensen, hebben de maatschappijen van onderlinge bijstand over een periode die zich over meer dan een eeuw uitstrekt, het bewijs geleverd van hun vruchtbare levenskracht.

De vrijwillige verzekering heeft tot 1945 een aanzienlijke opvoedende invloed gehad op de vele duizenden verzekerden, die aldus blijk hebben gegeven van sociale voorzienigheid.

De reglementering sedert 1945 heeft het bewijs geleverd dat, in een stelsel van verplichte verzekering, het pluralisme kan geërbiedigd worden.

Aucun autre problème n'est plus intimement lié aux conceptions personnelles de la vie que celui des soins de santé.

Qu'il suffise de rappeler l'émoi d'une grande partie de l'opinion publique devant le verdict prononcé dans l'affaire dite du Softénon et qui portait atteinte au droit de vivre.

Souvent, les problèmes de la santé concernent si intimement la personne que préférence est donnée à des rapports confiants entre les individus et les établissements de même conviction.

Les tenants du pluralisme n'ont pas d'intentions politiques cachées; on prétend à tort que la décision de maintenir plusieurs organismes assureurs cache des intentions de ce genre et, de même, que le déficit de l'assurance-maladie est dû aux « mutualités politiques ».

En plus des raisons de principe qui nous font défendre notre point de vue, d'autres encore plaident en faveur du maintien de la situation actuelle.

Notre population est attachée aux possibilités d'expansion offertes par l'initiative privée dans de nombreux domaines de la vie sociale; elle y voit, à bon droit, une garantie de progrès et d'adaptation sociale à des besoins sans cesse nouveaux, une garantie de confiance et d'humanité dans les rapports mutuels. Dans le domaine très important des soins de santé, chacun appréciera ces qualités de l'initiative privée à leur juste valeur.

D'ailleurs, les mutualités de notre pays peuvent se prévaloir d'une longue expérience; par l'honorable préoccupation sociale dont elles font preuve à l'égard des besoins des personnes de condition modeste, par l'extension appropriée de leur organisation qui reste le plus près possible des membres, elles méritent la confiance et l'appui du législateur.

De par sa nature, l'initiative privée s'accompagne d'une certaine diversité et d'une certaine émulation entre les organismes intéressés. Du point de vue du bien général, on peut en attendre une influence stimulante salutaire, dans le cas de l'assurance-maladie obligatoire également. Certes, une sécurité sociale moderne ne peut que difficilement s'imaginer sans l'égalité des assurés sociaux devant toutes les prestations essentielles. Ceci n'empêche pas que, dans ce domaine également, certaines formes de rivalités socialement utiles ne subsistent : nous pensons ici par exemple aux avantages complémentaires que les organismes assureurs peuvent, dans certaine conditions, accorder à leurs assurés; d'ailleurs, cette saine émulation se manifestera surtout par le niveau et la qualité des services rendus aux assurés.

Les mutualités sont d'autant plus dignes de la confiance du législateur qu'elles disposent en tant que démocratiques associations sans but lucratif d'un statut social propre, qui leur a été octroyé en vertu de la loi du 23 juin 1894. Les préoccupations, les suggestions et les souhaits des assurés sociaux sont toujours bien accueillis par les mutualités; c'est par elles aussi que la population assurée influence la politique des pouvoirs publics.

2. *Service national de santé et solidarité.*

A la thèse du pluralisme et de la responsabilité des organismes assureurs s'est opposée, dès l'instauration de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, celle du Service National de Santé et de la solidarité intégrale entre tous les assurés sociaux.

Geen enkel probleem houdt zo nauw verband met de persoonlijke levensopvattingen als dat van de geneeskundige verzorging.

Het moge volstaan te herinneren aan de opspraak bij een groot deel van de openbare opinie verwekt wegens de uitspraak van het zogenaamde Softenonproces waardoor het recht op het leven in het gedrang werd gebracht.

Aangelegenheden met betrekking tot de gezondheid raken zo dikwijls de intimiteit van de persoon, dat de voorkeur gegeven wordt aan een vertrouwensrelatie tegenover personen en instellingen, die dezelfde overtuiging delen.

De verdedigers van het pluralisme hebben geen politieke bijbedoelingen; het is verkeerd te beweren dat achter de verdediging omtrent het behoud van meerdere verzekeringsinstellingen politieke bijbedoelingen schuil gaan, zoals het verkeerd is te beweren dat het deficit in de ziekteverzekering te wijten is aan de « politiekmutualistische organismen ».

Buiten de principiële redenen, die ons aanzetten tot verdediging van ons standpunt, zijn er nog andere die pleiten voor het behoud van de bestaande toestand.

Onze bevolking is gehecht aan de mogelijkheden tot ontplooiing van het particulier initiatief op velerhande gebieden van het sociaal leven; zij ziet hierin terecht een waarborg van vooruitgang en sociale aanpassing aan steeds nieuwe behoeften van vertrouwen en menselijkheid in de wederzijdse verhoudingen. Op het belangrijk gebied van de geneeskundige verzorging zal elkeen aan deze hoedanigheden van het particulier initiatief naar waarde weten te schatten.

Overigens kunnen de ziekenfondsen in ons land op een lange ondervinding bogen en verdienen zij, door haar eerlijke sociale bekommernis om de noden van de kleine man, door de aangepaste uitbouw van haar organisatie, die zo dicht mogelijk bij de leden blijft, het vertrouwen en de steun van de wetgever.

Het particulier initiatief gaat uiteraard gepaard met een zekere verscheidenheid en een zekere wedijver onder de betrokken organismen. Uit het standpunt van het algemeen welzijn mag hiervan een heilzame stimulerende invloed verwacht worden, ook op het gebied van de verplichte ziekteverzekering. Zeker, een moderne sociale zekerheid is moeilijk denkbaar zonder gelijkheid onder de sociaal verzekerden ten opzichte van alle essentiële verstrekkingen. Dit belet evenwel niet dat ook op dat gebied zekere vormen van sociaal-nuttige rivaliteit kunnen beward blijven : wij denken hier o.m. aan de bijkomende voordelen welke de verzekeringsinstellingen onder bepaalde voorwaarden aan hun verzekerden kunnen verstrekken; overigens zal deze gezonde wedijver zich vooral doen gelden inzake het peil en de kwaliteit van het aan de verzekerden verstrekte dienstbetoon.

De ziekenfondsen zijn des te meer het vertrouwen van de wetgever waard daar zij, als democratische verenigingen zonder winstbejag over een eigen sociaal statuut beschikken, hun toegekend krachtens de wet van 23 juni 1894. In de ziekenfondsen vinden de bekommernissen, de wensen en de suggesties van de sociaal verzekerden een weerklank; door de ziekenfondsen laten de verzekerde bevolkingsgroepen hun invloed gelden op het overheidsbeleid.

2. *Nationale gezondheids- en solidariteitsdienst.*

Tegenover het denkbeeld van het pluralisme en van de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen is vanaf de invoering van de verplichte ziekteverzekering het idee van de Nationale Gezondheids- en Solidariteitsdienst gesteld, waarbij alle sociaal verzekerden aangesloten zouden zijn.

En fait, la polémique entre le pluralisme et le monolitisme des institutions remonte à plus d'un demi-siècle. En 1913 déjà, M. Camille Huysmans, Ministre d'Etat, écrivait à ce propos : « Il est dangereux de laisser exploiter des œuvres de solidarité sociale par des groupements ou des autorités politiques. Nous devons éviter que les mutualités ne servent qu'à l'enrégimentation politique... »

Les protagonistes d'un Service National de Santé partent du principe que toute la population doit être protégée efficacement contre la maladie et ses conséquences économiques et sociales.

Aucune entrave matérielle ne peut empêcher qui que ce soit de recourir au médecin en cas de nécessité et d'être soigné dans les meilleures conditions possibles.

Au cours des travaux du Groupe Parlementaire chargé de l'étude de la situation de l'assurance maladie-invalidité et des mesures à prendre pour en améliorer le fonctionnement, la constatation a été faite que le coût de la médecine, des thérapeutiques et des techniques modernes utilisées dans l'art de guérir les mettent, du fait des interventions limitées de l'assurance, hors de portée de nombreuses familles.

Un Service National de Santé aurait pour premier objectif de mettre l'Etat en mesure de mener une grande politique nationale de la santé dont toutes les couches de la population devraient bénéficier.

La sécurité sociale est, avant tout, une œuvre de solidarité humaine, ce qui implique la mise en commun des moyens dont la communauté dispose pour lutter contre les risques qui guettent le travailleur et les membres de sa famille.

Dans tous les secteurs de la sécurité sociale, cette solidarité est intégrale. Là où elle n'existait pas complètement, des dispositions légales ont garanti une compensation complète entre tous les risques. Tel est notamment le cas dans le secteur des allocations familiales.

Dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, un Service National de Santé automatiserait cette compensation des risques et garantirait un traitement identique à tous les assurés sociaux comme à l'ensemble de la population. Car un tel service tendrait à la dispensation des prestations de santé à tous les citoyens du pays.

Encore que l'on puisse imaginer un Service National de Santé au sein duquel les organismes assureurs joueraient un rôle d'organismes payeurs semblable à celui des Caisses syndicales agréées pour le paiement des allocations de chômage, les protagonistes de ce Service n'ont jamais caché leur hostilité à l'égard du système pluraliste dans lequel ils voient un obstacle à la coordination et à la rationalisation des initiatives prises dans le domaine de la dispensation des soins et des autres prestations de l'assurance. S'ils reconnaissent volontiers que la conception que nous nous faisons de la démocratie implique la liberté pour chacun d'adhérer aux organisations philosophiques, politiques et sociales de son choix ou de n'adhérer à aucune, ils n'en considèrent pas moins que tous les assurés sociaux, quelles que soient leurs convictions politiques ou philosophiques, leur profession, leur âge ou l'endroit où ils habitent, doivent avoir la certitude d'obtenir, en cas de maladie, tous les soins que leur état requiert et cela dans des conditions identiques. Autrement dit : chacun doit être l'égal de chacun devant la maladie.

La notion de la responsabilité a été intimement liée à celle du pluralisme des organismes assureurs. Longtemps,

In feite gaat de polemiek tussen het pluralisme en het monolitisme der instellingen terug tot vóór een halve eeuw. In 1913 schreef Minister van Staat Camille Huysmans reeds daaromtrent : « Het is gevaarlijk werkzaamheden van sociale aard te laten exploiteren door politieke groepen of figuren. Wij moeten voorkomen dat de ziekenfondsen slechts instrumenten voor het werven van politieke leden worden... »

De voorstanders van een Nationale Gezondheidsdienst gaan uit van het beginsel dat de gehele bevolking doelmatig tegen de ziekte en dezer economische en sociale gevolgen beveiligd moet zijn.

Niemand mag materieel gehinderd zijn om de hulp van een arts in te roepen telkens als dit noodzakelijk is, en om in de best mogelijke omstandigheden verzorgd te worden.

Tijdens de werkzaamheden van de Parlementaire Werkgroep, belast met de studie van de problemen van de ziekte- en invaliteitsverzekering en van de maatregelen die moeten getroffen worden om de werking ervan te verbeteren, is geconstateerd dat de kosten van de geneeskundige hulp, van de moderne therapie et de moderne technieken waarop de geneeskunde een beroep doet, het talrijke gezinnen onmogelijk maken van deze middelen gebruik te maken.

Een Nationale Gezondheidsdienst zou als eerste oogmerk hebben een groots opgevat nationaal gezondheidsbeleid te voeren, dat alle bevolkingsklassen ten goede moet komen.

De sociale zekerheid is vóór alles een werk van menselijke solidariteit, wat vooropstelt dat de middelen die de gemeenschap ter beschikking staan om te strijden tegen de risico's welke de werknemer en diens gezinsleden bedreigen, binnen het bereik van allen gesteld moeten worden.

Deze solidariteit is in alle sectoren van de sociale zekerheid volledig. Waar zij nog niet volledig was, voorzien wettelijke maatregelen in een volledige verevening tussen alle risico's. Zulks is namelijk het geval in de sector kinderbijslag.

In het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zou een Nationale Gezondheidsdienst deze verevening van risico's automatisch tot stand brengen en daaruit zou ook een identieke behandeling van alle sociale verzekerden en van de ganse bevolking volgen. Immers, een dergelijke dienst zou het verstrekken van geneeskundige verzorging aan alle Belgen op het oog hebben.

Al kan men zich een Nationale Gezondheidsdienst voorstellen waarin de verzekeringsinstellingen de rol van uitbetalingsinstellingen zouden spelen — in de aard van de taak die de erkende syndikale kassen voor de uitbetaling van de werkloosheidsuitkering vervullen — toch hebben de voorstanders van deze dienst nooit verheeld dat zij gekant blijven tegen het pluralistische systeem, waarin zij een belemmering zien voor de coördinatie en de rationalisatie van de initiatieven welke dienen te worden genomen op het terrein van de verstrekking van geneeskundige verzorging en van de andere prestaties der verzekering. Zij erkennen volgaarne dat de opvatting, welke wij omtrent de democratie huldigen, impliceert dat elkeen vrij moet zijn om deel uit te maken van de filosofische, politieke en sociale organisaties naar zijn keuze, of bij dergelijke organisaties helemaal niet aan te sluiten. Maar zij menen tevens dat alle sociale verzekerden, ongeacht hun politieke of filosofische overtuiging, hun beroep, hun leeftijd of hun woonplaats, de zekerheid moeten hebben in geval van ziekte alle door hun toestand vereiste verzorging bekomen en wel onder dezelfde voorwaarden. M.a.w. ieder moet gelijk zijn tegenover de ziekte.

Het begrip verantwoordelijkheid werd nauw verbonden met het begrip pluralisme van de verzekeringsinstellingen.

elle a été comprise comme faisant obligation aux organismes assureurs d'assurer un parfait équilibre entre leurs recettes et leurs dépenses alors que, pour l'essentiel, ces éléments leur échappent parce qu'ils dépendent pour une part importante de la composition sociale de leurs effectifs en même temps que de leur répartition géographique.

Si telle était la conception de la responsabilité, elle irait à l'encontre de celle de la solidarité car elle aurait pour résultat que des travailleurs, soumis au même régime de sécurité sociale, seraient traités différemment selon la situation financière de leur organisme assureur.

Une telle situation serait inacceptable. Elle n'existe d'ailleurs, soulignons-le encore, dans aucun autre secteur de la sécurité sociale !

Il apparaît toutefois — et c'est là un des résultats tangibles des contacts auxquels le groupe parlementaire de travail a donné lieu — que la notion de « responsabilité » peut et doit être comprise autrement.

Il ne serait pas juste de croire que les tenants du Service National de Santé et de la solidarité intégrale soient des adversaires absolus de toute forme de responsabilité.

Compte-tenu de ce que le pluralisme des organismes assureurs reste une réalité, ils sont d'avis que tous ceux qui participent à l'assurance : organismes assureurs, assurés, médecins, pharmaciens, établissements hospitaliers, doivent assumer chacun la responsabilité la plus complète pour la bonne organisation et le bon fonctionnement en vue d'aboutir avec le minimum de dépenses à la plus grande efficacité.

En ce qui concerne plus particulièrement les organismes assureurs, ceux-ci doivent être placés au départ dans des conditions telles qu'ils soient en mesure de faire face à toutes les obligations que l'assurance leur impose. C'est ici que nous pensons que les notions des responsabilité et de solidarité se rencontrent pour se compléter.

La solidarité doit exister non seulement entre tous les travailleurs cotisant à la sécurité sociale mais aussi entre cette fraction de la population dont le travail quotidien est indispensable à la prospérité du pays et la collectivité nationale tout entière représentée par l'Etat.

Cette solidarité se concrétise par la compensation des risques et la ventilation adéquate des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs.

La responsabilité commence à jouer au moment où chaque organisme assureur ayant reçu les moyens matériels de faire face à ses obligations et étant garanti contre les événements fortuits pouvant se produire, épidémies, récession économique, n'a plus à jouer son rôle d'intermédiaire entre les assurés et l'assurance. Ce rôle est d'une importance capitale. Il requiert des efforts d'organisations dont, dans le cadre du système pluraliste, on peut concevoir qu'ils soient de la responsabilité des organismes assureurs.

3. *Considérations communes.*

Ce serait faire erreur que de considérer le présent projet comme marquant une défaite pour l'une des tendances et une victoire pour l'autre.

Ce serait une erreur plus grande encore que d'opposer la notion de « solidarité » à celle de « responsabilité ».

Gedurende lange tijd werd zij opgevat als de verplichting voor de verzekeringsinstellingen om hun inkomsten en uitgaven volkomen in evenwicht te houden, ofschoon deze gegevens grotendeels aan hun controle ontsnappen, daar zij in grote mate afhankelijk zijn van de sociale samenstelling van hun leden als geheel genomen en van dezer geografische spreiding.

Een dergelijke opvatting van de verantwoordelijkheid druist in tegen de solidariteit, want zij zou ertoe leiden dat werknemers, aan dezelfde regeling inzake sociale zekerheid onderworpen, een verschillende behandeling ondergaan naar gelang van de financiële toestand van hun verzekeringsinstelling.

Een dergelijke toestand ware onaanvaardbaar en komt trouwens, wij herhalen het met nadruk, in geen andere sector van de sociale zekerheid voor.

Het blijkt nochtans — en dit is één van de tastbare uitslagen van de contacten waartoe de Parlementaire Werkgroep aanleiding heeft gegeven — dat het begrip « verantwoordelijkheid » op een andere manier mag en moet verstaan worden.

Het strookt niet met de werkelijkheid wanneer men denkt dat de voorstanders van de Nationale Gezondheisddienst en van de integrale solidariteit beslist tegenstanders zijn van elke vorm van verantwoordelijkheid.

Rekening gehouden met het feit van het pluralisme van de verzekeringsinstellingen, zijn zij de mening toegedaan dat allen die deel hebben aan de verzekering : verzekeringsinstellingen, verzekerden, geneesheren, apothekers, ziekenhuizen, ieder hun volledige verantwoordelijkheid moeten opnemen met het oog op de goede organisatie en de goede werking, ten einde met een minimum van uitgaven te komen tot de grootste doeltreffendheid.

Wat meer in het bijzonder de verzekeringsinstellingen betreft, zij dienen van het begin af in een toestand geplaatst te worden die ze in staat stelt alle verplichtingen na te komen die de verzekering hun oplegt. En op dit punt zijn wij de mening toegedaan dat de begrippen verantwoordelijkheid en solidariteit elkaar benaderen en aanvullen.

De solidariteit moet niet alleen bestaan onder al de werknemers die bijdragen tot de sociale zekerheid, maar ook bij dat deel van de bevolking waarvan dagelijkse arbeid onontbeerlijk is voor de voorspoed van het land en van de ganse nationale gemeenschap, waarvan de Staat de vertegenwoordiger is.

Deze solidariteit neemt een concrete vorm aan in de verening van de risico's en de passende verdeling van de middelen der verzekering onder de verzekeringsinstellingen.

Met de verantwoordelijkheid moet rekening worden gehouden wanneer iedere verzekeringsinstelling de nodige materiële middelen ontvangen heeft om haar verplichtingen na te komen en, beveiligd tegen toevallige gebeurtenissen als epidemieën, economische depressie, nog slechts haar rol van bemiddelaar tussen verzekerden en verzekering dient te spelen. Deze rol is uiterst belangrijk. Zij vergt een inspanning inzake organisatie die, in het raam van een pluralistisch stelsel, tot de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen kan worden gerekend.

3. *Gemeenschappelijke beschouwingen.*

Het zou verkeerd zijn het ontwerp te beschouwen als een nederlaag voor de ene, en een overwinning voor de andere strekking.

Het is daarenboven nog meer verkeerd, de begrippen « solidariteit » en « verantwoordelijkheid » tegenover mekaar te plaatsen.

L'opposition persistante de ces deux notions est, certes, artificielle. Nous estimons que le présent projet de loi démontre très clairement la possibilité d'un rapprochement entre ces deux valeurs.

L'autonomie financière et la responsabilité des organismes se manifestent dans la mesure où, en matière de soins de santé (les maladies sociales exceptées) chacun des organismes dispose des cotisations de ses affiliés et qu'il est amené à organiser ses services d'une façon aussi judicieuse que possible, dans les limites de recettes calculées au préalable et parcimonieusement réparties; la solidarité entre tous les assurés, et, par voie de conséquence, la compensation à l'échelle nationale entre les organismes assureurs, se trouve respectée, non seulement dans le secteur « incapacité de travail » et « maladies sociales », mais aussi dans le secteur « soins de santé », la répartition des subventions de l'Etat tendant à donner des possibilités égales à tous les organismes assureurs.

Les subventions de l'Etat, en effet, sont allouées aux organismes assureurs en fonction du nombre de leurs membres ayant la qualité de pensionnés, de veuves et d'invalides. La somme allouée pour chacune de ces catégories d'ayants droit est fixée sur base du coût moyen des prestations de santé, calculée à l'échelle nationale pour chacune des catégories d'ayants droit, compte tenu des chiffres connus relatifs aux trois dernières années.

Confiant en outre la gestion — la gestion financière surtout — à des organisations et à des personnalités assumant déjà des responsabilités en matière d'assurance maladie-invalidité, il est permis d'espérer que le régime nouveau aura une solide base financière et se trouvera placé sous l'autorité de tous ceux qui se déclarent disposés à témoigner à la fois du sens de la solidarité entre les assurés et du sens des responsabilités.

3. — Les avantages sociaux.

L'inefficacité de l'assurance maladie-invalidité a été dénoncée à différentes reprises dans le passé.

En dehors de l'intervention de l'assurance même, les assurés doivent supporter encore un grande partie des frais de maladie, soit parce que les honoraires et les prix des médicaments sont trop élevés, soit en raison du fait que l'assurance n'accorde pas d'intervention, comme c'est le cas d'un certain nombre de médicaments. Cette situation crée surtout des problèmes financiers dans les cas où des interventions chirurgicales sérieuses s'imposent ou en cas d'hospitalisation prolongée et pour les familles nombreuses.

D'autre part, les prestations en cas de perte de salaire sont souvent insuffisantes pour couvrir les besoins les plus urgents de l'assuré et de sa famille. Tout cela n'est pas de nature à donner aux assurés ce sentiment de sécurité qui constitue cependant le but de la sécurité sociale.

Les dispositions proposées dans le projet de loi constituent un effort sérieux pour mettre fin à cette inefficacité.

Si l'on parvient à conclure des conventions sur une base raisonnable et dans le respect des tarifs convenus, si en outre un assainissement peut être réalisé dans les spécialités pharmaceutiques, le but poursuivi sera bientôt atteint.

Le projet prévoit les avantages sociaux suivants en faveur des assurés :

De tegenstelling die tussen de beide begrippen in het leven gehouden wordt is zeker kunstmatig. Wij zijn van oordeel dat het voorliggend wetsontwerp zeer duidelijk aantoont dat beide waarden met elkaar kunnen verzoend worden.

De financiële autonomie en de verantwoordelijkheid van de instellingen komen tot uiting, in zoverre op het gebied van de gezondheidszorgen (behoudens de sociale ziekten) elke instelling over de bijdrage beschikt van de bij haar aangesloten verzekerden, en zij ertoe aangezet wordt om haar diensten zo oordeelkundig mogelijk in te richten in het bestek van de vooraf berekende en toegemeten inkomsten; de solidariteit onder alle verzekerden, en dus de nationale compensatie onder de verzekeringsinstellingen, wordt geëerbiedigd, vooreerst op het gebied van de werkonbekwaamheid en de sociale ziekten, maar ook inzake gezondheidszorgen, aangezien de verdeling van de staatstoelagen ertoe strekt om alle verzekeringstellingen gelijke kansen te bieden.

Deze staatstoelagen worden immers aan de verzekeringsinstellingen toegewezen op basis van het aantal leden gepensioneerden, weduwen en invaliden. Het voor ieder van die gerechtigden toegewezen bedrag wordt berekend uitgaande van de gemiddelde kosten van de gezondheidsverstrekkingen, voor het ganse land vastgesteld voor elke groep van gerechtigden op basis van de jongste drie jaren.

Door daarenboven het beheer — en in hoofdzaak het financieel beheer — toe te vertrouwen aan de organisaties en personen, die betrokken zijn bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering, mag de hoop gekoesterd worden dat het nieuwe stelsel zal geschraagd zijn op een gezonde financiële basis, onder de leiding van allen die naast de solidariteit onder de verzekerden, bereid zijn hun verantwoordelijkheid te dragen.

3. — De sociale voordelen.

In het verleden werd herhaalde malen de ondoelmatigheid van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit aangeklaagd.

De verzekerden moeten buiten de tegemoetkoming van de verzekering zelf nog een groot deel van de ziektekosten dragen omdat de honoraria en de prijzen der geneesmiddelen te hoog zijn, ofwel omdat de verzekering geen tegemoetkoming verleent, zoals dat het geval is voor een aantal geneesmiddelen. Dit schept vooral financiële problemen in gevallen waarin ernstige heelkundige bewerkingen moeten plaats hebben, of bij langdurige verpleging en voor de grote gezinnen.

Anderdeels zijn de uitkeringen in geval van loonverlies vaak onvoldoende om in de meest dringende behoeften van de verzekerde en zijn gezin te voorzien. Dit alles is niet bevorderlijk om aan de verzekerden een gevoel van veiligheid te geven, hetgeen nochtans het doel van de sociale zekerheid is.

De in het wetsontwerp voorgestelde bepalingen zijn een ernstige poging om aan die ondoelmatigheid een einde te stellen.

Indien men er in slaagt overeenkomsten af te sluiten op een redelijke basis en met inachtneming van de overeengekomen tarieven, indien daarenboven de farmaceutische specialiteiten gesaneerd kunnen worden, zal het vooropgestelde doel weldra verwezenlijkt worden.

Het ontwerp bevat voor de verzekerden de volgende sociale voordelen :

Indemnités.

1. *L'indemnités d'incapacité primaire* (1re année de l'incapacité de travail) s'élève *à 60 % au moins de la rémunération perdue sur laquelle ont été prélevées les cotisations.*

Régime actuel : 60 % de maximum 6.000 francs/mois = indemnité journalière maximum de 150 francs.

Projet de loi : 60 % du plafond mensuel actuel = indemnité journalière de 196 francs.

Possibilité pour le Comité de gestion de fixer un pourcentage supérieur à 60 %.

2. *L'indemnité d'incapacité prolongée* (2e et 3e années de l'incapacité) s'élève *à 60 % au moins de la rémunération perdue sur laquelle ont été prélevées les cotisations.*

Régime actuel : indemnité maximum de 124 francs par jour.

Projet de loi : indemnité maximum de 196 francs par jour.

Possibilité pour le Comité de gestion de fixer un pourcentage supérieur à 60 %.

3. *L'indemnité d'invalidité = au moins égale à l'indemnité d'incapacité prolongée.*

Pour les travailleurs en seconde année de l'incapacité à la date d'entrée en vigueur de la loi, il est prévu qu'ils conservent le bénéfice de l'indemnité dont ils bénéficient; toutefois, possibilité est donnée au Roi de modifier le montant de cette indemnité qui ne pourra être inférieure au montant de la pension de vieillesse.

* * *

Financement.

Indemnités d'incapacité primaire : à charge des cotisations.

Indemnités d'incapacité prolongée :

50 % à charge des cotisations;
50 % à charge de l'Etat.

Indemnités d'invalidité et allocations pour frais funéraires :

5 % à charge des cotisations;
95 % à charge de l'Etat.

Soins de santé.

1. *Conventions.*

a) En fonction des honoraires et prix conventionnels, les *soins spéciaux* sont *intégralement remboursés* par l'assurance-soins de santé.

b) Les *soins courants* sont *remboursés à raison de 75 %* des honoraires conventionnels.

Uitkeringen.

1. *Het ziekengeld* (eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid) beloopt *ten minste 60 % van het gederfde loon waarop de bijdragen zijn ingehouden.*

Huidige regeling : 60 % van maximaal 6.000 frank/maand = maximale daguitkering van 150 frank.

Wetsontwerp : 60 % van max. het huid. maandgrensbedrag = maximale daguitkering van 196 frank.

Mogelijkheid voor het beheerscomité een hoger percentage dan 60 % vast te stellen.

2. *De uitkering bij voortdurende ongeschiktheid* (2de en 3de jaar van de ongeschiktheid) beloopt *ten minste 60 % van het gederfde loon waarop de bijdragen zijn ingehouden. uitkering bij voortdurende ongeschiktheid.*

Huidige regeling : maximale uitkering van 124 frank per dag.

Wetsontwerp : maximale uitkering van 196 frank per dag.

Mogelijkheid voor het beheerscomité een hoger percentage dan 60 % vast te stellen.

3. *De invaliditeitsuitkering = ten minste gelijk aan de uitkering wegens voortdurende ongeschiktheid.*

Voor de werknemers die in het 2de jaar van de ongeschiktheid zijn op de datum van inwerkingtreding der wet, is bepaald dat zij de uitkering die zij genieten behouden; de Koning wordt echter de mogelijkheid verleend het bedrag van die uitkering te wijzigen zonder dat dit minder mag bedragen dan het bedrag van het ouderdomspensioen.

* * *

Financiering.

Ziekengeld : ten laste van de bijdragen.

Uitkeringen bij voortdurende ongeschiktheid :

50 % ten laste van de bijdragen;
50 % ten laste van het Rijk.

Invaliditeitsuitkeringen en uitkeringen voor begrafeniskosten :

5 % ten laste van de bijdragen;
95 % ten laste van het Rijk.

Geneeskundige verzorging.

1. *Overeenkomsten.*

a) De *speciale verzorging* wordt door de verzekering voor geneeskundige verzorging *volledig vergoed* op grond van de overeenkomstenhonoraria en -prijzen.

b) De *gewone verzorging* wordt *vergoed tegen 75 %* van de bij overeenkomst vastgestelde honoraria.

2. *Intervention personnelle uniforme* des bénéficiaires dans le coût des *spécialités pharmaceutiques :* cette intervention sera dorénavant calculée en fonction du coût moyen des spécialités pharmaceutiques, quel que soit le prix de la spécialité délivrée.

3. *Veuves, orphelins, pensionnés, bénéficiaires d'indemnités d'incapacité prolongée ou d'invalidité et personnes à leur charge : couverture complète du coût des soins.*

a) Honoraires conventionnels réduits pour les soins courants; pas d'intervention personnelle à charge de ces personnes;

b) honoraires conventionnels préférentiels pour fournitures pharmaceutiques;

c) le Roi déterminera les conditions dans lesquelles l'intervention personnelle dans le coût des spécialités pharmaceutiques ne sera pas ou ne sera que partiellement mise à charge de ces personnes.

4. *Hospitalisation.*

L'*assurance augmentera* le *montant* de son *intervention* dans le taux de la journée d'intretien des établissements hospitaliers.

D'autre part, le Ministère de la Santé publique prendra des mesures pour parfaire l'intervention de l'assurance par une subvention de l'Etat.

* * *

L'Etat prend à charge 95 % des frais afférents aux *maladies sociales.*

4. — Structure.

La structure du système paraît assez compliquée à première vue, mais il est presque impossible qu'il en soit autrement.

Le projet de loi prévoit l'institution d'un organisme central appelé *Institut national d'assurance maladie-invalidité.*

Cet organisme parastatal absorbera les membres du personnel de l'actuel Fonds national d'assurance maladie-invalidité, en tenant compte de leurs droits acquis.

Nous avons tenu à mettre en relief cette disposition afin d'ôter l'impression que la création de services et organismes nouveaux permettra de procéder à des recrutements massifs.

Au cours d'une réunion de la Commission, le Ministre a déclaré expressément que le personnel du Fonds actuel suffit pour assurer le démarrage du nouveau système, et que les modification de cadre ultérieures ne pourront se faire que sur proposition du Conseil général de l'Institut national.

Le Conseil général est chargé de la coordination entre les services et est compétent en toutes matières de personnel, à l'exception des membres du personnel qui appartiennent au contrôle médical et au contrôle administratif.

2. *Eenvormig persoonlijk aandeel* van de rechthebbenden in de kosten van de *farmaceutische specialiteiten :* dat aandeel zal voortaan worden berekend op grond van de gemiddelde kosten der farmaceutische specialiteiten, welke ook de prijs van de afgeleverde specialiteit zij.

3. *Weduwen, wezen, gepensioneerden, rechthebbenden op uitkeringen bij voortdurende ongeschiktheid of invaliditeit en personen te hunnen laste : volledige dekking van de kosten der verzorging.*

a) Verminderde overeenkomstenhonoraria voor de gewone verzorging; geen persoonlijk aandeel ten laste van die personen;

b) in de overeenkomst vastgestelde voorkeurhonoraria voor farmaceutische verstrekkingen;

c) de Koning zal vaststellen onder welke voorwaarden het persoonlijke aandeel in de kosten van de farmaceutische specialiteiten niet of slechts gedeeltelijk ten laste van die personen komt.

4. *Ziekenhuisverpleging.*

De *verzekering zal* het *bedrag* van haar *tegemoetkoming* per verpleegdag voor verplegingsinrichtingen verhogen.

Voorts zal het Ministerie van Volksgezondheid maatregelen treffen om de tegemoetkoming van de verzekering met een Rijkstoelage aan te vullen.

* * *

Het Rijk neemt 95 % ten laste van de kosten voor de *sociale ziekten.*

4. — De structuur.

De structuur van het stelsel lijkt op het eerste gezicht vrij ingewikkeld, maar het kan moeilijk anders.

Het wetsontwerp voorziet een overkoepelend orgaan dat de naam krijgt van : *Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsvergoeding.*

Deze parastatale instelling neemt het personeel over van het thans bestaande Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit, met al zijn verworven rechten.

Wij hebben op deze bepaling de aandacht gevestigd om de indruk weg te nemen dat de oprichting van de nieuwe organen en diensten de gelegenheid biedt over te gaan tot massale personeelsaanwervingen.

Tijdens een der Commissievergaderingen verklaarde de Minister uitdrukkelijk dat het personeel van het huidige Rijksfonds volstaat om met het nieuwe stelsel van wal te steken, en latere kaderwijzigingen slechts zullen kunnen doorgevoerd worden op voorstel van de algemene Raad van het Rijksinstituut.

De algemene Raad staat in voor de coördinatie onder de diensten, en hij is bevoegd voor alle personeelsaangelegenheden, met uitzondering van die der personeelsleden die behoren tot de geneeskundige en de administratieve controle.

Le Conseil contrôle les budgets et les comptes des services généraux qu'il doit soumettre au Ministre de la Prévoyance sociale, accompagnés de son avis.

Comme le groupe de travail l'a proposé dans son rapport, l'assurance maladie-invalidité est scindée en deux services :

— l'assurance-indemnités;

— l'assurance-soins de santé.

Ces deux services sont gérés séparément; le comité de gestion de chaque service est responsable financièrement et techniquement de tout ce qui est de sa compétence.

Le système prévoit en outre un contrôle médical et un contrôle administratif indépendants.

Les dispositions relatives au contrôle médical ont été reprises en majeure partie à la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier; d'autres mesures prévues par cette loi sont maintenues.

D'autre part, le système reste basé sur le pluralisme et le maintien des organismes d'assurances existants, ce qui garantit le libre choix.

Leur mission est inchangée. En matière d'assurance-indemnités, ils continuent à payer les indemnités d'incapacité de travail et l'allocation pour frais funéraires pour le compte du Service des indemnités.

Dans le cas du service assurance-soins de santé, ils restent les représentants naturels des assurés, et, avec les représentants des personnes qui dispensent les soins, ils ont une part prépondérante dans la gestion de cette assurance.

Mais à côté de cette responsabilité dans le domaine de la gestion, ils ont une responsabilité en matière d'équilibre du régime des soins de santé, eu égard à la solidarisation de la répartition des revenus basés sur les dépenses réelles de chaque organisme d'assurance.

C'est dans la responsabilité financière qui leur est confiée qu'on trouve la raison d'existence des dispositions du projet de loi prévoyant que les organismes d'assurance peuvent affecter une partie de leur boni à l'octroi d'avantages supplémentaires en matière de soins préventifs ou curatifs — en particulier les soins à domicile — sans que ces avantages puissent cependant donner lieu à une augmentation des interventions légales prévues pour les prestations fixées par la loi.

En résumé, la réforme proposée a pour objet d'assurer une participation positive à la gestion de l'assurance maladie-invalidité à tous les intéressés : employeurs, travailleurs, organismes d'assurance, médecins, pharmaciens, praticiens de l'art dentaire et établissements hospitaliers.

Il en résulte que le rôle de l'Exécutif est limité. En dehors, de sa tâche qui consiste à prendre les mesures d'exécution prévues par le projet, il veillera principalement :

— à l'équilibre financier, en donnant son approbation aux budgets et aux comptes;

— à prévenir des dépenses de gestion exagérées en fixant le cadre du personnel que les organismes de gestion ne peuvent pas dépasser pour procéder à des nominations ou à des promotions;

De Raad heeft ook toezicht op de begrotingen en rekeningen van de algemene diensten die hij, met zijn advies, moet voorleggen aan de Minister van Sociale Voorzorg.

Zoals het verslag van de werkgroep had voorgesteld, wordt de ziekteverzekering gesplitst in twee diensten :

— de uitkeringsverzekering;

— de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Beide diensten worden afzonderlijk beheerd; het beheerscomité van elke dienst draagt de financiële en technische verantwoordelijkheid voor alle aangelegenheden die onder zijn bevoegdheid vallen.

Daarenboven voorziet het stelsel eveneens in een zelfstandige geneeskundige controle, en in een zelfstandige administratieve controle.

De bepalingen omtrent de geneeskundige controle werden grotendeels overgenomen uit de wet voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel van 14 februari 1961; andere, door deze wet vastgestelde maatregelen, worden behouden.

Anderzijds blijft het stelsel berusten op het pluralisme en het behoud van de bestaande verzekeringsinstellingen waardoor de vrije keuze gewaarborgd is.

Hun opdracht blijft ongewijzigd. Inzake de uitkeringsverzekering betalen zij verder de vergoedingen voor arbeidsongeschiktheid en voor begrafeniskosten, en dit voor rekening van de Dienst voor uitkeringen.

In de dienst Verzekering voor geneeskundige verzorging blijven zij de natuurlijke vertegenwoordigers van de verzekerden, en zij hebben, samen met de vertegenwoordigers van degenen die verzorging verstrekken een overwegend deel in het beheer van die verzekering.

Doch benevens die verantwoordelijkheid voor het beheer wordt hun een verantwoordelijkheid opgedragen met betrekking tot het evenwicht van de regeling voor geneeskundige verzorging, gelet op de solidariteit inzake verdeling der inkomsten, welke gebaseerd zijn op de wettelijke uitgaven van iedere verzekeringsinstelling.

De hun opgedragen financiële verantwoordelijkheid ligt ten grondslag aan de bepalingen van het wetsontwerp waarbij wordt beschikt dat de verzekeringsinstellingen een gedeelte van hun boni mogen aanwenden om aanvullende voordelen toe te kennen inzake preventieve of curatieve verzorging — in het bijzonder de « home care » — zonder dat die voordelen evenwel tot verhoging mogen strekken van de wettelijke tegemoetkomingen welke voor de in de wet vastgestelde verstrekkingen zijn bepaald.

Samengevat, is het doel van de voorgestelde hervorming, positieve medezeggenschap in het beheer van de ziekte- en invaliditeitsverzekering geven aan allen die er bij betrokken zijn : werkgevers, werknemers, verzekeringsinstellingen, geneesheren, apothekers, tandartsen en verplegingsinrichtingen.

De rol van de uitvoerende macht is hierdoor beperkt. Naast het treffen van de uitvoeringsmaatregelen die het ontwerp voorziet, zal zij hoofdzakelijk instaan voor :

— het financiële evenwicht, door haar goedkeuring te hechten aan begrotingen en rekeningen;

— het voorkomen van overdreven beheersuitgaven door het personeelskader vast te leggen buiten hetwelk de beheersorganen geen benoemingen noch bevorderingen kunnen doen;

— à un contrôle objectif par la désignation des médecins-inspecteurs principaux, des médecins-inspecteurs et des contrôleurs administratifs.

En outre, le pouvoir exécutif tire ses pouvoirs de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité est classé parmi les établissements visés à l'article 1er, littera B, de ladite loi.

Cette loi impose à l'organisme de gestion l'obligation de soumettre le budget et les comptes au ministre exerçant le pouvoir de contrôle. Des situations périodiques ainsi qu'un rapport annuel des activités doivent être présentés à ce Ministre.

L'Institut est soumis au pouvoir de contrôle du Ministre compétent; ce contrôle est exercé à l'intervention d'un ou de plusieurs commissaires du gouvernement, nommés par le Roi.

Tout Commissaire du Gouvernement dispose d'un délai de trois jours francs pour prendre son recours contre l'exécution de toute décision qu'il estime contraire à la loi, aux statuts ou à l'intérêt général. Si, dans un délai de quinze jours, le Ministre n'a pas statué, la décision devient définitive.

Suit un schéma de la structure de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

— een objectieve controle door de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, de geneesheren-inspecteurs en de administratieve controleurs aan te wijzen.

De uitvoerende macht ontleent daarenboven haar bevoegdheden uit de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt gerangschikt onder de in artikel 1, letter B bedoelde instellingen.

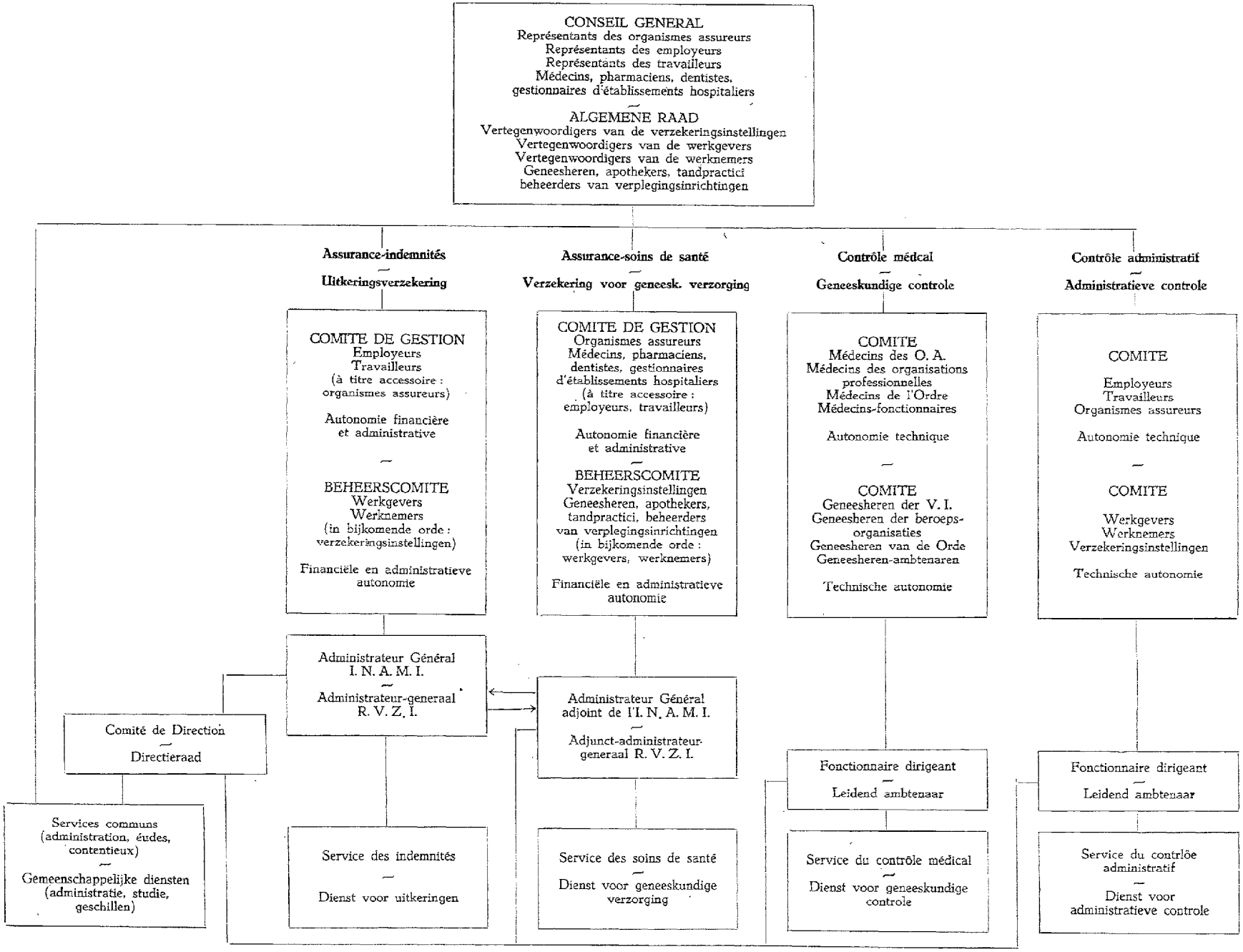
Deze wet legt aan het beheersorgaan de verplichting op, de begrotingen en rekeningen aan de Minister die de controle uitoefent, voor te leggen. Aan dezelfde Minister zullen periodieke overzichten van de financiële toestand, alsmede een jaarverslag over de werkzaamheden doorgestuurd worden.

De instelling staat onder de controle van de bevoegde Minister; deze wordt uitgeoefend door bemiddeling van één of meer door de Koning benoemde regeringscommissarissen.

Ieder regeringscommissaris kan binnen een termijn van drie vrije dagen beroep instellen tegen elke beslissing, die hij met de wet, met de statuten of met het algemeen belang strijdig acht. Indien de Minister binnen een termijn van 15 dagen, geen uitspraak heeft gedaan, wordt de beslissing definitief.

Schematisch voorgesteld ziet de structuur van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering er uit als

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité I. N. A. M. I. | **Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering R. V. Z. I.**



Comparaison entre le nombre de comités, commissions et conseils existant dans le cadre actuel et ceux prévus par le projet de loi.

Le tableau reproduit ci-après mentionne, d'une part, les comités, commissions et conseils fonctionnant dans le régime actuel d'assurance maladie-invalidité et, d'autre part, ceux dont l'institution est prévue par le projet de loi n° 527.

En ce qui concerne les premiers, il convient de souligner que la concentration d'attributions au sein du Comité permanent du Fonds national d'assurance madalie-invalidité, a entraîné la nécessité soit de la création d'un certain nombre de commissions dont la plupart ont fonctionné sans base légitime, soit du recours à la collaboration d'institutions existantes dans le cadre de l'organisation mutualiste mais non prévues par l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité, tel le Collège intermutualiste national.

Le projet de loi n° 527 tend — en les adaptant, lorsqu'il le faut, à la nouvelle structure prévue — à officialiser l'existence de ces commissions ou institutions, dont l'activité s'est révélée indispensable au bon fonctionnement de l'assurance.

Régime actuel.	Projet de loi n° 527.
Fonds national d'assurance maladie-invalidité et *Institut du Contrôle Médical :*	*Institut national d'assurance maladie-invalidité :*
	Conseil général de l'I. N. A. M. I.;
Comité National du F. N. A. M. I.;	Comité de gestion du service des soins de santé;
Comité Permanent du F. N. A. M. I.	Comité de gestion du service des indemnités;
	Comité du service du contrôle administratif.
Commission technique des critères de répartition des recettes :	
Conseil de l'I. C. M.;	
Comité de gestion de l'I. C. M.	Comité du service du contrôle médical.
Fonds national d'assurance maladie-invalidité.	*Service des soins de santé.*
	Conseils scientifiques :
	— maladies sociales;
	— maladies rhumatismales;
	— maladies de l'enfance;
	— gérontologie;
	— évolution de la pharmacologie;
	— odontologie;
	— de l'assurance-soins de de santé dans le cadre des cliniques universitaires.

Vergelijking van het aantal Comité's, Commissies en Raden die in het huidig kader bestaan, met die waarin het wetsontwerp voorziet.

In de tabel hierna worden eensdeels de comité's, commissies en raden opgegeven die werkzaam zijn in de huidige regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en, anderdeels, die waarin het wetsontwerp n^{r} 527 voorziet.

Met betrekking tot de eerstgenoemde, past het te onderstrepen dat het, ingevolge de concentratie van bevoegdheden in de schoot van het Bestendig comité van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit, noodzakelijk was hetzij een zeker aantal commissies in te stellen die meestal werkzaam zijn geweest zonder wettelijke basis, hetzij beroep te doen op de medewerking van binnen het bestek van de ziekenfondsorganisatie bestaande organen, doch waarin het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de ziekte- en invaliditeitsverzekering niet voorziet, zoals namelijk het Landelijk intermutualistisch college.

Het wetsontwerp n^{r} 527 strekt er toe aan het bestaan van die commissies of organen, waarvan de bedrijvigheid noodzakelijk is gebleken voor de degelijke werking van de verzekering, een officieel karakter te geven en ze aan de nieuwe structuur aan te passen wanneer zulks nodig is.

Huidige regeling.	Wetsontwerp n^{r} 527.
Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en *Instituut voor geneeskundige controle :*	*Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering :*
	Algemene Raad van het R. V. Z. I.;
Nationaal Comité van het R. V. Z. I.;	Beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging;
Bestendig Comité van het R. V. Z. I.	Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen;
	Comité van de dienst voor administratieve controle.
Technische Commissie voor de criteria tot omslag van de ontvangsten :	
Raad van het I. G. C.;	
Beheerscomité van het I. G. C.	Comité van de dienst voor , geneeskundige controle.
Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit.	*Dienst voor geneeskundige verzorging.*
	Wetenschappelijke raden :
	— sociale ziekten;
	— reumatische ziekten;
	— kinderziekten;
	— gerontologie;
	— evolutie van de farmacologie;
	— odontologie;
	— van de verzekering voor geneeskundige verzorging binnen het bestek van de academische ziekenhuizen.

Régime actuel.	Projet de loi n° 527.	Huidige regeling.	Wetsontwerp nr 527.
Conseils techniques :	Conseils techniques :	Technische raden :	Technische raden :
— médical;	— médical;	— geneeskundige;	— geneeskundige;
— dentaire;	— dentaire;	— tandheelkundige;	— tandheelkundige;
— pharmaceutique;	— pharmaceutique;	— farmaceutische;	— farmaceutische;
— médical de l'invalidité;	— (voir ci-après : Service des Indemnités);	— geneeskundige voor invaliditeit;	— (zie hierna : Dienst voor Uitkeringen);
— des spécialités pharmaceutiques;	— des spécialités pharmaceutiques;	— voor farmaceutische specialiteiten;	— voor farmaceutische specialiteiten;
— comptable;	— de l'hospitalisation.	— boekhoudkundige;	— voor ziekenhuisverpleging.
(voir ci-après : Collège intermutualiste national).	Collège des médecins-directeurs.	(zie hierna : Landelijk intermutualistisch college).	College van geneesheren-directeurs.
Commission médico-mutualiste :	Commissions pour négocier les conventions :	Medisch-mutualistische commissie :	Commissie voor het sluiten van overeenkomsten met de :
conventions avec médecins;	— médecins;	overeenkomsten met geneesheren;	— geneesheren;
conventions avec dentistes.	— dentistes;	overeenkomsten met tandartsen.	— tandartsen;
Commission pharmaceutico-mutualiste :		Farmaceutisch-mutualistische commissie :	
conventions avec pharmaciens.	— pharmaciens; — accoucheuses; — infirmières; — kinésistes; — fournisseurs de prothèses et appareils;	overeenkomsten met apothekers.	— apothekers; — vroedvrouwen; — verpleegsters; — kinesitherapeuten; — verstrekkers van prothesen en toestellen;
Collège intermutualiste national :		Landelijk intermutualistisch college :	
conventions avec établ. hospitaliers.	— établissements hospitaliers.	overeenkomsten met verplegingsinrichtingen.	verplegingsinrichtingen.
Au Collège intermutualiste national fonctionnent :		In het Landelijk intermutualistisch college zijn werkzaam :	
— une commission de l'hospitalisation; — un collège des médecins-directeurs; — une commission administrative; — une commission comptable.		— een commissie voor ziekenhuisverpleging; — een college voor geneesheren-directeurs; — een administratieve commissie; — een boekhoudcommissie.	
	(à titre transitoire :)		(als overgangsmaatregel :)
Commissions d'agréation :	Conseils d'agréation :	Erkenningscommissies :	Erkenningsraden :
— kinésistes;	— kinésistes;	— kinesitherapeuten;	— kinesitherapeuten;
— opticiens;	— fournisseurs de lunettes et autres prothèses de l'œil;	— opticiens;	— verstrekkers van brillen en andere oogprothesen;
— prothésistes acousticiens;	— fournisseurs d'appareils auditifs;	— gehoorprothesisten;	— verstrekkers van hoortoestellen;

Régime actuel.	Projet de loi n° 527.	Huidige regeling.	Wetsontwerp nr 527.
— bandagistes et orthopédistes; — infirmières et personnel de soignage; — pharmaciens et licenciés; — institutions, établissements et centres habilités pour effectuer des traitements radiothérapiques du cancer.	— fournisseurs d'appareils orthopédiques et autres prothèses.	— bandagisten en orthopedisten; — verpleegsters en verzorgingspersoneel; — apothekers en licentiaten; — inrichtingen, instellingen en centra bevoegd om radiotherapeutische kankerbehandeling toe te passen.	— verstrekkers van orthopedische toestellen en andere prothesen.
Fonds national d'assurance maladie-invalidité :	*Service des indemnités :*	*Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit :*	*Dienst voor uitkeringen :*
(voir ci-devant : Service des soins de santé). A l'Institut du Contrôle médical fonctionne une Commission de l'incapacité de travail.	Conseil médical de l'invalidité.	(zie hiervoor : Dienst voor geneeskundige verzorging). In het Instituut voor Geneeskundige controle is een Commissie inzake arbeidsongeschiktheid werkzaam.	Geneeskundige Raad voor invaliditeit.
Au F. N.A.M. I. fonctionnent, sans base légale : — une Commission des Techniciens des organismes assureurs; — une Commission des Juristes des organismes assureurs.	Conseil technique intermutualiste.	In het R. V Z. I. zijn, zonder wettelijke basis, werkzaam : — een Commissie van deskundigen uit de verzekeringsinstellingen; — een Commissie van juristen uit de verzekeringsinstellingen.	Technische Ziekenfondsraad.
Institut du Contrôle médical.	*Service du contrôle médical.*	*Instituut voor Geneeskundige controle.*	*Dienst voor geneeskundige contrale.*
Commissions supérieures : — discipline; — interdiction de concourir à la dispensation des prestations de santé.	Commissions supérieures : — discipline; — interdiction de concourir à la dispensation des prestations de santé.	Hoge commissies : — tucht; — verbod om mede te werken tot het verlenen van geneeskundige verstrekkingen.	Hoge commissies : — tucht; — verbod om mede te werken tot het verlenen van geneeskundige verstrekkingen.
Fonds national d'assurance maladie-invalidité.	*Institut national d'assurance maladie-invalidité.*	*Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit.*	*Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.*
Juridictions contentieuses : — de première instance; — d'appel.	Juridictions contentieuses : — de première instance; — d'appel.	Rechtscolleges : — van eerste aanleg; — van beroep.	Rechtscolleges : — van eerste aanleg; — van beroep;
Caisse Auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.	*Caisse Auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.*	*Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.*	*Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.*
Comité de gestion.	Comité de gestion.	Beheerscomité.	Beheerscomité.

5. — Relations avec les dispensateurs de soins et de prestations.

L'article 2 énumère tous ceux qui, dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, fournissent des prestations en relation avec la conservation ou le rétablissement de la santé.

On entend par « praticien de l'art de guérir », les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les accoucheuses, légalement habilités à exercer leur art.

On entend par « auxiliaire para-médical », les infirmières, les soigneuses, les gardes-malades, les kinésistes, les fournisseurs de prothèses et appareils.

Il convient d'y ajouter les établissements hospitaliers, qui seront classés en « catégories d'établissement » par le Ministre de la Santé publique de la Famille.

Dans les pages qui précèdent, nous avons indiqué les deux raisons majeures qui ont déterminé la réforme : l'inefficacité du système actuel et le déficit financier chronique.

L'inefficacité du système — et l'obligation pour l'assuré de payer des suppléments très élevés en cas de maladie sérieuse ou prolongée — résulte de l'absence de conventions avec les personnes qui fournissent les prestations de santé, ou de l'inobservation des conventions conclues avec leurs représentants.

La volonté du législateur étant de garantir à tous les assurés l'efficacité de l'assurance, — en premier lieu, dans les cas sérieux et les plus onéreux — le nouveau régime se fonde sur des conventions à conclure avec le corps médical, les praticiens de l'art dentaire, les pharmaciens, les hôpitaux et cliniques ainsi que les auxiliaires paramédicaux.

Ces conventions ont pour but de normaliser les rapports entre les bénéficiaires de l'assurance et les personnes qui leur fournissent les prestations de santé; elles fixent le montant des honoraires et des prix que les personnes qui fournissent les prestations de santé demanderont aux bénéficiaires de l'assurance.

Le projet est basé sur un esprit de confiance que le législateur veut établir entre les représentants des assurés, d'une part, et les personnes et institutions intéressées à l'exercice de la médecine, d'autre part.

Comment peut-on mieux faire naître cette confiance qu'en les rassemblant autour d'une table ? Les intérêts, contradictoires en apparence, peuvent ainsi être éclipsés par la volonté réciproque de parvenir à un accord, qui se justifie du point de vue social pour les assurés et qui offre en même temps toutes les garanties requises à ceux qui fournissent les prestations de santé.

Quiconque envisage un accord entre deux partenaires doit tenir compte de toutes les éventualités.

Il est possible et souhaitable d'atteindre pleinement le but poursuivi, à la satisfaction de toutes les parties intéressées. Il n'est toutefois pas exclu que ne soient obtenus que des résultats partiels.

Si l'échec partiel est dû à l'incompréhension ou à la mauvaise volonté de certains, le législateur doit prévoir les mesures adéquates pour que les juridictions et le pouvoir exécutif puissent agir au moment propice.

Pour tous les partisans de l'objectif poursuivi, les sanctions prévues ne sont ni une menace, ni un moyen de chantage. Seulement, le législateur se doit de tenir compte de toutes les éventualités, et il a le devoir d'éviter que la loi ne devienne lettre morte.

5. — De betrekkingen met de verstrekkers van de verzorging.

Het artikel 2 somt al diegene op die, in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, prestaties leveren, die betrekking hebben op het behoud of het herstel van de gezondheid.

Onder de « beoefenaars van de geneeskunst » wordt verstaan : de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen.

Onder de « paramedische medewerkers » worden gerangschikt de verpleegsters, de verzorgsters, de ziekenoppassers, de kinesitherapeuten, de verstrekkers van prothesen en toestellen.

Hieraan moeten nog toegevoegd worden, de verplegingsinrichtingen, die door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin in « inrichtingsklassen » zullen gerangschikt worden.

In voorgaande bladzijden hebben wij de twee hoofdredenen opgesomd, die aanleiding geven tot een hervorming : de ondoelmatigheid van het huidige stelsel en het chronisch financieel deficiet.

De ondoelmatigheid van het stelsel, en de verplichting van de verzekerde om, voor ernstige of langdurige ziektegevallen, ondraaglijke opleggelden te moeten betalen, spruit voort uit het gebrek aan overeenkomsten met de verzorgingsverstrekkers, of uit het niet eerbiedigen van de met hun vertegenwoordigers afgesloten overeenkomsten.

Daar het de wil is van de wetgever aan alle verzekerden de doelmatigheid van de verzekering te waarborgen, in de eerste plaats voor de ernstige en meest dure gevallen, schraagt de nieuwe regeling op overeenkomsten, af te sluiten met het geneesherenkorps, het tandartsenkorps, het apothekerskorps, de ziekenhuizen en klinieken, alsmede met de paramedische medewerkers.

Deze overeenkomsten hebben tot doel de betrekkingen te normaliseren tussen de rechthebbenden van de verzekering en de personen en inrichtingen die hun geneeskundige verzorging verstrekken; zij stellen het bedrag vast van de honoraria en prijzen welke de rechthebbenden van de verzekering worden aangerekend door de verzorgingsverstrekkers.

Het ontwerp getuigt van een geest van vertrouwen, die de wetgever wil tot stand brengen tussen de vertegenwoordigers van de verzekerde, enerzijds, en de personen en instellingen die bij de geneeskunde betrokken zijn, anderzijds.

Op welke wijze kan men beter dit vertrouwen scheppen, dan door ze samen te brengen, rondom dezelfde tafel ? De schijnbaar tegenstrijdige belangen kunnen aldus in de schaduw gesteld worden, door de wederzijdse wil om tot een overeenkomst te komen, die sociaal verantwoord is voor de verzekerden, en die gelijktijdig de verzorgingsverstrekkers alle vereiste waarborgen biedt.

Wie spreekt van een overeenkomst tussen twee partners moet rekening houden met alle eventualiteiten.

Het is mogelijk en wenselijk dat het vooropgezette doel volledig bereikt wordt, ter bevrediging van al de betrokken partijen. Het is echter niet uitgesloten dat slechts gedeeltelijke resultaten worden bereikt.

Indien de gedeeltelijke mislukking te wijten is aan het onbegrip of de slechte wil van sommigen, moet de wetgever de passende maatregelen voorzien, opdat de rechtscolleges en de uitvoerende macht op het gepaste ogenblik, zouden kunnen ingrijpen.

Voor allen die het goed menen met het vooropgestelde doel, zijn de voorziene sancties geen bedreiging, noch « een stok achter de deur ». De wetgever is echter gehouden rekening he houden met alle eventualiteiten, en moet voorkomen dat de wet dode letter zou zijn.

A. — *Les conventions avec les établissements hospitaliers.*

Le texte de la *convention nationale* est l'objet de négociations au sein d'une commission groupant un nombre égal de représentants des établissements hospitaliers, d'une part, et de représentants des organismes assureurs, d'autre part. Cette commission fonctionne au sein du Service des soins de santé, et est présidée par le fonctionnaire-dirigeant de ce service.

Toutes les conventions comportent l'engagement pour les établissements hospitaliers d'appliquer le taux de la journée d'entretien arrêté pour chacun d'eux.

B. — *Les conventions avec les pharmaciens.*

La *convention nationale* est négociée par une commission groupant un nombre égal de représentants des pharmaciens, d'une part, et de représentants des organismes assureurs, d'autre part. Cette commission fonctionne au sein du Service des soins de santé et est présidée par le fonctionnaire-dirigeant de ce Service.

La convention doit être approuvée par le Ministre de la Prévoyance sociale; ensuite, le Service des soins de santé la transmet aux pharmaciens et les invite à y adhérer individuellement. Ces adhésions individuelles sont notifiées à la commission susdite, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'union professionnelle intéressée.

C. — *Conventions avec les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les accoucheuses, les infirmières, les kinésistes et les fournisseurs de prothèses et appareils.*

Le texte adopté en commission modifie fondamentalement la formule proposée dans le projet gouvernemental.

Ci-dessous, nous comparerons les deux textes et nous exposerons les raisons qui ont incité votre Commission à adopter les nouvelles dispositions.

Votre Commission appelle de ses vœux la conclusion d'une convention nationale; toutefois, il a été tenu compte de certains malentendus et de certaines oppositions susceptibles de ralentir la conclusion de cette convention. Pour ces raisons, le projet prévoit que, faute d'une convention nationale 1 mois après la date d'entrée en vigueur de la loi, les organismes assureurs réunis et les organisations professionnelles intéressées pourront conclure directement des conventions régionales.

Les conventions conclues avec un ou plusieurs organismes assureurs, à l'exclusion d'autres organismes, n'auront pas la valeur d'une convention complète en vue de l'agréation ministérielle.

Le service des soins de santé enverra à chacun le texte de la convention agréée qui le concerne et sollicitera son adhésion individuelle.

Jusqu'au moment de cette adhésion, les dispositions de l'article 151 resteront valables : les médecins qui, au 1er janvier 1964, n'auront pas adhéré à la convention, ne pourront pas percevoir des honoraires supérieurs aux montants découlant de la nomenclature (art. 24) et dont les valeurs relatives sont affectées d'un coefficient égal à 11.

Ce bref résumé appelle quelques commentaires, à titre de comparaison entre le projet et le texte de la Commission.

A. — *Overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen.*

Over de tekst van de *nationale overeenkomst* wordt onderhandeld door een commissie waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verplegingsinrichtingen eensdeels en van de verzekeringsinstellingen anderdeels zitting hebben. Die commissie werkt in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging en het voorzitterschap wordt bekleed door de leidende ambtenaar van evengenoemde dienst.

Elke overeenkomst behelst de verbintenis van de verplegingsinrichting om het voor haar vastgestelde verpleegdagbedrag toe te passen.

B. — *Overeenkomsten met de apothekers.*

Over de *nationale overeenkomst* wordt onderhandeld door een commissie waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de apothekers eensdeels en van de verzekeringsinstellingen anderdeels zitting hebben. Die commissie werkt in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging en het voorzitterschap wordt bekleed door de leidende ambtenaar van evengenoemde dienst.

De overeenkomst moet worden goedgekeurd door de Minister van Sociale voorzorg, waarna de Dienst voor geneeskundige verzorging ze aan de apothekers zendt en ze verzoekt individueel toe te treden. Van de individuele toetredingen wordt aan evengenoemde commissie kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via de betrokken beroepsverenigingen.

C. — *Overeenkomsten met de geneesheren, de tandartsen, de vroedvrouwen, de verpleegsters, de kinesitherapeuten en de verstrekkers van prothesen en toestellen.*

De door de Commissie goedgekeurde tekst wijzigt ten gronde de in het regeringsontwerp voorgestelde formule.

In wat volgt worden de beide teksten met mekaar vergeleken, en worden de redenen uiteengezet, die Uw Commissie ertoe hebben aangezet, de nieuwe bepalingen te aanvaarden.

Het is de vurige wens van Uw Commissie dat een nationale overeenkomst wordt afgesloten; er werd echter rekening gehouden met bepaalde misverstanden en tegenkantingen, die de afsluiting kunnen vertragen. Daarom voorziet het ontwerp dat, bij gebrek aan een nationale overeenkomst binnen de maand na de toepassingsdatum van de wet, de verzekeringsinstellingen samen met de belanghebbende beroepsorganisaties, rechstreeks streekovereenkomsten kunnen afsluiten.

Overeenkomsten afgesloten met één of meer verzekeringsorganismen, en met uitsluiting van andere, hebben met het oog op de ministeriële goedkeuring, niet de waarde van een volledige overeenkomst.

De dienst voor geneeskundige verzorging zendt aan ieder persoon de tekst van de goedgekeurde overeenkomst welke op hen betrekking heeft en verzoekt hen om individuele toetreding.

In afwachting van deze toetreding gelden de bepalingen van artikel 151 : de geneesheren die op 1 januari 1964 niet zijn toegetreden tot de overeenkomst, mogen geen honoraria ontvangen die hoger zijn dan het bedrag, afgeleid uit de nomenclatuur (art. 24), en waarvan de betrekkelijke waarden zijn aangegeven met een vermenigvuldigingsfactor die gelijk is aan 11.

Deze zeer bondige samenvatting vergt enige commentaar, bij wijze van vergelijking met het ontwerp en de tekst van de Commissie.

Procédure préconisée dans le projet.

1. *Convention nationale.*

Tout d'abord, la *convention nationale* est négociée pour chaque groupe de praticiens, par des commissions composées en nombre égal de représentants des professions intéressées, d'une part, et de représentants des organismes assureurs, d'autre part. Ces commissions travaillent au sein du Service des soins de santé, et la présidence en est assurée par le fonctionnaire-dirigeant du service précité.

On ne peut s'écarter du tarif national que dans deux cas bien déterminés :

a) une majoration peut être admise pour certaines régions où les difficultés de voyage et la densité de la population occasionnent des pertes de temps et des frais plus élevés;

b) pour des médecins particulièrement compétents, dont les efforts et l'adresse justifient des honoraires plus élevés.

Ces dérogations peuvent être précisées dans les conventions nationales.

2. *Conventions régionales.*

Si le premier objectif n'est pas atteint, les organismes peuvent contacter ensemble les unions professionnelles des intéressés en vue de la conclusion d'un accord régional.

Le projet ne précise pas ce qu'il faut entendre par « région ». Ceci dépend des circonstances.

En l'occurrence, les fédérations de sociétés mutualistes, d'une part, et les unions professionnelles provinciales ou régionales, d'autre part, se mettront en rapport.

3. *Les conventions individuelles.*

Si une convention ne peut être obtenue dans toutes les régions, ou si les conventions nationales ou régionales ne sont pas entrées en vigueur dans les douze mois suivant la publication de la loi, l'ensemble des organismes assureurs peut proposer directement à l'adhésion de chaque membre de la profession intéressée la convention nationale ou régionale, ou tout autre texte de convention établi par le Comité de gestion du Service des soins de santé et approuvé par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Chaque convention individuelle sort immédiatement ses effets.

4. *Tarifs maxima fixés par arrêté royal.*

Aussi longtemps que le nombre des adhésions individuelles n'atteint pas le pourcentage requis cité ci-dessus, le Roi peut faire usage du pouvoir qui lui est conféré en application de la loi d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier du 14 février 1961 (loi unique).

Ces pouvoirs résultent des articles 52 et 44, libellés comme suit :

Art. 52. — Sans préjudice des dispositions de l'article 62 et à défaut d'accords ou d'engagements approuvés par le Ministre de la Prévoyance sociale, le Roi peut, par arrêté

Werkwijze voorgesteld in het ontwerp.

1. *Nationale overeenkomst.*

Allereerst wordt voor iedere groep van beoefenaars onderhandeld over de *nationale overeenkomst*. Dit geschiedt door de commissies welke in gelijk aantal samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van de belanghebbende beroepen eensdeels en van de verzekeringsinstellingen anderdeels. Die commissies werken in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging en het voorzitterschap ervan wordt bekleed door de leidende ambtenaar van evengenoemde dienst.

Van het nationaal tarief kan slechts afgeweken worden in 2 omschreven gevallen:

a) een verhoging kan aanvaard worden voor sommige streken, waar de reismoeilijkheden en de bevolkingsdichtheid oorzaak zijn van tijdverlies en hogere kosten;

b) voor bijzonder bekwame geneesheren, wier inspanningen en vaardigheid een hoger ereloon rechtvaardigen.

Deze afwijkingen kunnen in de nationale overeenkomst nader worden omschreven.

2. *Streekovereenkomsten.*

Indien het eerste objectief mislukt, kunnen de verzekeringsinstellingen samen kontakten opnemen met beroepsorganisaties van de belanghebbenden, teneinde een streekovereenkomst af te sluiten.

Het ontwerp beschrijft niet wat onder « streek » moet verstaan worden. Zulks wordt aan de omstandigheden overgelaten.

In dit geval zullen vermoedelijk de verbonden van maatschappijen van onderlingen bijstand enerzijds en de provinciale of regionale beroepsverenigingen met mekaar in aanraking treden.

3. *Individuele overeenkomsten.*

Indien niet in alle streken een overeenkomst kan worden bereikt, of de nationale of streekovereenkomsten niet in werking zijn getreden twaalf maanden na de bekendmaking van de wet, kunnen de verzekeringsinstellingen samen, ieder lid van het betrokken beroep rechtstreeks de nationale overeenkomst of de streekovereenkomst ter toetreding voorstellen, of een andere door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging opgemaakt en door de Minister van Sociale Voorzorg goedgekeurde overeenkomsttekst.

Ieder van die individuele overeenkomsten heeft onmiddellijk uitwerking.

4. *Maximumtarieven bepaald bij koninklijk besluit.*

Zolang het aantal individuele toetredingen niet het hiervorenvermelde vereiste quorum bereikt, kan de Koning gebruik maken van de macht hem opgedragen in uitvoering van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel (eenheidswet).

Deze machten spruiten voort uit de artikels 52 en 44 waarvan de inhoud luidt als volgt.

Art. 52. — Onverminderd het bepaalde in artikel 62, en bij gebreke van door de Minister van Sociale Voorzorg goedgekeurde overeenkomsten of verbintenissen, kan de

motivé et délibéré en Conseil des Ministres, fixer les tarifs maxima d'honoraires et de prix pour les soins de santé et les fournitures visés par les tarifs de remboursement de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Les personnes autorisées à fournir des prestations visées par les tarifs de remboursement de l'assurance maladie-invalidité obligatoire et les établissements de soins qui ne respectent pas les accords, engagements ou tarifs visés à l'alinéa 1er, sont passibles des sanctions prévues à l'article 44.

Art. 44. — Sans préjudice des poursuites pénales et disciplinaires éventuelles, le Conseil peut interdire aux organismes assureurs, pour une période déterminée allant de un mois à un an, l'intervention dans le coût des soins de santé et fournitures lorsqu'ils sont dispensés par une personne ou par un établissement autorisés à les dispenser mais qui ne se conforment pas aux dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

La décision du Conseil ne peut être prise qu'après avoir entendu les intéressés; toutefois, s'ils s'abstiennent ou refusent de comparaître, le Conseil peut valablement prononcer l'interdiction visée à l'alinéa premier.

Il peut être interjeté appel de la décision d'interdiction de remboursement auprès d'une des commissions prévues à l'article 43, troisième alinéa.

Tant devant le Conseil de l'Institut du contrôle médical que devant ces commissions, les intéressés peuvent se faire assister par une personne de leur choix.

Pour les personnes et établissements visés au premier alinéa qui ont adhéré à une convention conclue avec les organismes assureurs et approuvée par le Ministre de la Prévoyance Sociale, les interdictions prévues au premier alinéa sont, par dérogation aux dispositions de cet alinéa, prononcées par les autorités chargées d'appliquer des sanctions dans le cadre de cette convention.

Il peut être interjeté appel des décisions prononcées en vertu de l'alinéa précédent devant les commissions prévues à l'article 43, troisième alinéa.

Le Roi détermine les modes de publicité des décisions d'interdiction de remboursement prononcées par le Conseil et par les commissions prévues à l'article 43, troisième alinéa.

Ces dispositions, qui restent en vigueur, prévoient l'interdiction du remboursement du coût des soins de santé aux malades qui s'adressent à un médecin qui n'a pas adhéré à la convention.

Le texte proposé prévoyait, toutefois, une période transitoire d'un an : le remboursement peut se faire pendant les 12 premiers mois de l'application de la nouvelle loi, mais seulement à concurrence de 75 % des tarifs de remboursement prévus par le système des conventions.

Méthode de travail adoptée par votre Commission.

1) Le nouveau texte apporte la confirmation que les rapports entre les bénéficiaires de l'assurance, d'une part, et les médecins et autres personnes qui donnent des soins, d'autre part, sont normalement régis par des conventions:

Koning, bij een gemotiveerd en in Ministerraad overlegd besluit, maximumtarieven van honoraria en prijzen vaststellen voor geneeskundige verzorging en de verstrekkingen die zijn bedoeld in de terugbetalingstarieven van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De personen gemachtigd tot het verstrekken der prestaties door de terugbetalingstarieven van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit en de inrichtingen voor verzorging die zich niet houden aan de in het eerste lid bedoelde overeenkomsten, verbintenissen of tarieven zijn vatbaar voor de sancties bepaald bij artikel 44.

Art. 44. — Onverminderd de eventuele penale en disciplinaire vervolgingen, kan de Raad de verzekeringsinstellingen het tussenbeide komen in de kosten voor geneeskundige verzorging en verstrekkingen verbieden voor een periode gaande van één maand tot één jaar, wanneer deze worden verstrekt door een persoon of instelling die weliswaar daartoe is gemachtigd, maar zich niet houdt aan de wettelijke en reglementaire bepalingen betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De beslissing van de Raad mag slechts worden genomen nadat de betrokkenen zijn gehoord geworden: onthouden ze zich of weigeren zij te verschijnen, dan kan echter de Raad het bij het eerste lid bedoelde verbod geldig uitspreken.

Er mag beroep worden ingesteld tegen de beslissing tot verbod van terugbetaling bij een der in artikel 43, derde lid, bedoelde commissies.

Zowel voor de Raad van het Instituut voor geneeskundige controle als voor deze commissie, mogen de belanghebbenden zich laten bijstaan door een persoon van hun keuze.

Voor de in eerste lid bedoelde personen en instellingen die toegetreden zijn tot een met verzekeringsinstellingen gesloten en door de Minister van Sociale Voorzorg goedgekeurde overeenkomst, wordt het in het eerste lid bedoelde verbod van terugbetaling bij een der in artikel 43, derde sproken door de instanties die er mede belast zijn, in het kader van deze overeenkomst sancties toe te passen.

Er mag beroep worden ingesteld tegen de beslissingen uitgesproken, overeenkomstig het vorige lid, vóór de in artikel 43, derde lid bedoelde commissies.

De Koning bepaalt de wijze van publiciteit van de beslissingen tot verbod van terugbetaling die werden uitgesproken door de Raad en door de in artikel 43, derde lid bedoelde commissie.

Deze bepalingen, die van kracht blijven, voorzien dat terugbetaling op de kosten voor geneeskundige verzorging kan verboden worden aan de zieken die zich wenden tot een geneesheer, die niet tot de overeenkomst is toegetreden.

De voorgestelde tekst voorzag echter een overgangsperiode gedurende het eerste jaar : de terugbetaling mag wel geschieden gedurende de 12 eerste toepassingsmaanden van de nieuwe wet, doch slechts tot 75 % van de terugbetalingstarieven van het overeenkomstenstelsel.

Werkwijze aangenomen door uw Commissie.

1) De nieuwe tekst bevestigt dat de betrekkingen tussen de rechthebbenden van de verzekering enerzijds en de geneesheren en andere verstrekkers van zorgen anderzijds, normaal door overeenkomsten worden beheerst :

a) Priorité est donnée à la négociation et à la conclusion de conventions sur le plan national;

b) Si les conventions sur le plan national n'ont pu être conclues dans *le mois* qui suit la publication de la loi, il faudra en venir à la négociation et à la conclusion de conventions régionales;

c) Si les conventions sur le plan national avec les pharmaciens et les établissements hospitaliers, et sur le plan régional avec les médecins et les autres personnes qui donnent des soins n'ont pas pu être conclues, on proposera l'adhésion à un texte de convention rédigé par le Comité de gestion du service des soins de santé.

2) *Jusqu'à ce que la méthode définie sous* a), b) *et* c) *ci-dessus ait donné des résultats, un système transitoire est prévu pour les médecins qui, au 1er janvier 1964, n'ont pas encore adhéré à une convention :*

Entre le 1er janvier 1964 et la date de leur adhésion à la convention, ils ne peuvent percevoir des honoraires supérieurs à ceux correspondant :

— au taux K 11, soit la valeur du coefficient applicable à la valeur relative des soins de santé repris dans la nomenclature;

— au taux K 10 pour les veuves, les pensionnés et les invalides.

Cette disposition ne leur sera plus applicable à partir du moment où ils auront adhéré à la convention.

Commentaire des dispositions amendées.

1) La Commission a amendé l'article 159 du projet en précisant que la loi devra sortir ses effets au 1er janvier 1964. Les assurés s'attendent donc à ce qu'à partir de cette date, il sera mis fin à l'inefficacité de l'assurance. En effet, malgré l'intervention de la mutualité, les malades doivent encore supporter une partie importante des frais occasionnés par leur maladie, du fait que nombre de médecins réclament des honoraires supérieurs à ceux couverts par l'intervention de la mutualité.

En outre, les réactions du corps médical laissent supposer que les négociations en vue d'aboutir à la conclusion de conventions pourraient, éventuellement, ne pas donner de résultats pratiques dans les 12 mois qui suivent la publication de la loi et que, de ce fait, il faudra recourir à ce moment à la faculté prévue par les articles 44 et 52 de la loi du 14 février 1961 : c'est-à-dire, qu'il faudra imposer par arrêté royal des tarifs maxima et qu'il n'y aura plus d'intervention de la part de la mutualité pour les malades qui se présenteront chez un médecin qui ne respecte pas les taux légaux.

Afin de pouvoir réaliser, au plus tard le 1er janvier 1964, la préoccupation susvisée, la préférence de la Commission va à la formule suivante :

a) La possibilité, pour les médecins, d'adhérer à une convention leur restera totalement ouverte, même après le

a) Voorrang wordt verleend aan onderhandeling en afsluiting van overeenkomsten in nationaal vlak;

b) Indien de overeenkomsten in nationaal vlak niet binnen *de maand* na de bekendmaking van de wet konden worden gesloten : onderhandeling en afsluiting van streekovereenkomsten;

c) Indien de overeenkomsten in nationaal vlak met de apothekers en de verplegingsinrichtingen — in streekvlak met de geneesheren en de andere verstrekkers van zorgen — niet konden worden opgemaakt : voorstel tot rechtstreekse toetreding tot een tekst van overeenkomst opgemaakt door het beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging.

2) *In afwachting dat de werkwijze hierboven beschreven onder* a), b) *en* c) *tot resultaten heeft geleid, wordt een overgangsstelsel voorzien, voor de geneesheren die op 1 januari 1964 nog niet zijn toegetreden tot een overeenkomst :*

Deze mogen tussen 1 januari 1964 en de datum van hun toetreding tot de overeenkomst, geen honoraria ontvangen, die hoger liggen dan deze die overeenstemmen :

— met de waarde K 11, zijnde de waarde van de vermenigvuldigingsfaktor, toepasselijk op de betrekkelijke waarde van de gezondheidsverstrekkingen, opgenomen in de nomenclatuur;

— met de waarde K 10 voor de weduwen, de gepensioneerden, en de invaliden.

Deze bepaling zal niet meer op hen toepasselijk zijn vanaf het ogenblik dat zij tot de overeenkomst toetreden.

Commentaar betreffende de geamendeerde bepalingen.

1) De Commissie heeft artikel 159 van het ontwerp geamendeerd en nader bepaald dat de wet dient in werking te treden op 1 januari 1964. Van dat ogenblik af verwachten de verzekerden dat een einde zou gesteld worden aan de ondoelmatigheid van de verzekering : buiten de tegemoetkoming van de mutualiteit moeten immers de zieken nog een groot deel van de ziektekosten dragen omdat een belangrijk aantal geneesheren hogere honoraria vragen, dan deze waarop de tussenkomst van de mutualiteit betrekking hebben.

Daarenboven laten de reacties van het geneesherencorps onderstellen dat de onderhandelingen tot het afsluiten van overeenkomsten, eventueel tot geen resultaat zouden leiden binnen de twaalf maanden na de bekendmaking van de wet en dat derhalve op dat ogenblik gebruik zou dienen gemaakt te worden van de mogelijkheid, geboden bij artikels 44 en 52 van de wet van 14 februari 1961 : opleggen van maximumtarieven bij koninklijk besluit, en geen tussenkomst vanwege de verzekering voor de zieken die zich aanmelden bij een geneesheer die zich niet houdt aan deze wettelijke bedragen.

Om, ten laatste van 1 januari 1964 af, de hoger vermelde bedoeling te verwezenlijken, gaat de voorkeur van de Commissie naar de volgende formule :

a) De mogelijkheid voor de geneesheren, toe te treden tot een overeenkomst, blijft, zelfs na 1 januari 1964, vol-

1er janvier 1964; les médecins qui n'auraient pas adhéré, à cette date, à une convention pourront encore le faire à tout moment; en attendant, ils ne bénéficieront pas des avantages prévus par la convention et ils seront tenus de respecter les honoraires imposés par la loi.

b) Le malade ne peut pas être rendu responsable et ne peut pas subir un dommage financier par suite du refus de son médecin traitant d'adhérer à la convention. Par conséquent, votre Commission se déclare opposée au refus de remboursement au malade qui se présente chez un médecin qui ne respecte pas les taux légaux.

Cette modification répond aux critiques du corps médical, lequel s'est également opposé à cette discrimination. Elle souligne que ce seraient les ayants droit de l'assurance qui deviendraient les victimes de l'attitude des médecins qui refuseraient d'adhérer à la convention.

c) Les veuves, les pensionnés, les titulaires reconnus inaptes au travail depuis un an, ainsi que les orphelins, bénéficieront, à partir du 1er janvier 1964, du remboursement intégral des honoraires préférentiels que les dispositions amendées fixent en leur faveur et que les médecins seront tenus de respecter.

2) Certaines autres dispositions du projet initial ont été amendées en partant de la double préoccupation : 1° de faciliter les négociations à entreprendre avec le corps médical et 2° de sauvegarder comme il se doit les intérêts des bénéficiaires.

a) L'article 29, § 8, dispose maintenant que le nombre de consultations dites « libres » sera précisé par la convention,

— Le texte de l'article 35 a été complètement remanié pour rencontrer la critique formulée par le Corps médical contre le texte initial qui ne répondait d'ailleurs pas à l'intention qu'il voulait traduire.

— L'article 29 a été complété par un § 9, disposant que les conventions pourront fixer le plafond des revenus des titulaires, au-dessus duquel les médecins et les autres personnes qui dispensent les soins de santé ne seront pas tenus de respecter les tarifs conventionnels.

— La disposition de l'article 29, § 8, a été maintenue; selon cette disposition, les médecins ne sont pas tenus de respecter les tarifs conventionnels pour les soins qu'ils dispensent à des bénéficiaires hosptialisés qui ont demandé à être admis dans une chambre particulière sans que leur état de santé ne l'exige.

b) L'article 25, § 1 et § 4, dispose maintenant que le montant des remboursements sera fixé en fonction des honoraires conventionnels majorés en raison d'éléments régionaux particuliers.

— La disposition maintenue de l'article 29, § 8, dernier alinéa, dont question ci-devant, précise que lan convention

ledig open; de geneesheren die op deze datum niet toegetreden zijn tot een overeenkomst, zullen het op elk ogenblik kunnen doen; in afwachting genieten zij niet van de voordelen voorzien bij de overeenkomst en zijn zij er toe gehouden de bij de wet opgelegde honoraria te eerbiedigen.

b) De zieke kan onmogelijk verantwoordelijk gesteld worden en geen financieel nadeel lijden wegens het feit dat zijn behandelend geneesheer niet tot de overeenkomst toetreedt. Uw Commissie verklaart zich derhalve tegenstander van het weigeren van terugbetaling aan de verzekerden, die zich aanmeldt bij een geneesheer, die zich niet houdt aan de wettelijke bedragen.

Deze wijziging komt tegemoet aan de kritiek van het geneesherenkorps, dat zich eveneens verzet heeft tegen deze discriminatie, en onderstreept dat de rechthebbenden van de verzekering slachtoffer zouden zijn van de houding der geneesheren die zouden weigeren toe te treden tot de overeenkomst.

c) De weduwen, de gepensioneerden, de titularissen die arbeidsongeschikt zijn sedert een jaar, en de wezen, zullen van 1 januari 1964 af genieten van de volledige terugbetaling van de voorkeurhonoraria welke de geamendeerde bepalingen voor hen vaststellen en welke de geneesheren gehouden zijn te eerbiedigen.

2) Sommige andere bepalingen van het oorspronkelijk ontwerp werden, vertrekkend van een dubbele bekommering, geamendeerd : 1° het vergemakkelijken van de onderhandelingen die met het geneesherenkorps te voeren zijn en 2° het behoorlijk veilig stellen van de belangen der rechthebbenden.

a) Artikel 29, § 8, bepaalt thans dat het aantal raadplegingen, genoemd « vrije », bij overeenkomst nader zal omschreven worden.

— De tekst van artikel 35 werd volledig herwerkt om tegemoet te treden aan de kritiek die door het geneesherenkorps werd geformuleerd tegen de oorspronkelijke tekst. Deze laatste stemde trouwens niet overeen met de bedoeling die hij wilde vertolken.

— Artikel 29 werd vervolledigd door een § 9, die bepaalt dat de overeenkomsten het plafond der inkomsten van de titularissen zullen kunnen vaststellen boven hetwelk de geneesheren en andere personen die gezondheidszorgen verstrekken niet zullen gehouden zijn om de overeenkomstentarieven te eerbiedigen.

— De bepaling van artikel 29, § 8, die bepaalt dat de geneesheren niet gehouden zijn de overeenkomstentarieven te eerbiedigen voor de verzorging welke zij verlenen aan de rechthebbende ziekenhuispatiënten die gevraagd hebben in een éénspersoonskamer te worden opgenomen zonder dat hun gezondheidstoestand zulks vergt, wordt behouden.

b) Artikel 25, § 1 en § 4, bepaalt thans dat het bedrag van de terugbetalingen zal vastgesteld worden in functie van de overeenkomstenhonoraria verhoogd uit hoofde van de bijzondere streekelementen.

— De voornoemde behouden bepaling van artikel 29, § 8, laatste lid, preciseert dat de overeenkomst het maximum

fixera le montant maximum de dépassement des honoraires applicables aux bénéficiaires qui demandent à être hospitasés dans une chambre particulière sans que leur état de santé ne l'exige.

Conséquences pour les honoraires :

Comme nous l'avons déjà signalé, les modifications apportées à l'article 151 auront comme conséquence de fixer à 11 F la valeur du coefficient applicable à la valeur relative des soins de santé repris dans la nomenclature, et à 10 F pour les pensionnés, veuves et invalides en ce qui concerne les médecins qui n'auront pas encore adhéré à la convention au 1er janvier 1964.

Ceci correspond aux honoraires suivants : consultation : 44 F; visite : 66 F; consultation chez un spécialiste : 88 F. Pour les catégories sociales, ces montants deviennent respectivement : 40, 60 et 80 F.

Les membres de la Commission ont la conviction que cette disposition suscitera certaines réactions; toutefois, leur décision a été motivée par les considérations suivantes :

a) Il y a peu de médecins qui respectent encore les tarifs officiels actuels, soit respectivement, pour les 3 prestations mentionnées : 40, 60 et 80 francs (K 10).

Votre Commission ne désire pas influencer la libre discussion dans les commissions, dont il est question à l'article 27. Néanmoins, elle estime que les honoraires fixés sur la base du coefficient K 12,5 doivent être considérés comme raisonnables.

Dans ce cas, les honoraires pour les 3 prestations mentionnées deviendraient : 50, 75 et 100 F.

Votre Commission estime souhaitable un accord sur la base de ces tarifs. Dans ces conditions, nous pouvions difficilement prévoir les mêmes tarifs pour les médecins qui n'adhèrent pas à la convention et nous nous en sommes tenus pour ceux-ci au coefficient 11.

b) Nous craignons, en prévoyant le coefficient 12,5 pour les médecins n'ayant pas adhéré à la convention d'encourir le reproche de placer les négociateurs de la convention devant un fait accompli en limitant leur choix à l'acceptation ou au refus de ce coefficient 12,5. Pour les tarifs imposés, nous avons choisi un moyen terme : supérieur aux montants actuels (K 10), inférieur aux tarifs de la convention (K 12,5).

Montant du coefficient.

Le tableau ci-dessous compare la situation actuelle (K 10) aux honoraires imposés pour les médecins qui n'ont pas conclu une convention (K 11) ainsi qu'aux tarifs au cas où la convention prévoit le coefficient 12,5, pour les 3 prestations mentionnées.

overschrijdingsbedrag van de honoraria zal vaststellen dat mag toegepast worden ingeval de rechthebbenden verzoeken in een éénpersoonskamer te worden gehospitaliseerd zonder dat hun gezondheidstoestand zulks vergt.

Gevolgen voor de honoraria.

De wijzigingen aan artikel 151 hebben, zoals reeds vermeld, voor gevolg dat de waarde van de vermenigvuldigingsfactor toepasselijk op de betrekkelijke waarde van de gezondheidsverstrekkingen, opgenomen in de nomenclatuur op 11 frank wordt vastgesteld, en voor de gepensioneerden, weduwen en invaliden op 10 frank voor de geneesheren, die op 1 januari 1964 niet tot de overeenkomst zijn toegetreden.

Dit stemt overeen met de volgende erelonen : raadpleging : 44 frank — bezoek : 66 frank, en een raadpleging bij een specialist, 88 frank. Voor de sociale categorieën wordt dit respectievelijk : 40, 60 en 80 frank.

De leden van de Commissie zijn er van overtuigd dat deze bepaling zekere reacties zal uitlokken; zij hebben nochtans deze beslissing genomen op grond van de volgende overwegingen :

a) Er zijn nog weinig geneesheren die de huidige officiële tarieven eerbiedigen; deze zijn namelijk voor de 3 vermelde prestaties respectievelijk : 40, 60 en 80 frank (K. 10).

Uw Commissie wenst echter de vrije bespreking in de commissies, waarvan sprake in artikel 27, niet te beïnvloeden, doch is van oordeel dat erelonen, vastgesteld op grond van de vermenigvuldigingsfactor K. 12,5, als redelijk dienen te worden beschouwd.

Voor de drie vermelde prestaties zouden in dit geval de honoraria bedragen : 50, 75 en 100 frank.

Het is de wens van Uw Commissie dat, op basis van deze tarieven, een overeenkomst wordt bereikt. In die omstandigheden konden we bezwaarlijk dezelfde tarieven voorzien voor de geneesheren, die niet toetreden tot de overeenkomst en hielden we het voor deze bij de vermenigvuldigingsfactor 11.

b) Wij vrezen dat, indien we voor de niet tot de overeenkomst toegetreden geneesheren de factor 12,5 voorzien, we het verwijt zullen oplopen dat we de onderhandelaars tot de overeenkomst voor een voldongen feit plaatsen door hun keuze te beperken tot het al dan niet aanvaarden van de vermenigvuldigingsfactor 12,5. We kozen voor de opgelegde tarieven de « gulden middenweg » : meer dan de huidige bedragen (K. 10) doch minder dan overeenkomsttarieven (K. 12,5).

Bedrag van de vermenigvuldigingsfactor.

Onderstaande tabel vergelijkt de huidige toestand (K = 10) met de opgelegde erelonen voor de geneesheren die geen overeenkomst hebben afgesloten (K = 11) en de tarieven indien de overeenkomst de factor 12,5 voorziet, en zulks voor de drie vermelde prestaties.

Prestations	Régime actuel K = 10 — Huidig stelsel K = 10		K = 11		K = 12,5		Verstrekkingen
	Montant honoraire — Bedrag ereloon	Remboursement — Terugbetaling (1)	Montant honoraire — Bedrag ereloon (2)	Remboursement — Terugbetaling	Montant honoraire — Bedrag ereloon	Remboursement — Terugbetaling	
Consultation	40	30	44	33	50	37,5	Raadpleging.
Visite	60	45	66	49,5	75	56	Bezoek.
Consultation spécialiste	80	60	88	66	100	75	Raadpleging specialist.

(1) Actuellement, il est remboursé au malade la somme mentionnée dans la 2e colonne, quel que soit l'honoraire réclamé.
(2) Les pensionnés, les invalides et les veuves bénéficient d'un remboursement à 100 % sur la base du coefficient 10.

(1) Op dit ogenblik ontvangt de zieke het bedrag terug, vermeld in de 2de kolom onverschillig het gevorderde ereloon.
(2) De gepensioneerden, invaliden en weduwen genieten 100 % terugebtaling op basis van de vermenigvuldigingsfactor 10.

Vos rapporteurs ont cru bien faire en reproduisant en annexe au présent rapport le texte d'accords ou de conventions mettant en cause soit les médecins, soit les autres collaborateurs de l'assurance maladie-invalidité. Ils pensent en effet que ces accords, conventions et engagements ont une valeur documentaire importante au moment où le problème des relations entre l'assurance d'une part, et ses divers collaborateurs d'autre part, est posé dans le cadre de la discussion de ce projet.

Documents reproduits en annexe :

— L'accord passé le 21 février 1956 entre le Gouvernement et le Comité de Coordination du Corps Médical Belge. (Annexe I).

— Le « Livre Blanc » de l'Association Générale des Médecins Belges (1961) : « Le Corps Médical belge face au problème national de l'assurance maladie-invalidité ». (Annexe II).

— Le Protocole d'accord entre le Ministre de la Prévoyance Sociale et l'Association Générale des Médecins Belges (octobre 1961). (Annexe III).

— Les conclusions de la Commission de Contact entre les délégués de l'Association Générale des Médecins Belges et ceux de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et de l'Union Nationale des Mutualités socialistes (4 octobre 1962). (Annexe IV).

— La Convention Nationale entre les organisations professionnelles pharmaceutiques et les organismes assureurs (6 octobre 1959). (Annexe V).

— Le projet de protocole d'accord entre le Ministre de la Prévoyance Sociale et l'Association pharmaceutique belge (octobre 1961). (Annexe VI).

— Le modèle de convention à conclure avec les établissements hospitaliers (arrêté ministériel 24 décembre 1957). (Annexe VII).

Uw verslaggevers hebben gemeend bij het onderhavige verslag ook de tekst van de met de artsen, of met andere medewerkers aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering gesloten overeenkomsten te moeten voegen. Zij zijn immers de mening toegedaan dat deze verbintenissen belangrijk zijn uit een oogpunt van documentatie, vooral nu het probleem van de betrekkingen tussen de verzekering enerzijds en de diverse medewerkers ervan anderzijds, wordt gesteld in het kader van de behandeling van het onderhavige wetsontwerp.

In bijlage opgenomen stukken :

— De overeenkomst op 21 februari 1956 gesloten tussen de Regering en het koördinatiecomité van het Belgisch Medisch Corps (Bijlage I).

— Witboek van het Algemeen Verbond der Geneesheren van België (1961) : « Het Belgisch Geneeskundig Korps tegenover het nationaal probleem van de Verzekering tegen ziekte en invaliditeit » (Bijlage II).

— Het overeenkomstprotocol tussen de Minister van Sociale Voorzorg en het Algemeen Verbond der Geneesheren van België (oktober 1961) (Bijlage III).

— De conclusies van de contactcommissie waarin zitting hadden de vertegenwoordigers van het Algemeen Verbond der Geneesheren van België en de vertegenwoordigers van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en van het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten (Bijlage IV).

— De Nationale Overeenkomst tussen de Farmaceutische Beroepsorganisaties en de Verzekeringsinstellingen (6 oktober 1959) (Bijlage V).

— Het ontwerp-overeenkomstprotocol tussen de Minister van Sociale Voorzorg en de Algemene Pharmaceutische Bond (oktober 1961) - (Bijlage VI).

— Het model der met verplegingsinrichtingen te sluiten overeenkomst (minist. besluit 24 december 1957) - Bijlage VII).

6. Contrôle et sanctions.

A) Le contrôle.

L'un des points les plus délicats est celui du contrôle. Toutes les personnes qu'intéresse le régime de l'assurance maladie-invalidité et qui ne se rendent pas coupables d'infractions ou d'abus, n'ont pas à se faire le moindre souci au sujet du mode d'organisation du contrôle.

Chacun est toutefois convaincu de la nécessité d'un système de contrôle portant tant sur les assurés que sur les organismes assureurs et les personnes ou institutions dispensant l'assistance médicale.

Nous nous rallions entièrement au point de vue du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins à ce sujet : « Le Conseil supérieur a toujours été partisan du contrôle exercé sur le fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité, sous réserve cependant que ledit contrôle se révèle efficace et conforme à la morale médicale. Tout contrôle requiert une collaboration de la part des médecins, et cette collaboration ne pourra être vraiment sincère et fructueuse que si les médecins qui acceptent un contrôle n'ont pas le sentiment d'être l'objet d'inutiles tracasseries. »

Un contrôle présente toujours un caractère vexatoire et les gens en général sont vite amenés à le considérer comme inutile. Le contrôle est nécessairement destiné à prévenir les abus et devra permettre de prendre des sanctions en cas d'infractions; il sera sévère ou modéré dans la mesure où le nombre de celles-ci sera plus ou moins important. Personne n'a le droit de se servir abusivement de l'argent de la communauté en sa faveur.

Le critère primordial auquel doit répondre l'institution, c'est le critère d'indépendance, avec l'objectivité que celle-ci implique.

Cette condition est-elle remplie ?

Il n'est pas dénué d'intérêt de s'étendre un instant sur la réponse à cette question.

La loi prévoit deux systèmes :

1) Le contrôle médical;
2) Le contrôle administratif.

1. *Le contrôle médical.*

La loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, dénommée loi unique, contient un chapitre relatif à l'assurance obligatoire maladie-invalidité, dont la première partie traite de la création d'un Institut de contrôle médical.

A une déclaration faite par le Ministre en Commission de la Prévoyance sociale et reprise dans le rapport de M. Posson (doc. n° 649 — n° 26 — 1959-1960), nous empruntons la phrase suivante :

« Les mesures qui vous sont proposées sont des mesures légales, mais il est bien entendu qu'elles sont susceptibles d'être modifiées lorsque la réforme d'ensemble du régime de l'A. M. I. sera soumise au Parlement.

L'exposé des Motifs du présent projet de loi énonce que « les dispositions essentielles du chapitre de la loi du 14 février 1961, d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, relatif à l'assurance maladie-invalidité ont été maintenues : certaines d'entre elles ont cependant dû être amendées de manière à les intégrer dans

6. Controle en sancties.

A) De controle.

Een der meest delikate punten is dat van de controle. Al diegene die bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering betrokken zijn, en die zich niet schuldig maken aan overtredingen of misbruiken, hoeven zich geen zorgen te maken over de wijze waarop de controle georganiseerd wordt.

Iedereen is echter overtuigd van de noodzakelijkheid een controle-systeem in te richten zo voor de verzekerden, als voor de verzekeringsinstellingen en de personen of instellingen die medische hulp verstrekken.

Wij onderschrijven volkomen het standpunt van de Hoge Raad van de Orde der geneesheren terzake : « Steeds is de Hoge Raad voorstander geweest van de controle van de werking van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, met dien verstande dat die controle afdoende weze en overeenkomstig de medische moraal. Controle vereist medewerking van de geneesheren en deze medewerking kan dan alleen oprecht zijn en vruchten afwerpen, zo de geneesheren die erin toestemmen te worden gecontroleerd, niet het gevoel hebben het voorwerp van nutteloze plagerijen te zijn. »

De controle is altijd een plagerij, en elke mens heeft vlug de indruk dat deze nutteloos is. De controle zal en moet de misbruiken voorkomen en het mogelijk maken dat de overtreders worden gestraft; hij zal scherp zijn of gematigd in de mate dat veel of weinig overtredingen vastgesteld worden. Niemand heeft het recht de gelden van de gemeenschap te misbruiken voor eigen belangen.

De hoofdvoorwaarde waaraan de instelling moet voldoen is de onafhankelijkheid en de eraan verbonden objectiviteit.

Is die voorwaarde vervuld ?

Het loont de moeite even over het antwoord op die vraag uit te wijden.

De wet voorziet twee stelsels :

1) De medische controle;
2) De administratieve controle.

1. *De geneeskundige controle.*

De wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel (eenheidswet) bevat een hoofdstuk over de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en, waarvan het eerste gedeelte handelt over de oprichting van een Instituut voor geneeskundige controle.

Uit de verklaring afgelegd door de Minister in de Commissie voor de Sociale voorzorg, en opgenomen in het verslag van de heer Posson (document 469 — n^r 26 — 1959-1960) ontlenen we de volgende zin :

« De maatregelen die nu worden voorgesteld zijn weliswaar wettelijke maatregelen, maar zij zullen wel te verstaan vatbaar zijn voor wijzigingen wanneer de gezamenlijke hervorming van de ziekte en invaliditeitsregeling aan het parlement zal worden voorgelegd. »

In de Memorie van Toelichting van het huidige ontwerp wordt gezegd : « De essentiële bepalingen van het hoofdstuk van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel dat betrekking heeft op de ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn gehandhaafd : sommige ervan behoorden evenwel te wor-

la nouvelle structure; d'autres ont été reprises dans le présent projet de façon à en harmoniser la présentation dans un contrôle plus général ».

Les dispositions maintenues sont celles des articles 49, 51, § 1, 52, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 et 63 de la loi précitée du 14 février 1961.

Les dispositions amendées sont celles des articles 44 et 53 de la loi précitée du 14 février 1961, amendées par les articles 140 et 141 du projet de loi.

Les dispositions reprises dans le projet de loi sont :

Loi du 14 février 1961	Projet de loi
L'article 33	est repris dans l'article 77.
L'article 34	est repris dans l'article 78.
L'article 35	est repris dans l'article 79, 1°.
L'article 36	est repris dans l'article 80.
L'article 37	est repris dans les articles 79, 12°, et 122, al. 2.
L'article 38	est repris dans les articles 111 et 115.
L'article 39	est repris dans l'article 117.
L'article 40	est repris dans les articles 87 et 88.
Les articles 41 et 42	sont repris dans les articles 81, 82 et 84.
L'article 43	est repris dans l'article 89.
Les articles 45 et 46	sont repris dans l'article 86.
L'article 47	est repris dans l'article 155.
L'article 48	est repris dans l'article 156.
L'article 49	est repris dans l'article 159.
L'article 50	est repris dans l'article 93, 5°.
L'article 51, § 2,	est repris dans l'article 100, § 3.
L'article 54	est repris dans l'article 98.
L'article 55	est repris dans l'article 96.

Le Service du Contrôle médical.

Le contrôle médical des prestations de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnités est confié au Service du contrôle médical. Ce service est dirigé par un Comité qui jouit d'une large autonomie technique. C'est lui qui, notamment, arrête les normes et directives générales en vue de l'organisation du contrôle médical, qui établit le règlement d'agréation des médecins-conseil, qui prononce les interdictions d'intervention dans le coût des prestations dispensées par les personnes ou établissements qui ne se conforment pas aux dispositions légales et règlementaires et qui prend les mesures propres à assurer le contrôle médical au cas où les organismes assureurs n'engagent pas le nombre de médecins-conseil requis. Le projet de loi maintient donc intacte l'indépendance spécifique, dans le domaine technique, que conférait à l'Institut du contrôle médical la loi précitée du 14 février 1961.

La composition du Comité est la suivante :

— un président ayant la qualité de magistrat;

— 8 médecins représentant les organismes assureurs;

— 8 médecins représentant les organisations les plus représentatives du corps médical;

— 4 médecins présentés par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins;

— 2 médecins-fonctionnaires;

den gewijzigd om ze in de nieuwe structuur op te nemen; andere zijn in het huidige ontwerp overgenomen ten einde de opmaak ervan in een algemenere kontekst te harmoniëren. »

De gehandhaafde bepalingen zijn die uit de artikelen 49, 51, § 1, 52, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 en 63 van vorengenoemde wet van 14 februari 1961.

De gewijzigde bepalingen zijn die uit de artikelen 44 en 53 van vorengenoemde wet van 14 februari 1961, gewijzigd bij de artikelen 140 en 141 van het wetsontwerp.

De volgende bepalingen zijn in het wetsontwerp overgenomen :

Wet van 14 februari 1961	Wetsontwerp
Artikel 33	wordt overgenomen in artikel 77.
Artikel 34	wordt overgenomen in artikel 78.
Artikel 35	wordt overgenomen in artikel 79, 1°
Artikel 36	wordt overgenomen in artikel 80.
Artikel 37	wordt overgenomen in artikel 79, 12° en 122, al. 2.
Artikel 38	wordt overgenomen in artikel 111, 115.
Artikel 39	wordt overgenomen in artikel 117.
Artikel 40	wordt overgenomen in artikel 87, 88.
Artikel 41 en 42	wordt overgenomen in artikel 81, 82 en 84.
Artikel 43	wordt overgenomen in artikel 89.
Artikel 45 en 46	wordt overgenomen in artikel 86.
Artikel 47	wordt overgenomen in artikel 155.
Artikel 48	wordt overgenomen in artikel 156.
Artikel 49	wordt overgenomen in artikel 159.
Artikel 50	wordt overgenomen in artikel 93, 5°.
Artikel 51, § 2	wordt overgenomen in artikel 100, § 3.
Artikel 54	wordt overgenomen in artikel 98.
Artikel 55	wordt overgenomen in artikel 96.

Dienst voor geneeskundige controle.

De geneeskundige controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkerinksverzekering wordt opgedragen aan de Dienst voor geneeskundige controle. Die Dienst wordt bestuurd door een Comité dat een ruime technische autonomie geniet. Het is dit comité dat met name de normen en algemene richtlijnen vaststelt met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle, het reglement voor de erkenning van de adviserend geneesheren opmaakt, het verbod uitspreekt om tegemoet te komen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen verleend door de personen of inrichtingen die zich niet schikken naar de wets- en verordeningsbepalingen en dat alle passende maatregelen treft ter uitoefening van de geneeskundige controle ingeval de verzekeringsinstellingen niet het vereiste aantal adviserend geneesheren in dienst nemen. Het wetsontwerp laat dus de specifieke zelfstandigheid op technisch gebied onaangeroerd welke vorengenoemde wet van 14 februari 1961 aan het Instituut voor geneeskundige controle verleende.

Het Comité is samengesteld als volgt :

— een voorzitter magistraat;

— 8 geneesheren die de verzekeringinstellingen vertegenwoordigen;

— 8 geneesheren-vertegenwoordigers van de representatieve vertegenwoordigers van het geneesherenkorps;

— 4 geneesheren, voorgesteld door de Hoge Raad van de Orde der geneesheren;

— 2 geneesheren-ambtenaren.

3 catégories de médecins participent au contrôle médical :

1. *Les médecins-inspecteurs principaux :* sont nommés par le Roi, à raison d'un médecin par province.

Ils décident en première instance des conflits d'ordre médical entre les médecins-conseil et les médecins-inspecteurs et remplissent le rôle de direction par rapport à ces derniers.

2. *Les médecins-inspecteurs :* sont également nommés par le Roi, à raison d'un médecin pour 80.000 ayants droit.

Ils sont chargés du contrôle des tâches confiées aux médecins-conseil et du contrôle médical d'urgence dans les cas d'incapacité de travail.

3. *Les médecins-conseil.*

L'impartialité du contrôle médical est mise en doute par certains, du fait que les médecins-conseil sont engagés et rémunérés par les organismes assureurs.

La mission du médecin-conseil présente un double aspect :

— Il est contrôleur : il examine les assurés qui se déclarent malades et est chargé de dépister les fraudes et abus.

— Il est en même temps conseiller : il lui est interdit d'exercer d'autres activités médicales, mais il est responsable de la surveillance phrophylactique des familles; il conseille en matière d'hospitalisation, de mise en observation en sanatorium ou préventorium, en colonies pour enfants débiles, etc...

Il est appelé à jouer un rôle actif dans la rééducation des handicapés et des invalides, il est chargé de promouvoir l'éducation sanitaire.

Vu la conception actuelle du pluralisme et étant donné l'importance de son rôle de conseiller, il ne peut être imposé de médecin aux mutualités; celles-ci doivent pouvoir le choisir elles-mêmes.

Ce libre choix, subordonné d'ailleurs à certaines conditions (notamment, l'avis émis au sujet des candidats par le Conseil provincial de l'Ordre des médecins), ne diminue en rien l'obligation pour la mutuelle d'organiser efficacement le contrôle et de l'assurer effectivement.

Mais dès leur nomination, les médecins-conseils se trouvent, à tous points de vue, placés sous l'autorité du Comité du Service du contrôle médical, devant lequel ils prêtent serment.

Ils sont tenus d'observer les directives établies par le Comité, tandis que les médecins-inspecteurs, comme il est dit ci-dessus, contrôlent l'exécution des tâches qui leur ont été confiées.

Le Roi fixe un statut et une rémunération uniforme pour toutes les mutualités et il n'est pas permis à celles-ci d'octroyer un avantage supplémentaire sous quelque forme que ce soit.

Le statut actuel des médecins-conseil, qui, en application des dispositions de l'article 152 du projet, reste en vigueur, dispose que les médecins-conseil ne peuvent être licenciés ou révoqués par les organismes assureurs que lorsque le Comité du Service du contrôle médical a prononcé le retrait de leur agréation ou en cas de suppression d'emploi, approuvée par ledit Comité. L'ensemble de ces dispositions,

Er zijn 3 soorten geneesheren bij de geneeskundige controle betrokken :

1. *De eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs :* zij worden door de Koning benoemd op basis van één per provincie.

Zij beslissen in eerste aanleg over de geschillen van geneeskundige aard tussen de adviserend geneesheren en de geneesheren-inspecteurs en hebben de leiding over deze laatste.

2. *De geneesheren-inspecteurs :* worden eveneens door de Koning benoemd, op basis van een geneesheer per 80.000 rechthebbenden.

Zij hebben als opdracht de uitvoering van de aan de adviserende geneesheren opgedragen taken te controleren, en zijn gelast met de geneeskundige spoedcontrole op de arbeidsongeschiktheid.

3. *De adviserend geneesheren.*

De onpartijdigheid van de geneeskundige controle wordt door sommigen in twijfel getrokken, omdat de adviserend geneesheren door de verzekeringsinstellingen in dienst worden genomen en bezoldigd.

De adviserend geneesheer heeft een dubbele taak te vervullen :

— Hij is controleur : hij onderzoekt de verzekerden die zich ziek melden, en moet het bedrog en de misbruiken opsporen.

— Hij is tevens raadgever : het is hem verboden andere medische activiteiten uit te oefenen, doch hij staat in voor het prophylactisch toezicht in de families. Hij moet raadgeven voor hospitalisatie, voor observatie, plaatsing in sanatorium of preventorium, in kolonies voor zwakke kinderen, enz...

Hij moet een actieve rol spelen in de revalidatie van gehandicapten en invaliden, hij moet de gezondheidsopvoeding bevorderen.

In de huidige opvatting van het pluralisme, en gezien het belang van de rol als raadgever, kan aan de mutualiteiten geen geneesheer worden opgelegd; zij moeten zelf kunnen kiezen.

Deze vrije keuze, gekoppeld aan zekere voorwaarden (o.m. advies over de kandidaten door de Provinciale Raad van de Orde der geneesheren) neemt op geen enkele wijze de verplichting weg voor de mutualiteit, om de controle doelmatig te organiseren en efficiënt te verzekeren.

Eenmaal echter de benoeming gedaan, vallen de adviserend geneesheren volkomen onder de bevoegdheid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige Controle, voor hetwelk zij beëdigd worden.

Zij zijn er toe gehouden de door het Comité vastgestelde richtlijnen in acht te nemen, en de uitvoering van hun opgedragen taken wordt, zoals hierboven gezegd, door de geneesheren-inspecteurs gecontroleerd.

Statuut en bezoldiging wordt door de Koning bepaald, eenvormig voor alle mutualiteiten, en deze mogen geen enkel aanvullend voordeel verlenen, in welke vorm ook.

Het huidige statuut van de adviserend geneesheren dat van kracht blijft bij toepassing van artikel 152 van het ontwerp, bepaalt dat de adviserend geneesheren enkel door de verzekeringsinstellingen mogen ontslagen of afgezet worden wanneer het Comité van de Dienst voor geenskundige controle de intrekking van hun erkening heeft uitgesproken of in geval van ambtsopheffing, goedgekeurd

d'une part rend les médecins-conseil indépendants des organismes assureurs dans l'accomplissement de leur mission et, d'autre part, en les plaçant sous le contrôle des médecins-inspecteurs, eux-mêmes nommés par le Roi, et sous l'autorité du Comité du Service du contrôle médical, garantit l'uniformité et l'objectivité du contrôle médical.

D'autres dispositions du projet en matière d'incapacité de travail sont inspirées par la même préoccupation d'uniformité et d'objectivité du contrôle : il s'agit des dispositions des articles 51 et 54, portant que l'état d'incapacité de travail donnant lieu au paiement des indemnités d'incapacité prolongée et d'invalidité doit être constaté par le Conseil médical de l'invalidité et non, comme c'est le cas pour l'indemnité d'incapacité primaire, par le seul médecin-conseil.

2. *Le contrôle administratif.*

Le Groupe de travail parlementaire s'était posé la question de savoir si les raisons pour soustraire le contrôle médical à la tutelle des organes de gestion de l'assurance — et notamment des organismes assureurs — afin d'assurer son indépendance, n'existaient pas aussi pour les autres services essentiels de contrôle, et notamment pour le contrôle administratif.

Le projet de loi prévoit la création d'un Service du contrôle administratif, dirigé par un Comité, composé en majorité de représentants des organisations représentatives des employeurs et des organisations représentatives des travailleurs et autonome, lui aussi, au point de vue technique. C'est ce Comité qui établit les directives techniques en vue de l'organisation du contrôle administratif des prestations de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnités que le Service du contrôle administratif est chargé d'assurer; c'est ce Comité aussi qui élabore les règles administratives, comptables et statistiques que doivent observer les organismes assureurs ainsi que les règles relatives à l'inscription des prestations payées indûment.

Le projet de loi prévoit en outre que les inspecteurs dont dispose le Service du contrôle administratif pour accomplir sa mission, sont nommés par le Roi et qu'ils sont assermentés, et qu'à l'égard des organismes assureurs qui se rendent coupables d'infractions aux dispositions légales et réglementaires, des sanctions pécuniaires peuvent être prononcées par le Comité, réuni en séance spéciale en l'absence des représentants des organismes assureurs.

Lesdites dispositions seront précisées d'avantage à l'occasion de la discussion des articles.

B) Les sanctions.

Les sanctions ne constituent pas une partie essentielle de la législation. Malheureusement, dans tout Etat et au sein de tout groupe de citoyens, il y a toujours des personnes insuffisamment conscientes de leur devoir de respecter la loi.

C'est surtout lorsqu'une infraction est de nature à apporter un avantage financier à celui qui la commet que la tentation devient, pour certains, plus forte que les bons sentiments. C'est pour cette raison que toute loi prévoit des sanctions applicables aux contrevenants.

door genoemd Comité. Ingevolge die gezamenlijke bepalingen zijn, eensdeels de adviserend geneesheren onafhankelijk tegenover de verzekeringsinstellingen voor het vervullen van hun opdracht en wordt, anderdeels, door ze onder de controle van de geneesheren-inspecteurs, die zelf door de Koning worden benoemd en onder de autoriteit van de Dienst voor geneeskundige controle te plaatsen, de eenvormigheid en de objectiviteit van de geneeskundige controle gewaarborgd.

Andere bepalingen van het wetsontwerp inzake arbeidsongeschiktheid gaan uit van dezelfde bezorgdheid inzake eenvormigheid en objectiviteit van de controle : het betreft de artikelen 51 en 54 die bepalen dat de staat van arbeidsongeschiktheid waarvoor uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid en wegens invaliditeit worden betaald, moet vastgesteld worden door de Geneeskundige raad voor invaliditeit en niet door de adviserend geneesheer alleen, zoals voor het ziekengeld.

2. *Administratieve controle.*

De Parlementaire Werkgroep had zich afgevraagd of de redenen om de zelfstandigheid van de geneeskundige controle te verzekeren door deze te onttrekken aan de voogdij van de beheersorganen der verzekering — met name van de verzekeringsinstellingen — ook niet golden voor de andere essentiële controlediensten en in het bijzonder voor de administratieve controle.

Het wetsontwerp voorziet in de instelling van de Dienst voor administratieve controle, bestuurd door een Comité waarvan de meerderheid bestaat uit vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van werkgevers en van werknemers en dat eveneens van technisch oogpunt uit autonoom is. Het is dit Comité dat de technische controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkeringsverzekering welke de Dienst voor administratieve controle tot taak heeft te verzekeren; het is ook dit Comité dat de administratieve, boekhoudkundige en statische regelen uitwerkt welke door de verzekeringinstellingen moeten nageleefd worden alsmede de regelen met betrekking tot de inschrijving van de ten onrechte betaalde prestaties.

Het wetsontwerp schrijft bovendien voor dat de inspecteurs waarover de Dienst voor administratieve controle beschikt om zijn taak te vervullen, worden benoemd door de Koning en worden beëdigd en dat tegen de verzekeringsinstellingen die de wets- en verordeningsbepalingen overtreden, geldstraffen mogen uitgesproken worden door het Comité, dat daartoe bijeenkomt in speciale vergadering waarop de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen niet aanwezig zijn.

Bij de bespreking van de artikelen worden deze bepalingen nog nader toegelicht.

B) De sancties.

De sancties behoren niet tot het wezen zelf van de wetgeving, doch in elke Staat en onder elke groep van burgers, bevinden zich steeds personen die onvoldoende bewust zijn van hun plicht, de wet te onderhouden.

Vooral wanneer een overtreding van die aard is dat hij die ze begaat, er financieel voordeel uithaalt, is voor sommigen de bekoring sterker dan de goede gevoelens; daarom voorziet elke wet sancties, die op de overtreders toegepast worden.

Toutefois, il ne faudrait pas conclure de l'existence de ces sanctions que l'on peut contrevenir à une loi aussi longtemps que l'infraction n'est pas constatée. Celui qui enfreint la loi néglige son devoir de respecter l'autorité légale, même au cas où l'infraction n'est pas révélée.

Vos rapporteurs ont cru devoir formuler ces considérations pour répondre à certaines critiques émises contre le projet et relatives aux sanctions.

Soulignons tout d'abord que la Commission a renoncé à une sanction : le non-remboursement de l'intervention de la mutuelle à l'assuré se présentant chez un médecin qui n'a pas signé la convention. En effet, on peut difficilement imposer à quelqu'un une sanction pour une infraction commise par un tiers, en l'occurrence le médecin traitant.

Toutes les autres sanctions restent cependant maintenues. Dans certains milieux médicaux, on crée l'impression qu'il sera porté atteinte aux prérogatives de la « profession libérale » du médecin, en lui imposant des tarifs ou des obligations contraires à la tradition de cette profession.

Soulignons au préalable que le projet ne porte nulle part atteinte aux prescriptions de la déontologie médicale : le médecin soigne et traite le patient de la façon prescrite par les règles de la déontologie; il est seulement tenu à fournir le traitement dans les conditions les plus économiques compatibles avec la nécessité de sauvegarder ou de rétablir la santé du malade (art. 35).

Le texte et le commentaire démontrent clairement que ni le dossier médical (art. 35) ni le carnet (art. 37) sont contraires au secret médical auquel est tenu le médecin.

Malgré ces garanties morales, la loi présenterait, à défaut de dispositions pénales, une lacune susceptible de remettre en cause son application.

Nous nous permettons de rappeler une déclaration du célèbre moraliste Mgr A. Janssen, professeur à l'université de Louvain. Dans son livre « Het Staatsgezag », il écrit à la page 80 (1) (traduction) :

« Cependant, le pouvoir de contraindre et de punir ne constitue pas l'essence de la loi. La loi constitue une norme, une indication concernant la manière dont les citoyens ont à se conduire; l'obligation imposée de l'extérieur suppose que cette indication a été donnée, que la loi a été publiée et que les citoyens sont obligés de la respecter. Puisque le respect de la loi est nécessaire au bien général et puisqu'il y aura toujours des personnes pour lesquelles le sens du devoir, la conscience ou le souci du bien général ne constitueront pas un motif suffisant pour respecter les lois, l'autorité doit avoir le pouvoir de les y contraindre.

» Le droit de contraindre suppose donc chez les citoyens le devoir d'obéir; ce devoir existe préalablement à tout usage du droit de contraindre. Dans ce sens, on dit communément que la contrainte, la police et la justice se trouvent derrière la loi pour veiller à ce que la loi soit respectée. La nécessité de mesures contraignantes n'est pas une conséquence de la loi mais bien d'une mentalité regrettable de nombreux citoyens. »

D'autre part, le législateur se montrerait injuste en n'appliquant les sanctions qu'à une partie des personnes tombant sous l'application de la loi.

(1) Mgr. A. Janssens, *Het Staatsgezag*, Davidsfonds, Louvain.

Het zou echter verkeerd zijn uit het bestaan van sancties af te leiden, dat een wet mag overtreden worden, zolang de overtreding niet wordt vastgesteld. Hij die de wet overtreedt, onttrekt zich aan zijn plicht het wettig gezag te gehoorzamen, ook als de overtreding niet aan het licht komt.

Uw verslaggevers werden ertoe aangezet deze overwegingen neer te pennen, omdat een van de kritieken op het ontwerp, betrekking hebben op de santies.

Laten we vooraf even onderlijnen dat de Commissie een bepaalde santie heeft laten vallen, namelijk het niet terugbetalen van de mutualiteitstussenkomst aan de verzekerde, die zich aanbiedt bij een geneesheer die de overeenkomst niet heeft ondertekend. Men kan bezwaarlijk iemand een sanctie opleggen voor een overtreding gepleegd door een derde persoon, in casu de behandelende geneesheer.

Al de andere sancties blijven echter behouden. In sommige geneesherenmiddens wordt de indruk verwekt dat aan de prerogatieven van het « vrij beroep » van de geneesheer getornd wordt, door hem tarieven of verplichtingen op te leggen, die tegenstrijdig zijn met deze traditie.

Laten we vooraf duidelijk onderlijnen dat het ontwerp nergens afbreuk doet aan de voorschriften vervat in de plichtenleer van de geneesheer : de geneesheer verzorgt en behandelt de zieke op de wijze hem door de regels van de deontologie opgelegd; hij is er slechts toe gehouden de verzorging te verstrekken onder de zuinigste voorwaarden, welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van zijn gezondheid (art. 35).

Uit de tekst en het commentaar blijkt voldoende dat het geneeskundig dossier (art. 35) noch het verstrekkingenboekje ((art. 37) indruisen tegen het medisch geheim, waartoe de geneesheer gehouden is.

Onverminderd deze zedelijke waarborgen, zou zonder strafbepalingen, de wet een leemte vertonen die haar toepassing in het gedrang brengt.

Mogen we even verwijzen naar de uitspraak van de gekende moraalfilosoof Mgr A. Janssen, Hoogleraar aan de Universiteit van Leuven, die in zijn boek « Het Staatsgezag », blz. 80 (1), het volgende schrijft :

« De macht om te dwingen en te straffen maakt echter de essentie van de wet niet uit. De wet is een norm, een aanduiding hoe de burgers zich te gedragen hebben; de uitwendige dwang veronderstelt dat die aanduiding gegeven is, dat de wet is uitgevaardigd en de burgers verplicht zijn te gehoorzamen. Vermits het onderhouden van de wet noodzakelijk is voor het algemeen welzijn en vermits er altijd lieden zullen zijn voor wie plichtsbesef, geweten of bekommering voor het algemeen welzijn, geen voldoende beweegredenen zijn om de wetten te onderhouden, moet het gezag de bevoegdheid hebben om hun daartoe te dwingen.

» Het recht om te dwingen veronderstelt dus bij de burgers de plicht om te gehoorzamen; die plicht bestaat vóór iedere aanwending van dwang. In die zin zegt men gewoonlijk dat de dwang, de politie en het gerecht achter de wet staan, om er over te waken dat de wet nageleefd wordt. De noodwendigheid van dwangmaatregelen volgt niet uit de wet maar uit de slechte gesteltenis van de burgers. »

De wetgever zou daarenboven een onrechtvaardige maatregel treffen, indien de sancties slechts zouden toegepast worden op een deel van de personen die vallen binnen het toepassingsgebied van de wet.

(1) Mgr. A. Janssen, *Het Staatsgezag*, Davidsfonds, Leuven.

Le champ d'application de l'assurance maladie-invalidité s'étend à un nombre considérable de personnes : assurés, employeurs, travailleurs, praticiens de l'art de guérir, auxiliaires paramédicaux, etc.

Que penserait-on d'une loi qui contiendrait des dispositions pénales à l'encontre de millions d'assurés mais qui laisserait une entière liberté d'action au médecin, sous prétexte que celui-ci exerce une profession « libérale » ?

Jadis, les employeurs exigeaient le droit de décider souverainement des salaires et des conditions de travail de leur personnel; l'Etat ne pouvait s'occuper du droit de gestion dans les entreprises privées; la législation sociale était honnie.

Le pouvoir des organisations syndicales et un changement dans les consciences ont heureusement apporté des modifications dans ce domaine.

De même que le travailleur doit être consulté pour la fixation de son salaire et de ses conditions de travail, l'assuré doit pouvoir intervenir pour décider de ce que son organisme assureur et lui-même devront payer au titre d'honoraires pour les soins médicaux. Cette disposition ne porte pas atteinte au caractère libéral de la profession du médecin, ni à sa tâche honorable de prévenir les maladies, de guérir les malades ou du moins d'adoucir leurs souffrances.

Si les honoraires demandés dépassent ce qui est raisonnable, le législateur a le devoir d'intervenir et d'imposer sa volonté pour protéger ceux qui deviendraient les victimes de ces pratiques.

Sanctions prévues.

1) Remboursement des prestations perçues erronément ou frauduleusement.

2) Amendes à payer par les organismes assureurs en cas d'infractions administratives.

3) Sanctions administratives applicables aux ayants droit en cas d'infraction.

4) Peines de prison de 8 jours à 1 mois et amendes de 26 à 1.000 francs pour tous les contrevenants aux dispositions légales ou réglementaires relatives à l'assurance-soins de santé ou à l'assurance-indemnités.

5) Mêmes peines que sub 4) pour tous ceux qui empêcheront les personnes désignées par les services de contrôle de s'acquitter de leur tâche.

7. — Financement.

1. *Considérations générales.*

Souvent a été posée la question : « L'équilibre financier sera-t-il assuré à l'avenir ? » Nous ne pouvons que décevoir ceux qui attendent du projet la réalisation d'économies, pour le simple motif qu'il est impossible d'en faire sur les soins de santé.

Tout malade souhaite guérir le plus rapidement possible, même au prix des plus lourds sacrifices. Nous devons toutefois nous rallier aux conclusions du rapport du Groupe de travail parlementaire :

« Il convient cependant de mettre tout particulièrement en évidence le désir unanimement exprimé d'inscrire la réforme de l'assurance maladie-invalidité dans le cadre d'une large politique de santé publique impliquant un

Het toepassingsveld van de ziekte- en invaliditeitsverzekering strekt zich uit over een aanzienlijk aantal personen : verzekerden, werkgevers, werknemers, beoefenaars van de geneeskunst, paramedische medewerkers, enz....

Wat zou men denken van een wet die strafbepalingen voorziet voor miljoenen verzekerden, doch die de volledige vrije handeling zou toelaten aan de geneesheer, omdat hij een « vrij » beroep uitoefent ?

Vele jaren terug eisten de werkgevers het recht op eigenhandig te beslissen over de lonen en arbeidsvoorwaarden van hun personeel; de Staat mocht zich niet inlaten met het beschikkingsrecht in de private ondernemingen, en sociale wetten waren uit den boze.

De macht van de syndikale organisaties en invloeden op het geweten, hebben hieraan gelukkig verbeteringen gebracht.

Zoals de arbeider medezeggingschap moet hebben in de vaststelling van zijn loon en arbeidsvoorwaarden, moet de verzekerde mede kunnen beslissen over wat zijn verzekeringsinstelling en hij zelf aan erelonen moeten betalen voor de geneeskundige verzorging, dit is geen afbreuk aan het vrij beroep van de geneesheer, noch aan zijn errvolle opdracht van de ziekten te voorkomen, de zieken te genezen of althans hun lijden te verzachten.

Indien de gevorderde honoraria de redelijkheid te buiten gaan, moet de wetgever tussenbeide komen, en zijn wil opleggen, ter bescherming van diegenen die het slachtoffer zijn.

Voorziene sancties.

1) Terugebetaling van bij vergissing of bedrog ontvangen prestaties.

2) Geldboeten ten overstaan van de verzekeringsinstellingen in geval van administratieve overtredingen.

3) Administratieve sancties toepasselijk op de rechthebbenden in geval van overtreding.

4) Gevangenisstraf van acht dagen tot een maand en een boete van 26 tot 1.000 frank voor eenieder die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging of de uitkeringsverzekering heeft overtreden.

5) Zelfde straffen als onder 4) voor alwie de personen aangesteld voor de controle hindert in hun taak.

7. — Financiering.

1. *Algemene beschouwingen.*

Herhaalde malen werd de vraag gesteld : « Zal in de toekomst het financieel evenwicht verzekerd zijn ? » Zij die van het ontwerp verwachten dat het besparingen voorziet, moeten we teleurstellen om de eenvoudige reden dat op gezondheidszorgen niet kan gespaard worden.

Wie ziek is wil ten koste van de zwaarste offers zo vlug mogelijk genezen. Echter moeten we ons aansluiten bij wat vermeld staat in het verslag van de Parlementaire Werkgroep :

« Het is evenwel zaak gans in het bijzonder de nadruk te leggen op de eenparig uitgesproken wens om de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te zien binnen het bestek van een ruim beleid inzake volks-

souci de rationalisation, d'efficacité et d'économie dans l'utilisation des ressources mises à la disposition du régime tant par les travailleurs eux-mêmes, que par les employeurs et par les pouvoirs publics. »

Chacun concèdera que l'établissement d'un plan de financement pour l'avenir n'est pas une tâche aisée, l'évolution des recettes et des dépenses étant fondamentalement différente :

a) *Recettes :* Celles-ci sont influencées par le marché du travail et par le volume des salaires. En période de prospérité économique et de hauts salaires, les recettes augmenteront, alors qu'elles diminueront fortement lorsque l'industrie subira les effets d'une dépression économique.

b) *Dépenses :* Celles-ci sont influencées par des facteurs d'un tout autre genre :

1) *par le nombre des ayants droit :*

Au cours de la période comprise entre 1949 à 1961 inclus, le nombre des membres actifs (redevables de la cotisation) s'est accru de 3,13 %, tandis que le nombre d'ayants droit non cotisants a augmenté de 33 %.

2) *par le vieillissement de la population :*

Les trois principales catégories exemptes du paiement d'une cotisation sont :

	Nombre	
	1949	1961
les pensionnés	121.686	249.479
les invalides	36.966	67.191
les veuves	62.160	128.579

3) *par l'élévation du niveau de vie :*

Il apparaît que dans les régions à salaires élevés et parmi les employés il est fait davantage appel à l'intervention d'un médecin (1).

4) *par l'augmentation du nombre de médecins :*

Le nombre de médecins et d'autres personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale s'est accru de 52 % au cours de la période comprise entre 1949 à 1961.

5) *à la suite de l'évolution de la science et de la technique médicales :*

Depuis l'instauration de l'assurance obligatoire, on constate une augmentation du nombre de prestations, surtout celles à caractère technique.

Le tableau ci-dessous reflète l'augmentation du nombre de prestations au cours de la période de 1949 à 1961 :

analyses, augmentation : 592 %;
physiothérapie, augmentation : 221 %;
radiographies, augmentation : 198 %;
cas chirurgicaux bénins, augmentation : 144 %;
cas chirurgicaux graves, augmentation : 67 %.

(1) Cfr. plus loin : l'influence du revenu sur le volume des dépenses de l'assurance-soins de santé.

gezondheid, wat de bekommernis insluit van rationalisatie, doeltreffendheid en spaarzaamheid bij de aanwending van de middelen welke zowel door de werknemers zelf als door de werkgevers en de overheid ter beschikking van het regime worden gesteld. »

Iedereen zal moeten toegeven dat het geen gemakkelijke taak is een financieringsplan op te maken voor de toekomst omdat de evolutie van de inkomsten en van de uitgaven fundamenteel verschillend zijn.

a) *Inkomsten :* Deze worden beïnvloed door de arbeidsmarkt en het loonvolume. In perioden van economische bloei en hoge lonen zullen de inkomsten toenemen, terwijl deze sterk verminderen wanneer de nijverheid geteisterd wordt door economische depressie.

b) *De uitgaven :* Deze worden door heel andere factoren beïnvloed :

1) *door het aantal rechthebbenden :*

Tijdens de periode van 1949 tot 1961 steeg het aantal actieve leden (bijdragebetalers) met 3,13 %, terwijl het aantal rechthebbenden zonder bijdrage, verhoogde met 33 %.

2) *wegens de veroudering van de bevolking :*

De drie voornaamste categorieën die geen bijdrage betalen zijn :

	Aantal	
	1949	1961
Gepensioneerden	121.686	249.479
Invaliden	36.966	67.191
Weduwen	62.160	128.579

3) *wegens de stijging van de levensstandaard :*

Het blijkt dat in de streken met hoge lonen en onder de bedienden meer de hulp van een geneesheer ingeroepen wordt (1).

4) *wegens de stijging van het aantal geneesheren :*

Het aantal geneesheren en ander personen die een medisch of paramedisch beroep uitoefenen steeg gedurende de periode van 1949 tot 1961 met 52 %.

5) *wegens de evolutie van de medische wetenschap en techniek :*

Sedert de verplichte verzekering werd ingevoerd stelt men een toeneming van het aantal prestaties vast, vooral dan de prestaties met een technisch karakter.

Onderstaande tabel geeft een beeld van de stijging van het aantal prestaties gedurende de periode van 1949 tot 1961 :

ontledingen : stijging met 592 %;
fisioterapie : stijging met 221 %;
radiografies : stijging met 198 %;
kleine heelkunde : stijging met 144 %;
zware heelkunde : stijging met 67 %.

(1) Zie verder : de invloed van het inkomen op het volume van de uitgaven der geneeskundige verzorging.

6) *par la faiblesse structurelle du régime :*

L'actuelle structure de l'assurance ne permet pas de circonscrire nettement les responsabilités. Qui — de l'Etat, du Fonds national ou des mutualités — assume les responsabilités ?

Soulignons enfin que la collaboration des médecins ainsi que des membres des professions paramédicales n'est pas acquise ou, en tout cas, est insuffisante tandis qu'un manque de coordination se constate également sur le marché des produits pharmaceutiques ainsi que sur le plan des établissements hospitaliers.

Il va de soi que dans ces conditions la situation financière reste incertaine et que l'assurance demeure insuffisante, si bien que les assurés n'obtiennent pas les garanties de protection et de sécurité auxquelles, légitimement, ils sont en droit de prétendre; le présent projet constitue une sérieuse tentative en vue de remédier à cette situation.

L'influence des revenus sur le volume des dépenses de l'assurance-soins de santé.

Ce problème a été soulevé lors de l'assemblée générale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale à Londres en 1958.

Des comparaisons y ont été établies pour un certain nombres de pays, sur base de l'importance du nombre de personnes protégées par des régimes d'assurance-maladie et de l'évolution des budgets de ces régimes; en vue de permettre des comparaisons sur base d'un critère identique, celles-ci ont été exprimées par le rapport entre les dépenses par personne protégée et le revenu national par habitant.

Ces constatations sont résumées aux tableaux 1 et 2.

Tableau 1.

6) *omwille van de zwakke structuur van het stelsel :*

De huidige structuur van de verzekering laat niet toe de verantwoordelijkheden duidelijk te bepalen. Is de Staat, het Rijksfonds of zijn de mutualiteiten verantwoordelijk ?

Tot slotte weze onderlijnd dat de medewerking van geneesheren en paramedische beroepen niet of althans onvoldoende geregeld is, terwijl men eveneens op het stuk van de pharmaceutische markt en van het hospitaalwezen een gebrek aan ordening vaststelt.

Het ligt voor de hand dat in die omstandigheden de financiële toestand onzeker is en dat de verzekering onvoldoende blijft, zodat aan de verzekerden niet de veiligheid en de zekerheid gewaarborgd worden, die zij gerechtigd zijn te verwachten; dit wetsontwerp is een ernstige poging om hieraan te verhelpen.

De invloed van het inkomen op het volume van de uitgaven der geneeskundige verzorgingsverzekering.

Dat probleem is aangesneden tijdens de algemene vergadering van de Internationale Vereniging voor Sociale Zekerheid te Londen in 1958.

Vergelijkingen zijn aldaar opgemaakt voor een zeker aantal landen op basis van de omvang van het aantal door ziekteverzekeringsregelingen beschermde personen en van de evolutie der begrotingen van die regelingen; ten einde de vergelijking door middel van een identieke maatstaf mogelijk te maken, werden ze uitgedrukt door de verhouding waarin de uitgaven per beschermde persoon staan tot het nationaal inkomen per inwoner.

Die vaststellingen zijn samengevat in de tabellen 1 en 2.

Tabel 1.

Pays	Nombre d'habitants (en milliers) — Aantal inwoners (in duizendtallen)		Nombre de personnes protégées (en milliers) — Aantal beschermde personen (in duizendtallen)		Pourcentage de personnes protégées par rapport à la population totale — Percentage beschermde personen ten aanzien van de totale bevolking		Landen
	1950	1954	1950	1954	1950	1954	
Autriche	6.935	6.969	4.586	4.895	66,13	70,24	Oostenrijk.
Belgique	8.639	8.819	4.457	4.684	51,59	53,11	België.
France	41.900	43.000	21.854	22.832	52,16	53,10	Frankrijk.
Grande-Bretagne	48.383	48.849	48.383	48.849	100,—	100,—	Groot-Brittannië.
Grèce	7.960	7.901	836	1.310	10,50	16,58	Griekenland.
Israël	1.094	1.735	690	1.050	63,07	60,52	Israël.
Italie	46.272	47.665	13.881	16.887	30,—	35,43	Italië.
Pays-Bas	10.114	10.615	4.690	5.989	46,37	56,42	Nederland.
Pologne	24.824	26.761	10.836	14.838	43,65	55,45	Polen.
Yougoslavie	16.250	17.267	4.999	6.525	30,76	37,79	Joegoslavië.

Tableau 2.

Tabel 2.

Pays	Année de référence — Refertejaar	Revenu national par habitant — Nationaal inkomen per inwoner (a) (1)	Dépense de l'assurance-maladie par personne protégée — Uitgave van de ziekteverzekering per beschermde persoon (b) (1)	Rapport entre la dépense par personne protégée et le revenu national par habitant — Verhouding tussen de uitgave per beschermde persoon en het nationaal inkomen per inwoner $\frac{b}{a} \times 100$	Landen
Autriche	1954	10.200	486	4,76 %	Oostenrijk.
Belgique	1954	37.500	1.330	3,55 %	België.
France	1954	267.500	11.290	4,25 %	Frankrijk.
Grande-Bretagne	1955	337,9	12,12	3,59 %	Groot-Brittannië.
Grèce	1954	5.970.000	323.000	5,01 %	Griekenland.
Israël	1955	1.010	47	4,65 %	Israël.
Italie	1954	204.000	6.200	3,04 %	Italië.
Pays-Bas	1954	1.900	42,5	2,24 %	Nederland.
Pologne	1954	7.455	446	5,98 %	Polen.
Yougoslavie	1955	65.000	5.940	9,14 %	Joegoslavië.

(1) Exprimé en unités monétaires nationales.

(1) Uitgedrukt in nationale munteenheden.

Dans un rapport examiné à la Conférence européenne sur les statistiques de morbidité, organisée à Vienne du 11 au 15 mars 1963 par l'Organisation Mondiale de la Santé, nous lisons :

« L'examen des budgets des régimes d'assurance-maladie révèle une augmentation progressive des dépenses, d'année en année, exprimant un accroissement de volume des appels aux prestations (voir tableau 3). Il est certain que la multiplication des recours à la médecine — qu'ils répondent à une nécessité urgente ou à un souci de prévention — a des effets directs sur le niveau sanitaire des populations ».

In een verslag dat behandeld werd op de Europese Conferentie betreffende de ziektestatistieken, te Wenen van 11 tot 15 maart 1963 ingericht door de Wereldorganisatie voor de Gezondheid, staat te lezen :

« Het onderzoek van de begrotingen der ziekteverzekeringsregelingen wijst van jaar tot jaar een progressieve verhoging aan van de uitgaven wat een toeneming van het volume der aanvragen van verstrekkingen weergeeft (zie tabel 3). Het staat vast dat het veelvuldige beroep doen op de geneeskunde — het weze wegens dringende noodzaak of uit zorg voor voorbehoeding — een rechtstreekse uitwerking heeft op het sanitaire niveau van de bevolkingen ».

Tableau 3.

Evolution de la dépense moyenne par personne protégée, de 1950 à 1955.

Tabel 3.

Evolutie van de gemiddelde uitgave per beschermde persoon van 1950 tot 1955.

Pays	Soins de médecins et dentistes — Verzorging door geneesheren en tandartsen	Médicaments — Geneesmiddelen	Hospitalisation — Ziekenhuisverpleging	Landen
Autriche	+ 130,51 %	+ 165,28 %	+ 122,92 %	Oostenrijk.
Belgique	+ 18,32 %	+ 12,44 +	+ 47,94 %	België.
France	+ 61,21 %	+ 1,40 %	+ 25,30 %	Frankrijk.
Grande-Bretagne	+ 8,10 %	+ 37,26 %	—	Groot-Brittannië.
Grèce	—	+ 105,98 %	+ 32,69 %	Griekenland.
Israël	+ 193,06 %	+ 361,56 %	+ 342,33 %	Israël.
Italie	+ 111,67 %	+ 103.73 %	+ 64,49 %	Italië.
Pays-Bas	+ 78,94 %	+ 37,02 %	+ 91,37 %	Nederland.
Pologne	+ 6,40 %	+ 8,94 % ($\frac{1955}{1952}$)	+ 62,02 %	Polen.
Yougoslavie	+ 52,73 % ($\frac{1955}{1953}$)	+ 12,70 %	+ 33,62 %	Joegoslavië.

Ces pourcentages indiquent que, dans tous les pays mentionnés dans le tableau, les dépenses pour soins de santé ont augmenté dans des proportions considérables.

Cette même conclusion se dégage de données extraites de « Statistiques sociales » de l'Office Statistique de la Communauté Economique Européenne, publiée en 1962 :

Die percentages tonen aan dat de uitgaven voor geneeskundige verzorging in alle in de tabel vermelde landen aanzienlijk zijn verhoogd.

Diezelfde conclusie is af te leiden uit de gegevens uit de « sociale statistieken » van de Dienst voor statistiek van de Europese Economische Gemeenschap, gepubliceerd in 1962.

Pays C. E. E.	Revenu national (en milliards) (1) — Nationaal inkomen (in miljarden) (1)		Population totale (en milliers) — Totale bevolking (in duizendtallen)		Revenu national par habitant (1) — Nationaal inkomen per inwoner (1)		Landen E. E. G.
	1955	1960	1955	1960	1955	1960	
Rép. Fédérale d'Allemagne	137,52	215.32	51.398	55.587	2.675,6	3.873,6	Bondsrepubliek Duitsland.
France	129,6	214,6	43.279	45.729	2.994,5	4.692,9	Frankrijk.
Italie	10.895	15.594	48.063	49.502	226.682	315.018	Italië.
Grand-Duché de Luxembourg	14,665	18,807	306	315	47.925	59.705	Groothertogdom Luxemburg.
Pays-Bas	24,565	34,810	10.822	11.556	2.270	3.012,3	Nederland.
Belgique	403,8	502,9	8.869	9.153	45.530	54.944	België.

(1) En unités monétaires nationales.

(1) In nationale munteenheden.

Pays C. E. E.	Soins médicaux (en millions) (1) — Geneeskundige verzorging (in miljoenen) (1)		Population protégée (en milliers) — Totale bevolking (in duizendtallen)		Soins médicaux par personne protégée — Geneeskundige verzorging per beschermde persoon		Landen E. E. G.
	1955	1960	1955	1960	1955	1960	
Rép. Fédérale d'Allemagne ..	3.082	5.843	41.300	47.156	74,62	123,9	Bondsrepubliek Duitsland.
France	2.633,9	5.197,8	27.800	30.100	94,74	172,68	Frankrijk.
Italie	143.661	317.021	28.827	38.964	4.983	8.136,3	Italië.
Grand-Duché de Luxembourg	166,9	238,8	226	262	783,5	911,5	Groothertogdom Luxemburg.
Pays-Bas	432,2	701,9	8.379	8.708	51,6	80,6	Nederland.
Belgique	4.086,8	6.595	4.747	5.138	860,9	1.283,6	België.

(1) En unités monétaires nationales.

(1) In nationale munteenheden.

Rapport : Soins médicaux par personne protégée/Revenu national par habitant.

	1955	1960
Rép. Féd. d'Allemagne ...	27,9 %	32,— %
France	31,63 %	36,8 %
Italie	22,— %	25,8 %
Grand-Duché de Luxemb.	15,4 %	15,3 %
Pays-Bas	22,7 %	26,8 %
Belgique	18,91 %	23,36 %

Verhouding : Geneeskundige verzorging per beschermde persoon/Nationaal inkomen per inwoner.

	1955	1960
Bondsrepubliek Duitsland ...	27,9 %	32,— %
Frankrijk	31,63 %	36,8 %
Italië	22,— %	25,8 %
Groothertogdom Luxemburg	15,4 %	15,3 %
Nederland	22,7 %	26,8 %
België	18,91 %	23,36 %

2. Situation financière des organismes assureurs au 31 décembre 1961.

L'article 154 du projet prévoit que les comptes des diverses unions nationales ainsi que ceux de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité seront clôturés au 31 décembre 1963.

Les bonis de ces organismes assureurs seront affectés « à l'apurement du déficit éventuel du Fonds national d'assurance maladie-invalidité et de celui des unions nationales et de la Caisse auxiliaire », dans la mesure où ce déficit résulte de l'application de la réglementation en vigueur.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la situation au 31 décembre 1961; le Fonds national ne dispose pas encore des éléments nécessaires pour déterminer la situation au 31 décembre 1962.

2. Financiële toestand van de verzekeringsinstellingen op 31 december 1961.

Het artikel 154 van het ontwerp voorziet dat de rekeningen van de onderscheidene landsbonden en van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering op 31 december 1963 worden afgesloten.

De boni van deze verzekeringsinstellingen worden aangewend « ter aanzuivering van het eventueel tekort van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte- en invaliditeit en dat van de landsbonden en van de hulpkas » voor zover dat tekort het gevolg is van de toepassing van de bestaande reglementering.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de toestand op 31 december 1961; het Rijksfonds beschikt nog niet over de nodige gegevens om de toestand op te maken per 31 december 1962.

Situation financière des organismes assureurs au 31 décembre 1961.

(Article 154.)

Financiële toestand van de verzekeringsinstellingen op 31 december 1961.

(Artikel 154.)

	Résultats cumulés au 31-12-1957 — Samengevoegde resultaten op 31-12-1957	Résultat de l'exercice 1958 — Resultaat dienstjaar 1958	Résultat de l'exercice 1959 — Resultaat dienstjaar 1959	Résultat de l'exercice 1960 — Resultaat dienstjaar 1960	Résultat de l'exercice 1961 — Resultaat dienstjaar 1961	
All. Nat. Chrét.	+ 446.833.348	+ 64.689.875	+ 46.472.476	— 15.827.065	+ 249.515.511	Christ. Landsb.
Un. Nat. Neutre	— 92.036.385	— 18.708.422	— 59.750.010	— 82.032.580	— 35.918.603	Onzijd. Landsb.
Un. Nat. Social.	— 415.951.175	— 70.905.895	— 207.859.349	— 294.032.999	— 97.228.590	Social. Landsb.
Un. Nat. Liber.	— 9.436.110	— 11.329.599	— 10.691.865	— 16.403.650	+ 57.582	Liber. Landsb.
Un. Nat. Profes.	+ 7.387.580	— 3.428.455	— 15.988.060	— 69.666.013	+ 21.216.733	Beroepslandsb.
Caisse Aux. Ass. Mal. Inv.	+ 1.755.639	+ 2.742.441	— 22.129.424	— 28.996.619	— 12.449.754	Hulpk. ziekte- en inval. verz.
Total	— 61.447.103	— 36.940.055	— 269.946.232	— 506.958.926	— 125.192.879	Totaal.

		Cumulés au 31-12-1958 — Samengevoegd op 31-12-1958	Cumulés au 31-12-1959 — Samengevoegd op 31-12-1959	Cumulés au 31-12-1960 — Samengevoegd op 31-12-1960	Cumulés au 31-12-1961 — Samengevoegd op 12-31-1961	
All. Nat. Chrét.		+ 511.523.223	+ 557.995.699	+ 542.168.634	+ 7.91.684.145	Christ. Landsb.
Un. Nat. Neutre		— 110.744.807	— 170.494.817	— 252.527.397	— 288.446.000	Onzijd. Landsb.
Un. Nat Social		— 486.857.070	— 694.716.419	— 988.749.418	— 1.085.978.008	Social. Landsb.
Un. Nat. Libér.		— 20.765.709	— 31.457.574	— 47.861.224	— 47.803.642	Liber. Landsb.
Un. Nat. Profes.		+ 3.959.125	— 12.028.935	— 81.694.948	— 60.478.215	Beroepslandsb.
Caisse Aux. Ass. Mal. Inv.		+ 4.498.080	— 17.631.344	— 46.627.963	— 59.077.717	Hulpk. ziekte- en inval. verz.
Total		— 98.387.158	— 368.333.390	— 875.292.316	— 750.099.437	Totaal.

3. *Financement du régime nouveau.*

Les ressources ont une double origine :

— les cotisations versées dans le cadre de la législation relative à la sécurité sociale;

— les subventions de l'Etat;

a) *les cotisations :*

Le présent projet ne modifie pas les cotisations actuelles; celles-ci continuent à être fixées sur la base d'une rémunération nouvelle plafonnée à 8.200 francs.

Ces cotisations seront toutefois scindées en deux parts et transférées dans les proportions suivantes aux deux offices autonomes dont la création est envisagée :

3. *De financiering van het nieuwe stelsel.*

De twee bronnen van inkomsten zijn :

— de bijdrage gestort in het kader van de wetgeving betreffende de maatschappelijke zekerheid;

— de staatstoelagen.

a) *de bijdragen :*

Het ontwerp wijzigt de huidige bijdragen niet; zij blijven vastgesteld op een begrensd maandloon tot 8.200 frank.

Deze bijdragen worden echter gesplitst in twee delen, en overgedragen aan de twee opgerichte zelfstandige diensten in de volgende verhoudingen :

Catégorie	Ensemble de la cotisation	% destiné au service « soins de santé »	% destinée au service « assurance-indemnités »
Ouvriers	7 %	4,20	2,80
Employés	6 %	3,40	2,60
Ouvr. mineurs	4 %	2,45	1,55

b) *les subventions de l'Etat :*

Contrairement à ce qui s'est fait jusqu'à présent, la subvention de l'Etat ne sera dorénavant plus allouée sous la forme d'une somme globale, calculée en fonction des rentrées de cotisations; elle sera scindée et accordée conformément à un taux fixé légalement, d'après le service ou le groupe de prestations.

Le mode de subventionnement de l'assurance-maladie-invalidité par l'Etat sera dorénavant le suivant :

— *Assurance-soins de santé :*

— maladies sociales : 95 % des dépenses;
— soins médicaux : 27 % des prévisions budgétaires de dépenses.

En outre, l'Etat prévoit encore les interventions suivantes :

— une intervention destinée à remplacer la cotisation des chômeurs. Cette allocation sera, pour chacun des organismes assureurs, égale à la somme représentant la valeur moyenne de ses bons de cotisations, fixée par journée de travail; elle sera payée pour toute journée de chômage contrôlée;
— une subvention de l'Etat à titre d'intervention dans le coût de l'hospitalisation en cas de séjour dans un établissement hospitalier.

— *Assurance-indemnités :*

— incapacité permanente (2e et 3e années d'incapacité de travail) : 50 % des dépenses;
— invalidité (à partir de la 4e année d'incapacité de travail) : 95 % des dépenses;
— indemnité pour funérailles : 95 % du montant légalement fixé.

L'Exposé des Motifs du projet précise que le Ministre de la Santé publique et de la Famille déterminera les conditions d'agréation des établissements hospitaliers et de fixation du coût normal de la journée d'hospitalisation.

Le séjour dans un hôpital sera gratuit pour l'assuré; le coût en sera supporté, d'une part, par l'assurance-maladie et, d'autre part, par une allocation, accordée par le Ministère de la Santé publique.
Le Ministre de la Santé publique et de la Famille détient le droit d'initiative en cette matière; votre Commission a cependant été unanime à estimer que cette disposition devait entrer en vigueur à la même date que la loi relative à l'assurance-maladie-invalidité.

S'il n'en était pas ainsi, le malade serait astreint à payer un supplément, situation injustifiable du point de vue social et non prévue par la loi.

Categorie	Totale bijdrage	% bestemd voor de dienst « geneeskundige verzorging »	% bestemd voor de dienst Uitkeringsverzekering
Arbeiders	7 %	4,20	2,80
Bedienden	6 %	3,40	2,60
Mijnwerkers	4 %	2,45	1,55

b) *de staatstoelagen :*

In tegenstelling met vroeger worden de staatstoelagen voortaan niet meer verleend onder de vorm van een globaal bedrag, berekend in funktie van de bijdrageninkomsten, doch wordt deze gesplitst en verleend volgens een door de wet vastgesteld procent, naar gelang de dienst of groep van prestaties.

Het Rijk subsidieert voortaan de ziekte- en invaliditeitsverzekering op de volgende wijze :

— *Verzekering geneeskundige verzorging :*

— sociale ziekten : 95 % van de uitgaven;
— geneeskundige verzorging : 27 % van de uitgaven-begrotingsvooruitzichten.

Het Rijk voorziet daarenboven nog de volgende tussenkomsten :

— een tegemoetkoming bestemd om de bijdrage van de werklozen te vervangen. Deze steunt voor elk verzekeringsorganisme overeen met het bedrag gelijk aan de gemiddelde waarde van haar bijdragebons welke per werkdag is vastgesteld, en wordt betaald voor elke dag gecontroleerde werkloosheid;
— een Rijkstoelage als tussenkomst in de verpleegdagprijs wegens verblijf in een verplegingsinrichting.

— *Uitkeringsverzekering :*

— voortdurende ongeschiktheid (2e en 3e jaar der werkonbekwaamheid) : 50 % van de uitgaven;
— invaliditeit (vanaf het 4e jaar werkonbekwaamheid) : 95 % van de uitgaven;
— begrafenisvergoeding : 95 % van het door de wet bepaalde bedrag.

De Memorie van toelichting van het ontwerp vermeldt dat het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin de voorwaarden zal bepalen tot erkenning van de verplegingsinrichtingen et tot vaststelling van de normale kostprijs van de verpleegdag.
Het verblijf in een ziekenhuis is kosteloos voor de verzekerde; de kostprijs zou gedragen worden, eensdeels door de ziekteverzekering en anderdeels door een tegemoetkoming van het Ministerie van Volksgezondheid.
Het nemen van dit initiatief behoort tot de bevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin; doch uw Commissie is eenparig van mening dat de toepassing van deze maatregel moet vastgesteld worden op dezelfde datum als deze waarop de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering in werking treedt.
Indien dit niet geval is zal de zieke een opleggeld moeten betalen, wat sociaal gezien onverantwoord is en in deze wet niet is voorzien.

4. L'équilibre financier est-il assuré ?

1. *L'assurance-indemnités.*

La part de la cotisation destinée à ce service, majorée d'une subvention de l'Etat, permet de porter la prestation au minimum légalement fixé, c'est-à-dire à 60 % de la rémunération sur laquelle la cotisation est due, ce qui donne une allocation journalière pouvant atteindre 196,80 francs pour une rémunération mensuelle de 8.200 francs (plafond des rémunérations).

Les dépenses se rapportant à l'incapacité de travail primaire (1re année de maladie) sont entièrement couvertes par les cotisations. Le comité de gestion est chargé d'assurer l'équilibre financier.

Dans la note « Prévisions générales d'ordre financier pour les trois premières années », mise à notre disposition par le Ministre, figurent des données ayant trait à l'évolution de l'ensemble des salaires et des cotisations, ainsi qu'une évaluation des dépenses des divers services.

2. *Assurance-soins de santé.*

La partie de la cotisation destinée à ce secteur de l'assurance est évidemment insuffisante pour couvrir l'ensemble des charges, même si l'on ne tient pas compte des maladies sociales.

Il faut, dès lors, prévoir une subvention de l'Etat; initialement, le projet avait évalué celle-ci à 32 % des prévisions de dépenses de l'assurance-soins de santé pour l'ensemble des unions nationales, après avoir déduit les frais de traitement spécial des maladies sociales qui sont supportés par l'Etat à raison de 95 % de leur montant.

Cette subvention de 32 % serait toutefois préalablement amputée d'une somme destinée à remplacer la cotisation des chômeurs; pour chacun des organismes assureurs et pour chaque journée de chômage reprise au budget, elle serait fixée à un montant égal à la valeur moyenne des bons de cotisation de chacun d'eux.

Votre Commission n'a pu se rallier à cette proposition, tout régime de ce genre ne permettant pas d'assurer l'équilibre financier en périodes de basse conjoncture.

En effet, en périodes de chômage aigu, la subvention de 32 % subirait une réduction très sensible et il serait impossible d'élaborer pour l'avenir un plan de financement raisonné, d'où le danger de ne pouvoir garantir l'équilibre financier de l'assurance-soins de santé.

La modification suivante a été apportée au texte proposé (art. 121) :

— la subvention de l'Etat est ramenée à 27 %;
— pour compenser cette réduction, l'Etat accorderait une intervention destinée à remplacer la cotisation des chômeurs.

Cette intervention varierait dans une proportion correspondant au nombre des chômeurs contrôlés.

Cette décision a, de même, rendu nécessaire la modification de l'article 129, dont le § 2 était libellé comme suit :

« § 2. — Lorsque le déficit d'un ou de plusieurs organismes assureurs trouve sa source dans une récession économique ayant entraîné une diminution importante du produit des cotisations prévues au budget de l'assurance-soins de santé, ce déficit est couvert :

4. Is het financieel evenwicht verzekerd ?

1. *Uitkeringsverzekering.*

Het deel van de bijdrage bestemd voor deze Dienst, verhoogd met de staatstoelage laat toe de uitkering te brengen op het minimum dat door de wet is bepaald, d.w.z. 60 % van het bijdrageplichtige loon, hetzij een daguitkering die 196,80 frank, kan belopen voor een maandloon van 8.200 frang (maximum loongrens).

De uitgaven voor de primaire arbeidsongeschiktheid (1e jaar van de ziekte) zijn volledig ten laste van de bijdragen. Het beheerscomité is ertoe gehouden het financieel evenwicht te verzekeren.

In onderhavige nota : « Algemene financiële vooruitzichten voor de eerste drie jaren » ons ter beschikking gesteld door de heer Minister, komen gegevens voor omtrent de evolutie van de gezamenlijke lonen en bijdragen, evenals een raming van de uitgaven en de onderscheidene diensten.

2. *Verzekering voor geneeskundige verzorging.*

Voor deze taak van de verzekering is het deel van de bijdrage vanzelfsprekend onvoldoende, om, zelfs al worden de sociale ziekten buiten beschouwing gelaten, het geheel der lasten van de verzekering te dekken.

Er moet dus in een Rijkstoelage voorzien worden, die oorspronkelijk in het ontwerp geraamd wordt op 32 % van de vooruitzichten der uitgaven in de verzekering voor geneeskundige verzorging voor al de landsbonden samen, na aftrek van de kosten voor de specifieke behandeling van de sociale ziekten, die de Staat naar rato van 95 % ten laste neemt.

Deze Rijkstoelage van 32 % zou echter vooraf worden verminderd met een som ter vervanging van de bijdrage van de werklozen, vastgesteld voor iedere verzekeringsinstelling en voor elke in de begroting opgenomen werkloosheidsdag, op een bedrag dat voor ieder van hen gelijk is aan de gemiddelde waarde van haar bijdragebons.

Uw Commissie kon dit voorstel niet bijtreden, omdat dergelijk stelsel niet toeliet het financieel evenwcht te verzekeren in perioden van laagconjunctuur.

Inderdaad, in perioden van hoge werkloosheid zou de toelage van 32 % een zeer gevoelige vermindering ondergaan, en zou het onmogelijk worden een voor de toekomst beredeneerd financieringsplan op te stellen met het gevaar dat het financieel evenwicht in de verzekering voor geneeskundige verzorging onmogelijk kan gewaarborgd worden.

Aan de voorgestelde tekst (art. 121) werd de volgende wijziging gebracht :

— de Rijkstoelage word verminderd tot 27 %;
de Staat verleent, in compensatie voor deze vermindering, een tegemoetkoming om de bijdrage van de werklozen te vervangen.

Deze tegemoetkoming zal schommelen in dezelfde verhouding als het aantal gecontroleerde werklozen.

Door deze beslissing was het eveneens nodig het artikel 129 te wijzigen, waarvan § 2 luidde als volgt :

« § 2. — Wanneer het deficiet van een of meer verzekeringsinstellingen veroorzaakt is door een economische recessie welke een belangrijke vermindering heeft meegebracht van de opbrengst der in de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen bijdragen, wordt dit deficiet gedekt :

a) à raison de 50 % par une subvention de l'Etat;
b) à raison de 50 % par une augmentation du montant des cotisations de sécurité sociale destinées au financement de l'assurance-soins de santé. »

Ce paragraphe a été supprimé pour les raisons exposées plus haut.

La subvention de l'Etat est calculée en fonction des « *prévisions de dépenses* » de l'assurance-soins de santé, naturellement après déduction des frais de traitement des maladies sociales.

Ce mode de calcul, apparemment singulier, est pourtant très logique, compte tenu des considérations suivantes :

— Ce montant est fixé sur la base des prévisions de dépenses se rapportant à l'ensemble des unions nationales, pour être ensuite réparti entre les organismes assureurs, sur la base de critères déterminés par la loi : nombre de chômeurs, d'invalides et de veuves.

La fixation de ce montant en fonction des dépenses — comme c'est le cas pour les autres interventions de l'Etat — serait impossible dans ce secteur, vu l'autonomie financière de l'assurance-soins de santé au sein de chaque union nationale.

Pour procéder à l'estimation des dépenses, on étudiera au sein de l'Institut national d'assurance-invalidité, les prévisions de budget en se basant sur le niveau et l'évolution des dépenses pour soins de santé des trois derniers exercices connus. Si 1964 est noté point de départ on se basera sur les dépenses connues des exercices 1960, 1961, et 1962 et on tiendra compte non seulement du niveau réel des dépenses, mais surtout de l'évolution des dépenses, c'est-à-dire du pourcent annuel moyen d'augmentation. On augmentera les montants d'après les répercussions financières des nouvelles décisions ou modifications prévues — en ce qui concerne les augmentations d'honoraires notamment — et on aboutira ainsi à une estimation des dépenses pour les trois années à venir.

Le montant des ressources provenant des cotisations sera évalué de la même manière — travail très sérieux que cela ! dans cette évaluation interviendront des considérations sur l'évolution des salaires et du marché de l'emploi.

Ensuite les prévisions de recettes et de dépenses seront comparées et on constatera que ces dernières sont évidemment plus élevées. La différence sera compensée par une subvention de l'Etat de 27 %, taux qui n'a pas été fixé par hasard mais qui correspond grosso modo à la somme qui manquait pour équilibrer le budget. Encore faut-il souligner que pour les estimations larges qui ont été faites des prévisions de dépenses, on n'a tenu compte d'aucune influence heureuse résultant de la réorganisation des services.

Les prévisions établies laissent cependant prévoir un déficit, c'est-à-dire un manque de ressources de 0,64 % des salaires soumis à la cotisation pour la première année, 0,13 % supplémentaires pour la 2me année et 0,11 % pour la 3me année, soit au total 0,88 %. Si ces prévisions se réalisent, il faudra resorber ce déficit par une augmentation de la cotisation, à négocier dans le cadre de la programmation sociale.

On peut en tous cas retenir que l'intervention de l'Etat qui doit parfaire les cotisations, est *in globo* équivalente au manque de ressources de l'assurance-soins de santé.

a) naar rata van 50 % met een Rijkstoelage;
b) naar rata van 50 % met een verhoging van het bedrag der sociale zekerheidsbijdragen ter financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging ».

Deze § werd om bovenvermelde redenen geschrapt.

De Rijkstoelage wordt berekend in functie van de « *vooruitzichten der uitgaven* » in de verzekering voor geneeskundige verzorging, natuurlijk na aftrok van de kosten voor behandeling van sociale ziekten.

Deze schijnbaar eigenaardige berekening is nochtans zeer logisch op grond van de volgende overwegingen :

— de vaststelling van dit bedrag moet geschieden op basis van vooruitzichten der uitgaven gespreid over alle landsbonden samen, om achteraf onder deze verzekeringsinstellingen te worden verdeeld op grond van de door de wet vastgestelde criteria : aantal werklozen, invalieden en weduwen.

Een vaststelling van het bedrag in funktie van de uitgaven, zoals dit het geval is voor de andere staatstussenkomsten, is in deze sector onmogelijk gezien de financiële zelfstandigheid van de verzekering voor geneeskundige verzorging, in de schoot van elke landsbond.

Om deze raming der uitgaven te doen, bestudeert men in de schoot van het Rijksinstiuuut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de begrotingsvooruitzichten en daartoe steunt men op het peil en de evolutie der uitgaven voor geneeskundige verzorging van de laatste drie bekende dienstjaren. Indien men dus begint in 1964 zal men de bekende uitgaven in aanmerking nemen van de dienstjaren 1960, 1961 en 1962 en men zal niet alleen rekening houden met het werkelijk peil der uitgaven, maar vooral met de evolutie van deze uitgaven, d. w. z. met het jaarlijkse verhogingspercentage. Bij die bedragen zal men de financiële terugslag voegen van de nieuwe, voorziene beslissingen of wijzigingen, inzonderheid wat de verhoging van de honoraria betreft, en zal men komen tot een raming der uitgaven voor de drie komende jaren.

Op dezelfde wijze zal een raming gemaakt worden van de ontvangsten der bijdragen — dit alle gaat een uitermate ernstig werk vergen — waarbij overwegingen over de evolutie van de arbeidsmarkt en van de lonen een rol moeten spelen.

Vervolgens zal men de vooruitzichten der inkomsten en uitgaven vergelijken en natuurlijk vaststellen, dat deze laatste hoger liggen. Het verschil zal gekompenseerd worden door een rijkstoelage van 27 %, die niet zo maar toevallig werd vastgesteld, maar grosso modo overeenstemt met de som, die ontbrak om de begroting in evenwicht te brengen. Daarbij moet nog worden onderstreept dat men in de ruime ramingen, die werden gedaan wat de vooruitzichten der uitgaven betreft, met geen enkele gunstige invloed heeft rekening gehouden, die zal voortvloeien uit de reorganisatie der diensten.

De opgemaakte vooruitzichten laten nochtans een tekort voorzien, d.wz. een gebrek aan inkomsten van 0,64 % der bijdrageplichtige lonen voor het eerste jaar, 0,13 % voor het tweede jaar en nog 0,11 % voor het derde jaar, hetzij in totaal 0,88 %. Indien deze vooruitzichten werkelijkheid worden, zal men dit tekort moeten opslorpen door een verhoging van de bijdrage, iets waarover moet onderhandeld worden in het raam van de sociale programmatie.

Men kan in ieder geval onthouden dat de Rijkstegemoetkoming, die de bijdragen moet aanvullen, globaal genomen overeenstemt met het tekort aan inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Chaque organisme assureur recevra l'équivalent exact de ses bons de cotisations, de façon à éliminer tous les longs et difficiles calculs de répartition suivant les critères. Après avoir donné à chaque organisme assureur le montant de ses bons, il restera à répartir les 27 % de subvention de l'Etat.

Celle-ci sera répartie entre les organismes assureurs au prorata du nombre d'invalides, de veuves et de pensionnés qu'ils comptent, étant entendu que la somme attribuée pour un invalide sera différente de celle donnée pour un pensionné ou pour une veuve, car chacune de ces sommes sera calculée sur la base du coût moyen national de ces diverses catégorie d'assurés non cotisants.

Le montant attribué pour chacune de ces catégories sera le même, quel que soit l'organisme assureur.

A côté de cette formule de financement normal, on a tenu compte d'événements anormaux, comme par exemple une épidémie exceptionnelle dont les effets à eux seuls pourraient provoquer un déficit. Dans pareil cas, un arrêté délibéré en Conseil des Ministres constatera d'abord le caractère exceptionnel de l'événement et accordera une intervention extraordinaire de l'Etat pour combler le déficit que certains organismes assureurs auraient enregistré, après avoir utilisé leurs réserves légales..

Une autre éventualité est celle où, ayant fait très sérieusement et très consciencieusement les prévisions budgétaires pour trois ans, on constate en cours d'exercice budgétaire, qu'il faut modifier un règlement ou prévoir une majoration des dépenses. Dans la mesure où le Comité de gestion du service soins de santé décide de recourir à pareil procédé, il doit financer cette augmentation des dépenses par une augmentation des cotisations, dans laquelle l'Etat interviendra de toute façon à raison de 27 %.

Lorsque les résultats de ces exercices seront connus, il pourra être question de la façon de distribuer les bonis. Quand un organisme assureur est en boni, il doit d'abord immobiliser, sous forme de réserve légale, 40 % du montant de ses bonis. La réserve légale sera constituée, par l'accumulation de ces 40 % des bonis annuels, lorsqu'elle représentera 10 % des prévisions de dépenses de l'année en cours pour l'organisme assureur visé. L'organisme assureur en boni pourra accorder des avantages complémentaires qui ne peuvent, en aucun cas, servir à majorer le montant des remboursements obligatoires prévus par l'assurance. Cela veut dire que l'organisme assureur en boni ne pourra pas décider que lui seul remboursera dorépayant les visites à 85 ou 100 % au lieu de 75 %. Cela est absolument exclu. Les avantages complémentaires qu'elle pourra accorder, devront cependant être en rapport avec la médecine préventive et curative, ou avec les moyens en vue d'y avoir accès, comme par exemple les frais de déplacement.

Pour garantir que l'égalité des assurés devant l'assurance obligatoire ne sera altérée, toute décision d'accorder des avantages complémentaires devra être approuvée par le Ministre de la Prévoyance sociale, qui devra d'abord apprécier quelle est la nature de l'avantage que l'on désire accorder.

L'actif social de chaque organisme assureur, constitué par sa réserve légale et sa réserve ordinaire, peut être utilisé à raison de 40 % pour des prêts à des institutions médico-sociales, de 5 % pour la construction de bâtiments devant constituer un siège administratif soit de l'Union

Iedere verzekeringsinstelling zal de juiste tegenwaarde van zijn bijdragebons ontvangen, om op deze wijze al de lange en moeilijke berekeningen van de omslag volgens de criteria uit te schakelen. Na aan iedere verzekeringsinstelling het bedrag van zijn bons te hebben gegeven, blijft er nog de 27 % Rijkstoelage te verdelen.

Deze zal verdeeld worden over de verzekeringsinstellingen naar rata van hun aantal invaliden, weduwen en gepensioneerden, met dien verstande dat de som die wordt toegekend voor een invalide, zal verschillen met wat wordt verleend voor een gepensioneerde of een weduwe, aangezien elke van deze sommen zal berekend worden uitgaande van de voor het Rijk vastgestelde gemiddelde kosten voor deze onderscheiden categorieën van verzekererden die geen bijdrage betalen.

Het bedrag dat voor ieder van deze categorieën wordt toegekend zal hetzelfde zijn voor iedere verzekeringsinstelling zonder onderscheid.

Naast deze formule voor normale financiering, heeft men rekening gehouden met abnormale gebeurtenissen, zoals bvb. een uitzonderlijke epidemie, waarvan de terugslag alleen al een tekort zou kunnen veroorzaken. Indien dit moest gebeuren, zal een in ministerraad overlegd besluit eerst de uitzonderlijke gebeurtenis vaststellen en een buitengewone Rijkstegemoetkoming toekennen om het tekort te dekken dat zekere verzekeringsinstellingen zouden geboekt hebben, nadat zij hun wettelijke reserves hebben opgebruikt.

Een andere mogelijkheid is, dat men na zeer ernstig en gewetensvol de begrotingsvooruitzichten voor drie jaar te hebben opgesteld, in de loop van het begrotingsjaar vaststelt dat een reglement moet gewijzigd worden of een verhoging der uitgaven moet voorzien worden. Ingeval het beheerscomité voor geneeskundige verzorging beslist zulk procédé toe te passen, moet het deze verhoging der uitgaven financieren door een verhoging der bijdragen, waarin het Rijk in ieder geval voor 27 % tegemoetkomt.

Wanneer de resultaten van deze dienstjaren zullen gekend zijn, zal men beginnen te spreken over de wijze, waarop de boni zullen verdeeld worden. Wanneer een verzekeringsinstelling een boni boekt, moet het eerst 40 % van het bedrag van zijn boni vastleggen als wettelijke reserve. De wettelijke reserve zal gevormd zijn wanneer zij, door samenvoeging van deze 40 % der jaarlijkse boni, 10 % zal vertegenwoordigen van de vooruitzichten der uitgaven van het lopende jaar, voor de bedoelde verzekeringstelling. De verzekeringsinstelling, die een boni heeft, zal bijkomende voordelen kunnen toekennen, die nochtans in geen enkel geval mogen dienen om het bedrag te verhogen der verplichte vergoedingen welke door de verzekering zijn vastgesteld. Met andere woorden, de verzekeringsinstelling met een boni zal niet mogen beslissen dat alleen zij in de toekomst de bezoeken zal vergoeden tegen 85 of 100 %, in plaats van 75 %. Dat is volledig uitgesloten. De bijkomende voordelen, die zij zou kunnen toekennen, zullen nochtans in verband moeten staan met de preventieve en kuratieve geneeskunde, of de middelen om hierop een beroep te kunnen doen, zoals bijvoorbeeld de verplaatsingskosten.

Om waarborgen te hebben dat de gelijkheid der verzekerden voor de verplichte verzekering niet zou aangetast worden, zal iedere beslissing om bijkomende voordelen toe te kennen, moeten goedgekeurd worden door de Minister van Sociale Voorzorg, die eerst zal moeten beoordelen welke de aard is van het voordeel dat men wenst toe te kennen.

Het maatschappelijke aktiva van iedere verzekeringsinstelling, samengesteld uit haar wettelijke en haar gewone reserve, mag ten belope van 40 % gebruikt worden voor leningen aan medisch-sociale instellingen, 5 % voor de oprichting van gebouwen, die moeten dienen tot vestiging

Nationale, soit d'une fédération, soit d'une mutualité; le reste doit être placé en fonds d'Etat.

Afin de souligner, d'une part, les difficultés auxquelles se heurte l'étude des prévisions budgétaires et, d'autre part, de pouvoir se représenter la situation future, le Ministre de la Prévoyance Sociale nous a transmis deux notes importantes au sujet du financement de l'assurance-soins de santé :

— tableaux statistiques concernant le financement de l'assurance-soins de santé;

— mode de répartition des ressources de l'assurance-soins de santé, comparativement aux résultats de l'exercice 1961.

Nous avons estimé utile d'insérer ces notes dans le rapport.

5. *Tableaux statistiques concernant le financement de l'assurance soins de santé.*

L'observation des tableaux statistiques reprenant les dépenses de l'assurance maladie-invalidité, pour les soins de santé, permet de relever des différences assez sensibles du coût moyen par bénéficiaire, d'un organisme assureur à un autre.

Ces relevés ont porté sur les années 1957, 1958, 1959 et les mêmes constatations générales se vérifient d'une année à l'autre. Indépendamment des différences de valeurs absolues entre les coûts moyens des divers organismes assureurs, l'évolution de ces coûts représente une augmentation moyenne de 30 % de 1957 à 1959 et les écarts par rapport à cette valeur moyenne sont assez faibles dans chaque organisme assureur, exception faite de la Caisse Auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, dont l'effectif très réduit donne aux chiffres qu'elle accuse une valeur peu démonstrative.

Tableau 1.

Dépense par bénéficiaire, par organisme assureur, pour les soins de santé.

van de maatschappelijke zetel van de landsbond, van een verbond of van een ziekenfonds, en het overschot moet geplaatst worden in staatsfondsen.

Met betrekking tot de financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging, en teneinde enerzijds de moeilijkheden te onderlijnen waarmede men af te rekenen heeft bij de studie van de begrotingsvooruitzichten, en anderzijds om zich een beeld te kunnen vormen van de toekomstige toestand, ontvingen we vanwege de heer Minister van Sociale Voorzorg, belangrijke nota's :

— statistische tabellen met betrekking tot de financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

— wijze van verdeling der inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging, vergeleken met de resultaten van het dienstjaar 1961.

Wij hebben het nuttig geoordeeld deze nota's in te schakelen in het verslag.

5. *Statistische tabellen met betrekking tot de financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging.*

Het onderzoek van de statistische tabellen met de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor de geneeskundige verzorging, leidt ons tot het vaststellen van vrij aanzienlijke verschillen in de gemiddelde kosten per rechthebbende van de ene verzekeringsinstelling tot de andere.

Die tabellen hebben betrekking op de jaren 1957, 1958, 1959 en dezelfde algemene vaststellingen blijken van het ene jaar tot het andere, afgezien van de verschillen inzake absolute waarden tussen de gemiddelde kosten van de verschillende verzekeringsinstellingen, wijst de evolutie van die kosten van 1957 tot 1959 een gemiddelde stijging aan van 30 % en de verschillen ten opzichte van die gemiddelde waarde zijn vrij gering in elke verzekeringsinstelling, met uitzondering van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, wier zeer gering ledental slechts een beperkte demonstratieve waarde verleent aan de cijfers welke zij boekt.

Tabel 1.

Uitgave per rechthebbende, per verzekeringsinstelling, voor de geneeskundige verzorging.

	(1) A. N. C. — (1) C. L. B.	(1) U. N. N. — (1) O. L. B.	(1) U. N. S. — (1) S. L. B.	(1) U. N. L. — (1) L. L. B.	(1) U. N. P. — (1) B. L. B.	C.A.A.M.I. (1) — H.K.Z.I.V.	Royaume — Rijk
1957	835,96	979,09	978,79	911,39	979,94	768,39	912,68
1958	983,08	1.168,25	1.172,14	1.127,11	1.150,65	927,38	1.084,12
1959	1.061,76	1.297,27	1.309,28	1.188,47	1.245,24	1.221,37	1.189,13
Evolution de 1957 à 1959. — Evolutie van 1957 tot 1959	+ 27,04 %	+ 32,49 %	+ 33,76 %	+ 30,40 %	+ 27,07 %	+ 58,95 %	+ 30,27 %

(1) A. N. C. : Alliance Nationale Chrétienne. — U. N. N. : Union Nationale Neutre. — U. N. S. : Union Nationale Socialiste. — U. N. L. : Union Nationale Libérale. — U. N. P. : Union Nationale Professionnelle. — C. A. A. M. I. : Caisse Auxiliaire de l'Assurance maladie-invalidité.

(1) C. L. B. : Christelijke Landsbond. — O. L. B. : Onzijdige landsbond. — S. L. B. : Socialistische Landsbond. — L. L. B. : Liberale Landsbond. — B. L. B. : Beroepslandsbond. — H. K. Z. I. V. : Hulpkas voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

En 1959, la différence entre le coût moyen le plus bas et le coût le plus élevé est de *23,31 %*.

L'évolution relative du coût moyen dans chaque organisme assureur étant assez comparable, quels sont les éléments qui peuvent expliquer les différences entre les valeurs absolues ?

Si nous relevons, non plus les différences entre les coûts moyens des organismes assureurs, mais les différences de coûts moyens, d'une province à l'autre, nous constatons que les écarts sont plus importants et que les mêmes régions accusent constamment, pour les trois années considérées, des écarts dans le même sens par rapport à la moyenne du Royaume : le Luxembourg et le Limbourg ont les coûts moyens les plus bas, le Hainaut et Liège ont les coûts moyens les plus élevés et sont les seules provinces qui, au cours des 3 années considérées, se situent au-dessus du coût moyen général.

La différence entre le coût moyen le plus bas et le coût moyen le plus élevé est, en 1957, de *75,83 %* (Luxembourg-Liège), en 1958, de *55,51 %* (Luxembourg-Hainaut), en 1959, de *74,24 %* (Luxembourg-Hainaut) : ces différences sont plus marquées que celles que l'on a relevé à l'échelon des organismes assureurs entre les coûts moyens le plus bas et le plus élevé (*23,31 %* en 1959).

In 1959 beloopt het verschil tussen de laagste en de hoogste gemiddelde kosten *23,31 %*.

Aangezien de betrekkelijke evolutie van de gemiddelde kosten in elke verzekeringsinstelling vrijwel vergelijkbaar zijn, welke zijn dan wel de elementen die de verschillen tussen de absolute waarden kunnen verklaren ?

Indien wij niet verder ingaan op de verschillen tussen de gemiddelde kosten van de verzekeringsinstellingen, doch de verschillen inzake gemiddelde kosten van de ene provincie tot de andere gaan beschouwen, stellen wij vast dat de verschillen belangrijke zijn en dat voor dezelfde streken, over de drie beschouwde jaren, voortdurend verschillen in dezelfde richting worden waargenomen ten opzichte van het gemiddelde voor het Koninkrijk : Luxemburg en Limburg hebben de laagste gemiddelde kosten, Henegouwen en Luik de hoogste en zij zijn de enige provincies waarin bedoelde kosten over de drie beschouwde jaren hoger liggen dan de algemeen gemiddelde kosten.

Het verschil tussen de laagste en de hoogste gemiddelde kosten beloopt, in 1957, *75,83 %* (Luxemburg-Luik), in 1958, *55,51 %* (Luxemburg-Henegouwen), in 1959, *74,24 %* (Luxemburg-Henegouwen) : deze verschillen zijn markanter dan die vastgesteld voor de verzekeringsinstellingen tussen de laagste en de hoogste gemiddelde kosten (*23,31 %* in 1959).

Tableau 2.

Comparaison des coûts moyens par province (soins de santé).

Tabel 2.

Vergelijking van de gemiddelde kosten per provincie (geneeskundige verzorging).

	1957	1958	1959	
Luxembourg	560,22	749,34	772,12	Luxemburg.
Limbourg	685,96	823,35	924,14	Limburg.
Flandre orientale	786,81	951,84	1.035,66	Oost-Vlanderen.
Flandre occidentale	797,17	984,03	1.053,70	West-Vlaanderen.
Anvers	818,53	945,25	1.053,17	Antwerpen.
Namur	829,85	1.063,48	1.127,05	Namen.
Brabant	893,21	1.070,56	1.154,84	Brabant.
Moyenne du Royaume				*Gemiddelde van het Koninkrijk.*
Liége	985,09	1.161,32	1.243,71	Luik.
Hainaut	980,95	1.175,37	1.345,39	Henegouwen.
Royaume	912,68	1.084,12	1.189,13	Koninkrijk.

Le coût moyen d'un organisme assureur est manifestement influencé par les parts respectives que prennent ses effectifs dans chaque province. Les différences de coût moyen entre les différentes régions se présentent d'une manière analogue pour tous les organismes assureurs.

De gemiddelde kosten van een verzekeringsinstelling klaarblijkelijk beïnvloed door de indeling van haar ledental per provincie. De verschillen inzake gemiddelde kosten tussen de verschillende streken lopen parallel voor alle verzekeringsinstellingen.

Plus la portion de l'effectif sera importante dans une province à coût moyen faible, plus le coût moyen général d'un organisme assureur sera lui-même faible.

Tableau 3.

Comparaison du coût moyen du Luxembourg et du Hainaut, pour chaque organisme assureur en 1959.

Hoe groter de verhouding van het ledental in een provincie met geringe gemiddelde kosten, hoe geringer de algemene gemiddelde kosten van een verzekeringsinstelling.

Tabel 3.

Vergelijking van de gemiddelde kosten van Luxemburg en van Henegouwen, voor iedere verzekeringsinstelling, in 1959.

1959	A. N. C. C. L. B.	U. N. N. O. L. B.	U. N. S. S. L. B.	U. N. L. L. L. B.	U. N. P. B. L. B.	C.A.A.M.I. H.K.Z.I.V.	1959
Luxembourg	725,66	884,68	677,38	1.185,60	1.177,24	507,97	Luxemburg.
Hainaut	1.291,23	1.433,48	1.365,65	1.353,80	1.313,52	1.136,05	Henegouwen.

Le coût moyen d'une province est lui-même la résultante de coûts différents pour chaque région de cette province : on constate en effet des différences sensibles entre les coûts moyens des diverses fédérations dont les limites territoriales sont inférieures à celles d'une province.

Certes, les dépenses pour les soins de santé dans une région déterminée, sont essentiellement conditionnées par les possibilités locales de recourir à la médecine : nombre de médecins de cliniques et d'hôpitaux à la disposition de la population, distances à parcourir et moyens de transport en commun pour les atteindre, niveau des honoraires médicaux effectivement pratiqués et charges personnelles qui en résultent, indépendamment de l'intervention réglementaire, de l'assurance, niveau des salaires, éducation sanitaire qui conditionne le recours plus ou moins précoce et plus ou moins fréquent à l'avis ou à l'intervention du médecin.

La densité médicale et l'équipement hospitalier jouent incontestablement un rôle important dans le niveau des dépenses constatées dans chaque région du pays.

Mais il est non moins évident que la composition même de l'effectif est déterminante pour expliquer les différences de coût moyen, dans une même région, entre les divers organismes assureurs : l'âge de l'assuré, sa profession sont deux éléments essentiels qui, par leur répercussion directe sur la fréquence de la morbidité, donnent au niveau des dépenses d'un organisme assureur leur justification.

L'observation des statistiques confirme en effet que des différences sensibles existent entre les dépenses pour soins de santé des diverses catégories d'assurés : le tableau ci-après permet de mesurer ces écarts. Il concerne l'ensemble des soins de santé, à l'exclusion des honoraires pour consultations et visites et des dépenses pour les médicaments, catégories de soins pour lesquelles les statistiques ne sont pas disponibles.

De gemiddelde kosten van een provincie zijn zelf de resultante van de verschillende kosten voor elke streek van die provincie : men stelt inderdaad merkelijke verschillen vast tussen de gemiddelde kosten van de onderscheidene verbonden wier territoriale grenzen zich niet uitstrekken tot een provincie.

Voorzeker, de uitgaven voor geneeskundige verzorging in een bepaalde streek, worden essentieel beïnvloed door de plaatselijke mogelijkheden om een beroep te doen op de geneeskunde : aantal geneesheren, klinieken en ziekenhuizen welke ter beschikking staan van de bevolking, af te leggen afstanden en gemeenschappelijke vervoermiddelen om ze te bereiken, niveau van de artsenerelonen welke werkelijk worden toegepast en daaruit voortvloeiende persoonlijke lasten, afgezien van de reglementaire verzekeringstegemoetkoming, niveau van de lonen, sanitaire opleiding wat een maatstaf is of tamelijk vroeg en tamelijk vaak een beroep wordt gedaan op het advies of de tussenkomst van de geneesheer.

De dichtheid van het aantal beoefenaars van de geneeskunst en de ziekenhuisuitrusting spelen gewis een belangrijke rol in het niveau van de uitgaven vastgesteld in iedere landstreek.

Het valt echter evenzeer op dat de samenstelling zelf van het ledental de doorslag geeft om in eenzelfde streek de verschillen in de gemiddelden kosten tussen de onderscheidene verzekeringsinstellingen te verklaren : de leeftijd van de verzekerde, zijn beroep, zijn twee essentiële elementen die wegens hun rechtstreekse weerslag op de frequentie van het ziektecijfer het niveau der uitgaven van een verzekeringsinstelling verantwoorden.

Het inzien van de statistieken bevestigt inderdaad dat merkelijke verschillen bestaan tussen de uitgaven voor geneeskundige verzorging aan de verschillende categorieën van verzekerden : met onderstaande tabel geeft men zich rekenschap van die verschillen. Dit tabel heeft betrekking op de gezamenlijke geneeskundige verzorging, met uitzondering van de erelonen voor raadplegingen en bezoeken en van de uitgaven voor de geneesmiddelen, waarvoor geen statistieken voorhanden zijn.

Tableau 4.

Coût moyen pour les soins de santé.

Tabel 4.

Gemiddelde kosten van de geneeskundige verzorging.

1959	Pensionnés — Gepensioneerden	Veuves — Weduwen	Invalides — Invaliden	1959
A. N. C.	861,73	656,86	2.626,54	C. L. B.
U. N. N.	967,29	933,97	2.787,68	O. L. B.
U. N. S.	1.067,53	988,64	2.901,42	S. L. B.
U. N. L.	952,94	921,62	3.056,15	L. L. B.
U. N. P.	880,98	797,43	3.017,96	B. L. B.
C. A. A. M. I.	1.365,77	1.090,88	5.050,32	H. K. Z. I. V.
Royaume	975,21	873,31	2.835,65	Koninkrijk.

On constate donc que pour 1959, le coût moyen des soins de santé pour les invalides représente, pour l'ensemble du royaume, une augmentation de *190 %* du coût pour les pensionnés et de *224 %* du coût pour les veuves.

Les coûts moyens accusés par chaque organisme assureur pour l'ensemble du pays, sont eux-mêmes la résultante du produit des coûts moyens de chaque région du pays par leur effectif respectif dans chacune de ces régions.

Telles sont les constatations générales que l'on peut dégager de l'examen des dépenses totales de l'assurance et de leur répartition par organisme assureur et par fédération.

Dans la recherche d'une formule de répartition des ressources de l'assurance-soins de santé, le système techniquement idéal consisterait incontestablement à ventiler ces ressources en fonction d'autant de critères qu'il y a d'éléments qui influencent le niveau des dépenses, de façon à donner à chaque organisme assureur des moyens financiers exactement proportionnés à leurs risques : âge des assurés, nature de leur activité professionnelle, nombre de personnes à leur charge, âge de ces bénéficiaires, nombre d'assurés non-cotisants : veuves, pensionnés, invalides, équipement sanitaire régional, densité de médecins, etc.

L'établissement et l'application de tels critères compliqueraient cependant une situation déjà complexe et entraîneraient des charges considérables sans rapport avec leur efficacité.

A défaut de statistiques de morbidité objectives et de renseignements suffisants, ces critères ne pourraient en effet être basés que sur la comptabilisation des dépenses effectivement enregistrées par les organismes assureurs et leur perfection n'apparaîtrait que lorque, dans l'application, ils permettraient de reconstituer les dépenses de chacun.

Calcul des ressources des organismes assureurs.

Il a paru, dès lors, plus logique et plus économique de renoncer à l'établissement de ces critères et de prévoir une formule plus efficace, permettant d'attribuer, au départ, à

Men stelt dus vast dat de gemiddelde kosten van geneeskundige verzorging aan de invaliden over 1959 voor het ganse Koninkrijk *190 %* meer bedragen dan de kosten voor de gepensioneerden, en *224 %* meer dan de kosten voor de weduwen.

De gemiddelde kosten per verzekeringsinstelling voor het ganse land zijn zelf de resultante der gemiddelde kosten van elke landstreek, vermenigvuldigd met hun respectief ledental in ieder van die streken.

Dit zijn de algemene vaststellingen ingevolge het onderzoek van de totale uitgaven van de verzekering en hun verdeling per verzekeringsinstelling en per verbond.

Bij het zoeken naar een regeling om de inkomsten der verzekering voor geneeskundige verzorging te verdelen zou het technisch ideaal systeem ontegensprekelijk bestaan in het schiften van die inkomsten uitgaande van evenveel maatstaven als er elementen zijn welke het niveau van de uitgaven beïnvloeden, derwijze dat aan elke verzekeringsinstelling de geldmiddelen worden toegewezen welke nauwkeurig in verhouding staan tot hun risico's : leeftijd van de verzekerden, aard van hun beroepsactiviteit, aantal personen te hunnen laste, leeftijd van die rechthebbenden, aantal verzekerden die geen bijdrage betalen : weduwen, gepensioneerden, invaliden, sanitaire uitrusting van de streek, dichtheid van het geneesherental, enz...

Het opmaken en het toepassen van zulke maatstaven zou evenwel een reeds complexe toestand nog ingewikkelder maken en grote lasten met zich brengen welke niet in verhouding staan tot hun doelmatigheid.

Bij gebrek aan objectieve statistieken in verband met het ziektecijfer en aan voldoende inlichtingen, zouden die maatstaven immers enkel kunnen steunen op de boeking van de door de verzekeringsinstellingen werkelijk ingeschreven uitgaven en de voortreffelijkheid van die maatstaven zou enkel dan blijken wanneer ingevolge hun toepassing, de uitgaven van eenieder weer kunnen worden samengesteld.

Berekening van de inkomsten der verzekeringsinstellingen.

Het leek derhalve logischer en economischer af te zien van het aanleggen van die maatstaven en een doelmatiger regeling vast te stellen waarbij van meet af aan

chaque organisme assureur, des ressources en proportion du montant moyen de ses propres dépenses au cours des trois derniers exercices connus.

Ce montant est à rectifier :

a) par les éléments prévisionnels concernant l'évolution du coût général des soins de santé et de l'effectif;

b) par une marge de sécurité raisonnable.

La formule de répartition des recettes entre les organismes assureurs ainsi calculée est valable pour les trois prochains exercices annuels : on calculera ainsi en 1963, la formule de répartition des recettes entre les organismes assureurs pour 1964, 1965 et 1966 sur la base des dépenses enregistrées pour chaque organisme assureur en 1959, 1960 et 1961.

En 1966, la formule de répartition des recettes entre les organismes assureurs pour les exercices 1967, 1968 et 1969 sera recalculée et ainsi de suite. Toute évaluation globale des dépensese au cours d'une période triennale — notamment en raison d'une amélioration de l'équipement médical et sanitaire ou d'une normalisation des rapports avec les corps médicaux et paramédicaux ou de l'instauration d'une nouvelle législation en matière pharmaceutique — sera par conséquent automatiquement prise en considération pour adapter les recettes à répartir entre les organismes assureurs au cours de la période triennale suivante. Ce calcul préalable des ressources permettra à chaque organisme assureur de connaître sa situation au départ et d'établir le budget de ses recettes et de ses dépenses en connaissance de cause. Les organismes assureurs seront responsables de la limitation de leurs dépenses dans le cadre des ressources qui leur seront attribuées : cette *responsabilité* donnée aux organismes assureurs dans la gestion et dans l'équilibre du régime de l'assurance-soins de santé, sera en fait conditionnée au départ par une solidarisation dans la répartition des ressources, puisque celles-ci auront été établies en partant des dépenses réelles de chaque organisme assureur.

Les recettes et les dépenses à prendre en considération pour les revisions triennales de la formule de répartition sont celles relatives aux services obligatoires fixés par la législation en matière d'assurance maladie obligatoire.

La responsabilité de chaque organisme assureur étant fixée, le projet de loi prévoit les modalités suivant lesquelles les organismes assureurs pourront disposer des bonis éventuels résultant de leur gestion.

A l'intérieur de chaque organisme assureur, les organes statutaires pourront éventuellement décider de la répartition des recettes entre les différentes fédérations et de l'établissement éventuel d'une responsabilité de gestion à l'échelon régional, voire mêmel local.

6. *Mode de répartition des recettes de l'assurance pour les soins médicaux, comparé aux résultats de l'exercice 1961.*

Pour le secteur « soins de santé » (c'est-à-dire : maladies ordinaires + 5 % des dépenses pour maladies sociales), on a enregistré en 1961 les dépenses reprises à la colonne I.

aan iedere verzekeringsinstelling inkomsten kunnen worden toegewezen welke in verhouding staan tot het gemiddelde bedrag van haar eigen uitgaven over de jongste drie bekende dienstjaren.

Dat bedrag dient verbeterd :

a) met de elementen welke kunnen voorzien worden inzake de evolutie van de algemene kosten voor geneeskundige verzorging en van het ledental;

b) met een redelijke zekerheidsmarge.

De aldus berekende regeling tot verdeling van de ontvangsten over de verzekeringsinstellingen, geldt voor de volgende drie dienstjaren : alzo zou in 1963 de regeling tot verdeling van de ontvangsten over de verzekeringsinstellingen worden berekend voor 1964, 1965 en 1966 op basis van de door iedere verzekeringsinstelling in 1959, 1960 en 1961 geboekte uitgaven.

In 1966 zal de regeling tot verdeling van de ontvangsten over de verzekeringsinstellingen opnieuw worden berekend voor de dienstjaren 1967, 1968 en 1969 en zo verder. Elke globale uitgavenraming tijdens een driejarig tijdvak — in het bijzonder wegens een verbetering van de geneeskundige- en gezondheidsuitrusting of een normalisatie van de betrekkingen met de geneesheren- en paramedische korpsen of ingevolge het invoeren van een nieuwe wetgeving inzake pharmacie — zal derhalve automatisch in aanmerking worden genomen om de ontvangsten aan te passen welke over de verzekeringsinstellingen dienen verdeeld in het daaropvolgende driejarige tijdvak. Met dat vooraf berekenen van de inkomsten wordt het mogelijk dat iedere verzekeringsinstelling haar toestand van meet af aan kent en zij haar ontvangsten- en uitgavenbegroting met kennis van zaken kan opmaken. De verzekeringsinstellingen zullen verantwoordelijk zijn om hun uitgaven binnen het bestek te houden van de inkomsten die hun worden toegewezen : deze aan de verzekeringsinstellingen opgedragen *verantwoordelijkheid* in het beheer en in het evenwicht van de regeling inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging, zal in feite van meet af aan geconditionneerd zijn door een solidarisatie inzake de verdeling van de inkomsten, aangezien deze zullen vastgesteld zijn uitgaande van de werkelijke uitgaven van iedere verzekeringsinstelling.

De voor de driejaarlijkse herzieningen van de verdelingsregeling in aanmerking te nemen ontvangsten en uitgaven zijn die met betrekking tot de verplichte diensten welke in de wetgeving op de verplichte ziekteverzekering zijn bepaald.

Nu de verantwoordelijkheid van iedere verzekeringsinstelling is vastgesteld, voorziet het wetsontwerp in de regelen volgens welke de verzekeringsinstellingen over hun gebeurlijke beheersboni's kunnen beschikken.

Binnen elke verzekeringsinstelling kunnen de statutaire organen eventueel besluiten tot de verdeling der ontvangsten over de verschillende verbonden en tot het gebeurlijk vestigen van een beheersverantwoordelijkheid op het gewestelijk, ja zelfs op het plaatselijk vlak.

6. *Wijze van verdeling der inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging, vergeleken met de resultaten van het dienstjaar 1961.*

De uitgaven in 1961 geboekt voor de tak « geneeskundige verzorging » welke de gewone ziekten en 5 % van de uitgaven voor de sociale ziekten dekt, zijn weergegeven in kolom I.

La colonne II reprend ces mêmes dépenses, chargées de 12,5 % (nouveaux tarifs) et puis 10 % (frais administratifs).

Pour pouvoir comparer valablement le mode de répartition des ressources de l'assurance-soins de santé aux résultats financiers de l'année 1961, il a évidemment fallu corriger les dépenses réelles enregistrées en 1961, pour les faire correspondre aux nouveaux tarifs envisagés dont il a été tenu compte en vue de l'établissement du plan de licenciement et du mode de répartition des ressources de l'assurance-soins de santé.

	I Dépenses observées	II Dépenses rectifiées
U. N. C.	2.455.748.238	3.038.988.445
U. N. N.	594.631.340	735.856.283
U. N. S.	2.160.317.623	2.673.393.058
U. N. L.	347.061.285	429.488.340
U. N. P.	678.946.419	840.196.194
C. A. A. M. I.	70.494.469	87.236.905
Total	6.307.199.374	7.805.159.225

Détermination des recettes « cotisations » pour ce secteur.

Rappelons que ces recettes s'élèvent à :

4,20 % des rémunérations pour les ouvriers;

3,60 % des rémunérations pour les employés;

2,45 % des rémunérations pour les mineurs.

Pour évaluer ces recettes par organisme assureur, on dispose des données « bons de cotisations » pour les 2me et 4me trimestre de 1961 (voir tableau I, page 4).

D'autre part, les recettes réelles « cotisations » en 1961, se sont élevées à :

en provenance	O. N. S. S. ... ... fr.	8.057.630.489
	Eupen	209.782
	F. N. R. O. M.	323.123.795

Si l'on compare à ces recettes réelles les résultats obtenus en calculant 7 %, 6 % et 4 % (respectivement pour les ouvriers, les employés et les mineurs) des rémunérations « bons de cotisation » pour les 2me et 4me trimestres réunis, on obtient comme coefficients de réévaluation à appliquer à ces résultas de 2 trimestres, pour obtenir l'année complète :

pour les ouvriers et les employés	2,014276
pour les mineurs	2,184388

Le coefficient 2.014276 obtenu pour les ouvriers et les employés a été chargé de 1 % (il devient ainsi : 2,034419) afin de tenir compte du relèvement du plafond de retenue de 8.000 francs (en 1961) à 8.200 francs.

Kolom II herneemt diezelfde uitgaven, verhoogd met 12,5 % (nieuwe tarieven) en dan met 10 % (administratiekosten).

Om de wijze van verdeling der inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging geldig te kunnen vergelijken met de financiële uitkomsten van het jaar 1961, heeft men vanzelfsprekend de werkelijke uitgaven die in 1961 geboekt werden moeten verbeteren om ze te doen overeenstemmen met de nieuwe tarieven waarmede rekening gehouden werd om het financieringsplan en de wijze van verdeling der inkomsten op te stellen.

	I Werkelijke uitgaven	II Verbeterde bedragen
Christelijke Landsbond ... ... fr.	2.455.748.238	3.038.988.445
Onzijdige Landsbond	594.631.340	735.856.283
Socialistische Lansbond	2.160.317.623	2.673.393.058
Liberale Landsbond	347.061.285	429.488.340
Beroepslandsbond	678.946.419	840.196.194
Hulpkas voor ziekte- en invalid. verz.	70.494.469	87.236.905
Totaal	6.307.199.374	7.805.159.225

Vaststelling van de ontvangsten « bijdragen » voor die tak.

Herinneren wij er aan dat die ontvangsten :

4,20 % belopen van de lonen voor de arbeiders;

3,60 % van de lonen voor de bedienden;

2,45 % van de lonen voor de mijnwerkers.

Om die ontvangsten per verzekeringsinstelling te ramen, beschikt men over de gegevens « bijdragebons » voor het 2de en het 4de kwartaal van 1961 (zie tabel I, blz. 4).

Voorts bedroegen de werkelijke « bijdrage »-ontvangsten in 1961 :

vanwege	de Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid ... ... fr.	8.057.630.489
	Eupen	209.782
	Nat. Pensioenf. voor Mijnw.	323.123.795

Vergelijkt men met die werkelijke ontvangsten, de resultaten verkregen door 7 %, 6 % en 4 % (voor de arbeiders, respectief de bedienden en de mijnwerkers) te berekenen van de lonen « bijdragebons » voor het 2de en het 4de kwartaal samen, dan verkrijgt men de volgende herwaarderingscoëfficiënten, toe te passen op die resultaten van 2 kwartalen om het volledige jaar te bekomen :

voor de arbeiders en de bedienden ...	2,014276
voor de mijnwerkers	2,184388

De coëfficiënt 2,014276 voor de arbeiders en de bedienden werd verhoogd met 1 % (hij wordt dus 2,034419) ten einde rekening te houden met de verhoging van de loongrens van 8.000 frank (in 1961) tot 8.200 frank.

On a appliqué ces coefficients aux rémunérations du tableau I. On obtient ainsi une estimation des rémunérations pour l'année entière 1961, compte tenu d'un plafond à 8.200 francs (tableau II).

De ces rémunérations on a pris 4,20 % pour les ouvriers, 3,60 % pour les employés et 2,45 % pour les mineurs et on a obtenu ainsi les recettes cotisations pour le secteur « soins de santé », pour chaque organisme assureur (tableau II, colonne 2).

Die coëfficiënten werden toegepast op de lonen van tabel I. Men bekomt aldus een raming van de lonen voor het jaar 1961, rekening houdend met de loongrens 8.200 frank (tabel II).

Van die lonen werd vervolgens 4,20 % genomen voor de arbeiders, 3,60 % voor de bedienden en 2,45 % voor de mijnwerkers. Aldus bekomt men voor elke verzekeringsinstelling de ontvangen « bijdragen » voor de tak « geneeskundige verzorging » (tabel II, kolom 2).

Tableau I.
Bons de cotisations 2me trimestre + 4me trimestre 1961.

Tabel I.
Bijdragebons 2de kwartaal + 4de kwartaal 1961.

	Rémunérations — Lonen	Journée — Dagen	Rémunération journalière — Dagloon	
U. N. C. :				Christ. Landsb. :
Ouvriers	18.246.282.900	84.589.000	215.705	Arbeiders.
Employés	6.708.361.100	25.971.283	258.299	Bedienden.
Mineurs	1.456.795.100	5.033.097	289.443	Mijnwerkers.
U. N. N. :				Onzijd. Landsb. :
Ouvriers	2.689.415.700	11.995.788	224.197	Arbeiders.
Employés	2.719.583.600	9.817.346	277.018	Bedienden.
Mineurs	334.256.900	1.062.820	314.500	Mijnwerkers.
U. N. S. :				Social. Landsb. :
Ouvriers	14.749.052.900	64.771.726	227.708	Arbeiders.
Employés	3.769.850.600	14.497.981	260.026	Bedienden.
Mineurs	1.128.707.400	3.702.376	304.860	Mijnwerkers.
U. N. L. :				Liber. Landsb. :
Ouvriers	2.432.559.600	11.056.318	220.015	Arbeiders.
Employés	1.084.187.100	4.051.959	267.571	Bedienden.
Mineurs	96.296.800	326.847	294.623	Mijnwerkers.
U. N. P. :				Beroepslandsb. :
Ouvriers	2.634.109.900	10.800.293	243.892	Arbeiders.
Employés	4.269.087.200	14.634.793	291.708	Bedienden.
Mineurs	533.095.300	1.688.757	315.673	Mijnwerkers.
C. A. A. M. I. :				Hulpk. ziekte en inval. verz. :
Ouvriers	337.123.500	1.537.404	219.281	Arbeiders.
Employés	185.042.000	673.024	274.941	Bedienden.
Mineurs	148.954.300	458.904	324.587	Mijnwerkers.
Total :				Totaal :
Ouvriers	41.088.544.500	184.750.537		Arbeiders.
Employés	18.736.111.600	69.646.386		Bedienden.
Mineurs	3.698.105.800	12.272.801		Mijnwerkers.

Tableau II.

Année 1961 (plafond 8.200 francs).

Tabel II.

Jaar 1961 (loongrens 8.200 frank).

	Rémunérations — Lonen (1)	Cotisations soins de santé — Bijdragen geneeskundige verzorging 2	
U. N. C. :			Christel. Landsb. :
Ouvriers	37.120.584.611		Arbeiders.
Employés	13.647.617.280	2.128.342.816	Bedienden.
Mineurs	3.182.205.735		Mijnwerkers.
Total	53.950.407.626		Totaal.
U. N. N. :			Onzijd. Landsb. :
Ouvriers	5.471.398.399		Arbeiders.
Employés	5.532.772.548	446.867.140	Bedienden.
Mineurs	730.146.761		Mijnwerkers.
Total	11.734.317.708		Totaal.
U. N. S. :			Social. Landsb. :
Ouvriers	30.005.753.451		Arbeiders.
Employés	7.669.455.688	1.596.747.655	Bedienden.
Mineurs	2.465.534.900		Mijnwerkers.
Total	40.140.744.039		Totaal.
U. N. L. :			Liber. Landsb. :
Ouvriers	4.948.845.469		Arbeiders.
Employés	2.205.690.836	292.409.944	Bedienden.
Mineurs	210.349.574		Mijnwerkers.
Total	7.364.885.879		Totaal.
U. N. P. :			Beroepslandb. :
Ouvriers	5.358.883.229		Arbeiders.
Employés	8.685.112.112	566.267.062	Bedienden.
Mineurs	1.165.486.976		Mijnwerkers.
Total	15.209.482.317		Totaal.
C. A. A. M. I. :			Hulpk. ziekte en inval. verz. :
Ouvriers	685.850.454		Arbeiders.
Employés	376.452.961	50.329.688	Bedienden.
Mineurs	325.373.985		Mijnwerkers.
Total	1.387.677.400		Totaal.
Total :			Totaal :
Ouvriers	83.591.315.613		Arbeiders.
Employés	38.117.101.425	5.080.964.305	Bedienden.
Mineurs	8.078.097.931		Mijnwerkers.
Total	129.786.514.969		Totaal.

En comparant les recettes-cotisations obtenues, aux dépenses, on enregistre une insuffisance de recettes-cotisations qui s'élève à : 7.805.159.225 francs — 5.080.964.306 francs, soit *2.724.194.919 francs.*

Calcul du subside-chômage.

On trouvera, au tableau III ci-après, les éléments qui ont servi de base à l'établissement d'une cotisation journalière moyenne « soins de santé » dans chaque organisme

Wanneer wij die resultaten met de uitgaven vergelijken, stellen wij vast dat de ontvangsten « bijdragen » ontoereikend zijn ten bedrage van 7.805.159.225 frank — 5.080.964.306 frank of *2.724.194.919 frank.*

Berekening van de toelage werkloosheid.

In de tabel III hierna worden de gegevens vermeld op basis waarvan een gemiddelde dagbijdrage « geneeskundige verzorging » in elke verzekeringsinstelling is berekend, uit-

assureur, à partir des éléments fournis par les bons de cotisations des 2e et 4e trimestres 1961 (voir aussi tableau I).

Ce tableau III reprend :

colonne 1 : la cotisation journalière « soins de santé » (plafond 8.000 francs) obtenue à partir des rémunérations journalières observées au tableau I, dont on a pris respectivement 4,20 %, 3,60 % et 2,5 % pour les ouvriers, les employés, les mineurs;

colonne 2 : cotisations journalières soins de santé *(plafond 8.200 francs)* obtenues en chargeant de 1 % les résultats obtenus à la colonne 1 pour les ouvriers et les employés;

colonne 3 : répartition des effectifs, en pourcentage, dans chaque organisme assureur;

colonne 4 : cotisation moyenne, dans chaque organisme assureur, obtenue en pondérant les résultats de la colonne 2, selon les pourcentages d'effectifs;

colonne 5 : journées de chômage observées;

colonne 6 : subside chômage (colonne 4 × colonne 5).

Tableau III.

Calcul du subside chômage.

gaande van de gegevens voorkomende op de bijdragebons van het tweede en vierde kwartaal van 1961 (zie ook tabel I).

Die tabel III behelst :

kolom 1 : de dagbijdrage « geneeskundige verzorging » (loongrens 8.000 frank), bekomen uitgaande van de waargenomen dagbezoldigingen vermeld in tabel I, waarvan men 4,20 %, 3,60 % en 2,45 % genomen heeft voor de arbeiders, de bedienden, respectief de mijnwerkers;

kolom 2 : de dagbijdrage « geneeskundige verzorging » *(loongrens 8.200 frank)*, bekomen door de bijdragen aangegeven in kolom 1 te verhogen met 1 % voor de arbeiders en de bedienden;

kolom 3 : indeling van de ledentallen in % voor elk verzekeringsorganisme;

kolom 4 : gemiddelde bijdrage, in elk verzekeringsorganisme, verkregen door de resultaten van kolom 2 in verband te brengen met de percentage der ledentallen;

kolom 5 : vastgestelde werkloosheidsdagen;

kolom 6 : toelage werkloosheid (kolom 4 × kolom 5).

Tabel III.

Berekening van de werkloosheidsbijdrage.

	Cotisation journalière plafond 8.000 fr. — Dagbijdrage loongrens 8.000 fr. (1)	Cotisation journalière plafond 8.200 fr. — Dagbijdrage loongrens 8.000 fr. (2)	Effectifs en % — Indeling van ledentallen in % (3)	Cotisation moyenne — Gemiddelde bijdrage (4)	Journées de chômage — Werkloosheidsdagen (5)	Subside chômage — Toelage werkloosheid (6)	
U. N. C. :							Christ. Landsb. :
Ouvriers	9,060	9,151	73,178				Arbeiders.
Employés	9,299	9,392	22,468				Bedienden.
Mineurs	7,091	7,091	4,354				Mijnwerkers.
			100,000	9,115	18.998.597	173.172.212	
U. N. N. :							Onzijd. Landsb. :
Ouvriers	9,416	9,510	52,438				Arbeiders.
Employés	9,973	10,073	42,916				Bedienden.
Mineurs	7,705	7,705	4,646				Mijnwerkers.
			100,000	9,668	2.575.054	24.895.622	
U. N. S. :							Social. Landsb. :
Ouvriers	9,564	9,660	78,065				Arbeiders.
Employés	9,361	9,455	17,473				Bedienden.
Mineurs	7,469	7,469	4,462				Mijnwerkers.
			100,000	9,526	15.588.308	148.494.222	
U. N. L. :							Liber. Landsb. :
Ouvriers	9,241	9,333	71631				Arbeiders.
Employés	9,633	9,729	26,251				Bedienden.
Mineurs	7,218	7,218	2,118				Mijnwerkers.
			100,000	9,392	3.044.734	28.596.142	
U. N. P. :							Beroepslandb. :
Ouvriers	10,243	10,345	39,818				Arbeiders.
Employés	10,501	10,606	53,956				Bedienden.
Mineurs	7,734	7,734	6,226				Mijnwerkers.
			100,000	10,323	1.447.336	14.940.850	
C. A. A. M. I. :							Hulpk. ziekte inval. verz :
Ouvriers	9,210	9,302	57,595				Arbeiders.
Employés	9,898	9,997	25,213				Bedienden.
Mineurs	7,952	7,952	17,192				Mijnwerkers.
			100,000	9,245	462.096	4.272.078	
Total						394.371.126	Totaal.

Subside à répartir selon le nombre et le coût des pensionnés, veuves et invalides.

On a vu que l'insuffisance de recettes de cotisations s'élevait à 2.724.194.919 francs. Compte tenu du subside chômage, il subsiste une insuffisance de recettes de 2.724.194.919 francs — 394.371.126 francs, soit *2.329.823.793 francs.*

Le subside « pensionnés, veuves, invalides », égal à 27 % des dépenses, s'élèvera à *2.107.392.991 francs;* il subsistera un mali global de 222.439.802 francs.

a) Le coût moyen en soins de santé (y compris maladies sociales) s'est élevé en 1961 à :

	Coût moyen — Francs
Pensionné	2.046.732
Veuve	2.110.984
Invalide	4.382.088

b) En mulpliant ce coût moyen par l'effectif réel observé en 1961, on obtient :

	Coût moyen — Francs	Effectif	Dépense — Francs
Pensionnés	2.046.732	249.479	510.616.652
Veuves	2.110.984	128.579	271.428.121
Invalides	4.382.088	67.191	294.436.875
Total			1.076.481.739

c) On constate que la dépense globale se répartit comme suit :

	Dépense — Francs	%
Pensionnés	510.616.652	47,434
Veuves	271.428.212	25,214
Invalides	294.436.875	27,352
Total	1.076.481.739	100,—

d) Sur la base de ce pourcentage, on établit la quotepart du subside de l'Etat, à affecter à chacun de ces trois groupes d'effectifs :

		Francs	Cotisation-subside-unitaire — Francs
Pensionnés	: 47,434 % de	2.107.392.991	4.006,8334
	soit	999.620.791	
Veuves	: 25,214 %, soit	531.358.069	4.132,5416
Invalides	: 27,352 %, soit	576.414.131	8.578,7402

Appliqués aux effectifs de pensionnés, veuves et invalides de chaque organisme assureur en 1961 (voir tableau IV), ces montants unitaires conduisent aux subsides suivants :

	Subside « Pensionnés-Veuves-Invalides » — Francs
U. N. C.	650.179.533
U. N. N.	220.424.408
U. N. S.	879.521.638
U. N. L.	113.982.812
U. N. P.	217.348.796
C. A. A. M. I.	25.935.804
Total	2.107.392.991

Berekening van de toelage, te verdelen volgens het aantal en de kosten voor de gepensioneerden, weduwen en invaliden.

Men stelde hiervoren vast dat de ontvangsten « bijdrage » ontoereikend zijn ten bedrage van 2.724.194.919 frank. Rekening houdend met de toelage « werkloosheid », blijft er een tekort van 2.724.194.919 frank — 394.371.126 frank = *2.329.823.793 frank.*

De toelage « gepensioneerden, weduwen, invaliden », gelijk aan 27 % van de uitgaven, zal *2.107.392.991 frank* bedragen; er blijft dus een globaal mali van 222.430.802 frank.

a) In 1961 beliepen de gemiddelde kosten voor geneeskundige verzorging (sociale ziekten daarin begrepen) :

	Gemiddelde kosten — Frank
Gepensioneerde	2.046.732
Weduwe	2.110.984
Invalide	4.382.088

b) Vermenigvuldigt men die gemiddelde kosten met het werkelijke ledental in 1961, dan bekomt men :

	Gemiddelde kosten — Frank	Ledental	Uitgave — Frank
Gepensioneerden	2.046.732	249.479	510.616.652
Weduwen	2.110.984	128.579	271.428.212
Invaliden	4.382.088	67.191	294.436.875
Totaal			1.076.481.739

c) Men stelt vast dat de totale uitgave als volgt is in te delen :

	Uitgave — Frank	%
Gepensioneerden	510.616.652	47,434
Weduwen	271.428.212	25,214
Invaliden	294.436.875	27,352
Totaal	1.076.481.739	100,—

d) Op basis van dat percent, stelt men het aandeel van de rijkstoelage vast dat voor ieder van die drie groepen ledentallen is bestemd.

		Frank	Bijdrage-eenheidstoelage — Frank
Gepensioneerden	: 47,434 % van	2.107.392.991	4.006,8334
	of	999.620,791	
Weduwen	: 25,214 % of	531.358.069	4.132,5416
Invaliden	: 27,352 % of	576.414.131	8.578,7402

Toegepast op de ledentallen gepensioneerden, weduwen en invaliden van elke verzekeringsinstelling in 1961 (zie tabel IV), leiden die eenheidsbedragen tot de volgende toelage :

	Toelage « gepensioneerden, weduwen, invaliden » — Frank
Christel. Landsbond	650.179.533
Onzijd. Landsbond	220.424.408
Social. Landsbond	879.521.638
Liber. Landsbond	113.982.812
Beroepslandsbond	217.348.796
Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering	25.935.804
Totaal	2.107.392.991

La situation globale « soins de santé » de chaque assureur se présente alors comme suit :

Het globaal resultaat « geneeskundige verzorging » voor elke verzekeringsinstelling doet zich als volgt voor :

	Recettes-cotisations — Ontvangsten-bijdragen (francs — frank)	Subside chômage — Toelage werkloosheid (francs — frank)	Subside pensionnés veuves-invalides — Toelage gepensioneerde weduwen-invaliden (francs — frank)	Recettes totales — Totale ontvangsten (francs — frank)	
U. N. C.	2.128.342.816	173.172.212	650.179.533	2.951.694.561	Christelijke Landsbond.
U. N. N.	446.867.140	24.895.622	220.424.408	692.187.170	Onzijdige Landsbond.
U. N. S.	1.596.747.656	148.494.222	879.521.638	2.624.763.516	Socialistische Landsbond.
U. N. L.	292.409.944	28.596.142	113.982.812	434.988.898	Liberale Landsbond.
U. N. P.	566.267.062	14.940.850	217.348.796	798.556.708	Beroepslandsbond.
C. A. A. M. I.	50.329.688	4.272.078	25.935.804	80.537.570	Hulpkas.
Total	5.080.964.306	394.371.126	2.107.392.991	7.582.728.423	Totaal.

	Dépenses —	Recettes-dépenses —
U. N. C.	3.038.988.445	— 87.293.884
U. N. N.	735.856.283	— 43.669.113
U. N. S.	2.673.393.058	— 48.629.542
U. N. L.	429.488.340	+ 5.500.558
U. N. P.	840.196.194	— 41.639.486
C. A. A. M. I.	87.236.905	— 6.699.335
Total	7.805.159.225	—222.430.802

	Uitgaven —	Ontvangsten-uitgaven —
Christelijke Landsbond	3.038.988.445	— 87.293.884
Onzijdige Landsbond	735.856.283	— 43.669.113
Socialistische Landsbond ...	2.673.393.058	— 48.629.542
Liberale Landsbond	429.488.340	+ 5.500.558
Beroepslandsbond	840.196.194	— 41.639.486
Hulpkas	87.236.905	— 6.699.335
Totaal	7.805.159.225	—222.430.802

Tel que l'indiquent l'Exposé des Motifs et l'article 138 du projet, ce découvert doit être apuré par une augmentation des cotisations de sécurité sociale, destinées au financement de l'assurance maladie-invalidité.

Zoals aangegeven in de Memorie van toelichting en bepaald bij artikel 138 van het wetsontwerp zal dit tekort aangezuiverd worden door een verhoging van de bijdragen van sociale zekerheid, bestemd voor de financiering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Tableau IV.

Effectifs des pensionnés, veuves et invalides au 30 juin 1961.

Tabel IV.

Ledentallen der gepensioneerden, weduwen en invaliden op 30 juni 1961.

	Pensionnés — Gepensioneerden	Veuves — Weduwen	Invalides — Invaliden	
U. N. C.	75.168	35.214	23.718	Christ. Landsb.
U. N. N.	27.569	13.389	6.368	Onzijdige Landsb.
U. N. S.	102.495	56.341	27.511	Social. Landsb.
U. N. L.	13.190	6.834	3.834	Liberale Landsb.
U. N. P.	28.051	14.901	5.056	Beroepslandb.
C. A. A. M. I.	3.006	1.900	704	Hulpk. ziekte en inval. verz.
Total	249.479	128.579	67.191	Totaal.

7. Prévisions financières générales pour les trois premières années.

Les tableaux suivants comportent les éléments d'une préfiguration de l'évolution de la situation budgétaire des deux secteurs fondamentaux de l'assurance maladie-invalidité considérés dans l'optique de la réforme, pour la période 1964-1966.

Le tableau I reproduit les données de base à partir desquelles ont été calculés les divers postes constitutifs du budget.

Pour obtenir l'évolution du nombre des journées de travail, l'effectif des cotisants, dénombré en unités complètes et corrigé en tenant compte de l'influence du chômage, a été multiplié par un nombre théorique annuel de journée de travail. Au salaire journalier de base de 1961, obtenu en divisant la masse des salaires précomptés par ce nombre théorique, a été appliqué le trend linéaire dégagé de l'observation de la tendance de l'évolution du salaire journalier moyen pour la période 1955-1961; ainsi a été obtenue la projection du salaire journalier moyen pour la période 1964-1966.

Pour obtenir la charge des indemnités d'incapacité primaire, le trend des taux de morbidité a été calculé sur la période 1950-1960; il a été tenu compte de l'incidence de la nouvelle loi sur le salaire hebdomadaire garanti.

En ce qui concerne les indemnités d'invalidité, la masse des journées perdues a été estimée en s'appuyant sur l'évolution constatée de 1956 à 1960, avec répartition entre les trois périodes.

Les chiffres repris pour le « secteur primaire » englobent la totalité des dépenses en période d'incapacité primaire, 50 % des dépenses en période d'incapacité prolongée, 5 % des dépenses en période d'invalidité et 5 % des allocations pour frais funéraires.

Les prévisions des dépenses en soins de santé ont été établies pour chacune des années de la période 1964-1966 sur la base des données disponibles. Schématiquement les dépenses sont le produit arithmétique de la multiplication des effectifs de bénéficiaires par le coût moyen annuel unitaire relatif à chacune des catégories de bénéficiaires recensées par la statistique.

Les projections d'effectifs ont été calculées à partir des éléments connus de chacune des années de la période 1956-1961, de manière que leur totalisation corresponde à l'évolution future des effectifs du Royaume obtenus d'autre part par une approche globale.

Le calcul des coûts moyens par unité bénéficiaire a été conduit comme suit :

On a reconstitué les coûts moyens de la période 1956-1960 par unité bénéficiaire, séparément pour les maladies sociales et pour les autres catégories de soins. Les montants des dépenses ayant servi à l'établissement des coûts moyens ont préalablement été corrigés par l'influence des modifications apportées aux barèmes de remboursement et des effets du changement de la date de clôture des comptes. Les coûts moyens ainsi obtenus ont donné lieu à l'établissement de trends d'accroissement linéaire, qui ont servi à obtenir la prévision des coûts moyens pour les années 1964-1966.

Le tableau II situe les budgets de l'assurance-indemnités et de l'assurance-soins de santé dans le cadre de la réforme.

En ce qui concerne l'assurance-indemnités, la charge du « secteur primaire » a été majorée de 10 % pour couvrir

7. Algemene financiële vooruitzichten voor de eerste drie jaren.

De onderstaande tabellen bevatten de elementen van een prefiguratie der evolutie van de begrotingstoestand van de twee fundamentele takken van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, beschouwd vanuit het oogpunt der hervorming, over het tijdvak 1964-1966.

Tabel I bevat de basisgegevens waarvan men is uitgegaan om de verschillende posten te berekenen waaruit de begroting bestaat.

Om de evolutie van het aantal arbeidsdagen te verkrijgen, is het aantal bijdrage-betalenden, geteld in volledige eenheden en verbeterd met de weerslag van de werkloosheid, vermenigvuldig met een theoretisch aantal arbeidsdagen per jaar. Op het basisdagloon van 1961, verkregen door de gezamenlijke bijdrageplichtige lonen te delen door dat theoretisch aantal, is de lineaire trend toegepast welke is afgeleid uit de waargenomen strekking van de evolutie van het gemiddelde dagloon over het tijdvak 1955-1961; aldus is het gemiddelde dagloon verkregen over het tijdvak 1964-1966.

Om de last van het zienkengeld te verkrijgen, is de trend van de ziektecijfers berekend over het tijdvak 1950-1960; er is rekening gehouden met de weerslag van de nieuwe wet op het gewaarborgde weekloon.

Wat de invaliditeitsuitkeringen betreft, zijn de gezamenlijke verloren dagen geraamd op grond van de evolutie vastgesteld van 1956 tot 1960, met verdeling over de drie tijdvakken.

De voor de « primaire tak » opgegeven cijfers omvatten : het geheel der uitgaven in primaire ongeschiktheidstijdvak, 50 % van de uitgaven in voortdurende ongeschiktheidstijdvak, 5 % van de uitgaven in invaliditeitstijdvak en 5 % van de uitkeringen voor begrafeniskosten.

De uitgavenvooruitzichten inzake geneeskundige verzorging zijn vastgesteld voor ieder jaar van het tijdvak 1964-1966 op grond van de beschikbare gegevens. Schematisch zijn de uitgaven het rekenkundig product van de vermenigvuldiging van het aantal rechthebbenden met de jaarlijkse gemiddelde eenheidskosten voor ieder van de klassen van rechthebbenden geteld door de statistiek.

Uitgaande van de elementen bekend voor elk der jaren van het tijdvak 1956-1961 zijn de ledentallen derwijze berekend dat hun samentelling overeenstemt met de toekomstige evolutie van 's Rijks bevolking welke voorts door een globale benadering is verkregen.

De gemiddelde kosten per eenheid rechthebbende zijn als volgt berekend :

De gemiddelde kosten over het tijdvak 1956-1960 werden opnieuw samengesteld per eenheid rechthebbende, afzonderlijk voor de sociale ziekten en voor de andere verzorgingscategorieën. De uitgavenbedragen welke hebben gediend tot het vaststellen van de gemiddelde kosten werden vooraf verbeterd door de weerslag uit de wijzigingen aangebracht in de vergoedingsschalen en de gevolgen uit de verandering van de afsluitingsdatum in de vergoedingsschalen en de gevolgen uit de verandering van de afsluitingsdatum der rekeningen uit te schakelen. De aldus verkregen gemiddelde kosten hebben geleid tot het vaststellen van lineaire verhogingstrends die hebben gediend tot het verkrijgen van de voor de jaren 1964-1966 te voorziene gemiddelde kosten.

Tabel II situeert de begrotingen van de uitkeringsverzekeringen en van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het raam van de hervorming.

Waar het gaat om de uitkeringsverzekering is de last van de « primaire tak » met 10 % verhoogd ter dekking van

les frais d'administration en ce compris une marge de sécurité. Les recettes ont été calculées sur base de la masse salariale aux taux de cotisation fixés par les articles 136 et 137 du projet de loi.

Pour ce qui est de l'assurance-soins de santé, les frais d'administration et la sécurité sont imputés à raison de 10 % de la charge du budget des soins de santé. Les montants mentionnés au tableau II pour les maladies sociales représentent les montants correspondants du tableau I, pris en considération à raison de 95 %, qui ont été majorés de 10 % pour frais d'administration.

L'intervention de l'Etat de 32 % est calculée sur le total des dépenses en prestations et frais d'administration, déduction faite des dépenses pour maladies sociales.

Les cotisations ont été calculées sur base de la masse salariale aux taux de cotisation fixés par les articles 136 et 137 du projet de loi.

de administratiekosten, met inbegrip van een veiligheidsmarge. De ontvangsten zijn berekend op grond van de gezamenlijke lonen en rekening houdende met de bijdragenhoegrootheden bepaald in de artikelen 136 en 137 van het wetsontwerp.

Waar het gaat om de verzekering voor geneeskundige verzorging, zijn de administratiekosten en de zekerheidsmarge tegen 10 % van de last der begroting voor de geneeskundige verzorging aangerekend. De in tabel II voor de sociale ziekten vermelde bedragen vertegenwoordigen de overeenstemmende bedragen uit tabel I, in aanmerking genomen tegen 95 %, die dan met 10 % zijn verhoogd voor administratiekosten.

De Rijkstegemoetkoming van 27 % is berekend op het totaal der uitgaven voor verstrekkingen en administratiekosten, na aftrek van de uitgaven voor de sociale ziekten.

De bijdragen zijn berekend op basis van de gezamenlijke lonen tegen de bijdragenhoegrootheden vastgesteld in de artikelen 136 en 137 van het wetsontwerp.

Tableau I.

Données de base (en millions de francs).

Tabel I.

Basisgegevens (in miljoen franken).

	1964	1965	1966	
1. *Evolution de la masse salariale et des cotisations.*				1. *Evolutie van de gezamelijke lonen en bijdragen.*
Salaires. — Ouvriers	91.758	94.602	97.488	Lonen. — Arbeiders.
Employés	44.955	46.242	47.479	Bedienden.
Mineurs	6.567	6.573	6.365	Mijnwerkers.
Cotisations	9.384	9.661	9.927	Bijdragen.
2. *Evolution des prestations en espèces.*				2. *Evolutie van de uitkeringen.*
Incapacité primaire	2.862,3	2.937,1	3.001,9	Primaire ongeschiktheid.
Incapacité prolongée	902,1	957,8	983,4	Voortdurende ongeschiktheid
Invalidité	1.324,9	1.362,3	1.397,5	Invaliditeit.
Frais funéraires	187,6	193,6	199,0	Begrafeniskosten.
Charge du « secteur primaire »	3.389,0	3.493,8	3.573,4	Last van de « primaire tak ».
3. *Evolution des prestations en nature.*				3. *Evolutie van de verstrekkingen.*
Soins de santé	7.580,6	8.012,3	8.418,4	Geneeskundige verzorging.
Incidence barémique	959,9	1.020,9	1.079,5	Baremische weerslag.
Total	8.540,5	9.033,2	9.497,9	Totaal.
Maladies sociales	504,9	516,5	525,3	Sociale ziekten.
Charge du budget des soins de santé	8.565,7	9.059,0	9.524,2	Last van de geneeskundige verzorgingsbegroting.
4. *Frais d'administration du F.N.A.M.I.*	130	135	140	4. *Administratiekosten van het R.V.Z.I.*

Tableau II.

Nouveau régime (en millions de francs).

Tabel II.

Nieuwe regeling (in miljoenen frank).

	1964	1965	1966	
I. ASSURANCE-INDEMNITES.				I. UITKERINGSVERZEKERING.
Dépenses :				*Uitgaven :*
Prestations	3.389,0	3.493,8	3.573,4	Prestaties.
Frais d'administration et sécurité	338,9	349,4	357,3	Administratiekosten en zekerheidsmarge.
Total	3.727,9	3.843,2	3.930,7	Totaal.
Recettes :	3.729,7	3.839,6	3.946,1	Ontvangsten :
Résultat	+ 1,8	— 30,6	+ 15,4	*Resultaat.*
A charge de l'Etat	2.076,7	2.152,6	2.209,2	Ten laste van het Rijk.
II. ASSURANCE-SOINS DE SANTE.				II. VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING.
Prestations	8.565,7	9.059,0	9.524,2	Prestaties.
Frais d'administration et sécurité	856,6	905,9	952,4	Administratiekosten en zekerheidsmarge.
Frais d'administration I. N. A. M. I.	130,0	135,0	140,0	Administratiekosten R. V. Z. I.
Total	9.552,3	10.099,9	10.616,6	Totaal.
Maladies sociales	527,8	539,7	548,5	Sociale ziekten.
Dépenses totales soins de santé	10.080,1	10.639,6	11.165,1	Totale uitgaven geneeskundige verzorging.
Subside de l'Etat à calculer sur	9.552,3	10.099,9	10.616,6	Rijkstoelagen te berekenen op
27 % de ce montant	2.579,1	2.727,0	2.866,5	27 % van dat bedrag.
Subside chômage (à raison d'une moyenne annuelle de 150.000 chômeurs par cycle économique)	555,0	577,0	600,0	Toelage-werkloosheid (voor een gemiddelde van 150.000 werklozen per economische cyclus).
Total subside Etat (non compris maladies sociales)	3.134,1	3.304,0	3.466,5	Totale Rijkstoelage (niet inbegrepen de sociale ziekten).
Différences à couvrir par cotisations	6.418,2	6.795,9	7.150,1	Verschil te dekken door de bijdragen.
Cotisations destinées à l'assurance soins de santé	5.654,3	5.821,4	5.980,9	Bijdragen bestemd voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.
(Défaut de cotisation dû à la récession)	— 148,0	— 154,0	— 160,0	(Bijdragentekort ingevolge recessie).
	5.506,3	5.667,4	5.820,9	
Différence (1) (Voir Exposé des motifs)	911,9 (0,64 %)	1.128,5 (0,77 %)	1.329,2 (0,88 %)	Verschil (1) (Zie Memorie van toelichting).

(1) Pourcentage de la masse salariale mentionnée au tableau I.

(1) Percentage van de gezamelijke lonen vermeld in tabel I.

8. *Considérations relatives au financement.*

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

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

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

8. *Beschouwingen bij de financiering.*

Niemand kan zekerheid geven dat, dank zij de voorgestelde hervorming, voortaan alle financieringsmoeilijkheden opgelost zijn.

Er moet rekening worden gehouden met vele onbekende factoren, die van aard zijn om de best bestudeerde plannen te dwarsbomen; denken we slechts aan de evolutie van de medische wetenschap en techniek enerzijds, aan de veroudering van onze bevolking anderzijds.

Wie echter een objectieve kijk heeft op het probleem zal graag toegeven dat de voorgestelde wijze van financiering, de hoogst mogelijke waarborgen biedt. Het volstaat niet voor de tegenhangers van het stelsel te zeggen hoe het niet mag; niemand heeft een betere formule voorgesteld, die van aard is dat zij een ruime meerderheid verwerft in het Parlement.

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

Nous conclurons donc ce chapitre en reprenant un extrait du texte des considérations finales du rapport du Groupe de Travail parlementaire :

« Le Groupe de Travail voudrait cependant mettre un accent particulier sur l'importance que doit revêtir, dans la réforme envisagée, le prise de conscience, par toutes les personnes intéressées, des responsabilités qui leur incombent.

L'exercice de ces responsabilités doit s'accompagner d'un effort permanent d'éducation et de perfectionnement à tous les niveaux de l'organisation et quels que soient les groupes sociaux ou professionnels.

En ce qui concerne plus particulièrement les médecins, l'assainissement de l'assurance maladie-invalidité doit à la fois, résulter d'une amélioration de la qualité de la médecine, et favoriser cette efficience par un effort de promotion des médecins.

Le Groupe de Travail considère par ailleurs que parmi les personnes auxquelles s'adresse le régime d'assurance-soins de santé, les pensionnés, les invalides et les veuves constituent des groupes sociaux pour lesquels des dispositions particulières devraient permettre un accès pratiquement gratuit aux prestations dont ils ont besoin.

Il serait vain d'assigner au problème financier l'objet essentiel dans un domaine où les intérêts physiques, moraux et sociaux de la population sont aussi directement en cause.

C'est en s'inscrivant dans le cadre d'une large politique de santé que l'organisation de l'assurance-maladie doit trouver et maintenir son équilibre tout en diminuant les charges futures de l'invalidité au fur et à mesure que de nouveaux moyens techniques mis à sa disposition par les progrès médicaux lui permettront d'accroître son efficacité. »

8. — L'extension à de nouvelles catégories.

Depuis quelques années, d'autres catégories que les salariés et appointés du secteur privé ont exprimé le vœu de bénéficier d'une assurance maladie-invalidité allant au-delà de l'actuelle assurance libre.

La réglementation en vigueur impose aux mutualités l'obligation d'accorder aux membres des familles des assurés libres les mêmes prestations pour les soins de santé qu'aux membres des familles des assurés obligatoires; les sociétés qui ne respectent pas cette disposition n'ont pas droit à des subsides de l'Etat.

D'aucuns estiment que certains groupes d'intérêts sociaux, entre autres les travailleurs indépendants et les fonctionnaires, ont d'autres besoins que les salariés et appointés et que, de ce fait, leurs problèmes sociaux ne peuvent être réglés de la même manière.

Cependant, ceux qui connaissent encore l'insécurité désirent également une législation qui les mette à l'abri des risques; ils désirent surtout couvrir les membres de leur famille et eux-mêmes contre les suites des maladies graves et de longue durée qui ne les épargnent pas plus que les autres groupes.

Le Groupe de Travail parlementaire a évoqué lui aussi le problème de l'extension. A son rapport, nous empruntons le texte suivant :

Elk stelsel zal echter mank lopen indien niet terzelfdertijd, iedereen die bij de ziekteverzekering betrokken is, zijn verantwoordelijkheden opneemt, en zich geen gelden toeëigent waaraan hij rechtvaardigheidshalve geen recht heeft.

Daarom eindigen we dit hoofdstuk met volgend uittreksel uit de tekst van de slotbepalingen van het verslag van de parlementaire werkgroep :

« De Werkgroep zou echter in het bijzonder willen beklemtonen hoe belangrijk het is dat, in de overwogen hervorming, alle betrokken personen zich bewust zouden worden van de verantwoordelijkheid die zij hebben te dragen.

De uitoefening van die verantwoordelijkheden moet gepaard gaan met een nooit aflatende inspanning tot opvoeding en vervolmaking op alle trappen van de organisatie en ongeacht de sociale- of beroepsgroepen.

Waar het meer bepaald de geneesheren betreft, behoort de sanering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering tegelijk voort te spruiten uit een opvoeren van de kwaliteit der geneeskunde en zij moet die doelmatigheid in de hand werken door de waardering van de dokter te bevorderen.

Bovendien is de Werkgroep van mening dat onder degenen voor wie de regeling inzake gezondheidsverzekering is bestemd, de gepensioneerden, de invaliden en de weduwen sociale groepen vormen waarvoor bijzondere beschikkingen zouden moeten worden voorzien in het praktisch kosteloos verlenen van de verstrekkingen die zij behoeven.

Het ware vruchteloos het financieel probleem als het essentiële onderwerp te zien op een gebied waarbij de physische, morele en sociale belangen van de bevolking zo rechtstreeks betrokken zijn.

Door haar plaats in te nemen in een ruim gezondheidsbeleid is het dat de organisatie van de ziekteverzekering haar evenwicht moet vinden en behouden, waarbij de toekomstige lasten uit de invaliditeit zullen verminderen naar gelang nieuwe technische middelen, te harer beschikking gesteld door de vorderingen op geneeskundig gebied, haar in de gelegenheid zullen stellen haar doeltreffendheid op te voeren. »

8. — De uitbreiding tot andere categorieën.

Sedert enkele jaren is bij de bevolkingsgroepen, andere dan de loon- en weddetrekkenden uit de private nijverheid, het verlangen onstaan, naar een ziekte- en invaliditeitsverzekering die verder reikt dan de huidige vrijwillige aansluiting.

De huidige reglementering legt aan de mutualiteiten de verplichting op, aan de gezinsleden van de vrijwillig verzekerden, dezelfde prestaties te verlenen voor de gezondheidszorgen, als aan deze van de verplichte verzekerden; de maatschappijen die zich aan deze bepaling niet onderwerpen, kunnen geen aanspraak maken op staatstoelagen.

Sommigen zijn van mening dat bepaalde sociale belangengroepen, o.m. de zelfstandigen en de ambtenaren, andere behoeften hebben dan de loon- en weddetrekkenden, en dus hun sociale problemen niet op dezelfde wijze kunnen geregeld worden.

Zij die echter nog in de onzekerheid leven verlangen eveneens een wetgeving die hun veilig stelt tegen de levensrisico's; zij verlangen hoofdzakelijk hun gezinsleden en zich zelf te vrijwaren voor de zware en langdurige ziektegevallen, waarvan zij evenmin als de andere, gespaard blijven.

Ook de parlementaire werkgroep heeft het vraagstuk van de uitbreiding besproken. We ontlenen terzake uit het verslag het volgende :

« L'existence propre d'une assurance-soins de santé permettra en outre d'envisager plus aisément la possibilité d'organiser une assurance-maladie pour des groupes sociaux — étudiants, agents des services publics, travailleurs indépendants — qui, sur le plan d'une assurance-indemnités posent des problèmes très particuliers, soit parce qu'ils disposent déjà d'un régime propre, soit parce que leur situation ne peut s'intégrer au système en vigueur pour les salariés. »

Pour répondre à ces soucis, le projet prévoit l'extension partielle ou totale à d'autres groupes que ceux prévus dans le régime actuel.

A. *Les travailleurs indépendants.*

Le 29 mars 1962, le Ministre des Classes Moyennes, M. A. De Clerck, le Ministre de l'Agriculture, M. Héger, et le Ministre de la Prévoyance sociale, M. Leburton, ont chargé un groupe de travail d'élaborer un statut social des travailleurs indépendants.

Ce groupe de travail a été composé de telle manière qu'il peut être considéré comme un organe consultatif représentatif : il comprenait 8 membres appartenant aux organisations professionnelles et interprofessionnelles des classes moyennes, 3 membres représentant les organisations agricoles, 2 membres représentant les organisations des professions libérales et 2 membres représentant les organisations patronales.

Ce groupe a été invité, entre autres, a déposer des conclusions relatives à l'assurance maladie-invalidité.

Outre des considérations générales, son rapport contient des propositions pratiques en matière d'allocations familiales, de pensions et d'assurance maladie.

En ce qui concerne ce dernier point, le groupe de travail fait au Gouvernement les propositions suivantes :

Chapitre IV. — L'assurance maladie.

Section 1. — Caractère obligatoire de l'assurance.

1. Le groupe de travail, à l'exception d'un membre, estime que, vu les besoins spécifiques des travailleurs indépendants en matière d'assurance contre le risque de maladie, une large solidarité est nécessaire entre les travailleurs indépendants. Cette large solidarité suppose qu'une assurance obligatoire soit instaurée.

Le fait, pour un travailleur indépendant, d'avoir souscrit une assurance libre (mutuelle ou compagnie d'assurance) en vue de couvrir les risques prévus au présent chapitre ne peut, dès lors, avoir pour effet de le soustraire à l'assurance obligatoire en raison du principe de solidarité qui a servi de base au calcul des cotisations. Pour éviter une double cotisation, il lui appartiendra donc, à partir du moment où il participera à l'assurance obligatoire, de résilier les engagements qu'il aurait pris, pour les risques prévus, vis-à-vis de mutualités libres ou de compagnies d'assurance.

2. Le groupe est d'avis que cette assurance-maladie généralisée pour les travailleurs indépendants doit être vue en même temps à la lumière des possiblités financières des intéressés.

Il est d'ailleurs souhaitable de faire démarrer le système sur une base limitée, ceci pour des raisons de prudence, vu le peu de données financières certaines dont on dispose, le risque de maladie n'étant pas seulement déterminé par la

« Met het op zich zelf bestaan van een gezondheidsverzekering wordt het bovendien doenbaar gemakkelijker, de mogelijkheid in uitzicht te stellen om een ziekteverzekering in te richten ten behoeve van sociale groepen — studenten, overheidspersoneel, zelfstandigen — die voor een uitkeringsverzekering zeer bijzondere problemen doen rijzen, hetzij omdat zij reeds over een eigen regeling beschikken, hetzij omdat de voor hen geschikte oplossing niet kan opgenomen worden in het stelsel dat voor de werknemers geldt ».

Om tegemoet te komen aan deze bekommernissen voorziet het ontwerp in de gehele of gedeeltelijke uitbreiding tot andere groepen dan deze bepaald in het huidige stelsel.

A. *De zelfstandigen.*

Op 29 maart 1962 werd door de heer A. De Clerck, Minister van de Middenstand, de heer Heger, Minister van Landbouw en de heer Leburton, Minister van Sociale Voorzorg, een werkgroep belast met het opstellen van een sociaal stuatuut der zelfstandigen.

Deze werkgroep was derwijze samengesteld dat hij als representatief adviserend orgaan mocht aangezien worden : 8 leden uit de professionele en interprofessionele organisaties van de Middenstand, 3 leden uit de organisaties van landbouwers, 2 leden uit de organisaties van vrije beroepen en 2 uit de werkgeversverenigingen.

Deze groep werd o.m. verzocht besluiten in te dienen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Dit verslag bevat, naast de algemene beschouwingen, praktische voorstellen inzake kinderbijslagen, pensioenen en ziekteverzekering.

Wat dit laatste betreft, doet de werkgroep aan de Regering de volgende voorstellen :

Hoofdstuk IV. — De ziekteverzekering.

Afdeling 1. — Verplichtend karakter van de verzekering.

1. Met uitzondering van één lid is de werkgroep van oordeel dat, gezien de specifieke behoeften van de zelfstandige inzake verzekering tegen het ziekterisico, een brede solidariteit tussen alle zelfstandigen noodzakelijk is. Deze brede solidariteit veronderstelt een verplichte verzekering.

Het feit dat deze zelfstandige een vrije verzekering heeft aangegaan (mutualiteit of verzekeringsmaatschappij) met het oog de risico's te dekken bedoeld in dit hoofdstuk, mag niet tot gevolg hebben dat hij zich zou onttrekken aan de verplichte verzekering om reden van het solidariteitsprincipe dat als basis genomen werd voor het berekenen der bijdragen. Om een dubbele bijdrage te vermijden zal het de zelfstandige volstaan van het ogenblik af dat hij deelneemt aan de verplichte verzekering, af te zien van de verplichtingen die hij voor de voorziene risico's ten overstaan van vrije mutualiteiten of verzekeringsmaatschappijen zou opgenomen hebben.

2. De groep meent dat deze veralgemeende ziekteverzekering voor de zelfstandigen moet gezien worden in het licht van de financiële mogelijkheden van de geïnteresseerden.

Het is trouwens wenselijk het stelsel te doen starten op een beperkte basis, om voorzichtigheidsredenen, gezien de weinig zekere financiële gegevens waarover men beschikt, daar het ziekterisico niet enkel bepaald wordt door de mor-

morbidité, mais également par une série de facteurs externes, difficiles à calculer, comme e. a. l'évolution démographique, l'évolution du niveau de vie, l'évolution constante de la médecine et de la technique et l'augmentation du nombre de médecins.

Pour ces raisons, le groupe de travail a décidé de réduire au départ l'objet de l'assurance-maladie obligatoire à des risques bien déterminés, de nature à constituer un grave danger social pour les travailleurs indépendants et pour leurs familles.

Section 2. — Champ d'application.

Les travailleurs indépendants seraient assujettis selon les critères de la législation sur la pension à l'exclusion de la limite d'âge de 20 ans.

Ces critères peuvent être résumés comme suit :

— l'activité professionnelle doit être exercée en dehors des liens d'un louage de services ou d'un statut (personnel définitif de l'Etat, des provinces et des communes — ecclésiastiques);
— elle ne peut donner lieu à l'assujettissement à un autre régime d'assurance maladie obligatoire;
— elle doit être exercée dans un but de lucre;
— elle doit revêtir un caractère habituel;

Présomptions :

1) est considérée comme habituelle l'activité qui s'étend sur plus de 18 jours par an;

2) *critère fiscal :* sont assujettis les personnes qui exercent une profession susceptible de produire des revenus passibles de la taxe professionnelle comme provenant d'une activité indépendante.

Travailleurs indépendants pensionnés, invalides, veuves : bénéficieraient de l'assurance sans cotisations pour autant qu'il y ait eu assujettissement pendant une période déterminé. Certains membres se demandent cependant s'il ne faudrait pas exiger de ces catégories au moins une cotisation réduite pour éviter d'hypothéquer le régime par une gratuité totale.

Epouse d'un travailleur indépendant assujetti.

L'épouse d'un travailleur indépendant assujetti bénéficierait de l'assurance de ce dernier.

Si elle exerce elle-même une activité indépendante distincte, elle serait redevable d'une cotisation réduite.

L'époux d'une assujettie pourrait également bénéficier de l'assurance de cette dernière s'il est incapable d'exercer une profession en raison de son état physique ou mental et pour autant qu'il ne dispose pas de revenus propres dépassant un certain montant (cfr. Règlement Général de l'A. M. I.).

Enfants.

Les enfants d'un travailleur indépendant assujetti bénéficieraient de l'assurance de ce dernier pour autant qu'ils aient droit aux allocations familiales et, en tous cas, jusqu'à l'âge de 16 ans s'ils ne sont pas assujettis à un autre régime d'assurance.

biditeit, maar eveneens door een reeks uitwendige factoren, die moeilijk te becijferen zijn, zoals o. m. de demografische evolutie, de ontwikkeling van de levensstandaard, de voortdurende vooruitgang van medische wetenschap en techniek, en de aangroei van het aantal beoefenaars van de geneeskunde.

Om deze redenen besloot de werkgroep bij het vertrek het voorwerp der verplichte ziekteverzekering te beperken tot wel bepaalde risico's die van zulke aard zijn dat zij een ernstig sociaal gevaar betekenen voor de zelfstandigen en hun gezinnen.

Afdeling 2. — Toepassingsgebied.

De *zelfstandigen* zouden onderworpen zijn volgens de criteria van de wetgeving op het pensioen, met uitsluiting van de leeftijdsgrens van twintig jaar.

Deze criteria kunnen als volgt samengevat worden :

— de beroepsbezigheid moet worden uitgeoefend buiten dienstverband of statuut (vast Rijks-, provincie- of gemeentepersoneel — geestelijken);

— zij mag geen aanleiding geven tot onderwerping aan een ander stelsel van verplichte ziekteverzekering;
— zij moet met winstoogmerk worden uitgeoefend;
— zij moet gewoonlijk uitgeoefend worden.

Vermoeden :

1) wordt beschouwd als gewoonlijk uitgeoefend de bezigheid die zich over meer dan achttien dagen per jaar uitstrekt;

2) *fiscaal criterium :* zijn onderworpen de personen die een beroep uitoefenen dat inkomsten kan opleveren onderworpen aan de bedrijfsbelasting, als voortkomend van een zelfstandige activiteit.

Gepensioneerde zelfstandigen, invaliden, weduwen : zouden van de verzekering genieten zonder bijdragen voor zover er aansluiting was gedurende een bepaalde periode. Sommige leden vragen zich nochtans af of het niet zou gepast zijn van deze categorie een verminderde bijdrage te eisen daar een volledige kosteloosheid het stelsel zwaar zou kunnen belasten.

Echtgenote van een onderworpen zelfstandige.

De echtgenote van een onderworpen zelfstandige zou de verzekering van deze laatste genieten.

Indien zij zelf een afzonderlijke zelfstandige bezigheid uitoefent, zou zij een verminderde bijdrage verschuldigd zijn.

De echtgenoot van een onderworpene zou eveneens de verzekering van zijn echtgenote kunnen genieten indien hij ingevolge zijn gezondheids- of geestestoestand onbekwaam is een beroep uit te oefenen en in zover hij niet beschikt over eigen inkomsten die een bepaald bedrag overschrijden (cfr. het Algemeen Reglement van de verzekeringen tegen ziekte en invaliditeit).

Kinderen.

De kinderen van een onderworpen zelfstandige zouden de verzekering van deze laatste genieten in zover zij recht hebben op kinderbijslag, en in elk geval tot de leeftijd van zestien jaar, indien zij niet onderworpen zijn aan een ander verzekeringsstelsel.

Les étudiants conserveraient ce bénéfice jusqu'à l'âge de 25 ans.

Certains enfants non bénéficiaires d'allocations familiales pourraient être assimilés (e.a. cas prévus à l'art. 26 du Règlement Général de l'A. M. I.).

Ascendants.

Les ascendants d'un travailleur indépendant assujetti bénéficieraient de l'assurance de ce dernier pour autant qu'ils soient âgés de plus de 55 ans et ne disposent pas de revenus supérieurs à un certain montant.

Aidants.

Seraient assujettis au titre d'aidant les personnes qui assistent ou suppléent un travailleur indépendant dans l'exercice de sa profession sans être liées envers lui par un contrat de louage de services. Le montant de la cotisation serait réduit, pour les aidants de moins de 21 ans, comme indiqué à la section 4.

Remarque :

Les membres du ménage, à l'exception de l'épouse séparée de fait, devraient, pour bénéficier de l'assurance d'un travailleur indépendant, vivre sous son toit et faire partie de son ménage. (Cfr. article 27 du Règlement Général de l'A. M. I.).

Activité complémentaire de travailleur indépendant.

Seraient assujettis les personnes exerçant une activité de travailleur indépendant en même temps qu'une autre activité professionnelle, pour autant que leur activité indépendante s'exerce sur 18 jours par an au moins selon les critères applicables en matière d'allocations familiales.

Section 3. — Les prestations.

§ 1. — Soins de santé.

Le Groupe de Travail considère que seules les prestations relatives aux « gros risques » doivent être couvertes. Cette notion de « gros risque » doit être comprise en se plaçant au point de vue du travailleur indépendant et de sa famille et non en fonction de l'importance de la charge globale qui en résulte pour les organismes assureurs.

Après discussion, le groupe a retenu les prestations suivantes comme devant faire l'objet de l'assurance obligatoire des travailleurs indépendants :

1. Le traitement des maladies sociales, — c'est-à-dire tuberculose, cancer, poliomiélite et maladies mentales, — dans des institutions agréées spécialement à cet effet.

Coût par titulaire indemnisable :

en 1958 : 200,99;
en 1959 : 222,26;
en 1960 : 213,86.

Certains membres regrettent que l'intervention en faveur des maladies sociales soit réservée au traitement dans des institutions agréées alors qu'il s'avère actuellement que certaines de ces maladies peuvent être soignées à domicile.

De studenten zouden dit genot behouden tot de leeftijd van vijfentwintig jaar.

Sommige kinderen, die geen kinderbijslag genieten, zouden kunnen gelijkgesteld worden (o.m. gevallen bepaald in artikel 26 van het Algemeen Reglement van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit).

Ascendenten.

De ascendenten van een onderworpen zelfstandige zouden de verzekering van deze laatste genieten in zover zij de leeftijd van vijfenvijftig jaar overschreden hebben en niet beschikken over inkomsten die een bepaald bedrag overschrijden.

Helpers.

Zouden onderworpen zijn als helper, de personen die een zelfstandige vervangen of bijstaan in de uitoefening van zijn beroep zonder tegenover hem door een contract van dienstverzekering verbonden te zijn. Het bedrag van de bijdrage zou verminderd worden voor de helpers van minder dan eenentwintig jaar zoals bepaald in afdeling 4.

Opmerking :

De leden van het gezin, met uitzondering van de feitelijk gescheiden echtgenote, zouden onder hetzelfde dak moeten leven en van het gezin van de zelfstandige deel uitmaken, om te kunnen genieten van de verzekering van deze laatste. (Cfr. artikel 27 van het Algemeen Reglement van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.)

Aanvullende bedrijvigheid als zelfstandige.

Zouden onderworpen zijn, de personen die een zelfstandige activiteit uitoefenen, terzelfdertijd met een andere beroepsbedrijvigheid, voor zover hun zelfstandige activiteit gedurende ten minste achttien dagen per jaar uitgeoefend wordt volgens de criteria toepasselijk inzake gezinsvergoedingen.

Afdeling 3. — De prestaties.

§ 1. — Gezondheidszorgen.

De werkgroep is van mening dat slechts de prestaties die betrekking hebben op « grote risico's » moeten gedekt worden. Dit begrip « grote risico's » moet gezien worden vanuit het standpunt van de zelfstandige en van zijn gezin en niet in functie van de belangrijkheid van de globale last die er voor de verzekeringsorganismen uit voortvloeit.

Na bespreking, heeft de groep de volgende prestaties weerhouden die het voorwerp moeten uitmaken van de verplichte verzekering van de zelfstandigen :

1. De behandeling van de sociale ziekten, d.w.z. tuberculose, kanker, kinderverlamming en geestesziekten, in de daartoe speciaal erkende inrichtingen.

Kosten per te vergoeden hoofd :

in 1958 : 200,99;
in 1959 : 222,26;
in 1960 : 213,86.

Sommige leden betreuren, dat de tussenkomst voor sociale ziekten voorbehouden wordt voor de behandeling in speciaal erkende instellingen, wanneer thans gebleken is, dat sommige dezer ziekten thuis kunnen worden verzorgd.

2. Les soins d'accouchement.

Coût par titulaire indemnisable :

en 1958 : 113,28;
en 1959 : 123,51;
en 1960 : 123,57.

3. Les soins hospitaliers pour observation, pour traitement et pour intervention chirurgicale.

Coût par titulaire indemnisable :

en 1958 : 311,36;
en 1959 : 394,83;
en 1960 : 402,85.

4. Les médicaments délivrés lors d'un séjour dans un établissement de soins.

Coût par titulaire indemnisable :

en 1958 : 27,37;
en 1959 : 35,22;
en 1960 : 36,28.

5. La chirurgie importante (de la classe super à la classe 5) y compris l'anesthésie.

Coût par titulaire indemnisable :

en 1958 : 159,95;
en 1959 : 177,73;
en 1960 : 180,80.

Coût total des 5 catégories qui précèdent :

en 1958 : 812,95;
en 1959 : 953,55;
en 1960 : 957,36.

6. Les soins spéciaux.

Le Groupe de Travail souhaite que soit assurée la couverture d'un certain nombre de soins spéciaux usuels constituant un risque important pour les travailleurs indépendants.
Il rejette l'idée d'adopter telle quelle la liste du Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Une nomenclature des risques considérés comme importants de même que l'établissement d'un ordre de priorité parmi ces risques pourrait figer une matière mouvante liée à de nombreux facteurs variables et notamment à l'évolution même de la médecine.

En conséquence, le Groupe propose de retenir comme point de départ et sous réserve d'une revision périodique les soins spéciaux suivants :

	Coût par titulaire indemnisable		
	1958	1959	1960
	—	—	—
neuropsychiatrie	9,43	10,84	12,—
radiologie	193,84	214,05	220,42
prothèses	56,43	60,75	60,61

Il est entendu que la cardiologie devrait, en tout état de cause, être couverte par l'assurance.

2. De zorgen bij bevalling.

Kosten per te vergoeden hoofd :

in 1958 : 113,28;
in 1959 : 123,51;
in 1960 : 123,57.

3. De verplegingszorgen bij observatie, behandeling en heelkundig ingrijpen.

Kosten per te vergoeden hoofd :

in 1958 : 311,36;
in 1959 : 394,83;
in 1960 : 402,85.

4. De geneesmiddelen afgeleverd tijdens een verblijf in een verplegingsinrichting.

Kosten per te vergoeden hoofd :

in 1958 : 27,37;
in 1959 : 35,22;
in 1960 : 36,28.

5. De belangrijke heelkunde (van de superklasse tot klasse 5), de anesthesie inbegrepen.

Kosten per te vergoeden hoofd :

in 1958 : 159,95;
in 1959 : 177,73;
in 1960 : 180,80.

De totale kosten van de vijf voorafgaande categorieën :

in 1958 : 812,95;
in 1959 : 953,55;
in 1960 : 957,36;

6. De bijzondere zorgen.

De werkgroep drukt de wens uit dat gezorgd wordt voor dekking van een bepaald aantal gebruikelijke bijzondere zorgen die voor de zelfstandigen een belangrijk risico vormen.
Hij verwerpt de gedachte de lijst van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit als dusdanig aan te nemen.
Een nomenclatuur van de in aanmerking komende risico's evenals het opstellen van een orde van voorrang tussen deze risico's zou een beweegbare stof, gebonden aan talloze veranderlijke factoren en meer bepaald de evolutie in de geneeskunde zelf, kunnen vastleggen.

Bijgevolg stelt de groep als vertrekpunt en onder voorbehoud van een periodieke herziening, de volgende speciale zorgen voor :

	Kosten te vergoeden per hoofd		
	1958	1959	1960
	—	—	—
neuropsychiatrie	9,43	10,84	12,—
radiologie	193,84	214,05	220,42
protheses	56,43	60,75	60,61

Het is wel te verstaan dat de cardiologie in ieder geval zou moeten gedekt worden door de verzekering.

Une ventilation secondaire pourrait être établie pour d'autres soins spéciaux, et notamment :

	Coût par titulaire indemnisable		
	1958	1959	1960
	—	—	—
dermatologie	3,06	3,25	3,37
analyses de laboratoire	80,—	102,06	118,52
soins dentaires spéciaux	41,48	48,13	51,12

Le Groupe élimine en tout cas : les visites et les consultations normales de médecins omnipraticiens et de spécialistes, la délivrance de médicaments (en dehors de l'établissement hospitalier), la petite chirurgie (de la classe 6 à 12), les soins dentaires courants, la physiothérapie et les soins d'infirmières.

Cette élimination ne signifie pas pour autant que les travailleurs indépendants n'auraient pas intérêt à s'assurer pour ces prestations.

Le Groupe estime au contraire que les travailleurs indépendants ont tout intérêt à s'assurer le plus complètement possible. C'est la raison pour laquelle l'Etat doit continuer à encourager leur initiative personnelle à ce sujet en octroyant des subsides à l'assurance libre.

Le Groupe de Travail est cependant d'avis que par rapport à ces prestations il n'y aura pas lieu de généraliser au début du nouveau régime; cette tâche d'assurance doit être laissée à la responsabilité personnelle des travailleurs indépendants.

§ 2. — Le problème de l'incapacité de travail.

Le Groupe souhaite que les travailleurs indépendants aient largement recours à l'assurance libre pour solidariser le risque d'incapacité, l'invalidité définitive devant être prise en charge par l'Etat à concurrence de 90 à 95 % à partir de la 4e année d'incapacité de travail.

L'expérience acquise en matière d'indemnisation de l'incapacité de travail des travailleurs indépendants par une formule d'assurance libre permettra d'évaluer le coût d'une telle assurance.

D'autres membres étaient cependant d'avis que sur ce plan également on devrait, dès à présent, penser à une obligation partielle pour les travailleurs indépendants. On pourrait, par exemple, obliger les travailleurs indépendants de s'assurer contre l'incapacité de travail prolongée à savoir celle qui dure plus d'un an, en ne laissant à l'assurance libre que la première année de l'incapacité.

Section 4. — Financement de l'assurance-maladie obligatoire.

1. *Base de calcul.*

Pour calculer un prix de revient moyen le groupe s'est basé sur les dépenses moyennes actuelles de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés. Ces chiffres semblaient plus sûrs que les données disponibles de l'assurance libre, compte tenu du domaine d'application plus large de l'assurance obligatoire des salariés et du fait que cette assurance fonctionne déjà depuis 1945.

Plusieurs membres ont cependant attiré l'attention sur l'influence possible des charges résultant d'accidents de travail auxquels les travailleurs indépendants sont exposés sans être couverts par une législation spéciale. D'autre part, il a

Een secundaire ventilatie zou kunnen opgemaakt worden voor andere bijzondere zorgen, meer bepaald :

	Kosten te vergoeden per hoofd		
	1958	1959	1960
	—	—	—
dermatologie	3,06	3,25	3,37
laboratoriumontledingen	80,—	102,06	118,52
speciale tandzorgen ...	41,48	48,13	51,12

De groep sluit alleszins uit : de gewone bezoeken en raadplegingen van geneesheren omnipractici en specialisten; de aflevering van geneesmiddelen, de kleine heelkunde (van klas 6 tot 12), de courante tandverzorging, de fysiotherapie en de verzorging door verpleegsters.

Deze uitsluiting betekent geenszins, dat de zelfstandigen er geen belang zouden bij hebben zich voor deze prestaties te verzekeren.

De groep is integendeel de mening toegedaan, dat de zelfstandigen er alle belang bij hebben een zo volledig mogelijke verzekering aan te gaan. Daarom moet de Staat hun persoonlijk initiatief op dit gebied verder aanmoedigen door aan de vrije verzekering subsidies toe te kennen.

De werkgroep is evenwel van mening, dat er met betrekking tot deze prestaties geen aanleiding tot veralgemenen bestaat bij het begin van het nieuwe stelsel; deze verzekeringsopdracht moet men overlaten aan de persoonlijke verantwoordelijkheid van de zelfstandigen.

§ 2. — Het vraagstuk van de werkongeschiktheid.

De groep drukt de wens uit dat de zelfstandigen in ruime mate hun toevlucht zouden nemen tot de vrije verzekering om het risico van de werkongeschiktheid solidair te dekken, terwijl de geconsolideerde werkongeschiktheid door de Staat moet ten laste genomen worden ten belope van 90 tot 95 % van het vierde jaar van de werkongeschiktheid.

De opgedane ondervinding inzake schadeloosstelling voor werkongeschiktheid van de zelfstandigen door middel van een stelsel van vrije verzekering, schept de mogelijkheid de kosten van zulke verzekering te ramen.

Andere leden waren echter de mening toegedaan dat ook op dit stuk nu reeds voor de zelfstandigen aan een gedeeltelijke verplichting zou moeten worden gedacht. Men zou bijvoorbeeld de zelfstandigen kunnen verplichten zich te verzekeren tegen langdurige werkongeschiktheid, d.w.z. de werkongeschiktheid die langer dan een jaar duurt, en slechts het eerste jaar werkongeschiktheid verder op vrijwillige basis laten verzekeren.

Afdeling 4. — Financiering van de verplichte ziekteverzekering.

1. *Berekeningsbasis.*

Om de gemiddelde kostprijs te berekenen, heeft de groep gesteund op de huidige, gemiddelde uitgaven van de verplichte ziekteverzekering van de loonarbeiders. Deze cijfers leken meer betrouwbaar dan de voorhanden zijnde gegevens van de vrije verzekering, rekening gehouden met het ruimer toepassingsgebied van de verplichte verzekering der loonarbeiders, en met het feit dat deze verzekering reeds sinds 1945 van kracht is.

Niettemin hebben verscheidene leden de aandacht gevestigd op de mogelijke invloed van de arbeidsongevallen waaraan de zelfstandigen blootgesteld zijn, en die niet door een speciale wetgeving zijn gedekt. Anderzijds werd opge-

été avancé également que le risque de maladie, particulièrement grave des ouvriers mineurs est inclus dans les statistiques.

On a également tenu compte de l'expansion annuelle du volume des soins de santé (6 à 7 % par an) et de la nécessité de prévoir une marge de sécurité suffisante pour éviter des difficultés financières durant les premières années.

2. *Subsides de l'Etat.*

En ce qui concerne les subsides de l'Etat, le groupe est parti de l'hypothèse que les pouvoirs publics subsidieraient l'assurance-maladie obligatoire des travailleurs indépendants dans la même mesure que celle des salariés. Pour cette raison, un subventionnement de 90 à 95 % des maladies sociales a été prévu dans les calculs, à l'instar du régime futur des salariés et un subside de 45 % sur les cotisations afférentes aux soins médicaux restants.

Cette égalité de l'intervention de l'Etat constitue une condition préalable, puisque le montant des cotisations a été établi en partant de cette base. C'est d'ailleurs une pure question de justice distributive.

3. *Montant de la cotisation.*

En partant des données qui précèdent et à condition que les tarifs d'honoraires ne soient pas modifiés entretemps, les cotisations nécessaires ont été estimées provisoirement comme suit :

— travailleurs indépendants : 1.500 francs par an;
— épouse d'un travailleur indépendant exerçant une activité indépendante distincte : 750 francs par an;
— femme exerçant une activité indépendante et dont le mari ressortit à un autre régime d'assurance-maladie obligatoire : 1.000 francs par an;

— aidants :

— jusque 16 ans : néant;
— de 16 à 18 ans : 500 francs par an;
— de 18 à 21 ans : 750 francs par an;

— à partir de 21 ans :

— avec charge de famille : 1.500 francs par an;
— sans charge de famille : 1.000 francs par an;
— travailleurs indépendants à titre complémentaire : 1.000 francs par an.

Ces propositions tiennent compte du caractère familial de l'assurance et visent à réduire la charge globale en cas d'assujettissement de plusieurs membres d'une même famille.

D'autre part, elles exigent, en vue de la solidarité, la participation de tous ceux qui tirent profit d'une activité indépendante, même s'ils ressortissent à un autre régime d'assurance-maladie obligatoire.

Au sujet de ces propositions, certains membres se sont cependant opposés à la discrimination proposée pour l'établissement de la cotisation des aidants de plus de 21 ans suivant qu'ils ont ou non charge de famille, cette discrimination ne reposant, selon eux, sur aucune justification logique.

Les montants proposés suffiraient pour la couverture des prestations prévues à la section 3, rubriques 1 à 5, en laissant une marge de sécurité suffisante permettant d'affronter au cours des trois premières années la hausse normale des dépenses.

worpen, dat het bijzonder hoog ziekterisico van de mijnwerkers in deze statistieken begrepen is.

Er is eveneens rekening gehouden met de jaarlijkse uitbreiding van de omvang der gezondheidszorgen (6 tot 7 % per jaar), en van de noodzakelijkheid in een voldoende veiligheidsmarge te voorzien, om gedurende de eerstkomende jaren financiële moeilijkheden te vermijden.

2. *Staatssubsidies.*

Wat de staatssubsidies betreft, is de werkgroep uitgegaan van de veronderstelling, dat de openbare macht de verplichte ziekteverzekering der zelfstandigen naar dezelfde maat als die der loonarbeiders zou subsidiëren. Om deze redenen werd bij de berekeningen een subsidie van 90 tot 95 % voor de sociale ziekten bepaald, zoals voor het toekomstig stelsel van de loonarbeiders, en een subsidie van 45 % op de bijdragen met betrekking tot de overige medische zorgen.

Deze gelijkheid van staatstussenkomsten is een voorafgaande voorwaarde, aangezien het bedrag der bijdragen op grond van deze basis werd vastgesteld. Het is overigens een zuivere kwestie van verdelende rechtvaardigheid.

3. *Bedrag van de bijdrage.*

Uitgaande van de voorgaande gegevens en op voorwaarde dat de honoraria inmiddels niet gewijzigd worden, werden de nodige bijdragen voorlopig geraamd als volgt :

— zelfstandigen : 1.500 frank per jaar;
— echtgenote van een zelfstandige met onderscheiden zelfstandige bedrijvigheid : 750 frank per jaar;
— vrouw die een zelfstandige bedrijvigheid uitoefent en wier echtgenoot onder een ander verplicht stelsel van ziekteverzekering valt : 1.000 frank per jaar;

— helpers :

— tot 16 jaar : nihil;
— van 16 tot 18 jaar : 500 frank per jaar;
— van 18 tot 21 jaar : 750 frank per jaar;

— vanaf 21 jaar :

— met gezinslast : 1.500 frank per jaar;
— zonder gezinslast : 1.000 frank per jaar;
— bijberoepen : 1.000 frank per jaar.

Deze voorstellen houden rekening met het gezinskarakter van de verzekering en beogen de globale last te verminderen in geval van onderwerping van meerdere leden van een zelfde gezin.

Anderdeels eisen zij, met het oog op de solidariteit, het deelnemen van al degenen die voordeel halen uit een zelfstandige bedrijvigheid, zelfs wanneer zij onderworpen zijn aan een ander verplicht stelsel van ziekteverzekering.

Naar aanleiding van deze voorstellen hebben sommige leden zich nochtans verzet tegen de discriminatie, voorgesteld voor de bijdrage der helpers van méér dan eenentwintig jaar, naar gelang zij al dan niet gezinslast hebben, daar, volgens hen, deze discriminatie logisch niet te rechtvaardigen is.

De voorgestelde bedragen zouden volstaan om de prestaties bepaald in de rubrieken 1 tot 5 te dekken, terwijl een voldoende veiligheidsmarge zou worden gelaten die het zou mogelijk maken in de loop van de eerste drie jaar te voorzien in de normale stijging der uitgaven.

En ce qui concerne les soins spéciaux usuels, environ 1/3 de la cotisation resterait disponible pour assurer la couverture des risques qui auront été retenus. A titre d'exemple, cette quotité de la cotisation permet de couvrir les soins énumérés à la section 3, rubrique 6 : neuropsychiatrie, radiologie, prothèses, dermatologie, analyses de laboratoire et soins dentaires spéciaux.

Le Groupe est d'avis qu'une revision périodique de la base financière devrait être envisagée dès le début. Compte tenu des projets de réforme qui se préparent actuellement dans le régime des salariés, il serait souhaitable de procéder à ces revision tous les 3 ans.

4. *Base de cotisation.*

Le calcul des cotisations a été établi sur base des dépenses moyennes de l'assurance obligatoire; ainsi la cotisation se traduit par une somme fixe. La cotisation doit être liée à l'indice des prix de détail parce qu'une série de remboursements de l'assurance, plus spécialement en matière de soins hospitaliers, est liée à cet indice.

Enfin, le Groupe estime qu'une commission spéciale devrait être instituée en vue d'accorder des réductions ou des exonérations de cotisation comme cela se fait en matière d'allocations familiales ou de pension, lorsque la situation financière de l'assuré le justifie.

Section 5. — Structure.

A l'exception d'un membre, le Groupe de Travail a marqué son accord sur la proposition qui consiste à réserver aux organisations professionnelles et interprofessionnelles de travailleurs indépendants le soin d'organiser des caisses auprès desquelles leurs membres pourraient s'affilier.

Le Groupe insiste sur le fait que les travailleurs indépendants doivent assumer eux-mêmes et de façon autonome la gestion de leur secteur d'assurance.

Enfin il faut tendre à obtenir une base d'assurance aussi large que possible en vue de prévenir une trop grande différence dans les charges.

B. *Les agents des services publics.*

Si les employés et les ouvriers temporaires des administrations publiques figurent parmi les bénéficiaires de l'assurance maladie-invalidité du fait de leur assujettissement à la sécurité sociale, les agents définitifs de l'Etat, des provinces, des communes, et des administrations subordonnées ne bénéficient pas d'un système d'assurance obligatoire contre la maladie.

Une exception cependant : le personnel statutaire de la S. N. C. B. dispose d'un service autonome fonctionnant dans le cadre des œuvres sociales de la société nationale.

On peut concevoir qu'il eût été difficile d'intégrer les agents des services publics dans le régime général de la sécurité sociale et, par là même dans l'assurance maladie-invalidité telle qu'elle est organisée à l'heure actuelle. Le statut de ces agents leur confère, en effet, des droits bien précis en ce qui concerne l'incapacité de travail, la pension, le pécule de vacances et les allocations familiales. Mais il les laisse néanmoins sans la moindre protection contre les conséquences sociales de la maladie.

Or, pour les agents des services publics comme pour les travailleurs du secteur privé, l'absence d'une assurance

Wat de gebruikelijke speciale zorgen betreft, zou ongeveer een derde van de bijdrage beschikbaar blijven om de dekking te verzekeren van de risiso's die zullen weerhouden worden. Bij wijze van voorbeeld, laat dit *quotum* van de bijdrage toe de speciale zorgen te dekken, opgesomd in afdeling 3, rubriek C : neuropsychiatrie, radiologie, protheses, dermatologie, laboratoriumontledingen en speciale tandzorgen.

De groep is van mening dat een periodieke herziening van de financiële basis van meet af aan zou moeten overwogen worden. Rekening gehouden met de hervormingsontwerpen die thans in het stelsel der loonarbeiders in voorbereiding zijn, zou het wenselijk zijn deze herzieningen om de drie jaar te houden.

4. *Bijdragbasis.*

De berekening der bijdragen werd gemaakt op grond van de gemiddelde uitgaven van de verplichte verzekering; op die wijze komt de bijdrage als een vaste som naar voren. De bijdrage moet gebonden zijn aan het indexcijfer van de kleinhandelsprijzen, omdat een reeks terugbetalingen van de verzekering, en meer in het bijzonder op het stuk van verplegingskosten, gebonden zijn aan de index. Tenslotte is de groep van mening dat een bijzondere commissie zou moeten opgericht worden om vermindering of vrijstelling van bijdrage te verlenen wanneer de financiële toestand van de verzekerde dit vergt, zoals dit geschiedt op het stuk van kinderbijslagen en van pensioen.

Afdeling 5. — Struktuur.

Met uitzondering van één lid heeft de werkgroep zijn akkoord betuigd met het voorstel om aan de professionele en interprofessionele verenigingen van zelfstandigen de zoorg over te laten tot het organiseren van de kassen waarbij hun leden zich zouden kunnen aansluiten.

De groep ondestreept het feit dat de zelfstandigen het beheer van hun verzekeringssector zelf en autonoom op zich moeten nemen.

Tenslotte moet men er naar streven om een zo breed mogelijke verzekeringsbasis te bekomen te voorkoming van een te grote verscheidenheid in de lasten.

B. *Het overheidspersoneel.*

De tijdelijke bedienden en werklieden van de openbare besturen behoren tot de begunstigden van de ziekte- en invaliditeitsverzekering doordat zij bijdrageplichtig zijn aan de sociale zekerheid; het definitief benoemd personeel van de Staat, de provincies, de gemeenten en de lagere besturen evenwel kan geen aanspraak maken op een stelsel van verplichte ziekteverzekering.

Er is één uitzondering : het statutair personeel van de N. M. B. S. beschikt over een autonome dienst die werkt binnen het kader van de sociale werken van de nationale maatschappij.

Men zal inzien dat het een moeilijke taak zou zijn geweest het overheidspersoneel op te nemen in het algemene stelsel van de maatschappelijke zekerheid en daardoor ambtshalve in de ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals deze thans is geregeld. Immers, het statuut van die personeelsleden kent hun welomschreven rechten toe in verband met de werkonbekwaamheid, het pensioen, het verlofgeld en de kinderbijslagen. Niettemin biedt dit statuut hun generlei bescherming tegen de sociale gevolgen van een ziekte.

Welnu, voor het overheidspersoneel evenzeer als voor de werknemers in de particuliere sector kan het ontbreken

efficace peut être synonyme de misère lorsque la maladie frappe une famille.

Le seul moyen de protection dont ils disposent est l'acte de prévoyance que constitue l'adhésion à une mutualité en qualité d'assurés libres.

Depuis plusieurs années déjà, les organisations syndicales représentatives des agents des services publics réclament soit l'organisation à leur profit d'un régime particulier d'assurance contre la maladie, soit leur intégration dans le régime général selon des modalités à déterminer. Cette dernière solution semble rallier le plus grand nombre d'adhésions à condition qu'elle tienne compte des particularités de la fonction publique dont la principale réside sans doute dans le fait qu'aucune distinction statutaire n'est opérée entre les ouvriers et les employés.

Le gouvernement a reconnu le bien-fondé de la revendication posée lorsqu'il a décidé d'accorder une indemnité annuelle de 800 francs aux agents membres d'une mutualité reconnue en qualité d'assurés libres. Cette mesure n'a cependant été appliquée aux membres du personnel enseignant qu'en 1962. Elle ne l'est pas encore aux pensionnés du secteur public qui restent démunis devant la maladie. L'indemnité de 800 francs devait avoir un caractère provisoire et ne constituer qu'une transition en attendant la prise de mesures réglant l'octroi des prestations de santé au personnel des services publics. Diverses circonstances ont empêché cette réalisation. Puis, l'idée fut avancée que le problème devrait trouver sa solution dans le cadre de la réforme de l'assurance.

Cette situation n'a pas échappé aux membres du groupe parlementaire de travail qui ont souligné que la gestion séparée de l'assurance « soins de santé » et de l'assurance « indemnités » permettrait d'accéder aux désirs formulés par cette catégorie de travailleurs.

Chacun est donc d'accord pour considérer que l'octroi des soins de santé aux agents des services publics dans le cadre d'une assurance obligatoire est une mesure sociale qui s'impose.

C. *Les étudiants.*

A diverses reprises les organisations estudiantines ont réclamé l'organisation d'un système de sécurité sociale qui garantirait les étudiants des universités et des écoles supérieures contre certains risques et notamment contre la maladie.

Si un certain nombre d'étudiants bénéficient des prestations de l'assurance en qualité de personnes à charge d'assurés sociaux, il en est d'autres qui se trouvent livrés à eux-mêmes. C'est notamment le cas des étudiants ayant quitté leurs parents pour fonder leur propre foyer.

L'extension de l'assurance « soins de santé » aux étudiants est également une mesure sociale qui s'impose et qui fut souhaitée par le groupe parlementaire de travail.

D. *Les domestiques et gens de maison.*

Ecartés jusqu'à présent du bénéfice de l'assurance-maladie invalidité, les domestiques et gens de maison forment une catégorie de travailleurs digne d'attention.

La dignité humaine s'oppose à ce que le statut social de ces travailleurs les place sous la dépendance ou le bon vouloir de leurs employeurs.

van een doelmatige verzekering tot ellende leiden als de ziekte een gezin treft.

De enige bescherming die zij kunnen hebben is voorzichtigheidshalve als vrij verzekerde tot een ziekenfonds toe te treden.

Sedert verscheidene jaren reeds vraagt de representatieve vakbeweging van het overheidspersoneel dat te zijnen behoeve een bijzonder ziekteverzekeringsstelsel zou worden opgericht of dat zij volgens een vast te stellen procedure in het algemene stelsel zouden worden opgenomen. Deze oplossing lijkt de ruimste instemming te vinden, indien daarbij rekening wordt gehouden met de eigen kenmerken van de overheidsfuncties, als belangrijkste waaarvan zeker kan worden beschouwd het feit dat er generlei statutair onderscheid wordt gemaakt tussen arbeiders en bedienden.

De Regering heeft erkend dat de gestelde eis verantwoord was toen zij heeft besloten aan de personeelsleden, die als vrij verzekerden waren toegetreden tot een erkend ziekenfonds, een jaarlijkse tegemoetkoming van 800 F te verlenen. Die maatregel is echter pas in 1962 toegepast voor de leerkrachten. Hij is nog niet toegepast voor de pensioentrekkers van de overheidssector die op niets kunnen rekenen indien zij ziek mochten worden. De tegemoetkoming van 800 F was een voorlopige maatregel, in afwachting van definitieve voorzieningen betreffende de gezondheidsuitkeringen aan het overheidspersoneel. Verschillende omstandigheden hebben verhinderd dat die voorzieningen tot stand kwamen. Daarop werd het denkbeeld geopperd dat dat vraagstuk zou moeten worden geregeld in het kader van de hervorming van de verzekering.

Die toestand is niet ontgaan aan de leden van de Parlementaire Werkgroep, die erop hebben gewezen dat het afzonderlijke beheer van de verzekering voor « geneeskundige verzorging » en de « uitkeringsverzekering » het zou mogelijk maken tegemoet te komen aan de door die groep van werknemers uitgesproken desiderata.

Iedereen is het dus erover eens dat het vergoeden van de kosten voor geneeskundige verzorging voor het overheidspersoneel in het kader van een verplichte verzekering als sociale maatregel geboden is.

C. *De studenten.*

Herhaaldelijk hebben de studentenorganisaties geëist dat men een stelsel van sociale zekerheid zou ontwerpen, waardoor de studenten van de universiteiten en hogescholen zouden worden beschermd tegen bepaalde risico's en met name tegen de ziekte.

Een bepaald aantal studenten kunnen aanspraak maken op de vergoedingen van de verzekering doordat zij personen ten laste zijn van sociaal verzekerden; anderen evenwel zijn aan hun lot overgelaten, met name de studenten die hun ouders hebben verlaten om een eigen gezin te stichten.

De uitbreiding van de verzekering « geneeskundige verzorging » tot de studenten is eveneens als sociale maatregel geboden en werd door de Parlementaire Werkgroep wenselijk geacht.

D. *Het huispersoneel.*

Het huispersoneel, dat tot dusverre uitgesloten bleef van de voordelen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, vormt een categorie werknemers die onze aandacht verdienen.

Het strookt niet met de menselijke waardigheid dat het sociaal statuut van die werknemers hen afhankelijk maakt van de goede wil van hun werkgevers.

Travailleurs à part entière, les domestiques et gens de maison doivent être intégrés dans le régime général de l'assurance comme c'est d'ailleurs le cas dans les cantons de l'Est.

E. *Les estropiés-mutilés.*

Les estropiés-mutilés qui ne sont pas en mesure, étant donné leur invalidité, d'exercer une profession assujettie à la sécurité sociale, doivent bénéficier des prestations de l'assurance « soins de santé ».

C'est là un impératif social dont on ne peut que regretter qu'il n'ait pas trouvé une solution plus rapide.

Dans ce cas également, la nouvelle structure de l'assurance permettra de résoudre les difficultés techniques et administratives que par cette intégration.

III. — LA DISCUSSION GENERALE.

1. — Introduction du Ministre.

Traçant les grandes lignes du projet de loi qu'il défend au nom du gouvernement, le Ministre déclare :

« Le projet de loi de réforme de l'assurance maladie-invalidité procède des conclusions générales du rapport du Groupe de travail parlementaire institué en février 1960.

» Les consultations, qui ont eu lieu après le dépôt du rapport, avec les divers milieux intéressés, ont permis d'insérer le projet de loi dans le cadre général sur lequel les parties représentées au Groupe de travail s'étaient mises d'accord.

» En ce qui concerne les structures, le projet de loi fait la distinction entre les indemnités de maladie et d'invalidité et les soins de santé. Il prévoit l'établissement de budgets distincts pour le service des soins de santé et celui des indemnités et donne la faculté d'étendre les prestations de santé à d'autres catégories de bénéficiaires.

» L'Institut national d'assurance maladie-invalidité, qui remplace le F. N. A. M. I., répond au double souci de rationaliser au sein d'un organisme unique et de décentraliser les différents services : indemnités, soins de santé, contrôle médical, contrôle administratif, services généraux.

» Le projet assure l'indépendance nécessaire du contrôle médical et administratif tout en rationalisant le fonctionnement du service.

Indemnités.

» La gestion par les représentants des employeurs et des travailleurs instaure à la fois plus de souplesse et plus de responsabilité.

» Le nouveau régime sera financièrement équilibré au départ tandis que les indemnités seront d'au moins 60 % du salaire sur lequel sont calculées les cotisations.

» A chaque période : incapacité primaire, incapacité prolongée, invalidité, correspond une prise en charge par les milieux intéressés et par l'Etat, conformément au vœu du Groupe de travail parlementaire.

Het huispersoneel, dat evenveel rechten moet hebben als de overige werknemers, behoort te worden opgenomen in het algemene stelsel van de verzekering, zoals trouwens reeds het geval is in de oostkantons.

E. *De verminkten en gebrekkigen.*

De gebrekkigen en verminkten, die wegens hun invaliditeit niet in staat zijn een beroep uit te oefenen uit hoofde waarvan zij bijdrageplichtig zouden zijn voor de sociale zekerheid, dienen de uitkeringen te genieten van de verzekering « geneeskundige verzorging ».

Uit een sociaal oogpunt is die maatregel een gebiedende eis, in verband waarmede wij het slechts kunnen betreuren dat een oplossing niet vroeger tot stand is gekomen.

Ook in dit geval zal de nieuwe structuur van de verzekering het mogelijk maken de technische en administratieve moeilijkheden op te lossen welke die opneming doet rijzen.

III. — ALGEMENE BESPREKING.

1. — Inleiding van de Minister.

Na de grote lijnen te hebben geschetst van het wetsontwerp dat hij namens de Regering verdedigt, verklaart de Minister :

« Het wetsontwerp tot hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering houdt rekening met de algemene besluiten van het verslag van de parlementaire Werkgroep die ingesteld werd in februari 1960.

» De besprekingen die, na de indiening van het ontwerp, gevoerd werden met de onderscheiden belanghebbende kringen, hebben het mogelijk gemaakt het wetsontwerp op te nemen in het algemeen kader waarover de in de Werkgroep vertegenwoordigde partijen zich akkoord hadden gesteld.

» Wat de structuren betreft, maakt het wetsontwerp een onderscheid tussen het ziekengeld en de invaliditeitsuitkeringen, enerzijds, en de geneeskundige verzorging anderzijds. Het voorziet in het opmaken van afzonderlijke begrotingen voor de dienst voor geneeskundige verzorging en die voor de uitkeringen, en verleent de bevoegdheid om het genot van de geneeskundige verstrekkingen uit te breiden tot andere categorieën rechthebbenden.

» Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, dat in de plaats treedt van het Rijksfonds voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit, komt tegemoet aan een dubbele bezorgdheid : de verschillende diensten (uitkeringen, geneeskundige verzorging, geneeskundige controle, administratieve controle en algemene diensten) in één lichaam te rationaliseren en ze tevens te decentraliseren.

» Het ontwerp zorgt voor de nodige onafhankelijkheid van de geneeskundige en administratieve controle, terwijl de werking van de dienst gerationaliseerd wordt.

Uitkeringen.

» Het beheer door de vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers brengt meer soepelheid en tegelijk meer verantwoordelijkheid met zich.

» De nieuwe regeling zal vanaf de aanvang een financieel evenwicht vertonen, terwijl de uitkeringen ten minste 60 % zullen bedragen van het loon waarop de bijdragen berekend worden.

» Voor iedere periode : primaire arbeidsongeschiktheid, voortdurende arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, wordt de last overeenkomstig de wens van de parlementaire Werkgroep, gedragen door de betrokkenen en door de Staat.

» Les indemnités d'incapacité primaire sont financées par les cotisations précomptées des travailleurs et des employeurs; le financement des indemnités d'incapacité prolongée s'effectue à raison de 50 % par les cotisations précomptées des travailleurs et des employeurs et de 50 % par l'Etat. Celui-ci supporte 95 % de la charge des indemnités d'invalidité.

Soins de santé.

» L'Etat prend en charge 95 % du coût des maladies sociales. Sont actuellement considérées comme telles : la tuberculose, le cancer, la poliomyélite et les maladies mentales.

» D'autres affections pourront s'ajouter à cette première liste des maladies sociales.

» Quant aux autres soins de santé, ils sont couverts plus adéquatement que dans le régime actuel.

» L'objectif majeur du projet de loi réside dans la couverture complète, pour l'assuré et sa famille, des frais d'hospitalisation et de médecine spéciale, la prise en charge à 75 % des soins de médecine générale et des médicaments, l'ensemble étant réalisé grâce au système conventionnel. De plus, un sort particulier est réservé aux pensionnés, veuves et invalides pour lesquels la gratuité sera acquise.

» En ce qui concerne les honoraires médicaux, le projet prévoit les conventions nécessaires, soit sur le plan national, soit sur le plan régional, soit par voie de conventions individuelles. En cas de carence, l'article 52 de la loi unique votée à l'initiative du précédent Gouvernement, prévoit la fixation par voie réglementaire des honoraires.

» En ce qui concerne les médicaments une action conjointe des départements intéressés : Santé publique, Affaires économiques, Prévoyance sociale, doit aboutir à un meilleur contrôle, à une normalisation des prix, garantissant une meilleure intervention de l'assurance en faveur des intéressés.

» Le but poursuivi est de faire disparaître le décalage existant entre le prix réel, le prix de référence et l'intervention de l'assurance.

» Quant à l'hospitalisation, l'intervention de l'assurance sera forfaitaire; il pourra s'y ajouter, pour les établissements qui répondent à certaines conditions qui seront fixées par le département de la Santé publique et de la Famille, un subside calculé selon des critères précis, de manière à assurer la couverture adéquate du prix de la journée d'entretien.

» L'ensemble de ces dispositions s'inspire à la fois d'une large politique de santé publique, telle que l'avait annoncé le rapport du Groupe parlementaire, et du souci d'assainissement financier qui est un des buts fondamentaux du projet de loi.

» *Trois problèmes fondamentaux se posent :*

1) *L'assainissement du régime.*

» L'objectif du Gouvernement est de donner des bases financières solides au nouveau régime en liquidant le passé et en permettant le départ du nouveau système dans les conditions d'aisance nécessaires.

» L'inconvénient du système actuel, est que l'Etat intervient après coup pour combler un déficit sans qu'il n'ait

» Het ziekengeld wordt gefinancierd door de vooruit afgehouden bijdragen van werknemers en werkgevers; de financiering van de uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid komt voor 50 % voort van de vooruit afgehouden bijdragen van werkgevers en werknemers en voor 50 % van de Staat. Laatstgenoemde neemt 95 % van de invaliditeitsuitkeringen te zijnen laste.

Geneeskundige verzorging.

» De Staat draagt 95 % van de kosten der sociale ziekten. Als zodanig worden thans aangezien : tuberculose, kanker, poliomyelitis en geestesziekten.

» Deze eerste reeks van sociale ziekten kan later met nog andere aangevuld worden.

» De andere geneeskundige verstrekkingen zullen bij de nieuwe regeling beter gedekt zijn dan volgens de thans geldende regeling.

» Het voornaamste doel van het wetsontwerp bestaat erin de kosten van ziekenhuisverpleging en gespecialiseerde geneeskunde volledig te dekken, zowel voor de verzekerde als voor zijn gezin; verder de kosten van de gewone geneeskundige verzorging en van de geneesmiddelen voor 75 % ten laste te nemen, waarbij alle tegemoetkomingen in het kader van een contractueel systeem geregeld zouden worden. Bovendien wordt voor de gepensioneerden, weduwen en invaliden een bijzondere regeling ingevoerd waardoor zij gratise behandeling bekomen.

» Voor de honoraria der geneesheren voorziet het ontwerp in de nodige overeenkomsten, op nationaal zowel als op regionaal vlak, en ook wel door middel van individuele overeenkomsten. Indien geen overeenkomst tot stand kan komen, zullen de honoraria overeenkomstig artikel 52 van de onder de vorige regering goedgekeurde eenheidswet, bij verordening vastgesteld worden.

» Voor de geneesmiddelen moet een gezamenlijke actie van de bevoegde departementen (Volksgezondheid, Economische Zaken, Sociale Voorzorg) tot een betere controle, een normalisatie van de prijzen en een betere verzekering van de zieken leiden.

» Het doel dat daarbij wordt nagestreefd is het verschil tussen de werkelijke prijs, de referentieprijs en de door de verzekering uitgekeerde tegemoetkoming weg te werken.

» Voor de ziekenhuisverpleging zal er van de zijde van de verzekering een forfaitaire uitkering toegekend worden. Evenwel zal voor de inrichtingen die voldoen aan bepaalde, door het departement van Volksgezondheid en van het Gezin vast te stellen voorwaarden, een aanvullende toelage kunnen worden verleend die zal worden berekend naar precieze criteria, ten einde de kosten van een verplegingsdag op gepaste wijze te dekken.

» Al deze schikkingen houden tegelijk rekening met een ruim opgevat gezondheidsbeleid — zoals in het verslag van de parlementaire Werkgroep in uitzicht was gesteld — en met het streven naar een sanering van de financiële toestand, een van de voornaamste doelstellingen van het wetsontwerp.

» *Er rijzen drie fundamentele problemen :*

1) *De sanering van de regeling.*

» Het ligt in de bedoeling van de Regering het nieuwe stelsel een stevige financiële basis te geven, door een streep te zetten onder het verleden en het nieuwe stelsel in gemakkelijke omstandigheden van wal te laten steken.

» De moeilijkheid met het huidige systeem ligt hierin, dat de Staat pas naderhand ingrijpt om een deficit aan te zui-

réellement prise sur les causes de celui-ci. De là l'absolue nécessité de donner une solution au statut médical, pharmaceutique et hospitalier.

» Il s'agit d'une politique d'ensemble à laquelle différents départements sont associés.

» C'est en possession des moyens de cette politique nouvelle que les mutualités pourront jouer leur rôle grâce au budget prévisionnel qui est préparé chaque fois pour une période de 3 ans et qui engage la responsabilité de chacun de ceux qui participent au fonctionnement de l'assurance : Etat, mutualités, médecins, pharmaciens, gestionnaires d'établissements hospitaliers et autres collaborateurs de l'assurance, ainsi que les représentants des chefs d'entreprises et des travailleurs.

» Certes, on part des résultats acquis dans le passé immédiat pour projeter dans l'avenir le premier budget prévisionnel. Comme on ne dispose pas d'autres données valables, c'est à cette formule qu'il faut s'arrêter. Toutefois, on tient compte de facteurs tels que l'accroissement de la longévité, un appel plus grand aux soins de santé, l'évolution des rémunérations, etc...

» Il faut également tenir compte des « imprévus » tels les récessions économiques ou les épidémies. Des mesures spéciales seront arrêtées en pareilles éventualités.

» Ce phénomène d'expansion des soins de santé est propre à tous les pays évolués et nul ne peut contester la nécessité de mettre à la disposition de nos concitoyens les instruments et moyens financiers d'une protection efficace en ce domaine. D'ailleurs, le budget prévisionnel de 1964 comporte 15 ½ milliards de francs pour l'ensemble, dont ± 9 milliards destinés au secteur « soins de santé », ce qui représente pour 5 ½ millions de compatriotes à peine 2.000 francs par bénéficiaire et par an, pour la couverture du risque « santé » dans le cadre de l'assurance. La subvention de l'Etat dans ce secteur équivaut à 2 % du budget total de l'Etat (147 milliards) et l'ensemble du budget « soins de santé », en ce compris les cotisations, représente 2 % du revenu national.

» De plus, il faut mentionner que diverses améliorations du régime en matière d'indemnités et de remboursement pour soins de santé (honoraires médicaux, hospitalisations et médicaments) ont été différées jusqu'à présent dans l'attente de la réforme.

» 2) *Responsabilté et solidarité.*

» Depuis la réalisation de la sécurité sociale, au lendemain de la guerre, une controverse parfois assez vive a opposé « solidarité » et « responsabilité »; la thèse de ceux qui estiment que la compensation des risques doit être réalisée dans chacun des secteurs de la sécurité sociale, de manière à éviter toute différence de traitement entre les travailleurs — quels que soient leur mutualité, les risques qu'ils encourent de par l'exercice de leur profession, ainsi que la région dans laquelle ils habitent — et la thèse de ceux qui estiment que le bon fonctionnement du système doit nécessairement reposer sur une définition des responsabilités de chacun et, au départ, des organismes assureurs, les mutualités.

» Dans cet esprit, le projet tient compte des risques particuliers assumés par chacun des organismes assureurs et engage leur responsabilité pour ce qui est de la gestion future. D'autre part il n'est pas exact de prétendre que le

veren, zonder dat hij daarop werkelijk invloed kan uitoefenen. Vandaar dat het volstrekt noodzakelijk is om het statuut van geneeskundigen, apothekers en ziekenhuizen te regelen.

» Het gaat hier om een algemeen beleid waarbij verscheidene departementen tegelijk betrokken zijn.

» Dank zij de middelen die dit nieuwe beleid biedt, zullen de ziekenfondsen hun opdracht kunnen vervullen binnen het kader van de ontwerpbegroting die telkens voor een periode van drie jaar vastgesteld zal worden en waarvoor verantwoordelijk zullen zijn allen die bij de werking van de verzekering betrokken zijn : Staat, ziekenfondsen, artsen, apothekers, beheerders van verplegingsinrichtingen en andere personen die aan de ziekteverzekering medewerken, zomede de vertegenwoorigers der ondernemingshoofden en der werknemers.

» Nu moet gezegd dat men uitgaat van resultaten van zeer recente datum om de eerste voorlopige begroting te ontwerpen. Vermits men over geen andere geldige gegevens beschikt, dient men zich aan die formule te houden. Factoren als de verlenging van de levensduur, een toemening van de geneeskundige verzorging, de evolutie van de bezoldigingen, enz..., worden evenwel in aanmerking genomen.

» Ook dient rekening te worden gehouden met « onvoorziene gebeurtenissen » bij voorbeeld economische teruggang en epidemieën. Mochten zulke toestanden zich voordoen, dan dienen bijzondere maatregelen getroffen te worden.

» Dit verschijnsel van de uitbreiding van de geneeskundige verzorging is eigen aan alle ontwikkelde landen en niemand zal de noodzaak betwisten om onze medeburgers de financiële en andere middelen voor een doeltreffende bescherming op dit gebied ter beschikking te stellen. De voorlopige begroting voor 1964 bedraagt ten andere in totaal 15½ miljard frank, waarvan ± 9 miljard bestemd is voor de sector « geneeskundige verzorging », wat voor 5½ miljoen medeburgers nauwelijks 2.000 frank per rechthebbende en per jaar uitmaakt, dekking van het desbetreffende risico in het kader van de verzekering. ter risico in het kader van de verzekering. De Staatstoelage in die sector stemt overeen met 2 % van de totale Rijksbegroting (147 miljard) en de globale begroting voor de « geneeskundige verzorging », met inbegrip van de bijdragen, maakt 2 % van het nationaal inkomen uit.

» Bovendien valt nog te vermelden dat verschillende verbeteringen van het stelsel voor geneeskundige verzorging (geneeskundige honoraria, opneming in ziekenhuizen en geneesmiddelen) tot heden toe uitgesteld werden in afwachting van de hervorming.

» 2) *Verantwoordelijkheid en solidariteit.*

» Sinds de totstandkoming van de sociale zekerheid na de oorlog, is er en, soms nogal vinnige strijd gevoerd tussen de voorstanders van de « solidariteit » en die van de « verantwoordelijkheid »; dit is enerzijds de stelling van diegenen volgens wie de compensatie van de risico's moet geschieden in ieder van de sectoren van de sociale zekerheid, derwijze dat elk verschil in behandeling van de werknemer wordt voorkomen — onverschillig tot welk ziekenfonds zij behoren, aan welke risico's zij door hun beroep zijn blootgesteld en in welke streek zij wonen — en anderzijds het standpunt van diegenen die de mening toegedaan zijn dat de goede werking van het stelsel noodzakelijkerwijze dient te berusten op het vaststellen van eenieders verantwoordelijkheden en in de eerste plaats van de verzekeringsinstellingen, de ziekenfondsen.

» Met het oog daarop wordt in het ontwerp rekening gehouden met de door elke verzekeringsinstelling gedekte bijzondere risico's en worden deze instellingen verantwoordelijk gesteld voor het toekomstige beheer. Anderzijds wordt

système pousse à la dépense; il comporte les garanties nécessaires contre tout abus de gestion.

» 3) *Conventions.*

» Le projet actuel semble admis par les divers milieux intéressés. Cependant à la suite des prises de position qui ont eu lieu jusqu'à présent, s'il est permis d'escompter une large adhésion au système conventionnel de la part des pharmaciens et autres collaborateurs de l'assurance, de sérieuses oppositions se sont développées dans certains milieux médicaux. Il s'agit incontestablement d'un des aspects les plus délicats du problème.

» Le projet de loi instaure un régime de conventions et de participation à la gestion. A ce propos, il est intéressant de se référer aux propositions formulées dans le livre blanc intitulé : « Le Corps Médical belge face au problème national de l'assurance maladie-invalidité » publié en avril 1961, lors de la formation du Gouvernement; ce livre blanc engage la Fédération Médicale Belge, le Groupement Belge des Spécialistes, l'Union Belge des omnipraticiens, et l'Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België, groupés dans l'Association Générale des Médecins Belges.

» Après de longues négociations qui aboutirent au paraphe d'un protocole d'accord, les négociateurs médicaux ne furent pas suivis par certaines associations qui avaient cependant constitué cette Association Générale des Médecins Belges.

» Depuis 15 ans, des accords ont été recherchés par les mutualités et les gouvernements. Chaque fois de tels accords n'ont pu se réaliser en ce qui concerne le Corps Médical, tandis que des conventions ont été signées avec les pharmaciens, les établissements hospitaliers et d'autres collaborateurs de l'assurance.

» Il est fait appel, une fois de plus, à la collaboration de tous; il serait inconcevable qu'une œuvre humaine d'une telle portée puisse se heurter à des exigences, des oppositions ou des incompréhensions qui ne cadrent plus avec les idées de notre temps.

» Il y a lieu de remarquer à ce propos que la Belgique est le seul pays de la Communauté Européenne où il n'y a pas encore de convention ou de statut entre « assurance maladie-invalidité » et « Corps Médical »,

» Une telle situation est préjudiciable tant à l'organisation de la dispensation des soins médicaux qu'au bon fonctionnement de l'assurance.

» C'est à la lumière de ces considérations qu'il appartient maintenant au Parlement de déterminer les règles légales qui doivent présider à l'établissement des rapports entre le Corps Médical et l'assurance maladie-invalidité.

» Quand l'Etat met à la disposition de l'ensemble de l'assurance des moyens financiers aussi considérables dont, en fin de compte bénéficient non seulement les assurés, mais aussi ceux qui apportent leur concours à l'assurance maladie-invalidité, il est normal que soit défini le statut de tous ceux qui y participent : mutualités, médecins, pharmaciens, établissements hospitaliers et autres collaborateurs de l'assurance.

» Le Parlement est appelé à légiférer en cette matière qui est restée provisoire depuis 1945. Nul doute qu'après une étude approfondie et une large discussion, il ne réponde aux aspirations de l'immense majorité de la population belge. »

ten onrechte beweerd dat dit systeem hogere uitgaven tot gevolg zal hebben, want er is voorzien in de nodige waarborgen om elk misbruik bij het beheer tegen te gaan.

» 3) *Overeenkomsten.*

» Het thans voorgelegde ontwerp schijnt in de verschillende betrokken kringen instemming te vinden. Al mag er echter, gezien de tot nog toe ingenomen standpunten, op gerekend worden dat het contractueel systeem ruime steun zal vinden bij de apothekers en andere kringen die aan de verzekering medewerken, toch is ernstig verzet gerezen in sommige kringen van de geneeskunde. Ontegenzeglijk is dit een van de meest kiese aspecten van het probleem.

» Het wetsontwerp voert een regeling van overeenkomsten en deelneming aan het beheer in. In dit verband is het wel interessant hier te verwijzen naar de voorstellen welke zijn vervat in het witboek dat in april 1961 bij de vorming van de Regering is verschenen onder de titel « Het Belgisch geneeskundig korps tegenover het nationaal probleem van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit ». Dit witboek bevat het standpunt van het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond, van het Verbond der Belgische specialisten, van de Unie der Belgische Omnipractici en van het Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België, welke gegroepeerd zijn in het Algemeen Verbond der Geneesheren van België.

» Na lange onderhandelingen, welke besloten werden met de ondertekening van een overeenkomstprotocol, werden de onderhandelaars van de geneesheren niet gevolgd door sommige verenigingen, die nochtans genoemd Algemeen Verbond der Geneesheren van België mede hadden gesticht.

» Al 15 jaar lang trachten mutualiteitsverenigingen en regeringen een overeenkomst te bereiken. Telkens weer kon geen akkoord worden bereikt met het geneesherenkorps, terwijl wel overeenkomsten werden gesloten met de apothekers, de ziekenhuizen en anderen die aan de verzekering medewerken.

» Eens te meer wordt thans een beroep gedaan op de medewerking van allen; het is immers ondenkbaar dat een onderneming van een zo grote betekenis voor de bevolking, zou kunnen worden gehinderd door eisen, verzet of onbegrip welke bij onze tijd niet meer passen.

» In dit verband zij opgemerkt dat België het enige land in de Europese Gemeenschap is waar de betrekkingen tussen ziekteverzekering en geneesheren nog niet bij een overeenkomst of statuut zijn geregeld.

» Een dergelijke toestand is nadelig zowel voor de wijze waarop de verstrekking van de geneeskundige verzorging gorganiseerd zal worden, als voor de goede werking van de verzekering.

» In het licht van deze overwegingen moet het Parlement thans de wettelijke regelen vaststellen die moeten voorzitten aan de totstandkoming van de betrekkingen tussen de artsen en de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

» Wanneer de Staat ten dienste van de verzekering zulke belangrijke financiële middelen stelt — die per slot van rekening niet slechts aan de verzekerden, maar ook aan degenen die hun medewerking aan de verzekering tegen ziekte en invaliditeit verlenen voordeel opleveren — is het maar normaal dat het statuut van allen die erbij betrokken zijn, wordt vastgesteld : ziekenfondsen, artsen, apothekers, verplegingsinrichtingen en andere medewerkers van de verzekering.

» Het staat aan het Parlement om deze kwestie, die sedert 1945 op een definitieve regeling wacht, bij de wet te regelen. Niemand twijfelt eraan dat het nieuwe stelsel, dat na een diepgaand onderzoek en een uitvoerige gedachtenwisseling tot stand gebracht zal worden, aan de verlangens van de overgrote meerderheid van de Belgische bevolking tegemoet zal komen. »

2. — Débat général.

Au nom de sa fraction politique, un membre fait une déclaration qui peut se résumer comme suit :

Nous considérons que, sur le plan social, le problème de la santé de la population présente une importance primordiale; ceci a été précisé très clairement au congrès de notre parti, tenu à Charleroi les 20 et 21 octobre dernier.

Nous sommes partisan du pluralisme des organismes assureurs et nous n'accepterons pas qu'il soit porté atteinte au libre choix du médecin, avec tout ce qui s'ensuit; nous rejetons en principe le service national de santé et la médecine par abonnement.

En outre, nous souhaitons que, grâce à un contrôle efficace et une gestion économique, les cotisations et les interventions de l'Etat profitent à l'assuré même; il convient non seulement de rechercher et d'extirper les abus, d'où qu'ils viennent, mais aussi que ceux qui s'en rendent coupables soient punis.

Lors de l'instauration de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, en 1945, la réglementation fut considérée comme un essai, étant entendu qu'ultérieurement un régime définitif serait élaboré, compte tenu de l'expérience acquise; nous constatons que cette période d'essai dure toujours. Toutes les tentatives antérieures de réforme ont échoué; notre parti a bien volontiers fourni son concours au groupe de travail chargé de l'étude des problèmes de l'assurance maladie-invalidité. Nous regrettons que n'ait pas été tenue la promesse formulée dans la déclaration gouvernementale et selon laquelle la réforme serait réalisée pour le 1er janvier 1962.

La patience du Parlement a été soumise à rude épreuve. Nous sommes actuellement en possession d'un projet, et on laisse entendre que l'examen et le vote devront avoir lieu à un rythme accéléré. Ne disposant que d'un court délai, le Conseil d'Etat a dû se borner à examiner sommairement les articles. Son avis a été demandé le 6 février 1963 et fourni le 21 dito. En décomptant les samedis et les dimanches, on constate que la deuxième chambre de la section de législation n'a disposé que de 7 jours pour l'examen d'un document aussi volumineux.

Malgré un délai aussi court, cet organisme est cependant parvenu à formuler toute une série d'observations d'ordre juridique, que le Ministre de la Prévoyance sociale n'a cependant pas prises en considération.

Tel est notamment le cas des observations relatives au contrôle et à la comparaison avec la loi du 14 février 1961, dite loi unique.

Les membres de la Commission de la Prévoyance sociale ont reçu le texte du projet le samedi, 16 mars, et la première réunion a eu lieu le mardi, 19 mars. Nous reconnaissons volontiers que cette réunion avait uniquement pour but de permettre au Ministre de la Prévoyance sociale de faire un exposé introductif destiné à mettre les membres au courant de la portée du présent projet.

La diligence avec laquelle on entend mener le travail se trouve encore stimulée par la presse socialiste, qui parle d'une épreuve de force avec le corps médical.

S'il faut arriver à une épreuve de force et amener les Chambres législatives à prendre leurs responsabilités, nous nous y résoudrons, mais alors il importe cependant qu'on nous laisse un minimum de temps pour étudier et analyser le projet; il ne suffit pas que le Gouvernement et les Unions nationales des mutualités chrétiennes et socialistes soient parvenus à un accord pour agir maintenant avec

2. — Algemene bespreking.

Een lid legt namens zijn politieke fractie een verklaring af die als volgt kan worden samengevat :

Wij beschouwen het probleem van de gezondheid van de bevolking als het belangrijkste op het sociale vlak; dit werd zeer duidelijk omschreven op het congres van onze partij dat doorging te Charleroi 20 en 21 october ll.

Wij zijn voorstander van het pluralisme van de verzekeringsinstellingen en zullen niet aanvaarden dat de vrije keuze van de geneesheer, met alles wat ermede gepaard gaat, zou belemmerd worden; wij verwerpen principieel de nationale gezondheidsdienst en de geneeskunde per abonnement.

Wij wensen daarenboven dat, door een doelmatige controle en een zuinig beheer, de bijdragen en de staatstoelagen zouden te goede komen aan de verzekerde zelf; de misbruiken, van waar ze ook mogen komen, moeten niet alleen worden opgespoord en uitgeroeid, doch deze die er schuldig aan zijn moeten gestraft worden.

Bij de aanvang van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit in 1945, werd de reglementering als proefneming aangezien en zou men later, op grond van de ervaring een definitief systeem uitbouwen; wij stellen vast dat deze proefperiode nog altijd bestaat. Alle voorgaande pogingen tot hervorming zijn mislukt; onze partij heeft zeer gaarne haar medewerking verleend aan de werkgroep belast met de studie van de problemen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Wij betreuren dat de belofte vervat in de regeringsverklaring, om nl. per 1 januari 1962, de hervorming tot stand te brengen, niet werd verwezenlijkt.

Het geduld van het Parlement werd zeer sterk op de proef gesteld. Thans zijn we in het bezit van een ontwerp en wordt de indruk verwekt alsof het onderzoek en de stemming in een versneld tempo moet plaats grijpen. Gezien de korte termijn die haar werd voorbehouden, heeft de Raad van State, slechts een beperkt onderzoek aan de artikelen kunnen wijden; op 6 februari 1963 werd om advies verzocht, en dit advies werd op 21 februari 1963 verstrekt. Indien we de zaterdagen en de zondagen niet meerekenen, heeft de tweede kamer van de afdeling wetgeving een zo lijvig document op 7 dagen tijd moeten onderzoeken.

Niettegenstaande deze korte tijdspanne is dit organisme er nochtans in geslaagd een ganse reeks opmerkingen van rechtskundige aard naar voor te brengen die door de Minister van Sociale Voorzorg eenvoudig over het hoofd werden gezien.

Dit is ondermeer het geval voor de bemerkingen die slaan op de controle en op de vergelijking met de wet van 14 februari 1961, éénheidswet genaamd.

De tekst van het ontwerp bereikte de leden van de commissie van Sociale Voorzorg op zaterdag 16 maart, en de eerste vergadering had plaats op dinsdag 19 maart. Wij erkennen graag dat deze vergadering als enig doel had, de leden, door een inleiding van de heer minister van Sociale Voorzorg, op de hoogte te stellen van de draagwijte van dit ontwerp.

De spoed met dewelke men wil te werk gaan, wordt nog aangewakkerd door de socialistische pers die spreekt van een krachtproef met het geneeskundig corps.

Indien het tot een krachtproef en tot de verantwoordelijkheden van de wetgevende Kamers moet komen, dan zullen wij ons daar bij neerleggen, maar dan moet ons toch een minimum van tijd gelaten worden het ontwerp in te studeren en te ontleden; het is niet voldoende dat een overeenkomst werd bereikt tussen Regering en de Christelijke en Socialistische Landsbonden van Mutualiteiten om thans

précipitation. Les trois autres unions nationales, qui n'ont pas été consultées, sont en droit de faire connaître leur avis. Nous comptons sur la bonne volonté des collègues de tous les partis pour pouvoir examiner ensemble le projet d'une manière approfondie.

Nous reconnaissons volontiers que le Ministre de la Prévoyance sociale a fait un grand effort pour la recherche d'une solution à un problème au sujet duquel s'affrontent depuis longtemps déjà deux thèses inconciliables : d'une part, la thèse selon laquelle il importe d'imposer aux organismes payeurs une responsabilité spécifiquement financière et, d'autre part, celle selon laquelle un système de solidarité, fonctionnant entre les divers organismes assureurs, constituait la seule solution admissible pour ne pas avantager ou désavantager certains organismes par rapport à d'autres.

Le présent projet constitue apparemment un compromis entre les deux thèses : la formule préconisée nous étonne de la part d'un Ministre socialiste de la Prévoyance sociale, qui avait formulé de sévères critiques au sujet du projet de loi, déposé jadis par M. Servais, Ministre de la Prévoyance sociale.

Le présent projet prévoit la responsabilité financière dans le secteur des soins médicaux; les organismes assureurs disposant d'un solde bénéficiaire seront en mesure de procurer des avantages complémentaires, tandis que les organismes assureurs déficitaires se verront contraints d'avoir recours à des cotisations supplémentaires.

Lesdites dispositions sont reprises du projet de loi de M. le Ministre Servais, et les porte-parole socialistes se tiennent coi.

Nous maintenons le point de vue selon lequel, à cotisations égales, les ayants droit doivent pouvoir bénéficier d'avantages égaux, quel que soit l'organisme assureur auquel il sont affiliés.

Nous avons l'impression, en outre, que la nouvelle organisation crée une administration fort compliquée; dans le cadre de l'Institut d'assurance maladie- invalidité, le nombre de comités et de conseils prévus s'élève à quelque 29; il s'ensuivra que le conseil général aura bien difficile à se retrouver parmi tous ces organismes et à assurer sa mission de coordination.

Cette prolifération des services permettra le recrutement d'un grand nombre d'agents, d'où augmentation des frais de fonctionnement mais possibilité aussi pour le Ministre de procéder à des nominations.

La liste des maladies sociales est trop restrictive et devrait s'étendre, notamment, aux néphrites chroniques, aux bronchites chroniques, à l'asthme, aux maladies chroniques du cœur et du sang, à la thrombose paralysante, rhumatismes chroniques, diabète et autres maladies.

Le régime proposé présente, en outre, le grand inconvénient de ne pas se prêter à l'établissement d'un plan financier. De l'Exposé des Motifs il appert en outre que, pour l'exercice 1964, est prévu un déficit, appelé à s'accroître encore en 1965 et 1966. Pour combler ce déficit, l'Exposé des Motifs prévoit un relèvement de cotisation dans le cadre de la Sécurité sociale.

Nulle part la preuve n'est fournie que les cotisations prévues ne devront pas être relevées davantage qu'il n'a été envisagé initialement.

L'actuel Gouvernement a la déplorable habitude de majorer systématiquement à chaque occasion, non seulement les cotisations des employeurs, mais aussi celles des travailleurs. Il en a été ainsi, notamment, lors du vote de la récente loi relative aux pensions des ouvriers et des employés.

Compte tenu de la majoration prévue, la cotisation de sécurité sociale n'atteint pas moins de 37 % au total, une forte partie de celle-ci est à charge du travailleur.

overhaastig tewerk te gaan. De drie andere Landsbonden die niet werden geraadpleegd hebben het recht hun mening te laten kennen. Wij rekenen op de collega's van alle partijen om samen het ontwerp grondig te onderzoeken.

Wij erkennen graag dat de Minister van Sociale Voorzorg een grote inspanning heeft gedaan om een oplossing te zoeken voor een probleem dat geruime tijd twee onverzoenbare stellingen tegenover elkaar stelde : enerzijds de opvatting dat een specifiek financiële verantwoordelijkheid aan de uitbetalende organismen diende te worden opgelegd, en anderzijds de opvatting dat een solidariteitssysteem onder de verzekeringsorganismen de enige mogelijke oplossing was om zekere organismen tegenover andere niet te bevoordeligen of te benadeligen.

Het ontwerp schijnt een compromis te zijn tussen beide stellingen : de voorgestelde formule verwondert ons nochthans vanwege een socialistisch Minister van Sociale Voorzorg, die ernstige critiek uitoefende op het wetsontwerp dat destijds door de heer Servais, Minister van Sociale Voorzorg, werd ingediend.

Het ontwerp voorziet de financiële verantwoordelijkheid in de tak geneeskundige verzorging; de verzekeringsinstellingen met boni zullen in staat zijn om aanvullende voordelen te verstrekken, terwijl de verzekeringsinstellingen met mali verplicht zullen zijn aanvullende bijdragen te vragen.

Deze bepalingen zijn overgenomen uit het wetsontwerp Minister Servais, en de socialistische woordvoerders houden zich rustig.

Wij blijven op het standpunt dat de rechthebbenden voor gelijke bijdragen, gelijke voordelen moeten kunnen genieten, onverschillig bij elk verzekeringsorganisme zij aangesloten zijn.

Wij hebben daarenboven de indruk dat de nieuwe organisatie een zware ingewikkelde administratie in het leven roept; in het kader van het Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering zijn niet minder dan 29 comités en raden voorzien zodat de algemene raad veel moeilijkheden zal ondervinden om zich in al deze instellingen terug te vinden en zijn samenordeningsopdracht te vervullen.

Deze vermeningvuldiging van diensten zal toelaten een groot aantal agenten aan te werven die de bestuurskosten nodeloos zullen verzwaren, doch die aan de Minister de mogelijkheid bieden benoemingen te doen.

De sociale ziekten zijn te eng beperkt en zullen moeten worden uitgebreid, onder meer tot : chronische nierziekten, chronische bronchitis, asthma, chronische hart- en bloedziekten, trombose met verlamming, chronische rheuma, diabetis en andere.

Het voorgestelde stelsel heeft daarenboven het grote nadeel dat het niet mogelijk is een financiëringsplan op te stellen. Er blijkt daarenboven uit de Memorie van toelichting dat reeds voor het dienstjaar 1964 een tekort is voorzien, dat nog toeneemt voor 1965 en 1966. Om dit tekort aan te vullen wordt in de Memorie van toelichting een bijdrageverhoging in het kader van de Maatschappelijke Zekerheid voorzien.

Nergens wordt ons het bewijs geleverd dat de voorziene bijdragen niet hoger zullen moeten opgedreven worden dan oorspronkelijk was voorzien.

Deze Regering heeft de treurige gewoonte om bij elke gelegenheid, niet alleen de bijdragen van de werkgevers maar ook deze van de arbeiders, stelselmatig te verhogen. Dit is onder meer nog gebleken bij de stemming van de laatste wet betreffende de arbeiders- en de bediendenpensioenen.

Met de toepassing van de voorziene verhoging bedraagt de totale bijdrage voor de Maatschappij Zekerheid niet minder dan 37 %, waarvan een ruim aandeel ten laste is van de arbeider.

Exemple : un travailleur gagnant 7.000 francs par mois, soit 82.000 francs par an, verse mensuellement à la sécurité sociale 2.647 francs, soit 31.764 francs par an.

Nous nous réjouissons du fait que les pensionnés, les veuves et les invalides pourront bénéficier de la gratuité des soins médicaux, mais nous craignons que la procédure devant conduire à la conclusion des conventions ne se heurte à des difficultés.

Le Ministre en est également convaincu puisqu'il envisage de fixer par arrêté royal les taux maxima des honoraires.

La presse souligne clairement qu'une réforme profonde n'est possible qu'à la condition de régler l'agréation et le prix des médicaments, d'établir des conventions durables avec les professions médicales et de fixer le statut des établissements hospitaliers.

* * *

Un autre commissaire estime que le projet en discussion est un des grands projets que la Chambre aura à voter au cours de cette législature. C'est d'ailleurs la première fois que le Parlement est confronté avec toutes les données du problème de l'assurance maladie-invalidité. Il convient de s'en réjouir. La franche discussion qui s'est prolongée pendant plusieurs mois au sein du groupe parlementaire de travail constitué en 1960 par M. le Ministre Servais en vue d'étudier les éléments d'une réforme durable de l'assurance maladie-invalidité, groupe dont l'actuel Ministre de la Prévoyance Sociale a repris la présidence en juin 1961, a permis de déblayer le terrain. Bien qu'en retrait sur certaines d'entre elles, le projet de loi s'inspire largement des conclusions contenues dans le rapport du groupe parlementaire de travail, conclusions qui avaient reçu une large adhésion de la part des membres de ce groupe.

Le problème de l'assurance maladie-invalidité doit recevoir une solution durable. Il touche la majorité de la population puisque plus de 5 millions de Belges bénéficient des prestations de l'assurance.

On a mis l'accent, au cours des années écoulées, sur les difficultés financières de l'A. M. I. Depuis plus de dix ans, les « malis » se sont accumulés et si des « bonis » ont été enregistrés en de rares occasions, ce n'est que grâce aux subventions extraordinaires de l'Etat. D'aucuns affirment que les difficultés financières de l'A. M. I. trouvent leur origine dans les « abus » des assurés et la mauvaise gestion des mutualités. Or, la démonstration a été faite au sein du groupe de travail que l'accroissement des dépenses de l'assurance est dû principalement à l'augmentation du coût de la médecine et de ses techniques thérapeutiques.

L'assainissement qu'il convient de réaliser en matière d'assurance maladie-invalidité n'est donc pas celui préconisé par les adversaires traditionnels du progrès social mais bien celui réclamé depuis longtemps par les travailleurs qui estiment, à juste titre, que l'assurance maladie-invalidité ne les protège que très imparfaitement. D'une part, les tarifs d'honoraires ne sont pas respectés par le corps médical; de l'autre, les spécialités pharmaceutiques sont insuffisamment remboursées.

D'où la nécessité de mettre sur pied un système efficace garantissant une réelle protection aux assurés sociaux.

Les socialistes ont avancé la formule d'un Service National de Santé. Ils restent convaincus qu'un tel service serait le mieux à même de protéger toute la population contre les conséquences sociales de la maladie et de l'incapacité de travail.

Voorbeeld : een arbeider die een loon verdient van 7.000 frank per maand of 82.0000 frank per jaar betaalt aan de Maatschappelijke zekerheid per maand 2.647 frank of 31.764 frank per jaar.

Wij verheugen ons om het feit dat de gepensioneerden, weduwen en invaliden van de kosteloze geneeskundige verzorging zullen genieten doch wij vrezen dat de procedure, die moet leiden tot de overeenkomsten, aanleiding zal geven tot moeilijkheden.

De Minister is hier eveneens van overtuigd daar hij de mogelijkheid overweegt om de maximale honorariatarieven bij koninklijk besluit te bepalen.

De pers laat duidelijk blijken dat een grondige hervorming onmogelijk is indien men niet meteen de erkenning en de prijs van de geneesmiddelen regelt, vaste overeenkomsten bereikt met de medische beroepen, en het statuut van de ziekenhuizen vastlegt.

* * *

Een ander lid is de mening toegedaan dat dit ontwerp één van de belangrijkste ontwerpen is, die de Kamer tijdens deze legislatuur zal te behandelen krijgen. Het is overigens de eerste maal dat het Parlement het probleem van de ziekteverzekering in zijn geheel aanpakt. Met kan er zich slechts over verheugen. Dank zij de openhartige bespreking gedurende de verschillende maanden in de parlementaire werkgroep, in 1960 ingesteld door Minister Servais om de grondslagen van een duurzame hervorming van de ziekteverzekering te bestuderen, een groep waarvan de huidige Minister van Sociale Voorzorg sedert juni 1961 het voorzitterschap waarneemt, kon schoon schip gemaakt worden. Ofschoon het wetsontwerp op bepaalde punten minder ver gaat, steunt het toch in grote mate op de in het verslag van de parlementaire werkgroep vervatte besluiten; deze besluiten werden trouwens door de grote meerderheid van bewuste groep onderschreven.

De oplossing die aan het probleem van de ziekteverzekering zal worden gegeven, moet duurzaam zijn. Het grootste gedeelte van de bevolking is er bij betrokken, aangezien meer dan 5 miljoen Belgen de uitkeringen van de verzekering genieten.

In het verleden heeft men de nadruk gelegd op de financiële moeilijkheden van de Z. I. V. Sedert meer dan tien jaar heeft het tekort zich opgehoopt, en zo er af en toe een overschot werd genoteerd, dan was dit enkel te danken aan de buitengewone toelagen van de Staat. Sommigen beweren dat de financiële moeilijkheden van de Z. I. V. het gevolg zijn van de « misbruiken » vanwege de verzekerden en het deficiënt beheer van de ziekenfondsen. In de werkgroep nu werd bewezen dat de groeiende uitgaven van de verzekering vooral te wijten zijn aan de toenemende kosten van de geneeskunde en van de therapietechnieken.

De sanering van de ziekteverzekering moet derhalve niet gaan in de door de traditionele tegenstanders van de sociale vooruitgang aangewezen richting, maar dient te beantwoorden aan de sedert lang, en terecht, gekoesterde verwachting van de werknemers, die oordelen dat zij door de ziekteverzekering niet doelmatig genoeg worden beschermd. Enerzijds worden de honorariatarieven door de geneesheren niet geërbiedigd en anderzijds is de tegemoetkoming voor farmaceutische specialiteiten onvoldoende.

Het blijkt dus noodzakelijk een doelmatige regeling uit te werken, die de sociale verzekerden metterdaad beschermt.

De socialisten staan de formule van een Natioale Gezondheidsdienst voor. Zij blijven ervan overtuigd dat een dergelijke dienst het meest geschikt is om de ganse bevolking te beschermen tegen de sociale gevolgen van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Ils se rallient néanmoins au présent projet parce qu'il réalise une synthèse acceptable des notions de « solidarité » et de « responsabilité » et parce qu'il apporte une solution concrète au malaise actuel de l'A. M. I.

1) Les frais des maladies sociales sont pris en charge par l'Etat. La nomenclature de ces maladies, à savoir : la tuberculose, le cancer, les maladies mentales et la poliomyélite, aurait pu être étendue. Mais il y a possibilité de l'élargir. C'est aussi pour cette raison que nous acceptons la liste telle qu'elle est établie actuellement.

2) L'assurance interviendra au moins dans tous les cas où elle le fait actuellement.

3) Dans le domaine des spécialités pharmaceutiques le principe d'un contrôle plus sévère de la valeur thérapeutique des médicaments et de leur prix de vente est fixé. La spécialité pharmaceutique est un moyen de guérir qui, comme tel, ne peut être considéré comme un produit commercial. D'où la nécessité d'un contrôle scientifique et comptbale au niveau de la production. Seules devraient être mises en vente les spécialités agréées. Mais toutes les spécialités agréées donnant lieu à une prescription médicale devraient être remboursées par l'assurance.

3) En ce qui concerne les conventions, le projet de loi reste en deça de ce que le groupe de travail préconisait.

Il est bon de rappeler que quelle que soit la couleur politique de ceux qui ont tenté la réforme de l'A. M. I., leur initiative s'est heurtée à une opposition du corps médical. Le corps médical doit se rendre compte que la formation des jeunes médecins n'est possible que grâce à la collectivité. Celle-ci intervient largement dans le coût de leurs études. Elle gardent donc des droits moraux à leur égard.

A l'heure actuelle certains médecins reprennent la polémique contre toute réforme. Ils entendent garder leur indépendance. C'est donc au Parlement à prendre ses responsabilités. Les médecins qui refusent de collaborer avec l'assurance ne peuvent exiger les avantages de ceux qui approuveront les conventions.

Dans le protocole signé avec l'Association générale des médecins belges, les honoraires avaient été relevés de telle manière que la F. G. T. B. a protesté. Aujourd'hui, ces honoraires sont jugés insuffisants. On ne peut admettre que le médecin soit seul maître de juger la situation sociale de ses clients. Un assuré social, quelle que soit sa condition, doit pouvoir bénéficier de la collaboration du corps médical. Il y a lieu de remarquer à ce propos que la Belgique est le seul pays de la Communauté Européenne où il n'y a pas encore de convention entre l'A. M. I. et le corps médical.

Entre l'assurance maladie et les établissements hospitaliers il faut également établir une convention. Les centres universitaires poseront toutefois des problèmes particuliers. Ce n'est certes pas au monde du travail qu'incombent les charges de l'assistance publique, ni de l'enseignement universitaire.

Le groupe socialiste apporte son adhésion au projet, car il est incontestablement un progrès social : il ouvre la porte à une plus grande justice sociale !

* * *

Un membre déclare se réjouir des résultats atteints et rappelle les tentatives d'assainissement entreprises antérieurement.

Zij stemmen nochtans met dit ontwerp in, omdat het een aanvaardbare synthese vormt van de begrippen « solidariteit » en « verantwoordelijkheid » en omdat het de huidige moeilijkheden van de Z. I. V. op concrete wijze oplost.

1) De uit de sociale ziekten voortvloeiende lasten worden door de Staat gedragen. Men had de lijst van deze ziekten, te weten : tuberculose, kanker, geestesziekten en poliomyelitis nog langer kunnen maken. Maar de mogelijkheid om ze uit te breiden blijft bestaan. Daarom aanvaarden wij deze lijst, zoals ze thans is opgesteld.

2) In alle gevallen, waarin de verzekering thans uitkeringen verleent, zal zij het ook in de toekomst doen.

3) Wat de farmaceutische specialiteiten betreft, wordt het beginsel van een strengere controle op de therapeutische waarde en op de verkoopprijs van de geneesmiddelen vooropgesteld. De farmaceutische specialiteit is een geneesmiddel, dat als zodanig, niet voor een handelsprodukt kan worden gehouden. Wetenschappelijke en boekhoudkundige controle bij de produktie is derhalve geboden. Alleen erkende specialiteiten zouden te koop mogen worden gesteld. Maar alle erkende specialiteiten waarvoor een medisch voorschrift vereist is, zouden door de verzekering moeten worden terugbetaald.

3) Wat de overeenkomsten betreft, gaat het wetsontwerp minder ver dan hetgeen door de werkgroep was vooropgesteld.

Het is goed eraan te herinneren dat, welke ook de politieke strekking weze van degenen, die zich aan een hervorming van de Z. I. V. hebben gewaagd, de geneesheren er zich steeds tegen verzet hebben. Deze laatsten dienen er zich rekenschap van te geven dat de opleiding van jonge geneesheren slechts mogelijk is dank zij de gemeenschap. Deze levert een ruime bijdrage tot het bekostingen van hun studies en heeft derhalve bepaalde morele rechten te hunnen opzichte.

Thans hervatten sommige geneesheren hun strijd tegen iedere hervorming. Zij willen hun zelfstandigheid bewaren. Het Parlement moet bijgevolg zijn verantwoordelijkheden opnemen. De geneesheren die weigeren met de verzekering samen te werken, kunnen geen aanspraak maken op de voordelen, toegekend aan degenen die zich bij de overeenkomsten aansluiten.

In het met het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond afgesloten protocol, werden de honoraria dusdanig verhoogd dat het A. B. V. V. heeft geprotesteerd. Thans worden deze honoraria onvoldoende geacht. Het gaat niet op dat de geneesheer alleen de sociale toestand van zijn cliënten beoordeelt. Een sociaal verzekerde moet steeds beroep kunnen doen op de medewerking van de geneesheren, welke ook zijn maatschappelijke rang weze. In verband hiermee zij opgemerkt dat België het enige land van de Europese gemeenschap is waar er nog geen overeenkomst bestaat tussen de V. Z. I. en de geneesheren.

Een overeenkomst dient ook te worden gesloten tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen. Bijzondere problemen zullen echter rijzen in verband met de universitaire centra. De arbeidersbevolking moet de lasten toch niet dragen van de openbare onderstand of van het universitair onderwijs.

De socialistische fractie betuigt haar instemming met het ontwerp, dat onbetwistbaar een sociale vooruitgang betekent; hierdoor wordt een grotere sociale rechtvaardigheid in uitzicht gesteld.

* * *

Een lid verheugt zich om de bereikte resultaten en herinnert aan de voorgaande pogingen die ondernomen werden om tot een sanering te komen.

M. Servais, le Ministre de la Prévoyance sociale de l'époque, eut l'excellente idée de charger un groupe de travail, composé de représentants des trois partis traditionnels, de la recherche d'une solution.

Le projet examiné ne résout pas tous les problèmes de la Santé publique; d'autres projets de loi doivent encore permettre le règlement des problèmes de la classification des établissements hospitaliers et des cliniques, du prix des médicaments et de leur efficacité thérapeutique, du prix exagéré de certaines spécialités pharmaceutiques qui, selon des experts, peuvent être remplacées, à bon marché, par des préparations magistrales.

La Commission de la Prévoyance sociale doit examiner ce projet avec la plus grande attention; le travail ne peut pas être bâclé, mais il serait injustifiable de retarder à dessein l'étude du projet.

Il ne s'agit pas, pour les membres de la Commission, de dire ce qui ne peut être fait; à quelque parti qu'ils appartiennent, leur devoir est de collaborer à l'édification d'un régime définitif en matière d'assurance maladie-invalidité, basé sur des principes sains.

Le projet ne contient pas de plan de financement, mais nous nous demandons si un plan de financement est bien réalisable. Nul n'envisage de faire des économies dans le domaine de la santé publique; en outre, les honoraires médicaux et autres seront fixés par des conventions dont nous ignorons encore la teneur. De plus, il convient de tenir compte des crises économiques, des épidémies et des progrès de la médecine. Ceci ne doit pas nous empêcher de nous soucier de l'assainissement financier. Nous constatons avec joie que le projet fait une distinction entre l'indemnité pour perte de salaire et l'indemnité de soins de santé et que les deux assurances disposent de moyens financiers propres.

Le maintien du pluralisme dans l'A.M.I. et la subsistance d'organismes assureurs libres nous réjouissent. Nous ne préconisons pas l'organisation d'un service de santé unique, sachant que les opinions philosophiques ont une grande importance dans le domaine des soins de santé.

Il ne faut toutefois pas en déduire qu'il existe une contradiction entre les notions de solidarité et de responsabilité; lors de la création des mutuelles, l'idée de base était la solidarité, mais il s'y liait aussi la responsabilité de la gestion des cotisations et des subventions de l'Etat. Il fallait trouver la manière exacte d'harmoniser ces deux notions; le texte proposé représente une tentative sérieuse en ce sens.

Lors de la discussion des articles nous proposerons vraisemblablement certaines modifications, mais nous souhaitons ardemment que la formule proposée soit adoptée, dans l'intérêt des assurés et à la satisfaction de tous ceux que concerne l'assurance maladie-invalidité.

* * *

Un autre membre estime que l'élaboration de conventions avec les praticiens de l'art de guérir constitue l'essentiel du projet. Il s'agira d'abord d'essayer de conclure des conventions nationales et, si celles-ci ne devaient pas apporter de solution, il faudra en venir à des conventions régionales. Mais comme les tarifs de remboursement ne seront pas identiques dans toutes les régions — c'est à dire qu'ils différeront de région à région — le membre estime que la conclusion d'une convention nationale avec les médecins sera impossible. Il croit en outre qu'il n'a pas suffisamment été tenu compte des revenus des assurés.

Het was een uitstekende gedachte vanwege de Heer Servais toenmalig minister van Sociale Voorzorg, om aan een werkgroep, bestaande uit de 3 traditionele politieke partijen, de opdracht te geven naar een oplossing te zoeken.

Het voor ons liggend ontwerp lost niet alle problemen op die betrekking hebben op de Volksgezondheid; de probleem gesteld met betrekking tot de classificatie van de gezondheidsinstellingen en klinieken, de prijs van de geneesmiddelen en hun terapeutische doelmatigheid, de overdreven prijzen van sommige farmaceutische specialiteiten, die, naar het oordeel van bevoegde deskundige, op goedkope wijze door magistrale bereidingen kunnen worden vervangen, moet nog door andere wetsontwerpen geregeld worden.

Het ontwerp moet door de commissie van Sociale Voorzorg met de meeste aandacht worden onderzocht, wij hebben niet het recht overhaastig tewerk te gaan, doch het zou tevens onverantwoord zijn een onderzoek opzettelijk te vertragen.

Het komt er voor de commissieleden niet op aan te zeggen wat niet mag, wij hebben als plicht, onverschilig tot welke partij wij behoren, mede te werken aan een definitief stelsel inzake ziekte en invaliditeitsverzekering, gesteund op een gezonde basis.

Het ontwerp bevat geen financiëringsplan, doch wij stellen ons de vraag is een financiëringsplan mogelijk? Niemand denkt er aan besparingen te doen op de Volksgezondheid, daarenboven wordt de vaststelling van de geneeskundige en andere honoraria aan overeenkomsten overgelaten. Wij weten nog niet welke de inhoud zal zijn van deze overeenkomsten. Daarenboven moet worden rekening gehouden met economische crisissen, met epidemien en met de vooruitgang van de geneeskunde. Zulks neemt nochtans niet weg dat wij voldoende zorg moeten besteden aan de financiële gezondmaking. Wij stellen daarom met genoegen vast dat het ontwerp voorziet in de splitsing van de vergoeding wegens loonverlies, en de geneeskundige verzorging, en elke tak ook over eigen financiële middelen bezit.

Wij verheugen ons om het behoud van het pluralisme in het verzekeringsorganisme, en op het voortbestaan van de vrije verzekeringsinstelling. Wij zijn geen voorstander van een enige nationale gezondheidsdienst, opdat bij de geneeskundige verzorging de levensbeschouwing een grote rol speelt.

Dit betekent echter niet dat er tegenstrijdigheid bestaat tussen de begrippen solidariteit en verantwoordelijkheid; aan de basis van de oprichting van de mutualiteiten, lag immers het begrip solidariteit, doch tevens met verantwoordelijkheid omtrent het beheer van bijdragen en Staatstoelagen. Het kwam er op aan de juiste vorm te vinden om die twee begrippen met elkaar in harmonie te brengen; de voorgestelde tekst is hiertoe een ernstige poging.

Wij zullen bij de bespreking van de artikelen, vermoedelijk bepaalde wijzigingen voorstellen, doch het is onze vurige wens dat de voorgestelde formule moge slagen in het voordeel van de verzekerden, en ter voldoening van al diegenen die bij de ziekte en invaliditeitsverzekering betrokken zijn.

* * *

Volgens een ander lid, ligt de kern van het ontwerp in de vaststelling van de overeenkomsten met de beoefenaars van de geneeskunde. Er zal eerst getracht worden nationale overeenkomsten te sluiten, zo deze niet leiden tot een oplossing zal men overgaan tot regionale overeenkomsten. Maar daar de terugbetalingstarieven niet overal dezelfde zijn, t.t.z. dat deze van streek tot streek zullen verschillen, zal volgens het lid geen sprake kunnen zijn van nationale overeenkomst met de geneesheren. Daarbij meent het lid dat men onvoldoende rekening gehouden heeft met het inkomen van de verzekerden.

Tout en se réjouissant de ce qu'une solution soit proposée aux problèmes de l'assurance maladie-invalidité, un membre espère que la réforme tiendra compte de tous les éléments de nature à améliorer à la fois la situation financière de l'assurance et les conditions dans lesquelles sont donnés les soins de santé.

Il souligne que, malgré ses imperfections, le F.N.A.M.I. a rendus de grands services à la population.

Souhaitant qu'un effort soit consenti en vue d'éduquer les assurés sociaux dans la lutte contre les gaspillages, ce commissaire formule le vœu que le nouveau système permette une bonne gestion de l'assurance grâce à la responsabilité des organismes assureurs et au dépistage des abus, conséquences d'un meilleur contrôle.

Enregistrant avec satisfaction le maintien du pluralisme des organismes assureurs et du libre-choix du médecin, il souligne encore les aspects sociaux du projet en discussion et conclut en se ralliant au compromis intervenu entre les thèses des deux partis de la majorité.

* * *

Réponse du Ministre.

Le Ministre se réjouit de l'esprit qui règne au sein de la Commission et en remercie les membres.

Le texte qui vous est soumis, dit-il, est celui d'un projet, dont la rédaction est différente de celle d'un rapport. Le Groupe de Travail n'avait pas à rédiger un projet de loi Néanmoins une étude comparative des deux textes sera remise aux rapporteurs. C'est grâce à l'étude du Groupe de Travail qu'une clarification des idées qui s'opposent d'habitude s'est produite, et le rapprochement entre les différents partis a sensiblement facilité la discussion générale du projet.

Le Ministre répond ensuite aux questions posées et aux observations formulées dans le cadre de la discussion générale :

— Chacun a eu connaissance du rapport du Groupe de Travail et a de ce fait eu le temps nécessaire d'étudier les principales réformes du projet. Quant à l'avis du Conseil d'Etat, celui-ci est circonstancié et le Gouvernement a eu suffisamment de temps pour tenir compte des observations émises par le Conseil d'Etat.

— Depuis l'instauration de la sécurité sociale il n'a jamis été possible de trouver un système parfait; le projet contient certes des anomalies qui devront être dissipées dans l'avenir.

— La structure du système institutionnel peut paraître lourde, mais il a l'avantage d'éviter la création d'un parastatal nouveau.

— L'extension de la liste des maladies sociales est possible dans l'avenir. Mais l'intégration de nouvelles maladies dans cette liste doit se faire progressivement : le secteur des maladies sociales est entièrement solidarisé; il s'agit pratiquement d'un « Service National de Santé » pour maladies sociales.

— Des données seront fournies en ce qui concerne le plan de financement.

— Il est vrai, poursuit le Ministre, que le projet en discussion est en retrait par rapport aux conclusions du Groupe de Travail en ce qui concerne les relations avec le Corps médical. Le gouvernement a pensé qu'il fallait tenter

« Een lid verheugt er zich over dat een regeling is voorgesteld voor de problemen van de ziekteverzekering en hij hoopt dat de hervorming rekening zal houden met alle desbetreffende gegevens, zodat de voorwaarden waaronder de verstrekking van geneeskundige verzorging geschiedt en de financiële situatie van de verzekering verbeterd zullen worden.

Hij vestigt de aandacht op het feit dat het R. V. Z. I., ondaks tal van imperfecties, grote diensten heeft bewezen aan de bevolking.

Hopende dat men alles in het werk zal stellen om de sociaal verzekerden op te leiden met het oog op de beteugeling van de verkwistingen, spreekt dit commissielid de wens uit dat het nieuwe systeem een deugdelijk beheer van de verzekering mogelijk zal maken, dank zij de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen en het opsporen van de misbruiken, een en ander als gevolg van een betere controle.

Hij constateert met genoegen het behoud van het pluralisme der verzekeringsinstellingen en de vrije keuze van dokter; hij vestigt nog de aandacht op de sociale aspecten van het onderhavige ontwerp en besluit met te zeggen dat hij zich aansluit bij het compromis dat tussen de standpunten van de twee meerderheidspartijen tot stand gekomen is. »

* * *

Antwoord van de Minister.

De Minister verheugt zich over de geestesgesteldheid in de Commissie en dankt de leden hiervoor.

De voorgestelde tekst is, naar hij zegt, een ontwerp dat anders is opgesteld dan een verslag. De werkgroep moest geen wetsontwerp opstellen. Een vergelijkende studie van de twee teksten zal desondanks aan de verslaggevers worden overhandigd. Dank zij de studie van de werkgroep is er meer klaarheid gebracht in denkbeelden die gewoonlijk met elkaar in strijd zijn, en door de toenadering tussen de verscheidene fracties is de bespreking van het ontwerp aanzienlijk vergemakkelijkt.

Vervolgens antwoordt de Minister op de gestelde vragen in het kader van de algemene besprekingen gedane opmerkingen.

— Iedereen heeft kennis gekregen van het verslag van de Werkgroep en daardoor de nodige tijd gehad om de voornaamste hervormingen van het ontwerp te bestuderen. Van zijn kant bracht de Raad van State een omstandig advies uit, en de Regering kreeg voldoende tijd om met de daarin gemaakte opmerkingen rekening te houden.

— Sinds de invoering van de sociale zekerheid kon nooit een volmaakte regeling worden gevonden, en ongetwijfeld bevat ook het onwerp anomalieën die in de toekomst moeten worden opgeruimd.

— Het institutionele systeem vertoont misschien wel een logge structuur, maar hieraan is toch het voordeel verbonden dat geen nieuw parastataal lichaam moet worden ingesteld.

— Het is mogelijk de lijst der sociale ziekten in de toekomst uit te breiden. Het opnemen van nieuwe ziekten op die lijst dient echter geleidelijk te geschieden : de sector sociale ziekten wordt volledig gedekt door de solidariteitsbijdragen en praktisch is het een « Nationale Gezondheidsdienst » voor sociale ziekten.

— Omtrent het financieringsplan zullen gegevens worden verstrekt.

— Het is inderdaad, vervolgt de Minister, dat het ontwerp niet zover gaat als de conclusies van de Werkgroep ten aanzien van de betrekkingen met de geneesheren. De Regering was van oordeel dat moest getracht worden de

de réaliser les objectifs du projet de loi par la voie de conventions négociées. Les principales difficultés pour y aboutir se présenteront du côté du corps médical. On est en droit de se demander si les médecins désirent réellement un accord avec l'A. M. I. Il y a dix-huit mois, un protocole était signé avec les dirigeants de l'association générale des médecins. Il était l'aboutissement de longues négociations. Mais les médecins dirigeants de l'association furent désavoués par leurs collègues. Jusqu'à présent toutes les initiatives prises en vue de réorganiser l'assurance se sont heurtées à la mauvaise volonté du corps médical. On constate d'ailleurs que les médecins sont souvent mal informés. C'est ce qu'il faut éviter.

— Y aura-t-il des honoraires et des tarifs de remboursements différents par région ? Oui. Pour arriver à une convention il y aura des tarifs différentiels par catégorie de médecins. Mais ils ne pourront aboutir à une médecine de riches et une médecine de pauvres. On peut donc dire qu'il y aura des dérogations sur le plan régional et sur le plan de la qualification du médecin. Pour déterminer les différences de coût moyen dans une même région entre les divers organismes assureurs, il faut tenir compte : de l'âge de l'assuré, de la nature de l'activité professionnelle de l'assuré et du facteur démographique de la région.

La dérogation sur le plan de la qualification est déterminée par le caractère du médecin spécialiste. C'est la convention qui déterminera ces dérogations.

— Il est évident que l'assurance maladie-invalidité n'atteindra son plein effet qu'au travers d'une coordination entre les services de l'I. N. A. M. I. et ceux du Ministère de la Santé publique et de la Famille, poursuit le Ministre qui souligne encore que le nouveau système sera lancé sur une situation financière équilibrée. Une croix est faite sur le passé. Après avoir justifié l'autonomie donnée dans le cadre de l'I. N. A. M. I. aux services « soins de santé » et « indemnités », il exprime l'opinion que la gratuité des soins de santé accordée aux pensionnés, veuves et invalides ne sera pas une source d'abus.

— Le Ministre ajoute que les prestations de l'assurance « soins de santé » pourront être étendues aux travailleurs indépendants par arrêté royal.

Il conclut en déclarant que le projet en discussion n'est pas inamendable et en exprimant sa confiance dans l'aboutissement de ce qui doit être une œuvre commune à tout le Parlement.

* * *

Deux commissaires ne voient pas la possibilité d'étendre l'A. M. I. aux indépendants par voie d'arrêté royal, car ceux-ci posent sur le plan d'une assurance-indemnités des problèmes très particuliers, soit parce qu'ils disposent déjà d'un régime propre, soit parce que leur solution ne peut s'intégrer au système en vigueur pour les salaires.

Cette question sera examinée au cabinet de la Prévoyance sociale.

Un membre estime qu'il existe un rapport entre l'augmentation des revenus et l'augmentation des fonds consacrés aux soins de santé. C'est là que se trouve, à son avis, le nœud du problème financier.

Le Ministre communiquera les documents nécessaires.

— La discussion générale est close.

doeleinden van het ontwerp te bereiken dank zij ingevolge door onderhandelingen gesloten overeenkomsten. De voornaamste moeilijkheden hierbij kwamen van de zijde van de geneesheren. Terecht mag de vraag worden gesteld of de geneesheren werkelijk een overeenkomst met de V. Z. I. wensen. Anderhalf jaar geleden werd, na langdurige onderhandelingen, een protocol ondertekend met de leiders van het Algemeen Geneesherenverbond. Deze leiders werden echter in de steek gelaten door hun confraters. Alle initiatieven tot reorganisatie van de verzekering zijn tot op heden op de slechte wil van het geneesherenkorps gestuit. De geneesheren blijken overigens vaak slecht ingelicht te zijn. Dit moet worden vermeden.

— Zullen de honoraria en terugbetalingstarieven verschillen volgens de streek ? Ja. Om een overeenkomst te bereiken zal in verschillende tarieven worden voorzien volgens de categorie van geneesheren. Die verschillen mogen echter niet tot gevolg hebben dat er een geneeskunde voor de rijken en een andere voor de armen komt. Men mag dus zeggen dat er afwijkingen zullen voorkomen volgens de streek en volgens de categorie waartoe de dokter behoort. Bij het bepalen van de verschillen in de gemiddelde kosten, welke in een zelfde streek onder de verschillende verzekeringsinstellingen bestaan, moet rekening worden gehouden met : de leeftijd van de verzekerde, de aard van diens beroepsactiviteit en de demografische factor van de streek.

De afwijking in verband met de categorie wordt bepaald door de specialisatie van de dokter. Die afwijkingen worden omschreven in de overeenkomst.

— Het ligt voor de hand, aldus de Minister, dat een volledig resultaat van de ziekteverzekering enkel kan worden bereikt door middel van coördinatie tussen de diensten van het R. I. Z. I. V. en de diensten van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin. Hij wijst er verder op dat de nieuwe regeling op een evenwichtige financiële toestand zal berusten. Er wordt een streep gehaald door het verleden. Na de redenen te hebben opgegeven waarop de autonomie is gegrond welke in het raam van het R.I.Z.I.V. aan de diensten « geneeskundige verzorging » en « uitkeringen » wordt verleend, verklaart hij dat het verlenen van kosteloze geneeskundige verzorging aan gepensioneerden, weduwen en invaliden naar zijn mening geen aanleiding zal geven tot misbruiken.

— De Minister voegt eraan toe dat de prestaties in verband met de verzekering voor geneeskundige verzorging bij koninklijk besluit mede van toepassing kunnen worden verklaard op de zelfstandigen.

Tot besluit verklaart hij dat het ontwerp vatbaar is voor amendementen en hij spreekt zijn vertrouwen uit in het welslagen van deze onderneming, waaraan het ganse Parlement moet medewerken.

* * *

Twee leden achten het niet mogelijk dat de V. Z. I. bij koninklijk besluit ook van toepassing wordt verklaard op de zelfstandigen, want op het stuk van de uitkeringsverzekering komt men bij de zelfstandigen voor zeer bijzondere problemen te staan, doordat die reeds over een eigen regeling beschikken of doordat voor hen geen oplossing te vinden is in het raam van de voor de loontrekkenden geldende regeling.

Dit vraagstuk zal op het kabinet van Sociale Voorzorg worden onderzocht.

Een lid meent dat er een verhouding bestaat tussen de stijging van de inkomsten en de stijging van het geld besteed aan de gezondheidszorg. Het lid is van oordeel dat de kern van het financieel probleem daarin berust.

De heer Minister zal de nodige dokumenten ter hand stellen.

— De algemene bespreking is gesloten.

3. — Observations formulées en dehors du Parlement.

Les membres ont reçu de nombreuses lettres, ordres du jour, suggestions et notes qui leur ont été envoyés par des personnes et des organisations intéressées.

Il n'est pas de coutume d'en faire mention dans le rapport. Les rapporteurs ont cependant reçu mandat de déroger à cette règle pour un seul cas : les considérations émises par le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins au sujet des aspects déontologiques.

Vu l'importance de cette institution, un membre a demandé, au cours d'une réunion de la Commission, que le Ministre réponde aux observations et que celles-ci soient reprises au rapport. L'orateur a également demandé si le Conseil Supérieur de l'Ordre, malgré sa mission en principe d'ordre purement déontologique, ne pourrait pas être un partenaire valable en vue d'amorcer le dialogue avec les médecins.

Le Ministre est d'avis qu'en publiant le document précité, le Conseil Supérieur a outrepassé ses attributions : il a quitté le domaine de la déontologie en engageant une polémique au sujet de ce projet.

Ce fait est d'autant plus regrettable que le document en discussion a été publié le 20 mai dernier, tandis qu'en date du 16 dito déjà, le Ministre avait répondu à une lettre personnelle du Conseil Supérieur précité et que certaines objections sont tombées à la suite de modifications du texte.

Contenu de la note du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Considérations au sujet des aspects déontologiques du projet de loi n° 527.

Ce n'est que par le dépôt du projet de loi n° 527 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité que le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a eu connaissance des dispositions de ce projet.

Ayant pour tâche légale de donner des avis sur des questions d'ordre général relatives au maintien des règles de la déontologie médicale, à l'honneur, à la discrétion et à la dignité des membres de l'Ordre des médecins, le conseil supérieur a le devoir d'étudier les incidences déontologiques du projet.

Celui-ci appelle, entre autres, les observations ci-après :

Le projet aggrave les dispositions de la loi unique soumettant les médecins, dans l'exercice de leur profession, à l'emprise d'organismes administratifs et consacre une aliénation de leur indépendance, par une soumission inconditionnelle à des dispositions purement administratives, ce sous peine de sanctions correctionnelles.

La médecine touche l'être humain dans ses éléments somatiques, psychologiques et émotifs, c'est-à-dire dans ses éléments les plus intimes et les plus personnels.

Elle doit rester indépendante; cela répond aux droits et aux intérêts du malade.

Cette indépendance exige, entre autres, le libre choix réel du médecin, le respect du secret professionnel et la liberté de thérapeutique, sauf abus.

3. — Opmerkingen buiten het Parlement.

De commissieleden ontvingen talrijke brieven, dagorden, suggesties en nota's, hun gestuurd door belangstellende personen en organisaties.

Het is niet de gewoonte deze te vermelden in het verslag. Aan de verslaggevers werd echter opdracht gegeven hiervan af te wijken voor één enkel geval : de beschouwingen omtrent de deontologische aspecten vanwege de Hoge Raad van de Orde der geneesheren.

Wegens het belang van deze instelling heeft een lid in een commissievergadering de Minister gevraagd de opmerkingen te beantwoorden en deze op te nemen in het verslag. Spreker stelde tevens de vraag of, ondanks zijn in principe zuiver deontologische opdracht, de Hoge Raad van de Orde niet een geschikte partner zou kunnen zijn om het gesprek met de dokters op gang te brengen.

De Minister is van mening dat, door de publikatie van genoemd document, de Hoge Raad zijn bevoegdheid is te buiten gegaan : hij heeft het terrein van de deontologie verlaten door een polemiek aan te gaan betreffende dit ontwerp.

Deze daad is des te meer betreurenswaardig daar het besproken document gepubliceerd werd op 20 mei ll. terwijl reeds op 16 mei ll. de Minister aan genoemde Hoge Raad had geantwoord op een persoonlijk schrijven en sommige bezwaren ondertussen zijn weggevallen wegens tekstwijzigingen.

Inhoud van de nota van de Hoge Raad van de Orde der geneesheren.

Beschouwingen omtrent de deontologische aspecten van het wetsontwerp nr 527.

Het is eerst door het indienen van het wetsontwerp nr 527, tot instelling van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat de Hoge Raad van de Orde der geneesheren kennis heeeft kunnen nemen van de inhoud van bedoeld ontwerp.

Daar de Hoge Raad er krachtens de wet mede belast is advies uit te brengen nopens zaken van algemeen belang die betrekking hebben op de geneeskundige plichtenleer en op de eer, de kiesheid en de waardigheid van de leden van de Orde, acht hij het tot zijn plicht het wetsontwerp op deontologisch gebied te onderzoeken.

Dit ontwerp geeft onder meer aanleiding tot volgende opmerkingen :

Het ontwerp verzwaart de bepalingen van de eenheidswet die de geneesheren, in de uitoefening van hun beroep, afhankelijk maken van administratieve organismes; het bevestigt het teloorgaan van hun onafhankelijkheid door hen aan louter administratieve bepalingen te onderwerpen, zulks op straffe van correctionele veroordelingen.

De geneeskunde komt met de meest intieme en persoonlijke elementen van het menselijk wezen, somatische als psychische, voortdurend in aanraking.

Het behoud van de onafhankelijkheid van de geneeskunde is geboden door de rechten en belangen van de zieke.

Die onafhankelijkheid vereist een werkelijk vrije keus van de geneesheer, het eerbiedigen van het beroepsgeheim en, behoudens misbruiken, de vrijheid inzake therapie.

Le conseil supérieur a toujours été partisan résolu d'un contrôle du fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité, mais le souhaite à la fois effectif et conforme à l'éthique médicale.

Un contrôle requiert la collaboration des médecins et cette collaboration ne peut être sincère et efficace que si ceux-ci, acceptant d'être contrôlés, ne se sentent pas brimés.

Le projet dispose que « le médecin donne ses soins aux bénéficiaires chaque fois qu'il y est sollicité ».

Cette obligation est sanctionnée par des peines, même d'emprisonnement correctionnel.

La déontologie médicale, fondée sur l'intérêt du malade, a toujours estimé que, de même que le malade doit avoir le libre choix de son médecin, celui-ci doit avoir la faculté de donner ses soins ou de les refuser, sauf le cas d'urgence, à un malade déterminé, cette faculté pouvant trouver sa justification dans des raisons les plus légitimes et les plus désintéressées.

Ce serait la première fois qu'en Belgique, un citoyen, ne se trouvant pas dans les liens d'un contrat de louage de services, se verrait, sauf réquisition, obligé, sous peine de sanction pénales, d'effectuer un travail professionnel dans des conditions déterminées d'autorité.

Il convient de rappeler que la déontologie médicale a toujours condamné l'abandon du malade ou le refus de soins sans motifs valables.

Les relations entre médecin et malade doivent rester basées sur la confiance réciproque.

Cette confiance ne peut naître de la menace de sanctions pénales.

Le malade doit garder effectivement le droit de choisir librement son médecin. On peut admettre qu'il soit mis en possession d'une liste de médecins qui s'engagent personnellement à respecter des tarifs de prestations. Mais il est contraire au droit élémentaire de l'assujetti de supprimer à celui-ci la part d'intervention de l'organisme assureur s'il estime devoir consulter un médecin non conventionné.

Certaines dispositions du projet tendent à exercer sur l'assujetti une pression manifeste quant à ce choix et vont directement à l'encontre de son intérêt et de celui de la collectivité. Elles aboutissent, dans certains cas, à l'interdiction de fait, pour l'assujetti, de consulter le médecin qui a sa confiance.

Quant au secret médical, il convient de relever que le projet impose au médecin spécialiste de communiquer, dans certains cas, au médecin conseil de l'organisme assureur le protocole des examens pratiqués et l'obligation, dans tous les cas, de lui adresser le double du rapport écrit constituant une étude de synthèse.

Le projet dispose en outre que chaque bénéficiaire sera doté, par son organisme assureur, d'un carnet individuel de prestations, sur lequel les prestations dont le malade aura été l'objet devront être indiquées.

Enfin, les médecins inspecteurs pourront exiger des médecins la communication de tous registres, états, correspondance et autres documents.

Ces dispositions permettent de redouter les atteintes les plus graves au principe essentiel du secret médical, qui

Steeds is de Hoge Raad voorstander geweest van de controle van de werking van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, met dien verstande dat die controle afdoende weze en overeenkomstig de medische moraal. Controle vereist medewerking van de geneesheren en deze medewerking kan dan alleen oprecht zijn en vruchten afwerpen zo de geneesheren, die erin toestemmen te worden gecontroleerd, niet het gevoelen hebben het voorwerp van nutteloze plagerijen te zijn.

Het ontwerp bepaalt : « de geneesheer verstrekt verzorging aan de rechthebbenden telkens hij er om verzocht wordt ». Wie zich aan deze verplichting zou onttrekken, wordt bedreigd met straffen, ja zelfs met correctionele gevangenisstraf.

Volgens de medische deontologie, die als basis heeft het belang van de zieke, moet, zowel als de zieke de vrije keus van zijn geneesheer moet hebben, de geneesheer vrij blijven aan een bepaalde patiënt zijn zorgen te verstrekken of deze, behoudens in dringende gevallen, te weigeren. Deze negatieve houding kan door de meest gegronde en onbaatzuchtige redenen gerechtvaardigd worden.

Het zou de eerste maal zijn dat, in België, de gevallen van opeising uitgezonderd, een burger, die zich niet in de banden van een dienstverhuring bevindt, ertoe zou gedwongen worden, op gevaar van strafrechtelijke veroordeling, beroepsdaden te verrichten in van overheidswege bepaalde omstandigheden.

Er weze aan herinnerd dat de deontologie het verlaten van de patiënt of het weigeren van zorgen zonder aanvaardbare redenen, steeds als laakbaar heeft gebrandmerkt.

De verhoudingen tussen geneesheer en zieke moeten berusten op wederzijds vertrouwen.

Bedreigingen met strafbepalingen bevordert geenszins dit vertrouwen.

De zieke moet daadwerkelijk het recht op de vrije keus van de geneesheer behouden. Wel zou kunnen aanvaard worden dat de zieke zou beschikken over een lijst van geneesheren die zich ertoe persoonlijk zouden verbonden hebben de tarieven van verstrekkingen in acht te nemen. Doch het zou onverenigbaar zijn met het elementaire recht van de verzekerde hem de tegemoetkoming van de verzekerinksinstelling te ontzeggen indien hij een niet geconventioneerd geneesheer zou geraadpleegd hebben.

Sommige bepalingen van het ontwerp strekken ertoe op de verzekerde druk uit te oefenen wat betreft die keus; dit is rechtstreeks in strijd met het belang zowel van de zieke als van de gemeenschap. Zij komen erop neer de zieke in feite het verbod op te leggen de geneesheer, die zijn vertrouwen geniet, te raadplegen.

Met betrekking tot het beroepsgeheim, dient gewezen te worden hierop dat het ontwerp de geneesheer-specialist oplegt, in bepaalde gevallen, aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling het protocol van zijn onderzoekingen mede te delen, alsmede de verplichting hem, in alle gevallen, het duplicaat van elk geschreven verslag, dat een synthetische studie is, over te maken.

Het ontwerp bepaalt bovendien dat ieder rechthebbende zal worden voorzien van een individueel verstrekkingenboekje waarin alle zorgen of verstrekkingen, die hij genoten heeft, moeten vermeld worden.

Eindelijk zullen de geneesheren-inspecteurs de mededeling mogen eisen, door de geneesheren, van alle registers, staten, briefwisseling en andere bescheiden.

Deze bepalingen kunnen leiden tot de zwaarste inbreuken inzake medisch geheim, waarvan de bestaansrededen

n'existe que dans l'intérêt du malade et qui fut toujours reconnu par le pouvoir judiciaire.

En résumé, le projet comprend des dispositions qui risquent d'entraîner un abaissement, tant de la moralité médicale que de la qualité de la médecine.

Enfin, la réglementation qu'il envisage constitue un obstacle à la promotion du médecin, facteur important pour la qualité de la médecine et indispensable pour la dignité de toute profession.

L'adoption du projet signifierait, dans toute sa tristesse, une médecine de classes.

* * *

Estimant que le projet ignore ou méconnaît des règles de déontologie, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins se tiendra, comme par le passé, à la disposition des autorités pour examiner avec elles les moyens propres à sauvegarder le respect des droits du malade et des droits corrélatifs du médecin, en même temps que l'intérêt général.

* * *

Réponse du Ministre.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de répondre à votre lettre du 11 mai 1963 par laquelle vous me communiquez les observations du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins sur le projet de loi n° 527, quant à ses incidences sur la déontologie médicale.

Votre Conseil estime que « le projet aggrave les dispositions de la Loi Unique soumettant les médecins, dans l'exercice de leur profession, à l'emprise d'organismes administratifs et consacre une aliénation de leur indépendance, par une soumission inconditionnelle à des dispositions purement administratives, ce, sous peine de sanctions correctionnelles ».

Je désire faire observer à ce sujet que le projet de loi, tel qu'il a été déposé, est conçu dans la perspective d'une collaboration librement consentie du corps médical, il est invité à négocier les termes d'une convention, d'abord sur le plan national, puis en cas d'échec, sur le plan régional. Si ces négociations n'aboutissent pas, les médecins auront la possibilité d'adhérer individuellement à tout autre type de convention approuvé par le Ministre de la Prévoyance sociale.

L'indépendance du corps médical et de chaque médecin en particulier est, par conséquent, sauvegardée dans la mesure où les médecins acceptent de négocier les dispositions d'une convention réglant leurs rapports avec l'assurance soins de santé.

Quant à l'emprise d'organismes administratifs sur les médecins, je ne vois pas quelle disposition du projet de loi permet de lui attribuer cette portée et d'autre part, l'exercice même de la profession — en ce qu'il concerne la liberté du médecin de décider souverainement des investigations diagnostiques et des mesures thérapeutiques qu'il estime en conscience devoir mettre en œuvre — n'est en rien réglementé par le projet.

J'ajoute que le projet de loi en réservant au corps médical une place importante au sein du Comité de gestion de l'assurance soins de santé, garantit pour la première fois aux médecins, leur participation à l'élaboration de toute la réglementation concernant cette assurance.

het uitsluitend belang van de zieke is en dat steeds door de rechterlijke macht werd erkend.

Kortom kunnen sommige bepalingen van het ontwerp leiden tot verzwakking van de medische moraal en van de kwaliteit van de geneeskunde.

Ten slotte zou de voorgenomen reglementering een hinderpaal zijn voor de promotie van de geneesheer, belangrijke factor voor de kwaliteit van de geneeskunde, en onontbeerlijk voor de waardigheid van welk beroep ook.

Het aannemen van het ontwerp zou een zeer betreurenswaardige klassengeneeskunde in het leven roepen.

* * *

De Hoge Raad is van oordeel dat het ontwerp geen rekening houdt met regelen van de deontologie of deze miskent. Zoals voorheen houdt hij zich ter beschikking van de autoriteit ten einde gezamenlijk te onderzoeken welke middelen de rechten van de zieke en correlatieve rechten van de geneesheer, zomede het algemeen belang, zouden kunnen vrijwaren.

* * *

Antwoord van de Minister.

Mijnheer de Voorzitter,

Ik heb uw schrijven dd. 11 mei 1963 ontvangen, waarin U mij de opmerkingen van de Hoge Raad van de Orde der Geneesheren betreffende het wetsontwerp nr 527 mededeelt, meer bepaald wat de gevolgen daarvan voor de plichtenleer zullen zijn.

Uw Raad is van oordeel dat « het ontwerp de bepalingen verzwaart van de eenheidswet, die de geneesheren in de uitoefening van hun beroep afhankelijk maken van administratieve organismes; het bevestigt het teloorgaan van hun onafhankelijkheid door hen aan louter administratieve bepalingen te onderwerpen, zulks op straffe van correctionele straffen ».

Dienaangaande moge ik erop wijzen dat het wetsontwerp, in de vorm waarin het is ingediend, opgesteld is met het oog op een vrijelijk verleende medewerking van de artsen : dezen worden ertoe uitgenodigd te onderhandelen over een overeenkomst op nationaal vlak, en in geval van een mislukking, op regionaal vlak. Komen deze onderhandelingen niet tot een goed einde, dan zullen de artsen individueel mogen toetreden tot elke andere soort overeenkomst die de goedkeuring van de Minister van Sociale Voorzorg wegdraagt.

Dienvolgens wordt aan het zelfstandige karakter van het geneesherenkorps en van elke dokter in het bijzonder niet geraakt, voor zover de artsen ermede instemmen een overeenkomst te sluiten waarbij hun betrekkingen met de verzekering voor geneeskundige verzorging geregeld worden.

Wat nu de invloed van de overheidsinstellingen op de artsen betreft, ik zie niet in welke bepaling in het wetsontwerp tot een zodanige conclusie kan leiden, en aan de andere kant wordt de uitoefening zelf van het beroep — m.b.t. de vrijheid van de arts om eigenmachtig te beslissen over de onderzoekingen voor diagnosedoeleinden en de therapeutische maatregelen die hij in geweten meent te moeten verrichten, resp. treffen — in geen enkel opzicht door het ontwerp geregeld.

Ik voeg hieraan toe dat door het feit dat het wetsontwerp de artsen een belangrijke plaats in het beheerscomité van de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft toegewezen, voor de eerste maal bereikt wordt dat de dokters betrokken zijn bij de uitwerking van de gehele verzekeringsregeling.

Le Conseil supérieur critique par ailleurs la disposition du projet qui stipule que « le médecin donne ses soins aux bénéficiaires chaque fois qu'il y est sollicité ».

J'avais déjà constaté que la lettre de cette disposition ne correspondait pas à son esprit et un amendement a été apporté, qui précise que « les soins sont donnés aux bénéficiaires dans les conditions les plus économiques compatibles avec la nécessité du maintien ou de la restauration de leur santé ».

J'estime par ailleurs avec vous que le libre choix du malade doit être sauvegardé mais ce libre choix ne peut pas être mis en péril par le refus du médecin lui-même d'accepter un minimum de règles permettant à l'assuré de faire valoir ses droits : à ce sujet, le Gouvernement étudie les mesures nécessaires pour rendre le libre choix du malade compatible avec ses possibilités d'accéder matériellement aux ressources de la médecine.

Je voudrais enfin me permettre de vous faire observer qu'en réglementant de façon uniforme le problème du ticket modérateur, celui du tiers payant et en définissant les conditions dans lesquelles le paiement forfaitaire peut être effectué, le projet de loi apporte d'incontestables améliorations sur le régime actuel en ce qu'il met fin à des pratiques concurrentielles incompatibles avec la déontologie.

Vous estimez que certaines dispositions du projet vous font redouter les atteintes les plus graves au principe essentiel du secret médical, visant en cela les pouvoirs donnés aux médecins-inspecteurs du service de contrôle médical, de demander communication de certains documents aux médecins : outre que cette disposition existe actuellement dans le chef de l'Institut du Contrôle médical, je dois vous faire observer que le comité du nouveau service, comme celui de l'actuel institut, est uniquement composé de médecins, parmi lesquels des représentants du Conseil supérieur de l'Ordre et que cette seule disposition me paraît donner une garantie suffisante quant à la façon dont les médecins-inspecteurs accompliront leur mission.

Je crois d'autre part que nier le droit des médecins-inspecteurs de prendre connaissance d'un dossier médical, c'est nier la possibilité même de contrôler les prestations.

J'aimerais vous dire que j'ai, pendant de longs mois, consacré tout le temps nécessaire à prendre connaissance des desiderata du corps médical et des conditions dans lesquelles il souhaitait apporter sa collaboration à l'assurance soins de santé et aujourd'hui encore, je reste disposé à entendre toute suggestion positive qui pourrait être faite pour autant qu'elle émane de négociateurs valables.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre,
E. LEBURTON.

Monsieur A. Belpaire,
Président du Conseil supérieur
de l'Ordre des médecins,
Square de Meeus, 17
Bruxelles.

De Hoge Raad heeft ook kritiek uitgebracht op de bepaling van het wetsontwerp waarin wordt gestipuleerd dat « de geneesheer verzorging verstrekt aan de rechthebbenden telkens als hij erom verzocht wordt ».

Ik heb reeds geconstateerd dat het schrijven van deze bepaling niet strookt met de geest ervan, en een amendement werd voorgesteld, dat luidt als volgt : « de verzorging wordt verstrekt aan de rechthebbenden onder de zuinigste voorwaarden welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van hun gezondheid ».

Voorts ben ik het er met U over eens dat de vrije keus van de zieke gevrijwaard moet blijven, maar deze vrije keus mag niet in het gedrang komen ingevolge de weigering van de artsen een minimum aantal regels te aanvaarden, dank zij welke de verzekerde zijn rechten moet kunnen laten gelden : in dat verband bestudeert de Regering de maatregelen die nodig zijn om de vrije keus van de zieke te doen stroken met de hem geboden mogelijkheden om uit een materieel oogpunt zijn toevlucht te nemen tot de hulpmiddelen die de geneeskunde hem kan bieden.

Tenslotte moet ik U erop attent maken dat het wetsontwerp, door op eenvormige wijze het probleem van het matigingsticket en van de betalende derde te regelen, en door de voorwaarden te bepalen onder welke de forfaitaire betaling mag geschieden, ontegenzeglijk verbeteringen invoert t.o.v. de thans van kracht zijnde regeling, in zoverre het een einde maakt aan mededingingspraktijken die niet met de plichtenleer overeen te brengen zijn.

U bent van mening dat sommige bepalingen van het wetsontwerp het beroepsgeheim van de geneeskundigen sterk kunnen aantasten, waarbij U meer bepaald op het oog hebt de bevoegdheden die aan de geneesheren-inspecteurs van de dienst voor geneeskundige controle is gegeven, om aan de dokters mededeling te vragen van sommige documenten : ik moge U opmerkzaam maken op het feit dat deze bepaling thans reeds wordt toegepast door het Instituut voor geneeskundige controle en dat het comité van de nieuwe dienst evenals dit van het huidige instituut uitsluitend is samengesteld uit dokters, onder wie vertegenwoordigers van de Hoge Raad van de Orde, en dat die schikking op zichzelf al een voldoende waarborg zou moeten zijn voor de wijze waarop de geneesheren-inspecteurs zich van hun opdracht zullen kwijten.

Aan de andere kant meen ik dat, als aan de geneesheren-inspecteurs wordt geweigerd kennis te nemen van een geneeskundig dossier, zulks erop neerkomt de mogelijkheid zelf van een controle op de verstrekkingen te weigeren.

Ik stel er tenslotte nog prijs op U te zeggen dat ik sedert lange maanden de nodige tijd heb besteed aan de desiderata van het geneesherenkorps en aan de voorwaarden waaronder zij hun medewerking willen verlenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en dat ik ook thans nog bereid blijf om elke eventuele positieve suggestie te overwegen, voor zover die van een geldige gesprekspartner uitgaat.

Met de meeste hoogachting,

De Minister,
E. LEBURTON.

De Heer A. Belpaire,
Voorzitter van de Hoge Raad
van de Orde der Geneesheren,
de Meeus square, 17
Brussel.

IV. — EXAMEN DES ARTICLES.

TITRE I.

GENERALITES.

Article premier :

Un membre voudrait que cet article se limite à sa première phrase, laquelle, dit-il, résume l'objet du projet de loi.

Tel n'est pas l'avis d'un autre membre qui rappelle que le Groupe parlementaire de travail chargé de l'étude de la réforme de l'A. M. I. n'a cessé de souhaiter qu'une distinction soit opérée entre l'assurance « soins de santé » et l'assurance « indemnités ».

Telle est également l'opinion du Ministre qui estime que l'article premier doit définir les grands traits de la nouvelle organisation de l'A. M. I.

L'article premier est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Un commissaire justifie l'abstention des membres du groupe du P. L. P. comme suit :

« Nous sommes partisans de l'amélioration du régime de l'assurance maladie-invalidité. Toutefois nous n'avons pas voté oui parce que nous ne sommes pas d'accord avec le Ministre sur la portée du vote de l'article premier. Nous ne pouvons voter cet article à défaut de précisions sur diverses dispositions importantes du projet. »

Article 2 :

a) *Terminologie.*

Plusieurs commissaires posent un problème de terminologie : pourquoi utiliser les mots « titulaire » et « bénéficiaire » plutôt que le mot « assuré » ?

Le Ministre insiste pour que l'on s'en tienne au vocabulaire en usage qui est compris par les assurés sociaux.

Une remarque semblable est faite par plusieurs commissaires en ce qui concerne l'utilisation des termes « rechthebbende » et « gerechtigde ».

Le Ministre donne à ce propos les indications suivantes :

« Rechthebbende », composé des mots « recht » et « hebben » signifie en général : celui qui a droit à quelque chose, notamment à une prestation. « Gerechtigde » signifie en général celui qui peut prétendre le bénéfice d'une prestation.

Donc, bien que la signification générale des deux termes ne diffère pratiquement pas, ils ont été utilisés dans la terminologie sociale et juridique pour des notions différentes. Or, cette utilisation n'est pas uniforme de sorte que les dictionnaires de termes sociaux, administratifs et juridiques ne sont pas unanimes quant à leur signification. De plus, on ne peut se référer à notre législation sociale dans laquelle ces termes couvrent des notions différentes suivant le secteur de la législation sociale qui les emploie; c'est ainsi que dans la législation et la réglementation con-

IV. — BESPREKING VAN DE ARTIKELEN.

TITEL I.

ALGEMENE BEPALINGEN.

Eerste artikel :

Een lid wenst dat dit artikel beperkt zou worden tot de eerste zin. Daarin, zegt hij, wordt het doel van het wetsontwerp samengevat.

Dit is niet de mening van een ander lid, die eraan herinnert dat de Parlementaire Werkgroep, die belast is met de studie van de hervorming van de Z. I. V., steeds heeft gewenst dat een onderscheid wordt gemaakt tussen de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering.

Dit is eveneens de mening van de Minister, die oordeelt dat het eerste artikel in brede trekken de omschrijving van de nieuwe organisatie van de Z. I. V. moet behelzen.

Het eerste artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Een lid verantwoordt de onthouding van de leden van de P. V. V.-groep als volgt :

« Wij zijn voorstander van de verbetering van het stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Wij hebben nochtans niet « ja » gestemd, omdat wij het niet eens zijn met de Minister nopens de draagwijdte van de stemming over het eerste artikel. Wij kunnen dit artikel niet goedkeuren bij gebrek aan bijzonderheden over verscheidene belangrijke bepalingen van het ontwerp. »

Artikel 2 :

a) *Terminologie.*

Verscheidene leden brengen een vraagstuk van terminologische aard te berde : waarom gebruikt men de woorden « titulaire » en « bénéficiaire » en niet het woord « assuré » ?

De Minister dringt erop aan dat men zich zou houden aan de gebruikelijke woordenschat, die door de sociaal verzekerden begrepen wordt.

Een soortgelijke opmerking wordt door verscheidene leden gemaakt met betrekking tot het gebruik van de termen « rechthebbende » en « gerechtigde ».

Dienaangaande verstrekt de Minister volgende inlichtingen :

Rechthebbende, samengesteld uit de woorden recht en hebben betekent in algemene zin : hij die recht heeft op iets, inzonderheid op een prestatie. Gerechtigde betekent in algemene zin hij die aanspraak kan maken op het genot van een prestatie.

Hoewel de algemene betekenis van beide termen dus praktisch niet verschilt, is men ze in de sociale en de rechtsterminologie voor verschillende begrippen gaan gebruiken. Dit gebruik nu is niet eenvormig, zodat de woordenboeken met sociale, administratieve en rechtstermen niet eensgezind zijn over de betekenis. Bovendien kan niet worden gesteund op onze sociale wetgeving, waarin die woorden verschillende begrippen dekken, al naar gelang van de tak van de sociale wetgeving; zo bij voorbeeld treffen wij in de wetgeving en reglementering betreffende

cernant les allocations familiales, on trouve les termes « rechtgevend kind » pour les termes français « bénéficiaire » ou « enfant bénéficiaire », d'où on peut conclure que la signification est fréquemment fonction du contexte.

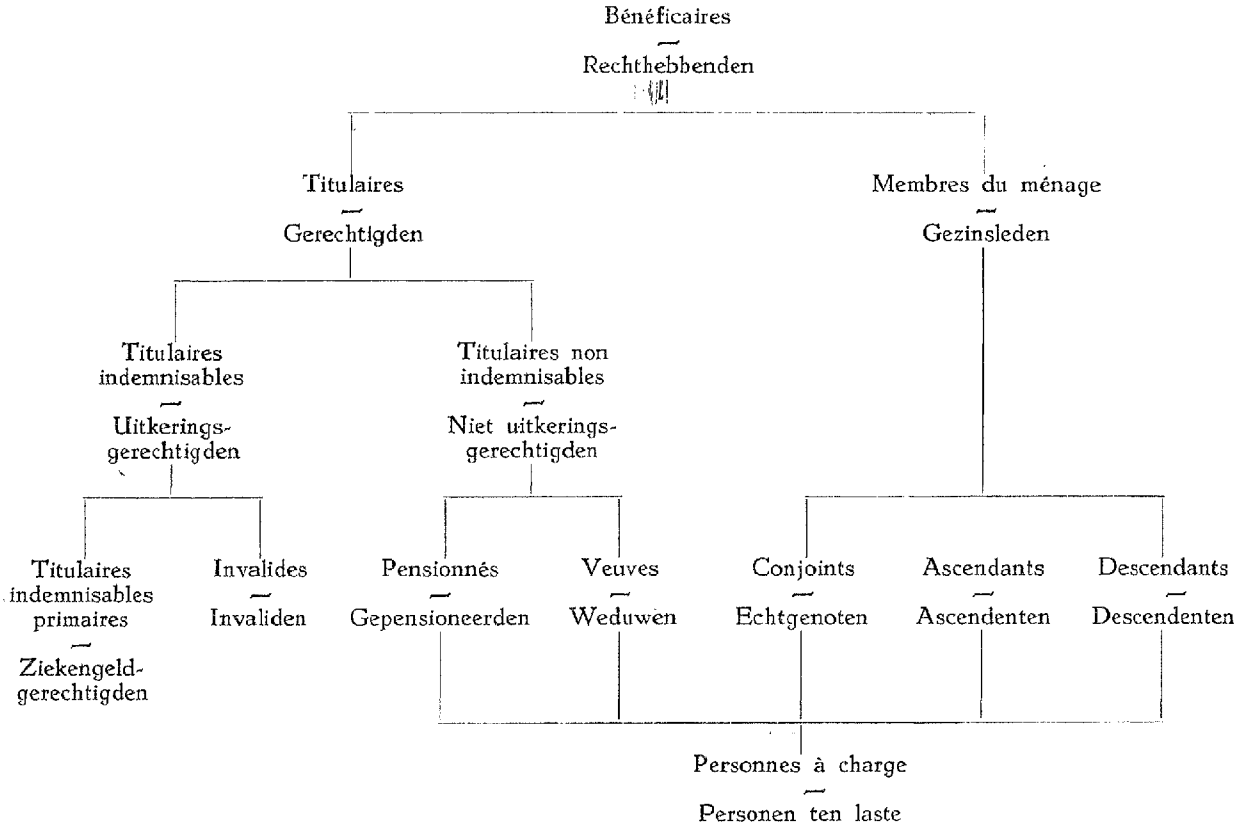
Sur la base de ces considérations une terminologie a été arrêtée au sein du Fonds national d'assurance maladie-invalidité, qui est d'application générale notamment dans les circulaires qui sont régulièrement adressées aux organismes assureurs et dans toutes les études et tous les tableaux statistiques que publie le Fonds national. Dès lors, les organismes assureurs se sont familiarisés avec la terminologie ci-après.

C'est pour ces raisons qu'il convient de confirmer l'emploi des termes « rechthebbende » et « gerechtigde » à l'article 2, *e)* et *f)*, d'autant plus qu'aucune confusion n'est à craindre, cet article prévoyant d'une façon précise quelles sont les personnes visées.

de kinderbijslag de termen « rechtgevend kind » aan voor de Franse termen « bénéficiaire » of « enfant bénéficiaire », waaruit mag besloten worden dat de betekenis vaak afhangt van de contekst.

Op grond van al die overwegingen is sedert vele jaren in het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit in dat verband een terminologie uitgewerkt die algemeen wordt toegepast, onder meer in de omzendbrieven die regelmatig aan de verzekeringsinstellingen worden gezonden en in alle statistische studies en tabellen die door het Rijksfonds worden gepubliceerd, zodat de verzekeringsinstellingen met deze terminologie, die hierna volgt, vertrouwd zijn.

Om die redenen verdient het aanbeveling in artikel 2, *e)* en *f)* het gebruik te bevestigen van de termen « rechthebbende », respectief « gerechtigde », te meer daar niet hoeft gevreesd voor verwarring, aangezien in dat artikel nauwkeurig wordt bepaald welke personen worden bedoeld.



b) *classification des infirmières.*

La question est posée de savoir si les infirmières ne doivent pas être rangées parmi les praticiens de l'art de guérir ou, à tout le moins, être rangées avec les kinésistes et les garde-malades dans une catégorie spéciale dite les « auxiliaires médicaux » que l'on distinguerait de la sorte des « auxiliaires paramédicaux » comprenant les bandagistes dont le rôle est différent.

Le Ministre souligne que c'est à la demande du Ministre de la Santé publique et conformément à la législation en vigueur que les infirmières ont été écartées de la catégorie

b) *classificatie van de verpleegsters.*

Er werd gevraagd of de verpleegsters niet dienen gevoegd te worden bij de beoefenaars van de geneeskunst, of ten minste, bij de kinesitherapeuten en de ziekenoppassers, in een speciale categorie, de « medische medewerkers » geheten, die men aldus zou onderscheiden van de « paramedische medewerkers » waartoe de bandagisten, wier rol verschillend is, behoren.

De Minister onderstreept dat de ziekenverpleegsters afgezonderd werden van de categorie van de beoefenaars van de geneeskunst waartoe de vroedvrouwen behoren op

des praticiens de l'art de guérir dont font partie les accoucheuses.

Il soumettra le problème à son collègue en lui faisant part du vœu exprimé par des membres de la commission.

L'article est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 3 :

a) *Signification du texte.*

Il résulte du texte proposé que seules les unions nationales existantes et la Caisse auxiliaire peuvent entrer en ligne de compte pour l'application de la présente loi.

Sauf modification de la législation, il ne peut être procédé à la création de nouvelles unions nationales.

Les unions nationales actuellement reconnues sont :

1) l'Union nationale des mutualités chrétiennes;
2) l'Union nationale des mutualités socialistes;
3) l'Union nationale des mutualités libérales;
4) l'Union nationale des mutualités neutres;
5) l'Union nationale des mutualités professionnelles;
6) la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

b) *Modification de texte.*

M. Glineur défend un amendement ayant pour effet de provoquer la fusion des différents organismes assureurs et de mettre fin, de la sorte, au régime pluraliste fonctionnant dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Cet amendement est repoussé par la commission unanime.

Suite à un échange de vues auquel participent plusieurs commissaires, la commission unanime modifie l'article 3 comme suit :

« Sont agréées pour l'application des dispositions de la présente loi *les unions nationales qui l'étaient pour l'application de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité.*

Les unions nationales garantissent, dans leurs statuts, les prestations prévues par la présente loi. »

c) *Questions.*

Question : Plusieurs membres demandent quelles seront, pour l'assurance libre, les répercussions de la réforme de l'assurance maladie-invalidité. Ne conviendrait-il pas d'assouplir les dispositions actuelles garantissant aux assurés libres les mêmes prestations qu'aux assurés obligatoires ?

Réponse du Ministre : Il est certain qu'un problème important se posera pour l'assurance libre au lendemain du vote de la loi. Des mesures seront prises en conséquence.

Question : Une union nationale peut-elle retirer les subsides à une fédération ou à une caisse primaire qui ne respecterait pas les dispositions de la loi. Pourrait-elle aller jusqu'au paiement des prestations aux ayants droit ?

verzoek van de Minister van Volksgezondheid en overeenkomstig de geldende wetgeving.

Hij zal het vraagstuk aan zijn ambtgenoot voorleggen, waarbij hij hem in kennis zal stellen van de door de leden van de Commissie uitgesproken wens.

Het artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 3 :

a) *Betekenis van de tekst.*

Uit de voorgestelde tekst blijkt dat slechts de thans bestaande landsbonden en de Hulpkas in aanmerking kunnen komen voor de toepassing van deze wet.

Behoudens wijziging van de wetgeving, kunnen geen nieuwe landsbonden in het leven worden geroepen.

De huidige erkende landsbonden zijn :

1) Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;
2) Landsbond der Socialistische Mutualiteiten;
3) Landsbond der Liberale Mutualiteiten;
4) Landsbond der Onzijdige Mutualiteiten;
5) Landsbond der Beroepsmutualiteiten;
6) Hulpkas voor Verzekering tegen Ziekte- en Invaliditeit.

b) *Tekstwijziging.*

De heer Glineur verdedigt een amendement dat ten doel heeft de verschillende verzekeringsinstellingen te verenigen en zodoende een einde te maken aan het meervoudig stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Dit amendement wordt door de Commissie eenparig verworpen.

Na een gedachtenwisseling tussen verscheidene commissieleden wordt artikel 3 door de Commissie met algemene stemmen als volgt gewijzigd :

« Ter toepassing van de bepalingen van deze wet worden die *landsbonden* gemachtigd *die het waren ter toepassing van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering.*

De landsbonden waarborgen in hun statuten de bij deze wet bedoelde prestaties. »

c) *Vragen.*

Vraag : Verschillende commissieleden vragen welke terugslag de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zal hebben op de vrije verzekering. Zouden de huidige bepalingen waarbij aan de vrije verzekerden dezelfde prestaties worden gewaarborgd als aan de verplichte verzekerden, niet moeten worden versoepeld ?

Antwoord van de Minister : Zeker zal, na de goedkeuring van de wet, voor de vrije verzekering een belangrijk vraagstuk rijzen. Maatregelen zullen in dit verband worden genomen.

Vraag : Mag een landsbond de toelagen onttrekken aan een verbond of aan een primaire kas die de bepalingen van de wet niet in acht zou nemen ? Zou hij het zover mogen drijven de prestaties aan de rechthebbenden uit te keren ?

Réponse du Ministre : L'Union nationale dispose des pleins pouvoirs pour régler ses rapports avec ses fédérations et ses caisses primaires dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Question : Est-il possible d'accorder une certaine autonomie aux fédérations ou aux caisses primaires ?

Réponse du Ministre : Vis-à-vis de la loi, seule l'Union nationale est responsable. Elle règle ses rapports comme elle l'entend avec ses fédérations et ses caisses primaires.

Question : Pourra-t-il être procédé, après le vote de la loi, à la création de nouvelles mutualités et de nouvelles fédérations sollicitant leur rattachement à l'une des unions nationales existantes ?

Réponse : Oui, dans les limites de la loi du 23 juin 1894. Celle-ci reste, en effet, en vigueur.

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 4 :

La commission marque son accord unanime pour modifier l'article 4 en y ajoutant *in fine* la phrase suivante :

« *L'union nationale mise en cause est entendue au préalable dans ses moyens de défense.* »

M. D'haeseleer retire son amendement qui proposait cette modification de texte.
Un commissaire ayant posé la question de savoir quelle est la situation d'une fédération de mutualités ou d'une caisse primaire ne respectant pas la réglementation, le Ministre rappelle les mesures prévues dans l'actuel projet de loi (art. 99) et souligne que les unions nationales sont également habilitées à prendre des sanctions dans le cadre de leurs statuts internes.

L'article amendé est adopté par 17 voix et 1 abstention.

Article 5 :

Un membre souhaite que la délégation des employeurs au sein de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité comprenne des représentants des petites entreprises pouvant traduire l'opinion des indépendants.

Le Ministre estime que le problème de la représentation éventuelle des « indépendants » dans les comités de gestion trouverait une solution par leur intégration au sein des délégations d'employeurs. De leur côté les agents des services publics pourraient être inclus dans les délégations des organisations représentatives des travailleurs.

A un autre commissaire le Ministre répond que la disposition d'ordre général de l'article 125, § 1, est corrigée en ce qui concerne la Caisse auxiliaire, par la disposition du § 2 du même article en raison du fait que la Caisse auxiliaire compte peu de titulaires inscrits et que cet établissement public doit néanmoins pouvoir fonctionner normalement.

Antwoord van de Minister : De landsbond beschikt over volmachten om de betrekkingen met zijn verbonden en zijn primaire kassen in het raam van de verplichte verzekering te regelen.

Vraag : Is het mogelijk aan de verbonden of aan de primaire kassen een bepaalde zelfstandigheid te verlenen ?

Antwoord van de Minister : Alleen de landsbond is verantwoordelijk tegenover de wet. De betrekkingen met zijn verbonden en zijn primaire kassen regelt hij naar believen.

Vraag : Kunnen na de goedkeuring van de wet, nieuwe ziekenfondsen en nieuwe verbonden opgericht worden die om een aansluiting verzoeken bij een van de bestaande landsbonden ?

Antwoord : Ja, binnen de perken als bepaald door de wet van 23 juni 1894; deze wet blijft immers van kracht.

Het geamendeerd artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 4 :

De Commissie stemt er eenparig mee in dat artikel 4 wordt gewijzigd door toevoeging van de volgende zin :

« *De betrokken landsbond wordt vooraf in zijn verdedigingsmiddelen gehoord.* »

De heer D'haeseleer trekt zijn amendement, tot wijziging van de tekst in die zin, in.
Een lid vraagt welke de toestand zal zijn voor een verbond van ziekenfondsen of van een eenvoudige kas, die de reglementering niet eerbiedigt. De Minister herinnert aan de in het wetsontwerp (art. 99) bepaalde maatregelen en onderstreept dat ook de landsbonden gemachtigd zijn in het raam van hun eigen statuten sancties te treffen.

Het gewijzigd artikel wordt aangenomen met 17 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 5 :

Een lid spreekt de wens uit dat er in de afvaardiging van werkgevers in de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigers van de kleine ondernemingen zouden zetelen om de zienswijze van de zelfstandigen te vertolken.
De Minister meent dat het probleem van de eventuele vertegenwoordiging van de « zelfstandigen » in de beheerscomités opgelost zou worden door hun opneming in de afvaardiging van de werkgevers. Ook de ambtenaren in overheidsdienst zouden kunnen worden opgenomen in de afvaardiging van de representatieve organisaties der werknemers.
Aan een ander lid antwoordt de Minister dat de algemene bepaling van artikel 125, § 1, wat de Hulpkas betreft, gecorrigeerd wordt door het bepaalde in § 2 van hetzelfde artikel, daar de Hulpkas weinig aangeslotenen telt en deze openbare instelling niettemin normaal moet kunnen werken.

TITRE II.

DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

Article 6 :

Plusieurs commissaires s'inquiètent des difficultés qui pourraient surgir en ce qui concerne le statut du personnel de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et de celui de ses divers services dotés de comités de gestion distincts.

Certains membres insistent sur la nécessité d'adapter le présent projet à la loi sur la gestion paritaire.

D'aucuns suggèrent également de confier au Conseil Général de l'I. N. A. M. I. toutes les questions relatives au personnel de tous les services.

Le Ministre souligne qu'il ne s'agira pas de recruter du nouveau personnel car tout le personnel des services actuels du F. N. A. M. I. sera regroupé au sein du nouvel institut, en respectant les droits acquis. La procédure prévue par le projet évitera la création de nouveaux parastataux.

Le Conseil Général de l'Institut sera compétent pour tous les problèmes communs aux différents services. Un seul organe de consultation syndicale et un seul service social seront installés au niveau de l'Institut. Le statut du personnel sera identique d'un service à l'autre puisque ce statut sera celui des agents des parastataux.

Ceci étant établi, le Ministre considère qu'il faut laisser certaines prérogatives aux comités de gestion des divers services et plus particulièrement à ceux du service « soins de santé » et du service « indemnités ».

L'article est adopté par 17 voix et 1 abstention.

Article 7 :

a) *Modifications.*

La Commission modifie comme suit le texte de cet article :

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité est géré par un Conseil général composé, en nombre égal :

a) .....
b) .....
c) de représentants des organismes assureurs, *chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins;*

d) .....

Tous les membres ont voix délibérative. Le Roi détermine le nombre de membres effectifs et suppléants du Conseil général et les nomme. Il fixe les règles de fonctionnement du Conseil général et en nomme le président et les vice-présidents.

Trois commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du Ministre de la Prévoyance sociale, du Ministre de la Santé publique et de la Famille et du Ministre des Finances, assistent aux réunions du Conseil général.

Le Ministre de la Prévoyance sociale assiste de droit aux séances du Conseil général et, dans ce cas, préside la réunion.

TITEL II.

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING.

Artikel 6 :

Verschillende Commissieleden zijn bezorgd om de moeilijkheden die kunnen ontstaan in verband met het statuut van het personeel van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en met dat van de verschillende diensten ervan, die afzonderlijke beheerscomités hebben.

Sommigen stellen voor dat de Algemene Raad van het zaak om dit ontwerp aan te passen aan de wet op het paritair beheer.

Sommigen stellen voor dat de Algemene raad van het R. I. Z. I. V. belast wordt met alle aangelegenheden betreffende het personeel van alle diensten.

De Minister herinnert eraan dat het niet gaat om de aanwerving van nieuw personeel, daar alle personeelsleden van de huidige diensten van het R. I. V. Z. I. in het nieuwe instituut opgenomen zullen worden, met inachtneming van de verkregen rechten. De in het ontwerp bepaalde procedure zal de oprichting van nieuwe parastatale instellingen voorkomen.

De bevoegdheid van de Algemene Raad van het Instituut zal zich uitstrekken tot alle problemen die aan de verschillende diensten gemeen zijn. Eén enkel syndikaal orgaan van advies en één enkele sociale dienst zullen voor het Instituut worden opgericht. Het statuut van het personeel zal voor alle diensten hetzelfde zijn, daar het zal overeenkomen met dat van de personeelsleden van de parastatale instellingen.

Dienvolgens meent de Minister dat sommige prerogatieven aan de beheerscomités van de verschillende diensten dienen te worden gelaten en in het bijzonder aan de beheerscomités van de Dienst voor geneeskundige verzorging en van de Dienst voor uitkeringen.

Het artikel wordt aangenomen met 17 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 7 :

a) *Wijzigingen.*

De commissie wijzigt de tekst van dit artikel als volgt :

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt beheerd door een Algemene Raad, die samengesteld is uit een gelijk aantal :

a) .....
b) .....
c) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; *elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger;*
d) .....

Alle leden zijn stemgerechtigd. De Koning stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden van de Algemene Raad vast en benoemt ze. Hij bepaalt de werkingsregelen van de Algemene Raad en benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters.

Drie Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht respectief van de Minister van Sociale Voorzorg, de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en de Minister van Financiën, wonen de vergaderingen van de Algemene Raad bij.

De Minister van Sociale Voorzorg woont rechtens de vergaderingen van de Algemene Raad bij en bekleedt alsdan het voorzitterschap.

b) *Amendements :*

— *Amendement de M. D'haeseleer (Doc. n° 527/3).*

A été adopté à l'unanimité.

— *Amendements de M. Lavens (Doc. n° 527/7).*

Ces amendement ont été introduits en vue de permettre éventuellement l'extension aux autres catégories, prévue à l'article 22.

1er amendement :

Le Ministre estime que les pouvoirs conférés au Roi en vertu de l'article 22 permettent de suppléer l'action du Conseil général; il met toutefois en garde contre toute extension exagérée, laquelle serait nuisible au fonctionnement normal.

L'amendement est retiré en raison de ces considérations.

2e amendement :

L'auteur préconise de compléter le nombre des commissaires du gouvernement par un représentant du Ministre des Classes moyennes.

Le Ministre prie la Commission de ne pas adopter ledit amendement; l'article 22 prévoit également la possibilité d'extension du champ d'application à d'autres catégories, appelées à devoir éventuellement être représentées par d'autres commissaires du gouvernement.

Le problème ainsi posé devra être et sera repensé au moment de procéder à l'extension.

L'auteur admet les observations émises par le Ministre et retire son amendement.

Avant de passer au vote, le Ministre déclare ne pas avoir l'intention de faire un usage abusif du pouvoir que lui confère le dernier alinéa de cet article.

Il estime souhaitable d'obtenir la possibilité d'assister aux séances du Conseil général, notamment lors de la discussion des budgets ainsi que lors de l'examen de questions présentant un intérêt exceptionnel.

Le Ministre ne dispose toutefois pas du droit de vote.

L'article ainsi modifié est adopté par 17 voix et 1 abstention.

Article 8 :

a) *Modification au texte.*

La Commission unanime marque son accord sur plusieurs modifications de texte reprenant notamment les amendements de MM. De Paepe et D'haeseleer qui, en conséquence, les retirent.

Le texte modifié se présente comme suit :

Le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

1° *assure la coordination entre les services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, notamment :*

a) *en veillant à l'application uniforme du statut à l'ensemble du personnel;*

b) *en proposant au Ministre de la Prévoyance sociale les modifications au cadre du personnel des services généraux et, sur proposition de leur comité, des services spéciaux;*

b) *Amendementen :*

— *Amendement van de heer D'haeseleer (Stuk nr 527/3).*

Werd eenparig aanvaard.

— *Amendementen van de heer Lavens (Stuk nr 527/7).*

Deze amendementen werden ingediend wegens een mogelijke uitbreiding tot andere categorieën zoals voorzien in artikel 22.

1e amendement :

De Minister is van mening dat de machten aan de Koning verleend in toepassing van artikel 22, een aanvulling van de Algemene raad mogelijk maakt; hij waarschuwt nochtans tegen een overdreven uitbreiding, wat schadelijk zou zijn voor de normale werking.

Op grond van deze overwegingen wordt het amendement ingetrokken.

2e amendement :

De indiener stelt voor het aantal regeringscommissarissen aan te vullen met een vertegenwoordiger van de Minister van de Middenstand.

De Minister verzoekt de Commissie dit amendement niet te aanvaarden; het artikel 22 voorziet ook de mogelijkheid tot verruiming van de toepassingssfeer tot andere categorieën die dan desgevallend door nog andere regeringscommissarissen moeten vertegenwoordigd zijn.

Het gestelde probleem moet en zal overwogen worden op het ogenblik dat tot de verruiming wordt overgegaan.

De indiener aanvaardt de opmerkingen van de Minister en trekt zijn amendement in.

Vooraleer tot de stemming over te gaan verklaart de Minister dat hij niet het inzicht heeft misbruik te maken van de bevoegdheid hem verleend door het laatste lid van dit artikel.

Hij acht het gewenst de gelegenheid te krijgen de vergaderingen van de algemene Raad bij te wonen bv. bij de bespreking van de begrotingen en voor uitzonderlijk belangrijke aangelegenheden.

De Minister is echter niet stemgerechtigd.

Het gewijzigd artikel wordt goedgekeurd met 17 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 8 :

a) *Wijzigingen in de tekst.*

De Commissie betuigt eenparig haar instemming met verschillende tekstwijzigingen waarin de amendementen van o.a. de heren De Paepe en D'haeseleer zijn verwerkt; dienvolgens trekken deze leden hun amendementen in.

De gewijzigde tekst luidt als volgt :

De Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering :

1° *staat in voor de coördinatie tussen de diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in het bijzonder door :*

a) *te waken voor de eenvormige toepassing van het statuut op alle personeelsleden;*

b) *de Minister van Sociale Voorzorg de wijzigingen voor te stellen in het personeelskader van de algemene diensten en, op voorstel van het bevoegde comité, in dat van de bijzondere diensten;*

c) *en se prononçant dans les conditions prévues au statut sur le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel des services généraux et, sur proposition de leur comité, des services spéciaux;*

2° établit un budget commun groupant le budget des services généraux et ceux des services spéciaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité institués aux titres III, IV et VI de la présente loi et le transmet *avec son avis* au Ministre de la Prévoyance sociale; il en va de même pour les comptes de ces différents services;

3° présente au Ministre de la Prévoyance sociale le budget et les comptes de frais d'administration des organismes assureurs;

4° arrête les comptes et établit le budget de frais d'administration des services généraux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

5° affecte les ressources visées à l'article 121, 1°, 3°, 4°, 5°, 6° et 7°, dans les conditions prévues par la présente loi, au Service des soins de santé et au Service des indemnités;

6° établit un rapport annuel d'activité des services généraux;

7° émet son avis sur les propositions visées à l'article 93, 5°, et le transmet au *Ministre de la Prévoyance sociale;*

8° Compte tenu des dispositions visées aux articles 12, 9°, 40, 14°, 79, 17° et 93, 10° décide de l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;

(9°, 10° et 11° : ancien texte supprimé).

9° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi.

b) *Questions.*

Un membre estime que toutes les questions relatives au personnel devraient être de la compétence du Conseil Général.

Le Ministre souligne qu'il n'existe qu'un statut pour l'ensemble du personnel : celui des parastataux. Il n'y aura qu'un seul comité de consultation syndicale. D'autre part, l'article 8 précise que le Comité Général de l'I. N. A. M. I. doit veiller à l'uniformité de l'application du statut. Néanmoins, l'autonomie nécessaire des services rendue indispensable par la séparation de l'assurance en deux secteurs distincts entraîne l'autorité directe de la part des comités de gestion des services.

L'organigramme de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (voir structure de l'assurance) et le tableau des pouvoirs du Conseil Général et des comités de gestion sur le personnel de l'I. N. A. M. I. donneront une idée plus nette de l'organisation administrative du nouvel institut.

Un membre demande quel est le statut du personnel des parastataux.

Le Ministre répond que ce statut est réglé par l'arrêté royal du 14 février 1961 fixant le statut du personnel de certains organismes d'intérêt public; toutefois, cet arrêté n'est pas encore d'application. Son entrée en vigueur est de le compétence du Ministre de l'Intérieur et de la Fonction publique.

Jusqu'à ce que cette réglementation ou une autre que le Roi établira, entre en vigueur, une solution comme celle proposée à l'article 156, § 2, est prévue.

L'article amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

c) *onder de in het statuut gestelde voorwaarden uitspraak te doen over aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting van het personeel van de algemene diensten en, op voorstel van het bevoegde comité, van dat van de bijzondere diensten;*

2° maakt een gemeenschappelijke begroting op, welke de begroting van de algemene diensten en die van de in de titels III, IV en VI van deze wet ingestelde bijzondere verzekering verenigt, en legt ze, *samen met zijn advies,* over aan de Minister van Sociale Voorzorg; hetzelfde geldt voor de rekeningen van die verschillende diensten;

3° dient bij de Minister van Sociale Voorzorg de begroting en de rekeningen van de administratiekosten der verzekeringsinstellingen in;

4° stelt de rekeningen van de administratiekosten vast en maakt de desbetreffende begroting op van de algemene diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

5° wijst de in artikel 121, 1°, 3°, 4°, 5°, 6° en 7°, bedoelde inkomsten onder de in deze wet gestelde voorwaarden toe aan de Dienst voor geneeskundige verzorging en aan de Dienst voor uitkeringen;

6° maakt een jaarverslag op over het bedrijf van de algemene diensten;

7° brengt advies uit over de in artikel 93,, 5°, bedoelde voorstellen en legt het over aan de *Minister van Sociale Voorzorg;*

8° beslist, rekening houdend met de in de artikelen 12, 9°, 40, 14°, 79, 17°, en 93, 10°, bedoelde bepalingen, over het instellen van vorderingen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;

(9°, 10° en 11° : oude tekst weggelaten).

9° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor.

b) *Vragen.*

Een commissielid meent dat alle aangelegenheden betreffende het personeel onder de bevoegdheid van de Algemene Raad zouden moeten ressorteren.

De Minister legt er de nadruk op dat er slechts één statuut bestaat voor het gehele personeel, namelijk dat voor de parastatale instellingen. Er zal slechts één enkel comité voor syndicaal advies bestaan. Aan de andere kant wordt in artikel 8 bepaald dat de Algemene Raad van het R.I.Z.I.V. voor de eenvormige toepassing van het statuut moet waken. Evenwel heeft de zelfstandigheid van de diensten, welke onontbeerlijk is geworden ingevolge de splitsing van de verzekering in twee afzonderlijke takken, tot gevolg dat de beheerscomités van de diensten een rechtstreeks gezag uitoefenen.

Het organisatieschema van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (zie structuur van de verzekering) en de tabel van de bevoegdheden van de Algemene Raad en van de beheerscomités over het personeel van het R. I. Z. I. V. zullen een duidelijker idee geven van de administratieve organisatie van het nieuwe instituut.

Een lid vraagt welke het statuut is van het personeel van de parastatale instellingen ?

Antwoord van de Minister : Dit statuut is geregeld bij koninklijk besluit van 14 februari 1961 tot vaststelling van het statuut van het personeel van sommige instellingen van openbaar nut; dat besluit is echter nog niet van toepassing. Zulks valt onder de bevoegdheid van de Minister van Binnenlandse Zaken en het Openbare Ambt.

In afwachting van de toepassing van deze of een andere door de Koning vast te stellen reglementering, werd een oplossing voorzien zoals voorgesteld in artikel 156, § 2.

Het gewijzigd artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Pouvoirs du Conseil Général et des Comités de Gestion sur le personnel de l'I.N.A.M.I. | *Bevoegdheden van de Algemene Raad en van de Beheerscomités tegenover het personeel van het R.I.Z.I.V.*

	Services généraux — Algemene diensten	Service des soins de santé — Dienst geneeskundige verzorging	Service des indemnités — Dienst uitkeringen	Service du contrôle médical — Dienst geneeskundige controle	Service du contrôle administratif — Dienst Administratieve controle	
Cadre du personnel.						*Personeelskader.*
a) premier cadre	Le cadre du personnel de l'I.N.A.M.I. est fixé par le Roi, sur proposition du Conseil Général de l'I.N.A.M.I. (Cette procédure ne doit pas être suivie si l'arrêté fixant le cadre est publié dans les trois mois suivant la publication de la loi) (art. 157) — Het kader van het personeel van het R.I.Z.I.V. wordt door de Koning vastgesteld op voordracht van de Algemene Raad van het R.I.Z.I.V. (Deze procedure hoeft niet gevolgd te worden indien het besluit tot vaststelling van het kader binnen 3 maanden volgend op de bekendmaking van de wet bekend gemaakt wordt) (art. 157)					a) eerste kader.
b) modifications	A proposer par le Conseil général (art. 8, 1°, b) — Voor te stellen door de Algemene Raad (art. 8, 1° b)	A proposer par le Conseil général sur proposition du Comité de gestion (art. 8, 1°, b) — Voor te stellen door de Algemene Raad op voordracht van het Beheerscomité (art. 8, 1°, b)	A proposer par le Conseil général, sur proposition du Comité de gestion (art. 8, 1°, b) — Voor te stellen door de Algemene Raad op voordracht van het Beheerscomité (art. 8, 1°, b)	A proposer par le Conseil général, sur proposition du Comité (art. 8, 1°, b) — Voor te stellen door de Algemene Raad op voordracht van het Comité (art. 8, 1°, b)	A proposer par le Conseil général, sur proposition du Comité (art. 8, 1°, b) — Voor te stellen door de Algemene Raad, op voordracht van het Comité (art. 8, 1°, b)	b) wijzigingen.
Personnel.						*Personeel.*
a) premières nominations	Les premières nominations sont faites par le Roi, conformément aux dispositions des articles 117 et 156 — De eerste benoemingen worden door de Koning gedaan, overeenkomstig het bepaalde in artikel 117 en 156					a) eerste benoemingen.
b) recrutement, nomination, affectation, promotion, licenciement, révocation, sanctions disciplinaires.	Conseil général (art. 8, 1°, c) sauf : Greffiers-rapporteurs nommés, licenciés, révoqués par le Roi (art. 117, § 1) — Algemene Raad (art. 8, 1°, c) behalve : griffiers-verslaggevers, benoemd, ontslagen en afgezet door de Koning (art. 117, § 1)	Conseil général sur proposition du Comité de gestion (art. 8, 1°, c et art. 12, 14°) — Algemene Raad op voordracht van het Beheerscomité (art. 8, 1°, c en art. 12, 14°)	Conseil général sur proposition du Comité de gestion (art. 8, 1°, c et art. 40, 15°) — Algemene Raad op voordracht van het Beheerscomité (art. 8, 1°, c en art. 40, 15°)	Conseil général sur proposition du Comité (art. 8, 1°, c et art. 79, 16°) sauf : médecins-inspecteurs principaux et médecins-inspecteurs nommés, licenciés, révoqués par le Roi (art. 117, § 4) — Algemene Raad op voordracht van het Comité (art. 8, 1°, c en art. 79, 16°) behoudens : e.a. geneesheren-inspecteurs, geneesheren-inspecteurs benoemd, ontslagen en afgezet door de Koning (art. 117, § 4)	Conseil général sur proposition du Comité (art. 8, 1°, c et art. 93, 9°) sauf : Inspecteurs, nommés, licenciés, révoqués par le Roi (art. 117, § 4) — Algemene Raad, op voordracht van het Comité (art. 8, 1°, c en art. 93, 9°) behoudens : inspecteurs, benoemd, ontslagen en afgezet door de Koning (art. 117, § 4)	b) aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, promotie, ontslag, afzetting, tuchtsancties.
	Les agents, quelle que soit leur affectation, peuvent concourir pour les nominations, affectations et promotions dans tous les services de l'I.N.A.M.I. (art. 118). C'est l'autorité qui gère le service que l'agent désire rejoindre qui est compétent pour procéder à la nomination, l'affectation ou la promotion (Avis Conseil d'Etat — art. 118) — De personeelsleden mogen, ongeacht de taak die hun is toegewezen, mededingen voor de benoemingen, dienstaanwijzingen en bevorderingen in alle diensten van het R.I.Z.I.V. (art. 118). Benoeming, dienstaanwijzing of bevordering berusten bij de overheid die het beheer voert over de dienst waarbij de ambtenaar wenst te werk gesteld te worden (Advies Raad van State — art. 118)					

N.B. — Ces dispositions ne concernent que le personnel administratif.

Les médecins-inspecteurs principaux et les médecins-inspecteurs du contrôle médical ainsi que les inspecteurs du contrôle administratif, sont nommés, licenciés et révoqués par le Roi (art. 117, § 4).

N.B. — Deze bepalingen hebben enkel betrekking op het administratief personeel.

De eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs en de geneesheren-inspecteurs van de medische controle, evenals de inspecteurs van de administratieve controle, worden benoemd, ontslagen en afgezet door de Koning. (art. 117, § 4).

Article 9 :

a) *Modification du texte.*

La commission marque son accord unanime sur une nouvelle formulation de cet article, reprenant ainsi l'amendement de M. D'Haeseleer.

Le nouveau texte est libellé comme suit :

« Les services généraux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sont *gérés, sous l'autorité du Conseil général,* par l'administrateur général dudit Institut assisté... ».

b) *Question relative au comité de gestion.*

La question ayant été posée de l'opportunité de la constitution d'un comité de direction, ceci en relation avec les considérations négatives émises dans le rapport au Roi sur l'arrêté royal du 14 février 1961 fixant le statut du personnel de certaines institutions d'intérêt public, le Ministre précise que la mission du comité de direction de l'I. N. A. M. I. ne correspond pas à celle décrite dans le commentaire de l'arrêté royal du 14 février 1961. Cette mission consiste essentiellement à assister l'administrateur général dans la gestion journalière de l'Institut en vue de coordonner l'activité des services généraux.

L'article amendé est adopté par 14 voix et 1 abstention.

TITRE III.

DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE.

CHAPITRE I.

Des institutions.

SECTION 1.

Du service des soins de santé.

Article 10 :

Adopté par 14 voix et 1 abstention.

SECTION 2.

Du Comité de gestion.

Article 11 :

a) *Modifications de texte.*

La Commission unanime adopte les modifications de texte ci-après qui rencontrent les préoccupations contenues dans

Artikel 9 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie verklaart zich eenparig akkoord over een nieuwe formulering van dit artikel, waarbij rekening wordt gehouden met het amendement van de heer D'haeseleer.

De nieuwe tekst luidt als volgt :

« De algemene diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden beheerd onder het gezag van de Algemene Raad, door de administrateur-generaal van evengenoemd Instituut, bijgestaan... »

b) *Vraag in verband met het beheerscomité.*

In verband met de negatieve bedenkingen welke zijn gemaakt in het verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit van 14 februari 1961 tot vaststelling van het statuut van het personeel van sommige instellingen van openbaar nut, is de vraag gesteld of het wel opportuun is een directieraad in te stellen. De Minister antwoordt met de verklaring, dat de opdracht van de directieraad niet overeenstemt met die als bedoeld in de commentaar op het koninklijk besluit van 14 februari 1961. De essentiële opdracht van de directieraad bestaat erin de administrateur-generaal bij te staan in het dagelijks beheer van het Instituut, met het oog op de coördinatie van de werkzaamheden der algemene diensten.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

TITEL III.

VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING.

HOOFDSTUK I.

Organen.

AFDELING 1.

Dienst voor geneeskundige verzorging.

Artikel 10 :

Aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

AFDELING 2.

Beheerscomité.

Artikel 11 :

a) *Tekstwijzigingen.*

De Commissie neemt eenparig volgende tekstwijzigingen aan, welke beantwoorden aan hetgeen beoogd wordt

les amendements de MM. De Paepe, D'haeseleer, Lenoir et Brouhon. En conséquence, ces amendements sont retirés.

Nouveau texte :

Le Service des soins de santé est géré par un comité de gestion composé :

a) de représentants des organismes assureurs, *chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins;*

b) .....
c) .....
d) .....

Le nombre de membres repris sous *a)* est égal au nombre de membres repris sous *b)*; *celui repris sous c) est égal au nombre repris sous d);*

Le Roi détermine le nombre des membres effectifs et suppléants du Comité de gestion et les nomme.

Lorsque les organisations professionnelles représentatives respectives des membres visés sous *b)* apportent leur collaboration à l'assurance-soins de santé, notamment en négociant *et en signant* les conventions visées à l'article 27 et en recommandant à leurs membres de répondre à l'invitation à y adhérer individuellement dans les conditions prévues aux articles 30 et 34, § 3, les dits membres sont proposés par ces organisations professionnelles.

(la suite n'est pas modifiée.)

Ajouter *in fine* de l'avant-dernier alinéa, la phrase suivante :

« *Ces règles de fonctionnement garantissent les droits de chacun des groupes représentés.* »

b) *Questions diverses.*

Diverses questions sont posées par des membres de la Commission.

Question : Ne faudrait-il pas prévoir une majorité qualifiée pour la prise des décisions au sein des comités de gestion ?

Réponse du Ministre : Oui ! Le texte de l'article a été modifié en conséquence par la stipulation de ce que « les règles de fonctionnement garantissent les droits de chacun des groupes représentés. »

Question : De quelle façon prévoit-on la représentation des médecins dans l'éventualité où une seule de leurs organisations professionnelles adhérerait à la convention aux côtés de praticiens y ayant adhéré individuellement ? Les « individuels » seront-ils représentés ? Une organisation pourra-t-elle être représentée si la convention acceptée par ses dirigeants ne reçoit pas l'adhésion de 50 % de ses membres ?

Réponse du Ministre : En principe les candidatures sont présentées par les organisations professionnelles du corps médical. Mais ce droit est conditionné par des preuves concrètes qu'elles doivent donner de leur collaboration au régime. Il en résulte que, selon le cas, ce seront les organisations nationales ou des organisations régionales ou bien encore, en l'absence d'accord collectif, des médecins ayant adhéré à titre individuel à une convention, qui représenteront le corps médical au comité de gestion.

in de amendementen van de heren De Paepe, D'haeseleer, Lenoir en Brouhon. Dientengevolge worden deze amendementen ingetrokken.

Nieuwe tekst :

De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een beheerscomité, dat samengesteld is uit :

a) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; *elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger;*
b) .....
c) .....
d) .....

Het aantal onder *a)* vermelde leden is gelijk aan het aantal onder *b)* vermelde; *het aantal onder c) vermelde is gelijk aan het aantal onder d) vermelde.*

De Koning stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden van het beheerscomité vast en benoemt ze.

Indien de respectieve representatieve beroepsorganisaties van de in *b)* bedoelde leden hun medewerking verlenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, in het bijzonder door te onderhandelen over de in artikel 27 bedoelde overeenkomsten *en deze te ondertekenen* en door hun leden aan te bevelen in te gaan op het verzoek om individuele toetreding onder de in de artikelen 30 en 34, § 3, bepaalde voorwaarden, worden evengenoemde leden door die beroepsorganisaties voorgedragen.

(de rest blijft ongewijzigd).

In fine van het voorlaatste lid wordt volgende volzin toegevoegd :

« *Die werkingsregelen waarborgen de rechten van elk der vertegenwoordigde groepen.* »

b) *Diverse vragen.*

Diverse vragen worden door leden van de Commissie gesteld.

Vraag : Moet er niet bepaald worden dat een uitgesproken meerderheid is vereist voor de in de beheerscomités te nemen beslissingen ?

Antwoord van de Minister : Ja. De tekst van het artikel is in die zin gewijzigd door de bepaling, dat de werkingsregelen de rechten van elk der vertegenwoordigde groepen waarborgen.

Vraag : Hoe zal de vertegenwoordiging van de geneesheren worden geregeld ingeval slechts één van hun beroepsorganisaties tot de overeenkomst toetreedt, naast geneesheren die individueel zijn toegetreden ? Zullen de « individuelen » vertegenwoordigd zijn ? Zal een organisatie kunnen vertegenwoordigd zijn als de overeenkomst wordt aanvaard door de leiding, maar door 50 % van de leden wordt verworpen ?

Antwoord van de Minister : In principe worden de kandidaturen voorgedragen door de beroepsverenigingen van de geneesheren. Aan dit recht is echter de voorwaarde verbonden dat zij concrete bewijzen van hun samenwerking met de regeling moeten leveren. Hieruit volgt dat de geneesheren in het beheerscomité al naar het geval zijn vertegenwoordigd door de nationale organisaties of door gewestelijke organisaties of nog, bij ontstentenis van collectieve aanvaarding, door geneesheren die individueel tot een overeenkomst zijn toegetreden.

Question : Le Roi nomme des vice-présidents au sein des comités de gestion des divers services de l'I. N. A. M. I. Est-ce compatible avec la loi sur la gestion paritaire qui ne prévoit pas de telles nominations ?

Réponse du Ministre : Le polymorphisme des groupes représentés au sein de l'I. N. A. M. I. et de ses services nécessite certaines dérogations à la loi sur la gestion paritaire.

Question : Quelle est la compétence des commissaires du Gouvernement ? S'agit-il de celle ressortant de l'article 9, § 2, de la loi du 16 mars 1954 concernant le contrôle de certaines institutions d'intérêt public ?

Réponse du Ministre : Il s'agit effectivement de la compétence mentionnée dans la loi du 16 mars 1954. La chose est d'ailleurs précisée à l'article 119 du présent projet.

Question : L'absence ou l'abstention d'un groupe peut-elle avoir pour conséquence de mettre le comité de gestion dans l'impossibilité de prendre des décisions ?

Réponse du Ministre : Certainement pas ! Si un groupe déterminé ne siège pas, il ne peut bloquer le travail du comité.

L'article amendé est adopté par 14 voix et 1 abstention.

Article 12 :

a) *Modification du texte.*

La commission marque son accord unanime pour modifier le texte de cet article dans le sens désiré par les amendements de MM. De Paepe et D'haeseleer. Ces amendements sont retirés de même que celui de M. Brouhon rendu inutile par l'acceptation du principe de la majorité qualifiée (voir art. 11).

Le nouveau texte se présente comme suit :

Le Comité de gestion du Service des soins de santé :

1° arrête les comptes et établit le budget de l'assurance-soins de santé conformément aux dispositions de l'article 133;

2° arrête les comptes et établit le budget de frais d'administration du Service des soins de santé;

3° attribue aux organismes assureurs les ressources visées à l'article 122 qui lui sont affectées, et ce conformément aux dispositions de l'article 123, § 1, *1°, 2° et 3°;*

4° ...

5° ...

6° ...

7° ...

8° ...

9° *transmet au Conseil général les dossiers pour lesquels il* décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;

10° ...

11° ...

Vraag : De Koning benoemt ondervoorzitters in de beheerscomités van de onderscheiden diensten van het R. I. Z. I. V. Is dit verenigbaar met de wet op het paritair beheer, die niet in dergelijke benoemingen voorziet?

Antwoord van de Minister : Wegens het feit, dat de in het R. I. Z. I. V. en de diensten daarvan vertegenwoordigde groepen van velerlei aard zijn, zijn sommige afwijkingen van de wet op het paritair beheer vereist.

Vraag: Welke bevoegdheid hebben de Regeringscommissarissen ? Is het de bevoegdheid als bedoeld in artikel 9, § 2, van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut ?

Antwoord van de Minister : Het is inderdaad de bevoegdheid waarvan sprake in de wet van 16 maart 1954. Dit punt wordt overigens nader bepaald in artikel 119 van dit ontwerp.

Vraag : Kan de afwezigheid of de onthouding van een groep tot gevolg hebben dat het voor het beheerscomité onmogelijk wordt gemaakt beslissingen te nemen ?

Antwoord van de Minister : Volstrekt niet. Als een bepaalde groep niet aan de vergadering deelneemt, mag het werk van het comité daar niet door tegengehouden worden.

Het gewijzigde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 12 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mee akkoord de tekst van dit artikel te wijzigen in de zin van de amendementen van de heren De Paepe en D'haeseleer. Deze amendementen worden ingetrokken alsmede dat van de heer Brouhon, dat door de aanvaarding van het beginsel der uitgesproken meerderheid nutteloos wordt (zie art. 11).

De nieuwe tekst luidt als volgt :

Het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging :

1° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig het bepaalde in artikel 133;

2° stelt de rekeningen van de administratiekosten vast en maakt de desbetreffende begroting op van de Dienst voor geneeskundige verzorging;

3° wijst de in artikel 122 bedoelde inkomsten, welke het zijn toegewezen, toe aan de verzekeringsinstellingen overeenkomstig het bepaalde in artikel 123, § 1, *1°, 2° en 3°;*

4° ...

5° ...

6° ...

7° ...

8° ...

9° *bezorgt de Algemene Raad de dossiers waarover het* beslist vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;

10° ...

11° ...

12° ...
13° ...
14° *propose au Conseil général* le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service des soins de santé, ainsi que sur les sanctions disciplinaires à lui infliger;

15° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi, *après avis du Conseil général.*

b) *Questions.*

Question : Le Comité de gestion dispose, selon le cas, d'un pouvoir consultatif ou d'un pouvoir de gestion. Un commissaire voudrait que ces compétences respectives soient parfaitement précisées afin d'éviter toute interprétation erronée.

Réponse du Ministre : Les modifications apportées à l'article 8 permettent de mieux distinguer les compétences du comité de gestion.

Question : Est-il nécessaire de soumettre au Roi les règlements d'ordre intérieur alors que la chose n'est pas prévue dans la loi sur la gestion paritaire ?

Réponse du Ministre : Etant donné le polymorphisme des groupes, et dans un but de coordination indispensable, il est souhaitable que le Roi approuve les règlements d'ordre intérieur des différents comités de gestion appelés à fonctionner dans le cadre de l'I. N. A. M. I. Chaque règlement doit d'ailleurs être soumis au Conseil général de l'I.N.A.M.I.

L'article amendé est approuvé par 16 voix et 2 abstentions.

SECTION 3.

Des conseils scientifiques.

Article 13 :

a) *Modification du texte.*

La Commission marque un accord unanime pour apporter au texte de cet article les modifications suivantes :

1° A la septième ligne du 1er alinéa : ajouter les mots « à cet effet » après le mot « procèdent ».
2° Au dernier alinéa : ajouter une virgule et les mots : « au Conseil général » après les mots « au Ministre de la Santé Publique et de la Famille ».

b) *Questions.*

— Ne conviendrait-il pas, demande un commissaire, de limiter les missions d'études des conseils techniques et scientifiques aux maladies sociales ?
— Ce n'est pas souhaitable, répond le Ministre qui précise que les études des conseils scientifiques doivent se placer dans l'optique d'une collaboration à la politique générale de Santé Publique.

L'article amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

12° ...
13° ...
14° *stelt de Algemene Raad* aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting voor van het personeel van de Dienst voor geneeskundige verzorging alsmede de aan dat personeel op te leggen tuchtstraffen;
15° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor, *na advies van de Algemene Raad.*

b) *Vragen.*

Vraag : Het beheerscomité beschikt, al naar het geval, over een raadgevende bevoegdheid of over een beheersbevoegdheid. Een commissielid wenst een nadere omschrijving voor deze respectieve bevoegdheden, ten einde iedere verkeerde interpretatie te voorkomen.

Antwoord van de Minister : De wijzigingen aangebracht in artikel 8 maken het mogelijk een beter onderscheid te maken tussen de bevoegdheden van het beheerscomité.

Vraag : Is het nodig de huishoudelijke reglementen aan de Koning voor te leggen, gezien de wet op het paritair beheer hierin niet voorziet ?

Antwoord van de Minister : Gezien de veelvormigheid der groepen, en ten einde de onmisbare coördinatie tot stand te brengen, is het wenselijk dat de Koning zijn goedkeuring hecht aan de huishoudelijke reglementen der verschillende beheerscomités die moeten werken binnen het raam van het R. I. Z. I. V. Ieder reglement dient trouwens aan de Algemene Raad van het R. I. Z. I. V. te worden voorgelegd.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 3.

Wetenschappelijke raden.

Artikel 13 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

1° Op de zevende regel van het eerste lid wordt het woord « desbetreffende » toegevoegd na het woord « alle ».
2° In het laatste lid : een komma en de woorden « de Algemene Raad » toevoegen na de woorden « de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin ».

b) *Vragen.*

— Ware het niet geraden, vraagt een commissielid, de studiezendingen der technische en wetenschappelijke raden te beperken tot de sociale ziekten ?
— Zulks is niet wenselijk, antwoordt de Minister, die verklaart dat de studies van de wetenschappelijke raden moeten worden gezien in het licht van de samenwerking met het algemeen beleid inzake Volksgezondheid.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 14 :

Un membre demande quels autres conseils scientifiques pourraient être institués en plus de ceux qui existent.

Le Ministre souligne qu'il faut laisser la possibilité de créer un Conseil scientifique particulier si la chose s'avère nécessaire. Il donne comme exemple : un conseil scientifique pour la technique des rayons.

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 15 :

Un membre ayant insisté pour que certaines organisations professionnelles soient représentées au sein des conseils scientifiques, le Ministre répond que seul le critère de la compétence doit entrer en ligne de compte pour la composition des conseils scientifiques. Ceux-ci travailleront par ailleurs en liaison avec le département de la Santé publique.

Répondant à un autre membre, le Ministre donne l'assurance que les différents conseils seront présidés par des personnalités appartenant, en nombre égal, à chacun des deux rôles linguistiques.

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

SECTION 4.

Des Conseils techniques.

Article 16 :

Un commissaire sollicite des précisions à propos de l'institution conjointe d'un conseil technique pharmaceutique et d'un conseil technique des spécialités pharmaceutiques.

Le Ministre répond que le premier est compétent pour les questions relevant du statut des officines tandis que le second est chargé d'établir la liste des spécialités pharmaceutiques à agréer.

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 17 :

a) *Modification du texte.*

La commission marque son accord unanime pour modifier le texte de cet article dans le sens désiré par l'amendement de M. Lenoir, qui est retiré.

La composition et les règles de fonctionnement des conseils techniques sont fixées par le Roi. Chaque conseil technique est présidé par un membre du Comité de gestion, désigné par le Roi, sur proposition dudit comité. *Les organismes assureurs y sont représentés. Les organisations professionnelles respectives concernées par l'article 16 peuvent proposer des membres dans les conditions prévues à l'article 11, alinéa 4.*

b) *Question.*

— A la question posée par un commissaire, le Ministre répond que les organisations professionnelles dont il est question au présent article sont celles concernées par l'article 16.

Artikel 14 :

Een commissielid vraagt welke andere wetenschappelijke raden, buiten de bestaande, kunnen worden ingesteld.

De Minister legt er de nadruk op dat men de mogelijkheid moet openlaten een bijzondere wetenschappelijke raad op te richten, indien zulks nodig mocht blijken. Als voorbeeld haalt hij aan : een wetenschappelijke raad voor de bestralingstechniek.

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 15 :

Daar een commissielid aandrong op de vertegenwoordiging van sommige beroepsverenigingen in de wetenschappelijke raden, antwoordt de Minister dat alleen het criterium der bevoegdheid in aanmerking mag komen bij de samenstelling der wetenschappelijke raden. Deze zullen trouwens in overeenstemming met het departement van Volksgezondheid werken.

In antwoord op een ander commissielid geeft de Minister de verzekering dat de verschillende raden zullen voorgezeten worden door personaliteiten die, voor een gelijk aantal, tot elk van beide taalrollen behoren.

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 4.

Technische raden.

Artikel 16 :

Een commissielid verzoekt om toelichting omtrent de instelling én van een technische farmaceutische raad én van een technische raad voor farmaceutische specialiteiten.

De Minister antwoordt dat de eerste bevoegd is in kwesties in verband met het statuut der gevestigde apotheken, terwijl de tweede belast is met het opstellen van een lijst van te erkennen farmaceutische specialiteiten.

Dit artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 17 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel te wijzigen in de zin van het amendement van de heer Lenoir, hetwelk wordt ingetrokken.

Samenstelling en werkingsregelen van de technische raden worden door de Koning bepaald. Elke technische raad wordt voorgezeten door een lid van het beheerscomité dat door de Koning wordt aangewezen op voordracht van genoemd comité. *De verzekeringsinstellingen zijn in die raden vertegenwoordigd. De in artikel 16 bedoelde respectieve beroepsorganisaties mogen leden voorstellen onder de in artikel 11, vierde lid, gestelde voorwaarden.*

b) *Vraag.*

— Op de vraag van een commissielid, antwoordt de Minister dat de beroepsorganisaties waarvan sprake in dit artikel die zijn welke worden bedoeld in artikel 16.

— A l'attention d'un autre commissaire, le Ministre précise que le Conseil technique pharmaceutique est composé en ordre principal de pharmaciens d'officine tandis que le Conseil technique des spécialités pharmaceutiques compte principalement en son sein des pharmaciens de laboratoires et d'industrie.

— S'il n'y a pas d'accord au sein du comité, les différents avis doivent-ils être exposés au Roi ?

Réponse du Ministre : Il ne s'agit ici que d'organes techniques consultatifs : les avis qu'ils émettent reprennent éventuellement les diverses thèses en présence. C'est sur ces rapports que le Comité de gestion se prononce.

L'article amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 18 :

Cet article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

SECTION 5.

Du Collège des Médecins-directeurs.

Article 19 :

a) *Modification du texte.*

La Commission unanime décide de modifier le texte du dernier alinéa de cet article comme suit :

« Il transmet au Comité de gestion du Service des soins de santé tous avis relatifs à l'application *et à l'interprétation* de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la présente loi. »

b) *Questions.*

Question : Pourquoi la compétence d'émettre des avis sur la nomenclature des prestations de santé est-elle laissée au Collège des médecins-directeurs et non au Conseil technique médical ?

Réponse du Ministre : Il s'agit ici d'avis relatifs à *l'application* de la nomenclature. C'est dans le but d'uniformiser l'application de la nomenclature dans les divers organismes assureurs que l'on confie au Collège des médecins-directeurs le droit d'émettre des avis sur ces modalités d'application. Les médecins-directeurs coordonnent en effet, dans chaque organisme assureur, le travail des médecins-conseil.

Question : Comment le Collège des médecins-directeurs est-il composé ? Le fonctionnaire-président a-t-il voix délibérative ?

Réponse du Ministre : Le collège est composé de médecins-directeurs de chaque organisme assureur. L'arrêté royal d'exécution précisera que le fonctionnaire-président n'a pas voix délibérative.

— Ten behoeve van een ander commissielid verklaart de Minister dat de technische farmaceutische raad voornamelijk bestaat uit officina-apothekers, terwijl de technische raad voor farmaceutische specialiteiten vooral apothekers telt uit de laboratoria en de industrie.

— Indien er geen overeenstemming is onder de leden van het comité, dienen de verschillende adviezen dan ter kennis te worden gebracht van de Koning ?

Antwoord van de Minister : Het betreft hier slechts technische raadgevende lichamen : de adviezen die zij uitbrengen, geven eventueel de verscheidene opvattingen weer binnen de raad. Het beheerscomité spreekt zich uit over deze verslagen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 18 :

Dit artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 5.

College van geneesheren-directeurs.

Artikel 19 :

a) *Wijziging van de tekst.*

Met algemene stemmen beslist de Commissie de tekst van het laatste lid van dit artikel te wijzigen als volgt :

« Het bezorgt het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging alle adviezen met betrekking tot de toepassing *en de interpretatie* van de in artikel 24 van deze wet bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. »

b) *Vragen.*

Vraag : Waarom wordt de bevoegdheid tot het uitbrengen van adviezen met betrekking tot de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen verleend aan het College van geneesheren-directeurs en niet aan de Technische geneeskundige raad ?

Antwoord van de Minister : Het gaat hier om adviezen met betrekking tot de *toepassing* van de nomenclatuur. Ten einde de toepassing van de nomenclatuur bij de verschillende verzekeringsinstellingen eenvormig te maken, heeft men het recht om adviezen uit te brengen betreffende de wijzen van toepassing toevertrouwd aan het College van geneesheren-directeurs. Inderdaad, de geneesheren-directeurs coördineren, in iedere verzekeringsinstelling, het werk van de adviserende geneesheer.

Vraag : Waaruit bestaat het College der geneesheren-directeurs ? Heeft de ambtenaar-voorzitter een beslissende stem ?

Antwoord van de Minister : Het College bestaat uit geneesheren-directeurs van iedere verzekeringsinstelling. Het uitvoerend koninklijk besluit zal bepalen dat de ambtenaar-voorzitter geen beslissende stem heeft.

Question : Le texte de cet article laisse-t-il la possibilité à l'assurance maladie-invalidité de consentir des prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle en faveur de non-malades ?

Réponse du Ministre : Oui, dans des cas particuliers nécessitant l'intervention médicale (voir exposé des motifs, page 7).

L'article amendé est adopté par 12 voix et 1 abstention.

Article 20 :

L'article est adopté par 12 voix et 1 abstention.

CHAPITRE 2.

Du champ d'application.

Article 21 :

a) *Modification du texte.*

La Commission marque son accord unanime pour modifier le texte des litt. 7° et 8° et pour ajouter un litt. 13° dans les formes suivantes :

.....

7° les travailleurs ayant droit à une pension de retraite en vertu de la législation relative aux pensions de retraite et de survie des ouvriers et des employés, ou à une pension anticipée en vertu d'un statut particulier propre au personnel d'une entreprise;

8° les travailleurs ayant droit, en qualité d'ouvrier mineur à une pension d'invalidité ou de retraite;

9° .....

10° .....

11° .....

12° .....

13° *les enfants des titulaires visés sous 1° à 9°, orphelins de père et de mère et bénéficiant des allocations familiales.*

Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par chômage contrôlé » et par « personne à charge ».

b) *Questions.*

Question : Des précisions sont sollicitées par plusieurs membres quant aux bénéficiaires des prestations de soins de santé jouissant d'une pension anticipée accordée dans le cadre du statut particulier du personnel d'une entreprise. Quelle est leur situation ? De quels cas pratiques peut-il s'agir ?

Réponse du Ministre : Ces personnes sont considérées comme des pensionnés de la sécurité sociale. Citons à titre purement exemplatif comme bénéficiaires de cette disposition, le personnel de la Société anversoise du gaz, celui du groupe Solvay et, d'une façon générale, celui des entreprises disposant, par convention collective ou autre, d'un statut spécial relatif à l'âge de la pension.

Question : Quelles sont les personnes considérées comme étant à charge des titulaires ?

Vraag : Geeft de tekst van dit artikel de ziekte- en invaliditeitsverkering de mogelijhheid zorgen tot revalidatie en herscholing te verstrekken ten bate van niet-zieken ?

Antwoord van de Minister : Ja, in bijzondere gevallen waarbij geneeskundige verzorging is vereist (zie Memorie van Toelichting, blz. 7).

Het geamendeerd artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 20 :

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 1 onthouding.

HOOFDSTUK 2.

Toepassingssfeer.

Artikel 21 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van litt. 7° en 8° te wijzigen en een litt. 13° toe te voegen, luidend als volgt :

.....

7° de werknemers die recht hebben op een rustpensioen krachtens de wetgeving betreffende de rust- en overlevingspensioenen van arbeiders en bedienden, of op vervroegd pensioen krachtens het bijzonder statuut van het personeel van een onderneming;

8° de werknemers die als mijnwerker recht hebben op een invaliditeits- of rustpensioen;

9° .....

10° .....

11° .....

12° .....

13° *de kinderen van de in 1° tot en met 9° bedoelde gerechtigden die volle wezen zijn en recht geven op kinderbijslag.*

De Koning bepaalt wat men dient te verstaan onder « gecontroleerde werkloosheid » en « persoon ten laste ».

b) *Vragen.*

Vraag : Verscheidene commissieleden vragen om nadere toelichting omtrent de rechthebbenden op geneeskundige verstrekkingen, die een vervroegd pensioen genieten krachtens het bijzonder statuut van het personeel van een onderneming. Wat is hun bijzondere toestand ? Om welke praktische gevallen kan het hier gaan ?

Antwoord van de Minister : Deze gepensioneerden worden beschouwd als gepensioneerden van de sociale zekerheid. Als louter voorbeeld halen wij als rechthebbenden op deze regeling aan het personeel van de Antwerpse Gasmaatschappij, dat van de groep Solvay en in het algemeen, dat van de ondernemingen die door een collectieve of een andere overeenkomst een bijzonder statuut hebben met betrekking tot de pensioenleeftijd.

Vraag : Welke personen worden beschouwd als zijnde ten laste van de gerechtigden ?

Réponse du Ministre : D'une façon générale, ce sont les membres du ménage, à savoir : le conjoint, les enfants et les ascendants. Le Roi déterminera qui il faut considérer comme « personnes à charge ».

Question : Un ouvrier ou employé qui jouit d'une pension anticipée en vertu de la législation relative aux pensions de retraite et de survie des ouvriers et des employés, est-il également bénéficiaire en application du 7° ?

Réponse du Ministre : oui.

Question : Quelles sont les personnes visées au 12° de cet article ?

Réponse du Ministre : Sont visés par le 12° de l'article 21, les Belges travaillant à l'étranger et assujettis à des régimes étrangers de Sécurité Sociale mais qui, pour remplir leurs obligations de milice, rentrent en Belgique avec leur famille. Il s'agit de protéger ces familles pendant la durée du service militaire du chef de ménage dans la mesure où une convention internationale n'assure pas cette protection.

Question : A l'heure actuelle, l'assurance maladie-invalidité supporte des charges qui ne lui incombent pas. C'est le cas notamment des ménages mixtes composés d'un travailleur salarié et d'un indépendant dont les deux membres bénéficient des soins de santé. Ne faudrait-il pas remédier à cette situation ?

Réponse du Ministre : La chose n'est pas souhaitable puisque la tendance du législateur est d'aller à la généralisation de l'assurance « soins de santé ».

Un large échange de vues se produit sur le fait de savoir si le litt. 13° est applicable aux orphelins de travailleurs frontaliers.

Le Ministre déclare que le litt. 13° doit être interprété comme couvrant les orphelins dont les parents auraient pu, en des circonstances déterminées, bénéficier des prestations de l'assurance selon la législation belge.

Tel est notamment le cas des travailleurs frontaliers qui peuvent, en cas de chômage, prétendre à des allocations en Belgique. Leurs orphelins éventuels sont donc couverts par le 13° de l'article 21.

Question : 13° La loi sur les allocations familiales des travailleurs salariés prévoit que les orphelins peuvent prétendre à des allocations familiales ordinaires ou à des allocations familiales pour orphelins, selon la carrière professionnelle du père ou de la mère défunte.

Lesquelles des deux sont visées par le mot « allocation familiale » ?

Réponse du Ministre : les deux. Les orphelins restent ayants-droit s'ils bénéficient d'un des deux tarifs.

Question : La fille d'une veuve handicapée qui reste chez elle afin d'aider sa mère et qui fait le travail ménager peut-elle être reconnue comme ayant droit ?

Réponse du Ministre : Ceci peut être réglé en application du dernier alinéa, qui prévoit que le Roi déterminera ce qu'il faut entendre par « personnes à charge ».

Antwoord van de Minister : In het algemeen zijn het de leden van hun gezin, te weten : de echtgeno(o)t(e), de kinderen en de ascendenten. De Koning zal bepalen wie men dient te verstaan onder « personen ten laste ».

Vraag : Is een arbeider of bediende die een *vervroegd* pensioen bekomen heeft krachtens de wetgeving betreffende de rust- en overlevingspensioenen van arbeiders en bedienden, eveneens rechthebbenbende in uitvoering van 7° ?

Antwoord van de Minister : ja.

Vraag : Welke zijn de personen bedoeld in 12° van dit artikel ?

Antwoord van de Minister : In 12° van artikel 21 worden bedoeld de Belgen die in het buitenland werkzaam zijn en die onder buitenlandse stelsels van sociale wetgeving vallen maar die, om hun legerdienst te doen, naar België terugkeren met hun gezin. Het gaat erom deze families te beschermen tijdens de duur van de legerdienst van het gezinshoofd, voor zoverre deze bescherming niet wordt geregeld door een internationale overeenkomst.

Vraag : Vandaag de dag heeft de ziekte- en invaliditeitsverzekering lasten te dragen die haar niet toekomen. Dit is met name het geval met de gemengde gezinnen bestaande uit een werknemer en een zelfstandige, waarvan beide leden geneeskundige verzorging genieten. Zou men deze toestand niet moeten verhelpen ?

Antwoord van de Minister : Dit ware niet wenselijk, aangezien de wetgever wil komen tot een veralgemening van de verzekering voor « geneeskundige verzorging ».

Er wordt uitvoerig van gedachten gewisseld over de vraag of het 13° toepasselijk is op de wezen van grensarbeiders.

De Minister verklaart dat het 13° moet worden beschouwd als betrekking hebbende op die wezen, wier ouders ingevolge bepaalde omstandigheden de prestaties van de verzekering overeenkomstig de Belgische wetgeving hadden kunnen genieten.

Dit is onder meer het geval met grensarbeiders die, in geval van werkloosheid, recht hebben op uitkeringen in België. Hun eventuele wezen vallen dus onder 13° van artikel 21.

Vraag : 13°. De wet op de kinderbijslagen voor loonarbeiders bepaalt dat de wezen aanspraak maken op de gewone kinderbijslagen of de kinderbijslagen voor wezen, naar gelang van de beroepsloopbaan van de overleden vader of moeder.

Op welke soort heeft het woord « kinderbijslag » betrekking ?

Antwoord van de Minister : op allebei. De wezen blijven rechthebbenden indien zij begunstigd zijn met een van beide tarieven.

Vraag : Kan een dochter van een gehandicapte weduwe, die thuis blijft om haar moeder te helpen en huishoudelijk werk verricht, als rechthebbende in aanmerking komen ?

Antwoord van de Minister : Dit kan worden geregeld in uitvoering van het laatste lid, waardoor de Koning gemachtigd wordt vast te stellen wat onder « personen ten laste » verstaan wordt.

c) *Amendement de M. Glineur.*

Par voie d'amendement M. Glineur veut ranger les agents des services publics parmi les bénéficiaires des prestations de santé.

L'auteur de l'amendement entend répondre par là au vœu exprimé par les intéressés.

Un commissaire estime que l'intégration des agents des services publics dans l'assurance « soins de santé » ne peut s'opérer par la voie d'autorité : elle doit se faire en accord avec les organisations syndicales représentatives des travailleurs de ce secteur.

L'amendement de M. Glineur est repoussé par 16 voix et 2 abstentions.

L'article amendé par la Commission est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 22 :

Cet article a donné lieu à un long échange de vues.

Sans doute, dans une matière comme celle-ci, la Commission estime-t-elle qu'il serait préférable que l'extension du champ d'application se fasse par la loi.

L'impression générale est qu'il est préférable que l'extension du champ d'application se fasse en vertu d'une loi. On est généralement d'avis qu'il y a lieu de mettre fin, pour les travailleurs salariés, à l'actuelle réglementation par voie d'arrêté royal; un projet de loi est déposé à cet effet.

Va-t-on, pour toute une série de catégories, s'engager dans la voie, actuellement condamnée pour les travailleurs salariés ?

Les membres admettent toutefois que ladite extension donnera lieu à des difficultés, ne fût-ce qu'à propos du plan de financement, impossible à établir par approximation à défaut de données suffisantes, des répercussions de toute application partielle — des risques de celle-ci, par exemple — sur tout ce qui subsiste dans le secteur des assurés libres, etc.

Pour l'ensemble de ces motifs, la majorité des membres de votre Commission s'est montrée disposée à accepter la solution préconisée, à condition que le Ministre prenne l'engagement formel de consulter les représentants des milieux intéressés.

Le Ministre trouve qu'il va sans dire que le Gouvernement est tenu de recueillir dans une mesure aussi large que possible l'avis des intéressés. Quant aux travailleurs indépendants, le Ministre se propose de consulter, non seulement leurs organisations les plus représentatives, mais aussi le Conseil supérieur des Classes moyennes ainsi que le groupe de travail chargé d'étudier le statut social des travailleurs indépendants; en vue d'une extension aux titulaires de fonctions publiques, l'avis des organisations syndicales sera sollicité, etc.

Plusieurs membres sont d'avis qu'il convient d'envisager également l'éventualité d'une extension à d'autres catégories de personnes, notamment aux ministres des cultes, au personnel domestique, aux infirmes et aux estropiés.

Un autre membre estime qu'en ce qui concerne les travailleurs indépendants, le texte doit être précisé. Le groupe de travail chargé de l'étude du statut social des travailleurs indépendants a adopté des conclusions importantes relatives à l'assurance maladie-invalidité (1). Pourquoi le Gouvernement ne s'inspire-t-il pas de ces conclusions ?

(1) Voir chapitre particulier.

c) *Amendement van de heer Glineur.*

Door middel van een amendement wil de heer Glineur de ambtenaren der overheidsdiensten rangschikken onder de rechthebbenden op geneeskundige verstrekkingen.

Hierdoor wil de steller van het amendement tegemoetkomen aan de verlangens der belanghebbenden.

Een commissielid is van mening dat de opneming van het personeel der overheidsdiensten in de verzekering voor « geneeskundige verzorging » niet van overheidswege mag geschieden : zij dient te gebeuren in overleg met de werknemersorganisaties die de arbeiders van deze sector vertegenwoordigen.

Het amendement van de heer Glineur wordt afgewezen met 16 stemmen voor en 2 onthoudingen.

Het door de Commissie geamendeerde artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 22 :

Dit artikel was het onderwerp van een langdurige gedachtenwisseling.

Weliswaar oordeelt de Commissie dat, in een dergelijke aangelegenheid, het de voorkeur verdient dat de verruiming van de toepassingssfeer bij de wet gebeurd.

De algemene indruk is dat de verruiming van de toepassingssfeer beter bij wet zou gebeuren. Voor de loonarbeiders is iedereen van mening dat een einde moet gemaakt worden aan de huidige reglementering bij koninklijk besluit; daarom werd dit wetsontwerp ingediend.

Voor een ganse reeks andere categorieën wil men de weg opgaan die thans voor de loonarbeiders wordt vervoordeeld.

De Commissieleden erkennen nochtans de moeilijkheden tot dewelke de verruiming aanleiding zal geven; denken we slechts aan een financieringsplan dat, bij gebrek aan voldoende gegevens, niet bij benadering kan opgesteld worden, aan de weerslag van een gedeeltelijke toepassing, — bv. van de grote risico's — op wat overblijft in de sector van de vrije verzekerden, enz.

Om al deze redenen is de meerderheid van de Commissie bereid de voorgestelde regeling te aanvaarden, mits de Minister de uitdrukkelijke verbintenis aangaat de vertegenwoordigers van de geïnteresseerden te raadplegen.

De Minister vindt het als vanzelfsprekend dat de Regering zo ruim mogelijk het advies moet inwinnen van de belanghebbenden. Met betrekking tot de zelfstandigen zou de Minister niet alleen de meest representatieve organisaties, doch tevens de Hoge Raad voor de Middenstand en de werkgroep belast met de studie van het sociaal statuut der zelfstandigen, raadplegen; met het oog op de uitbreiding tot de dragers van een publiek ambt zal het advies ingewonnen worden van de syndikale organisaties, enz.

Verscheidene leden zijn van oordeel dat eveneens een mogelijke verruiming tot andere categorieën moet overwogen worden, o.m. tot de bedienaars van de erediensten, het huispersoneel, de gebrekkigen en verminkten.

Een lid is van mening dat, wat de zelfstandigen betreft, de tekst moet gepreciseerd worden. De werkgroep belast met de studie van het sociaal statuut der zelfstandigen, heeft belangrijke besluiten aanvaard, die betrekking hebben op de ziekteverzekering (1). Waarom laat de Regering zich niet leiden door deze besluiten ?

(1) Zie afzonderlijk hoofdstuk.

Entre-t-il dans les intentions du Gouvernement de rendre la loi dans son ensemble applicable aux travailleurs indépendants, ou se bornera-t-on à couvrir les gros risques ?

Les veuves, les invalides et les pensionnés bénéficieront-ils également de la gratuité des soins médicaux ? Une assurance contre l'incapacité de travail sera-t-elle prévue ? Ce membre estime que l'incapacité de travail prolongée, tout au moins, doit être couverte par l'assurance et que l'Etat doit en supporter les charges dans les mêmes proportions que dans le cas des salariés.

En outre, la loi devrait prévoir la cotisation maximum ainsi que le mode de calcul : cotisation forfaitaire, cotisation basée sur les revenus avec maximum et minimum.

La loi doit aussi préciser la manière dont les subventions de l'Etat seront fixées; l'Etat ne peut faire aucune distinction entre salariés et travailleurs indépendants.

Sera-t-il prévu une comptabilité distincte ? Y aura-t-il des organes de gestion distincts ?

Le Ministre accepte la proposition de permettre l'extension éventuelle à d'autres catégories de personnes que celles qui sont prévues dans le projet; il présentera un texte nouveau.

Les questions relatives à l'extension aux travailleurs indépendants sont pertinentes, mais elles apportent la preuve de la complexité des problèmes qui se posent.

Faute de données suffisantes, il n'est pas recommandé de s'engager trop loin par des textes précis; une rédaction vague paraît être la meilleure solution. En 1945, on a opté pour cette formule dans le cas des salariés; actuellement, après 19 ans d'application, on en est seulement à élaborer un système légal, en se basant sur l'expérience acquise.

Compte tenu des suggestions des membres, le Gouvernement propose le texte suivant :

Le Roi peut, par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres, étendre, en tout ou en partie, l'application de la présente loi :

1° aux travailleurs indépendants, soumis à la loi du *28 mars 1960 relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants;*

2° *aux membres du clergé et des communautés religieuses, soumis à la loi du 10 juin 1937 étendant les allocations familiales aux employeurs et aux non salariés;*

3° aux titulaires de fonctions publiques relevant de l'Etat, des organismes d'intérêt public, des provinces, des communes ou des personnes de droit public subordonnées aux provinces ou aux communes ainsi qu'aux membres laïques du personnel enseignant ou administratif des établissements d'enseignement gardien, primaire, moyen, normal, technique et artistique libres et aux membre laïques du personnel enseignant ou administratif des établissements d'enseignement supérieur officiels ou libres;

4° *aux travailleurs domestiques soumis à la loi du 21 mai 1955 relative à la pension de retraite et de survie des ouvriers;*

5° *aux personnes qui en raison de leur état physique ou mental sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif et qui sont bénéficiaires d'une allocation accordée en application des lois relatives aux estropiés et mutilés, coordonnées par l'arrêté royal du 3 février 1961;*

6° aux étudiants.

Heeft de Regering het inzicht de ganse wet toepasselijk te maken op de zelfstandigen, of gaat men zich beperken tot de grote risico's ?

Zullen de gepensioneerden, invaliden en weduwen eveneens genieten van de kosteloze geneeskundige verzorging ? Zal een verzekering tegen werkonbekwaamheid voorzien worden ? Naar het oordeel van dit lid moet op haar minst de langdurige werkonbekwaamheid in de verzekering opgenomen worden, en moet de Staat, in dezelfde verhouding als voor de loonarbeiders, de lasten dragen.

De wet zou daarenboven een maximumbijdrage moeten voorzien; ook de wijze van berekening zou in de tekst moeten opgenomen worden : forfaitaire bijdrage, bijdrage in funktie van het inkomen, met een minimum en een maximum ?

De wet moet tevens vermelden op welke wijze de staatstoelagen zullen vastgesteld worden; de Staat mag geen onderscheid maken tussen loonarbeiders en zelfstandigen.

Zal een afzonderlijke boekhouding worden voorzien ? Zijn er afzonderlijke beheersorganen ?

De Minister aanvaardt het voorstel om de verruiming mogelijk te maken tot andere categorieën dan deze in het ontwerp vermeld zal een nieuwe tekst voorleggen.

De gestelde vragen met het oog op de uitbreiding tot de zelfstandigen zijn pertinent, maar bewijzen hoe ingewikkeld de problemen zijn die zich stellen.

Bij gebrek aan voldoende gegevens is het niet gewenst zich te ver te verbinden aan preciese teksten; een vage formulering lijkt de beste oplossing. In 1945 heeft men dezelfde oplossing verkozen voor de loonarbeiders; thans, na 19 jaar toepassing, wordt pas een wettelijk stelsel uitgebouwd op grond van de opgedane ervaring.

Rekening houdend met de suggesties van de leden, stelt de Regering de volgende tekst voor :

De Koning kan bij een gemotiveerd en in de Ministerraad overlegd besluit de toepassingssfeer van deze wet geheel of gedeeltelijk verruimen :

1° tot de zelfstandigen die vallen onder de wet van *28 maart 1960 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor zelfstandigen;*

2° *tot de leden van de geestelijkheid en van de kloostergemeenschappen die vallen onder de wet van 10 juni 1937 houdende uitbreiding van de kinderbijslagen tot de werkgevers en tot de niet-loontrekkenden;*

3° tot de dragers van een publiek ambt afhankelijk van het Rijk, de instellingen van openbaar nut, de provincies, de gemeenten of de publiekrechtelijke personen die aan de provincies of de gemeenten ondergeschikt zijn, alsmede tot de leken, leden van het onderwijzend of bestuurlijk personeel in dienst van de vrije instellingen voor kleuter-, lager-, middelbaar, normaal-, technisch- en kunstonderwijs en op de leken, leden van het onderwijzend of bestuurlijk personeel in dienst van de officiële en vrije instellingen voor hoger onderwijs;

4° *tot de dienstboden die vallen onder de wet van 21 mei 1955 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor arbeiders;*

5° *tot de personen die wegens hun lichamelijke of geestelijke toestand ongeschikt zijn erkend tot het verrichten van winstgevende arbeid en die een tegemoetkoming genieten toegekend bij toepassing van de wetten betreffende de gebrekkigen en verminkten, gecoördineerd bij koninklijk besluit van 3 februari 1961;*

6° tot de studenten.

Cet arrêté peut, à cette fin, adapter les dispositions de la présente loi, *notamment en ce qui concerne la composition du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et du Comité de gestion.*

Amendements :

— Amendement de M. D'haeseleer (Doc. n° 527/4).

La Commission prend acte de la déclaration expresse du Ministre selon laquelle les intéressés seront consultés préalablement et rejette ensuite par 17 voix contre une l'amendement en question.

— Amendements de M. Lavens (Doc. n° 527/7).

M. Lavens propose de modifier l'article 22 et d'ajouter au texte un article 22*bis*; par la suite, l'auteur a présenté des sous-amendements à ses amendements initiaux.

La discussion de ces amendements a eu lieu en présence de M. De Clerck, Ministre des Classes Moyennes.

L'auteur précise la portée exacte des amendements, qui ont été présentés à l'opinion publique dans une optique erronée.

La réglementation que je propose en faveur des travailleurs indépendants, poursuit l'auteur, porte sur 4 points :

1) La structure.
2) Le champ d'application.
3) Les risques à couvrir par l'assurance.
4) Le financement.

Ces 4 points sont largement commentés dans la justification des amendements (Doc. n° 527/7).
En vue de rencontrer les vœux des intéressés, des sous-amendements ont été présentés à ces propositions.

L'auteur propose, à la demande des organisations intéressées, que, dans le cas des travailleurs indépendants, le délai d'entrée en vigueur de la loi soit fixé à six mois au maximum.
En ce qui concerne les risques à assurer, seule une limite extrême est proposée; il estime cependant qu'il faut instaurer une indemnité d'incapacité de travail, si l'on veut éviter le reproche de favoriser les salariés par rapport aux travailleurs indépendants.

La cotisation ne peut pas être fixée forfaitairement mais doit être proportionnelle aux revenus, avec minimum et maximum.
Le Ministre rend hommage à l'objectivité et à la compétence de l'auteur de l'amendement, mais constate que l'argumentation démontre la complexité du système; il demande à la Commission de ne pas partager les vues de M. Lavens et propose de retenir un de ses arguments : la détermination d'un délai d'entrée en vigueur.

Le Ministre se déclare prêt à ajouter ce qui suit *in fine* de l'article 22 :

« Pour l'application du 1° ci-dessus, les dispositions devront sortir leurs effets, au plus tard, dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi. »

Le Ministre des Classes moyennes demande d'adopter l'article 22 ainsi complété et de ne pas présenter de nou-

Dat besluit kan te dien einde de bepalingen van deze wet aanpassen, *in het bijzonder wat de samenstelling van de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van het beheerscomité betreft.*

Amendementen :

— Amendement van de heer D'haeseleer (Stuk nr 527/4).

De Commissie neemt akte van de uitdrukkelijke verklaring van de Minister dat de betrokken belangengroepen vooraf zullen geraadpleegd worden en verwerpt het amendement met 17 stemmen tegen één.

Amendementen van de heer Lavens (Stuk nr 527/7).

De heer Lavens stelt een wijziging voor aan artikel 22 en voegt aan de tekst een nieuw artikel 22*bis* toe; op deze voorstellen werden achteraf door de indiener subamendementen ingediend.
De bespreking van deze amendementen had plaats in aanwezigheid van de heer De Clerck, Minister van de Middenstand.
De indiener van de amendementen verstrekt uitleg over de juiste draagwijdte ervan die aan de openbare opinie verkeerd wordt voorgesteld.

Deze amendementen streven voor de zelfstandigen een regeling na op 4 punten :

1) De structuur.
2) Het toepassingsgebied.
3) De te verzekeren risico's.
4) De financiering.

Deze vier punten worden uitvoerig beschreven in de verantwoording (Stuk nr 527/7).
Op deze voorstellen werden subamendementen ingediend om tegemoet te komen aan de wensen van de geïnteresseerden.
Op verzoek van de betrokken organisaties stelde de auteur dan voor dat voor de zelfstandigen de inwerkingtreding zou voorzien worden binnen een termijn van ten hoogste zes maanden.
Wat de te verzekeren risico's betreft wordt slechts een uiterste grens voorgesteld, doch de auteur meent daarenboven dat een aanvang moet gemaakt worden met een vergoeding wegens werkonbekwaamheid, om te voorkomen dat het verwijt zou kunnen gemaakt worden dat men meer doet voor de loonarbeiders dan voor de zelfstandigen.
De bijdrage mag niet op een forfaitaire wijze bepaald worden, doch moet in verhouding zijn tot de inkomsten met een minimum en een maximum.
De Minister brengt hulde aan de objectiviteit en de bevoegdheid van de indiener, doch stelt vast dat de demonstratie getuigt hoe ingewikkeld het stelsel is; hij verzoekt de Commissie de heer Lavens niet te volgen en stelt voor één argument te weerhouden, namelijk de termijnbepaling voor de inwerkingtreding.

De Minister verklaart zich bereid volgende tekst *in fine* aan het artikel 22 toe te voegen :

« Voor de toepassing van het 1° hierboven dienen de bepalingen ten laatste binnen zes maanden na de inwerkingtreding van onderhavige wet uitwerking te hebben. »

Mits toevoeging van deze aanvulling vraagt de Minister van de Middenstand het artikel 22 goed te keuren en zich

veaux amendements. Il est patent que les intéressés sont divisés, et il serait dangereux de se lier d'avance à des règles plus précises.

L'auteur des amendements n'est cependant pas rassuré et demande à la Commission de se prononcer sur ses amendements en donnant la priorité à l'articles 22*bis*.

Le texte modifié lui donne satisfaction sur deux points :

1) l'application de la loi ne serait pas étendue aux personnes auxquelles est applicable la loi sur les allocations familiales pour travailleurs indépendants mais bien à celles qui sont visées dans la loi sur les pensions des travailleurs indépendants;

2) pour les travailleurs indépendants, les dispositions sortiront leurs effets dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la loi.

Les amendements qui concernent ces deux points sont retirés.

L'auteur des amendements demande si le Gouvernement a l'intention de prévoir la gratuité en faveur des pensionnés, des invalides et des veuves pour tous les risques couverts par l'assurance pour les travailleurs indépendants.

Le Ministre répond que l'on désire qu'à un même effort corresponde une même interventention de l'Etat.

Le § 1 de l'amendement est retiré.

Le Ministre des Classes Moyennes estime fort périlleux de définir le § 2 d'une manière limitative; nous désirons consulter d'abord les bénéficiaires ainsi que les techniciens. Nous sommes convaincu de la nécessité de prévoir dès à présent une nomenclature autre que celle établie par le groupe de travail Allard.

Le présent paragraphe ainsi que le § 3 sont rejetés par 16 voix contre 3 .

Le § 4 est retiré.

Le § 5 de l'amendement traite du mode de fixation de la cotisation.

Le Ministre demande à la Commission de ne pas accepter l'amendement; comme les intéressés sont divisés à ce sujet, il convient de leur permettre de procéder encore à un échange de vues.

La Commission, par 16 voix contre 3, rejette l'amendement en question; elle est cependant unanimement d'avis que la solidarité entre les divers intéressés se manifesterait le plus équitablement en fixant la cotisation en fonction des revenus.

Le § 6 est retiré, le Ministre ayant déclaré que la solution s'imposait de toute évidence.

Les §§ 7 et 8 sont également retirés.

Amendements de M. D'haeseleer (doc. n° 527/12).

Ces amendements sont retirés par leur auteur après que celui-ci a entendu les explications mentionnées ci-dessus.

Amendement de M. Brouhon.

Préconisant une solution analogue à celle contenue dans la proposition de M. Lavens, M. Brouhon propose que l'application en ce qui concerne les fonctionaires, prenne cours également 6 mois après l'entrée en vigueur de la loi.

L'auteur de l'amendement se prononce en faveur du maintien de l'article 22 tel qu'il a été admis en première lecture par la Commission; une discrimination ne peut toutefois être admise.

te onthouden van nieuwe aanvullingen. Het is een feit dat bij de geïnteresseerden verdeeldheid heerst, en het zou gevaarlijk zijn zich op voorhand te binden aan meer preciese regels.

De indiener van de amendementen is echter niet gerustgesteld en verzoekt de Commissie zich over de amendementen uit te spreken, met voorrang voor artikel 22*bis*.

De indiener heeft, in de gewijzigde tekst, voldoening op twee punten :

1) De toepassing zou niet verruimd worden tot de personen die vallen onder de wet op de kinderbijslagen voor zelfstandigen, doch tot deze voorzien in de pensioenwet voor de zelfstandigen;

2) de bepalingen zullen voor de zelfstandigen uitwerking hebben binnen zes maanden na de inwerkingtreding.

De amendementen die betrekking hebben op deze twee punten worden ingetrokken.

De indiener vraagt of de Regering het inzicht heeft de kosteloosheid te voorzien voor gepensioneerden, invaliden en weduwen, voor alle risico's die in de verzekering voor de zelfstandigen zullen zijn opgenomen.

De Minister antwoordt dat het in de bedoeling ligt om gelijke staatstussenkomsten te voorzien voor gelijke inspanningen.

Het § 1 van het amendement wordt ingetrokken.

Met betrekking tot § 2 is de heer Minister van de Middenstand van oordeel dat een limitatieve omschrijving uiterst gevaarlijk is; hij wenst eerst de belanghebbenden en techniekers te raadplegen. Hij is er van overtuigd dat reeds op dit ogenblik een andere nomenclatuur moet voorzien worden dan deze vastgelegd door de werkgroep Allard.

Deze paragraaf evenals § 3 wordt verworpen met 16 stemmen tegen 3.

§ 4 wordt ingetrokken.

§ 5 van het amendement handelt over de wijze waarop de bijdrage vastgesteld wordt.

De Minister verzoekt de Commissie dit amendement niet te aanvaarden omdat de belanghebbenden onderling verdeeld zijn, en de kans moet geboden worden hierover nog van gedachten te wisselen.

De Commissie verwerpt dit amendement met 16 stemmen tegen 3; zij is nochtans eenparig van mening dat de solidariteit onder de belanghebbenden op de meest rechtvaardige wijze tot uiting komt door de bijdrage te bepalen in funktie van het inkomen.

§ 6 wordt ingetrokken omdat de Minister verklaart dat de voorgestelde regeling evident is.

§ 7 en 8 worden eveneens ingetrokken.

Amendementen van de heer D'haeseleer (stuk nr 527/12).

Deze amendementen worden door de indiener ingetrokken na de hierboven vermelde uitleg te hebben gehoord.

Amendement van de heer Brouhon.

Per analogie met het voorstel van de heer Lavens stelt de heer Brouhon voor dat de toepassingsdatum voor de ambtenaren eveneens zou vastgesteld worden 6 maanden en na de inwerkingtreding van de wet.

De indiener is voorstander van het behoud van het artikel 22 zoals het, na een eerste lezing, door de Commissie, werd vastgesteld, doch er mag geen onderscheid gemaakt

fois pas être établie. Il existe encore d'autres catégories qui attendent avec quelque impatience l'instauration en leur faveur d'un régime d'assurance maladie-invalidité.

Le Ministre demande à l'auteur de l'amendement de bien vouloir retirer celui-ci; en prévoyant l'extension de la loi, le Gouvernement n'exprime pas un simple vœu; car il est fermement résolu à étendre dès que possible, l'application de la loi à toutes les catégories qui sont reprises à l'article 22. On ne peut cependant pas réaliser le tout en une fois; la revalorisation de la fonction publique coûtera en effet bien davantage qu'il n'avait été initialement prévu.

L'auteur de l'amendement attire l'attention sur les importantes répercussions sur l'assurance libre de l'instauration d'une assurance obligatoire des grands risques pour les travailleurs indépendants. Pour ne pas retarder le vote de la loi, il est cependant disposé à retirer son amendement.

L'article ainsi modifié est adopté par 17 voix et trois abstention.

* * *

CHAPITRE 3.

Des prestations de santé.

Article 23 :

a) *Modification de texte.*

La commission marque son accord unanime pour modifier le 6° de cet article comme suit :

.....

6° le traitement des maladies mentales, de la tuberculose, du cancer, de la poliomyélite, *des affections et des malformations congénitales;*

(reste sans changement).

b) *Questions.*

Question : Le 4° concerne-t-il également la fourniture des prothèses dentaires ?

Réponse du Ministre : Oui ! Cette disposition concerne également le renouvellement et la réparation des prothèses.

Question : Dans certains cas, ne se justifie-t-il pas de renouveler des prothèses avant l'écoulement du terme de dix ans prévu dans la loi ?

Réponse du Ministre : Cette éventualité sera prévue dans la réglementation. Par ailleurs il ne faut pas perdre de vue que les porteurs de prothèses bénéficient d'une indemnité pour l'entretien de celles-ci.

Question : Pourquoi a-t-on modifié la présentation des « soins de santé » ?

Réponse du Ministre : Rien n'a été modifié en ce qui concerne la portée des prestations de santé. La présentation a tout simplement été rajeunie de façon à mieux marquer la classification des prestations.

L'article amendé est adopté par 16 oui et 2 abstentions.

worden. Er zijn ook nog andere groepen die met ongeduld wachten op een verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

De Minister verzocht de indiener zijn amendement te willen intrekken; door de uitbreiding van de wet te voorzien geeft de Regering geen uiting aan een vrome wens, doch zij is vast besloten, binnen de korst mogelijke tijd de wet te verruimen tot alle categorieën die in artikel 22 zijn opgenomen. Zij kan echter niet alles ineens verwezenlijken; op financieel gebied zal de herwaardering van het openbaar ambt veel meer kosten dan aanvankelijk werd voorzien.

De indiener wijst op de grote weerslag op de vrijwillige verzekering, die de verplichte verzekering van de grote risico's voor de zelfstandigen betekent. Om echter de goedkeuring van de wet niet te vertragen is hij bereid zijn amendement in te trekken.

Het aldus gewijzigd artikel wordt aangenomen met 17 stemmen voor en drie onthoudingen.

* * *

HOOFDSTUK 3.

Geneeskundige verstrekkingen.

Artikel 23 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord 6° van dit artikel te wijzigen als volgt :

.....

6° behandeling van de geesteszieken, de tuberculose, de kanker, de poliomyelitis, *de aangeboren aandoeningen en misvormingen;*

(het overige blijft ongewijzigd).

b) *Vragen :*

Vraag : Heeft het 4° eveneens betrekking op het verstrekken van tandprothesen ?

Antwoord van de Minister : Ja ! Deze bepaling houdt eveneens de vernieuwing en de herstelling in van de prothesen.

Vraag : Is het in sommige gevallen niet verantwoord de prothesen te vernieuwen voordat de wettelijke termijn van tien jaar is verstreken ?

Antwoord van de Minister : Deze mogelijkheid zal in de reglementering worden opgenomen. Anderzijds mag men niet uit het oog verliezen dat de dragers van prothesen recht hebben op een tegemoetkoming voor het onderhoud ervan.

Vraag : Waarom heeft men de voorstelling gewijzigd van de « geneeskundige verzorging » ?

Antwoord van de Minister : Er werd niets gewijzigd aan de draagwijdte van de geneeskundige verstrekkingen. De voorstelling werd eenvoudig verjongd, zodat de verstrekkingen beter zijn gerangschikt.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 24 :

Cet article accorde au Roi le pouvoir d'établir la nomenclature des prestations de santé.

Le Ministre déclare qu'il entre dans ses intentions de prendre la nomenclature actuelle comme base, lors de la mise en vigueur du nouveau régime. Des modifications ne pourront y être apportées que par arrêté royal, après consultation du comité de gestion du Service des soins de santé.

Afin de préciser cette intention, le texte initial du présent article a été modifié.

Amendements.

a) Amendement De Paepe : rapporté, sur la base de la modification susmentionnée;

b) Amendement D'haeseleer :

Un membre défend cet amendement comme suit :

S'il va de soi que la nomenclature en question sera applicable à tous les médecins, conventionnés ou non, l'amendement qui tend à le dire expressément peut néanmoins être utile et ne vient en aucun cas vicier quoi que ce soit.

Le Ministre et certains membres de la Commission ne peuvent admettre l'amendement en question en raison des mobiles qui l'ont inspiré. Cet amendement fait partie d'un ensemble qui tend à introduire un autre système que celui poursuivi par le projet de loi.

L'amendement est rejeté par 15 voix contre 1.

L'article est adopté par 15 voix et 1 abstention.

Artikel 24 :

Dit artikel geeft aan de Koning de macht om de nomenclatuur van gezondheidsverstrekkingen vast te stellen.

De Minister verklaart dat het in zijn bedoeling ligt de huidige nomenclatuur als basis te nemen bij de aanvang van het nieuwe stelsel; hieraan zullen slechts wijzigingen kunnen aangebracht worden bij koninklijk besluit na raadpleging van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Teneinde deze bedoeling te verduidelijken werd de oorspronkelijke tekst van dit artikel gewijzigd.

Amendementen.

a) Amendement De Paepe : wordt ingetrokken op grond van bovenvermelde wijziging;

b) Amendement D'haeseleer :

Een lid verdedigt dit amendement als volgt :

Hoewel het logisch is dat de bedoelde nomenclatuur op alle geneesheren van toepassing is, ongeacht of zij geconventioneerd zijn of niet, kan ket amendement, waarin zulks uitdrukkelijk wordt bevestigd, toch zijn nut hebben, zonder om het even wat te vervalsen.

De Minister en sommige commissieleden kunnen met dit amendement niet instemmen, omwille van de redenen die het hebben ingegeven. Dit amendement maakt deel uit van een geheel dat ertoe strekt een ander stelsel in te voeren dan dat wat het wetsontwerp op het oog heeft.

Het amendement wordt met 15 stemmen tegen 1 stem verworpen.

Het artikel wordt goedgekeurd met 15 stemmen en 1 onthouding.

.....

Article 25 :

Vu l'importance de cet article, chaque paragraphe est discuté séparément.

§ 1. — 1er alinéa :

A la demande d'un membre, le Gouvernement présente un amendement tendant à classer également les orphelins parmi les ayants droit.

Il s'agit des orphelins de père et de mère pour lesquels sont accordées les allocations familiales prévues dans le régime des salariés.

Cet amendement est adopté à l'unanimité.

2e alinéa : Le texte impose l'obligation d'exiger en toute occasion l'intervention personnelle de l'assuré.

Un membre se demande si, par cette disposition, l'on n'arrive pas à empêcher les médecins de faire preuve de philanthropie à l'égard de l'un ou l'autre patient dont le docteur estime ne pas devoir exiger l'intervention personnelle.

Le Ministre partage ce point de vue et propose de remplacer les mots « doit être exigée dans tous les cas » par « exigible dans tous les cas ».

Cette modification est adoptée à l'unanimité.

In fine : Amendement de M. Olislaeger :

Cet amendement tend à supprimer la référence à l'article 29, § 4, en vue d'étendre le paiement forfaitaire des pres-

Artikel 25 :

Gezien het belang van dit artikel wordt elke paragraaf afzonderlijk besproken.

§ 1. — 1e lid :

De regering dient, op vraag van een lid, een amendement in, dat er toe strekt de wezen eveneens te rangschikken onder de rechthebbenden.

Het betreft wezen van vader en moeder voor wie de kinderbijslagen voorzien in het stelsel voor loonarbeiders, verleend worden.

Deze wijziging wordt eenparig aangenomen.

2e lid : De tekst legt de verplichting op steeds het persoonlijk aandeel van de verzekerde te eisen.

Een lid vraagt zich af of men door deze bepaling de geneesheren niet gaat beletten zich menslievend te tonen t.o.v. van een of ander patiënt, van wie de dokter oordeelt het persoonlijk aandeel niet te moeten opvorderen.

De Minister is het met deze zienswijze eens en stelt voor de woorden « moet in alle gevallen worden gevorderd » te vervangen door « is in alle gevallen eisbaar ».

Deze wijziging wordt eenparig aangenomen.

In fine : Amendement van de heer Olislaeger.

Dit amendement heeft ten doel de verwijzing naar artikel 29, § 4, in te trekken, ten einde de forfaitaire betaling

tations données dans les institutions de soins — paiement forfaitaire qui est limité par ladite disposition aux seules prestations fournies par les médecins spécialistes — à toutes les catégories de prestations fonctionnant dans ces institutions : infirmières, assistants médicaux, auxiliaires paramédicaux, etc.

Le Ministre accepte l'idée qui est à la base de cet amendement tout en précisant que c'est le corps médical lui-même qui, à l'occasion de la conclusion de l'accord précédent, avait demandé que le paiement forfaitaire serait réservé aux seuls médecins-spécialistes.

L'amendement est adopté à l'unanimité.

§ 1er. — Amendements de M. D'haeseleer (Doc. 527/12).

Ces amendements tendent à fixer dans la loi une limite des revenus.

La majorité des membres de la Commission estime que ce point doit faire l'objet d'un accord. L'amendement est rejeté par 15 voix contre 1.

§ 1er. — Amendements de M. Glineur (Doc. 527/15).

Ceux-ci sont rejetés à l'unanimité.

§ 2. — Amendement de M. Brouhon.

Cet amendement tend à accorder un caractère formel à l'injonction faite au Roi de déterminer les conditions de gratuité des soins. Cette modification n'exclut nullement la fixation éventuelle d'une intervention personnelle de la part des intéressés dans le coût des prestations, par la voix du ticket-modérateur. Rien n'est changé à la disposition quant au fond, mais le Roi est *tenu* de fixer les conditions de gratuité.

Cet amendement est adopté à l'unanimité.

Amendement de M. Glineur (Doc. 527/15).

Rejeté à l'unanimité.

§ 3. — Amendement de M. Lenoir (Doc 527/5).

La proposition de M. Lenoir est reprise dans les amendements proposés par le Gouvernement à l'exception des mots « de la totalité ».

Cette suppression est nécessaire parce que, sinon, on pourrait croire que l'intervention de 25 % seulement de la part du bénéficiaire, vaut également pour les fournitures pour lesquelles il n'est pas prévu de remboursement.

L'amendement est retiré et le texte du Gouvernement adopté.

§ 4. — Amendement de M. Olislaeger (Doc. 527/8).

Suppression du dernier alinéa.

Cet amendement tend à éliminer la différenciation entre médecins quant au taux du remboursement accordé à l'assuré.

Un commissaire demande par ailleurs, qui, aux yeux du Ministre, déterminera la qualification particulière des médecins auxquels s'appliquerait notamment ce paragraphe.

Réponse : Il y a une distinction de fait entre les sommités médicales et les autres et la disposition incriminée doit être maintenue si on veut s'assurer la collaboration des milieux universitaires. D'ailleurs le public fait une distinc-

van de in de verzorgingsinrichtingen verleende verstrekkingen — welke forfaitaire betaling door de bedoelde bepaling wordt beperkt tot de verstrekkingen, verleend door de specialisten — uit te breiden tot al de categorieën van verstrekkingen die in deze inrichtingen voorkomen : verpleegsters, medische assistenten, paramedische helpers, enz.

De Minister aanvaardt de gedachte die aan dit amendemen ten grondslag ligt, doch verklaart dat, bij het sluiten van het vorig akkoord het geneeskundig korps zelf had gevraagd de forfaitaire betaling uitsluitend aan de specialisten voor te behouden.

De amendement wordt eenparig aangenomen.

§ 1. — Amendementen van de heer D'haeseleer (Stuk nr 527/12).

Deze amendementen strekken ertoe in de wet een inkomstengrens vast te stellen.

De meerderheid van de commissieleden is van oordeel dat zulks bij overeenkomst moet geregeld worden; het amendement wordt verworpen met 15 stemmen tegen één.

§ 1. — Amendementen van de heer Glineur (Stuk nr 527/15).

Deze worden eenparig verworpen.

§ 2. — Amendement van de heer Brouhon.

Dit amendement heeft tot doel een uitdrukkelijk karakter te geven aan de taak die de Koning wordt opgelegd : de voorwaarden voor de kosteloze verzorging vast te stellen. Deze wijziging sluit geenszins de eventuele vaststelling uit van een persoonlijk aandeel van de betrokkenen in de kosten van de verstrekking, door middel van het matigingsticket. Wat de grond van de bepaling betreft, is niets veranderd, doch de Koning is ertoe gehouden de voorwaarden van de kosteloosheid vast te stellen.

Dit amendement wordt eenparig aangenomen.

Amendement van de heer Glineur (Stuk nr 527/5).

Wordt eenparig verworpen.

§ 3. — Amendement van de heer Lenoir (Stuk nr 527/5).

Het voorstel van de heer Lenoir wordt overgenomen in de amendementen voorgesteld door de Regering, met uitzondering van het woord « gezamenlijke ».

Deze weglating is noodzakelijk, zoniet zou de indruk worden gewekt dat het aandeel van slechts 25 % vanwege de rechthebbende eveneens geldt voor de verstrekkingen waarvoor geen terugbetaling is bepaald.

Het amendement wordt ingetrokken en de tekst van de Regering aangenomen.

§ 4. — Amendement van de heer Olislaeger (Stuk nr 527/8).

Weglating van het laatste lid.

Dit amendement heeft tot doel te vermijden dat tussen de geneesheren een verschil wordt gemaakt, wat de hoegrootheid betreft van de terugbetaling die aan de verzekerde wordt toegestaan.

Voorts vraagt een lid wie, volgens de Minister, de bijzondere kwalificatie zal bepalen van de geneesheren op wie onder meer deze paragraaf betrekking zou hebben.

Antwoord : Er bestaat een feitelijk onderscheid tussen de medische sommiteiten en de andere geneesheren, en de bestreden beschikking moet worden gehandhaafd indien men de medewerking van de universitaire kringen wil ver-

tion analogue : le malade n'entend-il pas s'adresser, dans des cas graves, à un médecin qui a son entière confiance ?

Enfin, cette disposition reflète également le souci du Gouvernement de collaborer à la promotion de la profession médicale.

Quant à la détermination des critères de qualification, il vaut mieux que ceux-ci soient fixés par les médecins eux-mêmes, l'agrégation devant, bien entendu, rester l'exception.

La commission souscrit ensuite au vœu exprimé par le Ministre que des critères permettant de déclarer certains médecins particulièrement qualifiés, soient établis dans le cadre des conventions à conclure avec le corps médical.

La modification de texte proposée par le Gouvernement répond aux remarques de M. Olislaeger. L'intervention majorée n'est prévue que si le médecin-conseil déclare que les soins de l'un de ces médecins sont absolument nécessaires.

Le montant de l'intervention ne peut dépasser de plus de 100 % le montant des honoraires conventionnels non majorés.

L'amendement est retiré.

Avant le vote sur l'article 25, un membre fait la déclaration suivante :

L'article 25 concerne le nœud de la présente réforme de l'assurance-maladie, notamment le rattachement des remboursements à l'assuré aux honoraires à convenir.

Personnellement, le membre était partisan d'une combinaison moins étroite de ces deux facteurs. Telle qu'elle est prévue, elle compliquera les conventions avec le corps médical.

Dans certaines régions, en effet, les médecins ont toujours appliqué d'une manière très lâche les honoraires de base fixés par le tarif des mutualités.

On veut, à présent, contraindre ces médecins, sous peine de sanctions, à s'engager par écrit au respect desdits honoraires.

On va ainsi susciter des difficultés de tout genre à cause de la diversité régionale des honoraires.

Dans certaines contrées on obligera d'ailleurs les médecins à majorer leurs honoraires, ce qui entraînera une augmentation des dépenses de l'assurance-maladie, une augmentation des prix du ticket modérateur, une augmentation de la cotisation des assurés libres et également une majoration des honoraires à charge des non-assurés.

D'après le membre en question, la solution proposée est donc trop rigide. Mais il faut faire un choix : la formule du projet ou une autre. Comme il ne veut toutefois compromettre la réforme de l'assurance-maladie telle que la conçoit le Gouvernement, il votera l'article de base, en l'occurrence l'article 25, malgré la « restrictio mentalis » faite ci-dessus.

Le Ministre remercie le membre de son attitude positive à l'égard du projet.

Il souligne que le système des conventions est à la base de la réforme : c'est par la voie des conventions que seront fixés les honoraires et, en fonction de ceux-ci, le taux des remboursements.

D'autre part des dérogations régionales aux conventions nationales peuvent être demandées.

Enfin, n'est-il pas exact que quant au taux des honoraires, l'on assistera le plus souvent au mouvement inverse

krijgen. Het publiek maakt trouwens hetzelfde onderscheid : wendt de zieke zich, in erge gevallen, niet tot een geneesheer in wie hij een blind vertrouwen kan hebben ?

Ten slotte laat deze bepaling tevens de bekommernis van de Regering uitschijnen om aan de verheffing van het medisch ambt mede te werken.

Wat de vaststelling van de criteria voor de kwalificatie betreft, verdient het aanbeveling dat zij door de geneesheren zelf worden bepaald, met dien verstande dat de aggregatie uitzondering moet blijven.

Daarop stemt de Commissie in met de wens van de Minister, volgens wie, aan de hand van de overeenkomst die met het geneesherenkorps moeten worden aangedaan, criteria dienen te worden bepaald om sommige geneesheren uitermate gespecialiseerd te verklaren.

De tekstwijziging voorgesteld door de Regering komt te gemoet aan de opmerkingen van de heer Olislaeger; de verhoogde tussenkomst is slechts voorzien indien de adviserend geneesheer verklaart dat noodzakelijk een beroep moet gedaan worden op verzorging door een van die geneesheren;

Het bedrag van de tegemoetkoming mag niet met meer dan 100 % het bedrag van de niet verhoogde conventionele ereloon overschrijden.

Het amendement wordt ingetrokken.

Een lid legt vóór de stemming over artikel 25 de volgende verklaring af :

Artikel 25 behelst de kern van de onderhavige hervorming van de ziekteverzekering, namelijk de koppeling van de terugbetalingen aan de verzekerde aan de overeen te komen honoraria.

Het lid was persoonlijk voorstander van een minder strakke binding van deze twee factoren, die, volgens hem, de overeenkomsten met het geneeskundig korps zal bemoeilijken.

Het is inderdaad zo, dat, in bepaalde streken, de geneesheren sedert altijd de basis-honoraria, zoals bepaald in het tarief van de mutualiteiten, vrijelijk toepassen.

Nu wil men die geneesheren verplichten zich, onder bedreiging met sancties, schriftelijk tot de eerbiediging van die honoraria te verbinden.

Zo gaat men allerlei moeilijkheden tegemoet wegens de regionale verscheidenheid van de honoraria.

Men zal overigens in bepaalde streken de geneesheren verplichten hun honoraria te verhogen, wat tot gevolg zal hebben een verhoging van de uitgaven van de ziekteverzekering, een verhoging van het matigingsticket, een verhoogde bijdrage vanwege de vrij verzekerden en een verhoging ook van de honoraria ten laste van de niet-verzekerden.

De voorgestelde oplossing is dus volgens het lid te strak, maar men moet een keuze doen : de formule van het ontwerp of een andere. Daar hij echter de hervorming van de ziekteverzekering, zoals de Regering die opvat, niet in het gedrang wil brengen, zal hij, met de hierboven gemaakte « restrictio mentalis », het basis-artikel 25 goedkeuren.

De Minister dankt het lid voor zijn positieve houding tegenover het ontwerp.

Hij legt er de nadruk op dat de hervorming op het stelsel der overeenkomsten is gegrond : de honoraria en, in functie van deze laatste, de hoegrootheid van de terugbetalingen, zullen door middel van overeenkomsten worden vastgesteld.

Aan de andere kant mogen plaatselijke afwijkingen van de nationale overeenkomsten worden gevraagd.

Is het ten slotte niet zo dat de honoraria, wat de omvang ervan betreft, in tegenstelling met wat de vorige spreker

de celui que semble craindre l'intervenant précédent, à savoir la nécessité dans la plupart des régions d'aligner les honoraires par le bas.

Vote : l'article 25 est adopté à l'unanimité (16 voix).

Article 26 :

Cet article pose comme principe que les rapports entre les bénéficiaires et les fournisseurs de soins de santé sont régis par des conventions.

Dans le présent rapport sont insérées les conventions conclues précédemment. Il apparaît donc clairement que le principe ne constitue pas une innovation.

A la question d'un membre, désireux de savoir pourquoi le projet ne prévoit nulle part l'intervention de l'Ordre des Médecins dans la conclusion des conventions, le Ministre répond que celles-ci sont conclues de préférence avec les organisations professionnelles. L'Ordre des médecins est un organe disciplinaire chargé de veiller au respect des règles de la déontologie. Rien n'empêche cependant les organisations professionnelles de recueillir l'avis de l'Ordre.

Un membre se demande si les objectifs du présent article ne devraient pas se limiter aux relations financières. Il va de soi, en effet, que les relations purement médicales entre les parties ne sont pas réglées par voie de convention.

Le Ministre est d'accord pour dire que les rapports entre organismes assureurs, d'une part, médecins et assurés, d'autre part, ne concernent nullement les rapports déontologiques entre médecin et patient. La réforme de l'assurance maladie et la législation sur l'art de guérir sont deux choses bien distinctes.

Un membre est d'avis que le terme « bénéficiaire » repris dans ces articles résout la difficulté soulevée. Il suffit de renvoyer à cet égard à la définition du terme « bénéficiaire » donnée à l'article 2 : toute personne qui peut prétendre les prestations prévues par la présente loi.

C'est donc uniquement dans le cadre de l'assurance que se situent les relations dont il est question au présent article.

Un autre commissaire demande pour quelle raison on n'a pas estimé devoir remplacer le terme « établissements hospitaliers » par « établissements de soins », ainsi qu'il avait été convenu lors de l'examen du projet en première lecture.

Il est répondu à cela qu'il a été entendu aussi que seules des personnes donnent des soins, la citation des établissements hospitaliers ayant trait à la prestation de la journée d'entretien.

Le Ministre propose d'insérer à la dernière ligne, entre les mots « sont » et « régis » le mot « normalement ». En effet, à défaut de convention, qui est le régime normal, il faut recourir à une autre forme de règlement des rapports entre prestataires et assurés.

Un membre déclare que, quant à lui, l'adoption de l'article 26 dépendra pour une large part de la solution qui sera donnée à l'article 151 au problème des rapports avec le corps médical. La portée du terme « normalement » proposé par le Ministre, en dépend également.

Le Commissaire est disposé à voter l'article à condition que l'article 151 donne des garanties suffisantes quant à l'établissement de rapports normaux avec le corps médical, c'est-à-dire qu'à défaut de conventions il y aura un autre système.

Il s'estime d'autant plus en droit de réclamer ces garanties que par la suppression des « institutions de soins » parmi les prestataires (polycliniques) avec lesquels des conventions scheen te duchten, in de meeste streken eerder langs onder op malkander zullen moeten worden afgestemd ?

Stemming : artikel 25 wordt eenparig aangenomen (16 stemmen).

Artikel 26 :

Dit artikel legt het principe vast dat de verhoudingen tussen de rechthebbenden en de verstrekkers van gezondheidszorgen door overeenkomsten worden geregeld.

In dit verslag zijn de overeenkomsten opgenomen die in het verleden werden afgesloten, zodat duidelijk blijkt dat het principe geen nieuwigheid is.

Op de vraag van een lid waarom nergens in het ontwerp is voorzien dat de Orde der geneesheren zal betrokken worden bij de afsluiting van de overeenkomsten, antwoordt de Minister dat de overeenkomsten bij voorkeur worden afgesloten met de beroepsorganisaties; de Orde der geneesheren is een tuchtorgaan dat moet waken over de eerbied voor de plichtenleer. Niets weerhoudt echter de beroepsorganisaties het advies in te winnen van de Orde.

Een lid vraagt zich af of de bedoelingen van dit artikel niet zouden moeten beperkt worden tot de financiële betrekkingen tussen geneesheer en zieke; het is immers vanzelfsprekend dat de zuiver medische betrekkingen tussen beiden niet bij overeenkomst worden geregeld.

De Minister geeft toe dat de betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen, enerzijds, en de geneesheren en de verzekerden, anderzijds, niets uit te staan hebben met de betrekkingen inzake plichtenleer tussen geneesheer en patiënt. De hervorming van de ziekte verzekering en de wetgeving betreffende de geneeskunst zijn twee wel onderscheiden zaken.

Een lid meent dat de term « rechthebbende » die in deze artikelen voorkomt, de gerezen moeilijkheden uit de weg ruimt. Hiervoor volstaat het te verwijzen naar de bepaling van de term « rechthebbende » in artikel 2 : iedere persoon die aanspraak heeft op de in deze wet bedoelde prestaties.

De betrekkingen waarvan in dit artikel sprake is vallen dus uitsluitend binnen het raam van de verzekering.

Een ander lid vraagt waarom de term « verplegingsinrichtingen » niet door « verzorgingsinrichtingen » werd vervangen, zoals overeengekomen was bij het onderzoek van het ontwerp in eerste lezing.

Hierop werd geantwoord dat men het er ook over eens was dat alleen personen zorgen verstrekken, terwijl de vermelding van de verplegingsinrichtingen betrekking heeft op de verstrekking van het onderhoud per dag.

De Minister stelt voor, het wooord « worden » *in fine* te schrappen en het artikel uit te breiden met de woorden « Normaal worden ». Bij gebrek aan een overeenkomst, die het normaal regime uitmaakt, moet immers voor de regeling van de betrekkingen tussen verstrekkers en verzekerden een andere oplossing worden gevonden.

Een lid verklaart dat, wat hem betreft, de aanneming van artikel 26 voor een groot deel zal afhangen van de wijze waarop, in artikel 151, het vraagstuk van de betrekkingen met het geneesherenkorps zal worden opgelost. Daarvan hangt ook de draagwijdte af van de term « normaal » die door de Minister is voorgesteld.

Het lid is bereid het artikel aan te nemen op voorwaarde dat artikel 151 voldoende waarborgen biedt inzake de uitvoering van normale betrekkingen met het geneesherenkorps, dit betekent dat bij gebrek aan overeenkomsten, een ander stelsel tot stand zal komen.

Hij acht zich des te meer gerechtigd om die waarborgen te eisen daar door de weglating van de « verzorgingsinrichtingen » onder de verstrekkers (poliklinieken) waar-

tions seront conclues, on a fait une fois de plus une concession importante au corps médical.

Sous la réserve formulée ci-dessus le commissaire retire l'amendement qu'il a proposé au présent article.

L'article est adopté par 16 voix et une abstention.

Article 27 :

Amendement de M. De Paepe (Doc. n° 527/6).

Cet amendement tend à l'instauration, par arrêté royal, d'une procédure de conciliation pour le cas où, dans les commissions compétentes, un conflit surgirait au sujet des conventions.

Le Ministre est d'avis qu'en cas de conflit, les parties intéressées ne manqueront pas de s'adresser à l'autorité supérieure compétente, en l'occurrence au Ministre de la Prévoyance sociale, qui doit approuver la convention.

Or, puisqu'on est dans un domaine de *conventions*, la formule de conciliation doit aussi être extrêmement souple. Le Ministre compétent ne manquera d'ailleurs pas de mettre tout en œuvre pour faire aboutir les conventions et, par conséquent, de faire montre d'un large esprit de conciliation. Mais on ne peut pas l'enfermer à cet égard dans une formule déterminée qui pourrait se révéler trop rigide.

D'autre part, on ne peut non plus courir le risque de voir invoquer la procédure de conciliation pour mettre en échec la conclusion p. ex. de conventions régionales et bloquer ainsi tout le système. On doit prévoir et sauvegarder toutes les hypothèses : conventions nationales, conventions régionales, conventions individuelles.

Si l'une s'avère impossible à réaliser, il faudra recourir à l'autre.

Pour ces motifs le Ministre demande à l'auteur de l'amendement de retirer celui-ci.

Après la réponse affirmative du Ministre à la question de savoir s'il désignera une personne pour rapprocher les points de vue au cas où la conclusion d'une convention devait se révéler malaisée, l'auteur de l'amendement retire celui-ci.

Amendement de M. Lenoir (Doc. n° 527/5).

Retiré pour les mêmes motifs.

Amendement de MM. D'haeseleer et Drèze (Doc. n° 527/3).

Pourquoi, demande un membre, modifier ou remplacer les conventions existantes ?

Le Ministre affirme que les conventions conclues avant la publication de la nouvelle loi, subsisteront jusqu'à ce qu'elles seront remplacées par d'autres.

Ceci est d'ailleurs conforme aux dispositions de l'article 159, 2e alinéa, du projet.

Comme le Commissaire n'a pas tous ses apaisements, le Ministre se déclare disposé à insérer un texte correspondant dans les dispositions transitoires et plus précisément à la suite du § 4 de l'article 152.

Sur cela l'amendement est retiré à l'article 27 et reporté à l'article 152.

Amendement du Gouvernement.

« Conventions ... négociées et *conclues* sur le plan national ... par des commissions *permanentes* ... »

mee overeenkomsten zullen worden aangegaan, aan het geneesherenkorps nogmaals een belangrijke toegeving werd gedaan.

Onder het hierboven gemaakte voorbehoud, trekt het commissielid het amendement in dat het op dit artikel had voorgesteld.

Het artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 27 :

Amendement van de heer De Paepe (Stuk nr 527/6).

Dit amendement strekt tot invoering bij koninklijk besluit van een verzoeningsprocedure in geval van conflict in de bevoegde commissies omtrent de overeenkomsten.

De Minister meent dat, ingeval van conflict, de betrokken partijen niet zullen nalaten zich tot de bevoegde hogere overheid te wenden, met name de Minister van Sociale Voorzorg, die de overeenkomst moet goedkeuren.

Welnu, vermits we ons op het terrein der *overeenkomsten* bevinden, moet de verzoeningsformule ook uitermate soepel zijn. De bevoegde Minister zal trouwens niet nalaten alles in het werk te stellen om de overeenkomsten te doen slagen en dus blijk geven van een ruime verzoeningsgeest. In dit opzicht mag men hem echter geen bepaalde formule opleggen, die te strak zou kunnen uitvallen.

Aan de andere kant mag men evenmin het risico lopen dat de verzoeningsprocedure wordt ingeroepen om bv. het aangaan te verhinderen van gewestelijke overeenkomsten en zodoende het gehele stelsel lam te leggen. Alle mogelijkheden moeten worden voorzien en gevrijwaard : nationale overeenkomsten, gewestelijke overeenkomsten, individuele overeenkomsten.

Indien de ene niet kan worden bereikt, zal men tot de andere zijn toevlucht moeten nemen.

Om deze redenen vraagt de Minister aan de steller van het amendement dat hij dit laatste zou intrekken.

Wanneer de Minister dan nog bevestigend antwoordt op de vraag of hij, wanneer het afsluiten van een overeenkomst blijft aanslepen, een persoon zal aanduiden om de standpunten nader tot elkaar te brengen, trekt de auteur van het amendement dit in.

Amendementen van de heer Lenoir (Stuk nr 527/5).

Ingetrokken om dezelfde redenen.

Amendementen van de heren D'haeseleer en Drèze (Stuk nr 527/3).

Waarom, vraagt een lid, moeten de bestaande overeenkomsten worden gewijzigd of vervangen ?

De Minister bevestigt dat de vóór de bekendmaking van de nieuwe wet gesloten overeenkomsten zullen worden gehandhaafd tot zij door andere zijn vervangen.

Dit stemt trouwens overeen met het bepaalde in artikel 159, tweede lid, van het ontwerp.

Daar het Commissielid niet helemaal is gerustgesteld, verklaart de Minister zich bereid om een overeenkomstige tekst in te voegen in de overgangsbepalingen, nl. na § 4 van artikel 152.

Daarop wordt het amendement op artikel 27 ingetrokken en op artikel 152 overgebracht.

Amendement van de Regering.

« ... overeenkomsten ... na onderhandeling ... *gesloten* door *bestendige* commissies... »

Un membre est d'avis qu'à cet endroit le terme « conclues » n'est pas adéquat : une convention, dit-il, ne peut être conclue qu'entre personnes physiques ou morales et non pas par l'intermédiaire d'une Commission administrative qui n'a d'ailleurs ni le pouvoir d'engager ou d'obliger des particuliers, ni de « conclure » en leur nom. Mieux vaudrait-il dire « établies ».

Le Ministre ne peut admettre cette interprétation. Après les négociations, il faut, dit-il, à un moment donné, constater qu'il y a accord ou qu'il n'y en a pas.

En l'occurrence, la convention fixe le cadre, ou, si l'on veut, la norme générale, dans laquelle s'inscrivent les adhésions individuelles et le Ministre peut, sous certaines conditions, rendre cette norme obligatoire pour tous les intéressés.

La convention existe donc comme telle et constitue un véritable contrat synalagmatique. Ce qui n'existe pas encore au moment de sa conclusion, ce sont les contrats individuels d'adhésion.

La conclusion de la convention est d'autant plus valable que les représentants, les mandataires des organisations professionnelles, et partant des intéressés eux-mêmes, y apportent leur concours et y souscrivent.

Le Commissaire maintient à son tour son point de vue, mais, s'il ne peut admettre le terme « conclues », et s'il s'abstiendra de ce fait au vote sur l'article, on ne peut se méprendre sur le sens de son intervention : il désire en effet qu'on aille le plus loin possible dans la voie des conventions.

Amendement de M. Olislaeger (Doc. nº 527/8).

Retiré.

Vote sur l'article tel qu'il a été amendé par le Gouvernement :

14 voix pour, 2 abstentions.

Article 28 :

En vertu de cet article, les organismes assureurs peuvent, si des conventions nationales n'ont pu être établies dans le mois de la publication de la présente loi, procéder à la conclusion de conventions régionales.

Il s'agit de ne pas laisser s'éterniser la conclusion de conventions régionales.

Comme il a été dit, le projet s'efforce, en effet, d'éviter qu'un vide ne se produise après l'entrée en vigueur de la loi. Il s'agit également de voir fonctionner tout le mécanisme de la réforme dès le 1er janvier 1964.

En fait d'honoraires, il faudra donc édicter à bref délai, un ensemble de mesures conventionnelles ou réglementaires, et en cas d'échec de négociation concernant la convention à établir sur le plan national, il y aura lieu de prendre graduellement une série de dispositions parallèles : convention régionale, convention individuelle, fixation par arrêté ministériel. C'est, du reste, par la voie d'arrêtés ministériels que devra être comblé le vide qui se produit au sein de la réglementation entre la date de l'adoption de la loi et — on l'espère — le 1er janvier 1964.

Un membre reprend les griefs qu'il a déjà formulés auparavant : les médecins de bonne volonté et les autres seront traités sur le même pied, et les premiers seront contraints d'exécuter ce qu'auparavant ils avaient fait de plein gré.

Een lid is van oordeel dat de term « gesloten » hier niet past. Een overeenkomst, zo zegt hij, kan slechts tussen natuurlijke of rechtspersonen worden gesloten en niet door bemiddeling van een bestuurscommissie, die ten andere niet bevoegd is om particulieren te verbinden of te verplichten, en evenmin om in hun naam een dergelijke overeenkomst te « sluiten ». Beter ware « verwezenlijkt » te gebruiken.

De Minister kan deze uitlegging niet aanvaarden. Na de onderhandelingen, zegt hij, moet op een bepaald ogenblik worden vastgesteld dat een akkoord is bereikt of dat er geen is bereikt.

Ten deze stelt de overeenkomst het kader of, anders gezegd, de algemene vorm vast waarin de individuele aansluitingen plaatsvinden, en de Minister kan, onder bepaalde voorwaarden, deze vorm aan al de betrokkenen opleggen.

De overeenkomst bestaat bijgevolg als zodanig. Zij is een werkelijk wederkerigheidscontract. Op het ogenblik van de afsluiting ervan bestaan echter de individuele toetredingscontracten nog niet.

Het sluiten van de overeenkomst geldt des te meer daar de vertegenwoordigers, de lasthebbers van de beroepsorganisaties en, bijgevolg, van de betrokkenen zelf, het hunne ertoe bijdragen en ertoe toetreden.

Het Commissielid blijft, op zijn beurt, bij zijn standpunt, doch hoewel hij de term « gesloten » niet kan aanvaarden en zich derhalve bij de stemming over het artikel zal onthouden, staat de zin van zijn tussenkomst vast : hij wenst inderdaad de weg van de overeenkomsten zo ver mogelijk op te gaan.

Amendement van de heer Olislaeger (Stuk nr 527/8).

Ingetrokken.

Stemming van het artikel zoals het door de Regering is geamendeerd :

Aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 28 :

Krachtens dit artikel mogen de verzekeringsinstellingen bij het uitblijven van nationale overeenkomsten dus één maand na de bekendmaking van de wet, overgaan tot het sluiten van streekovereenkomsten.

Het komt erop aan het sluiten van streekovereenkomsten niet op de lange baan te laten schuiven.

Het ontwerp wil inderdaad, zoals men wel weet, vermijden dat er na het van kracht worden van de wet een vacuum zou ontstaan, terwijl het eveneens in de bedoeling ligt het gehele mechanisme van de hervorming op 1 januari 1964 op gang te brengen.

Op gebied van honoraria zal men dus, binnen korte termijn, een geheel van conventionele of reglementaire maatregelen moeten uitvaardigen en, bij een eventuele mislukking van de onderhandelingen over de overeenkomsten op het nationale vlak, zal men trapsgewijze een reeks parallele schikkingen moeten treffen : regionale overeenkomsten, individuele overeenkomsten, vastlegging bij ministerieel besluit. Het is trouwens bij ministeriële besluiten dat het vacuum in de reglementering tussen de aanneming van de wet en — hopelijk — 1 januari 1964, zal moeten gevuld worden.

Een lid herhaalt zijn vroegere bezwaren : men zal de geneesheren die van goede wil zijn en de andere over dezelfde kam scheren en ze verplichten tot datgene wat zij vroeger vrijwillig hebben gedaan.

Il relève, par ailleurs, une contradiction entre l'article 28 et l'article 152, § 4 (art. 52 de la loi unique). Le premier article prévoit des conventions, mais en vertu du second, le Ministre peut immédiatement instaurer une réglementation pour les remboursements de l'assurance sans se soucier des honoraires.

Le membre déplore donc une fois de plus le lien trop strict existant entre les honoraires, d'une part, et les remboursements, d'autre part.

Le Ministre confirme, à son tour, que l'article 52 doit couvrir en effet toutes les hypothèses quant à la mise en application du nouveau système, jusques et y compris l'échec des négociations sur le plan national et les différentes solutions de rechange; il doit permettre de remplir aussi le vide qui, sinon, se produirait inévitablement entre la date de la publication de la loi et celle de la mise en place du nouveau régime.

En réponse à une question, le Ministre affirme qu'en effet, contrairement à ce qui est le cas sur le plan national, il n'existe pas d'organes de négociations institutionalisés sur le plan régional.

Au niveau régional, les négociations ne se dérouleront donc pas au sein de Commissions administratives, mais seront menées directement par les organismes assureurs, d'une part, et les organisations professionnelles des prestataires de soins, d'autre part.

Enfin, le Ministre souligne qu'il désire autant que possible voir se conclure des conventions nationales.

Vote sur l'article tel qu'il a été amendé par le Gouvernement : 14 voix pour, 2 abstentions.

Article 29 :

Cet ample article a été discuté paragraphe par paragraphe.

§ 1er.

Question : Un membre désire connaître la signification exacte du 2e alinéa du § 1er.

Réponse : la nomenclature dont il est question à l'article 24, énumère l'ensemble des prestations de santé et leur attribue une valeur relative. Pour que l'on puisse connaître les tarifs de chacune de ces prestations, il convient d'affecter ces valeurs relatives d'un facteur de multiplication exprimé en francs. C'est la portée de cette disposition : il appartient aux conventions de fixer lesdits facteurs de multiplication.

Amendements :

Amendement de M. Olislaeger (doc. n° 527/8).

§ 1er. — Un premier amendement tend à faire fixer obligatoirement les modalités de remboursement — tout comme le montant des honoraires — dans les conventions.

Le Ministre, de son côté, redoute qu'une trop grande rigidité dans ce domaine ne pèse sur les chances de voir aboutir les conventions : il faut laisser une certaine liberté à ceux qui doivent négocier celles-ci.

L'amendement est retiré.

Voorts ziet hij een tegenspraak tussen artikel 28 en artikel 152, § 4, (art. 52 eenheidswet). Het eerste artikel stelt overeenkomsten in uitzicht, maar krachtens het tweede kan de Minister onmiddellijk een regeling voor de terugbetalingen van de verzekering, zonder zich om de honoraria te bekommeren, invoeren.

Het lid betreurt derhalve nogmaals de te strikte binding tussen de honoraria, eensdeels, de terugbetalingen, anderdeels.

Op zijn beurt bevestigt de Minister dat artikel 152 inderdaad al de mogelijkheden in verband met de inwerkingstelling van het nieuwe stelsel moet dekken, met inbegrip van de mislukking van de onderhandelingen op het nationale vlak en van de verschillende vervangingsoplossingen. Bedoeld artikel moet eveneens een middel zijn om de leemte aan te vullen die anders onvermijdelijk zou ontstaan tussen de datum van de bekendmaking van de wet en die van de instelling van het nieuwe regime.

Op een andere vraag antwoordt de Minister dat, in tegenstrijd met wat op nationaal vlak bestaat, op voor de onderhandelingen op het regionale vlak inderdaad geen institutionele organen zijn opgericht.

Op het gewestelijk vlak zullen de onderhandelingen dan niet in bestuurscommissie plaatshebben, doch zij zullen rechtstreeks worden gevoerd door de verzekeringsinstellingen, enerzijds, en de beroepsorganisaties van verstrekkers van geneeskundige verzorging, anderzijds.

Tenslotte legt de Minister er de nadruk op dat hij, zoveel mogelijk, nationale overeenkomsten wenst te zien ontstaan.

Stemming over het artikel, zoals het door de Regering is geamendeerd : 12 stemmen voor, 2 onthoudingen.

Artikel 29 :

Dit uitgebreid artikel werd per paragraaf besproken.

§ 1er.

Vraag : Een lid wenst de juiste betekenis te kennen van het 2de lid van § 1.

Antwoord : de nomenclatuur waarvan sprake in artikel 24 behelst de gezamenlijke vormen van geneeskundige verstrekkingen met toekenning van een betrekkelijke waarde. Om het tarief voor elke vorm van geneeskundige verstrekking te achterhalen, worden die betrekkelijke waarden vermenigvuldigd met een in frank uitgedrukte factor. Deze bepaling is dus zo te verstaan dat die vermenigvuldigingsfactors bij overeenkomst dienen te worden bepaald.

Amendementen :

Amendement van de heer Olislaeger (stuk nr 527/8).

§ 1. — Een eerste amendement beoogt de wijzen van terugbetaling der verstrekkingen — net trouwens als het ereloonbedrag — verplicht in de overeenkomsten vast te leggen.

De Minister is er nochtans voor beducht dat de kansen op welslagen van de overeenkomsten in het gedrang kunnen komen door zich ter zake te strak te tonen : al wie de overeenkomsten tot stand moet brengen dient een bepaalde armslag te worden gelaten.

Het amendement wordt ingetrokken.

Un deuxième amendement de M. Olislaeger est retiré également, l'essentiel de cet amendement étant repris au texte du § 4 tel qu'il a été amendé par le Gouvernement.

§ 2. — Amendements.

Un amendement de M. Olislaeger tend à limiter les dérogations qui pourront être consenties aux médecins de certaines régions, à ceux d'entre eux qui sont établis dans des régions à faible densité de population (100 personnes par km²) et encore pour les seules visites à domicile.

Le Ministre déclare qu'effectivement le texte du projet rend possible d'autres dérogations encore.

Il a une double objection contre l'amendement de M. Olislaeger : tout d'abord cet amendement entre trop dans les détails; ensuite il restreint la disposition en question de telle manière qu'il pourrait rendre difficile, sinon impossible, la conclusion de certaines conventions régionales.

A celà un membre ajoute encore que l'amendement pourrait aboutir au résultat contraire de celui escompté par son auteur. Ainsi pourraient être exclus de toute dérogation, les médecins établis dans un arrondissement à faible densité de population, mais dont le chef lieu est un centre important avec comme conséquence que le chiffre de 100 habitants par km² serait dépassé.

Un autre membre accorde beaucoup d'importance à ce paragraphe de même qu'à l'amendement de M. Olislaeger. Il appuie cet amendement, estimant qu'une large application du texte gouvernemental risque de compromettre tout le système des conventions au niveau national, les dérogations pouvant de la sorte devenir la règle générale, notamment pour ce qui est des grands centres où les médecins exigeront les uns après les autres le bénéfice d'avantages identiques.

Le Ministre déclare comprendre le souci de l'intervenant mais continue à insister sur la souplesse qui doit présider à la conclusion des conventions. Il est tenu de les ratifier et prendra dès lors ses responsabilités lorsqu'il s'agira de rejeter des clauses qui lui paraissent déraisonnables.

Répondant à la question de savoir si la disposition controversée ne va pas compromettre la conclusion de conventions nationales, le Ministre se montre sceptique quant à la possibilité d'aboutir à un accord sur l'établissement d'un tarif national.

Mis en présence des arguments qui viennent d'être développés, un Membre se déclare perplexe.

Il est également d'avis que la dérogation doit rester l'exception et que les assurés ne peuvent être la victime des aléas d'une situation déterminée. Tel serait notamment le cas, dans l'hypothèse envisagée par les intervenants précédents, des habitants des grands centres et des régions à faible densité de population.

Il faut donc protéger les assurés et établir une relation précise entre les honoraires qu'ils paient et les remboursements qu'ils reçoivent.

A la question d'un membre qui désire apprendre quel élément sera déterminant pour la fixation éventuelle des honoraires : le domicile de l'assuré ou la convention signée par le médecin, le Ministre répond que c'est ce dernier critère qui sera déterminant.

Nog een *tweede amendement* van de heer Olislaeger wordt ingetrokken; het hoofdzakelijke ervan is inderdaad overgenomen in de door de Regering gewijzigde tekst van § 4.

§ 2. — Amendementen.

Een amendement van de heer Olislaeger beoogt de beperking van de afwijkingen, die in bepaalde gewesten aan de geneesheren kunnen worden toegestaan, tot diegenen die in streken met geringe bevolkingsdichtheid zijn gevestigd (100 inwoners par km²), en wel uitsluitend wat de huisbezoeken betreft.

De Minister verklaart dat volgens de tekst van het ontwerp nog andere afwijkingen kunnen worden toegestaan.

Tegen het amendement van de heer Olislaeger oppert hij twee bezwaren : eerst, dat daarbij te veel in bijzonderheden wordt getreden; vervolgens, dat die bepaling zodanig beperkt wordt dat een aantal gewestelijke overeenkomsten nog bezwaarlijk, zoniet onmogelijk kunnen worden gesloten.

Een lid merkt in dat verband nog op dat het amendement het tegengesteld resultaat zou kunnen opleveren van wat steller ervan verwacht. De afwijkingen zouden immers kunnen worden ontzegd aan alle geneesheren die gevestigd zijn in een arrondissement met geringe bevolkingsdichtheid, waarvan de hoofdplaats nochtans een belangrijk centrum is, met als gevolg dat het cijfer van 100 inwoners per km² zou worden overschreden.

Een ander commissielid acht deze paragraaf en het amendement van de heer Olislaeger van groot belang. Hij steunt dit laatste amendement, omdat, volgens hem, indien de tekst van de Regering ruim wordt toegepast, men gevaar loopt het gehele stelsel van de overeenkomsten op het nationale vlak in het gedrang te brengen; de afwijkingen zouden weleens de regel kunnen worden, vooral voor de grote centra, waar de dokters, de enen na de anderen, allen dezelfde voordelen zullen eisen.

De Minister begrijpt de bekommernis van de intervenant, maar dringt, zoals steeds, op soepelheid aan bij het afsluiten van de overeenkomsten. Hij moet aan deze laatste zijn goedkeuring hechten en zal alsdan zijn verantwoordelijkheid opnemen om wat onredelijk mocht zijn, af te wijzen.

Op de vraag of de gewraakte bepaling het sluiten van nationale overenkomsten niet zal in het gedrang brengen, antwoordt de Minister met uiting te geven aan zijn scepticisme omtrent de mogelijkheid een akkoord over een nationaal tarief te zien tot stand komen.

Een lid spreekt zijn verbazing uit over de argumenten, die werden aangehaald.

Hij is ook de mening toegedaan dat de afwijking uitzonderlijk moet blijven en dat de verzekerden het slachtoffer niet mogen zijn van de aan een bepaalde toestand verbonden risico's. In de door de vorige sprekers opgeworpen hypothese zou dit met name het geval zijn voor de inwoners van de grote centra en van de streken met geringe bevolkingsdichtheid.

De verzekerden dienen derhalve beschermd te worden door het vaststellen van een nauwkeurige verhouding tussen de door hen betaalde honoraria en de vergoedingen die ze ontvangen.

Op een vraag van een lid dat wenst te weten wat eventueel het bedrag van de honoraria zal bepalen : de woonplaats van de verzekerde of de overeenkomst door de dokter ondertekend, antwoordt de Minister dat dit laatste criterium doorslaggevend is.

Les objections que le membre avait déjà antérieurement fait valoir contre la formule gouvernementale en matière de dérogations, se sont accrues. Tout semble indiquer en effet que l'on ne parviendra jamais à établir le tarif national.

Certains médecins, par exemple, refuseront simplement d'accepter d'autres tarifs que ceux en vigueur, dans l'attente d'obtenir prochainement la dérogation escomptée.

Les assurés en feront les frais.

Le Ministre fait valoir à nouveau qu'une certaine souplesse s'impose dans un système de conventions. Toutefois, lors de son élaboration, il importe de veiller à ce qu'une certaine harmonie soit assurée entre les régions. Mais on ne peut, à cause du tarif, se mettre dans l'impossibilité de conclure des conventions.

Cela est d'autant plus vrai, déclare le Ministre, qu'il dispose du pouvoir d'imposer un tarif national (art. 151).

Les médecins ne pourront se dégager du régime du tarif que moyennant la conclusion de conventions, et encore s'agit-il là de conventions, qui devront être soumises à l'approbation du Ministre.

En présence de cette déclaration, l'intervenant précédent insiste pour qu'une interprétation judicieuse soit établie en matière de conventions. Il précise comme suit cette interprétation : sur la base de l'article 151, il est établi un tarif national obligatoire pour tout le pays. Lors de la négociation des conventions, ces dérogations peuvent être demandées et elles sont accordées dans des cas exceptionnels, notamment dans le cas de régions à faible densité de population, ainsi que dans d'autres régions, mais sur base d'éléments sérieux, objectifs et contrôlables.

Ensuite, le Ministre rencontre les arguments de M. Olislaeger, auteur de l'amendement, et des autres intervenants. *Il accepte d'amender le texte gouvernemental en ce sens que les dérogations ne s'appliqueront qu'aux visites à domicile,* tandis que, d'autre part, pour certaines dérogations au tarif national, il sera tenu compte des difficultés de déplacement *ou* de la faible densité de population (et non « et », comme indiqué dans le texte initial).

M. Olislaeger retire alors son amendement, tandis que le texte gouvernemental, amendé comme indiqué ci-dessus, est maintenu.

§ 3.

Question : Etant donné l'hypothèse que l'intervention de l'assurance sera égale à 100 % pour des prestations extraordinaires pour lesquelles d'autres médecins-spécialistes sont moins qualifiés, qui déterminera ces prestations ? Qui jugera, pour les cas individuels, quand le malade pourra se faire traiter par ce médecin particulièrement qualifié ?

Les professeurs d'université ont le privilège de pouvoir exercer leurs fonctions et de remplir leur tâche dans des hôpitaux universitaires. Ces hôpitaux sont bâtis et équipés avec les fonds de l'Etat. Peut-on également porter en compte des honoraires majorés pour les prestations fournies dans ces hôpitaux ? Monsieur le Ministre n'est-il pas d'avis que ces prestations devraient être mises à charge du Ministère de l'Education Nationale et de la Culture, puisqu'elles ont pour but principal de promouvoir la formation scientifique des étudiants en médecine ?

Cet article classe d'office les professeurs d'université parmi les médecins particulièrement qualifiés. Personne ne contestera cependant qu'il existe aussi d'autres médecins dont la compétence particulière n'est pas contestée. Pourquoi a-t-on proposé ici deux poids et deux mesures ?

Het lid, dat bezwaren had tegen de formule van de Regering op het stuk van de afwijkingen, is nog ongeruster geworden. Nu wijst alles er op dat van het nationaal tarief niets zal in huis komen.

Sommige dokters b. v. zullen eenvoudig weigeren andere tarieven dan de thans geldende te aanvaarden, in het vooruitzicht dat zij eerstdaags toch de verhoopte afwijking zullen bekomen.

De verzekerden zullen hiervan het slachtoffer zijn.

De Minister voert hiertegen nogmaals aan dat in een stelsel van overeenkomsten een zekere soepelheid vereist is. Bij het totstandkomen ervan moet echter gewaakt worden voor een zekere harmonie tussen de streken. Maar men mag zich onwille van het tarief niet in de onmogelijkheid plaatsen overeenkomsten af te sluiten.

Dit is des te meer waar, aldus de Minister, daar hij de macht heeft een nationaal tarief op te leggen (art. 151).

De geneesheren zullen alleen uit het stelsel van dit tarief kunnen treden via overeenkomsten en dan nog overeenkomsten, die door de Minister moeten worden goedgekeurd.

Ten aanzien van deze verklaring dringt de vorige intervenant aan op het vastleggen van een degelijke interpretatie op het stuk van de overeenkomsten en hij licht deze interpretatie als volgt toe : vertrekkend van artikel 151 komt een nationaal tarief tot stand, dat bindend is voor het gehele land. Bij het opmaken van de overeenkomsten kunnen afwijkingen worden aangevraagd en deze worden in uitzonderlijke gevallen toegestaan, nl. in het geval van streken met geringe bevolkingsdichtheid en ook in andere streken, maar dan op grond van ernstige, objectieve en controleerbare gegevens.

De Minister komt daarop de heer Olislaeger, auteur van het amendement, en de andere intervenanten tegemoet. *Hij aanvaardt de Regeringstekst in die zin te wijzigen, dat de afwijkingen alleen zullen gelden voor de huisbezoeken,* terwijl, aan de andere kant, voor bepaalde afwijkingen van het nationaal tarief, de reismoeilijkheden *of* de geringe bevolkingsdichtheid (en niet « en », zoals in de oorspronkelijke tekst) zullen in aanmerking worden genomen.

Daarop trekt de heer Olislaeger zijn amendement in, terwijl de tekst van de Regering, gewijzigd zoals hierboven is aangegeven, wordt behouden.

§ 3.

Vragen : Er wordt verondersteld dat de tussenkomst van de verzekering gelijk zal zijn aan 100 % voor buitengewone prestaties, waarvoor andere geneesheren-specialisten minder bevoegd zijn. Wie zal deze prestaties bepalen ? Wie zal voor de individuele gevallen oordelen wanneer de zieke zich mag laten behandelen door die bijzonder bekwame geneesheer ?

De universiteitsprofessoren hebben het voorrecht hun functie en taak onder meer te kunnen vervullen in academische ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen worden gebouwd en uitgerust met staatsgelden. Kunnen voor de prestaties geleverd in deze ziekenhuizen ook hogere erelonen worden aangerekend ? Is de heer Minister niet van mening dat deze prestaties ten laste zouden moeten vallen van het Ministerie van Nationale Opvoeding en Cultuur, daar ze hoofdzakelijk als hoofddoel hebben, de wetenschappelijke vorming van de studenten-geneesheren te bevorderen ?

Dit artikel rangschikt ambtshalve de universiteitsprofessoren bij de bijzonder bekwame geneesheren. Niemand zal echter betwisten dat er ook nog andere geneesheren zijn wier buitengewone bevoegdheid niet in twijfel wordt getrokken. Waarom worden hier twee maten en twee gewichten voorgesteld ?

Réponses : Le texte même du § 3 de l'article 29 permet d'autoriser des dérogations aux conventions non seulement pour les professeurs d'université mais aussi pour tout autre médecin particulièrement qualifié.

Il doit s'agir dans tous les cas de situations exceptionnelles, la règle étant que tous les médecins sont tenus par les termes de la convention-type.

Cette dérogation a été prévue parce qu'il faut convenir que si ces sommités médicales étaient tenues de s'engager à appliquer les honoraires conventionnels ordinaires, ou bien on risquerait d'exclure des conventions les médecins les plus qualifiés, ou bien, dans le cas où ils accepteraient, de voir ces médecins débordés par un surcroît considérable de clientèle attirée à la fois par leur réputation et par le fait que l'intervention personnelle du malade serait identique à celle réclamée pour la consultation d'un autre médecin, ce qui nuirait incontestablement aux possibilités de faire une bonne médecine. D'autre part, les dispositions précisent que, tout en permettant à ces somnités médicales d'adhérer à la convention bien qu'ayant le droit de réclamer des honoraires supérieurs aux tarifs conventionnels, le remboursement de l'assurance est calculé sur la base des tarifs ordinaires, ce qui offre l'inconvénient de faire supporter par l'assuré des charges complémentaires.

Il faut cependant souligner à ce sujet que la *nécessité* du recours à ces sommités médicales constitue pour chaque assuré un risque exceptionnel : on recourt à ces sommités pour obtenir un avis quant au diagnostic ou quant au plan de traitement d'une affection, mais il n'est pas habituel de recourir en permanence aux soins de tels praticiens, lesquels confient, après leur examen, les malades au spécialiste ou au médecin traitant qui les leur a adressés. Certes on aurait pu songer à réserver cette possibilité de dérogation aux seules prestations pour lesquelles l'intervention d'une sommité médicale est requise. Mais il s'avère impossible de faire une telle distinction, étant donné que c'est quelquefois l'état du malade lui-même et non la nature de la prestation qui indique le caractère délicat de l'intervention. Pour apporter une solution à ce problème, un amendement a été introduit à l'article 25, § 4. Sa portée est d'ouvrir, pour le malade, la possibilité d'être remboursé à un taux supérieur en cas de recours à une sommité médicale : lorsque le médecin-conseil de l'organisme assureur reconnaîtra la nécessité du recours à un médecin particulièrement qualifié, le remboursement pourra être majoré jusqu'à concurrence des honoraires réellement réclamés, sans toutefois pouvoir dépasser de 100 % les taux des remboursement ordinaires.

Quant à la question posée concernant les honoraires à réclamer par des professeurs d'université dans les hôpitaux publics, il faut préciser que le niveau de ces honoraires résultera des termes de la convention concernant l'établissement lui-même, convention qui, en vertu du dernier alinéa du § 4 de l'article 29 amendé, devra être signée conjointement par ces médecins et les autorités responsables de l'institution.

Amendements :

Un amendement de M. Olislaeger tend à supprimer ce paragraphe : le membre ne peut admettre une dérogation en matière d'honoraires vis-à-vis de l'assurance maladie

Antwoorden : De tekst zelf van § 3 van artikel 29 maakt het mogelijk afwijkingen van de overeenkomsten toe te staan, niet allen voor de universiteitsprofessoren, maar ook voor ieder ander bijzonder bekwaam geneesheer.

In ieder geval moet het gaan om uitzonderlijke toestanden, daar het de regel is dat alle geneesheren gebonden zijn door de termen van de type-overeenkomst.

In die afwijking werd voorzien omdat men moet toegeven dat indien die sommiteiten op geneeskundig gebied ertoe gehouden mochten zijn zich ertoe te verbinden de gewone contractuele honoraria toe te passen, men het gevaar zou lopen, ofwel de meest bekwame geneesheren van de overeenkomsten uit te sluiten, ofwel dat die geneesheren, in de gevallen waarin zij de overeenkomst zouden aanvaarden, overlast zouden worden door een aanzienlijke aangroei van hun cliënteel. Dit wegens het feit dat deze aangetrokken zou worden, zowel door hun reputatie als omdat de persoonlijke bijdrage van de zieke dezelfde zu zijn als bij raadpleging van een ander geneesheer : dit zou onbetwistbaar de mogelijkheden van een goede geneeskunde schaden. Terwijl de bepalingen die sommiteiten op geneeskundig gebied toestaan toe te treden tot de overeenkomst en terzelfdertijd hogere honoraria te vragen dan de contractuele tarieven, preciseren zij anderzijds, dat de terugbetaling door de verzekering berekend wordt op basis van de gewone tarieven, wat het nadeel oplevert dat de verzekerde bijkomende lasten moet dragen.

Men moet dienaangaande nochtans onderstrepen dat de *noodzakelijkheid* om een beroep te doen op die sommiteiten op geneeskundig gebied voor ieder verzekerde een buitengewoon risico inhoudt : men doet een beroep op die sommiteiten om een advies te bekomen betreffende de diagnose of betreffende het behandelingsplan van een aandoening, doch het is de gewoonte niet voortdurend een beroep te doen op de verzorging door zulke practici die, na hun onderzoek, de zieken opnieuw toevertrouwen aan de specialist of aan de behandelende geneesheer die ze naar hen gestuurd heeft. Men had er natuurlijk kunnen aan denken deze mogelijkheid tot afwijking uitsluitend te beperken tot de verstrekkingen waarvoor de bemiddeling van een eminent geneeskundig specialist vereist is. Maar het blijkt onmogelijk te zijn een dergelijk onderscheid te maken, daar het delicate karakter van de ingreep soms bepaald wordt door de toestand van de zieke zelf, en niet door de aard van de verstrekking. Om dit probleem te regelen, is op artikel 25, § 4, een amendement voorgesteld. Dit amendement strekt ertoe de zieke in de gelegenheid te stellen een hoger bedrag te ontvangen wanneer hij een beroep heeft moeten doen op een eminent geneeskundig specialist : zo de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de noodzakelijkheid erkent van de raadpleging van een bijzonder bekwaam arts, dan zal de tegemoetkoming verhoogd kunnen worden tot het beloop van het werkelijk gevraagde honorarium, zonder dat zij evenwel meer dan 100 % hoger mag zijn dan het bedrag van de normale tegemoetkoming.

De in de openbare ziekenhuizen door universiteitsprofessoren gevraagde honoraria zullen afhankelijk zijn van de overeenkomst waaraan de betrokken inrichting is onderworpen, welke overeenkomst krachtens het laatste lid van de geamendeerde § 4 van artikel 29 zal moeten worden ondertekend door de artsen en de voor de inrichting verantwoordelijke overheid.

Amendementen :

Een amendement van de heer Olislaeger strekt ertoe deze paragraaf te schrappen : hij kan niet instemmen met de bepaling waarbij een afwijking inzake honoraria ten

et des assurés sur base d'une charge universitaire dont le médecin serait titulaire; s'il faut une distinction entre médecins, c'est dans le cadre de l'organisation de l'enseignement supérieur qu'elle doit être établie, le professeur recevant d'ailleurs un traitement adéquat pour le cours qu'il enseigne.

Un membre soulève alors le cas des professeurs des universités de l'Etat qui disposent d'une clinique privée dans les hôpitaux de l'Etat et, en conséquence, d'un certain nombre de chambres réservées. Ils sont donc doublement avantagés : ils reçoivent des honoraires plus élevés et, aux frais de la communauté, disposent gratuitement d'une clinique particulière dans des locaux appartenant à cette même communauté.

Le Ministre confirme que la situation décrite ci-dessus existe réellement et qu'elle est le résultat d'une longue tradition. Seule une révision de la législation sur le régime des hôpitaux pourrait la modifier.

Un membre précise encore que si les cliniques privées susvisées échappent au système des paiements forfaitaires, il n'en est pas ainsi pour le reste de l'établissement hospitalier dépendant des pouvoirs publics, auquel s'appliqueront, comme ailleurs, les conventions.

En réponse à la question d'un membre, le Ministre ajoute encore qu'en principe les facteurs de multiplication seront déterminés dans les conventions. Ceci est d'ailleurs conforme à l'article 25, § 4, les conventions étant appelées à fixer les critères pour déterminer également ce qu'on entend par des médecins particulièrement qualifiés.

Sur cela, l'amendement de M. Olislaeger est retiré.

§ 4.

Question : Un membre voudrait qu'on établisse une fois pour toutes nettement la distinction entre une institution de soins et un établissement hospitalier.

Réponse : La notion « institution de soins » est plus large que celle d'« établissement hospitalier ». Elle englobe notamment, outre les hôpitaux, les cliniques et polycliniques.

Question : La Commission désirerait obtenir des précisions sur la manière dont ces sommes forfaitaires seront fixées. Quels critères seront pris en considération ? Si les traitements des médecins sont pris comme critères, n'est-il pas à craindre que les institutions de soins en question n'exagèrent ces traitements à dessein ? Ces sommes couvriront-elles la totalité des frais (y compris les frais d'administration) ainsi que la totalité des montants prévus pour les amortissements des biens tant mobiliers qu'immobiliers ?

Un membre demande pourquoi il n'est pas prévu que les sommes forfaitaires *doivent* être payées aux institutions de soins qui honorent forfaitairement les médecins spécialistes.

Réponse : Le problème est effectivement délicat. Le projet lui-même ne donne aucune indication sur la façon de calculer ces forfaits. Il est cependant évident qu'au départ la seule façon de pouvoir apprécier l'importance de ces forfaits est de se référer au volume et à la nature des

gunste van de ziekteverzekering en van de verzekerden wordt toegestaan op grond van het feit dat de betrokken arts met een universitaire opdracht belast zou zijn; indien onder de artsen een onderscheid moet worden gemaakt, dan dient zulks te geschieden in het kader van de inrichting van het hoger onderwijs, te meer daar de professor een aan de door hem gegeven cursus aangepaste wedde ontvangt.

Een lid werpt dan het geval op van de professoren der Rijksuniversiteiten, die er in de ziekenhuizen van de Staat een eigen private kliniek op nahouden en daarvoor een aantal kamers gereserveerd krijgen. Dezen zijn dus dubbel bevoordeeld : verhoogde honoraria en gratis een eigen kliniek, in lokalen en op kosten van de gemeenschap.

De Minister bevestigt dat de hierboven geschetste toestand inderdaad bestaat en het resultaat is van een lange traditie. Daarin kan echter alleen wijziging worden gebracht door een herziening van de wetgeving op het hospitaalwezen.

Een lid preciseert nog dat, ofschoon de hierboven bedoelde klinieken niet aan het systeem van de forfaitaire betalingen onderworpen zijn, zulks niet geldt voor de overige verplegingsinrichtingen die van de overheidssector afhangen, waarop, zoals voor andere punten het geval is, de overeenkomsten toepasselijk zijn.

In antwoord op een vraag van een commissielid verklaart de Minister nog dat de vermenigvuldigingsfactoren in beginsel in de overeenkomsten bepaald zullen worden. Dit is trouwens in overeenstemming met het bepaalde in artikel 25, § 4, daar de overeenkomsten moeten dienen om de criteria vast te stellen voor het bepalen van wat onder bijzonder bevoegde artsen verstaan dient te worden.

Dienvolgens wordt het amendement Olislaeger ingetrokken.

§ 4.

Vraag : Een lid spreekt de wens uit dat men eens voor altijd een duidelijk onderscheid moge maken tussen een verplegingsinrichting en een ziekenhuis.

Antwoord : het begrip « verplegingsinrichting » is ruimer dan « ziekenhuis ». Het omvat namelijk, buiten de ziekenhuizen, de klinieken en polyklinieken.

Vraag : De Commissie wenst meer preciese gegevens over de wijze waarop de forfaitaire sommen te betalen aan de verplegingsinrichtingen zullen worden vastgesteld. Welke criteria zullen in aanmerking worden genomen ? Indien de wedden van de geneesheren als criterium gelden, bestaat dan niet het gevaar dat de bedoelde verplegingsinrichtingen deze wedden opzettelijk zullen opdrijven ? Zullen deze sommen de totaliteit van de onkosten (met inbegrip van de administratieve) bevatten evenals de totaliteit van de bedragen voorzien voor de afschrijvingen zowel van de roerende als van de onroerende goederen ?

Een lid vraagt waarom niet voorzien is dat forfaitaire sommen *moeten* worden betaald aan de verplegingsinrichtingen, die de geneesheren-specialisten forfaitair bezoldigen ?

Antwoord : Het geldt hier natuurlijk een delicate kwestie. In het ontwerp zelf is geen enkele aanwijzing voorhanden over de wijze waarop deze forfaits berekend moeten worden. Het spreekt evenwel vanzelf dat de enige manier om de omvang van deze forfaits te kunnen ramen, erin bestaat

prestations effectuées dans les institutions intéressées au cours des exercices écoulés.

Il ne peut, par ailleurs, être question de modifier ces forfaits en raison d'un accroissement quelconque du volume de ces prestations, qui se produirait en cours d'exercice.

Il convient de souligner au surplus que le forfait fera l'objet d'une convention à laquelle tous les organismes assureurs sont obligatoirement soumis.

Question : Un membre attire l'attention sur la situation suivante : les fédérations de mutualités qui ont créé une polyclinique, demandent habituellement à leurs membres une cotisation complémentaire. Le produit de l'ensemble de celles-ci est utilisé pour la construction et l'aménagement de la polyclinique. Si cette institution honore les médecins par prestation, il faudra demander nécessairement aux malades le ticket modérateur ; de cette manière les membres paieront deux fois. Une fois sous forme de cotisation et une autre fois sous forme de ticket modérateur. N'est-ce pas une atteinte à la libre initiative des mutualités ?

Réponse : Il ressort en effet du texte proposé que, si le médecin est honoré par prestation, un ticket modérateur doit être exigé du malade.

Toutefois la Commission a apporté une modification au deuxième alinéa du § 1 de l'article 25.

Amendement de M. Olislaeger et du Gouvernement.

Puisque le § 4 et un amendement de M. Olislaeger à ce paragraphe se rapportent également aux institutions de soins, il est indiqué de les traiter en corrélation avec le § 1er. Il en est ainsi également de l'amendement du Gouvernement qui ajoute un deuxième alinéa au § 4.

Le Ministre précise que le forfait à payer aux institutions de soins, en contre-partie des prestations, sera négocié dans des conventions individuelles à conclure entre les organismes assureurs et les institutions en question.

Seront compris dans ce forfait les honoraires des médecins-spécialistes pour les soins qu'ils donnent notamment aux malades hospitalisés, Ces honoraires devront être négociés entre lesdits médecins et les institutions de soins.

Les médecins en question devront donc adhérer à une double convention : celle qui concerne leur activité privée et celle qui concerne leur activité au sein de l'institution de soins pour le compte de laquelle ils travaillent.

Le Ministre ajoute encore que, selon le jeu des conventions, celles qui concernent les médecins seront conclues *uniquement* avec ceux-ci sur le plan national ou régional. Il en est ainsi également pour les pharmaciens. Ensuite les médecins ou pharmaciens adhèrent à titre individuel à ces conventions générales.

Sur cela un Commissaire défend l'idée qui est à la base de l'amendement précité de M. Olislaeger. Il exprime le vœu que les modalités de remboursement soient, par la voie des conventions, approuvées par l'ensemble des organismes assureurs d'une région.

Le Ministre répond qu'il en serait nécessairement ainsi puisqu'une convention ne peut être conclue qu'avec l'accord de toutes les parties. Mais l'amendement présente aussi un certain danger. En effet, peut-on admettre que le refus d'adhésion d'un organisme assureur mette en échec la conclusion d'une convention ?

rekening te houden met de omvang en de aard van de verstrekkingen die in de betrokken inrichtingen gedurende de afgelopen dienstjaren zijn verricht.

Er kan overigens geen sprake van zijn deze forfaits te wijzigen omdat de verstrekkingen op enigerlei wijze tijdens een dienstjaar toegenomen zouden zijn.

Verder dient er de aandacht te worden op gevestigd dat het forfait het voorwerp zal zijn van een overeenkomst waarbij alle verzekeringsinstellingen moeten toetreden.

Vraag : Een lid vestigt de aandacht op de volgende toestand : de verbonden van ziekenfondsen die een polykliniek hebben opgericht, vragen gewoonlijk aan hun leden hiervoor een aanvullende bijdrage. De opbrengst ervan wordt aangewend tot het bouwen en het inrichten van de polykliniek. Indien in deze instelling de geneesheren per prestatie zullen worden bezoldigd, zal men verplicht zijn van de zieken het matigingsticket te vragen. Op deze wijze zullen de leden twee maal betalen : eenmaal onder de vorm van bijdrage en een tweede maal onder de vorm van een matigingsticket. Is dit geen aanslag op het vrij initiatief van de ziekenfondsen ?

Antwoord : Uit de voorgestelde tekst blijkt inderdaad dat, indien de geneesheer per prestatie betaald wordt, een matigingsticket moet geëist worden van de zieke.

De Commissie heeft echter een wijziging gebracht aan het 2de lid van § 1, van artikel 25.

Amendement.

Daar § 4 en een amendement van de heer Olislaeger op deze paragraaf eveneens betrekking hebben op de verplegingsinrichtingen, moeten ze samen met § 1 behandeld worden. Dit geldt ook voor het amendement van de Regering, waarbij een tweede lid aan § 4 wordt toegevoegd.

De Minister preciseert dat over het aan de verplegingsinrichtingen te betalen forfait, als vergoeding voor de verstrekkingen, onderhandeld zal worden bij individuele overeenkomsten, welke moeten worden gesloten tussen de verzekeringsinstellingen en de betrokken inrichtingen.

In dit forfait zullen begrepen zijn, de honoraria van de specialisten voor de verzorging die zij aan de verpleegde zieken verstrekken. Over deze honoraria zal moeten worden onderhandeld tussen deze dokters en de verplegingsinrichtingen.

De betrokken dokters zullen dus tot een tweevoudige overeenkomst moeten toetreden : die betreffende hun particuliere praktijk en die betreffende hun werkzaamheid in de verplegingsinrichting voor rekening waarvan zij arbeiden.

De Minister voegt hieraan toe dat, naar gelang van het mechanisme der overeenkomsten, degene die betrekking hebben op de geneesheren, *enkel* op nationaal of gewestelijk vlak met hen zullen worden afgesloten. Hetzelde geldt voor de apothekers. Daarna treden de geneesheren of apothekers individueel tot die algemene overeenkomsten toe.

Daarop verdedigt een lid de idee die ten grondslag ligt aan het hierboven besproken amendement van de heer Olislaeger. Hij wenst dat de uitkeringsmodaliteiten door alle verzekeringsinstellingen van een streek worden goedgekeurd en wel door middel van de overeenkomsten.

De Minister antwoordt dat de zaken zich noodzakelijkerwijze aldus zullen voordoen, daar een overeenkomst slechts met de instemming van alle partijen kan worden afgesloten. Maar het amendement vertoont ook een zeker gevaar. Inderdaad, is het aanvaardbaar dat de weigering van een verzekeringsinstelling om toe te treden het afsluiten van een overeenkomst verhindert ?

Par conséquent, une fois qu'un accord a été conclu entre les médecins et une institution de soins, cet accord doit valoir pour tous les organismes assureurs de la région, dont les membres doivent pouvoir y bénéficier indistinctement des mêmes avantages, les organismes assureurs, quant à eux, étant tous, sans exception, tenus de payer le forfait convenu.

Dans le but de rendre la négociation des conventions aussi souple que possible, le mot « conjointement » repris dans l'amendement du Gouvernement (« conventions... être signées *conjointement* par les médecins et les autorités responsables des institutions de soins ») est supprimé !

L'amendement de M. Olislaeger étant retiré, seul l'amendement du Gouvernement modifié comme il est dit ci-dessus, subsiste.

§ 5. — Amendement de M. Olislaeger :

Est retiré.

§ 6. — Amendements :

Amendement de M. Olislaeger (Doc. 527/14).

Un premier amendement tend à remplacer : « honoraires réduits » par « honoraires préférentiels ».

But : ne pas créer l'impression que « soins gratuits » signifierait « médecine au rabais ». — Il a été bien entendu que cette modification dans la terminologie du projet ne restreint en rien le droit à la gratuité des soins dans le chef des bénéficiaires visés au présent et à d'autres articles.

L'amendement est adopté.

Amendement de M. D'haeseleer.

Le but poursuivi par cet amendement est la fixation d'un plafond de revenus pour les personnes appelées à bénéficier des honoraires préférentiels.

Un amendement analogue a été introduit par M. Olislaeger; il s'écarte toutefois du précédent sur les points suivants :

— le plafond des revenus n'est pas fixé légalement, mais bien par voie de conventions;

— le plafond des revenus est valable non seulement pour les bénéficaires d'honoraires préférentiels, mais aussi pour l'ensemble des intéressés, étant bien entendu que ledit plafond ne devra pas nécessairement être identique pour les deux groupes.

L'auteur de l'amendement accorde la préférence à un plafond supérieur en ce qui concerne les assurés non-bénéficiaires d'honoraires préférentiels.

Ce dernier amendement étant présenté sous la forme d'un § 9 nouveau, votre Commission a cependant examiné simultanément les deux suggestions.

Les auteurs ayant défendu leurs points de vue respectifs, un membre a ensuite développé la thèse adverse :

Il n'est pas exact de parler de prestations gratuites dans le chef des médecins. Ceux-ci touchent comme honoraires l'intervention de l'assurance, c'est-à-dire les ¾ de leurs honoraires normaux.

Il s'oppose ensuite à l'amendement D'haeseleer-Drèze, celui-ci fixant dans la loi même une limite au delà de laquelle la gratuité est exclue. Or, celle-ci, si elle ne peut donner lieu à des abus, doit rester aussi large que possible.

Wanneer een overeenkomst bereikt werd tussen geneesheren en een verzorgingsinstelling, moet deze overeenkomst derhalve gelden voor alle verzekeringsinstellingen van de streek. Alle leden moeten er zonder onderscheid dezelfde voordelen kunnen genieten, terwijl alle verzekeringsinstellingen zonder uitzondering gehouden zijn het overeengekomen forfait te betalen.

Om de onderhandelingen over de overeenkomsten zo soepel mogelijk te maken, wordt het woord « gezamenlijk », dat voorkomt in het regeringsamendement (anderdeels *gezamenlijk* ondertekend zijn door de verantwoordelijke autoriteiten van de verzorgingsinstellingen ») weggelaten !

Daar het amendement van de heer Olislaeger is ingetrokken, blijft alleen het regeringsamendement, gewijzigd zoals hierboven is uiteengezet.

§ 5. — Amendement van de heer Olislaeger :

Wordt uitgetrokken.

§ 6. — Amendementen :

Amendement van de heer Olislaeger (Stuk 527/14).

Een eerste amendement heeft ten doel de woorden : « verminderde honorariumbedragen » te vervangen door de woorden « preferentiële honoraria ».

Doel : de indruk voorkomen dat « kosteloze verzorging » betekent « goedkope geneeskunde ». Er werd overeengekomen dat deze vormwijziging van het ontwerp geenszins het recht op kosteloze verzorging van de bij dit artikel en andere bedoelde rechthebbenden besnoeit.

Dit amendement wordt aangenomen.

Amendement van de heer D'haeseleer.

Het doel van dit amendement is het vaststellen van een inkomstengrens voor de personen die van de voorkeurhonorariumbedragen zullen genieten.

Een gelijkaardig amendement is ingediend door de heer Olislaeger, doch het wijkt af van het voorgaande op de volgende gebieden :

— De inkomstengrens wordt niet door de wet, doch in de overeenkomsten geregeld;

— De inkomstengrens geldt niet alleen voor de begunstigden met een voorkeurhonorarium doch voor alle verzekerden, met dien verstande dat de grens niet noodzakelijk dezelfde moet zijn voor de beide groepen.

De auteur van het amendement geeft de voorkeur aan een hogere grens voor de verzekerden, niet begunstigd met voorkeur-honoraria.

Dit laatste amendement wordt echter voorgesteld onder een nieuwe § 9, doch uw Commissie heeft beide voorstellen gelijktijdig onderzocht.

Nadat de indieners hun onderscheiden standpunt hadden verdedigd, heeft een lid de tegenargumenten ontwikkeld.

« Het is onjuist gewag te maken van kosteloze verstrekkingen door de geneesheren. Dezen trekken als ereloon het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming, dit is ¾ van het normaal honorariumbedrag.

Hij verzet zich vervolgens tegen het amendement van de heren D'haeseleer en Drèze, daar het ertoe strekt, bij de zelf een maximumgrens te bepalen, boven welke de kosteloosheid uitgesloten is. Die kosteloosheid nu mag weliswaar geen aanleiding geven tot misbruiken, maar dient zo ruim mogelijk te blijven.

On ne peut introduire dans le présent projet une notion d'état de besoin, qui pourrait avoir des répercussions dans d'autres législations sociales.

La solution consiste en l'abandon de cette matière aux conventions.

Cette façon de procéder constituerait d'ailleurs un mobile de plus pour les médecins, pour s'engager dans la voie des conventions.

Ce qu'il faut, bien entendu, éviter, c'est que par exemple des personnes tels des anciens administrateurs de sociétés qui touchent, outre leur pension légale, une pension complémentaire extrêmement importante, puissent prétendre à des soins gratuits, ce qui donnerait un argument aux adversaires de la réforme pour jeter le discrédit sur l'ensemble de celle-ci.

Le Ministre et plusieurs commissaires marquent leur accord sur ce point de vue.

Le membre qui défend l'amendement de MM. D'haeseleer-Drèze, concède lui aussi qu'il n'est pas heureux d'inscrire dans une loi des chiffres de cette espèce.

Bien qu'il n'attache pas une importance capitale à la forme qu'adopterait une éventuelle solution de rechange — du moment que celle-ci respecte l'esprit de l'amendement —, il ne peut admettre l'argumentation selon laquelle il serait contre-indiqué de fixer une limite en matière de gratuité de soins de santé dans la loi elle-même.

Des limites analogues sont également prévues dans d'autres lois, notamment dans la loi sur la milice.

En ce qui concerne l'argument selon lequel, en adoptant l'amendement, on introduirait, à travers la législation sur l'A. M. I., une nouvelle notion de l'état de besoin, celui-ci est, selon lui, vraiment trop spécieux; il ne s'agit pas en l'occurrence de la constatation d'un état de besoin, mais de la constatation d'un *état de fortune*.

Un membre ajoute que l'adoption de l'amendement de M. Olislaeger: fixation des conditions de gratuité dans les conventions, contribuerait à lever deux hypothèques. En effet, d'une part, la gratuité inconditionnelle grève la conclusion desdites conventions; d'autre part, le fait de soumettre la gratuité à certaines conditions aurait pour résultat de permettre une meilleure répartition de la charge qui en découle et qui grève maintenant soit les praticiens, soit la communauté.

Un troisième intervenant est adversaire de toute limitation sauf, dans des conditions bien déterminées, en ce qui concerne les cas extrêmes relevés par un orateur précédent, et ce pour plusieurs motifs :

— Cette limitation est contraire à l'esprit de la législation sur les pensions, qui tend à garantir aux intéressés un standing de vie équivalent à celui qu'ils avaient en période d'activité. Qu'est-ce qui menace plus particulièrement ce standing à l'âge de la pension ? C'est la maladie.

Or, un pensionné qui jouit de revenus considérables mais qui tombe malade peut, par suite de cette maladie, voir tomber en fait ces revenus en dessous de la limitation qui serait inscrite dans la loi ou dans les conventions et se verrait néanmoins privé de la gratuité des soins.

— Admettre l'amendement D'haeseleer-Drèze reviendrait à introduire à nouveau la notion de l'état de besoin en matière de pensions;

In het huidig ontwerp mag het begrip « behoeftige toestand » niet worden ingevoerd; zulks zou nadien een weerslag kunnen hebben op andere sociale wetgevingen.

De oplossing bestaat erin deze aangelegenheid bij overeenkomsten te laten regelen.

Dergelijke handelwijze zou een reden te meer zijn om de geneesheren ertoe aan te sporen tot overeenkomsten toe te treden.

Wat natuurlijk dient te worden vermeden is dat bijvoorbeeld personen als gewezen vennootschapsbeheerders, die buiten hun werkelijk pensioen een zeer belangrijk aanvullend pensioen zouden trekken, zouden kunnen aanspraak maken op kosteloze verzorging, hetgeen voor de tegenstanders van deze hervorming een argument zou worden om deze hervorming in haar geheel in diskrediet te brengen.

De Minister alsook verscheidene commissieleden betuigen hun instemming met deze zienswijze.

Het lid dat de verdediging van het amendement van de heren D'haeseleer-Drèze heeft opgenomen, geeft toe dat hij het niet gelukkig vindt soortgelijke cijfers in de wet op te nemen.

Hoewel hij geen overwegend belang hecht aan de vorm welke een eventuële vervangingsoplossing — mits zij de zienswijze van het amendement eerbiedigt — zal aannemen, is hij niet bereid tot het aanvaarden van de argumentatie als zou het ongeoorloofd zijn, bij de wet zelf, perken te stellen aan de kosteloosheid van de geneeskundige verzorging.

Dergelijke perken werden reeds gesteld bij andere wetten, met name bij de dienstplichtwet.

Het argument, als zou men door het aannemen van het amendement een nieuwe opvatting van de staat van behoefte invoeren langs de wet op de ziekteverzekering om, is volgens hem al te ver gezocht; het gaat hier niet om het constateren van een behoeftige toestand, maar wel van een *vermogenstoestand*.

Een lid voegt eraan toe dat de aanvaarding van het amendement van de heer Olislaeger (bepaling van de voorwaarden van kosteloosheid in de overeenkomsten) zou bijdragen tot het ondervangen van twee bezwaren. Enerzijds hindert de onvoorwaardelijke kosteloosheid immers het sluiten van bedoelde overeenkomsten; anderzijds zou men, door de kosteloosheid aan bepaalde voorwaarden te verbinden, tot een betere verdeling kunnen komen van de daaruit volgende last, die thans of wel op de geneesheren of wel op de gemeenschap drukt.

Een derde spreker is tegen enigerlei beperking, behalve, onder nauwkeurig bepaalde voorwaarden, voor de door een vorige spreker aangehaalde uiterste gevallen, en hij geeft daar verscheidene redenen voor op :

— Deze beperking in in strijd met de geest van de wetgeving op de pensioenen, waarbij ernaar gestreefd wordt de betrokkenen een zelfde levensstandaard te bezorgen als zij tijdens hun activiteitsperiode genoten. Die levensstandaard wordt echter tijdens de pensioenleeftijd in het bijzonder door ziekte bedreigd.

Wanneer nu een gepensioneerde met aanzienlijke inkomsten ziek wordt, kan het gebeuren dat die inkomsten in feite slinken tot onder de grens welke in de wet of de overeenkomsten zou zijn opgenomen, en dan zou de kosteloze verzorging hem niettemin worden ontzegd.

— Het aannemen van het amendement D'haeseleer-Drèze zou neerkomen op het wederinvoeren van de behoeftige toestand in verband met de pensioenen.

— Admettre cet amendement reviendrait également à lever le secret fiscal en faveur des médecins; les assurés qui refuseraient de communiquer leurs revenus, pourraient d'office être exclus de la gratuité.

— Enfin, par l'admission d'une solution dans le genre de celle préconisée par l'amendement D'haeseleer-Drèze, on risque d'exclure des bénéfices de la gratuité des catégories entières de pensionnés et notamment les employés.

Des interventions qui précèdent, le Ministre retient que c'est avec raison que plusieurs commissaires se sont opposés à l'inscription d'une limitation de la gratuité dans la loi elle-même. Par contre, il faut éviter des cas de gratuité extrêmes qui constitueraient des abus et rendraient par là la réforme impopulaire.

Ce qui l'intéresse davantage c'est l'immense majorité des petites gens qui doivent pouvoir bénéficier de la gratuité et aux situations multiples desquelles les conditions d'octroi éventuelles doivent être adaptées.

On pourrait donc fixer certaines conditions dans les conventions (p. ex. maximum de 200.000 francs plus 15.000 francs par personne à charge) sans pour cela réintroduire la notion de l'état de besoin, avec peut-être l'avantage d'amener plus facilement les médecins à souscrire aux conventions, surtout si on leur laisse entrevoir d'autres avantages encore, à savoir un régime d'honoraires plus avantageux que celui qui serait élaboré sur base de l'article 151.

Quant au secret fiscal, le Ministre ne craint nullement que celui-ci serait mis en cause. Quel sera, dit-il, le médecin qui, dans son quartier, osera braver l'opinion publique en exigeant de ses clients, la production d'un état de leurs revenus ?

La Commission ayant dans sa majorité marqué son accord sur ce point de vue, *l'amendement de MM. D'haeseleer et Drèze est repoussé par 1 voix contre 15,* tandis que *celui de M. Olislaeger est adopté par 9 voix contre 6 et 1 abstention, et est par conséquent sous forme d'un § 9 (nouveau) inséré dans le texte du projet.*

§ 7. — Ce paragraphe n'a pas donné lieu à discussion.

§ 8.

Amendement de M. Olislaeger (Doc. n° 527/8).

Tend à supprimer la dérogation aux tarifs conventionnels des médecins pour les malades hospitalisés qui, sans indication médicale, demandent d'être soigné dans une chambre à un lit (dernier alinéa).

Motifs : les intéressés paient déjà un prix supérieur pour la chambre qu'ils occupent; les prestations des médecins sont les mêmes que pour les autres malades.

Le Ministre s'oppose à cet amendement en faisant valoir que la disposition du projet a été reprise de l'accord conclu en 1958 entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers. Si on revient sur ce qui a été concédé à l'époque, les médecins feront valoir qu'ils ont été frustrés de quelque chose qui leur était acquis et on leur fournira ainsi un argument de plus pour s'opposer aux conventions. Or, le Ministre entend mettre dans sa négociation tout ce qui peut favoriser une solution.

— Verder zou het aannemen van dit amendement erop neerkomen dat de fiscale geheimhouding wordt opgeheven voor de geneesheren; de verzekerden die mochten weigeren hun inkomsten mede te delen, zouden van ambtswege uit de kosteloze verzorging kunnen worden uitgesloten.

— Tenslotte bestaat bij het aanvaarden van een oplossing in de zin als voorgesteld in het amendement D'haeseleer-Drèze het gevaar dat het voordeel der kosteloosheid wordt uitgesloten voor hele categorieën van gepensioneerden, en met name de bedienden.

Uit hetgeen hiervoren is betoogd, blijkt volgens de Minister dat verscheidene leden zich terecht hebben verzet tegen het opnemen van een beperking van de kosteloosheid in de wet zelf: Anderzijds dient men uiterste gevallen van kosteloosheid te vermijden, want dat zou aanleiding geven tot misbruiken en de hervorming onpopulair maken.

Van groter belang is voor hem de overgrote meerderheid der « kleine lieden » die kosteloze verzorging moeten kunnen genieten en voor wie de eventuele voorwaarden voor het genot ervan moeten worden aangepast aan de velerlei toestanden.

In de overeenkomsten zouden dus bepaalde voorwaarden kunnen worden vastgesteld (bv. maximum 200.000 frank + 15.000 frank per persoon ten laste), zonder daarom het begrip « behoeftige toestand » weder in te voeren. Misschien biedt dit het voordeel dat de geneesheren gemakkelijker de overeenkomsten zullen ondertekenen, vooral zo voor hen nog andere voordelen in het vooruitzicht worden gesteld, onder meer een gunstiger honorariumregeling dan die welke op basis van artikel 151 zou worden uitgewerkt.

Wat de fiscale geheimhouding betreft, is volgens de Minister helemaal geen gevaar te vrezen. Welke geneesheer, zo vraagt hij, zal het immers in zijn wijk aandurven de openbare opinie te tarten door van zijn patiënten het overleggen van hun inkomstenstaat te eisen ?

Nadat de meerderheid van de Commissie haar instemming met dit standpunt heeft betuigd, *wordt het amendement van de heren D'haeseleer en Drèze met 1 tegen 15 stemmen verworpen,* terwijl *dat van de heer Olislaeger wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen en 1 onthouding en bijgevolg in de vorm van een § 9 (nieuw) in de tekst van het ontwerp wordt ingevoegd.*

§ 7 gaf geen aanleiding tot bespreking.

§ 8.

Amendement van de heer Olislaeger (Stuk nr 527/8).

Het strekt ertoe de afwijking van de contractuele tarieven van de geneesheren af te schaffen voor de in een ziekenhuis opgenomen patiënten die, zonder dat daartoe een medische aanwijzing bestaat, vragen om in een afzonderlijke kamer met één bed verpleegd te worden (laatste lid).

Redenen : de betrokkenen betalen reeds een hogere prijs voor de kamer die zij betrekken; de verstrekkingen van de geneesheren zijn dezelfde als voor de andere zieken.

De Minister verzet zich tegen dit amendement, waarbij hij aanvoert dat de bepaling van het ontwerp overgenomen werd uit de overeenkomst die in 1958 gesloten werd tussen de verzekeringsinstellingen en de verplegingsinrichtingen. Indien men terugkomt op wat destijds toegestaan werd, zullen de geneesheren laten gelden dat men iets onttrekt dat zij verworven hadden, waardoor hun een bijkomend argument wordt bezorgd om zich tegen de overeenkomsten te verzetten. De Minister wil bij de onderhandelingen alles in acht nemen dat kan bijdragen tot een oplossing.

Un membre défend cet amendement. Il invoque les mêmes arguments que l'auteur de celui-ci; il cite le cas suivant : l'état d'un malade requiert une chambre particulière; après quelques jours, son état s'améliore et l'intéressé pourrait être admis dans une chambre commune; il désire cependant passer les quelques jours restants dans cette chambre particulière. Dans ce cas, tant le médecin que la clinique pourraient exiger le paiement du supplément pour toute la durée de la maladie, ce qui n'est tout de même pas raisonnable !

Le Ministre reconnaît qu'une telle pratique ne peut se concevoir; on pourrait prévoir dans les conventions des dispositions de nature à l'éviter.

Un autre commissaire par contre défend la disposition du projet et se réfère à cet égard à la pratique des hôpitaux. Le snobisme, très répandu d'ailleurs, de vouloir à tout prix occuper seul une chambre, met les hôpitaux devant des problèmes difficiles. Le fait est là : les hôpitaux ne sont pas conçus pour donner à chacun une chambre particulière. Il en découle que parfois ces hôpitaux ne disposent plus de suffisamment de chambres à un lit pour y héberger des malades qui en ont vraiment besoin. Favoriser l'occupation de chambres à un lit est *hic et nunc* contraire aux intérêts de la médecine, surtout eu égard au manque de place *dans quasi tous* les hôpitaux, avec comme corollaire, le renvoi prématuré des malades.

L'auteur de l'amendement insiste néanmoins : tout d'abord ce n'est pas l'état majoré des honoraires qui fera disparaître le phénomène, le snobisme si l'on veut, signalé par l'intervenant précédent; ensuite des hôpitaux sont obligés d'avoir toujours un certain nombre de chambres isolées disponibles pour les cas graves.

Un membre fait état de la tendance générale, notamment dans les homes de vacances, de supprimer les salles communes, ce à quoi le membre qui défend le texte du Gouvernement répond, qu'il coûte plus cher d'ériger ou d'équiper un hôpital que de construire un home.

Mais l'intervenant développe encore un autre argument en faveur de la suppression de la dérogation susvisée au tarif des honoraires : à ses yeux il s'agit en l'occurrence d'une concession de plus que l'on entend faire non pas aux hôpitaux, mais aux médecins; or on s'est déjà avancé suffisamment loin dans la voie des concessions.

Il lui est encore opposé l'impératif médical et le caractère vexatoire de la suppression envisagée à l'égard des médecins.

Un membre est particulièrement sensible à ce dernier argument. Le projet s'éloigne déjà très nettement de la conception selon laquelle les honoraires sont une affaire d'ordre privé entre le malade et son médecin. C'est une évolution heureuse ! Mais ne pourrait-on laisser aux médecins quelque liberté dans la fixation de leurs honoraires, lorsqu'il s'agit de malades qui, sans motifs médicaux, se montrent fort exigeants ? Il n'y a donc pas lieu de considérer le maintien de pareille liberté comme une concession, mais comme une certaine liberté d'action laissée aux membres d'un profession — la première en Belgique — dont les rémunérations sont fixées par la loi.

Un autre intervenant s'efforce de concilier les diverses conceptions. Constatant tout d'abord que le malade qui loue une chambre particulière ignore toujours quel en sera le coût, il propose que la majoration des honoraires du médecin ne puisse jamais excéder un pourcentage déterminé desdits honoraires.

Là-dessus le Ministre propose de fixer le maximum à 100 % des honoraires, mais de laisser régler ce point par voie de convention.

Een lid verdedigt het amendement. Hij voert dezelfde argumenten aan als de auteur en geeft het volgende praktische voorbeeld : iemands toestand vereist een afzonderlijke kamer; na enige dagen is die toestand verbeterd en zou de belanghebbende in een gemeenschappelijke kamer kunnen ondergebracht worden; hij wenst echter voor het paar nog resterende dagen in de afzonderlijke kamer te blijven. In dat geval zouden zowel dokter als kliniek de opleg kunnen vorderen voor het geheel van de duur van de ziekte. Welnu, dat gaat toch niet !

De Minister geeft toe dat dergelijke praktijk inderdaad niet zou kunnen aanvaard worden. Men zou daartegen in de overeenkomsten de nodige schikkingen kunnen nemen.

Een ander lid daarentegen verdedigt de bepaling van het ontwerp en verwijst dienaangaande naar de praktijk van de ziekenhuizen. Het snobisme om ten alle prijze een afzonderlijke kamer te willen betrekken — trouwens een algemeen verschijnsel — stelt de ziekenhuizen voor moeilijke problemen. Het is een feit dat onze ziekenhuizen niet opgevat zijn om iedereen een afzonderlijke kamer te verschaffen. Daaruit volgt dat de ziekenhuizen soms over geen voldoende kamers met één bed meer beschikken om de zieken op te nemen voor wie zulks werkelijk noodzakelijk is. Het is *hic et nunc* strijdig met de belangen van de geneeskunde het betrekken van kamers met één bed in de hand te werken, vooral als men rekening houdt met het plaatsgebrek in *praktisch alle* ziekenhuizen. Dit plaatsgebrek heeft als uitvloeisel dat de zieken vroegtijdig weggestuurd worden.

De indiener van het amendement dringt niettemin aan : niet de verhoging van de honoraria zal het verschijnsel, dat door de vorige spreker gesignaleerd werd en dat men gevoeglijk als snobisme kan bestempelen, doen verdwijnen; verder zijn de ziekenhuizen verplicht om steeds een zeker aantal afzonderlijke kamers beschikbaar te houden voor de ernstige gevallen.

Een lid maakt gewag van de algemene tendens, die met name in de vakantiekolonies heerst, om de gemeenschappelijke zalen af te schaffen, waarop het lid, dat de tekst van de Regering verdedigt, antwoordt dat de bouw en de inrichting van een ziekenhuis duurder uitvalt dan het bouwen van een kindertehuis.

Doch de spreker haalt nog een ander argument aan tegen de hoger vermelde afwijking van het tarief der honoraria : in zijn ogen gaat het hier nogmaals om een toegeving, niet aan de ziekenhuizen, doch aan de geneesheren. Op het stuk van toegevingen nu is men reeds ver genoeg gegaan.

Daartegen worden zowel de medische eisen als het kwetsend karakter van de t.o.v. de geneesheren overwogen afschaffing aangevoerd.

Een lid is vooral gevoelig voor dit laatste argument. Wij zijn met het ontwerp reeds ver af van de opvatting dat het ereloon een privaatzaak is tussen zieke en dokter, en het is maar goed zo ! Maar men kan de geneesheren toch een laatste restantie van vrijheid laten bij de bepaling van hun ereloon, wanneer het zieken betreft, die zonder medicale redenen, veeleisend zijn. Men moet dus het behoud van dit stukje vrijheid niet zien als een toegeving, maar als een beetje bewegingsvrijheid dat men laat aan de beoefenaars van een beroep — het eerste in België — van wie de vergoedingen bij wet zijn vastgelegd.

Een vorig intervenant wil een vergelijk zoeken tussen de verschillende opvattingen. Uitgaande van de vaststelling, dat de zieke, die een afzonderlijke kamer huurt, nooit op voorhand weet wat hem alles zal kosten, stelt hij voor dat de opleg van het doktershonorarium nooit een bepald percent van dit honorarium zou mogen te boven gaan.

Daarop stelt de Minister voor 100 % van het honorarium als maximum te nemen, maar dit bij overeenkomst te laten regelen.

Ensuite on se déclare d'accord pour compléter le § 8 par le texte suivant : la convention fixe le montant maximum du dépassement qui peut être appliqué dans ces cas.

L'amendement de M. Olislaeger est retiré.

* * *

§ 8. — 2e alinéa.

Un membre souhaite que la limitation des dérogations aux tarifs des consultations (deux par semaine) soit supprimée du projet. Il conviendrait mieux de stipuler cette limitation dans les conventions.

Il affirme notamment que si l'on se montre sincère à l'égard du contenu, tant du projet que des conventions, la confiance doit agir dans les deux sens. En conséquence, on ne peut pas toujours prescrire par la loi d'insérer certains points dans les conventions. Cette obligation figure fréquemment dans la loi. Ceci est d'autant plus vrai que les médecins, par suite de leur manque d'entente, se trouvent déforcés devant le front des organismes assureurs.

Le Ministre marque son accord sur cette suggestion, qui peut en effet constituer un élément de plus pour faciliter l'amorce de négociations. Mais il va de soi que la latitude ainsi laissée aux négociateurs ne peut être étendue arbitrairement et, en définitive, rendre inopérante l'application des conventions.

La 1re phrase du 2me alinéa s'arrête donc après les mots « être majorés ». Le texte de la phrase suivante est remplacée par :

« La durée totale sur laquelle portent ces dérogations est précisée par la convention. Les prestations de diagnostic, etc... » — Le reste est maintenu.

L'article 29, ainsi modifié, est adopté par 16 voix et 1 abstention.

Article 30 :

Amendement de M. Olislaeger (doc. n° 527/8).

Cet amendement tend à faire soumettre également à l'approbation du Ministre, les dérogations prévues à l'article 29, § 2, vu leur répercussion financière.

Ledit amendement est cependant retiré, les dérogations étant reprises dans les conventions et celles-ci devant être approuvées dans leur ensemble.

L'article est approuvé par 16 voix et 1 abstention.

Article 31 :

En présence de l'incertitude quant à l'élaboration de conventions nationales et/ou régionales, il semble sage de ne plus prévoir de quotité d'adhésion pour la mise en vigueur desdites conventions.

Les conventions seront donc valables pour les médecins qui y souscrivent et sortent du régime légal pour devenir des conventionnés.

La suppression proposée par le Gouvernement est votée à l'unanimité des 14 membres présents.

Men gaat er vervolgens over akkoord aan § 8 de volgende tekst toe te voegen : het maximum van het overschrijdingsbedrag dat in dat geval mag toegepast worden, wordt bij overeenkomst vastgesteld.

Het amendement van de heer Olislaeger wordt ingetrokken.

* * *

§ 8. — 2de lid.

Een lid wenst de beperking van de afwijkingen van het tarief voor de raadplegingen (twee per week) uit het ontwerp te zien schrappen. Het ware beter die beperking in de overeenkomsten te bepalen.

Hij stelt inderdaad vast dat, wanneer men het eerlijk meent met de inhoud zowel van het ontwerp als van de overeenkomsten, het vertrouwen in beide richtingen moet werken. Men mag derhalve niet steeds verplichten bepaalde zaken in de overeenkomsten op te nemen, onder dwang van de wet, iets wat in het ontwerp nogal veelvuldig gebeurt. Dit is des te meer waar daar de geneesheren ingevolge hun onderlinge verdeeldheid tegenover het front van de verzekeringsinstellingen in een zwakke positie staan.

De Minister betuigt zijn akkoord met die suggestie, die inderdaad een bijkomend element kan zijn om het op gang brengen van onderhandelingen te vergemakkelijken. Maar het spreekt vanzelf dat de vrijheid die aldus aan de onderhandelaars gelaten wordt niet willekeurig uitgebreid mag worden om per slot van rekening de toepassing van de overeenkomsten ondoeltreffend te maken.

De eerste zin van het tweede lid eindigt dus na de woorden « verhoogd worden ». De tekst van de volgende zin wordt vervangen door :

« De totale duur waarop die afwijkingen slaan wordt door de overeenkomst bepaald. De diagnostische of therapeutische verstrekkingen, enz... » — De rest wordt behouden.

Het aldus gewijzigd artikel 29 wordt goedgekeurd niet 16 stemmen bij een onthouding.

Artikel 30 :

Amendement van de heer Olislaeger (stuk nr 527/8).

Dit amendement strekt ertoe de afwijkingen, waarvan sprake in artikel 29, § 2, eveneens ter goedkeuring voor te leggen aan de Minister, gelet op hun financiële weerslag.

Dit amendement wordt echter ingetrokken daar de afwijkingen moeten worden ingeschreven in de overeenkomsten en deze in hun geheel ter goedkeuring moeten worden voorgelegd.

Het artikel wordt goedgekeurd met 16 stemmen bij een onthouding.

Artikel 31 :

Ten aanzien van de onzekerheid omtrent het tot stand komen van nationale en/of streekovereenkomsten, lijkt het geraden geen toetredingsquota meer te bepalen voor de inwerkingstelling van die overeenkomsten.

De overeenkomsten zullen dus gelden voor de toetreden geneesheren die uit het wettelijk stelsel treden om « aangeslotenen » te worden.

De door de Regering voorgestelde opheffing wordt door de 14 aanwezige leden eenparig goedgekeurd.

Article 32 :

Même vote sur la suppression de l'article 32.

Article 33 :

Lors de l'examen de cet article, un membre souligne le passage suivant de l'exposé des motifs :

« Parallèlement à cette mesure, le Ministère de la Santé Publique et de la Famille inclura dans l'agréation de chaque établissement hospitalier la mention de « prix normal de la journée d'entretien ». Ce prix sera établi en tenant compte de la catégorie à laquelle appartient l'établissement et de la nature des prestations qu'il assure Les hôpitaux universitaires seront, en raison de leur mission propre, considérés comme appartenant à une catégorie particulière.

La fixation de ce prix de journée d'entretien permettra de parfaire, par une subvention de l'Etat, l'intervention de l'assurance maladie-invalidité. »

L'orateur insiste sur l'importance de la réglementation proposée dans ce passage, notamment en ce qui concerne l'équilibre financier de l'assurance-maladie. Si cette réglementation devait se faire attendre, il ne serait pas exclu que la charge du supplément proposé par journée d'entretien retombe sur le malade.

Le Ministre répond qu'en effet son collègue de la Santé Publique et de la Famille est compétent pour déposer un projet établissant les modalités de la fixation de la subvention de l'Etat par journée d'entretien.

Déférant au vœu unanime de la Commission lequel, comme le rappelle le même membre, avait déjà été exprimé lors de l'examen du projet en première lecture, il promet d'insister auprès de son collègue en vue du prompt dépôt du projet susvisé, ce qui permettrait la mise en application simultanée de celui-ci et du présent projet sur l'assurance-maladie.

Un membre souhaite que les annexes jointes aux conventions mentionnent le prix pour chaque établissement hospitalier. Les organismes-assureurs pourraient ainsi communiquer à leurs affiliés ces prix qui font partie intégrante de la convention.

Le Ministre marque son accord à ce sujet.

Amendements.

— Amendement de M. Olislaeger (Doc. n° 527/8).

Le Gouvernement propose l'introduction d'un § 4.

Il s'agit, en l'occurrence, de mettre en concordance les dispositions relatives aux conventions à conclure avec les établissement hospitaliers, et les dispositions analogues relatives à d'autres prestataires figurant au chapitre IV (approbation par le Ministre; adhésion individuelle des établissements).

L'essentiel de l'amendement de M. Olislaeger à ce même article (527/8) étant repris dans l'amendement du Gouvernement, son auteur le retire.

— Amendement de M. D'haeseleer (Doc. 527/3).

Cet amendement tend à préciser le texte proposé.

Il est rejeté par 13 voix contre 1.

Artikel 32 :

Zelfde stemming over de opheffing van artikel 32.

Artikel 33 :

Bij het onderzoek van dit artikel verwijst een lid naar de volgende passus uit de memorie van toelichting :

« Parallel met die maatregel zal het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin de erkenning van elke verplegingsinrichting doen samengaan met het vermelden van de « normale kostprijs van de verpleegdag ». Deze kostprijs zal steunen op de klasse van de inrichting en op de aard van de verstrekkingen welke zij verleent. De Akademische ziekenhuizen zullen, wegens de hun eigen opdracht, als een bijzondere klasse worden beschouwd.

Dank zij het vaststellen van die verpleegdagprijs, zal de tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering kunnen aangevuld worden met een Rijkstoelage. »

Spreker onderstreept nog het belang van de in deze passus vooropgestelde regeling, o.m. met het oog op het financiële evenwicht van de ziekteverzekering. Indien deze regeling uitblijft, zou de zieke wel eens de last van het voorgestelde supplement per dag verpleging te dragen kunnen krijgen.

De Minister antwoord hierop dat de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin inderdaad bevoegd is om een ontwerp in te dienen, waarbij de regelen ter bepaling van de Rijkstoelage per dag verpleging zullen worden bepaald.

Hij zal — overeenkomstig de eenparige wens van de Commissie, die, zoals hetzelfde lid in herinnering bracht, bij het onderzoek van het ontwerp in eerste lezing is geuit — er bij zijn collega op aandringen dat de indiening van het bovenbedoelde ontwerp tijdig zal geschieden, zodat het samen met het onderhavige ontwerp op de ziekteverzekering in toepassing kan worden gebracht.

Een lid wenst dat in de bijlagen bij de overeenkomsten de prijs voor elk verplegingsinrichting zou worden opgenomen; zo zullen de verzekeringsinstellingen deze prijs, die van de overeenkomst deel uitmaakt, ook aan hun leden kunnen mededelen.

De Minister bevestigt hiermede zijn instemming.

Amendementen :

— Amendement van de heer Olislaeger (Stuk nr 527/8).

De Regering stelt de invoering van een § 4 voor.

Het gaat er hier om, overeenstemming te brengen tussen de bepalingen betreffende de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen en de gelijkaardige bepalingen betreffende andere verstrekkers uit Hoofdstuk IV (goedkeuring door de Minister; individuele toetreding van de inrichtingen).

Daar het *amendement van de heer Olislaeger op datzelfde artikel (527/8) in hoofdzaak* in het amendement van de Regering is opgenomen, trekt de auteur zijn amendement in.

— Amendement van de heer D'haeseleer (Stuk 527/3).

Dit amendement beoogt een nadere preciesering van de voorgestelde tekst.

Het wordt verworpen met 13 stemmen tegen en 1 voor.

L'article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Dans le texte adopté par la commission, cet article devient l'article 31.

Article 34 :

Amendements :

— *Amendement du Gouvernement* : propose que les modalités de paiement par le système du tiers-payant soient également adoptées dans la convention nationale.

Cet amendement est adopté par 13 voix et 1 abstention.

— *Amendements de M. D'haeseleer (doc. n° 527/10 et 12).*

Ces amendements sont rejetés par 13 voix contre 1.

— *Amendement de M. Lenoir (doc. n° 527/5).*

Cet amendement est retiré, celui du Gouvernement visant le même objectif.

— *Amendement de M. Olislaeger (doc. n° 527/14).*

Cet amendement a la même portée que celui à l'article 29, § 9, et concerne la limite des revenus.

Il est adopté par 13 voix et 1 abstention.

L'article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Il devient l'article 32 dans le texte approuvé par la Commission.

Article 34bis :

Article 34ter :

Le Gouvernement propose 2 nouveaux articles qui concernent les conventions individuelles et confèrent à celles-ci un effet immédiat.

Ils sont adoptés par 14 voix et 1 abstention et classés sous les numéros 33 et 34 dans le texte approuvé par la Commission.

Article 35 :

La Commission modifie à l'unanimité l'intitulé de la section 2, qui précède cet article.

SECTION 2.

Article 35 :

La Commission unanime modifie l'intitulé du titre de cette section comme suit : « *Des devoirs des praticiens de l'art de guérir, des auxiliaires paramédicaux et des établissements hospitaliers* ».

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en één onthouding.

In de door de commissie aangenomen tekst wordt dit artikel artikel 31.

Artikel 34 :

Amendementen :

— *Amendement van de Regering* stelt voor dat in de nationale overeenkomst eveneens de modaliteiten inzake betaling via het systeem van de derde-betaler worden opgenomen.

Dit amendement wordt aangenomen met 13 stemmen en één onthouding.

— *Amendementen van de heer D'haeseleer (stuk nr 527/10 en 12).*

Deze amendementen worden verworpen met 13 stemmen tegen één.

— *Amendement van de heer Lenoir (stuk nr 527/5).*

Wordt ingetrokken, daar het regeringsamendement hetzelfde doel beoogt.

— *Amendement van de heer Olislaeger (stuk nr 527/14).*

Heeft dezelfde draagwijdte als het amendement op artikel 29, § 9, en betreft de inkomstengrens.

Het wordt aangenomen met 13 stemmen en één onthouding.

Het artikel wordt goedgekeurd met 13 stemmen en één onthouding.

Dit artikel wordt artikel 32 in de door de Commissie aangenomen tekst.

Artikel 34bis :

Artikel 34ter :

De regering stelt 2 nieuwe artikelen voor, die betrekking hebben op de individuele overeenkomsten en die daaraan een onmiddelijke uitwerking geven.

Zij worden aangenomen met 14 stemmen en één onthouding en in de door de commissie aangenomen tekst gerangschikt onder de nummers 33 en 34.

Artikel 35 :

De Commissie wijzigt eenparig de titel van afdeling 2, bovenaan dit artikel.

AFDELING 2.

Artikel 35 :

Met algemene stemmen heeft de Commissie het opschrift van deze afdeling als volgt gewijzigd : « *Plichten van de beoefenaars van de geneeskunst, de paramedische medewerkers en de verplegingsinrichtingen* ».

a) *Modification au texte.*

Les soins sont donnés aux bénéficiaires *dans les conditions les plus économiques compatibles avec la nécessité du maintien ou de la restauration de leur santé.*

Le médecin tient régulièrement un dossier médical pour chaque bénéficiaire.

Cette modification, proposée par le Ministre et unanimement adoptée par la commission, provient d'une interprétation erronée que certains milieux ont donnée au texte initial.

Certains médecins craignaient d'être appelés à tout moment et à des distances illimitées pour répondre aux caprices de certains malades; ceci n'était nullement l'intention.

Le nouveau texte signifie ce qui suit :

1) Le médecin-traitant juge en toute liberté et indépendance de la manière dont il convient de traiter le malade; il reste tenu par les règles de la déontologie qu'il a acceptées librement lors du choix de sa profession;

2) Il doit soigner le malade dans les conditions les plus économiques, tant pour le malade que pour l'assurance.

Il lui est notamment défendu d'augmenter inutilement le nombre de visites, consultations ou prestations, de prescrire des médicaments qui, comparativement à d'autres de même valeur thérapeutique, sont plus chers, ou de prescrire des traitements onéreux dont le malade ne retire aucun bénéfice.

b) *Questions :*

Question : Qui apprécie les « conditions les plus économiques » ?

Réponse du Ministre : Le médecin en conscience.

Question : Un malade peut-il consulter un médecin spécialiste sans passer par un omnipraticien ?

Réponse du Ministre : Oui !

Question : Qui contrôle le dossier médical dont il est question. Ce dossier ne fait-il pas double emploi avec le carnet prévu à l'article 37 ? Quelles sanctions peut-on prendre à l'égard des médecins ne tenant pas le dossier médical de leurs malades ?

Réponse du Ministre : Les médecins-inspecteurs du Service du contrôle médical ont le pouvoir de contrôler l'application de cette disposition.

Le dossier médical ne fait pas double emploi avec le carnet de prestations prévu à l'article 37, puisque le dossier médical est tenu par le médecin pour chacun de ses patients, tandis que dans le carnet de prestations dont chaque bénéficiaire est doté, toute personne ou tout établissement qui lui donne des soins ou qui lui fournit des prothèses, indique les soins donnés ou les prothèses fournies.

Les sanctions prévues aux articles 90 et 103 sont applicables aux médecins qui ne respectent pas les dispositions de l'article 35.

L'article amendé est adopté par 15 voix et 1 abstention.

a) *Wijziging van de tekst.*

De verzorging wordt verstrekt aan de rechthebbenden *onder de zuinigste voorwaarden welke verenigbaar zijn met het noodzakelijk behoud of herstel van hun gezondheid.*

De geneesheer houdt regelmatig voor ieder rechthebbende een geneeskundig dossier bij.

Deze tekstwijziging, door de Minister voorgesteld en door de Commissie eenparig aanvaard, spruit voort uit een verkeerde interpretatie die in sommige kringen gegeven werd aan de oorspronkelijke tekst.

Sommige geneesheren zagen hierin het gevaar dat zij op elk ogenblik en op onbeperkte afstanden zouden worden opgeroepen, om gevolg te geven aan de grillen van bepaalde zieken; dat was hoegenaamd niet de bedoeling.

De nieuwe tekst betekent het volgende :

1) de behandelende geneesheer oordeelt volkomen vrij en onafhankelijk over de wijze waarop hij de zieke behandelt; hij blijft gebonden door de regels van de deontologie, die hij bij de keuze van zijn beroep vrijwillig heeft aanvaard;

2) Hij moet de zieke behandelen onder die voorwaarden die zowel voor de zieke als voor de verzekering het voordeligst zijn.

Het is hem o.m. verboden het aantal bezoeken, raadplegingen of prestaties nutteloos op te drijven, geneesmiddelen voor te schrijven, die, bij vergelijking met andere die dezelfde geneeskrachtige waarde hebben, duurder kosten, of kostelijke behandelingen voor te schrijven waarbij de zieke geen baat heeft.

b) *Vragen :*

Vraag : Wie oordeelt over de « zuinigste voorwaarden » ?

Antwoord van de Minister : De geneesheer voor zijn geweten.

Vraag : Mag de zieke een geneesheer-specialist raadplegen zonder eerst een gewoon geneesheer geconsulteerd te hebben ?

Antwoord van de Minister : Ja !

Vraag : Wie houdt toezicht op het geneeskundig dossier waarvan sprake. Is dit dossier niet overbodig t.o.v. het boekje waarin artikel 37 voorziet ? Welke sancties kunnen worden getroffen tegen geneesheren die geen rekening houden met het geneeskundig dossier hunner zieken ?

Antwoord van de Minister : De geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige controle zijn bevoegd de toepassing van deze bepaling na te gaan.

Het geneeskundig dossier is niet overbodig t.o.v. het verstrekkingsboekje waarin artikel 36 voorziet, aangezien het door de geneesheer voor ieder van zijn patiënten bijgehouden wordt,terwijl in het verstrekkingsboekje van ieder rechthebbende alle personen of inrichtingen die hem verzorging verlenen of prothesen verstrekken, de verleende zorgen of de verstrekte prothesen vermelden.

De sancties bepaald bij de artikelen 90 en 103 zijn van toepassing op de geneesheren die het bepaalde in artikel 35 niet in acht nemen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Article 36 :

a) *Modification de texte.*

La Commission marque son accord unanime pour compléter le texte de cet article en ajoutant, « in fine », la phrase suivante :

En cas de refus du médecin-conseil, le médecin n'est pas autorisé à exiger le paiement par le bénéficiaire.

Cette ajoute étant celle souhaitée par M. D'haeseleer dans son amendement, celui-ci est retiré.

b) *Questions.*

Les questions ci-après sont posées par des membres de la Commission :

— Quelles mesures peuvent être prises si un médecin spécialiste ne se conforme pas aux prescriptions du présent article ?
— Que faut-il entendre par « cas où le médecin traitant ne peut être averti » ?
— Quel est l'objectif poursuivi par cet article ?

Réponse du Ministre :

a) il peut être fait application des dispositions des articles 90 et 103;
b) il s'agit des cas où le bénéficiaire n'a pas de médecin-traitant ou s'oppose pour des raisons personnelles, à ce que son médecin traitant soit mis au courant. Cette disposition tend à ce que, dans tous les cas, un médecin — le médecin-traitant ou le médecin-conseil — reçoive le protocole des examens effectués par le médecin-spécialiste de façon à permettre d'une part une plus grande efficacité aux prestations effectuées et d'autre part, une meilleure coordination des résultats des nombreuses investigations médicales auxquelles les assurés recourent librement.

L'article amendé est adopté par 15 voix et 1 abstention.

Artikel 36 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel aan te vullen door toevoeging « in fine » van de volgende volzin :

Ingeval de adviserend geneesheer weigert, mag de geneesheer geen betaling van de rechthebbende vorderen.

Aangezien deze toevoeging door de heer D'haeseleer in zijn amendement wordt gewenst, wordt dit laatste ingetrokken.

b) *Vragen.*

De hiernavolgende vragen worden door de commissieleden gesteld :

— Welke maatregelen kunnen worden getroffen indien de geneesheer-specialist zich niet schikt naar de voorschriften van dit artikel ?
— Wat dient te worden verstaan onder : « ingeval de huisarts niet op de hoogte kan worden gebracht » ?
— Welk doel wordt door dit artikel beoogd ?

Antwoord van de Minister :

a) het bepaalde in de artikelen 90 en 103 kan worden toegepast;
b) het betreft hier gevallen waar de rechthebbende geen huisarts heeft of er zich om persoonlijke redenen tegen verzet dat zijn huisarts op de hoogte wordt gebracht. Door deze bepaling wordt beoogd dat de huisarts of de adviserend geneesheer in alle gevallen het protocol van de onderzoekingen van de geneesheer-specialist zou ontvangen, zodat aldus eensdeels een grotere doelmatigheid wordt bereikt bij de geleverde verstrekkingen, en anderdeels, een betere coördinatie van de talrijke geneeskundige onderzoekingen waaraan de verzekeringsplichtigen zich vrijwillig onderwerpen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Article 37 :

a) *Amendement de M. D'haeseleer.*

M. D'haeseleer défend son amendement tendant à n'indiquer dans le « carnet de prestations » que les soins donnés aux malades et non les fournitures de prothèses ou d'autres appareils.
L'obligation faite aux kinésistes, aux opticiens et aux fournisseurs de prothèses de mentionner leurs prestations dans le carnet de prestation peut être considéré comme une violation du secret médical s'il y est déjà fait mention de prestations médicales n'ayant aucun rapport avec la fourniture de prothèse et autres appareils.

Appuyant ces considérations, un commissaire suggère que le carnet de prestations soit tenu par l'organisme assureur. Cette suggestion n'est pas appuyé par d'autres membres.
Le Ministre fait valoir que l'on n'indiquera pas l'affection du malade dans le « carnet de prestations ». On ne peut donc parler de violation du secret médical. S'il est nécessaire d'y mentionner les fournitures de prothèses, c'est parce qu'il peut être médicalement important que le médecin sache que son malade possède telle ou telle prothèse qu'il pourrait ne pas porter lors de la visite. De plus,

Artikel 37 :

a) *Amendement van de heer D'haeseleer.*

De heer D'haeseleer verdedigt een amendement dat ertoe strekt in het « verstrekkingsboekje » slechts de verleende verzorging te vermelden en niet het verstrekken van prothesen en andere toestellen.
De verplichting voor de kinesisten, de opticiens en de personen die prothesen verstrekken, om hun prestaties in het verstrekkingsboekje te vermelden kan worden beschouwd als een schending van het beroepsgeheim, indien daar reeds melding is gemaakt van geneeskundige vertrekkingen die geen verband houden met het verstrekken van prothesen en andere toestellen.
Een commissielid, dat zich bij deze beschouwingen aansluit, stelt voor dat het verstrekkingsboekje zou worden bijgehouden door de verzekeringsinstelling. Dit voorstel wordt niet bijgevallen door de andere leden.
De Minister merkt op dat in het « verstrekkingsboekje » niet de aandoening van de zieke zal worden vermeld. Men kan dus niet spreken van een schending van het beroepsgeheim. Men dient er het verstrekken van prothesen te vermelden, omdat het geneeskundig gezien van belang kan zijn dat de geneesheer weet dat zijn zieke deze of gene prothese bezit die hij misschien niet draagt

le renouvellement des prothèses est réglementé et leur fourniture doit être consignée en conséquence dans le « carnet de prestations ».

M. D'haeseleer retire son amendement.

b) *Questions.*

Cet article, observe un commissaire, laisse l'impression de poursuivre le double but d'éviter que l'assuré n'abuse de l'assurance et de mettre le fisc en mesure de rassembler les renseignements nécessaires concernant les recettes des médecins ? Est-ce exact ? Si oui, comment le contrôle pourra-t-il s'opérer ?

Réponse du Ministre : Cet article tend notamment à mettre les médecins au courant de ce que tel bénéficiaire a déjà reçu une prothèse déterminée.

L'on sait que les médecins sont accusés de prescrire trop facilement des prothèses que les bénéficiaires sollicitent.

Les médecins répondent à cela qu'ils ignorent que des prothèses ont déjà été prescrites précédemment. Le tenue du carnet de prestations leur donnera toutes informations complètes à ce sujet.

Cet article tend également à éviter la répétition d'examens ou de soins effectués ou donnés par un autre médecin auquel le bénéficiaire s'est adressé précédemment, sans qu'il en avertisse nécessairement chaque praticien consulté.

L'article est adopté par 10 voix et 2 abstentions.

TITRE IV.

DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

CHAPITRE I.

Des institutions.

SECTION 1.

Des services des indemnités.

Article 38 :

Cet article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

SECTION 2.

Du comité de gestion.

Article 39 :

La Commission unanime marque son accord pour modifier comme suit le texte de cet article, conformément à l'amendemeent de M. D'haeseleer.

Cet amendement est retiré en conséquence.

« Le service des indemnités est géré par un comité de gestion composé en nombre égal de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de l'ensemble des employeurs.

bij zijn bezoek. Bovendien is de vernieuwing der prothesen gereglementeerd, en het verstrekken ervan moet derhalve in het « verstrekkingsboekje » worden vermeld.

De heer D'haeseleer trekt zijn amendement in.

b) *Vragen.*

Een Commissielid merkt op dat dit artikel de indruk wekt een tweevoudig doel na te streven : te voorkomen dat de verzekeringsplichtige misbruik maakt van de verzekering en de fiscus de mogelijkheid te verschaffen van nuttige gegevens te verzamelen in verband met het inkomen van de geneesheren. Is dit zo ? Zo ja, hoe kan dan controle worden uitgeoefend ?

Antwoord van de Minister : Door dit artikel wordt beoogd de geneesheren in te lichten over het feit dat de rechthebbende reeds een bepaalde prothese heeft gekregen.

Het is bekend dat de geneesheren ervan beschuldigd worden te gemakkelijk prothesen voor te schrijven waar de rechthebbenden om verzoeken.

Hierop antwoorden de geneesheren dat zij niet weten welke prothesen vroeger reeds verstrekt zijn. Het bijhouden van een verstrekkingsboekje zal hun volledige inlichtingen hieromtrent verschaffen.

Dit artikel beoogt ook de herhaling te voorkomen van onderzoekingen of verzorging die door een andere geneesheer tot wie de rechthebbende zich vroeger heeft gewend, is verstrekt, zonder dat deze daartoe elke geraadpleegde dokter moet inlichten.

Het artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 2 onthoudingen.

TITEL IV.

ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING.

HOOFDSTUK I.

Organen.

AFDELING 1.

Dienst voor uitkeringen.

Artikel 38 :

Dit artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 2.

Beheerscomité.

Artikel 39 :

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen, overeenkomstig het amendement van de heer D'haeseleer.

Dit amendement wordt derhalve ingetrokken.

« De Dienst voor uitkeringen wordt beheerd door een beheerscomité dat samengesteld is uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve werknemers- en werkgeversorganisaties.

Le Comité de gestion comprend, en outre, des représentants des organismes assureurs, *chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins.* »

(Reste sans changement.)

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 40 :

a) *Modifications au texte.*

La Commission unanime apporte aux litt 14°, 15° et 16° les modifications ci-dessous reprenant les amendements de M. De Paepe qui sont retirés en conséquence.

.....
.....
14° *transmet au Conseil général les dossiers pour lesquels il* décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;
15° *propose au Conseil général* le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service des indemnités ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger;
16° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi, *après avis du Conseil général;*

b) *Questions.*

Plusieurs questions sont posées au Ministre :

— Cet article accorde de larges prérogatives au comité de gestion. Il a notamment la compétence de proposer au Ministre des modifications aux cotisations sociales. Ces cotisations sont fixées ensuite par arrêté royal. C'est la première fois que cette procédure apparaît dans notre législation. Jusqu'à présent la cotisation était fixée par la loi. N'est-ce pas là une dangereuse dérogation à la situation actuelle ?
— Comment la représentation des employeurs des petites entreprises sera-t-elle assurée ?
— Il ressort de l'article 46 que si une modification au montant de l'indemnité d'incapacité primaire est proposée à l'unanimité elle *doit* être confirmée par le Roi. Si l'unanimité n'est pas réalisée il *peut* la confirmer. Est-ce exact ?

— Le Roi devrait-il confirmer une décision prise à l'unanimité du Comité de gestion d'augmenter le taux de l'indemnité d'incapacité primaire mais pour laquelle les moyens financiers appropriés n'auraient pas été prévus ?
— Ne pourrait-on prévoir la présence de femmes au sein du comité de gestion ?
— Si le Comité de gestion ne propose pas au Roi d'augmenter le montant des indemnités, celui-ci peut-il en décider ?

Réponse du Ministre :

a) les dispositions des articles 46 et 138 se complètent. Le premier de ces articles se rapporte aux dépenses, le second aux recettes de l'assurance-indemnités, en matière d'indemnité d'incapacité primaire;

b) les petites entreprises peuvent être représentées en leur réservant des mandats à conférer aux représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs;

Bovendien maken vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen deel uit van het beheerscomité; *elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger.* »

(Het overige wordt niet gewijzigd.)

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 40 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord in 14°, 15° en 16° de volgende wijzigingen aan te brengen waarin de amendementen van de heer De Paepe zijn opgenomen; derhalve worden deze amendementen ingetrokken.

.....
.....
14° *bezorgt de Algemene raad de dossiers waarover het* beslist vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;
15° *stelt de Algemene raad* aanwerving, benoeming dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting *voor* van het personeel van de Dienst voor uitkeringen alsmede de dat personeel op te leggen tuchtstraffen;
16° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor, *na advies van de Algemene raad;*

b) *Vragen.*

Verscheidene vragen worden aan de Minister gesteld :

— Dit artikel verleent ruime voorrechten aan het beheerscomité. Het is onder meer bevoegd om aan de Minister voor te stellen de bijdragen te wijzigen. Deze bijdragen worden vervolgens bij koninklijk besluit vastgesteld. Het is de eerste maal dat deze handelwijze in onze wetgeving voorkomt. Tot dusver werd de bijdrage door de wet vastgesteld. Is dit geen gevaarlijke afwijking van de huidige toestand ?
— Hoe zal de vertegenwoordiging van de werkgevers der kleine ondernemingen worden geregeld ?
— uit artikel 46 blijkt dat, indien een wijziging van de hoegrootheid van de primaire ongeschiktheidsuitkering eenparig is voorgesteld, zij *moet* bekrachtigd worden door de Koning. Ingeval er geen eenparigheid is, *kan* hij die bekrachtigen. Is dit juist ?
— Moet de Koning een beslissing bekrachtigen die eenparig door het Beheerscomité wordt genomen om het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering te verhogen, maar waarvoor niet in de nodige geldelijke middelen is voorzien ?
— Zou in de aanwezigheid van vrouwen in het beheerscomité niet kunnen worden voorzien ?
— Indien het Beheerscomité de Koning niet voorstelt de hoegrootheid der uitkeringen te verhogen, kan deze dan hiertoe beslissen ?

Antwoord van de Minister :

a) de bepalingen van de artikelen 46 en 138 vullen mekaar aan. Eerstgenoemd artikel heeft betrekking op de uitgaven, het tweede op de ontvangsten van de uitkeringsverzekering op het stuk van primaire ongeschiktheidsuitkeringen;
b) de kleine ondernemingen kunnen vertegenwoordigd zijn indien men hun mandaten toekent die aan de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van alle werkgevers moeten worden verleend.

c) la réponse est affirmative lorsque le Comité propose unanimement des modifications à apporter au montant de l'indemnité d'incapacité primaire; cette proposition est sanctionnée par le Roi. Si la proposition n'est pas faite à l'unanimité, le Roi décide en dernier ressort;

d) le Roi est tenu de confirmer la décision unanime d'augmenter le montant de l'indemnité d'incapacité primaire et si le Comité de gestion ne lui fait pas de proposition d'augmentation requise des cotisations, l'article 138, § 3, Lui donne le pouvoir de modifier le montant des cotisations nécessaires à couvrir les dépenses résultant de la décision du Comité de gestion;

e) pour nommer les représentants des employeurs et des salariés, le Roi est tenu par les propositions qui lui sont faites par les organisations représentatives intéressées;

f) le Roi ne peut décider d'augmenter le montant de l'indemnité primaire que si une proposition, unanime ou non, lui est faite par le Comité de gestion du service des indemnités.

En ce qui concerne l'augmentation des cotisations, voir réponse ci-devant.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 41 :

— Comment, demande un commissaire, le conseil médical de l'invalidité sera-t-il composé ? De quelles garanties les malades disposent-ils ? Comment peuvent-ils se défendre lorsqu'ils estiment que l'on porte atteinte à leurs droits.

— N'est-il pas souhaitable, suggère un autre commissaire, de faire en sorte que tous les organismes assureurs soient représentés au sein de ce conseil ?

Le Ministre répond que :

a) Le Conseil médical de l'invalidité sera composé de médecins-conseil; il n'est pas exclu que des médecins-inspecteurs du Service du contrôle médical en feront partie. Dans le cas où un médecin-conseil d'un organisme assureur participe à une séance d'une commission du Conseil médical d'invalidité, qui statue sur le cas d'un titulaire affilié au même organisme assureur, ledit médecin-conseil n'aura pas voix délibérative.

Les titulaires peuvent interjeter appel des décisions du Conseil médical de l'invalidité devant les juridictions contentieuses visées à l'article 100.

b) Tous les organismes assureurs seront représentés au Conseil médical de l'invalidité.

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 42 :

a) *Modification de texte.*

La Commission marque son accord unanime pour modifier cet article comme suit :

c) het antwoord is bevestigend indien het Comité eenparig voorstelt wijzigingen aan te brengen in het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering; dit voorstel wordt door de Koning bekrachtigd. Indien tot het voorstel niet eenparig wordt besloten, beslist de Koning in laatste instantie;

d) De Koning is ertoe gehouden de eenparige beslissing te bekrachtigen om het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering te verhogen, en indien het Beheerscomité hem geen voorstel doet inzake de vereiste verhoging van de bijdragen, is hij, ingevolge artikel 138, § 3, ertoe gemachtigd het bedrag te wijzigen van de bijdragen die nodig zijn om de uit de beslissingen van het Beheerscomité voortspruitende uitgaven te dekken;

e) bij de aanduidingen van vertegenwoordigers van de werkegevers en van de werknemers dient de Koning zich te houden aan de voorstellen die hem door de betrokken representatieve organisaties worden gedaan;

f) de Koning kan slechts besluiten tot de verhoging van ht bedrag van de primaire uitkering, indien hem een al dan niet eenparig voorstel wordt gedaan door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

Wat de verhoging der bijdragen betreft, zie het antwoord hierboven.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 41 :

— Hoe, zo vraagt een commissielid, zal de geneeskundige raad voor invaliditeit zijn samengesteld ? Welke waarborgen worden aan de zieken verstrekt ? Hoe kunnen zij zich verdedigen wanneer zij oordelen dat hun rechten zijn gekrenkt ?

— Zou het niet wenselijk zijn, aldus een ander lid, al de verzekeringsinstellingen in deze raad te laten vertegenwoordigen ?

De Minister antwoordt :

a) Dat de geneeskundige raad voor invaliditeit uit adviserend geneesheren zal zijn samengesteld. Het is niet uitgesloten dat geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige controle er deel van zullen uitmaken. Wanneer een adviserend geneesheer van een verzekeringsinstelling een vergadering van een commissie van de geneeskundige raad voor invaliditeit bijwoont, welke uitspraak doet over het geval van een gerechtigde die lid is van dezelfde verzekeringsinstelling, dan zal de adviserende geneesheer geen medebeslissende stem hebben.

De gerechtigden mogen voor de rechtscolleges voor geschillen, bedoeld in artikel 100, hoger beroep instellen tegen de beslissingen van de geneeskundige raad voor invaliditeit.

b) Al de verzekeringsinstellingen moeten in de geneeskundige raad voor invaliditeit vertegenwoordigd zijn.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 42 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie stemt er eenparig mee in de tekst als volgt te wijzigen :

Le Conseil médical de l'invalidité :

1° remplit les missions qui lui sont fixées aux articles 51 et 54 de la présente loi et notifie ses décisions aux personnes et institutions désignées par le Roi et dans les conditions *et délais* fixés par Lui;
(Reste sans changement).

b) *Questions :*

— Quel est le sort d'un invalide qui n'accepterait pas la rééducation ?
— Une collaboration est-elle prévue avec le « Fonds de reclassement des Handicapés » ?

Réponse du Ministre :

a) L'intention n'est pas d'imposer un programme de rééducation; la rééducation ne saurait d'ailleurs porter des fruits que si le titulaire y collabore pleinement. Il s'agit donc de convaincre le titulaire des bienfaits de la rééducation et non de la lui imposer. Le titulaire qui ne désire pas se soumettre à la rééducation conserve le bénéfice des indemnités qui lui sont accordées.
b) La mission du Conseil médical de l'invalidité et du Collège des médecins-directeurs ne porte pas préjudice à la compétence du Fonds de reclassement social des Handicapés; ainsi que le précise l'exposé des motifs, l'assurance maladie-invalidité ne supporte la charge de la rééducation que dans les cas où les frais ou les personnes tombent en dehors du champ d'application fixé dans le cadre dudit Fonds.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

SECTION 4.

Des Conseils techniques intermutualistes.

Article 43 :

La Commission marque son accord unanime pour modifier le texte de cet article dans le sens poursuivie par l'amendement de M. D'haeseleer qui est retiré.

L'article se lit comme suit :

« Il est instituée auprès du Service des indemnités un Conseil technique intermutualiste dont la compostion et les règles de fonctionnement sont fixées par le Roi qui en nomme le président et les membres, *chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins.* »

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 44 :

Cet article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

CHAPITRE II.

Du champ d'application.

Article 45 :

A l'occasion de la discussion de cet article l'attention du Ministre est attirée sur les droits des femmes enceintes.

De Geneeskundige raad voor invaliditeit :

1° vervult de hem bij de artikelen 51 en 54 van deze wet opgedragen taken en geeft van zijn beslissingen kennis aan de door de Koning aan te wijzen personen en organen onder de door Hem te bepalen voorwaarden *en termijnen;*
(Het overige blijft onveranderd).

b) *Vragen :*

— Welk is het lot van een invalide die de revalidatie zou weigeren ?
— Werd er in een samenwerking met het « Fonds voor herscholing van minder-validen » voorzien ?

Antwoord van de Minister :

a) Het ligt niet in de bedoeling een revalidatieprogramma op te leggen; de revalidatie kan trouwens slechts vruchten dragen indien de verzekerde zijn volle medewerking verleent. Het komt er dus op aan hem te overtuigen van de weldaden van de revalidatie en niet hem deze op te leggen. De verzekerde die de revalidatie niet wenst te ondergaan, behoudt de hem toegekende uitkeringen.
b) De taak van de Geneeskundige raad voor invaliditeit en van het College van geneesheren-directeurs doet geenszins afbreuk aan de bevoegdheid van het Fonds voor sociale herscholing van minder-validen; zoals in de Memorie van Toelichting te lezen staat, worden de revalidatielasten slechts door de ziekteverzekering gedragen in de gevallen waarin de kosten of de personen buiten het in het raam van dit Fonds vastgestelde toepassingsgebied vallen.

Het gewijzigde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 4.

Technische ziekenfondsraad.

Artikel 43 :

De Commissie stemt er eenparig mede in om de tekst van dit artikel te wijzigen in de zin van het door de heer D'haeseleer ingetrokken amendement.

Het artikel luidt als volgt :

« Bij de Dienst voor uitkeringen wordt een Technische ziekenfondsraad ingesteld waarvan samenstelling en werkingsregelen worden bepaald door de Koning, die de voorzitter de leden ervan benoemt; *elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger.*

Het gewijzigde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 44 :

Dit artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK II.

Toepassingssfeer.

Artikel 45 :

Bij de bespreking van dit artikel wordt de aandacht van de Minister gevestigd op de rechten van de zwangere vrouwen.

— Un membre désire savoir si le repos d'accouchement qui n'a pas été pris avant la naissance peut être reporté après celle-ci.

— Les dispositions prévues à cet article ne vont-elles pas entraîner de complications concernant la loi sur le salaire hebdomadaire garanti ?

Réponses du Ministre :

1) La mention à l'article 45, § 1, 1°, des travailleuses visées à l'article 21, 4°, ne signifie pas que ces travailleuses ont droit aux indemnités d'incapacité primaire dès le premier jour du cinquième mois de la grossesse; elle signifie uniquement que les travailleuses qui cessent le travail dès le 5me mois de la grossesse, gardent la qualité de bénéficiaire et ont droit à l'indemnité d'incapacité primaire dès le premier jour de la sixième semaine précédant l'accouchement (voir art. 56). Un amendement que la Commission a admis à l'article 56, dispose que si la travailleuse n'a pas bénéficié des indemnités pendant la durée complète des six semaines précédant l'accouchement, elle peut prolonger de la différence, la période postnatale de six semaines, d'une durée correspondante.

2) Le texte proposé n'est pas de nature à entraîner des complications quant à l'application de la loi sur le salaire hebdomadaire garanti.

S'il devait en être ainsi, il conviendrait de prendre les mesures adéquates.

Certains membres estiment que l'application du § 2 de cet article pourrait susciter des contestations. Ils se réfèrent à la réglementation en matière de pensions, qui précise très clairement le droit aux arrérages de pension non liquidés, en cas de décès.

Ils demandent que soit envisagée la possibilité de reprendre ces dispositions.

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

CHAPITRE III.

Des prestations.

SECTION 1.

De l'indemnité d'incapacité primaire.

Article 46 :

a) *Amendements :*

— M. De Paepe voudrait, dans le texte néerlandais, remplacer le mot « ziekengeld » par « primaire ongeschiktheidsuitkering ».

La Commission marque unanimement son accord sur cet amendement qui aura effet à chaque emploi du mot « ziekengeld ».

— M. Glineur propose de porter de 60 % à 80 % le montant minimum de l'indemnité d'incapacité primaire. Il souligne qu'il s'agit là d'une revendication de la F. G. T. B. et que les besoins des travailleurs malades ne sont pas inférieures à ceux des pensionnés pour lesquels la règle des 75 % a été admise.

Le Ministre fait valoir que la présente loi aura pour effet de porter le maximum de l'indemnité d'incapacité primaire

— Een lid wenst te vernemen of de vóór de geboorte niet genoten rust bij bevalling mag worden verschoven tot na de geboorte.

— Zullen de bepalingen van dit artikel geen verwikkelingen met zich brengen voor de toepassing van de wet op het gewaarborgde weekloon ?

Antwoord van de Minister :

1) De vermelding in artikel 45, § 1, 1°, van de werkneemsters bedoeld in artikel 21, 4°, betekent niet dat deze werkneemsters recht hebben op de primaire ongeschiktheidsuitkeringen vanaf de eerste dag der vijfde maand van de zwangerschap; zij betekent enkel dat de werkneemsters die de arbeid staken vanaf de 5de maand der zwangerschap, rechthebbenden blijven en recht hebben op de primaire ongeschiktheidsuitkering vanaf de eerste dag van de zesde week vóór de bevalling (cfr. art. 56). Een door de Commissie aangenomen amendement op artikel 56 bepaalt dat, indien de werkneemster de uitkeringen niet genoten heeft gedurende de ganse duur van de zes weken vóór de bevalling, zij de postnatale periode van zes weken met het verschil mag verlengen.

2) De voorgestelde tekst zal geen moeilijkheden veroorzaken in verband met de toepassing van de wet op het gewaarborgd weekloon.

Zou dit later wèl het geval zijn, dan moeten gepaste maatregelen worden getroffen.

Sommige leden zijn van mening dat de toepassing van § 2 van dit artikel aanleiding kan geven tot betwistingen. Zij verwijzen naar de reglementering inzake pensioenen, waar het recht op niet uitgekeerde pensioenachterstallen in geval van overlijden zeer duidelijk is bepaald.

Zij vragen de mogelijkheid te overwegen deze voorschriften over te nemen.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK III.

Uitkeringen.

AFDELING 1.

Primaire ongeschiktheidsuitkering.

Artikel 46 :

a) *Amendementen :*

— De heer De Paepe zou in de Nederlandse tekst het woord « ziekengeld » willen vervangen door « primaire ongeschiktheidsuitkering ».

De Commissie gaat eenparig akkoord met dit amendement dat geldt telkens het woordt «ziekengeld » wordt gebruikt.

— De heer Glineur stelt voor het minimale bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering van 60 % op 80 % te brengen. Hij legt er de nadruk op dat het hier een eis betreft van het A. B. V. V. en dat de behoeften der zieke arbeiders niet kleiner zijn dan die der gepensioneerden, voor wie de regel 75 % is aangenomen.

De Minister voert aan dat deze wet voor gevolg zal hebben dat het maximum van de primaire ongeschiktheidsuit-

de 154 francs à 196 francs par jour. Cet effort est important. Ensuite, il appartiendra aux employeurs et aux travailleurs de prendre, sous leurs responsabilités, les mesures qu'ils jugeraient utiles au sein du Comité de gestion.

L'amendement de M. Glineur est repoussé par 12 voix et 2 abstentions.

b) *Questions.*

Question : Un commissaire fait remarquer qu'il existe une différence d'interpétation entre la réglementation de l'assurance maladie-invalidité et la loi sur le salaire hebdomadaire garanti à propos de l'expression « 12 werkdagen ».

Dans le cadre de la réglementation de l'assurance maladie-invalidité, il s'agit de 12 jours de travail effectif tandis que pour l'application de la loi sur le salaire hebdomadaire garanti il s'agit de deux semaines de travail. Quelle est la bonne interprétation ?

Le Ministre propose de ne pas changer le texte. Il recherchera une interprétation commune avec le Ministre de l'Emploi et du Travail.

Question : Un commissaire demande si, dans le cas des ouvriers mineurs, il n'y a pas contradiction entre l'alinéa 3 de l'article 46 et le § 2 de l'article 70.

Réponse du Ministre : Après les six premiers mois d'incapacité, le mineur doit faire valoir un droit à la pension d'invalidité; si cette dernière est inférieure à l'indemnité accordée par l'assurance-indemnité, celle-ci supplée pendant six mois la différence entre l'indemnité dont il bénéficierait et la pension qui lui est accordée par le Fonds national de retraite des ouvriers mineurs.

L'arrêté royal d'exécution fera en sorte que les mineurs ne subissent aucun préjudice : il n'est pas question de limiter leurs droits mais bien de les élargir.

Question : Ne faudrait-il pas remplacer les mots « début de l'incapacité de travail » par « date de l'indemnisation ».

Réponse du Ministre : La date de début de la période de 1 an fixée pour la période de l'incapacité primaire, doit coïncider avec la date de début de l'incapacité.

Faire coïncider cette date de début à la date de début de l'indemnisation, signifierait retarder la date à partir de laquelle l'Etat prend à charge 50 % des indemnités d'incapacité prolongées et celle à partir de laquelle il prend à charge 95 % des indemnités d'invalidité. De plus, toutes les indemnités devant s'élever à au moins 60 % de la rémunération prévue, le titulaire ne subit aucun préjudice par l'application de la disposition de l'article 46 du projet.

L'alinéa premier de cet article prévoit que le travailleur en état d'incapacité de travail, reçoit une indemnité d'incapacité primaire, calculée sur la base de la rémunération touchée pendant une période dite de référence.

Un membre demande qu'on évite, en vue de l'application de cette disposition, d'imposer des charges administratives excessives à l'employeur.

Il est en outre précisé qu'on entend par « date de début » le jour pour lequel aucune rémunération n'est payée.

kering van 154 tot 196 frank per dag wordt verhoogd. Dit is een grote verhoging. Vervolgens moeten de werkgevers en de werknemers, op eigen verantwoordelijkheid, in het Beheerscomité de maatregelen treffen die zij nuttig achten.

Het amendement van de heer Glineur wordt afgewezen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

b) *Vragen.*

Vraag : Een commissielid doet opmerken dat er een verschil bestaat tussen de interpretatie van de reglementering van de ziekte- invaliditeitsverzekering en de wet op het gewaarborgd weekloon in verband met de uitdrukking « 12 werkdagen ».

In het kader van de reglementering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, betreft het hier 12 dagen werkelijke arbeid, terwijl het bij de wet op het gewaarborgd weekloon twee arbeidsweken betreft. Welke is de goede uitlegging ?

De Minister stelt voor de tekst niet te wijzigen. Hij zal een gezamenlijke oplossing zoeken samen met de Minister van Arbeid en Tewerkstelling.

Vraag : Een lid vraagt of er met betrekking tot de mijnwerkers geen tegenspraak is tussen lid 3 van artikel 46 en § 2 van artikel 70.

Antwoord van de Minister : Na de eerste zes maanden arbeidsongeschiktheid, moet de mijnwerker zijn recht op het invaliditeitspensioen doen gelden, indien dit kleiner is dan de uitkering toegekend door de uitkeringsverzekering; gedurende zes maanden vult deze het verschil aan tussen de uitkering die hij zou krijgen en het pensioen dat hem wordt verleend door het Rijkspensoenfonds voor mijnwerkers.

Het koninklijk besluit tot uitvoering zal zodanig worden gesteld, dat de mijnwerkers niet de minste schade lijden : er is geen sprake van de rechten te besnoeien maar wel ze uit te breiden.

Vraag : Zouden de woorden « aanvangsdag van de arbeidsongeschiktheid » niet moeten worden vervangen door « dag waarop de uitkering begint ».

Antwoord van de Minister : De aanvangsdag van de periode van 1 jaar bepaald voor het tijdvak van primaire ongeschiktheid, moet samenvallen met de aanvangsdag van de ongeschiktheid.

Deze aanvangsdag doen samenvallen met de dag waarop de uitkering begint, zou voor gevolg hebben dat de dag vanaf welke de Staat uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid te zijnen laste neemt en die vanaf welke hij 95 % van de invaliditeitsuitkeringen voor zijn rekening neemt, worden uitgesteld. Bovendien, daar alle uitkeringen ten minste 60 % moeten bedragen van het voorgeschreven loon, lijdt de gerechtigde niet de minste schade door de toepassing van het bepaalde in artikel 46 van het ontwerp.

Het eerste lid van dit artikel bepaalt dat de werknemer die niet kan arbeiden, een primaire ongeschiktheidsuitkering zal genieten, die berekend wordt op basis van het loon verdiend in een zogenaamde referentieperiode.

Een lid vraagt om met het oog op de toepassing van deze bepaling te vermijden dat de werkgever overdreven administratieve lasten worden opgelegd.

Er wordt daarenboven nader bepaald dat door « aanvangsdag » wordt bedoeld, de dag waarvoor geen loon wordt uitbetaald.

Exemple : Quelqu'un tombe malade à son travail, après quelques heures de prestations; il reçoit une journée de salaire, la date de début est le jour suivant.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 47 :

Modification de texte.

Par voie d'amendement, M. D'haeseleer veut imposer que l'avis d'incapacité de travail envoyé par le malade au médecin-conseil comporte une attestation motivée de son médecin, relative à la nature de l'incapacité de travail ainsi qu'à sa durée probable.

Il craint que la formule préconisée à l'article 47 du projet de loi n'aboutisse pas aux économies escomptées et ne soit une source d'abus. Il commente le système en vigueur à la S. N. C. B.

Plusieurs commissaires partagent les sentiments de l'auteur de l'amendement tenant compte du fait qu'un certificat médical est obligatoire pour pouvoir bénéficier de la loi sur le salaire hebdomadaire garanti.

Le Ministre souligne que le système proposé l'a été par le groupe parlementaire de travail. Il propose de modifier le texte de cet article comme suit :

« *Sauf exceptions prévues par le Comité de gestion, le titulaire avise le médecin-conseil de son incapacité de travail au moyen d'un certificat, signé par son médecin traitant.*

Toutefois, dans les cas visés à l'article 46, deuxième alinéa, le titulaire avise le médecin-conseil, le jour même de la reprise de l'état d'incapacité de travail, au moyen d'un document signé par lui.

Le Comité de gestion arrête le modèle de ces certificat et document. Il détermine les modalités et délais d'envoi ou de remise du certificat médical.

Dans les cas visés à l'article 46, deuxième alinéa, le droit à l'indemnité primaire s'ouvre au plus tôt le jour de l'envoi ou de la remise du document prévu à l'alinéa premier. »

M. D'haeseleer retire son amendement.

Le texte amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 48 :

Modification au texte.

La Commission marque son accord unanime avec la modification suivante :

Le médecin-conseil de l'organisme assureur constate l'état d'incapacité primaire au sens de l'article 56, en fixe la durée et notifie sa décision au titulaire, dans les conditions *et délais* fixés par le Comité de gestion.

C'est également à l'unanimité que la Commission décide d'ajouter les mots « *concernant l'état d'incapacité de travail* » après le mot « décision ».

Voorbeeld : Iemand wordt ziek op zijn werk na enkele uren arbeid; hij ontvangt één dag loon; de aanvangsdatum is de dag die hierop volgt.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 47 :

Wijziging van de tekst.

Bij wijze van amendement wil de heer D'haeseleer voorschrijven dat de mededeling van arbeidsongeschiktheid die de zieke naar de adviserend geneesheer stuurt, een gemotiveerd attest van zijn geneesheer moet bevatten met betrekking tot de aard van de arbeidsongeschiktheid alsmede de mogelijke duur ervan.

Hij vreest dat de in artikel 47 van het wetsontwerp voorgestelde formule niet de besparingen zal opleveren die men ervan verwacht en een bron van misbruiken zal zijn. Hij licht het stelsel toe dat van kracht is bij de N. M. B. S.

Verscheidene leden delen de mening van de auteur van het amendement, hierbij rekening houdend met het feit dat een geneeskundig getuigschrift verplicht is, wil men in aanmerking komen voor de wet op het gewaarborgd weekloon.

De Minister wijst erop dat de voorgestelde regeling het werk is van de Parlementaire Werkgroep. Hij stelt voor de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen :

« *Behoudens uitzonderingen waarin het Beheerscomité voorziet, doet de gerechtigde aan de adviserende geneesheer mededeling van zijn arbeidsongeschiktheid met een door zijn behandelend geneesheer ondertekend getuigschrift.*

In de in artikel 46, tweede lid, bedoelde gevallen, doet de gerechtigde echter die mededeling, de dag zelf waarop de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt, met een door hem ondertekend document.

Het Beheerscomité stelt het model van dat getuigschrift en van dat document vast. Het bepaalt de nadere regelen en termijnen tot verzending of afgifte van het geneeskundige getuigschrift.

In de artikel 46, tweede lid, bedoelde gevallen gaat het recht op primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ten vroegste in de dag van verzending of afgifte van het document waarin het eerste lid voorziet. »

De heer D'haeseleer trekt zijn amendement in.

De geamendeerde tekst wordt aangenomen met 14 stemmet en 2 onthoudingen.

Artikel 48 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie gaat eenparig akkoord met de volgende wijziging.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling stelt de in artikel 56 bedoelde staat van primaire arbeidsongeschiktheid vast, bepaalt de duur ervan en geeft de gerechtigde kennis van zijn beslissing onder de door het beheerscomité bepaalde voorwaarden *en termijnen.*

Eveneens eenparig beslist de Commissie de woorden « *omtrent de staat van arbeidsongeschiktheid* » in te voegen na het woord « beslissing ».

M. Lavens défend un amendement qui a pour objet de conserver au contrôle précoce de la période du salaire hebdomadaire garanti le rôle qui lui est réservé : amener le plein effet aux mesures législatives prévues pour le salaire hebdomadaire garanti tout en évitant les abus possibles.

Ceci étant valable tant pour les ouvriers que pour les employés.

Le Ministre, tout en soulignant l'intérêt du problème soulevé par l'auteur de l'amendement, est d'avis que l'objet visé concerne des droits se situant dans le cadre de la loi sur le salaire hebdomadaire garanti.

Il déclare que les décisions du médecin conseil n'auront pas d'effet, comme telles, sur des décisions prises dans le cadre de la loi sur le salaire hebdomadaire garanti; mais rien n'empêche cependant le travailleur de faire mention de la décision du médecin conseil en cas de contestation relative à l'application du salaire hebdomadaire garanti.

La procédure actuelle relative au salaire hebdomadaire garanti est celle réglée par la circulaire n° 567 du 28 décembre 1962 du F. N. A. M. I.

M. Lavens retire son amendement.

Les mots « en fixe la durée » ne veulent pas dire que le médecin-conseil est tenu de communiquer au malade la période probable d'incapacité de travail. Ils signifient que le médecin-conseil doit pouvoir estimer, à un moment donné, que le malade est guéri.

Les contestations relatives aux décisions du médecin-conseil sont tranchées par les juridictions prévues à l'article 100.

L'article, amendé, est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 49 :

Par voie d'amendement, M. Glineur veut supprimer la période de carence prévue à cet article.

Le Ministre ne peut accepter cet amendement et fait valoir que le Comité de gestion est habilité à réduire la durée de la période de carence.

L'amendement est repoussé par 12 voix et 2 abstentions.

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

SECTION 2.

De l'indemnité d'incapacité prolongée.

Article 50 :

a) *Amendements.*

M. Glineur défend deux amendements ayant pour objet de porter le montant de l'indemnité d'incapacité prolongée à 80 % du salaire et de supprimer la possibilité de réduire le montant de l'indemnité pour les malades n'ayant personne à charge.

Le Ministre fait valoir que le projet porte le maximum du montant actuel de 124 francs à 196 francs par jour.

De heer Lavens verdedigt een amendement dat ten doel heeft aan de vroegtijdige controle tijdens het tijdvak van het gewaarborgd weekloon de taak te blijven voorbehouden welke haar is opgedragen : de volle uitwerking van de wetgevende maatregelen inzake het gewaarborgd weekloon te waarborgen.

Dit geldt zowel voor de arbeiders als voor de bedienden.

De Minister, die de nadruk legt op de betekenis van het door de auteur van het amendement opgeworpen denkbeeld, is van mening dat het beoogde doel betrekking heeft op de rechten die vallen binnen het kader van de wet op het gewaarborgd weekloon.

Hij verklaart dat de beslissingen van de adviserend geneesheer als zodanig geen terugslag hebben op de beslissingen genomen in het kader van de wet op het gewaarborgd weekloon; niets belet evenwel de werknemer, in geval van betwisting in verband met de toepassing van het gewaarborgd weekloon, melding te maken van de beslissing van de adviserend geneesheer.

De huidige procedure betreffende het gewaarborgd weekloon is die welke geregeld wordt bij rondzendbrief nr 567 van 28 december 1962 R. V. Z. I.

De heer Lavens trekt zijn amendement in.

De woorden « bepaalt de duur ervan » betekenen niet dat de adviserende geneesheer gehouden is de vermoedelijke periode van werkonbekwaamheid mee te delen aan de zieke. Zij betekenen dat op een bepaalde dag, de adviserende geneesheer moet kunnen oordelen dat de zieke genezen is.

De betwistingen omtrent de beslissingen van de adviserend geneesheer worden beslecht door de rechtcolleges waarvan sprake in artikel 100.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 49 :

Bij wijze van amendement wil de heer Glineur de carenstijd, waarin dit artikel voorziet, afschaffen.

De Minister kan dit amendement niet aanvaarden en voert aan dat het Beheerscomité bevoegd is om de duur van die carenstijd te verminderen.

Het amendement wordt verworpen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 2.

Uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid.

Artikel 50 :

a) *Amendementen.*

De heer Glineur verdedigt twee amendementen die ertoe strekken het bedrag van de uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid te brengen op 80 % van het loon en de mogelijkheid om het bedrag van de vergoeding te verminderen voor de zieken, die niemand ten laste hebben, af te schaffen.

De Minister merkt op dat door het ontwerp het maximum van het huidige bedrag van 124 op 196 frank per

En ce qui concerne le montant de l'indemnité d'incapacité prolongée, le comité de gestion du service « indemnités » pourra toujours en débattre.

Les deux amendements de M. Glineur sont repoussés par 12 voix et 2 abstentions.

M. Van Winghe estime qu'il conviendrait, par rapport aux conventions internationales existantes, de remplacer le terme « indemnité d'incapacité prolongée » par « indemnité d'invalidité provisoire ».

Toutefois il retire son amendement à la suite d'une déclaration du Ministre selon laquelle cette question sera réglée dans le cadre de l'article 146.

b) *Vœu de la Commission.*

Des commissaires ayant soulevé le problème du montant de l'indemnité, la Commission, unanime, déclare ce qui suit :

« Le vœu est exprimé par la Commission que le montant minimum de l'indemnité ne soit pas inférieur à celui de la pension de vieillesse accordée aux travailleurs réguliers. »

Un membre craint qu'au moment du passage de l'incapacité primaire au stade de l'incapacité prolongée, certains malades ne s'efforcent de reprendre le travail pendant quelques jours, de manière à rentrer ensuite à nouveau dans la période d'incapacité primaire.

Réponse du Ministre :

Si l'assuré est guéri, il devra, de toute manière, reprendre le travail. S'il n'est pas guéri, il ne subira aucun préjudice en passant de l'incapacité primaire à l'incapacité prolongée, le montant de l'indemnité étant au moins égal. Plus vite le malade aura atteint la 3e période, celle de l'invalidité (4e année de la maladie), plus vite il bénéficiera des soins de santé gratuits.

L'article est adopté par 12 oui et 2 abstentions.

Article 51 :

Un membre est d'avis qu'il y aurait lieu de modifier cet article comme suit :

— le médecin-conseil de l'organisme assureur constate l'état d'incapacité prolongée au sens de l'article 56 et en fixe la durée;
— le Conseil médical de l'invalidité constate la fin de cette incapacité.

La procédure proposée présente, à son avis, une double difficulté :

1) A quelle instance le titulaire doit adresser le certificat délivré au début de l'incapacité de travail, s'il se retrouve à nouveau en état d'incapacité prolongée ou d'invalidité.

Il est tenu, en vertu de l'article 47, de remettre ce certificat au médecin-conseil. Or, ce dernier n'est pas compétent pour apprécier l'état d'incapacité prolongée ou d'invalidité; il est, à son tour, tenu de transmettre le certificat, en même temps que le rapport, au Conseil médical de l'invalidité.

dag wordt gebracht. Wat het bedrag van de uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid betreft, daarover kan steeds beraadslaagd worden door het beheerscomité van de dienst « uitkeringen ».

Beide amendementen van de heer Glineur worden verworpen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

De heer Van Winghe is van oordeel dat, ten opzichte van de bestaande internationale overeenkomsten, het wenselijk is de term « voortdurende ongeschiktheidsuitkering » te vervangen door « voorlopige invaliditeitsuitkering ».

Hij trekt evenwel zijn amendement in, ingevolge een verklaring van de Minister, volgens welke deze kwestie zal opgelost worden in het raam van artikel 146.

b) *Wens van de Commissie.*

Daar sommige leden het probleem van het bedrag van de uitkering hebben aangesneden, legt de Commissie eenparig volgende verklaring af :

« Het is de wens van de Commissie dat het minimumbedrag van de uitkering niet beneden dat van het aan de regelmatige werknemers toegekende ouderdomspensioen zou liggen ».

Een lid vreest dat, bij de overgang van de primaire naar de voortdurende ongeschiktheid, sommigen zieken zouden pogen, gedurende enkele dagen het werk te hernemen, en daarna terug in de periode van primaire ongeschiktheid te worden gerangschikt.

Antwoord van de Minister :

Ofwel is de verzekerde genezen en dan moet hij in elk geval het werk hernemen. Ofwel is hij niet genezen en dan heeft hij er geen nadeel bij over te gaan van de primaire naar de voortdurende ongeschiktheid, aangezien het bedrag van de uitkering ten minste evenveel bedraagt, en hoe vlugger een zieke de 3de periode, deze van de invaliditeit (4de jaar van de ziekte) bereikt, hoe vlugger hij geniet van de kosteloze geneeskundige verzorging.

Het artikel wordt aangenomen 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 51 :

Een lid is van oordeel dat dit artikel zou moeten als volgt gewijzigd worden :

— de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling stelt de in artikel 56 bedoelde staat van voortdurende ongeschiktheid vast en bepaalt de duur ervan;
— de geneeskundige Raad voor Invaliditeit stelt echter het einde van deze ongeschiktheid vast.

Naar zijn oordeel stelt de voorgestelde procedure twee moeilijkheden :

1) De vraag dient gesteld aan wie de gerechtigde het attest van het begin de werkongeschiktheid moet laten geworden, indien hij hervalt in voortdurende ongeschiktheid of invaliditeit.

Volgens artikel 47 moet hij het zenden aan de adviserend geneesheer, maar deze is niet bevoegd om over de staat van voortdurende ongeschiktheid of invaliditeit te oordelen; hij moet het attest op zijn beurt overzenden aan de geneeskundige Raad voor Invaliditeit, samen met zijn verslag.

Le médecin-conseil ne peut toutefois opposer au titulaire l'argument de l'inexistence de l'état d'incapacité de travail.

Cette procédure entrave tout contrôle, du fait des pertes de temps qu'elle entraîne.

2) Si les titulaires, en cas de non-reconnaissance de l'état d'incapacité primaire, au sens de l'article 56, s'adressent aux juridictions, visées au chapitre 3 du présent titre VI. ces dernières se trouveront exclusivement saisies d'une contestation portant sur l'octroi des indemnités d'incapacité primaire et non sur l'attribution d'indemnités d'incapacité prolongée et d'invalidité.

S'il est vrai, en effet, que la reconnaissance de l'état d'incapacité primaire est de la compétence du médecin-conseil, la reconnaissance de l'état d'incapacité prolongée et d'invalidité n'en est pas moins du ressort du Conseil médical de l'invalidité.

Les requêtes introduites à propos de la non-reconnaissance de l'état d'incapacité prolongée et d'invalidité doivent, dès lors, non pas être dirigées contre l'organisme assureur, mais bien contre le Conseil médical de l'invalidité.

Comme la jurisprudence n'admettra jamais qu'une décision de non-reconnaissance par l'Etat puisse être opposée rétroactivement au titulaire, cet état de choses aura pour effet qu'en cas de contestations portant sur l'état d'incapacité primaire, soit le Conseil médical, soit le médecin-conseil ne pourront, après décision favorable des juridictions, refuser les indemnités d'incapacité prolongée ou d'invalidité qu'à partir d'une date postérieure à leur décision.

Le titulaire peut ainsi, compte tenu de la lenteur avec laquelle les juridictions en question traitent de nombreux cas, obtenir automatiquement le droit aux indemnités d'incapacité prolongée et d'invalidité pendant une longue période, sans que sa situation corresponde à la disposition de l'article 56, § 1er.

Si, au contraire, le médecin-conseil se voit conférer le pouvoir de constater, outre l'état d'incapacité primaire, également celui d'incapacité prolongée et d'invalidité, d'une part, le constat *du début* de l'incapacité de travail pourra se faire dans le plus bref délai possible et, d'autre part, les juridictions pourront continuer à examiner les requêtes comme elles le font actuellement, c'est-à-dire qu'elles prendront une décision pour l'entièreté de la période comprise entre la date de la contestation et celle de leur décision.

Cette proposition n'est pas dirigée contre tout contrôle sérieux émanant d'instances autres que les organismes assureurs. Elle est exclusivement destinée à éviter le paiement d'indemnités indûment octroyées à la suite du nombre d'instances par lesquelles doivent passer certains certificats d'arrêt de travail ou de difficultés résultant de la procédure.

Le pouvoir de décision du Conseil médical de l'Invalidité reste d'ailleurs total; ce dernier est, en effet, à tout instant habilité à réformer les décisions des médecins-conseil.

Réponse du Ministre : Le projet de loi consacre la situation actuelle sur ce point. Que l'état d'incapacité prolongée doive être constaté, non pas par le médecin-conseil de l'organisme assureur, mais par un collège de médecins s'explique d'autant mieux que la charge de ces indemnités est supportée à raison de 50 % par l'Etat.

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Het niet bestaan van de staat van werkongeschiktheid kan echter door de adviserend geneesheer niet tegen de gerechtigde als argument aangevoerd worden.

Deze procedure bemoeilijkt de controle wegens het tijdverlies dat er mede gepaard gaat.

2) Indien de gerechtigden zich in de gevallen van niet erkenning van de staat van primaire ongeschiktheid in de zin van artikel 56, wenden tot de rechtcolleges, bedoeld in hoofdstuk 3 van titel VI der wet, zullen deze zich alleen moeten uitspreken over een betwisting betreffende het verlenen der vergoedingen voor primaire ongeschiktheid en niet betreffende het verlenen der vergoedingen voor voortdurende ongeschiktheid en invaliditeit.

Immers, terwijl de erkenning van de staat van primaire ongeschiktheid tot de bevoegdheid van de adviserend geneesheer behoort, behoort de erkenning van de staat van voortdurende ongeschiktheid en invaliditeit tot de bevoegdheid van de geneeskundige Raad voor Invaliditeit.

Derhalve moeten de verzoekschriften tegen de niet-erkenning van de staat van voortdurende ongeschiktheid en invaliditeit, niet tegen de verzekeringsinstelling, maar wel tegen de geneeskundige Raad voor Invaliditeit ingediend worden.

Vermits de rechtspraak nooit zal aannemen dat een beslissing van niet-erkenning van de staat van ongeschiktheid aan de gerechtigde met terugwerkende kracht tegengesteld wordt, zal zulks voor gevolg hebben dat, in de betwistingen van de staat van primaire ongeschiktheid, na gunstige beslissing van de rechtscolleges, de geneeskundige Raad of de adviserend geneesheer, de uitkeringen voor langdurige ongeschiktheid of invaliditeit, niet kunnen weigeren, tenzij te rekenen van een datum af die ligt na hun uitspraak.

Aldus kan, rekening gehouden met de traagheid waarmede bedoelde rechtscolleges vele gevallen afhandelen, de gerechtigde automatisch recht verkrijgen op voortdurende ongeschiktheids- of invaliditeitsuitkeringen gedurende een ruime periode, zonder dat zijn toestand beantwoordt aan het bepaalde in artikel 56, § 1.

Daarentegen, indien de adviserend geneesheer gemachtigd is, naast de staat van primaire ongeschiktheid, ook deze van voortdurende ongeschiktheid en invaliditeit vast te stellen, zal, eensdeels *het begin* der werkongeschiktheid zo spoedig mogelijk vastgesteld worden en van de andere kant zullen de rechtscolleges verder de verzoekschriften afhandelen, zoals zulks nu gebeurt. d.w.z. zij zullen beslissen over de volledige periode begrepen tussen de datum der betwisting en die van hun beslissing.

Dit voorstel is niet gericht tegen een ernstige controle vanwege andere instanties dan de verzekeringsinstellingen. Het heeft uitsluitend tot doel te voorkomen dat onrechtmatige uitkeringen zouden verleend worden uit oorzake van het aantal instanties dat zekere attesten van werkstopzetting moeten doorlopen of van moeiljkheden voortspruitend uit de procedure.

Het beslissingsrecht van de geneeskundige Raad voor Invaliditeit blijft trouwens geheel; deze kan immers op elk ogenblik, na medisch onderzoek, de beslissingen van de adviserend geneesheren hervormen.

Antwoord van de Minister : Het wetsontwerp bevestigt op dat punt de thans geldende toestand. Dat de staat van voortdurende arbeidsongeschiktheid niet door de geneesheer van de verzekeringsinstelling, doch door een college van geneesheren dient te worden vastgesteld, is des te beter te verklaren, daar de last van deze uitkeringen naar rata van 50 % door de Staat gedragen wordt.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 52 :

La Commission modifie unanimement le texte comme suit sur proposition du Ministre :

« Les dispositions de l'article 47, deuxième et quatrième alinéas, sont également applicables dans les cas de reprise de l'état d'incapacité de travail visés à l'article 50, deuxième alinéa. »

Répondant à un commissaire l'interrogeant sur la portée de cet article, le Ministre répond qu'il s'agit d'un alignement de la réglementation sur la situation de fait.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 1 abstention.

SECTION 3.

De l'indemnité d'invalidité.

Article 53 :

L'amendement de M. Van Winghe est retiré.

L'article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 54 :

Un membre désirant qu'un délai soit fixé pour l'accomplissement des formalités prévues, le Ministre lui répond que l'article 42, 1°, tel qu'il a été amendé par la Commission répond à cette préoccupation.

L'article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 55 :

La Commission marque son accord unanime pour modifier le texte de cet article comme suit :

« Les dispositions de l'article 47, deuxième et quatrième alinéas, sont également applicables dans les cas de reprise de l'état d'incapacité de travail visés à l'article 50, deuxième alinéa. »

Cet article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

SECTION 4.

Dispositions communes aux indemnités.

Article 56 :

a) *Modification au texte.*

La commission marque son accord unanime :

1° Pour modifier le 5e alinéa comme suit :

« Il en est de même des travailleuses visées à l'article 21, 4°, pendant la période de six semaines avant et six semaines

Artikel 52 :

Op voorstel van de Minister wijzigt de Commissie eenparig de tekst als volgt :

« De bepalingen van artikel 47, tweede en vierde lid, zijn eveneens van toepassing in de in artikel 50, tweede lid bedoelde gevallen waarin de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt. »

Op de vraag van een lid betreffende de draagwijdte van dit artikel, antwoordt de Minister dat het gaat om een aanpassing van de reglementering aan de feitelijke toestand.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 1 onthouding.

AFDELING 3.

Invaliditeitsuitkering.

Artikel 53 :

Het amendement van de heer Van Winghe wordt ingetrokken.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 54 :

Een lid wenst dat een termijn gesteld wordt voor het vervullen van de vereiste formaliteiten. De Minister antwoordt dat artikel 42, 1°, zoals het door de Commissie werd gewijzigd, aan deze wens tegemoetkomt.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 55 :

De Commissie stemt er eenparig mee in dat de tekst van dit artikel als volgt wordt gewijzigd :

« De bepalingen van artikel 47, tweede en vierde lid, zijn eveneens van toepassing in de in artikel 50, tweede lid, bedoelde gevallen, waarin de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt ».

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 4.

Gemeenschappelijke bepalingen ter zake van de uitkeringen.

Artikel 56 :

a) *Tekstwijzigingen.*

De Commissie betuigt haar eenparige instemming met :

1° de wijziging van het 5e lid als volgt :

« Net zo is het met de in artikel 21, 4°, bedoelde werkneemsters over het tijdvak van zes weken vóór en zes weken

après leur accouchement : *lorsque la travailleuse n'a effectivement cessé son activité professionnelle que moins de 6 semaines avant son accouchement, elle est censée atteindre le degré d'incapacité de travail requis après les six semaines qui suivent son accouchement, pendant un délai qui correspond à la période pendant laquelle elle a continué à travailler à partir de la sixième semaine précédant son accouchement.* »

(Reste sans changement.)

2° pour supprimer les mots « revalidatie of » dans le texte néerlandais à la 15e ligne.

b) *Question.*

Un membre craint que la prise en considération de l'hospitalisation dans un hôpital militaire ou dans une institution de soins comme incapacité de travail ne donne lieu à des abus d'autant plus que l'on prévoit la gratuité d'hospitalisation. Le malade n'aura-t-il pas la tendance à se faire soigner en milieu hospitalier plutôt que chez lui ?

Réponse du Ministre : Les notions admises sur le plan international en matière d'incapacité de travail, tiennent compte de situations de fait; il est admis que l'assuré hospitalisé doit être considéré comme un assuré incapable de travailler. Cette disposition vise notamment l'assuré qui doit se faire hospitaliser pour une mise en observation et qui n'est cependant pas incapable de travailler au sens strict du terme.

La disposition visée à l'article 56 tend à dispenser ces assurés des formalités prévues en matière de déclaration de leur incapacité de travail; elle existe d'ailleurs dans la réglementation qui est d'application à l'heure actuelle et qui n'a pas donné lieu à difficultés ou ennuis, puisqu'il faut la rapprocher de la réglementation applicable en matière d'hospitalisation, notamment les dispositions visant l'autorisation du médecin-conseil.

Le texte amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 57 :

Par voie d'amendement, M. Glineur veut supprimer le littera *b)* du présent article car il estime qu'un travailleur tombant malade pendant son congé devrait pouvoir récupérer la partie perdue de celui-ci.

Des commissaires font valoir que le problème visé par l'auteur de l'amendement doit être résolu dans le cadre de la législation sur les vacances annuelles.

L'amendement de M. Glineur est repoussé par 16 voix et 2 abstentions.

L'article est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 58 :

Répondant à la question d'un commissaire, le Ministre donne l'assurance que les règles dont il est question à cet article seront assouplies par rapport à la réglementation actuelle.

L'article est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

na hun bevalling : *indien de werkneemster haar beroepsarbeid pas werkelijk heeft onderbroken minder dan 6 weken vóór haar bevalling, wordt aangenomen dat zij na de zes weken welke op de bevalling volgen, de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt over een tijdspanne die overeenstemt met de periode tijdens welke zij verder heeft gearbeid vanaf de zesde week vóór haar bevalling.* »

(Het overige blijft ongewijzigd.)

2° de weglating in de Nederlandse tekst, op de 15e regel, van de woorden : « revalidatie of ».

b) *Vraag.*

Een lid vreest dat het in aanmerking nemen van de opneming in een militair hospitaal of in een verzorgingsinstelling als arbeidsongeschiktheid, aanleiding zou geven tot misbruiken, te meer daar in de kosteloosheid voor de opneming in het ziekenhuis wordt voorzien. Zal de zieke niet geneigd zijn zich eerder in een verplegingsinrichting dan bij hem thuis te laten verzorgen ?

Antwoord van de Minister : De begrippen die, op internationaal vlak inzake arbeidsongeschiktheid gehuldigd worden, houden rekening met feitelijke toestanden; er wordt aangenomen dat de verzekerde, die in een ziekenhuis opgenomen wordt, beschouwd moet worden als een verzekerde die ongeschikt is tot werken. Die bepaling heeft ook betrekking op de verzekerde die in een ziekenhuis in observatie moet opgenomen worden. Deze is nochtans niet arbeidsongeschikt *stricto sensu.*

De bij artikel 56 bedoelde bepaling strekt ertoe die verzekerden vrij te stellen van de formaliteiten die voorzien zijn inzake de verklaring van hun arbeidsongeschiktheid; zij komt ten andere voor in de reglementering die op dit ogenblik van toepassing is en die geen aanleiding heeft gegeven tot moeilijkheden. Men dient ze immers te vergelijken met de reglementering die toepasselijk is inzake opnemingen in het ziekenhuis, onder meer met de bepalingen die betrekking hebben op de toelating van de adviserend geneesheer.

De geamendeerde tekst wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 57 :

Bij amendement wil de heer Glineur littera *b)* van dit artikel weglaten, want hij is de mening toegedaan dat een werknemer, die ziek wordt gedurende zijn verlof, het gedeelte daarvan, dat verloren ging, moet kunnen inwinnen.

Sommige leden voeren aan dat het door de indiener van het amendement gestelde probleem zijn oplossing dient te vinden in het raam van de wetgeving op het jaarlijks verlof.

Het amendement van de heer Glineur wordt verworpen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Het artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 58 :

Op de vraag van een lid geeft de Minister de verzekering dat de regels, waarvan sprake in dit artikel, versoepeld zullen worden t.o.v. de huidige reglementering.

Het artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 59 :

La loi du 12 avril 1960 unifiant les divers régimes de liaison à l'indice des prix de détail est notamment applicable à l'ensemble des prestations de la sécurité sociale.

Ces prestations sont liées à l'indice 110; le taux de toute augmentation ou diminution est fixé à 2,5 %.

Cette loi a été publiée au *Moniteur Belge* du 16 avril 1960.

Cet article est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 60 :

a) *Amendements.*

Un amendement de M. Glineur tendant à supprimer cet article, afin de permettre aux travailleurs malades d'opter soit pour l'indemnité de maladie, soit pour la pension, est rejeté par 16 voix et 2 abstentions.

b) *Questions.*

Divers problèmes que pose l'application de cet article sont signalés à l'attention du Ministre :

1) Le risque qu'il y a de voir des travailleurs, ayant continué à travailler après l'âge de la retraite, contraints à demander leur pension;
2) Un ouvrier mineur pensionné, qui est autorisé à continuer à travailler sous certaines conditions devient malade;

3) Les fonctionnaires, qui bénéficient d'une pension anticipée et qui, après leur mise à la retraite, travaillent en qualité d'ouvrier ou d'employés dans des entreprises privées.

Le Ministre admet le bien-fondé de cette argumentation. Ces cas peuvent toutefois être réglés en vertu de l'alinéa 1er du présent article : « Sauf exceptions prévues par le Comité de gestion... »

L'article est adopté par 14 voix et une abtsention.

SECTION 5.

De l'allocation pour frais funéraires.

Article 61

a) *Modification de texte.*

La Commission unanime marque son accord pour modifier l'article 61 comme suit :

« En cas de décès d'un titulaire visé à l'article 21, 1° à 8°, l'organisme assureur paye au bénéficiaire visé à l'article 45, § 2, une allocation dite « allocation pour frais funéraires » dont le montant est fixé par le Roi et est au moins égal à *trente* fois le maximum de l'indemnité journalière d'incapacité primaire.

Artikel 59 :

De wet van 12 april 1960 tot eenmaking van de verschillende stelsels van koppeling aan het indexcijfer der kleinhandelsprijzen is o.m. toepasselijk op alle sociale uitkeringen van de maatschappelijke zekerheid.
Deze uitkeringen worden gekoppeld aan het indexcijfer 110; het bedrag van iedere verhoging of daling wordt bepaald op 2,5 %.
Deze wet verscheen in het *Belgisch Staatsblad* van 16 april 1960.

Het artikel is aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 60 :

a) *Amendementen.*

Een amendement van de heer Glineur, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten, om aan de zieke werknemers de keuze te laten tussen hun ziekengeld en het pensioen wordt verworpen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

b) *Vragen.*

De aandacht van de heer Minister werd gevestigd op verschillende problemen, gesteld in toepassing van dit artikel :

1) Het gevaar dat arbeiders die, na het bereiken van de pensioenleeftijd, nog aan het werk blijven, en die gedwongen worden hun pensioen aan te vragen;
2) Een gepensioneerde mijnwerker aan wie het toegelaten is nog arbeidsprestaties te leveren binnen zekere voorwaarden en ziek wordt;
3) De ambtenaren met vervroegd pensioen doch die na hun oppensioenstelling arbeider of bediende worden in de private ondernemingen.

De Minister erkent de gegrondheid van deze argumentatie. Deze kwesties kunnen echter geregeld worden bij toepassing van het eerste lid van dit artikel : « Behoudens uitzonderingen waarin het beheerscomité voorziet... »

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en één onthouding.

AFDELING 5.

Uitkering voor begrafeniskosten.

Artikel 61.

a) *Tekstwijziging.*

De Commissie stemt er eenparig mee in om artikel 61 te wijzigen als volgt :

« Bij overlijden van een in artikel 21, 1° t.e.m. 8°, bedoelde gerechtigde, betaalt de verzekeringsinstelling aan de in artikel 45, § 2, bedoelde rechthebbende een zogenoemde « uitkering voor begrafeniskosten » waarvan de Koning het bedrag bepaalt dat ten minste gelijk is aan dertigmaal de maximale primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Toutefois, l'allocation ne peut être payée à une personne morale qu'à concurrence des frais de funérailles réellement exposés par elle. »
L'amendement de M. Grandjean est retiré.

b) *Questions.*

Le ministre est saisi des questions suivantes :

— Qu'entend-on par frais funéraires ?
— Le montant des frais funéraires n'est-il pas en retrait par rapport à la situation actuelle ?

Réponse du Ministre :

a) par frais funéraires, il faut entendre les frais exposés à l'occasion de l'enterrement d'un titulaire;

b) la Commission a amendé le texte du projet et a porté le montant de l'allocation pour frais funéraires à au moins 30 fois le maximum de l'indemnité journalière d'incapacité primaire.

L'article amendé est adopté par 13 voix et 1 abstention.

TITRE V.

DES CONDITIONS D'OCTROI DES PRESTATIONS.

CHAPITRE I.

Généralités.

Article 62 :

Le Ministre ayant demandé si les membres de la commission sont bien d'accord sur le rôle des organismes assureurs, un membre constate que des médecins professeurs d'université et chefs de service d'institutions hospitalières se sont ralliés à l'idée d'un Service National de Santé. Pourquoi, suggère-t-il, ne pas les rejoindre et supprimer tous les organismes assureurs autres que la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ?

Un commissaire observe que le Service National de Santé dont parlent les médecins en cause n'a rien de commun avec celui que postulent les organisations socialistes. Ce qui compte, ce n'est pas le titre de l'institution mais le travail qu'elle est en mesure de réaliser.
Un autre commissaire est d'avis que le libre-choix existe au travers de la co-existence des cinq unions nationales de mutualités. Pourquoi, dès lors, maintenir la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ? Le rôle de l'Etat n'est pas de jouer à l'organisme assureur.

Le Ministre réplique que la Caisse auxiliaire est la résultante du libre-choix et en est inséparable.
A l'attention d'un troisième commissaire le Ministre souligne que les mutations d'un organisme assureur à l'autre sont couvertes par le 3° du présent article.

L'article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

De uitkering mag aan een rechtspersoon evenwel slechts betaald worden ten belope van de door hem werkelijk gedragen begrafeniskosten. »
Het amendement van de heer Grandjean wordt ingetrokken.

b) *Vragen.*

Aan de Minister worden volgende vragen gesteld :

— Wat verstaat men onder begrafeniskosten ?
— Betekent het bedrag van de begrafeniskosten geen achteruitgang ten opzichte van de huidige toestand ?

Antwoord van de Minister :

a) onder begrafeniskosten dienen verstaan te worden de kosten die gedaan worden ter gelegenheid van de begrafenis van een gerechtigde;
b) de Commissie heeft de tekst van het ontwerp geamendeerd en het bedrag van de uitkering voor begrafeniskosten gebracht op ten minste dertigmaal de maximale primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

TITEL V.

VOORWAARDEN TOT TOEKENNING VAN DE PRESTATIES.

HOOFDSTUK I.

Algemene bepalingen.

Artikel 62 :

Nadat de Minister gevraagd heeft of de Commissieleden het eens zijn over de rol van de verzekeringsinstellingen, merkt een lid op dat de geneesheren die hoogleraars zijn en de diensthoofden van de verplegingsinrichtingen zich bij de idee van een Nationale Gezondheidsdienst hebben aangesloten. Waarom zou men hun standpunt niet bijtreden, naar hij suggereert, en alle verzekeringsinstellingen afschaffen behalve de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ?
Een Commissielid merkt op dat de Nationale Gezondheidsdienst waarover de bedoelde geneesheren het hebben, niets gemeens heeft met die welke de socialistische organisaties vooropstellen. Het voornaamste is niet de titel van de instelling maar het werk dat zij kan verrichten.
Een ander Commissielid is de mening toegedaan dat het naast elkaar bestaan van de vijf landsbonden van ziekenfondsen de vrije keuze verzekert. Waarom de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering dan ook in leven houden ? De taak van de Staat is toch niet de rol van verzekeringsinstelling te vervullen.
De Minister antwoordt dat de Hulpkas een gevolg is van de vrije keuze en hier onmisbaar is.
Voor een derde Commissielid zegt de Minister dat het overgaan van de ene verzekeringsinstelling naar de andere bij het 3° van dit artikel wordt geregeld.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Article 63 :

Cet article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Article 64 :

Cet article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 65 :

La Commission unanime modifie cet article comme suit :

« Les employeurs sont tenus de fournir aux titulaires *tout document nécessaire aux organismes d'exécution de la présente loi pour prouver leurs droits aux prestations de l'assurance.* »

Un membre se demande si cette obligation ne restera pas lettre morte; en effet l'article ne prévoit aucune sanction en cas d'inobservation. Le Ministre fait observer à ce propos que les dispositions pénales d'ordre général prévues dans le projet s'appliquent également à cet article.

Le texte amendé est adopté par 11 voix et 1 abstention.

Article 66 :

Cet article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Article 67 :

Cet article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Article 68 :

Cet article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Article 69 :

Cet article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 70 :

a) *Modification du texte.*

La Commission unanime modifie le texte de la dernière phrase du deuxième alinéa du § 2 comme suit :

« La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire *n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier* ».

L'amendement de M. Lavens ayant pour objet de ne pas accorder les prestations de l'assurance dans certains cas particuliers dont celui d'accidents dus à l'état d'ivresse de l'intéressé, est retiré par son auteur après que le Ministre eut déclaré que les prestations de l'assurance ne peuvent

Artikel 63 :

Dit artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 64 :

Dit artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 65 :

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord om dit artikel als volgt te wijzigen :

« De werkgevers *moeten* de gerechtigden *alle bescheiden welke de uitvoeringsinstellingen van deze wet behoeven, verschaffen om deze in staat te stellen van hun rechten op de prestaties van de verzekering te doen blijken.* »

Een lid vraagt zich af of de opgelegde verplichting geen vrome wens zal blijven; het artikel bepaalt immers geen sancties bij niet-naleving, waarop de Minister opmerkt dat de algemene strafbepalingen van het ontwerp ook op dit artikel van toepassing zijn.

De gewijzigde tekst wordt met 11 stemmen en 1 onthouding aangenomen.

Artikel 66 :

Dit artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 67 :

Dit artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 68 :

Dit artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 69 :

Dit artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 70 :

a) *Tekstwijziging.*

De Commissie wijzigt de tekst van de tweede volzin van het tweede lid van § 2 eenparig als volgt :

« De overeenkomst, tot stand gekomen tussen degene die schadeloosstelling verschuldigd is en de rechthebbende, *kan niet tegen de verzekeringsinstelling worden aangevoerd zonder haar instemming* ».

Het amendement van de heer Lavens, dat ertoe strekt de prestaties van de verzekering niet toe te kennen in bijzondere gevallen, bij voorbeeld bij ongevallen ten gevolge van de dronken toestand van de betrokkene, wordt door de indiener ingetrokken, nadat de Minister heeft verklaard dat

être retirées à un travailleur ayant commis une faute anodine, notamment en matière de roulage.

Le Ministre précise encore que le projet, tel qu'il est conçu, évite qu'un assuré social soit victime des contestations pouvant se produire en cas d'accident. Il appartiendra éventuellement à son organisme assureur de procéder aux recours qu'il jugerait nécessaires.

b) *Questions.*

Plusieurs commissaires l'ayant interrogé au sujet des accidents pouvant survenir à un assuré social se livrant à des activités sportives, le Ministre précise que, contrairement à la réglementation actuelle, l'assurance interviendra dans les frais médicaux occasionnés par de tels accidents pour autant que la victime soit assujettie à l'assurance « soins de santé » et qu'elle n'ait perçu aucune rémunération d'aucune sorte pour sa participation à l'activité sportive en cause.

L'attention est attirée sur l'erreur de la traduction de « faute grave » par « ernstige overtreding ». En vue d'éviter tout malentendu dans la jurisprudence, il est proposé de traduire ces termes par « zware fout ». La Commission marque son accord sur cette modification.

L'article amendé est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

CHAPITRE III.

Des dispositions particulières à l'assurance « soins de santé ».

Article 71 :

Cet article traite des prestations dues au cas où les intéressés ne remplissent pas toutes les conditions requises au moment où survient l'incapacité de travail.

Cet article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 72 :

Un commissaire s'étant inquiété de la situation des veuves d'ouvriers mineurs, le Ministre précise que le § 2 de cet article vise aussi les veuves d'ouvriers mineurs, puisque l'article 21, 9°, auquel il se réfère vise « les veuves des travailleurs visés sous l'article 21, 1° à 8°.

Il en est de même pour le § 3 de l'article 72.

Répondant à une autre question, le Ministre précise qu'une veuve qui se remarie perd automatiquement sa qualité de veuve mais, en cas de nouveau veuvage, elle a le choix du régime le plus favorable : entre celui laissé par son premier mari et celui résultant de son second mariage.

Un commissaire n'a pas ses appaisements en ce qui concerne le sort que réserve aux ouvriers mineurs la disposition figurant à l'avant-dernière et à la dernière ligne de cet article. Il se demande si ne seront pas exclus du bénéfice de ce paragraphe, les anciens ouvriers mineurs qui ne peu-

de prestaties van de verzekering niet mogen onttrokken worden aan een werknemer die, met name op het gebied van het verkeersreglement, een lichte fout heeft begaan.

De Minister voegt er nog aan dat er bij het uitwerken van het ontwerp voor gezorgd is te voorkomen dat een sociaal verzekerde het slachtoffer wordt van eventuele betwistingen bij ongevallen. In voorkomend geval zal het aan zijn verzekeringsinstelling staan de nodig geachte verhaalmiddelen aan te wenden.

b) *Vragen.*

Als antwoord op vragen van verscheidene leden in verband met de ongevallen waarvan sociaal verzekerden het slachtoffer kunnen worden bij sportbeoefening, verklaart de Minister nader dat de verzekering, in tegenstelling met de thans geldende regeling, in de dokterskosten voor dergelijke ongevallen zal bijdragen voor zover het slachtoffer aan de verzekering voor « geneeskundige verzorging » is onderworpen en generlei bezoldiging heeft ontvangen voor zijn deelneming aan de betrokken sportactiviteit.

De aandacht wordt gevestigd op de verkeerde vertaling van « faute grave » in « ernstige overtreding ». Om alle misverstand in de jurisprudentie te voorkomen wordt voorgesteld te vertalen als volgt : « zware fout ». De Commissie is het hiermede eens.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK III.

Bijzondere bepalingen ter zake van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Artikel 71 :

Dit artikel handelt over de verstrekkingen welke aan de betrokkenen verschuldigd zijn ingeval zij bij het optreden van de arbeidsongeschiktheid niet aan al de gestelde voorwaarden voldoen.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 72 :

In verband met de ongerustheid van een lid over het lot der weduwen van mijnwerkers verklaart de Minister nader dat in § 2 van dit artikel ook de weduwen van mijnwerkers zijn bedoeld, daar artikel 21, 9°, waar § 2 naar verwijst, betrekking heeft op « de weduwen van de vorengenoemde werknemers », dit zijn de weduwen van de werknemers als bedoeld onder artikel 21, 1° tot 8°.

Hetzelfde geldt voor § 3 van artikel 72.

Als antwoord op een andere vraag verklaart de Minister dat een weduwe die hertrouwt, automatisch haar hoedanigheid van weduwe verliest; maar als zij opnieuw weduwe wordt, kan zij de gunstigste regeling kiezen : die welke haar eerste man had nagelaten of die welke uit haar tweede huwelijk volgt.

Een lid is niet gerustgesteld over het lot dat de mijnwerkers te wachten staat volgens het bepaalde in de voorlaatste en de laatste regel van dit artikel. Hij vraagt zich af of het bij deze paragraaf verleende voordeel niet zal worden ontzegd aan gewezen mijnwerkers die maar een

vent faire valoir qu'un tiers seulement de la carrière complète d'ouvrier mineur.

Le Ministre répond que dans cette hypothèse, les intéressés satisfont déjà aux conditions requises et qu'en outre ils peuvent porter en compte également chaque année passée dans un autre régime en quel cas ils passent dans l'autre catégorie de bénéficiaires prévue à cet article.

M. Castel propose de modifier comme suit le § 2 :

« § 2. — Les titulaires visées à l'article 21, 9°, ont droit aux prestations de santé sans payer de cotisation, à la condition qu'elles bénéficient d'une pension de survie correspondant à une carrière professionnelle égale ou supérieure au tiers d'une carrière professionnelle complète ou considérée comme telle. »

La Commission marque son accord.

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 73 :

Cet article traite des conditions à remplir par les personnes à charge et prévoit une cotisation à charge des ascendants.

Le Ministre précise qu'on envisage d'exiger une cotisation de certains ascendants qui disposent de revenus suffisants, en vue d'éviter tout abus.

Suite aux observations formulées par plusieurs de ses membres, la Commission unanime modifie le libellé de l'article 73 comme suit :

« Le Comité de gestion du Service des soins de santé détermine les conditions que doivent remplir les personnes à charge pour bénéficier des prestations de santé et *fixe le montant des cotisations personnelles qui peuvent être réclamées pour les ascendants à charge.* »

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 74 :

Cet article précise que les prestations médicales ne peuvent être fournies que par les personnes qui y sont habilitées et que les soins ne peuvent être dispensés que dans les établissements hospitaliers agréés par le Ministre de la Santé publique et de la Famille.

Les articles initiaux relatifs aux conventions se référaient à la loi du 14 février 1961 (loi unique), et la possibilité était maintenue d'interdire le remboursement aux malades qui recourent aux soins d'un médecin qui n'a pas adhéré à la convention.

A la suite des modifications apportées à l'article 151 et en vertu desquelles l'interdiction de remboursement a été levée, il convient de supprimer les termes suivants à l'article 74 : « sans préjudice des dispositions de l'article 26 ».

La présente modification a été adoptée à l'unanimité.

Amendement de M. D'haeseleer (Doc. n° 527/10).

Cet amendement devient sans objet en raison des modifications intervenues et est retiré.

L'article est adopté par 12 voix et une abstention.

derde van de volledige loopbaan als mijnwerker kunnen doen gelden.

De Minister antwoordt dat de betrokkenen in die onderstelling reeds voldoen aan de gestelde eisen en bovendien elk onder een andere regeling vallend jaar kunnen aanrekenen, in welk geval zij overgaan naar de andere in dit artikel bedoelde categorie van gerechtigden.

De heer Castel stelt voor, § 2 te wijzigen als volgt :

« § 2. — De in artikel 21, 9°, bedoelde gerechtigden hebben zonder bijdragebetaling recht op geneeskundige verstrekkingen, op voorwaarde dat zij een overlevingspensioen genieten dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die gelijk is aan of langer dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde beroepsloopbaan. »

De Commissie stemt hiermede in.

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 73 :

Dit artikel handelt over de voorwaarden waaraan de personen ten laste moeten voldoen en voorziet een bijdrage ten laste van bepaalde ascendenten.

De Minister verklaart dat het in de bedoeling ligt een bijdrage te vorderen van bepaalde ascendenten, die over voldoende inkomsten beschikken; dit om alle misbruiken te vermijden.

Ingevolge de opmerkingen van verscheidene leden beslist de Commissie eenparig de tekst van artikel 73 te wijzigen als volgt :

« Het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging stelt vast aan welke vereisten de personen ten laste moeten voldoen om geneeskundige verstrekkingen te genieten en *bepaalt het bedrag van de persoonlijke bijdragen die voor de ascendenten ten laste gevorderd kunnen worden.* »

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 74 :

Dit artikel bepaalt dat de geneeskundige verstrekkingen slechts mogen verleend worden door de personen die hiertoe gemachtigd zijn, en de verzorging slechts mag geschieden door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin erkende verplegingsinrichtingen.

In de oorspronkelijke artikelen die handelen over de overeenkomsten werd echter verwezen maar de wet van 14 februari 1961 (eenheidswet) en werd de mogelijkheid behouden, de terugbetaling te verbieden aan zieken, die een beroep doen op een geneesheer die niet tot de overeenkomst is toegetreden.

Wegens wijzigingen gebracht aan artikel 151 waardoor het verbod tot terugbetaling werd opgeheven, moeten in artikel 74 de volgende woorden geschrapt worden : « onverminderd het bepaalde in artikel 26 ».

Deze wijziging werd eenparig goedgekeurd.

Amendement van de heer D'haeseleer (Stuk nr 527/10).

Dit amendement verliest zijn betekenis wegens bovenvermeld wijziging en wordt ingetrokken.

Het artikel wordt goedgekeurd met 12 stemmen en een onthouding.

CHAPITRE IV.

Des dispositions particulières à l'assurance-indemnités.

Article 75 :

Cet article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 76 :

Cet article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

TITRE IV.

DU CONTROLE ET DU CONTENTIEUX.

CHAPITRE I.

Du contrôle médical.

SECTION 1.

Du Service de contrôle médical.

Arcitle 77 :

Le gouvernement — déclare le Ministre — n'a pas eu l'intention de mettre en cause l'indépendance de l'Institut de contrôle médical.

C'est pourquoi le projet en discussion reprend dans une large mesure les dispositions de la loi du 14 février 1961.

Afin d'assurer une meilleure coordination administrative, la mission du contrôle médical a été confiée à un seul organisme.

L'article est adopté par 12 oui et 2 abstentions.

Article 78 :

a) *Modifications au texte.*

La Commission unanime décide de modifier le texte de cet article comme suit :

« 6° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives du Corps pharmaceutique en nombre double de celui des mandats à attribuer;

« 7° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les Associations représentatives des établissements hospitaliers en nombre double de celui des mandats à conférer. »

Le Roi nomme le président, les vice-présidents et les membres. Il fixe les règles de fonctionnement du Comité.

HOOFDSTUK IV.

Bijzondere bepalingen ter zake van de uitkeringsverzekering.

Artikel 75 :

Dit artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 76 :

Dit artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

TITEL IV.

CONTROLE EN GESCHILLEN.

HOOFDSTUK I.

Geneeskundige controle.

AFDELING 1.

Dienst voor geneeskundige controle.

Artikel 77 :

De Regering, aldus de Minister, heeft er nooit aan gedacht de zelfstandigheid van het Instituut voor geneeskundige controle in het gedrang te brengen.

Het hier besproken ontwerp neemt dan ook in grote mate de bepalingen over van de wet van 14 februari 1961.

Ten einde een betere administratieve coördinatie mogelijk te maken, heeft men de taak van de geneeskundige controle aan een enkel lichaam toevertrouwd.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 78 :

a) *Tekstwijzigingen.*

De Commissie heeft eenparig besloten de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen :

« 6° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, apothekers, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van het apothekerskorps;

« 7° twee werkende en twee platsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verplegingsinrichtingen. »

De Koning benoemt de voorzitter, de ondervoorzitters en de leden. Hij stelt de werkingsregelen van het comité vast.

Les membres visés sous 6° et 7° ne siègent que lorsque le Comité examine des questions relatives à l'application de l'article 90, concernant respectivement les pharmaciens et les établissements hospitaliers.

Deux commissaires du Gouvernement...

(Reste sans changement.)

M. Lavens défend un amendement tendant à donner aux organisations représentatives des employeurs et des travailleurs le droit de présenter des candidats médecins au comité du service de contrôle médical.

Cet amendement est retiré par son auteur après que le Ministre eut insisté pour ne pas multiplier les représentations au sein des comités.

b) *Questions.*

Quelles sont, demande un commissaire, les organisations les plus représentatives dont il est question à cet article.

Réponse du Ministre : Cette notion est pragmatique. Personne ne pourrait dire quelle est l'organisation la plus représentative du corps médical.

L'article amendé est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Article 79 :

a) *Modifications au texte.*

La Commission unanime décide d'apporter au texte de cet article les modifications suivantes :

.....

14° de transmettre les rapports visés au 13°, accompagnés des suggestions que ces constatations lui ont inspirées, le premier, au Ministre de la Prévoyance sociale, *au Conseil général* et au Comité de gestion du Service des indemnités, le second, au Ministre de la Prévoyance sociale, *au Conseil général* et au Comité de gestion du Service des soins de santé;

15° .....

16° de proposer, au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, dans les cas où ce Conseil est compétent en ces matières, le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service du contrôle médical, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger;

17° *de transmettre au Conseil général les dossiers pour lesquels il décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;*

18° d'établir son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi, *après avis du Conseil général.*

(Reste sans changement.)

L'amendement de M. De Paepe étant couvert par ces modifications de texte, est retiré par son auteur.

b) *Questions :*

Un commissaire ayant demandé des précisions sur la procédure suivie en cas de conflit, le Ministre répond ce qui suit :

De sub 6° en 7° bedoelde leden hebben enkel zitting indien het Comité kwesties onderzoekt in verband met de toepassing van artikel 90, met betrekking tot de apothekers, respectief de verplegingsinrichtingen.

Twee Regeringscommissarissen...

(Het overige blijft ongewijzigd.)

De heer Lavens verdedigt een amendement dat ertoe strekt aan de representatieve werknemers- en werkgeversorganisaties het recht toe te kennen om kandidaat-geneesheren voor te dragen aan het comité van de dienst voor geneeskundige controle.

Dit amendement wordt door de indiener ervan ingetrokken nadat de Minister met aandrang had gevraagd dat men het aantal vertegenwoordigers in de comités niet zou verhogen.

b) *Vragen.*

Een lid van de Commissie vraagt welke de meest representatieve organisaties zijn die in dit artikel worden bedoeld.

Antwoord van de Minister : Het betreft een pragmatisch begrip. Niemand zou kunnen zeggen welke de meest representatieve organisatie is van het geneesherenkorps.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 79 :

a) *Tekstwijzigingen.*

De Commissie beslist eenparig de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen :

14° de in 13° bedoelde verslagen, samen met de aanbevelingen ingegeven door zijn bevindingen te bezorgen, het eerste aan de Minister van Sociale Voorzorg, *aan de Algemene raad* en aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, het tweede aan de Minister van sociale voorzorg, *aan de Algemene raad* en aan het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging;

15° .....

16° de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in de gevallen waarin die Raad ter zake bevoegd is, aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting van het personeel van de Dienst voor geneeskundige controle voor te stellen alsmede de dat personeel op te leggen tuchtstraffen;

17° *de Algemene raad de dossiers te bezorgen waarover het beslist heeft vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;*

18° zijn huishoudelijk reglement op te stellen dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd *na advies van de Algemene raad.*

(De rest blijft ongewijzigd.)

Daar het amendement van de heer De Paepe door deze tekstwijzigingen wordt gedekt, trekt de indiener zijn amendement in.

b) *Vragen :*

In antwoord op de vraag van een commissielid over de procedure die in geval van geschil zal worden gevolgd, verklaart de Minister het volgende :

Les conflits entre médecins traitants et médecins-conseil, qui mettent en cause les droits du titulaire, sont en réalité des conflits entre le titulaire et le médecin-conseil.

La solution de ces litiges est de la compétence des juridictions contentieuses visées à l'article 100.

Les conflits entre le médecin-traitant et le médecin-conseil, qui ne mettent pas en cause les droits des bénéficiaires et qui sont des contestations d'ordre purement médical, sont de la compétence de l'Ordre des médecins.

Les conflits entre les médecins-conseil et les médecins-inspecteurs, sont visés à l'article 86. Ils sont soumis à la décision du médecin-inspecteur principal; possibilité d'appel devant le Comité du service du contrôle médical est prévue.

Un membre prie le Ministre de bien vouloir indiquer de manière très précise quelles sont les compétences du Roi, du Ministre et du Comité, par rapport au contrôle médical.

Réponse :

Intervention du Roi.

5° (le Comité) propose au Roi, le statut et la rémunération des médecins-conseil;
12° (le Comité) propose les modalités de remboursement des frais que le Service a exposés pour l'exécution d'autres missions qui lui sont confiées par le Roi;

13° (le Comité) établit, dans les délais fixés par le Roi, des rapports portant notamment sur :

a) la fréquence de l'incapacité de travail;
b) les constatations qu'il a faites en matière d'application des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance-soins de santé;

17° (le Comité) établit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi.

Intervention du Ministre la Prévoyance sociale.

8° (le Comité) fait au Ministre de la Prévoyance sociale des propositions relatives aux règles de fonctionnement du Service du contrôle médical.

Intervention du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

16° (le Comité) propose au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, dans les cas où ce Conseil est compétent en ces matières, le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service du contrôle médical, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger.

Autorité propre du Comité.

1° assurer, avec le concours du personnel du Service du contrôle médical, le contrôle médical des prestations de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnités;

2° arrêter les normes et directives générales en vue de l'organisation du contrôle médical;

Geschillen tussen de behandelende geneesheren en de adviserend geneesheren, waarbij de rechten van de gerechtigde in het gedrang worden gebracht, kunnen in feite worden beschouwd als geschillen tussen de betrokkene en de adviserend geneesheer.
De beslechting van deze geschillen valt onder de bevoegdheid van de in artikel 100 bedoelde rechtscolleges voor geschillen.
De geschillen tussen de behandelende geneesheer en de adviserend geneesheer, waarbij de rechten van de begunstigden niet in het gedrang worden gebracht en die louter van geneeskundige aard zijn, vallen onder de bevoegdheid van de Orde der geneesheren.
De geschillen tussen de adviserend geneesheren en de geneesheren-inspecteurs worden onder artikel 86 behandeld. Zij worden ter beslissing voorgelegd aan de eerstaanwezende geneesheer-inspecteur; er bestaat een mogelijkheid tot beroep vóór het Comité van de dienst voor geneeskundige controle.
Een lid verzoekt de Minister een zeer duidelijke omschrijving te geven van de bevoegdheden van de Koning, de Minister en het Comité, met betrekking tot de geneeskundige controle.

Antwoord :

Tussenkomst van de Koning.

5° (het Comité) stelt de Koning het statuut en de bezoldiging van de adviserend geneesheren voor;
12° (het Comité) stelt de regelen voor tot het vergoeden van de kosten welke de Dienst heeft gedragen voor het uitvoeren van andere taken welke hem door de Koning worden opgedragen;
13° (het Comité) maakt, binnen de door de Koning te bepalen termijnen verslagen op in het bijzonder met betrekking tot :

a) de frequentie van de arbeidsongeschiktheid;
b) zijn bevindingen inzake de toepassing van de wets- en verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging;

17° (het Comité) stelt zijn huishoudelijk reglement op dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd.

Tussenkomst van de Minister van Sociale Voorzorg.

8° (het Comité) doet voorstellen aan de Minister van Sociale Voorzorg met betrekking tot de werkingsregelen van de Dienst voor geneeskundige controle.

Tussenkomst van de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

16° (het Comité) doet aan de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering in de gevallen waarin die Raad ter zake bevoegd is, voorstellen betreffende aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting van het personeel van de Dienst voor geneeskundige controle alsmede betreffende de dat personeel op te leggen tuchtstraffen.

Eigen autoriteit van het Comité.

1° met de medewerking van het personeel van de Dienst voor geneeskundige controle instaan voor de geneeskundige controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkeringsverzekering;
2° de normen en algemene richtlijnen vaststellen met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle;

3° émettre des avis et des propositions sur la réglementation afférente au contrôle médical;

4° établir le règlement d'agréation des médecins-conseil;

6° fixer le nombre de bénéficiaires pour lesquels les organismes assureurs sont tenus d'engager un médecin-conseil;

7° prendre toute mesure propre à assurer le contrôle médical au cas où les organismes assureurs n'engagent pas le nombre de médecins-conseil requis dans les délais visés à l'article 88;

9° prononcer l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé, prévue par l'article 90 ;

10° trancher au degré d'appel les contestations d'ordre médical qui surgissent entre les médecins-conseil et les médecins-inspecteurs, à l'exception de celles qui mettent en cause les droits des bénéficiaires;

11° exercer le pouvoir disciplinaire à l'égard des médecins-inspecteurs principaux, des médecins-inspecteurs ainsi que des médecins-conseil;

14° transmettre les rapports visés au 13°, accompagnés des suggestions que ses constatations lui ont inspirées, le premier, au Ministre de la Prévoyance sociale et au Comité de gestion du Service des indemnités, le second, au Ministre de la Prévoyance sociale et au Comité de gestion du Service des soins de santé;

15° établir et transmettre au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le budget et les comptes de frais d'administration du Service du contrôle médical.

L'article amendé est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Article 80 :

Le Ministre précise à propos de cet article que le nombre de médecins-inspecteurs ne sera pas augmenté. La réforme de l'assurance maladie-invalidité n'entraînera aucune inflation administrative.

L'article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

SECTION 2.

Des médecins-inspecteurs.

Article 81 :

Modification au texte néerlandais.

Le mot «lijfonderzoek» est remplacé par le mot « lichamelijk onderzoek ».

L'article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Article 82 :

Répondant aux préoccupations de commissaires s'inquiétant de savoir comment les enquêtes prévues à cet article seront menées dans les entreprises, le Ministre souligne que

3° van advies dienen en voorstellen doen in verband met de reglementering betreffende de geneeskundige controle;

4° het reglement voor de erkenning van de adviserend geneesheren opmaken;

6° vaststellen voor welk aantal rechthebbenden de verzekeringsinstellingen verplicht zijn een adviserend geneesheer in dienst te nemen;

7° alle passende maatregelen treffen ter uitoefening van de geneeskundige controle ingeval de verzekeringsinstellingen niet het vereiste aantal adviserend geneesheren in dienst nemen binnen de in artikel 88 bedoelde termijnen;

9° het in artikel 90 bedoelde verbod uitspreken om tegemoet te komen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen;

10° in hoger beroep de geschillen van geneeskundige aard tussen adviserend geneesheren en geneesheren-inspecteurs beslechten, behoudens die waarbij de rechten van de rechthebbenden in het geding komen;

11° de tuchtmacht uitoefenen ten aanzien van de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, de geneesheren-inspecteurs, alsmede van de adviserend geneesheren;

14° de in 13° bedoelde verslagen, samen met de aanbevelingen ingegeven door zijn bevindingen bezorgen, het eerste aan de Minister van Sociale Voorzorg en aan het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, het tweede aan de Minister van Sociale Voorzorg en aan het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging;

15° de begroting en de rekeningen van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige controle opmaken en overleggen aan de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 80 :

In verband met dit artikel verklaart de Minister dat het aantal geneesheren-inspecteurs niet zal worden verhoogd. De hervorming van de ziekte-invaliditeitsverzekering zal geen administratieve inflatie teweegbrengen.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 2.

De geneesheren-inspecteurs.

Artikel 81 :

Wijziging in de Nederlandse tekst.

Het woord « lijfonderzoek » wordt vervangen door het woord « lichamelijk onderzoek ».

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 82 :

Ingaande op de vragen die hem worden gesteld door de commissieleden die bijzonder belang stelden in de wijze waarop de onderzoekingen, die in dit artikel worden

les dispositions de l'article 82 sont reprises de la loi unique, lesquelles dispositions s'inspiraient elles-mêmes d'une réglementation en vigueur dans le secteur minier.

A la question de savoir si les médecins-inspecteurs prendront note personnellement des noms des travailleurs absents ou s'ils en demanderont la liste à l'employeur, le Ministre répond que la seule obligation de l'employeur est de tenir ses livres ouverts à la disposition du médecin-inspecteur. Toutefois, rien ne l'empêche, dans le cadre de bonnes relations, de donner la liste des travailleurs absents et de la communiquer au médecin inspecteur.

L'article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Article 83 :

A la demande d'un commissaire, le Ministre précise que la procédure d'appel prévue à l'article 100 couvre les appels éventuels contre les décisions des médecins-inspecteurs.

L'article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Article 84 :

M. Drèze propose de supprimer la fin de cet article, à partir des mots « et de communiquer, sans déplacement de pièces... ».

Il estime que les autres dispositions de cet article sont suffisantes pour permettre aux médecins-inspecteurs d'accomplir leur office.

Au cours de la discussion de cette proposition, plusieurs commissaires insistent pour qu'aucun renseignement d'ordre médical ne puissé être fourni par un préposé d'un médecin traitant sans l'accord de celui-ci ni, d'autre part, sans l'accord du malade même.

Le Ministre répond à ces observations :

— que le préposé d'un médecin traitant ne peut délivrer aucune document ni donner aucun rennseignement sans l'accord dudit médecin;

— que, par contre, l'accord préalable du malade ne peut être exigé car l'assuré social peut ignorer l'affection dont il souffre et que le médecin-traitant juge utile de lui taire (exemple : les affections cancéreuses).

Toute modification au texte, déclare encore le Ministre, apparaîtrait comme restrictive par rapport à la procédure actuelle qui n'a donné lieu à aucune contestation.

M. Drèze ne maintient pas sa proposition.

Un membre fait observer que cette disposition a été reprise intégralement de la loi unique, qu'elle a fait l'objet de longues discussions à l'époque et il s'enquiert de l'interprétation que le législateur a donnée à cette disposition.

bedoeld, in de ondernemingen zullen worden uitgevoerd, verklaart de Minister dat de bepalingen van artikel 82 zijn overgenomen uit de eenheidswet en dat zij aanleunen bij een regeling die reeds van kracht was in de mijnbouwsector.

Op de vraag of de geneesheren-inspecteurs persoonlijk de namen van de afwezige arbeiders zullen optekenen dan wel of zij zich de lijst van deze arbeiders door de werkgever zullen kunnen laten voorleggen, antwoordt de Minister dat de enige verplichting die terzake op de werkgever rust, erin bestaat dat hij zijn boeken ter beschikking moet houden van de geneesheer-inspecteur. In het kader van de goede onderlinge betrekkingen kan de werkgever steeds de lijst opmaken van de afwezige arbeiders en deze aan de geneesheer-inspecteur voorleggen.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 83 :

Op een desbetreffende vraag van een commissielid verklaart de Minister dat de procedure voor het instellen van beroep, waarin bij artikel 100 is voorzien, tevens het beroep dekt dat ingesteld wordt tegen de beslissingen van de geneesheren-inspecteurs.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 84 :

De heer Drèze stelt voor het einde van dit artikel vanaf de woorden « en hun, ter plaatse, de registers, ... over te leggen » te schrappen.

Hij is van mening dat de andere bepalingen van dit artikel volstaan om het de geneesheren-inspecteurs mogelijk te maken hun taak te vervullen.

Tijdens de discussie van dit voorstel wordt er door verscheidene commissieleden op aangedrongen dat geen inlichtingen van geneeskundige aard door een bediende van de behandelende geneesheer zouden worden verstrekt zonder zijn toestemming en daarenboven zonder de toestemming van de zieke zelf.

De Minister antwoordt als volgt op deze vragen :

— dat de bediende van de behandelende geneesheer zonder toestemming van de geneesheer geen enkel document mag overhandigen en geen enkele inlichting mag verstrekken;

— dat de voorafgaande toestemming van de zieke daarentegen niet kan worden geëist, omdat de sociale verzekerde onwetend kan zijn van de aandoening waaraan hij lijdt en de behandelende geneesheer van mening kan zijn dat het gewenst is dit feit voor de betrokkene te verzwijgen (bij voorbeeld : kankeraandoeningen).

Elke wijziging in de tekst, adus de Minister, zou eigenlijk als een beperkende omstandigheid moeten worden beschouwd ten aanzien van de huidige procedure, die toch nooit tot betwistingen aanleiding heeft gegeven.

De heer Drèze handhaaft zijn voorstel niet.

Een lid wijst erop dat deze bepaling, die integraal overgenomen werd uit de eenheidswet, destijds uitvoerig besproken werd, en hij vraagt welke interpretatie de wetgever hieraan heeft gegeven.

Réponse : Sans porter atteinte à l'efficacité de l'intervention des médecins-inspecteurs, cet article tend à éliminer certains inconvénients, comme la prétendue violation du domicile.

Si cet article n'autorise pas expressément le libre accès des cabinets de consultation et des entreprises, il faut cependant souligner que les sanctions pénales prévues aux articles 104 et 105 visent les cas de refus de fournir tous renseignements indispensables à l'accomplissement de la mission des médecins-inspecteurs.

L'article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Article 85 :

Adopté par 11 voix et 1 abstention.

Article 86 :

Un membre ayant évoqué le problème de l'arbitrage des conflits survenant entre les médecins-inspecteurs et les médecins-conseil, le Ministre précise que les différends dont il est fait état au présent article sont ceux se limitant à des divergences de vues entre les médecins intéressés, divergences ne mettant pas en cause les droits de l'assuré (ce qui entraînerait le recours à la Commission de Réclamation) : ces divergences sont de la compétence du Service du contrôle médical.

Pour de plus amples commentaires au sujet des contestations, nous renvoyons à la discussion de l'article 79.

L'article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

SECTION 3.

Des médecins-conseil.

Article 87 :

Modification au texte.

La Commission marque un accord unanime pour modifier comme suit le texte du premier alinéa de cet article.

« Les médecins-conseil ont pour mission d'assurer, conformément aux dispositions de la présente loi, le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé. Ils adressent, *dans les conditions et délais fixés par le Roi,* au Conseil médical de l'invalidité les rapports visés à l'article 51.

(Reste sans changement).

L'article amendé est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Article 88 :

Cet article a fait naître chez certains quelque doute au sujet de l'objectivité du contrôle, attendu que les médecins-conseils sont engagés et appointés par les organismes assureurs.

Antwoord : Zonder afbreuk te doen aan de doelmatigheid van de taak van de geneesheer-inspecteur, strekt dit amendement tot het uitschakelen van sommige bezwaren zoals de zogenaamde schending van de woonplaats.

Al verleent dit artikel niet uitdrukkelijk de vrije toegang tot de spreekkamer en de ondernemingen, toch moet onderstreept worden dat de in artikelen 104 en 105 bepaalde strafsancties, de gevallen beogen waarin wordt geweigerd alle tot het vervullen van de taak van de geneesheer-inspecteur noodzakelijke inlichtingen te verstrekken.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 85 :

Dit artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 86 :

Nadat door een lid het vraagstuk van de scheidrechterlijke procedure in de geschillen tussen de geneesheren-inspecteurs en de adviserend geneesheren ter sprake werd gebracht, stipt de Minister aan dat de geschillen waarvan hier gewag wordt gemaakt uitsluitend betrekking hebben op meningsverschillen tussen de betrokken geneesheren, waarbij de rechten van de verzekerde niet in het gedrang komen (in welk geval een beroep zou kunnen worden gedaan op de klachtencommissie) : dergelijke geschillen vallen onder de bevoegdheid van de Dienst voor geneeskundige controle.

Voor verder commentaar inzake geschillen verwijzen wij naar de bespreking van artikel 79.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 3.

De adviserend geneesheren.

Artikel 87 :

Tekstwijziging.

De Commissie betuigt eenparig haar instemming met de volgende wijziging in het eerste lid van dit artikel :

« De adviserend geneesheren hebben tot taak in te staan, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, voor de geneeskundige controle op de primaire ongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekkingen. *Onder de voorwaarden en binnen de termijnen welke de Koning bepaalt,* zenden zij de Geneeskundige raad voor invaliditeit de in artikel 51 bedoelde verslagen.

(De rest blijft ongewijzigd).

Het geamendeerd artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 88 :

Dit artikel heeft bij sommigen twijfel doen ontstaan omtrent de objectiviteit van de controle, wegens het feit dat de geneesheren-adviseurs door de verzekeringsinstellingen in dienst worden genomen en bezoldigd.

Cette disposition a été reprise du 5e alinéa de l'article 40 de la loi du 14 février 1961 et a fait l'objet de larges commentaires dans le chapitre de ce rapport relatif aux opérations de contrôle.

a) *Modification au texte.*

La Commission marque son accord unanime pour modifier comme suit la première partie de cet article.

Les organismes assureurs engagent et appointent les médecins-conseil.

Toutefois, les fonctions de médecin-conseil ne peuvent être confiées qu'aux docteurs en médecine assermentés par le Service du contrôle médical. Les médecins-conseil prêtent serment entre les mains du président du Comité de ce Service. Pour pouvoir être admis au serment de médecin-conseil, il faut être préalablement proposé par un organisme assureur et agréé par le Comité du Service du contrôle médical.

Avant d'agréer un médecin-conseil, le Comité sollicite l'avis du Conseil provincial compétent de l'Ordre des Médecins; si le Conseil provincial de l'Ordre des Médecins ne donne pas son avis dans le délai fixé par le Comité du Service du contrôle médical, la formalité est censée accomplie.

Les médecins-conseil ne peuvent être révoqués ou licenciés par les organismes assureurs que lorsque le Comité du Service du contrôle médical a prononcé le retrait de leur agréation ou, en cas de suppression d'emploi, avec l'accord de ce dernier et dans les conditions prévues par le statut des médecins-conseil.

Le statut et la rémunération...
(Reste sans changement.)

Le Ministre justifie cette modification au texte original de l'article 88 par la nécessité d'assurer l'indépendance du médecin-conseil.

b) *Questions.*

Plusieurs membres se demandent si les dispositions du présent article ne vont pas à l'encontre de la loi sur le contrat d'emploi : en fait l'organisme assureur qui engage et appointe ses médecins-conseil n'a plus aucune autorité sur eux par après.

Réponse du Ministre : Il est naturel que les organismes assureurs engagent leurs médecins-conseil afin que ceux-ci aient leur confiance totale. C'est indispensable dans le cadre du régime pluraliste. Toutefois, une fois engagé, le médecin conseil doit jouir de l'indépendance indispensable à l'accomplissement de sa mission. S'il ne remplit plus les conditions d'agréation, l'organisme assureur dont il dépend en est avisé et prend à son égard toutes mesures qu'il juge utiles dans le cadre de la loi sur le contrat d'emploi.

A une question relative à l'interdiction faite aux médecins-conseil d'exercer une autre activité médicale, ce qui exclut pratiquement les prestations en « part-time », le Ministre répond qu'il y a incompatibilité entre le fait, pour un médecin, d'exercer des fonctions de médecin-conseil tout en ayant une clientèle privée. Dans ce cas, le médecin serait à la fois juge et partie pour les cas relatifs à ses clients. Cependant un médecin-conseil peut travailler part-time pour le compte de plusieurs organismes assu-

Deze bepaling werd overgenomen uit het 5e lid van artikel 40 van de wet van 14 februari 1961 en werd voldoende toegelicht in het hoofstuk uit dit verslag, dat handelt over de controle.

a) *Tekstwijziging.*

De Commissie betuigt eenparig haar instemming met de volgende wijziging in het eerste gedeelte van dit artikel.

De adviserend geneesheren worden door de verzekeringsinstellingen in dienst genomen en bezoldigd.

Het ambt van adviserend geneesheer mag evenwel slechts aan door de Dienst voor geneeskundige controle beëdigde doctors in de geneeskunde opgedragen worden. De adviserend geneesheren leggen de eed af ten overstaan van de voorzitter van het comité van die Dienst. Om tot de eedaflegging als adviserend geneesheer toegelaten te worden, dient hij vooraf door een verzekeringsinstelling voorgedragen en door het comité van de Dienst voor geneeskundige controle erkend te zijn.

Vooraleer een adviserend geneesheer te erkennen, verzoekt het comité de bevoegde Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren om advies; verstrekt de Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren het advies niet binnen de door het comité van de Dienst voor geneeskundige controle bepaalde termijn, dan wordt deze formaliteit geacht te zijn vervuld.

De adviserend geneesheren mogen door de verzekeringsinstellingen slechts worden afgezet of ontslagen als het comité van de Dienst voor geneeskundige controle de intrekking van hun erkenning heeft uitgesproken of, in geval van ambtsopheffing, met de instemming van dat comité en onder de in het statuut van de adviserend geneesheren bepaalde voorwaarden.

Statuut en bezoldiging...
(Het overige blijft ongewijzigd.)

De Minister verantwoordt deze wijziging in de oorsponkelijke tekst van artikel 88 door de noodzaak, de zelfstandigheid van de adviserend geneesheer te verzekeren.

b) *Vragen.*

Verscheidene leden vragen of de bepalingen van dit artikel geen afbreuk doen aan de wet betreffende de bediendenovereenkomst : in feit heeft de verzekeringsinstelling die de adviserend geneesheren in dienst neemt en bezoldigt nadien geen enkel gezag meer over hen.

Antwoord van de Minister : Het spreekt vanzelf dat de verzekeringsinstellingen hun adviserend geneesheren in dienst nemen omdat zij volledig vertrouwen in hen kunnen stellen. Dit is een noodzakelijke voorwaarde in het pluralistisch stelsel. Nadat hij in dienst is genomen, moet de adviserend geneesheer over de nodige zelfstandigheid kunnen beschikken voor de vervulling van zijn taak. Indien hij aan de toelatingseisen niet meer voldoen, dan wordt de verzekeringsinstelling waarvan hij afhangt hiervan op de hoogte gesteld en neemt deze instelling, te zijnen opzichte, alle maatregelen die zij nuttig acht in het kader van de bediendenovereenkomst.

Op een vraag die betrekking heeft op het verbod dat aan de adviserend geneesheren wordt opgelegd, enige andere geneeskundige bedrijvigheid uit te oefenen, hetgeen in feite elke « part-time » bedrijvigheid uitsluit, antwoordt de Minister dat het bedienen van een particuliere cliënteel door een geneesheer die de functie bekleedt van adviserend geneesheer met deze functie niet verenigbaar is. In dit geval zou de geneesheer tevens rechter en partij zijn bij de behandeling van de gevallen die betrekking zouden

reurs. Le Comité du Service de Contrôle médical est habilité à accorder des dérogations (toujours révocables) à cette règle mais dans des cas exceptionnels.

A une autre question, le Ministre répond que le Service de Contrôle Médical ne peut agréer que les médecins qui lui sont présentés par chacun des organismes assureurs, ceci pour chacun d'eux en particulier.

Le quatrième alinéa de l'article 88 stipule qu'en dehors de la rétribution normale les médecins-conseils ne peuvent recevoir aucun avantage.

Un membre se demande dès lors si les organismes assureurs n'ont pas le droit de rembourser à leurs médecins-conseils les frais de déplacement exposés par ceux-ci. La même question se pose en ce qui concerne l'octroi aux médecins-conseils d'avantages sociaux extra-légaux.

Le Ministre répond que les frais de déplacement sont une partie de la rétribution normale. Par contre, l'octroi d'avantages extra-légaux ne sera plus toléré. Un membre fait observer qu'une pareille décision peut provoquer des discriminations. Il peut en effet se produire qu'un organisme assureur accorde un double pécule de vacances à son personnel chargé de la dispensation de soins médicaux. D'après la réponse du Ministre, les médecins-conseils seraient donc exclus du bénéfice de cet avantage.

L'article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

SECTION 4.

Des mesures disciplinaires.

Article 89 :

a) *Modification au texte néerlandais.*

Au 3e alinéa du texte néerlandais : changer l'expression « in hoger beroep gekomen worden » par « *beroep aangetekend worden* ».

b) *Questions :*

Cet article prévoit que les médecins-inspecteurs et les médecins-inspecteurs principaux peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires allant jusqu'à la suspension et à l'interdiction d'exercer leurs fonctions. D'autre part le dernier alinéa de cet article prévoit que le Ministre peut, sur proposition du Comité du Service de Contrôle médical, suspendre ces médecins à titre préventif. Si la suspension doit être renouvelée, un avis motivé doit être donné par une des commissions composées de magistrats dont il est question à l'alinéa 3. Pourquoi ces diverses procédures ?

Réponse du Ministre : Il a fallu prévoir une procédure spéciale pour les médecins-conseil qui dépendront des organismes assureurs et les médecins-inspecteurs qui bénéficient du statut des agents des organismes d'intérêt public. Ce statut règle la procédure d'appel au cas où une sanction est prononcée à l'égard d'un agent.

hebben op zijn cliënten. Een adviserend geneesheer kan echter wel part-time voor rekening van verschillende verzekeringsinstellingen werken. Het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Controle kan echter afwijkingen (welke steeds kunnen worden ingetrokken) van deze regel toestaan.

Op een andere vraag antwoordt de Minister dat de Dienst voor Geneeskundige Controle slechts die geneesheren kan erkennen die er door de verschillende verzekeringstinstellingen, en voor ieder van hen in het bijzonder, worden aan voorgedragen.

In het vierde lid van artikel 88 wordt bepaald dat buiten de normale bezoldiging de adviserende geneesheren geen enkel voordeel mogen genieten.

Een lid vraagt zich derhalve af, of de verzekeringsorganismen het recht niet hebben aan hun adviserende geneesheren de verplaatsingsonkosten terug te betalen. Dezelfde vraag stelt zich in verband met het toekennen aan de medische adviseurs van extra-wettelijke sociale voordelen.

De Minister antwoordt dat de verplaatsingsonkosten een deel zijn van de normale bezoldiging. Integendeel zal het toekennen van extra-wettelijke sociale voordelen niet meer toegelaten zijn. Deze beslissing zal volgens een lid een discriminatie scheppen. Het kan inderdaad gebeuren dat een verzekeringsorganisme aan haar verplegend personeel bvb. een dubbel verlofgeld toekent. Op grond van het door de Minister verstrekte antwoord zouden de medische adviseurs van die voordelen uitgesloten moeten worden.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

AFDELING 4.

Tuchtmaatregelen.

Artikel 89 :

a) *Wijziging in de Nederlandse tekst.*

In het derde lid van de Nederlandse tekst moet de uitdrukking « in hoger beroep gekomen worden » worden vervangen door « *beroep aangetekend worden* ».

b) *Vragen :*

In dit artikel wordt bepaald dat de geneesheren-inspecteurs en de eerstaanwezende geneesheren-inspecteurs tuchtstraffen kunnen worden opgelegd gaande van de schorsing tot het verbod tot uitoefening van hun ambt. Het laatste lid van dit artikel vermeldt bovendien dat de Minister, op voordracht van het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle, deze geneesheren preventief kan schorsen. Indien de schorsing moet worden verlengd, moet een gemotiveerd advies worden uitgebracht door een van de in lid 3 genoemde en uit magistraten samengestelde commissies. Waarom deze uiteenlopende procedures ?

Antwoord van de Minister : Men heeft een bijzondere procedure moeten invoeren voor de adviserend geneesheren die van de verzekeringsinstellingen afhangen en de geneesheren-inspecteurs die het statuut bezitten van het personeel van de instellingen van openbaar nut. Dit statuut regelt de procedure voor het instellen van beroep wanneer een strafmaatregel tegen een personeelslid wordt genomen.

Si le Ministre, ayant fait usage de son droit de suspension préventive sur proposition du Comité du Service de Contrôle médical veut renouveler cette suspension le fait qu'un avis motivé de la commission de magistrats soit requis constitue une garantie pour le respect du droit du médecin visé par la menace de sanction.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

SECTION 5.

Des interdictions d'intervention dans le coût des prestations de santé.

Article 90 :

a) *Modification du titre de la section 5.*

La Commission marque son accord unanime pour libeller le titre de la section 5 comme indiqué ci-dessus de façon à ce que ce titre corresponde mieux aux dispositions de l'article 90.

Nonobstant les modifications apportées à l'article 151, la Commission a cru devoir maintenir cet article pour les motifs ci-après :

Le projet initial prévoyait l'interdiction d'intervenir dans les frais pour soins médicaux en ce qui concerne tous les assurés qui recourent à un médecin qui n'adhère pas à la convention.

Cette disposition n'a pas été maintenue, mais il pourrait se révéler utile, à l'avenir, dans des cas individuels, de pouvoir faire application de cette interdiction.

L'article 44 de la loi du 14 février 1961 prévoit que cette sanction peut être prononcée par le Conseil de l'Institut de Contrôle Médical, qui est actuellement remplacé par le Comité du Service de Contrôle Médical, l'intéressé ayant été entendu.

L'article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

CHAPITRE II.

Du contrôle administratif.

SECTION 1.

Du Service de contrôle administratif.

Article 91 :

Cet article prévoit la création, au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, d'un service de contrôle administratif.

Ce service de contrôle administratif a été rendu indépendant des institutions de gestion de l'assurance, ce qui n'est actuellement pas le cas. Le nouveau système constitue donc une nette amélioration par rapport à la situation actuelle.

Adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Indien de Minister, nadat hij gebruik heeft gemaakt van zijn recht van preventieve schorsing op voordracht van het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle, deze schorsing wil verlengen, betekent het feit dat een met redenen omkleed advies wordt verlangd een waarborg, wat betreft de eerbiediging van de rechten van de geneesheer die met een sanctie wordt bedreigd.

Het geamendeerd artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 5.

Verbod om tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen.

Artikel 90 :

a) *Wijziging van de titel van de afdeling 5.*

De Commissie betuigt eenparig haar instemming met de hierboven voorkomende wijziging van afdeling 5, zodat deze tekst beter met de bepalingen van artikel 90 overeenkomt.

Niettegenstaande de in artikel 151 aangebrachte wijzigingen heeft uw Commissie gemeend dit artikel te moeten behouden en wel om de volgende reden :

Het oorspronkelijk ontwerp voorzag het verbod om tussenbeide te komen in de kosten voor geneeskundige verzorging voor alle verzekerden die een beroep doen op een geneesheer die niet toetreedt tot de overeenkomst.

Deze bepaling werd niet behouden, doch het kan in de toekomst nodig blijken, in individuele gevallen dit verbod toch op te leggen.

Artikel 44 van de wet van 14 februari 1961 bepaalt dat deze sanctie kan uitgesproken worden door de Raad van het Instituut voor geneeskundige controle, thans vervangen door het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle, na de betrokkene te hebben gehoord.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen bij 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK II.

Administratieve controle.

AFDELING 1.

Dienst voor administratieve controle.

Artikel 91 :

Bij dit artikel wordt binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een Dienst voor administratieve controle opgericht.

Die Dienst voor administratieve controle zal nu los staan van de beheersorganen van de verzekering, wat tot dusverre niet het geval was. Het nieuwe stelsel betekent derhalve een duidelijke verbetering ten opzichte van de huidige toestand.

Aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 92 :

Un commissaire ayant évoqué le problème de représentation des indépendants, le Ministre confirme qu'il sera demandé aux employeurs de réserver, au sein de leur délégation, une place aux représentants des moyennes et petites entreprises.

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 93 :

a) *Modification au texte.*

La commission unanime décide d'apporter au texte de cet article les modifications suivantes :

.....

10° *de transmettre au Conseil général, les dossiers pour lesquels il décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;*

11° d'établir son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi, *après avis du Conseil général.*

Le Roi peut, sur proposition du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, après avis du Comité visé à l'article 92, confier au Service de contrôle administratif d'autres missions en vue de l'application des dispositions légales et réglementaires en matière d'*assurance maladie-invalidité.*

M. De Paepe retire son amendement dont les dispositions sont reprises dans le nouveau texte ci-dessus.

Amendement de M. Vanderhaegen : l'auteur défend son amendement tendant à créer des centres régionaux de contrôle pour la tarification. Les organismes assureurs seraient, de cette façon, déchargés des frais entraînés actuellement par le contrôle.

Le Ministre fait valoir que le désir du gouvernement est d'aboutir à une gestion paritaire des offices de tarification prévus à l'article 98. Les règles de fonctionnement de ces offices devraient être arrêtées de commun accord entre les parties en cause qui auront à adopter les formules les meilleures.

M. Vanderhaegen retire son amendement.

Amendement de M. D'haeseleer : non convaincu par les explications du Ministre, M. D'haeseleer reprend, après les avoir amendés les principales dispositions de l'amendement Vanderhaegen.

L'amendement de M. D'haeseleer est repoussé par 1 voix contre 13.

L'article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Article 94 :

Adopté par 12 voix et 1 abstention.

Article 95 :

Répondant au vœu exprimé par plusieurs commissaires le Ministre précise que :

Artikel 92 :

Aan een lid van de Commissie, waardoor werd gewezen op de vertegenwoordiging van de zelfstandigen, bevestigt de Minister dat aan de werkgevers zal worden gevraagd, in hun delegatie, de afgevaardigden van de kleine en middelgrote bedrijven een plaats voor te behouden.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 93 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie besluit eenparig in de tekst van dit artikel de volgende wijzigingen aan te brengen :

.....

10° *de Algemene raad de dossiers te bezorgen waarover het beslist vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;*

11° zijn huishoudelijk reglement op te stellen dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd *na advies van de Algemene raad.*

De Koning kan, op voorstel van de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, na advies van het in artikel 92 bedoelde comité, de Dienst voor administratieve controle, met het oog op de toepassing van de wets- en verordeningsbepalingen inzake *ziekte- en invaliditeitsverzekering,* andere taken opdragen.

De heer De Paepe trekt zijn amendement in, waarvan de bepalingen zijn overgenomen in de hoger vermelde nieuwe tekst :

Amendement van de heer Vanderhaegen : de steller verdedigt zijn amendement, dat ertoe strekt voor de tarifering gewestelijke controlecentra op te richten. Aldus zouden de verzekeringsinstellingen niet langer de thans door die controle medegebrachte onkosten behoeven te dragen.

De Minister wijst erop dat de Regering wenst te komen tot een paritair beheer van de in artikel 98 bedoelde tariferingsdiensten. De regels voor de werking van die diensten zouden moeten worden vastgesteld in overleg tussen de betrokken partijen, welke het eens zullen moeten worden over de doelmatigste formules.

De heer Vanderhaegen trekt zijn amendement in.

Amendement van de heer D'haeseleer : daar hij niet overtuigd is door de toelichting van de Minister, neemt de heer D'haeseleer de belangrijkste bepalingen van het amendement Vanderhaegen over, na ze te hebben geamendeerd.

Het amendement van de heer D'haeseleer wordt met 13 stemmen tegen 1 stem verworpen.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 94 :

Aangenomen met 12 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 95 :

Ten einde te beantwoorden aan de door verscheidene commissieleden uitgesproken wens, verklaart de Minister nader :

Le contrôle administratif porte sur :

— les droits des bénéficiaires;
— le fonctionnement des organismes assureurs;
— l'inscription et des titulaires et des ayants-droit, en ce compris la réglementation concernant les mutations individuelles et collectives;
— les offices de tarification;
— le respect des dispositions légales et réglementaires à caractère administratif, en matière d'assurance maladie-invalidité par les bénéficiaires et par les personnes et établissements qui leur dispensent des prestations.

L'article est adopté par 12 voix et 1 abstention.

Article 96 :

Modification au texte.

La Commission unanime décide de modifier le texte de cet article comme suit :

Les employeurs, les organismes assureurs, les bénéficiaires, les personnes et établissements qui leur dispensent des prestations, les offices de tarification, ainsi que leurs préposés ou mandataires sont tenus de donner aux inspecteurs tous les renseignements *administratifs* dont ils ont besoin pour exercer leur mission de contrôle et de leur communiquer, sans déplacement de pièces, les registres, états, correspondance et autres documents.

Les organismes assureurs rassemblent, au niveau de la fédération ou de l'office régional s'il s'agit de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, les documents administratifs et pièces justificatives des dépenses.

Amendements de M. D'haeseleer :

L'auteur retire ses amendements repris aux documents n[os] 527/3, 5, 10 et 12 après que le Ministre eut fait les déclarations suivantes :

1° Le contrôle trimestriel préconisé par l'auteur de l'amendement (doc. 527/5) serait souhaitable en soi mais est pratiquement impossible à réaliser. L'objectif poursuivi peut, cependant, être atteint au travers du 5° de l'article 93.

2° En ce qui concerne l'exclusion des maladies sociales (doc. 527/10), il convient de remarquer que c'est au stade fédéral que se situe l'engagement du médecin conseil autorisant les prestations pour le traitement de ces maladies. C'est donc à ce même niveau que l'on trouvera les documents s'y rapprochant. Ceci est indépendant du système de convention de ces prestations.

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

SECTION 2.

De la récupération des prestations payées indûment.

Article 97 :

Cet article prévoit le principe du remboursement à l'organisme assureur de toute prestation, indûment reçue, soit par suite de fraude.

De administratieve controle heeft betrekking op :

— de rechten van de rechthebbenden;
— de werking van de verzekeringsinstellingen;
— de inschrijving van de gerechtigden en van de rechthebbenden, waarin begrepen is de reglementering inzake individuele en collectieve mutaties;
— de tariferingsdiensten;
— het inachtnemen van de wets- en verordeningsbepalingen van administratieve aard betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering door de rechthebbenden en door de personen en instellingen, die hun prestaties verstrekken.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 1 onthouding.

Article 96 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

De werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de rechthebbenden, de personen en inrichtingen die hun prestaties verstrekken, de tariferingsdiensten alsmede hun aangestelden of mandatarissen behoren de inspecteurs alle *administratieve* inlichtingen te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controleopdracht behoeven en hun, ter plaatse, de registers, staten, briefwisseling en andere bescheiden over te leggen.

De verzekeringsinstellingen verzamelen, in het verbond of, wat de hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering betreft, in de gewestelijke dienst, de administratieve bescheiden en uitgavenbewijsstukken.

Amendenten van de heer D'haeseleer :

De steller trekt zijn amendementen vervat in stukken n[rs] 527/3, 5, 10 en 12 in, na de volgende verklaringen van de Minister :

1° De door de steller van het amendement (stuk n[r] 527/5) voorgestelde driemaandelijkse controle zou op zichzelf wenselijk zijn, doch kan praktisch niet worden toegepast. Niettemin kan het nagestreefde doel worden bereikt via artikel 93, 5°.

2° Met betrekking tot de uitsluiting van de sociale ziekten (stuk n[r] 527/10) moet worden opgemerkt dat de adviserend geneesheer zich zou moeten uitspreken op federaal niveau over de machtiging betreffende de prestaties voor de behandeling van die ziekten. Derhalve zal men de desbetreffende stukken op dat niveau vinden. Dit houdt geen verband met het stelsel van de overeenkomst over die prestaties.

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 2.

Terugvordering der ten onrechte betaalde prestaties.

Artikel 97 :

Dit artikel bepaalt het beginsel van de terugbetaling aan de verzekeringsinstelling van de ten onrechte of ten gevolge van bedrog toegekende prestaties.

Donc, même s'il s'agit d'une erreur commise par l'organisme assureur, celle-ci pourra procéder à la récupération de ces prestations.

Selon certains membres, cette disposition donne lieu à des critiques; on ne peut en effet demander à l'assuré de contrôler les calculs faits par l'organisme assureur.

Selon le Ministre il y a lieu de maintenir la disposition telle quelle. Celle-ci étant conforme aux dispositions appliquées dans d'autres législations.

Si le paiement indû a été constaté par le service du contrôle administratif, l'organisme assureur, en cas de désaccord, peut porter le litige devant la juridiction d'appel.

Par contre, s'il y a un désaccord entre l'assureur et l'assuré, la procédure normale devra être suivie.

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

SECTION 3.

Des offices de tarification.

Article 98 :

a) *Modifications au texte.*

La Commission décide, à l'unanimité, de modifier le texte de cet article comme suit :

« Lorsque l'intervention des organismes assureurs dans le coût des fournitures pharmaceutiques n'est pas directement versée par ces organismes aux titulaires, toutes les opérations de tarification et tous les paiements des organismes assureurs pour fournitures pharmaceutiques sont obligatoirement effectués par l'intermédiaire d'offices de tarification agréés par le Ministre de la Prévoyance sociale.

» Le Roi détermine les critères d'agréation de ces offices de tarification, *après avis de la commission visée à l'article 27, en ce qu'elle concerne les pharmaciens.*

» Ces offices sont autorisés à réclamer aux pharmaciens une intervention dans leurs frais de gestion.

» *Pour l'application des dispositions du présent article, les médecins et les établissements hospitaliers autorisés à tenir un dépôt de médicaments, sont assimilés aux pharmaciens.* »

Amendements de M. De Paepe : Les amendements aux deuxième et quatrième alinéas sont retirés, ayant été repris dans le nouveau texte. L'amendement consistait à ajouter un cinquième alinéa est retiré après que le Ministre eut déclaré qu'il va de soi que les dispositions du présent article ne portent pas préjudice au droit de vérification des organismes assureurs en matière de fournitures pharmaceutiques. Ce droit de vérification, précise-t-il, est courant dans le chef des organismes assureurs.

Amendement de M. Vanderhaegen : Cet amendement tendant à supprimer cet article est retiré.

b) *Question.*

Comment les offices de tarification seront-ils organisés, demande un commissaire ?

Zelfs als het dus gaat om een door de verzekeringsinstelling begane vergissing zal deze kunnen overgaan tot de terugvordering van die prestaties.

Volgens sommige leden is die bepaling voor kritiek vatbaar, daar men de verzekerde toch niet kan vragen dat hij de door de verzekeringsinstelling gedane berekeningen zou controleren.

Volgens de Minister dient die bepaling ongewijzigd te worden gehandhaafd, daar zij overeenstemt met wat terzake in andere wetgevingen is bepaald.

Zo de ten onrechte gedane betaling is vastgesteld door de Dienst voor administratieve controle, kan de verzekeringsinstelling in geval van betwisting het geschil voor het rechtscollege van beroep brengen.

Zo er daarentegen een betwisting is tussen de verzekeraar en de verzekerde, zal de normale procedure moeten worden gevolgd.

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 3.

Tariferingsdiensten.

Artikel 98 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« Wordt de tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen in de kosten van farmaceutische verstrekkingen niet rechtstreeks door de instellingen aan de gerechtigden gestort, dan worden alle tariferingsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen voor farmaceutische verstrekkingen verplicht gedaan via door de Minister van Sociale Voorzorg erkende tariferingsdiensten.

» De Koning stelt de maatstaven tot erkenning van die tariferingsdiensten vast, *na advies van de in artikel 27 bedoelde Commissie waar deze de apothekers beoogt.*

» Die diensten zijn gemachtigd van de apothekers een tegemoetkoming in hun beheerskosten te vorderen.

» *Voor de toepassing van de bepalingen van onderhavig artikel worden de geneesheren en de verplegingsinrichtingen die een geneesmiddelendepot houden, met de apothekers gelijkgesteld.* »

Amendementen van de heer De Paepe : daar zij in de nieuwe tekst zijn overgenomen, worden de amendementen op het 2de en het 4de lid ingetrokken. Het amendement ertoe strekkend een 5de lid toe te voegen wordt ingetrokken, nadat de Minister heeft verklaard dat vanzelfsprekend de bepalingen van het huidige artikel het recht op nazien van de verzekeringsinstellingen terzake van farmaceutische leveringen onverlet laten. De Minister merkt nog op dat dit recht op nazien constant is in hoofde van de verzekeringsinstellingen.

Amendement van de heer Vanderhaegen : Dit amendement, dat ertoe strekt dit artikel te schrappen, wordt ingetrokken.

b) *Vragen.*

Hoe zullen die tariferingsdiensten worden georganiseerd ? vraagt een lid.

Réponse du Ministre : Ces offices doivent fonctionner dans un esprit de neutralité, les organismes assureurs devant y avoir un droit de regard. Leurs règles de fonctionnement doivent être débattues entre les parties en cause : les pharmaciens ont d'ailleurs une longue pratique de la procédure conventionnelle.

Pourquoi, demande un autre commissaire, cette procédure de tarification ?

Réponse du Ministre : Elle fait suite à l'application du système du tiers-payant. Actuellement le pharmacien tarifie lui-même ou a recours soit à un office de tarification privé soit à celui d'une organisation professionnelle. Cette triple possibilité a donné lieu à des difficultés, d'où l'idée de contraliser la tarification sous contrôle paritaire.

Cette parité se justifie par le fait que si les pharmaciens ont la responsabilité de l'établissement des factures, les organismes assureurs ont celle de contrôler si ces documents sont bien établis dans les règles.

Pourquoi, demandent deux commissaires, ne pas appliquer la procédure de tarification aux pharmaciens refusant le tiers-payant ?

Réponse : Il ne faut pas confondre tarification et contrôle. Au demeurant, le cas de pharmaciens refusant le tiers-payant est rarissime.

Et les médecins tenant officine ?

Réponse : Ils effectuent eux-mêmes leur tarification. Les organismes assureurs contrôlent. Le Ministre souligne que de nombreux abus ont été signalés de la part de médecins tenant officine. Il est d'accord pour dire que le contrôle à leur endroit doit être particulièrement attentif.

L'article amendé est adopté par 13 voix et 1 abstention.

SECTION 4.

Des sanctions applicables aux organismes assureurs.

Article 99 :

*Un amendement de M. De Paepe vise à donner à l'ad*ministrateur général de l'I. N. A. M. I. le droit d'infliger des sanctions aux organismes assureurs en première instance. Son auteur le justifie par son souci de simplifier la procédure prévue dans le projet de loi.

Le Ministre observe que l'on ne peut confier à une seule personne le soin d'infliger des sanctions à un organisme assureur.

L'amendement de M. De Paepe est retiré.

Modification au texte néerlandais.

Le mot « hoger » est supprimé au 2e alinéa devant le mot « beroep ».

L'article est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Antwoord van de Minister : Die diensten zullen in een neutrale geest moeten werken, en de verzekeringsinstellingen zullen er een recht op toezicht hebben. Hun werkingsregelen zullen moeten worden besproken onder de betrokken partijen : de apothekers hebben trouwens reeds een langdurige ervaring van de procedure der overeenkomsten.

Waarom, vraagt een ander lid, die tariferingsprocedure ?

Antwoord van de Minister : Zij is een gevolg van de toepassing van het stelsel van de betalende derde. Thans tarifeert de apotheker zelf of maakt hij gebruik van een particuliere tariferingsdienst of van de dienst van een beroepsorganisatie. Die drievoudige mogelijkheid heeft aanleiding gegeven tot moeilijkheden, zodat men eraan heeft gedacht de tarifering onder paritaire controle te centraliseren.

Die pariteit is verantwoord omdat de apothekers verantwoordelijk zijn voor het opstellen van de facturen, doch de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of die documenten wel volgens de regels zijn opgesteld.

Waarom, vragen twee leden, wordt de tariferingsprocedure niet toegepast voor de apothekers die de betalende derde afwijzen ?

Antwoord : Men mag de tarifering en de controle niet met elkander verwarren. Overigens komt het slechts zeer uitzonderlijk voor dat een apotheker de betalende derde afwijst.

En de geneesheren die een apotheek houden ?

Antwoord : Zij verrichten zelf hun tarifering. De verzekeringsinstellingen controleren. De Minister wijst erop dat talrijke misbruiken aan het licht zijn gekomen bij de geneesheren die een apotheek houden. Ook volgens hem moet de controle te hunnen opzichte bijzonder waakzaam zijn.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

AFDELING 4.

Straffen die toepasselijk zijn op de verzekeringsinstelling.

Artikel 99 :

Een amendement van de heer De Paepe strekt ertoe aan de administrateur-generaal van het R. V. Z. I. het recht te verlenen in eerste instantie sancties op te leggen aan de verzekeringsinstellingen. Steller verantwoordt zijn amendement door zijn bedoeling, de in het wetsontwerp geregelde procedure te vereenvoudigen.

De Minister merkt op dat de taak, sancties op te leggen aan een verzekeringsinstelling, niet aan één persoon kan worden toevertrouwd.

Het amendement van de heer De Paepe wordt ingetrokken.

Wijzigingen van de Nederlandse tekst.

In het tweede lid wordt vóór het woord « beroep » het woord « hoger » geschrapt.

Het artikel wordt met 13 stemmen en 1 onthouding aangenomen.

CHAPITRE III.

Des juridictions et des sanctions.

SECTION I.

Des juridictions.

Article 100 :

a) *Modifications au texte.*

La Commission marque son accord unanime pour apporter au texte de cet article les modifications suivantes :

.....

§ 3. — Lorsqu'une des juridictions contentieuses visées au § 1 estime qu'une expertise médicale est nécessaire à son édification, elle le déclare par une décision; elle désigne en celle-ci l'expert qu'elle choisit sur une liste, par elle établie, de médecins qui acceptent les barèmes d'honoraires et frais fixés par le Roi.

§ 4. — Les juridictions contentieuses sont composées en nombre égal de représentants des employeurs et des travailleurs et présidées par des docteurs en droit, désignés par le Roi, parmi les magistrats, avocats ou praticiens de droit social; elles sont assistées de *secrétaires-rapporteurs.*

Amendement de M^lle Copée :

Cet amendement a pour but de maintenir les secrétaires rapporteurs dans leur fonction. Il est appuyé par de nombreux commissaires. Le Ministre ayant accepté de modifier le texte en conséquence (voir ci-dessus), il est accepté à l'unanimité.

b) *Questions.*

Les questions suivantes sont posées :

— Quelle sera la situation des secrétaires des commissions de réclamation ?
— Qu'entend-on par « praticien de droit social » ?

— Comment le malade peut-il se défendre ou se faire défendre devant les commissions de réclamation ? Peuvent-ils désigner un expert ?
— Etant donné que certains litiges peuvent être portés devant des comités de gestion ou le conseil général, ne faudrait-il pas préciser dans quelles circonstances les commissions de réclamation sont compétentes en donnant des exemples ?

Réponse du Ministre : La situation des secrétaires des actuelles commissions de réclamation a été réglée par l'amendement que la Commission a adopté à l'article 100, § 4.
Par praticien de droit social, on entend toute personne qui s'est spécialisée dans le droit social; le § 4 de l'article 100 précise cependant que pour pouvoir être nommé président d'une juridiction contentieuse, le praticien de droit social doit être docteur en droit.

HOOFDSTUK III.

Rechtscolleges en sancties

AFDELING 1.

Rechtscolleges.

Artikel 100 :

a) *Wijzigingen in de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

.....

§ 3. — Indien een der in § 1 bedoelde rechtscolleges voor geschillen een geneeskundige expertise te zijner voorlichting noodzakelijk acht, verklaart het dat in een beslissing; daarin wijst het de deskundige aan die het kiest uit een lijst welke het aanlegt van geneesheren die de door de Koning vast te stellen honorarium- en kostenschalen aanvaarden.

§ 4. — De rechtscolleges voor geschillen zijn samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de werkgevers en van de werknemers; het voorzitterschap ervan wordt bekleed door doctors in de rechten, door de Koning aangewezen uit de magistraten, advokaten of beoefenaars van sociaal recht; ze worden bijgestaan door *secretarissen-verslaggevers.*

Amendement van Mevr. Copée :

Dit amendement heeft tot doel de secretarissen-verslaggevers in functie te houden. Het wordt door talrijke commissieleden gesteund. Daar de Minister de tekst in die zin heeft aanvaard (zie hierboven) wordt het met algemene stemmen aangenomen.

b) *Vragen.*

De volgende vragen worden gesteld :

— Welke zal de toestand zijn van de secretarissen van de klachtencommissies ?
— Wat verstaat men onder « beoefenaars van sociaal recht » ?
— Hoe kan de zieke zich verdedigen of zich doen verdedigen voor de klachtencommissies ? Kan hij een deskundige aanwijzen ?
— Aangezien sommige geschillen voor de Beheerscomités of de Algemene raad kunnen worden gebracht, zou men dan niet aan de hand van voorbeelden nader moeten bepalen in welke omstandigheden de klachtencommissies bevoegd zijn ?

Antwoord van de Minister : De toestand van de secretarissen der huidige klachtencommissies werd geregeld door het amendement dat de Commissie heeft aangenomen op artikel 100, § 4.
Onder beoefenaar van sociaal recht dient men te verstaan ieder persoon die zich in sociaal recht heeft gespecialiseerd; § 4 van artikel 100 bepaalt evenwel dat de beoefenaar van sociaal recht doctor in de rechten moet zijn om tot voorzitter van een rechtcollege voor geschillen te kunnen benoemd worden.

Les règles de fonctionnement et de la procédure à suivre devant les commissions détermineront la façon de laquelle les bénéficiaires pourront exercer leurs recours devant lesdites commissions et les personnes par lesquelles ils peuvent se faire défendre. L'article 100, § 3, vise l'éventualité de la désignation d'experts par les commissions.

Les litiges qui sont de la compétence des commissions sont ceux qui mettent en cause les droits des bénéficiaires (voir à ce sujet commentaires à l'article 86).

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

SECTION 2.

Des sanctions administratives et des sanctions pénales.

Article 101 :

a) *Modification au texte.*

La Commission unanime décide de modifier le texte de cet article comme suit :

Le Roi, détermine, *sur proposition du Service de contrôle administratif,* les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires en cas d'infraction aux dispositions de la présente loi ou de ses arrêtés et règlements d'exécution.

Le Roi fixe également les modalités d'application de ces sanctions.

b) *Questions.*

Un membre insiste pour que les sanctions soient appliquées humainement étant donné que l'assuré n'est pas toujours responsable des abus. Un autre membre est d'avis que le deuxième alinéa de cet article va trop loin et donne l'impression que l'Exécutif veut se substituer aux collèges de droit. Quelle est, demande-t-il, la signification exacte de cet alinéa ?

Réponse du Ministre : Il s'agit ici d'infractions mineures, nécessitant des mesures mineures; des sanctions de ce genre et leurs modalités d'application sont déjà prévues par la règlementation actuelle.

L'article 101 a été amendé dans le sens désiré par la Commission.

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 102 :

Adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 103 :

a) *Modification au texte.*

La commission modifie le texte de cet article comme suit : Sans préjudice de l'application de l'article 90, toute personne qui a contrevenu aux dispositions légales ou règlementaires de l'assurance-soins de santé ou de l'assurance-indemnités est punie d'un emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 26 à 1.000 francs ou d'une de ces peines seulement.

De regels inzake de werking en de voor de commissies te volgen procedure bepalen de manier waarop de rechthebbenden een beroep kunnen doen op de genoemde commissies en de personen door wie zij zich mogen doen verdedigen. Artikel 100, § 3, heeft betrekking op de eventuele aanwijzing van deskundigen door de commissies.

De Commissies zijn bevoegd in die geschillen waarbij de rechten van de rechthebbenden in het geding komen (zie hieromtrent de commentaar op artikel 86).

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 2.

Administratieve en strafsancties.

Artikel 101 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie heeft eenparig besloten de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen :

« *Op voorstel van de Dienst voor administratieve controle* stelt de Koning de administratieve sancties vast die toepasselijk zijn op de rechthebbenden in geval van overtreding van de bepalingen van deze wet of van haar uitvoeringsbesluiten en -verordeningen.

» De Koning bepaalt tevens de nadere regelen tot toepassing van die sancties. »

b) *Vragen.*

Een lid dringt erop aan dat de sancties op menselijke wijze zouden worden toegepast, daar de verzekeringsplichtige niet altijd aansprakelijk is voor de misbruiken. Een ander lid is van mening dat het tweede lid van dit artikel te ver gaat en de indruk geeft dat de Uitvoerende Macht de plaats wil innemen van de rechtscolleges. Wat is, vraagt hij, de juiste betekenis van dit lid ?

Antwoord van de Minister : Het gaat hier om kleinere vergrijpen, waarvoor kleine maatregelen dienen getroffen te worden; dergelijke sancties en regels tot toepassing ervan bestaan reeds in de huidige reglementering.

Artikel 101 wordt geamendeerd in de zin zoals door de Commissie verlangd.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 102 :

Aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 103 :

a) *Wijziging van de tekst.*

Onverminderd de toepassing van artikel 90, wordt eenieder die wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging of de uitkeringsverzekering heeft overtreden, gestraft met gevangenis van acht dagen tot een maand en met geldboete van 26 tot 1.000 frank, of met een van die straffen alleen.

b) *Questions.*

Deux commissaires ayant demandé pourquoi le maximum de l'amende dont il est question à cet article est porté à 1.000 francs, le Ministre justifie cette mesure par la nécessité de réprimer des abus difficilement décelables.

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 104 :

Modification au texte.

La commission décide de porter de 500 à 1.000 francs le maximum prévu pour l'amende.

L'article est adopté par 10 voix et 2 abstentions.

Article 105 :

Modification au texte.

La commission modifie le texte de cet article comme suit :

« Encas de récidive dans *le scinq ans* à compter de la condámnation antérieure, la peine pourra être portée au double du maximum prévu aux articles 103 et 104. »

L'article amendé est adopté par 10 voix et 2 abstentions.

CHAPITRE IV.

De la prescription.

Article 106 :

a) *Modification de texte.*

Le Ministre et la commission acceptent l'amendement suivant de M. D'haeseleer :

Au § 1er, compléter le 2° par ce qui suit :

« que ces prestations aient été payées ou non selon le régime du tiers payant ».

b) *Questions.*

Répondant aux questions de deux commissaires, le Ministre précise que :

— la lettre recommandée dont il est question à l'avant-dernier alinéa doit être adressée à l'organisme assureur ou à la personne intéressée;
— l'interruption de la prescription peut se renouveler indéfiniment.

A la demande d'un commissaire, le Ministre confirme qu'en cas de prescription, l'organisme assureur ne pourra pas se retourner vers l'assuré.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

b) *Vragen.*

Daar twee commissieleden hebben gevraagd waarom het maximum van de geldboete waarvan sprake in dit artikel wordt gebracht op 1.000 frank, verantwoordt de Minister deze maatregel door de noodzaak, de moeilijk te ontdekken misbruiken tegen te gaan.
Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 104 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit het maximum van de geldboete van 500 op 1.000 frank te brengen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 105 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie wijzigt de tekst van dit artikel als volgt :

« In geval van herhaling binnen *vijf jaar* vanaf de vorige veroordeling, kan de straf op het dubbel worden gebracht van het in de artikelen 103 en 104 vastgestelde maximum. »

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK IV.

Verjaring.

Artikel 106 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Minister en de Commissie aanvaarden het volgende amendement van de heer D'haeseleer :

In § 1, het 3° aanvullen met wat volgt :

« of deze prestaties al dan niet betaald werden langs het stelsel van de derde betalende ».

b) *Vragen :*

In antwoord op de vragen van twee commissieleden, verklaart de Minister :

— het aangetekend schrijven waarvan sprake in het voorlaatste lid moet worden gericht aan de verzekeringsinstelling of de betrokken persoon;
— de stuiting van de verjaring kan onbeperkt worden vernieuwd.

Op verzoek van een commissielid bevestigt de Minister dat de verzekeringsinstelling zich, in geval van verjaring, niet mag wenden tot de verzekeringsplichtige.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

CHAPITRE V.

Du serment.

Article 107 :

Modification au texte.

Suite à la modification apportée à l'article 100, il y a lieu de remplacer la mention « greffiers-rapporteurs » par « secrétaires-rapporteurs ».

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

TITRE VII.

DISPOSITIONS COMMUNES A L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET A LA CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

CHAPITRE I.

Du personnel.

Article 108 :

Le Ministre tient à déclarer formellement qu'il n'entre pas dans les intentions du gouvernement de provoquer une inflation de personnel. Les cadres actuels du service du F. N. A. M. I. et de la C. A. A. M. I. suffisent et ne seront pas élargis.

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 109 :

Adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 110 :

Modification au texte.

La Commission marque son accord unanime pour modifier le texte de cet article comme suit :

« *Le personnel du Service des indemnités et celui du Service des Soins de santé sont dirigés respectivement soit par l'Administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, soit par son Administrateur général-adjoint.* »

Cette modification ne justifie pas la nécessité de ne pas clicher la situation et de l'adapter selon les compétences respectives de l'administrateur général et de l'administrateur général-ajoint.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

HOOFDSTUK V.

Beëdiging.

Artikel 107 :

Wijziging van de tekst.

Ingevolge de wijziging, aangebracht in artikel 100, dient de vermelding « griffiers-verslaggevers » te worden vervangen door « *secretarissen-verslaggevers* ».

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

TITEL VII.

GEMENE BEPALINGEN TER ZAKE VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING EN VAN DE HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

HOOFDSTUK I.

Personeel.

Artikel 108 :

De Minister wenst uitdrukkelijk te verklaren dat het niet in de bedoeling ligt van de Regering een personeelsinflatie teweeg te brengen. De huidige kaders van de diensten van het R. Z. I. V. et van de H. Z. I. V. volstaan en zullen niet worden uitgebreid.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 109 :

Aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 110 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord dat de tekst van dit artikel als volgt wordt gewijzigd :

« *Het personeel van de Dienst voor uitkeringen en dat van de Dienst voor geneeskundige verzorging staan respectievelijk onder de leiding hetzij van de Administrateur-generaal van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering, hetzij van zijn adjunct-administrateur-generaal.* »

Deze wijziging is verantwoord door de noodzaak de toestand niet te streng vast te leggen en deze aan te passen volgens de respectieve bevoegdheden van de Administrateur-generaal en van de adjunct-administrateur-generaal.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 111 :

Adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 112 :

Adopté par 12 voix et 1 abstention.

Article 113 :

Modification au texte.

La commission unanime remplace le texte de cet article par ce qui suit :

« *L'Administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est chargé de l'exécution des décisions du Conseil général de l'Institut qui concernent les services généraux.*

» *Il assure le secrétariat du Conseil général.*

» *Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Conseil général de l'Institut dans son règlement d'ordre intérieur.*

» *L'Administrateur général représente l'Institut dans les actes judiciaires et extrajudiciaires. Il ne prend aucune obligation personnelle et n'est responsable que de l'exécution de sa mission.*

» *En cas d'empêchement de l'Administrateur général, ses pouvoirs sont exercés par l'Administrateur général-adjoint et, en cas d'empêchement de ce dernier, par un membre du personnel de l'Institut désigné par le Conseil général. Pour faciliter l'expédition des affaires, le Conseil général peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser l'Administrateur général à déléguer une partie de ses pouvoirs aux fonctionnaires dirigeant les services spéciaux de l'Institut.* »

Le nouveau libellé de l'article est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 114 :

La Commission marque son accord unanime pour remplacer le texte de cet article par ce qui suit :

« § 1. — *Le fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités est chargé de l'exécution des décisions du Comité de gestion du Service des indemnités ainsi que de celles du Conseil général de l'Institut qui concernent le service des indemnités.*

Il assiste aux séances du Comité de gestion du Service des indemnités et en assure le secrétariat.

Il assiste de droit aux séances des conseils et commissions qui fonctionnent au sein du Service qu'il dirige ou il peut s'y faire représenter par le fonctionnaire qu'il désigne.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Comité de gestion du Service des indemnités dans son règlement d'ordre intérieur.

En cas d'empêchement du fonctionnaire-dirigeant du service des indemnités, ses pouvoirs sont exercés par un membre du personnel dudit service, désigné par le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Artikel 111 :

Aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Aangenomen 112 :

Aangenomen met 12 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 113 :

Wijziging van de tekst.

De eenparige Commissie vervangt de tekst van dit artikel door wat volgt :

« *De administrateur-generaal van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is belast met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene raad van het Instituut welke betrekking hebben op de algemene diensten.*

» *Hij staat in voor het secretariaat van de Algemene raad.*

» *Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door de Algemene raad van het Instituut en het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zijn omschreven in hun huishoudelijk reglement.*

» *De administrateur-generaal vertegenwoordigt het Instituut in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen. Hij gaat geen persoonlijke verbintenissen aan en is enkel verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn opdracht.*

» *Ingeval de administrateur-generaal verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door de adjunct-administrateur-generaal en, ingeval deze verhinderd is, door een door de Algemene raad aangewezen personeelslid van het Instituut. Voor een vlottere afhandeling van de zaken, kan de Algemene raad, onder de voorwaarden welke hij vaststelt, de administrateur-generaal machtigen een gedeelte van zijn machten op te dragen aan de ambtenaren onder wier leiding de bijzondere diensten van het Instituut staan.* »

De nieuwe bewoording van het artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 114 :

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel te vervangen door wat volgt :

« § 1. — *De leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen is belast met de uitvoering van de beslissingen van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen alsmede van die van de Algemene raad van het Instituut welke betrekking hebben op de Dienst voor uitkeringen.*

Hij woont de vergaderingen van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij woont rechtens de vergadering bij van de raden en commissies die werkzaam zijn in de schoot van de Dienst waarvan hij de leiding heeft of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zijn omschreven in zijn huishoudelijke reglement.

Ingeval de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door een door de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aangewezen personeelslid van genoemde dienst.

§ 2. — *Le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé est chargé de l'exécution des décisions du Comité de gestion du Service des soins de santé ainsi que de celles du Conseil général de l'Institut qui concernent le service des soins de santé.*

Il assiste aux séances du Comité de gestion du Service des soins de santé et en assure le secrétariat.

Il assiste de droit aux séances des conseils, collèges et commissions qui fonctionnent au sein du Service qu'il dirige ou il peut s'y faire représenter par le fonctionnaire qu'il désigne.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Comité de gestion du Service des soins de santé dans son règlement d'ordre intérieur.

En cas d'empêchement du fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé, ses pouvoirs sont exercés par un membre du personnel dudit service, désigné par le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

§ 3. — *Le fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités et celui du Service des soins de santé assistent aux séances du Conseil général de l'Institut.* »

Le nouveau libellé de l'article est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 115 :

Modification au texte.

La Commission unanime décide de supprimer les mots « et du Ministre de la Prévoyance Sociale » au 1er alinéa.

L'article ainsi amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 116 :

Modification au texte.

La Commission unanime décide de supprimer les mots « et du ministre de la Prévoyance Sociale » au 1er alinéa de cet article.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 117 :

a) *Modification au texte.*

La Commission marque son accord unanime pour apporter au texte de cet article les modifications suivantes :

§ 1. — Remplacer les mots « greffiers-rapporteurs » par « *secrétaires-rapporteurs* ».

§ 2. — Les agents de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité sont recrutés, nommés, affectés, promus, licenciés et révoqués par le Comité de gestion de la Caisse auxiliaire.

§ 2. — *De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging is belast met de uitvoering van de beslissingen van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging alsmede van die van de Algemene raad van het Instituut welke betrekking hebben op de dienst voor geneeskundige verzorging.*

Hij woont de vergadering van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij woont rechtens de vergaderingen bij van de raden, colleges en commissies die werkzaam zijn in de schoot van de Dienst waarvan hij de leiding heeft of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

Ingeval de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door een door de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aangewezen personeelslid van genoemde dienst.

§ 3. — *De leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen en die van de Dienst voor geneeskundige verzorging wonen de vergaderingen van de Algemene raad van het Instituut bij.* »

De nieuwe bewoording van het artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 115 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig de woorden « en van de Minister van Sociale Voorzorg » in het eerste lid van te doen wegvallen.

Het aldus geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 116 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig de woorden « en van de Minister van Sociale Voorzorg » in het eerste lid van dit artikel te doen wegvallen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 117 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord in de tekst van dit artikel de volgende wijzigingen aan te brengen :

§ 1. — De woorden « griffiers-verslaggevers » vervangen door « *secretarissen-verslaggevers* ».

§ 2. — De personeelsleden van het Hulpfonds voor ziekte- en invaliditeitsfonds worden aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door het Beheerscomité van de Hulpkas.

Nonobstant les dispositions du statut du personnel de la Caisse auxiliaire, le Comité de gestion peut licencier ou révoquer les médecins-conseil de cet organisme sans autre condition que le retrait de leur agréation par le Comité du Service du contrôle médical.

En attendant l'entrée en vigueur, à l'égard de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, d'une nouvelle législation relative à l'emploi des langues en matière administrative, il est observé dans la nomination du personnel un juste équilibre dans le nombre d'emplois réservés aux candidats de chaque groupe linguistique, ainsi qu'il est prévu à l'article 9, § 4 de la loi du 28 juin 1932 relative à l'emploi des langues en matière administrative.

§ 3. — Les agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité affectés au Service des soins de santé ou au Service des indemnités sont recrutés, nommés, affectés, licenciés et révoqués *par le Conseil général sur proposition du Comité de gestion de ces services.*

L'alinéa 3 du § 1er du présent article est applicable à la nomination de ce personnel.

§ 4. — (Premier alinéa reste inchangé).

Toutefois, les médecins-inspecteurs principaux, les médecins-inspecteurs et les inspecteurs mentionnés respectivement aux articles 85, 80 et 94 sont nommés, licenciés et révoqués par le Roi. *Nonobstant les dispositions de l'article 156, § 3, le Roi peut, pour les premières nominations des inspecteurs visés à l'article 94, nommer les agents du Fonds national d'assurance maladie-invalidité qui, à la date de publication de la présente loi, sont nantis du grade de contrôleur.*

L'alinéa 3 du § 1er du présent article est applicable à la nomination de ce personnel.

§ 5. — *Sans préjudice des dispositions de l'article 156, les emplois nouveaux ou devenant vacants de messager-huissier, expéditionnaire et de téléphoniste, prévus aux cadres du personnel de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse auxiliaire d'assuranec maladie-invalidité sont réservés à des personnes faisant ou ayant fait l'objet de mesures de rééducation fonctionnelle ou professionnelle proposées soit par le Collège des médecins-directeurs visé à l'article 19, soit par le Service national de la rééducation professionnelle institué au sein du Fonds national d'assurance maladie-invalidité, dissous par la présente loi.*

L'amendement de Mme Copée est repris par la commission (voir modification au § 1).

L'amendement de M. De Paepe est retiré, vu les modifications apportées au § 3.

b) *Questions :*

Un membre désire des explications quant au dernier alinéa du § 1er en ce qui concerne l'équilibre des postes réservés aux candidats de chaque rôle linguistique. Le texte, dit-il, laisse l'impression que la loi du 28 juin 1932 sur l'emploi des langues en matière administrative n'est pas applicable. Il demande que le texte soit précisé en vue de garantir l'application de cette loi tant au sein des services de l'Institut qu'à la C. A. A. M. I.

Les questions suivantes sont encore posées :

— Quel est le statut des médecins-conseil de la C. A. A. M. I. ?

Niettegenstaande de bepalingen van het personeelsstatuut van de Hulpkas, mag het Beheerscomité de adviserend geneesheren van die instelling ontslagen of afzetten zonder een andere voorwaarde dan de intrekking van hun erkenning door het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle.

In afwachting van de inwerkingtreding, ten aanzien van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, van een nieuwe wetgeving op het gebruik der talen in bestuurszaken, wordt bij de benoeming van het personeel een passend evenwicht in acht genomen tussen het aantal betrekkingen voorbehouden voor de kandidaten van elke taalgroep, zoals bepaald is bij artikel 9, § 4, van de wet van 28 juni 1932 op het gebruik der talen in bestuurszaken.

§ 3. — De voor de Dienst voor geneeskundige verzorging en voor de Dienst vor uitkeringen aangewezen personeelsleden van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet *door de Algemene Raad op voorstel van de respectieve beheerscomité's van de Diensten.*

Het derde lid van § 1 van dit artikel is toepasselijk bij de benoeming van deze personeelsleden.

§ 4. — (Eerste lid blijft ongewijzigd).

Nochtans worden de in de artikelen 85, 80 en 94 vermelde eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, respectief geneesheren-inspecteurs en inspecteurs benoemd, ontslagen en afgezet door de Koning. *Niettegenstaande het bepaalde in artikel 156, § 3, kan de Koning voor de eerste benoemingen van de in artikel 94 bedoelde inspecteurs, de personeelsleden van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit benoemen die de dag van bekendmaking van deze wet met de graad van controleur zijn bekleed.*

Het derde lid van § 1 van dit artikel is toepasselijk bij de benoeming van deze personeelsleden.

§ 5. — *Onverminderd het bepaalde in artikel 156, worden de nieuwe of openvallende betrekkingen van bodekamerbewaarder, expeditionnair en telefonist waarin het personeelskader van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van het Hulpfonds voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voorziet, voorbehouden voor personen op wie maatregelen inzake revalidatie of herscholing worden of zijn toegepast hetzij door het in artikel 19 bedoelde College van geneesheren-directeurs, hetzij door de Rijksdienst van vakherscholing, ingesteld bij het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit dat bij deze wet wordt ontbonden.*

De Commissie neemt het amendement van Mevr. Copée over (zie de wijziging in § 1).

Het amendement van de heer De Paepe wordt uitgetrokken wegens de wijzigingen aangebracht in § 3.

b) *Vragen.*

Een lid wenst opheldering in verband met het laatste lid van § 1 met betrekking tot het evenwicht tussen de betrekkingen voorbehouden voor de kandidaten van elke taalrol. De tekst, zo zegt hij, geeft de indruk dat de wet van 28 juni 1932 op het gebruik der talen in bestuurszaken niet van toepassing is. Hij vraagt dat de tekst nader zou bepaald worden, ten einde de toepassing van deze wet zowel bij de diensten van het Instituut als bij de H. Z. I. V. te waarborgen.

Volgende vragen worden gesteld :

— Wat is het statuut van de adviserend-geneesheer van de H. Z. I. V. ?

— Des mesures spéciales sont-elles prévues pour mettre les services en mesure de répondre aux assurés de langue allemande des cantons de l'Est ?

Réponse du Ministre : Le texte de cet article a été proposé par le Conseil d'Etat. Il ne signifie nullement que la loi du 28 juin 1932 n'est pas d'application au personnel de l'I. N. A. M. I. et de la C. A. A. M. I.

Le statut des médecins-conseil de la C. A. A. M. I. est celui des agents des services publics; cependant les dispositions de l'article 88, tel qu'il a été amendé par la Commission leur sont également d'application.

Il n'y a pas lieu de prévoir dans le projet de loi des mesures spéciales d'ordre linguistique visant les habitants des cantons de l'Est, les dispositions de la loi du 28 juin 1932 étant intégralement d'application aux organismes assureurs.

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 118 :

Adopté par 13 voix et 2 abstentions.

CHAPITRE II.

Des commissaires du Gouvernement et des Reviseurs.

Article 119 :

Adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 120 :

Adopté par 13 voix et 2 abstentions.

TITRE III.

DU FINANCEMENT.

CHAPITRE I.

Des ressources de l'assurance et de leur répartition.

SECTION 1.

Des ressources de l'assurance.

Article 121 :

Modification au texte.

La commission unanime marque son accord pour modifier le texte de cet article comme suit :

Les ressources de l'assurance sont constituées par :

1° le produit des cotisations destinées à l'assurance maladie-invalidité, visées :

— Zijn er speciale maatregelen getroffen om de diensten in staat te stellen te antwoorden aan de verzekeringsplichtigen van de Oostkantons ?

Antwoord van de Minister : De tekst van dit artikel werd voorgesteld door de Raad van State. Hij betekent in geen geval dat de wet van 28 juni 1932 niet van toepassing is op het personeel van het R. I. Z. I. V. en van de H. Z. I. V.

Het statuut der adviserend-geneesheren van de H.Z.I.V. is dat van de ambtenaren van de openbare diensten; het bepaalde bij artikel 88, zoals het door de Commissie werd geamendeerd, is echter eveneens op hen van toepassing.

Het is niet nodig in het wetsontwerp speciale maatregelen te treffen op het stuk van talen ten aanzien van de inwoners van de Oostkantons, aangezien de bepalingen van de wet van 26 juni 1932 algeheel van toepassing zijn voor de verzekeringsinstellingen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 118 :

Aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK II.

Regeringscommissarissen en revisoren.

Artikel 119 :

Aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 120 :

Aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

TITEL III.

FINANCIERING.

HOOFDSTUK I.

Verzekeringsinkomsten en verdeling ervan.

AFDELING 1.

Verzekeringsinkomsten.

Artikel 121 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

De verzekeringsinkomsten bestaan uit :

1° de opbrengst van de voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemde bedragen, bedoeld :

a) à l'article 4, alinéa 1er, A, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, tel qu'il est modifié par la présente loi;

b) à l'article 4, alinéa 1er, B, de cet arrêté-loi du 28 décembre 1944 tel qu'il est modifié par la présente loi;

c) à l'article 2, § 4, A, de l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés, tel qu'il est modifié par la présente loi;

d) à la réglementation relative à l'application de l'arrêté du Régent du 2 avril 1947, relatif à l'application de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, concernant la sécurité sociale des travailleurs, aux employeurs et travailleurs liés par un contrat de louage de service domestique des cantons d'Eupen, Malmédy et Saint-Vith;

e) à la réglementation relative aux modalités de paiement des cotisations de sécurité sociale, dues par les victimes d'un accident du travail, bénéficiaires de la législation sur la répartition des dommages résultant de ces accidents;

f) à la réglementation relative aux modalités de paiement des cotisations de sécurité sociale, due par les victimes des maladies professionnelles, bénéficiaires de la législation sur la réparation des dommages causés par ces maladies;

2° les cotisations personnelles versées par les titulaires en application des articles 66, § 1er, 2° et *§ 2, 68, premier alinéa*, 2°, 69, 71, 72, § 3, et 73;

3° une intervention de l'Etat égale à 95 % du montant des frais afférents aux prestations visées à l'article 23, 6°, tant en ce qui concerne les frais d'hospitalisation dans les services spécialisés dans le traitement des affections qui y sont énumérées, qu'en ce qui concerne le traitement spécifique de ces affections; le Roi détermine ce qu'il faut entendre par « service spécialisé » et par « traitement spécifique »;

4° une intervention de l'Etat égale à 50 % du montant des frais afférents aux indemnités d'incapacité prolongée versées aux titulaires;

5° une intervention de l'Etat égale à 95 % du montant des frais afférents aux indemnités d'invalidité versées aux titulaires;

6° une intervention de l'Etat égale à 95 % du montant des frais afférents aux allocations pour frais funéraires;

7° une intervention de l'Etat destinée à remplacer la cotisation des chômeurs; cette intervention correspond, pour chaque organisme assureur, à un montant égal à la valeur moyenne de ses bons de cotisation, établie par jour ouvrable et est payée pour chaque journée effective de chômage contrôlé au sens de l'article 21, deuxième alinéa;

8° *une intervention de l'Etat égale à 27 % des prévisions budgétaires* des dépenses de l'assurance maladie-invalidité, à l'exclusion des prestations relatives aux indemnités d'incapacité de travail et des allocations pour frais funéraires, et des frais d'administration des organismes assureurs qui s'y rapportent, ainsi que des prévisions budgétaires de dépenses afférentes aux prestations visées au 3° du présent article;

9° les dons et legs, destinés à l'assurance maladie-invalidité, acceptés par le Conseil général de l'Institut ou par le Ministre de la Prévoyance sociale.

La Commission attache beaucoup d'intérêt aux modifications apportées aux 7° et 8° de cet article; le texte original mettant en danger l'équilibre financier en cas de récession économique.

a) in artikel 4, eerste lid, A, van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders, zoals ze bij deze wet is gewijzigd;

b) in artikel 4, eerste lid, B, van eveengenoemde besluitwet van 28 december 1944, zoals ze bij deze wet is gewijzigd;

c) in artikel 2, § 4, A, van de besluitwet van 10 januari 1945 betreffende de sociale zekerheid van de mijnwerkers en met dezen gelijkgestelden, zoals ze bij deze wet is gewijzigd;

d) in de reglementering betreffende de toepassing van het besluit van de Regent van 2 april 1947 betreffende de toepassing van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders, op de werkgevers en de bij contract van huisdienstverhuring verbonden arbeiders van de kantons Eupen, Malmedy en Sankt-Vith;

e) in de reglementering betreffende de betalingsmodaliteiten der bijdragen van sociale zekerheid, verschuldigd door de door arbeidsongevallen getroffenen, begunstigd bij de wetgeving betreffende de vergoeding van schade voortspruitende uit deze ongevallen;

f) in de reglementering betreffende de betalingsmodaliteiten der bijdragen van sociale zekerheid, verschuldigd door de door beroepsziekten getroffenen die, krachtens de wetgeving op de schadeloosstelling inzake beroepsziekten, op vergoeding zijn gerechtigd;

2° de persoonlijke bijdragen gestort door de gerechtigden bij toepassing van de artikelen 66, § 1, 2°, *en § 2, 68, eerste lid*, 2°, 69, 71, 72, § 3, en 73;

3° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 95 % van het bedrag der kosten gemoeid met de in artikel 23, 6°, bedoelde verstrekkingen, zowel wat de kosten van ziekenhuisverpleging in de diensten welke gespecialiseerd zijn in de behandeling van de aldaar opgesomde aandoeningen, als wat de specifieke behandeling van die aandoeningen betreft; de Koning bepaalt wat wordt verstaan onder « gespecialiseerde dienst » en onder « specifieke behandeling »;

4° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 50 % van het bedrag des kosten gemoeid met de uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid, betaald aan de gerechtigden;

5° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 95 % van het bedrag der kosten gemoeid met de invaliditeitsuitkeringen, betaald aan de gerechtigden;

6° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 95 % van het bedrag der kosten gemoeid met de uitkeringen voor begrafeniskosten;

7° een Rijkstegemoetkoming bestemd om de bijdrage van de werklozen te vervangen; die tegemoetkoming stemt voor elke verzekeringsinstelling overeen met een bedrag gelijk aan de gemiddelde waarde van haar bijdragebons welke per werkdag is vastgesteld en wordt betaald voor elke werkelijke dag gecontroleerde werkloosheid als bedoeld in artikel 21, tweede lid;

8° *een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 27 % van de uitgavenbegrotingsvooruitzichten* van de ziekte en invaliditeitsverzekering, met uitsluiting van de prestaties inzake de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de uitkeringen voor begrafeniskosten, en van de administratiekosten der verzekeringsinstellingen daarmee in verband, alsmede van de uitgavenbegrotingsvooruitzichten inzake de in 3° van dit artikel bedoelde verstrekkingen;

9° de giften en legaten bestemd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering welke door de Algemene raad van het Instituut of door de Minister van Sociale Voorzorg worden aanvaard.

De Commissie hecht veel behang aan de wijzigingen aangebracht in 7° en 8° van dit artikel, daar de oorspronkelijke tekst het financieel evenwicht in gevaar bracht in geval van economische recessie.

La technique de l'intervention de l'Etat repose sur des prévisions de dépenses.

— La première formule prévoyait que sur cette masse prévisionnelle de dépenses, l'Etat octroyait 32 % qui devaient couvrir des dépenses de l'A. M. I. y compris les prévisions de chômage. Ce système était de nature à provoquer des difficultés financières en cas de récession économique, car dans ce cas on distrairait une somme trop importante pour les chômeurs au détriment des autres assurés.

— Dans le nouveau système on a fixé d'une façon permanente le montant de l'intervention de l'Etat à 27 %, qui évolue en fonction de l'évolution des dépenses, tout en soustrayant de cette intervention celle qui sera accordée aux chômeurs.

— Les 5 % qui manquent au départ correspondent à une intervention de l'Etat qui était de 4,2 % à la condition d'un chômage minimum.

— Dans le nouveau système, l'intervention de l'Etat sera remplacée par une somme mobile et l'Etat paiera sur le nombre réel de chômeurs. Ce système garantit l'équilibre du régime.

Amendements de M. Glineur.

M. Glineur défend globalement ses amendement aux aux articles 121, 129, 136 et 149 en estimant que le projet de loi devrait tendre à la concrétisation de la notion : « L'Etat est responsable de la santé publique comme il l'est de l'éducation nationale. »

Le Ministre souligne que les modifications apportées aux 7° et 8° de l'article 121 impliquent la suppression du § 2 à l'article 129, c'est-à-dire la couverture de la moitié du déficit entraîné par une récession économique par l'augmentation des cotisations des travailleurs et des employeurs.

Les amendements de M. Glineur sont repoussés à l'unanimité.

Amendement de M. Posson.

Cet amendement, couvert par les modifications apportées au texte de l'article 121, est retiré.

L'article modifié est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 122 :

Modification au texte.

La commission unanime modifie le texte de cet article comme suit :

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité dispose des ressources visées à l'article 121.

Il prélève sur ces ressources le montant des frais d'administration prévu au budget visé à l'article 8, 2°, ainsi que le montant de l'excédent des frais d'administration de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, visé à l'article 125, § 2.

Il répartit entre le secteur des soins de santé et le secteur des indemnités, les diverses ressources visées à l'article 121 qui leur sont respectivement destinées, en les réduisant d'une proportion identique à celle que représente le montant du prélèvement visé au deuxième alinéa du présent article par rapport à l'ensemble des ressources de l'assurance.

De techniek van de rijkstegemoetkoming berust op de uitgavenraming.

— Bij de eerste formule werd bepaald dat de Staat 32 % van de totale geraamde uitgaven toekende voor de dekking van de uitgaven der V. Z. I., met inbegrip van de werkloosheidsraming. Dit stelsel kon financiële moeilijkheden tot gevolg hebben in tijden van economische recessie, want in dit geval zou men een te belangrijk bedrag afnemen voor de werklozen ten nadele van de andere verzekeringsplichtigen.

— In de nieuwe regeling heeft men het bedrag van de rijkstegemoetkoming bestendig op 27 % vastgesteld, en dit schommelt in verhouding tot de uitgaafschommeling. Van deze tegemoetkoming wordt tevens diegene afgetrokken die aan de werklozen zal worden verleend.

— De 5 % die bij de aanvang ontbreken, stemmen overeen met de rijkstegemoetkoming die 4,2 % was bij een minimaal werkloosheidscijfer.

— In het nieuwe stelsel wordt de rijkstegemoetkoming vervangen door een veranderlijk bedrag en de Staat betaalt naar gelang van het werkelijk aantal werklozen. Deze regeling waarborgt het evenwicht van het stelsel.

Amendementen van de heer Glineur.

De heer Glineur verdedigt zijn gezamenlijke amendementen op de artikelen 121, 129, 136 en 149 en is van mening dat het wetsontwerp ertoe zou moeten strekken het denkbeeld : « de Staat is verantwoordelijk voor de volksgezondheid evenals voor de nationale opvoeding » te concretiseren.

De Minister beklemtoont dat de wijzigingen aangebracht in 7° en 8° van artikel 121 de afschaffing insluiten van § 2 van artikel 129, dit wil zeggen de dekking van de helft van het tekort ten gevolge van een economische recessie door de verhoging van de bijdragen van werknemers en werkgevers.

De amendementen van de heer Glineur worden eenparig afgewezen.

Amendement van de heer Posson.

Dit amendement dat wordt gedekt door de wijzigingen aangebracht in de tekst van artikel 121, wordt ingetrokken.

Het gewijzigd artikel werd aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 122 :

Wijzigingen van de tekst.

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen :

« Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering beschikt over de in artikel 121 bedoelde inkomsten.

Het heft op die inkomsten het bedrag van de administratiekosten opgenomen in de in artikel 8, 2°, bedoelde begroting alsmede het in artikel 8, § 2, bedoelde meerbedrag der administratiekosten van het Openbaar ziekte- en invaliditeitsfonds.

Het verdeelt over de tak geneeskundige verzorging en de tak uitkeringen, de verschillende in artikel 121 bedoelde inkomsten welke respectief voor hen zijn bestemd, na ze te hebben verminderd met een percentage dat de verhouding uitdrukt waarin het bedrag van de in het tweede lid van dit artikel bedoelde heffing tot de gezamenlijke verzekeringsinkomsten staat.

Il affecte dans ces conditions :

1° au secteur des soins de santé :

a) la part des cotisations visées à l'article 121, 1° qui lui est destinée;

b) la part des cotisations personnelles visées à l'article 121, 2°, fixé à :

60 % des cotisations dues en application des articles 66, § 1, 2° *et § 2*, et 68, premier alinéa, 2°;
100 % des cotisations dues en application de l'article 69;

100 % des cotisations dues en application de l'article 71;

100 % des cotisations dues en application de l'article 72, § 3;
100 % des cotisations dues en application de l'article 73;

c) l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 3°;
d) l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 7°;
e) l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 8°;
f) les dons et legs visés à l'article 121, 9° à raison de :

100 % lorsqu'ils sont expressément destinés à l'assurance-soins de santé;
60% lorsqu'ils sont destinés à l'ensemble du régime d'assurance maladie-invalidité;

2° au secteur des indemnités :

a) la part des cotisations visées à l'article 121, 1° qui lui est destinée;
b) la part des cotisations personnelles visées à l'article 121, 2° fixée à 40 % des cotisations dues en application des articles 66, § 1, 2°, *et § 2*, et 68, premier alinéa, 2°;

c) les interventions de l'Etat visées à l'article 121, 4°, 5° et 6°;
b) les dons et legs visés à l'article 121, 9° à raison de :

100 % lorsqu'ils sont expressément destinés à l'assurance-indemnités;
40 % lorsqu'ils sont destinés à l'ensemble du régime d'assurance maladie-invalidité.

Amendements de M. Posson (Doc. n° 527/18).

Sont retirés étant donné la modification du texte.
L'article amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Au § premier, M. Posson préconise de remplacer les mots « Dans les conditions » par les mots « *Suivant les modalités* ».
Cet amendement est adopté à l'unanimité.
Les deux autres amendements de M. Posson étant couverts par les modifications, portées au texte de cet article sont retirés.

b) *Questions :*

Plusieurs questions sont posées au sujet de la cotisation de remplacement payée par les chômeurs.

Une note dont l'essentiel est repris sous le chapitre du « financement » a été remise à ce sujet par le Ministre.

L'article amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Het wijst onder die voorwaarden toe :

1° aan de tak geneeskundige verzorging :

a) het deel van de in artikel 121, 1°, bedoelde bijdragen dat voor hem is bestemd;

b) het deel van de in artikel 121, 2°, bedoelde persoonlijke bijdragen dat vastgesteld is op :

60 % van de bij toepassing van de artikelen 66, § 1, 2°, *en § 2*, en 68, eerste lid, 2°, verschuldigde bijdragen;
100 % van de bij toepassing van artikel 69 verschuldigde bijdragen;
100 % van de bij toepassing van artikel 71 verschuldigde bijdragen;
100 % van de bij toepassing van artikel 72, § 3, verschuldigde bijdragen;
100 % van de bij toepassing van artikel 73 verschuldigde bijdragen;

c) de in artikel 121, 3°, bedoelde rijkstegemoetkoming;
d) de in artikel 121, 7° bedoelde rijkstegemoetkoming;
e) de in artikel 121, 8°, bedoelde rijkstegemoetkoming;
f) de in artikel 121, 9°, bedoelde giften en legaten, naar rata van :

100 % wanneer ze uitdrukkelijk voor de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn bestemd;
60 % wanneer ze voor de gezamenlijke regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn bestemd;

2° aan de tak uitkeringen :

a) het deel van de in artikel 121, 1°, bedoelde bijdragen dat voor hem is bestemd;
b) het deel van de in artikel 121, 2° bedoelde persoonlijke bijdragen dat vastgesteld is op 40 % van de bij toepassig van de artikelen 66, § 1, 2°, *en § 2*, en 68, eerste lid, 2°, verschuldigde bijdragen;
c) de in artikel 121, 4°, 5° en 6° bedoelde Rijkstegemoetkomingen;
d) de in artikel 121, 9°, bedoelde giften en legaten, naar rata van :

100 % wanneer ze uitdrukkelijk voor de uitkeringsverzekering zijn bestemd;
40 % wanneer ze voor de gezamenlijke regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn bestemd.

Amendementen van de heer Posson (Stuk nr 527-18).

Worden ingetrokken wegens wijziging van de tekst.
Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.
De heer Posson stelt voor in § 1 de woorden : « Onder de voorwaarden » te vervangen door de woorden : « *Volgens de modaliteiten* ».
Dit amendement wordt eenparig aangenomen.
Daar de andere twee amendementen van de heer Posson zijn gedekt door de wijzigingen aangebracht in de tekst van dit artikel, worden zij ingetrokken.

b) *Vragen :*

Verschillende vragen worden gesteld in verband met de bijdrage ter vervanging, die door de werklozen wordt betaald.
Hieromtrent is een nota overhandigd door de Minister, waarvan onder hoofdstuk « financiering » het voornaamste is opgenomen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

SECTION 2.

De la répartition des revenus de l'assurance.

Article 123 :

a) *Modification au texte.*

La Commission unanime marque son accord pour modifier le texte de cet article comme suit :

« § 1. — Dans les conditions déterminées par le Comité de gestion du Service des soins de santé, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité alloue à chaque organisme assureur, pour l'assurance-soins de santé :

1° la part des cotisations visées à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, *a)* et *b)*, suivant la valeur des cotisations de ses bénéficiaires;
2° une somme destinée à remplacer la cotisation des chômeurs; elle est fixée pour chaque organisme assureur et pour chaque journée de chômage effective, à un montant égal, pour chacun de ces organismes, à la valeur moyenne de ses bons de cotisation; cette somme est prélevée sur l'intervention visée à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, *d)*;

3° une part de l'intervention visée à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, *e)*; cette intervention est répartie au prorata du nombre de pensionnés visés à l'article 21, 7° et 8°, de veuves visées à l'article 21, 9°, et des titulaires au bénéfice d'indemnités d'incapacité prolongée, visées à l'article 50, et d'indemnités d'invalidité, visées à l'article 53. Le montant attribué pour chacun de ces titulaires est calculé en fonction du coût moyen des prestations de santé établi pour l'ensemble du pays pour chaque catégorie de ces titulaires, et sur base des trois derniers exercices connus.

Dans les conditions déterminées par le Comité de gestion du Service des indemnités, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, alloue à chaque organisme assureur, pour l'assurance-indemnités, la part des frais d'administration prélevée sur les ressources visées à l'article 122, quatrième alinéa, 2°, conformément à l'article 125, § 1.

§ 2. — L'Institut national d'assurance maladie-invalidité rembourse aux organismes assureurs, dans les conditions déterminées respectivement par le Comité de gestion du Service des soins de santé et par le Comité de gestion du Service des indemnités, d'une part le montant des frais afférents aux prestations visées à l'article 23, 6°, telles qu'elles sont définies à l'article 121, 3°, et, d'autre part le montant des indemnités d'incapacité de travail et des allocations pour frais funéraires qu'ils ont payées. »

SECTION 3.

Des frais d'administration des organismes assureurs.

Article 124 :

M. D'haeseleer dépose un amendement ayant pour but de garantir des frais d'administration suffisants aux orga-

AFDELING 2.

Verdeling van de verzekeringsinkomsten.

Artikel 123 :

a) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« § 1. — Volgens de modaliteiten welke het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bepaalt, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan iedere verzekeringsinstelling, voor de verzekering voor geneeskundige verzorging :

1° het deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, *a)* en *b)*, bedoelde bijdragen volgens de waarde van de bijdragen van haar rechthebbenden;
2° een som ter vervanging van de bijdragen van de werklozen; ze wordt voor iedere verzekeringsinstelling en voor elke in de begroting opgenomen werkelijke werkloosheidsdag vastgesteld op een bedrag dat, voor ieder van die instellingen gelijk is aan de gemiddelde waarde van haar bijdragebons; die som wordt geheven op de in artikel 122, vierde lid, 1°, *d)*, bedoelde tegemoetkoming;
3° een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, *e)*, bedoelde tegemoetkoming; die tegemoetkoming wordt verdeeld naar rata van het aantal gepensioneerden bedoeld in artikel 21, 7° en 8°, het aantal weduwen bedoeld in artikel 21, 9° en het aantal gerechtigden die de in artikel 50 bedoelde uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid en de in artikel 53 bedoelde invaliditeitsuitkeringen genieten. Het voor ieder van die gerechtigden toegewezen bedrag wordt berekend uitgaande van de gemiddelde kosten van de geneeskundige verstrekkingen, voor het ganse land vastgesteld voor elke groep van gerechtigden op basis van de jongste drie bekende dienstjaren.

Onder de voorwaarden welke het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan iedere verzekeringsinstelling voor de uitkeringsverzekering het deel van de administratiekosten dat overeenkomstig artikel 125, § 1, wordt geheven op de in artikel 122, vierde lid, 2°, bedoelde inkomsten.

§ 2. — Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering betaalt aan de verzekeringsinstellingen, onder de door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, respectief het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalde voorwaarden, eensdeels, het bedrag der kosten gemoeid met de in artikel 23, 6°, bedoelde verstrekkingen welke in artikel 121, 3°, zijn omschreven en, anderdeels, het bedrag van de door hen verleende uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor begrafeniskosten. »

AFDELING 3.

Administratiekosten van de verzekeringsinstellingen.

Artikel 124 :

De heer D'haeseleer stelt een amendement voor met het doel de verzekeringsinstellingen voldoende administratie-

nismes assureurs en les déchargeant notamment des frais de contrôle.

Le Ministre souligne que le montant dont disposent les organismes assureurs pour couvrir leurs frais d'administration, est fixé en appliquant un pourcentage déterminé au montant de leurs ressources. Ce montant s'ajoute au montant des sommes mises à la disposition de l'organisme assureur pour payer les préventions prévues par la loi. En réalité, les organismes assureurs disposent d'une somme globale qu'ils utilisent selon leurs besoins.

Le Ministre ajoute que le pourcentage à fixer pour les frais d'administration sera identique pour tous les organismes assureurs qui sont égaux au point de vue nombre d'affiliés mais que pour les organismes assureurs à faible effectif il sera supérieur à celui fixé pour les organismes assureurs à effectif important.

M. D'haeseleer retire son amendement.

L'article est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 125 :

Modification du texte.

La Commission unanime modifie le texte de cet article comme suit :

« § 1. — Les frais d'administration des organismes assureurs sont prélevés sur les ressources de l'assurance visées à l'article 122, quatrième alinéa, 2°, à l'article 123, *§ 1, 1°, 2° et 3°*, et à l'article 121, 3°. »
(Non modifié.)

Amendement de M. Vanderhaegen : cet amendement est retiré après que le Ministre eut déclaré que les frais d'administration font partie de la masse des dépenses de chaque organisme assureur.
C'est cette masse de dépenses qui ne pourra dépasser le budget fixé.

Amendement de M. D'haeseleer : cet amendement est retiré après que le Ministre eut marqué son accord quant à l'objectif poursuivi par son auteur à savoir : tenir compte de ce que les frais d'administration des petites unions nationales sont proportionnellement plus élevés que ceux des organismes assureurs plus importants.

L'article amendé est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

SECTION 4.

Dispositions financières.

Article 126 :

Modification du texte.

La commission unanime est d'accord pour modifier le texte de cet article comme suit :

Lorsqu'un organisme assureur clôture un exercice en boni, il doit prélever au moins 40 % de ce boni, pour constituer une réserve légale.

kosten te waarborgen door hen onder meer te ontslagen van de controlekosten.

De Minister wijst erop dat het bedrag waarover de verzekeringsinstellingen beschikken om hun administratiekosten te dekken wordt vastgesteld door middel van een bepaald percentage van het bedrag van hun inkomsten. Dit bedrag moet worden toegevoegd aan de bedragen die ter beschikking van de verzekeringsinstelling worden gesteld om de prestaties, waarin de wet voorziet, te bepalen. In werkelijkheid beschikken de verzekeringsinstellingen over een globaal bedrag dat zij gebruiken volgens hun behoeften.

De Minister voegt eraan toe dat het te bepalen percentage voor het bedrag der administratiekosten hetzelfde is voor alle verzekeringsinstellingen met eenzelfde aantal aangeslotenen, maar voor de verzekeringsinstellingen met een kleine getalsterkte zal het hoger liggen dan dit bepaald voor de verzekeringsinstellingen met een belangrijke getalsterkte.

De heer D'haeseleer trekt zijn amendement in.

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 125 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen :

« § 1. — De administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden geheven op de in artikel 122, vierde lid, 2°, in artikel 123, *§ 1, 1°, 2° en 3°*, en in artikel 121, 3°, bedoelde verzekeringsinkomsten. »
(Het overige blijft ongewijzigd).

Amendement van de heer Vanderhaegen : dit amendement wordt ingetrokken nadat de Minister heeft verklaard dat de administratiekosten een deel zijn van de totale uitgaven van iedere verzekeringsinstelling.
Het zijn deze totale uitgaven die niet méér mogen belopen dan de vastgestelde begroting.

Amendement van de heer D'haeseleer : dit amendement wordt ingetrokken nadat de Minister zijn instemming heeft betuigd met het door de steller beoogde doel, met name : er rekening mede houden dat de administratiekosten van de kleine landsbonden in verhouding belangrijker zijn dan die van de grotere verzekeringsinstellingen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 4.

Financiële bepalingen.

Artikel 126 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie gaat er eenparig mede akkoord de tekst van dit artikel als volgt te wijzigen :

Wanneer een verzekeringsinstelling een dienstjaar met een boni afsluit, moet ze ten minste 40 % van dat boni afnemen om een wettelijke reserve te vormen.

Ce prélèvement ne doit plus être fait lorsque le montant de la réserve légale atteint 10 % des prévisions de dépenses de l'exercice en cours.

Le solde du boni est affecté à la réserve ordinaire; il peut être utilisé pour accorder aux bénéficiaires des avantages complémentaires qui, en aucun cas, ne peuvent cependant constituer une augmentation de l'intervention prévue pour une prestation visée à l'article 23. Ces avantages complémentaires doivent concerner des soins préventifs ou curatifs, y compris les frais de déplacement qui permettent d'y recourir, notamment le service désigné sous le nom de « home care ».

Le Ministre de la Prévoyance sociale approuve la nature de ces avantages complémentaires, après avoir constaté leur conformité aux normes fixées à l'alinéa précédent.

Amendement de M. D'haeseleer : L'auteur de cet amendement veut supprimer l'article 126 dont les dispositions entraîneront, dit-il, une discrimination entre les assurés sociaux en fonction de la situation financière de leur organisme assureur.

Il fait valoir au surplus que l'on a supprimé l'octroi d'avantages extra-légaux dans les caisses d'allocations familiales alors qu'on les introduit dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Un commissaire souligne que de toute façon tous les assurés sociaux pourront prétendre à toutes les prestations prévues dans la loi.

Un autre commissaire se réjouit du compromis réalisé par les deux groupes de la majorité autour des notions de « solidarité » et de « responsabilité » notions qui, dit-il, ne se contredisent pas mais se complètent.

Le Ministre se rallie à ces deux points de vues qu'il résume par la formule « compensation au départ, responsabilité à l'arrivée ».

L'amendement de M. D'haeseleer est repoussé par 15 voix contre 2.

Question.

Un membre sollicite des indications complémentaires au sujet des avantages extra-légaux en relation avec les soins préventifs ou curatifs, y compris les frais de déplacement nécessaires à leur dispensation et spécialement au sujet du « home care ».

Réponse du Ministre : Le terme « home care » peut être paraphrasé par les termes « hospitalisation à domicile ». Actuellement des considérations d'ordre social et des préoccupations en matière d'hygiène, plus que des préoccupations d'ordre médicale nécessitent l'hospitalisation de certains bénéficiaires. Si un service désigné sous le nome « home care » était organisé, il y aurait moyen de soigner ces bénéficiaires à domicile.

L'article amendé est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 127 :

Certains membres estiment qu'il y a contradiction entre les articles 126 et 127. Cette opinion est due à ce qui suit :

Il résulte de l'article 126 que la réserve ordinaire peut être utilisée pour accorder aux bénéficiaires des avantages

Die afneming hoeft niet meer te worden verricht wanneer het bedrag van de wettelijke reserve 10 % bereikt van de uitgavenramingen voor het lopende dienstjaar.

Het saldo van het boni is bestemd voor de gewone reserve; het mag worden aangewend om de rechthebbenden bijkomende voordelen te verlenen welke evenwel nimmer tot verhoging mogen strekken van de tegemoetkoming waarin voor een in artikel 23 bedoelde verstrekking is voorzien. Die bijkomende voordelen moeten betrekking hebben op preventieve of curatieve verzorging, met inbegrip van de reiskosten welke nodig zijn om ze te ontvangen, in het bijzonder de dienst aangegeven onder de benaming « home care ».

De Minister van Sociale Voorzorg keurt de aard van die bijkomende voordelen goed, na te hebben vastgesteld dat ze in overeenstemming zijn met de in het vorige lid vastgestelde normen.

Amendement van de heer D'haeseleer : De steller van dit amendement wil artikel 126 weglaten daar het, zegt hij, een discriminatie invoert tussen de sociaal verzekerden in functie van de geldelijke toestand hunner verzekeringsinstelling.

Hij voert bovendien aan dat men het verlenen van extralegale voordelen bij de kinderbijslagfondsen heeft afgeschaft terwijl men ze invoert in het kader van ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een commissielid wijst erop dat alle sociaal verzekerden in ieder geval kunnen aanspraak maken op alle prestaties waarin de wet voorziet.

Een ander commissielid verheugt zich over het vergelijk dat de twee meerderheidsgroepen hebben bereikt omtrent de begrippen « solidariteit » en « verantwoordelijkheid », begrippen, zo zegt hij, die mekaar niet tegenspreken maar mekaar aanvullen.

De Minister vervoegt zich bij de beide standpunten, die hij samenvat met de formule « aanvankelijk verevening; uiteindelijke verantwoordelijkheid ».

Het amendement van de heer D'haeseleer wordt verworpen met 15 tegen 2 stemmen.

Vraag.

Een lid vraagt bijkomende toelichtingen omtrent de extra-legale voordelen met betrekking tot de preventieve of curatieve verzorging, met inbegrip van de reiskosten welke nodig zijn om ze te ontvangen en vooral inzake de « home care ».

Antwoord van de Minister : De benaming « home care » kan worden omschreven met de woorden « hospitalisatie thuis ». Vandaag de dag maken beschouwingen van sociale aard en beslommeringen inzake hygiëne, meer nog dan geneeskundige redenen, de hospitalisatie van zekere gerechtigden noodzakelijk. Indien men een dienst opricht onder de benaming « home care » zal men deze gerechtigden thuis kunnen verzorgen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 127 :

Sommige leden zijn van mening dat er tegenspraak is tussen artikel 126 en 127. Die opvatting spruit voort uit het volgende :

Het blijkt uit artikel 126 dat de gewone reserve mag worden aangewend om aan de rechthebbende bijkomende

complémentaires concernant les soins préventifs ou curatifs.

L'article 127 prescrit d'autre part d'affecter la réserve légale et la réserve ordinaire, à concurrence de 40 % au plus en prêts à des institutions médico-sociales, à concurrence de 5 % à des bâtiments administratifs, et le restant en placement en fonds d'Etat ou garantis par l'Etat. Comment peut-on, dans ces conditions, accorder des avantages complémentaires ?

Réponse : Il n'y a pas de contradiction entre les dispositions de l'article 126 d'une part et celles de l'article 127 d'autre part.

L'article 127 oblige les organismes assureurs à effectuer de la façon fixée par le dit article, leur réserve légale et leur réserve ordinaire, à concurrence de 45 % de leur montant; le reste peut être consacré à la dispensation des avantages complémentaires dont question à l'article 126.

L'article est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 128 :

Répondant à un commissaire, le Ministre précise que le taux des cotisations complémentaires éventuelles doivent être fixés par les organismes assureurs intéressés.

L'article est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 129 :

Modification au texte.

Suite aux modifications apportées à l'article 121 (7° et 8°), le § 2 de l'article 129 est supprimé.

L'amendement de M. Glineur est retiré.

Répondant à la question de savoir ce qu'on entend par événement imprévu de gravité exceptionnelle, le Ministre précise que sont essentiellement visées en l'occurrence les épidémies.

La Commission s'étonne également du fait que l'avis du Comité de gestion n'est pas demandé pour des questions d'une telle importance, à quoi le Ministre répond que le texte proposé n'exclut pas cette consultation et ne s'y oppose pas non plus.

L'article amendé est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 130 :

Adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 131 :

Modification au texte.

La Commission décide de remplacer, à la dernière ligne de cet article, les mots « égale à 32 % des prévisions de dépenses » par les mots « visé à l'article 131, 7° et 8° ».

L'article amendé est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

voordelen te verlenen die betrekking hebben op preventieve of curatieve verzorging.

Artikel 127 legt anderzijds de verplichting op de wettelijke en gewone reserve te besteden tot het beloop van ten hoogste 40 % voor leningen aan medische-sociale inrichtingen, tot een beloop van 5 % voor administratieve gebouwen en de rest voor belegging in effecten van de staat of door deze gewaarbord. Hoe kunnen in die omstandigheden bijkomende voordelen worden verstrekt ?

Antwoord : Er is geen tegenspraak tussen het bepaalde in artikel 126, enerzijds, en het bepaalde in artikel 127, anderzijds.

Artikel 127 legt de verzekeringsinstellingen de verplichting op hun wettelijke reserve en hun gewone reserve aan te wenden, zoals bepaald in genoemd artikel, tot een beloop van 45 % van hun bedrag; de rest mag worden gebruikt voor het verstrekken van de bijkomende voordelen, waarvan sprake in artikel 126.

Het artikel wordt goedgekeurd met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 128 :

In antwoord aan een commissielid verklaart de Minister dat de bedragen der eventuele bijkomende bijdragen door de betrokken verzekeringsinstellingen moeten worden vastgesteld.

Het artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 129 :

Wijziging van de tekst.

Ingevolge de wijzigingen aangebracht in artikel 121 (7° en 8°) wordt § 2 van artikel 129 weggelaten.

Het amendement van de heer Glineur wordt ingetrokken.

Op vraag van wat verstaan wordt door uitzonderlijk ernstige onvoorziene gebeurtenis antwoordt de Minister dat hier hoofdzakelijk de epidemiën bedoeld worden.

De Commissie is tevens verwondert dat voor een dergelijk belangrijk aangelegenheid het beheerscomité van het Rijksinstituut niet wordt geraadpleegd, waarop de Minister antwoordt dat de voorgestelde tekst de raadpleging niet uitsluit en er zich ook niet tegen verzet.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 130 :

Aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 131 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit, in de laatste regel van dit artikel, de woorden : « gelijk aan 32 % van de uitgavenvooruitzichten » te vervangen door de woorden : « de in artikel 121, 7° en 8°, bedoelde ».

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 132 :

Adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 133 :

La commission unanime modifie le texte de cet article comme suit :

« *§ 1. — L'exercice financier coïncide avec l'année civile.*

Les budgets visés aux articles 8, 2°, 3° et 4°, 12, 1° et 2°, 40, 7° et 8°, 79, 15° et 93, 8°, sont annuels et établis pour une période de trois ans.

§ 2. — Les budgets visés aux articles 8, 2°, 12, 1° et 40, 8°, comprennent les prévisions de recettes et de dépenses respectivement pour l'ensemble de l'assurance maladie-invalidité, pour l'assurance soins de santé et pour l'assurance-indemnités.

Ces prévisions sont établies en partant des opérations enregistrées dans les comptes visés à l'article 8, 2°, des prévisions en matière d'emploi et de cotisations de l'Office national de sécurité sociale et du Fonds national de retraite des ouvriers mineurs et de l'évolution des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices connus.

L'évolution des dépenses, constatée au cours des trois derniers exercices connus, est projetée sur une nouvelle période de trois ans, en y ajoutant un coefficient de sécurité qui ne peut excéder 5 %.

Les prévisions visées aux alinéas précédents sont éventuellement corrigées lors de l'établissement des budgets en fonction des résultats escomptés des mesures visées aux articles 8, 9° et 10°, 12, 4°, 6°, 11° et 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° et 11°.

Il ne peut en aucun cas être tenu compte du montant des sanctions visées à l'article 124, § 2, ou de prestations payées indûment ni des avantages complémentaires octroyés en vertu de l'article 126.

§ 3. — Les budgets visés aux articles 8, 2°, et 12, 1° établissent, par organisme assureur, la prévision du nombre de bénéficiaires visés aux articles 21, 7°, 8°, 9°, 50 et 53 pour chacun des exercices compris dans la période de trois ans, en y projetant l'évolution de ces nombres, constatés dans chaque organisme assureur au cours des trois derniers exercices connus.

§ 4. — Les budgets visés aux articles 8, 2° et 12, 1° fixant en vertu de l'article 123, § 1, 3°, pour chaque exercice de la période de trois ans et sur la base des éléments visés au § 3 ci-dessus la part de l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 8° destinée à chaque organisme assureur.

§ 5. — Les budgets visés aux articles 8, 2°, et 12, 1° prévoient une intervention prévisionnelle de l'Etat pour parer au défaut de cotisation des chômeurs; cette intervention est, sans préjudice des dispositions de l'article 121, 7°, calculée en fonction du nombre de chômeurs arrêté dans les prévisions budgétaires de l'Etat.

§ 6. — Les budgets doivent établir le niveau des recettes escomptées par les cotisations des travailleurs et des em-

Artikel 132 :

Aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 133 :

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« *§ 1. —* Het financieel dienstjaar valt samen met het kalenderjaar.

De in de artikelen 8, 2°, 3° en 4°, 12, 1° en 2°, 40, 7° en 8°, 79, 15° en 93, 8°, bedoelde begrotingen lopen over één jaar en worden telkens voor een driejarig tijdvak opgemaakt.

§ 2. — De in de artikelen 8, 2°, 12, 1° en 40, 8°, bedoelde begrotingen bevatten voor het geheel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, respectief de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering de vooruitzichten inzake ontvangsten en uitgaven.

Die vooruitzichten worden opgemaakt uitgaande van de verrichtingen geboekt in de in artikel 8, 2°, bedoelde berekeningen, van de vooruitzichten inzake tewerkstelling en bijdragen van de Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid en van het Nationaal Pensioenfonds voor mijnwerkers en van de evolutie van de uitgaven vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren.

De evolutie van de uitgaven, vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren, wordt geprojekteerd over een nieuw driejarig tijdvak, onder toevoeging van een veiligheidscoëfficiënt welke niet meer dan 5 % mag belopen.

De in vorige leden bedoelde vooruitzichten worden door het opmaken der begrotingen gebeurlijk verbeterd in functie van de te verwachten gevolgen van de bij de artikelen 8 9° en 10°, 12, 4°, 6°, 11 en 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° en 11°, bedoelde maatregelen.

In geen geval mag rekening gehouden worden met het bedrag van in artikel 124, § 2, bedoelde sancties of ten onrechte betaalde prestaties, noch met de krachtens artikel 126 toegekende bijkomende voordelen.

§ 3. — In de bij de artikelen 8, 2°, en 12, 1° bedoelde begrotingen wordt, voor elk dienstjaar van het driejarige tijdvak, per verzekeringsinstelling, de raming vastgesteld van het aantal in de artikelen 21, 7°, 8°, 9°, 50 en 53 bedoelde rechthebbenden; daartoe wordt op dat dienstjaar de evolutie geprojecteerd van die aantallen, welk in elke verzekeringsinstelling tijdens de jongste drie bekende dienstjaren zijn vastgesteld.

§ 4. — In de bij de artikelen 8, 2°, en 12, 1°, bedoelde begrotingen wordt krachtens artikel 123, § 1, 3°, voor elk dienstjaar van het driejarige tijdvak, op de basis van de in § 3 hierboven bedoelde elementen, het deel vastgesteld van de in artikel 121, 8° bedoelde rijkstegemoetkoming dat voor elke verzekeringsinstelling is bestemd.

§ 5. — De in de artikelen 8, 2°, en 12, 1°, bedoelde begrotingen bevatten een vooruitzicht van de rijkstegemoetkoming om in het gemis aan bijdragen van de werklozen te voorzien; die tegemoetkoming wordt, onverminderd het bepaalde in artikel 121, 7°, berekend uitgaande van het aantal werklozen vastgesteld in 's Rijks begrotingsramingen.

§ 6. — De begrotingen moeten het peil bevatten van de verwachte inkomsten uit de bijdragen van werknemers en

ployeurs, en tenant compte du nombre de journées prévisionnelles de chômage, visé au § 5 ci-dessus. »

L'amendement de M. Posson, couvert par cette modification de texte est retiré.

L'article amendé est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

SECTION 5.

Dispositions administratives.

Article 34 :

Adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 135 :

Modification de texte.

La commission unanime décide de modifier le texte de cet article comme suit :

« Sans préjudice des dispositions de l'article 93, 5°, les bordereaux récapitulatifs des dépenses établis par fédération ou par office régional ainsi que le délai de remise de ces documents sont arrêtés dans les conditions fixées par le Roi.

Un exemplaire de ces documents est transmis au Service du contrôle administratif. »

Questions.

Un commissaire s'étant inquiété de savoir si les bordereaux dont il est question à cet article ne devront pas être confectionnés en double exemplaire et si cela ne compliquera pas le travail administratif des mutualités, le Ministre répond que cette formalité ne constituera pas une entrave au travail administratif des organismes assureurs.

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

TITRE IX.

DISPOSITIONS FINALES.

Article 136 :

Un commissaire ayant formulé des observations à l'égard de la méthode de répartition des cotisations, le Ministre insiste pour que rien ne soit changé à la formule adoptée qui part du principe de la « solidarité interne » entre toutes les catégories d'assurés.

L'article est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 137 :

Adopté par 15 voix et 2 abstentions.

werkgevers, rekening houdende met het aantal geraamde dagen werkloosheid dat bedoeld is in § 5 hiervoren. »

Het amendement van de heer Posson, dat door deze wijziging van de tekst is gedekt, wordt ingetrokken.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

AFDELING 5.

Administratieve bepalingen.

Artikel 134 :

Aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 135 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« Onverminderd het bepaalde in artikel 93, 5°, worden de verzamelborderellen van de uitgaven, opgemaakt per verbond of per gewestelijke dienst, alsmede de termijn tot inlevering van die bescheiden vastgesteld onder de voorwaarden die de Koning bepaalt.

Een exemplaar van die bescheiden wordt aan de Dienst voor administratieve controle gezonden. »

Vragen.

Daar een commissielid zich erover verontrust of de borderellen, waarvan sprake in dit artikel, niet in duplo moeten worden opgemaakt en of dit het administratief werk van de ziekenkassen niet zal compliceren, antwoordt de Minister dat deze formaliteit het administratief werk van de verzekeringsinstelling niet zal hinderen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

TITEL IX.

SLOTBEPALINGEN.

Artikel 136 :

Daar een commissielid opmerkingen maakt omtrent de wijze van verdeling van de bijdragen dringt de Minister erop aan dat niets zou worden gewijzigd aan de aangenomen formule, die uitgaat van het principe der « interne solidariteit » tussen alle categorieën van verzekeringsplichtigen.

Het artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 137 :

Aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 138 :

a) Portée de l'article et des modifications apportées au texte initial.

.....

Le § 1er vise les cotisations destinées au financement de l'assurance soins de santé. Il a été amendé par la Commission et dispose maintenant que le Roi modifie le montant des cotisations destinées au financement de l'assurance-soins de santé, après avis du Conseil général et par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres; cet amendement répond à la préoccupation qui a été manifestée par certains commissaires qui ont estimé que les représentants des travailleurs et des employeurs doivent pouvoir se prononcer, au même titre que les représentants des organismes assureurs et des médecins et autres dispensateurs de soins, au sujet d'une éventuelle augmentation des cotisations entraînée par des mesures prises par le Comité de gestion du Service des soins de santé.

Le budget de l'assurance-soins de santé doit en effet être établi par le Comité de gestion du Service des soins de santé où les organismes assureurs et les représentants des médecins et autres dispensateurs de soins occupent la majorité des mandats.

Lors de l'établissement des budgets, ledit Comité doit naturellement tenir compte des possibilités financières de l'assurance qu'il gère.

Le projet de loi contient cependant d'autre part des dispositions portant que des propositions émises par le Comité de gestion et qui peuvent influencer les dépenses de l'assurance-soins de santé (notamment les conventions avec les médecins et autres dispensateurs de soins, les modifications à apporter à la nomenclature des prestations de santé) requièrent l'approbation du Roi ou du Ministre de la Prévoyance sociale. La disposition de l'article 138, § 1er, est dès lors le corollaire du mécanisme légal prévu par la loi.

Les §§ 2 et 3 visent les cotisations destinées au financement de l'assurance-indemnités. Pour ce secteur d'assurance, le § 2, *a)*, reprend des dispositions analogues à celles de l'article 46 en raison du fait que le Comité de gestion du Service des indemnités dispose de la responsabilité de fixer le montant de l'indemnité d'incapacité primaire et qu'il est, dès lors, logique de lui donner des pouvoirs correspondants dans le domaine de l'adaptation du montant des cotisations destinées à couvrir la charge résultant du paiement de ces indemnités; comme le § 2, *b)*, concerne les cotisations destinées à couvrir les dépenses afférentes à des indemnités dont le Comité de gestion du service des indemnités propose le montant mais dont la charge est supportée à raison de 50 % ou de 95 % par l'Etat, ledit § 2, *b)*, dispose que le montant de ces cotisations est fixé par le Roi.

Le § 3 envisage l'éventualité où le Comité de gestion du Service des indemnités omettrait de faire au Roi la proposition d'augmentation requise des cotisations.

Le taux des cotisations de sécurité sociale n'est pas adapté par la loi parce qu'il a semblé préférable de réserver la possibilité de le faire dans le cadre des pourparlers concernant la programmation sociale. Si ces pourparlers n'aboutissent pas à un accord, le Gouvernement doit prendre ses responsabilités; il ne pourrait se borner à constater un non-lieu car tout le système prévu par la loi s'en trouverait déréglé.

Artikel 138 :

a) Strekking van het artikel en van de in oorspronkelijke tekst aangebrachte wijzigingen.

.....

§ 1 heeft betrekking op de bijdragen bestemd voor de financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het werd door de Commissie gewijzigd en bepaalt thans dat de Koning het bedrag van de bijdragen bestemd ter financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan wijzigen, na advies van de Algemene Raad en bij een gemotiveerd en in de Ministerraad overlegd besluit; dit amendement beantwoordt aan de bezorgdheid die sommige commissieleden toonden, daar zij van mening waren dat de vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers zich met evenveel recht als de verzekeringsinstellingen, de geneesheren en de andere verstrekkers van geneeskundige verzorging moesten kunnen uitspreken in verband met een eventuele verhoging der bijdragen ten gevolge van door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging genomen maatregelen.

De begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging moet in feite worden opgemaakt door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, waar de verzekeringsinstellingen en de vertegenwoordigers van geneesheren en andere verstrekkers van geneeskundige verzorging het merendeel der mandaten hebben.

Bij het opmaken van de begroting moet genoemd Comité natuurlijk rekening houden met de financiële mogelijkheden van de verzekering die het beheert.

Anderzijds bevat het wetsontwerp evenwel bepalingen waarbij wordt gesteld dat voor de voorstellen van het Beheerscomité, die de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen beïnvloeden, (met name de overeenkomsten met de geneesheren en andere verstrekkers van geneeskundige verzorging, de wijzigingen aangebracht in nomenclatuur der geneeskundige prestaties), de goedkeuring van de Koning of van de Minister van Sociale Voorzorg is vereist. Het bepaalde bij artikel 138, § 1, is dan ook het gevolg van het wettelijk mechanisme, waarin de wet voorziet.

De paragrafen 2 en 3 hebben betrekking op de bijdragen bestemd ter financiering van de uitkeringsverzekering. Voor deze verzekeringssector neemt § 2, *a)* weer dezelfde bepalingen op als in artikel 46, omdat het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen verantwoordelijk is voor het bepalen van het bedrag van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het is derhalve logisch dit Comité overeenkomstige bevoegdheden te verlenen op het gebied van de aanpassing van het bedrag van de bijdragen, bestemd voor de dekking van de lasten voorstpspruitend uit de betaling van deze uitkeringen; daar § 2, *b)*, betrekking heeft op de bijdragen bestemd voor de dekking van de uitgaven in verband met uitkeringen waarvan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen het bedrag voorstelt, maar waarvan de last voor 50 of 95 % gedragen wordt door de Staat, stelt voornoemde § 2, *b)*, dat het bedrag dezer uitkeringen bepaald wordt door de Koning.

§ 3 betreft de mogelijkheid waarbij het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zou nalaten het voorstel inzake de vereiste verhoging der bij dragen aan de Koning te doen.

Het bedrag van de sociale zekerheidsbijdragen wordt niet door de wet aangepast omdat het verkieslijk is dit mogelijk te maken in het kader van de besprekingen over de sociale programmatie. Indien deze besprekingen niet tot een akkoord leiden moet de Regering haar verantwoordelijkheid opnemen; zij mag zich niet neerleggen bij negatieve resultaten, want gans het door de wet geregelde stelsel zou erdoor ontwricht worden.

b) *Modification au texte.*

La Commission unanime décide de modifier le § 1er de l'article 138 comme suit :

« § 1. — Le Roi peut, *après avis du Conseil général et par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres,* modifier le montant des cotisations de sécurité sociale destinées au financement de l'assurance-soins de santé, soit pour parfaire les ressources de cette assurance jusqu'à concurrence de ses prévisions budgétaires de dépenses, soit pour réaliser les ressources nécessaires en application de l'article 129, § 2, *b)*, ou de l'article 131. »

(Reste sans changement.)

Amendement de M. Posson : Cet amendement est retiré étant couvert par la modification de texte ci-dessus.

Amendements de M. Lavens : En ordre principal, l'auteur de ces amendements veut supprimer le § 1er de l'article 138. Il considère en effet qu'il appartient au législateur et non au Roi de modifier le taux des cotisations sociales. Il ne peut accepter que l'on touche aux cotisations sociales sans accord paritaire.

Le Ministre fait valoir que les partenaires sociaux seront représentés tant au sein du Conseil Général de l'I.N.A.M.I. qu'en celui du Comité de gestion de l'assurance soins de santé. Au demeurant, il ne s'agit pas ici d'augmenter les cotisations par suite de l'octroi d'avantages sociaux supplémentaires, mais bien pour assurer l'équilibre budgétaire de l'assurance.

Les amendements de M. Lavens sont repoussés par 3 voix contre 14.

L'article amendé par la Commission est adopté par 14 voix et 3 abstentions.

Article 139 :

Adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 140 :

La commission apporte à cet article les modifications suivantes :

Deuxième alinéa, troisième ligne, *supprimer :* « *du...* ».
Quatrième alinéa, dernière ligne, *supprimer :* « *du...* ».

Elle décide également de *supprimer,* dans le texte néerlandais, le mot « *hoger* » devant le mot « beroep ».

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 141 :

La Commission apporte la modification suivante à cet article :

A la fin de l'article, *supprimer :* « *du...* ».

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

b) *Wijziging van de tekst.*

De Commissie besluit eenparig § 1 van artikel 138 als volgt te wijzigen :

« § 1. — De Koning kan, *na advies van de Algemene raad en bij een gemotiveerd en in de Ministerraad overleged besluit* het bedrag van de sociale zekerheidsbijdragen bestemd ter financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging wijzigen, hetzij om de inkomsten van die verzekering aan te vullen tot het beloop van haar uitgaven begrotingsvooruitzicht, hetzij om in de bij toepassing van artikel 129, § 2, *b)*, van artikel 131 nodige inkomsten te voorzien. »

(Het overige blijft ongewijzigd.)

Amendement van de heer Posson : dit amendement wordt ingetrokken, daar het gedekt is door de wijziging van voormelde tekst.

Amendement van de heer Lavens : in hoofdorde wil de steller van deze amendementen § 1 van artikel 138 weglaten. Hij is inderdaad van oordeel dat de wetgever en niet de Koning het bedrag van de sociale bijdragen dient te wijzigen. Hij kan niet aanvaarden dat men zonder paritair akkoord raakt aan de sociale bijdragen.

De Minister voert aan dat de sociale partners zowel in de Algemene raad van het R. I. Z. I. V. als in het Beheerscomité van de verzekering voor geneeskundige verzorging zullen vertegenwoordigd zijn. Overigens komt het er niet op aan de bijdragen te verhogen ten gevolge van het verlenen van bijkomende sociale voordelen, maar wel om het begrotingsevenwicht van de verzekering te waarborgen.

De amendementen van de heer Lavens worden afgewezen met 14 stemmen tegen 3.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 139 :

Aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 140 :

De Commissie brengt volgende wijzigingen aan dit artikel :

Tweede lid, derde regel : « van... » weglaten.
Vierde lid, laatste regel : « van... » weglaten.

Zij besluit eveneens het woord « *hoger* » voor het woord « beroep » weg te laten.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 141 :

De Commissie brengt volgende wijziging aan dit artikel :

Op het einde van het artikel : « van... » weglaten.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 142 :

Suite à la question posée par un commissaire, le Ministre déclare que les avantages concédés par la loi du 28 juin 1960 aux personnes ayant effectué des services temporaires à l'armée sont maintenus.

L'article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Artikel 142 :

In antwoord op de vraag van een commissielid, verklaart de Minister dat de voordelen door de wet van 28 juni 1960 verleend aan de personen die tijdelijke diensten hebben verricht bij het leger, behouden blijven.

Het artikel wordt angenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 143 :

Adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Artikel 143 :

Aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 144 :

Modification au texte.

La Commission unanime modifie le texte de cet article comme suit :

« Le Roi *fixe* les montants des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires des conseils, comités, commissions et collèges prévus par la présente loi. »

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Artikel 144 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel te wijzigen :

« De Koning *stelt* de bedragen *vast* van het presentiegeld en de vergoedingen, toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van de in deze wet bedoelde raden, comités, commissies en colleges. »

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 145 :

Répondant à un commissaire, le Ministre donne l'assurance que l'Exécutif usera avec circonspection de la latitude que lui laisse le présent article. L'avis du Conseil d'Etat sera sollicité à chaque fois qu'une disposition légale serait modifiée.

L'article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Artikel 145 :

In antwoord op de vraag van een commissielid, geeft de Minister de verzekering dat de Uitvoerende Macht met omzichtigheid gebruik zal maken van de vrijheid die haar door dit artikel wordt verleend. Het advies van de Raad van State zal worden gevraagd telkens als een wetsbepaling wordt gewijzigd.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 146 :

Modification au texte.

La Commission unanime décide d'ajouter à cet article la phrase suivante :

« *Pour l'application des dispositions desdites conventions internationales, l'indemnité d'incapacité prolongée doit être considérée comme indemnité d'invalidité.* »

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Artikel 146 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig aan dit artikel de volgende zin toe te voegen :

« *Voor de toepassing van de bepalingen van genoemde internationale verdragen, wordt de uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid als invaliditeitsuitkering beschouwd.* »

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 147 :

Adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Artikel 147 :

Aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

TITRE X.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Article 148 :

A un commissaire qui l'interroge sur la portée de cet article, le Ministre précise que la loi uniformise la durée du stage à 6 mois. Toutefois, il convient de réserver les droits des personnes âgées de moins de 25 ans ayant terminé leur stage de 3 mois dans le cadre de la réglementation actuelle au moment de l'entrée en vigueur de la loi.

L'article est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 149 :

Modification au texte.

La Commission unanime décide de modifier le texte de cet article comme suit :

« Le montant de l'indemnité alloué aux titulaires qui se trouvent à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, en état d'incapacité de travail tel qu'il est défini à l'article 56, est fixé de la façon suivante :

a) .....

b) si l'incapacité de travail a débuté plus de douze mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi, les titulaires conservent le montant de l'indemnité qui leur était allouée en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 précité. Toutefois le montant *journalier* de cette indemnité *due aux travailleurs réguliers, ne peut être inférieur au montant minimum de la pension de retraite, estimée en jours ouvrables, garanti aux ouvriers ayant justifié une carrière complète et dont la pension a pris cours avant le 1er janvier 1962. Pour l'application de cette disposition les travailleurs ayant des personnes à charge sont assimilés à ceux visés à l'article 8, § 1, b, de la loi du 21 mai 1955 relative à la pension de retraite et de survie des ouvriers; les travailleurs n'ayant personne à charge sont assimilés à ceux visés à l'article 8, § 1er, a, de la loi précitée.*

Le Roi peut augmenter le montant de cette indemnité. »

Amendement de M. D'haeseleer.

L'auteur entend éviter que l'on opère une discrimination entre les invalides.

Le Ministre souligne l'intention du gouvernement d'aligner le montant de l'indemnité des anciens invalides sur celui des pensions de vieillesse.

Cette déclaration rencontre l'adhésion de commissaires ayant insisté pour qu'une solution équitable soit apportée à la situation des anciens invalides.

Un commissaire désire savoir ce qui l'on entend par un « travailleur n'ayant personne à charge ».

Réponse du Ministre : Il s'agit d'un travailleur isolé. La femme au travail d'un travailleur invalide est considérée comme une personne à charge.

TITEL X.

OVERGANGSBEPALINGEN.

Artikel 148 :

Aan een commissielid dat hem een vraag stelt in verband met de strekking van dit artikel verklaart de Minister dat de wet de duur van de wachttijd eenvormig brengt op 6 maanden. Men moet evenwel de personen beneden 25 jaar die bij de inwerkingtreding van deze wet reeds hun wachttijd van 3 maanden hebben volbracht, binnen het raam van de bestaande reglementering, hun rechten laten behouden.

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 149 :

Wijziging van de tekst.

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« Het bedrag van de uitkering welke wordt verleend aan de gerechtigden die de dag van inwerkingtreding van deze wet, arbeidsongeschikt zijn als omschreven in artikel 56, wordt als volgt bepaald :

a) .....

b) indien de arbeidsongeschiktheid meer dan twaalf maanden vóór de inwerkingtreding van deze wet is aangevangen, behouden de gerechtigden het bedrag van de hun krachtens de bepalingen van evengenoemd koninklijk besluit van 22 september 1955 verleende uitkering. Het *dagbedrag* van die uitkering, *verschuldigd aan regelmatige werknemers, mag evenwel niet lager zijn dan het minimumbedrag van het in werkdagen gewaardeerde rustpensioen dat de arbeiders gewaarborgd is die een volledige beroepsloopbaan hebben verantwoord en wier pensioen vóór 1 januari 1962 is ingegaan. Voor de toepassing van die bepaling worden de werknemers die personen ten laste hebben, gelijkgesteld met dezen bedoeld in artikel 8, § 1, b, van de wet van 21 mei 1955 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor arbeiders: de werknemers die niemand ten laste hebben, worden gelijkgesteld met dezen bedoeld in artikel 8, § 1, a, van vorengenoemde wet.*

De Koning kan het bedrag van deze uitkering verhogen. »

Amendement van de heer D'haeseleer.

De steller wil de discriminatie onder de invaliden vermijden.

De Minister wijst op de bedoeling van de Regering het bedrag van de uitkering van de oud-invaliden te richten op dat van de ouderdomspensioenen.

Deze verklaring wordt bijgevallen door commissieleden die erop hadden aangedrongen dat een billijke oplossing zou worden gegeven aan de toestand der oud-invaliden.

Een commissielid wenst te weten wat wordt verstaan onder een « werknemer die niemand ten laste heeft ».

Antwoord van de Minister : Het betreft hier een alleenstaande werknemer. De werkende vrouw van een invalide werknemer wordt beschouwd als persoon ten laste.

L'amendement de M. D'haeseleer est repoussé par 2 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'article amendé par la commission est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Article 150 :

La Commission décide de modifier le texte de cet article comme suit :

« *Les titulaires qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, étaient dispensés du paiement d'une cotisation en qualité de pensionné et de veuve continuent à bénéficier des prestations de santé dans les mêmes conditions.* »

L'article amendé est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 151 :

Cet article se rattache plus spécialement aux articles relatifs aux conventions; il impose des tarifs réglementaires dans l'attente ou en l'absence d'une convention.

Le Ministre, fait valoir que cet article répond à une nécessité. L'article 151 doit d'ailleurs être lu en corrélation avec l'article 52 de la loi « unique » du 14 février 1961; il répond à une même préoccupation, à savoir, suppléer à l'absence de conventions.
Il répète les arguments déjà développés lors de la discussion de l'article 25.

Retenons néanmoins quelques éléments particuliers invoqués à l'appui du présent article :

— le devoir de protéger les assurés qui peuvent être victimes de l'absence de conventions généralement admises;

— la volonté d'éviter une discrimination entre médecins selon qu'ils sont conventionnés ou non; il s'agit en l'occurrence d'un vœu exprimé par les médecins eux-mêmes;

— la possibilité pour tout médecin de passer du régime tarif réglementaire à celui du tarif conventionnel;

— la nécessité de fixer une échéance à la conclusion des conventions;
— la nécessité de faire décider le Parlement du système à adopter en ce qui concerne les rapports entre les médecins et l'assurance.

Il est donc incontestable que, contrairement à ce que prétend l'intervenant, il n'est nullement question de renverser l'optique initiale de la réforme en matière de conventions.

Un commissaire ne voit pas très bien la distinction qui est faite entre le régime des médecins conventionnés et celui des médecins non conventionnés; il considère également qu'il n'aurait pas fallu pénaliser en quelque sorte, après un délai relativement court, les médecins non conventionnés et partant les malades qui s'y adressent; enfin on risque de pénaliser aussi les médecins qui, dans certaines régions, travaillent à des tarifs inférieurs aux nouveaux barèmes et on les obligera à augmenter leurs honoraires.

Het amendement van de heer D'haeseleer wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

Het door de commissie gewijzigde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 150 :

De Commissie besluit de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« *De gerechtigden die bij de inwerkingtreding van deze wet, als gepensioneerde of weduwe recht hadden op geneeskundige verstrekkingen zonder betaling van een bijdrage, hebben daarop verder recht onder dezelfde voorwaarden.* »

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 151 :

Dit artikel houdt nauw verband met de artikelen die betrekking hebben op de overenkomsten en legt reglementaire tarieven op, in afwachting of bij ontstentenis van een overeenkomst.
De Minister wijst erop dat dit artikel aan een noodzaak beantwoordt. Trouwens, artikel 151 moet worden gelezen in samenhang met artikel 52 van de « Eenheidswet » van 14 februari 1961; het beantwoordt aan eenzelfde opzet, nl. te voorzien in de ontstentenis van overeenkomsten.
Hij herhaalt de reeds bij de beraadslaging over artikel 25 aangevoerde argumenten.

Tot steun van dit artikel worden met name naar voren gebracht :

— de plicht die verzekerden te beschermen die het slachtoffer kunnen worden van het ontbreken van algemeen aanvaarde overeenkomsten;
— de wens discriminatie te vermijden onder de geneesheren die al of niet tot een overeenkomst zijn toegetreden; de geneesheren zelf hebben trouwens die wens uitgesproken;
— de mogelijkheid voor alle geneesheren over te gaan van het stelsel met reglementaire tarieven naar dat van de bij de overeenkomst geregelde tarieven;
— de noodzaak een termijn vast te stellen voor het sluiten van de overeenkomsten;
— de noodzaak het Parlement te doen beslissen over het stelsel dat moet worden aangenomen ter regeling van de betrekkingen tussen de geneesheren en de verzekering.

In tegenstelling met wat de vorige spreker stelde, is er dus zeker geen sprake van een ommekeer in de oorspronkelijke opzet van de hervorming terzake van de overeenkomsten.
Voor een ander lid is het onderscheid dat wordt gemaakt tussen het stelsel van de tot een overeenkomst toegetreden geneesheren en dat van de niet tot een overeenkomst toegetreden geneesheren niet zeer duidelijk; verder is hij van mening dat men niet, na een betrekkelijk korte termijn, in zekere zin de niet tot een overeenkomst toegetreden geneesheren moet straffen, daar ook de zieken die zich tot deze geneesheren zullen wenden de gevolgen daarvan zullen moeten dragen; verder bestaat aldus het gevaar dat men ook de geneesheren zal straffen die in sommige streken hun beroep uitoefenen tegen tarieven welke benden de nieuwe schalen blijven en hen zal verplichten hun honoraria te verhogen.

Sur ce dernier point, le Ministre répond que telle n'est nullement son intention. *Il propose donc de préciser la portée du nouveau texte en y ajoutant : « ne peuvent percevoir des honoraires d'un montant supérieur à celui résultant de la nomenclature visée à l'article 24 ».*

Tout en étant d'accord sur la préoccupation à laquelle répond l'amendement ministériel, un membre tient à poser deux questions : pourquoi appliquer cette disposition aux seuls médecins ? Comment appliquera-t-on cet amendement, puisque, avant le 1er janvier 1964, rien n'existera légalement et qu'il ne sera donc pas possible de dire si un tarif appliqué par tel ou tel médecin sera inférieur ou non aux normes de référence encore à déterminer ?

Un autre commissaire prétend à son tour que l'article 151 a pour conséquence de faire disparaître la distinction entre médecins conventionnés et non conventionnés.

Or, ce que les médecins désirent ce n'est pas de conclure des conventions, mais d'obtenir des tarifs majorés, ce qui leur est concédé par l'introduction du coefficient 12,5. Il faut donc les remettre au point de départ et ramener ce coefficient à 10.

Un autre membre abonde dans le même sens. En effet, si des conventions ne sont pas conclues à la date du 1er janvier 1964, les nouveaux tarifs d'honoraires entreront en vigueur en vertu de dispositions réglementaires. Or, il faut dans l'intérêts des assurés, sanctionner l'absence de conventions.

Ces considérations sont d'autant plus fondées, poursuit le commissaire, que le coefficient 12,5 a été repris d'un protocole que les médecins ont eux-mêmes dénoncé unilatéralement. Le membre propose donc à son tour de ramener le coefficient 12,5 à 11, et dépose un amendement dans ce sens.

L'intervenant suivant ne peut marquer son accord sur le coefficient 10, qui pourrait avoir pour effet de pénaliser un nombre considérable de médecins dont les honoraires sont déjà en ce moment affectés du coefficient 12,5 alors qu'il faut précisément, en prévoyant un traitement plus favorable, rendre attrayante la conclusion de conventions.

Il propose aussi d'étendre le champ d'application de l'article à d'autres prestataires que les médecins.

Il propose aussi d'étendre le champ d'application de l'article 52 de la loi unique, qui reste en vigueur et couvre toutes les catégories de prestataires.

Autre motif pour limiter le champ d'application de l'article 151 aux médecins : les rapports avec les pharmaciens et les établissements hospitaliers sont déjà régis actuellement par des conventions, qui seront prorogées.

D'un autre côté, poursuit le Ministre, il faut que, quant aux rapports avec les médecins, le Parlement retienne une fois pour toutes, une formule qui puisse, d'une part, éviter le vide législatif après l'adoption de la nouvelle loi, et, d'autre part, se substituer éventuellement aux conventions en cas d'échec de celles-ci.

Cette formule ne peut donc être, ainsi que l'a caractérisée le Ministre, « un sabre de bois dont on ne saurait se servir ».

Tout le système est néanmoins basé sur la conclusion de conventions, les hypothèses envisagées ci-dessus n'étant que des pis-aller, des solutions de rechange.

Et le Ministre de souligner une fois de plus qu'il entend mettre tout en œuvre pour faire aboutir les conventions en les rendant attrayantes pour les médecins.

A cette fin, il entend faire préparer, à l'occasion des négociations sur les conventions et dans le cadre de celles-ci, un statut social du médecin. Aussi s'engage-t-il à déposer dans le plus bref délai possible un projet de loi qui, mieux qu'un arrêté royal, règlera cette matière.

Nopens dit laatste punt antwoordt de Minister dat zulks geenszins zijn bedoeling is. *Derhalve stelt hij voor de strekking van de nieuwe tekst nader te bepalen door eraan toe te voegen : « mogen geen hogere honoraria ontvangen dan die voortspruitend uit de in artikel 24 bedoelde nomenclatuur ».*

Een lid is akkoord met de bekommernis die blijkt uit het amendement van de Minister. Hij stelt echter twee vragen : waarom het alleen toepassen op de dokters ? Hoe zal men dit amendement ten uitvoer leggen, daar er, vóór 1 januari 1964, wettelijk niets zal bestaan, en men dus niet zal kunnen zeggen of een tarief door bepaalde dokters toegepast al dan niet onder de nog uit te werken referentienormen zal liggen ?

Een ander lid oordeelt eveneens dat artikel 151 het onderscheid zal opheffen tussen de geneesheren die wel en de geneesheren die niet zijn toegetreden tot een overeenkomst.

Wat de geneesheren wensen is echter niet overeenkomsten af te sluiten, doch te komen tot de verhoogde tarieven welke zij zullen verkrijgen door de invoering van de coëfficiënt 12,5. Zij dienen dus te worden teruggebracht tot het uitgangspunt en de coëfficiënt moet worden teruggebracht tot 10.

Een ander lid treedt dat standpunt met klem bij. Immers, zo de overeenkomsten niet tegen 1 januari 1964 worden afgesloten, zullen de nieuwe tarieven voor de honoraria van kracht worden volgens reglementaire beschikkingen. In het belang van de verzekerden echter dient men het ontbreken van overeenkomsten te sanctioneren.

Volgens datzelfde lid geldt zulks des te meer daar de coëfficiënt 12,5 is overgenomen uit een protocol dat de geneesheren zelf eenzijdig hebben opgezegd. Op zijn beurt stelt dit lid dus voor de coëfficiënt terug te brengen van 12,5 tot 11 en hij dient een daartoe strekkend amendement in.

De volgende spreker kan het niet eens zijn met de coëfficiënt 10, die een straf zou kunnen betekenen voor talrijke geneesheren wier honoraria thans reeds zijn aangepast aan de coëfficiënt 12,5, terwijl men precies, door het vooruitzicht op een gunstiger behandeling, het afsluiten van overeenkomsten aanlokkelijk dient te maken.

Hij stelt verder voor het toepassingsgebied van het artikel uit te breiden tot andere verstrekkers van prestaties dan de geneesheren.

Betreffende dit punt verwijst de Minister naar artikel 52 van de Eenheidswet, dat van kracht blijft en dat alle categorieën verstrekkers van prestaties betreft.

Er is nog een reden om het toepassingsveld van artikel 151 tot de geneesheren te beperken : de betrekkingen met de apothekers en de ziekenhuizen zijn thans reeds geregeld door overeenkomsten die zullen worden verlengd.

Anderzijds, zo gaat de Minister verder, moet voor de betrekkingen met de geneesheren het Parlement een formule aanhouden welke enerzijds een wettelijk vacuum kan vermijden nadat de nieuwe wet is aangenomen en anderzijds eventueel, overeenkomsten kan vervangen zo deze niet worden aangenomen.

Derhalve mag die formule niet, naar 's Ministers woorden, « een houten en niet te gebruiken sabel » zijn.

Toch steunt het gehele stelsel op de afsluiting van overeenkomsten en zijn de hierboven overwogen gevallen slechts nood- of wisseloplossingen.

De Minister wijst er nogmaals op dat hij alles in het werk wil stellen om de overeenkomsten tot een succes te maken door ze voor de geneesheren aantrekkelijk te maken.

Daartoe wil hij, naar aanleiding van de onderhandelingen over de overeenkomsten en in het kader hiervan, een sociaal statuut van de geneesheer doen voorbereiden. Hij verbindt zich ertoe op de kortst mogelijke termijn een wetsontwerp te doen indienen dat die zaak beter dan een koninklijk besluit zal regelen.

Autre attrait : les dérogations possibles.
Autre attrait encore : tout en se ralliant à l'amendement présenté par un membre et tendant à ramener de 12,5 à 11 le coefficient de multiplication des honoraires prévu au présent article (tel qu'il a été amendé par le Gouvernement), le Ministre fait connaître son intention, au titre de collaboration aux travaux de la Commission, de porter ce coefficient à 12,5 pour ceux des médecins qui adhèrent aux conventions conclues avant le 1er janvier 1964.

Une lettre dans ce sens sera adressée aux médecins en temps utile.
Par cette déclaration le Ministre s'est par ailleurs rapproché des préoccupations exprimées à ce sujet par certains commissaires, préoccupations dont on retrouve l'écho dans les interventions résumées ci-dessus.
Suite à cette large discussion, la Commission apporte des modifications notables au texte proposé.

L'article ainsi modifié est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Article 152 :

Modification au texte.

La Commission unanime modifie le texte de cet article comme suit :

« § 6. — *Les budgets visés à l'article 133 sont établis pour la première fois pour les exercices 1964-1965 et 1966.*

Au cours de cette première période de trois ans les budgets des exercices encore à courir peuvent par dérogation aux dispositions de l'article 133, § 1, être revus sur base des opérations enregistrées au cours des exercices passés. »

L'amendement de M. Posson couvert par cette modification de texte est retiré.

Amendement de M. D'haeseleer (doc. n° 527/3).

Après discussion, le Gouvernement propose la modification suivante :

§ 4. — Ajouter un 2me alinéa :

Les conventions existantes au 1er janvier 1964 restent en vigueur aussi longtemps que de nouvelles conventions n'ont pas été établies conformément au titre III, chapitre 4, section 1.
Ce texte concerne les établissements hospitaliers, les pharmaciens et les médecins; il est adopté à l'unanimité.

L'amendement est retiré.

Question.

A un commissaire lui demandant la raison d'être de cet article, le Ministre répond qu'il doit éviter que l'on se trouve à un moment donné devant un vide législatif.

L'article amendé est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Ander aantrekkelijk punt : de mogelijke afwijkingen.
Nog een aantrekkelijk punt : ofschoon hij zich aansluit bij het door een lid ingediende amendement dat ertoe strekt de in het huidige artikel (zoals het door de Regering is geamendeerd) bedoelde coëfficiënt voor de vermenigvuldiging van de honoraria van 12,5 terug te brengen tot 11, spreekt de Minister, als bijdrage tot de werkzaamheden van de Commissie, zijn bedoeling uit die coëfficiënt op 12,5 te brengen voor de geneesheren die toetreden tot de overeenkomsten afgesloten vóór 1 januari 1964.
Te gepasten tijde zal aan de geneesheren een desbetreffend schrijven worden gericht.
Door die verklaring benadert de Minister overigens de dienomtrent door verscheidene leden in hun hieronder samengevatte betogen uitgesproken bezorgdheid.

Als gevolg van deze uitvoerige bespreking brengt de commissie grondige wijzigingen aan in de voorgestelde tekst.

Het gewijzigd artikel wordt goedgekeurd met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 152 :

Wijziging in de tekst.

De Commissie wijzigt eenparig de tekst van dit artikel als volgt :

.....

« § 6. — *De begrotingen bedoeld in artikel 133 worden voor het eerst opgemaakt voor de dienstjaren 1964-1965 en 1966.*
Tijdens dit eerste driejarig tijdvak mogen, bij afwijking van het bepaalde in artikel 133, § 1, de begrotingen van de nog te lopen dienstjaren herzien worden op basis van de verrichtingen geboekt tijdens de voorbije dienstjaren. »

Het door die tekstwijziging gedekte amendement van de heer Posson wordt ingetrokken.

Amendement van de heer D'haeseleer (stuk nr 527/3).

Na bespreking stelt de Regering volgende wijziging voor :

§ 4. — Toevoegen een 2de lid :

De overeenkomsten welke bestaan op 1 januari 1964 blijven van kracht zolang geen nieuwe overeenkomsten zijn vastgesteld overeenkomstig titel III, hoofdstuk 4, afdeling 1.
Deze tekst heeft betrekking op de verplegingsinrichtingen, de apothekers en de dokters, en wordt eenparig aangenomen.

Het amendement wordt ingetrokken.

Vraag.

Aan een lid dat hem naar de reden van bestaan van dit artikel vraagt, antwoordt de Minister dat de bedoeling is te vermijden dat men op een bepaald ogenblik voor een wettelijk vacuum zou staan.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Article 153 :

Adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Article 154 :

Adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 155 :

Adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 156 :

Modification au texte.

La Commission unanime décide de modifier le texte de cet article comme suit :

« § 1. — *Si le Conseil général visé à l'article 7 et les comités visés aux articles 11, 38, 78 et 92 ne sont pas composés en temps utile, et pour autant que le fonctionnement normal des organismes le requière, le Roi nomme les fonctionnaires dirigeants, les fonctionnaires dirigeants-adjoints, les médecins-inspecteurs principaux, les médecins-inspecteurs, les inspecteurs, les secrétaires-rapporteurs et les autres agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité parmi les fonctionnaires qui, à la date de l'entrée en vigueur de la présente loi, sont en service au Fonds national d'assurance maladie-invalidité et à l'Institut du contrôle médical.*

Le Roi peut nommer aux emplois qui resteraient vacants à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité après qu'auront été faites les nominations prévues au premier alinéa, des agents définitifs en service à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Les agents visés aux alinéas 1er et 2 conservent à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, l'ancienneté de service et de grade qu'ils avaient dans les organismes mentionnés à ces alinéas.

Les agents visés à l'alinéa premier qui ne pourraient, à défaut d'emploi correspondant à leur grade, être nommés à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qu'à un emploi inférieur à celui qui correspond au grade dont ils étaient titulaires dans un des organismes dissous, conservent à titre personnel le grade qu'ils avaient et l'échelle de traitements dont ils bénéficiaient.

Les lauréats des examens et concours, autres que les concours de recrutement, organisés au Fonds national d'assurance maladie-invalidité, à l'Institut du contrôle médical et à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, gardent cette qualité en vu d'un avancement ou d'une promotion dans l'une ou l'autre des institutions visées par la présente loi. »

§ 2. — Sans changement.

§ 3. — Sans changement.

§ 4. — *Supprimé.*

Les amendement de M. De Paepe et Mme Copée, couverts par les modifications ci-dessus, sont retirés.

A M. D'haeseleer qui voudrait amender cet article pour régler le problème des promotions par l'intermédiaire du

Artikel 153 :

Aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 154 :

Aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 155 :

Aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 156 :

Wijziging in de tekst.

De Commissie besluit eenparig de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« § 1. — *Indien de in artikel 7 bedoelde Algemene raad en de in de artikelen 11, 38, 78 en 92 bedoelde comités niet tijdig zijn samengesteld, en voor zover als nodig is voor de normale werking van de instellingen, benoemt de Koning de leidende ambtenaren, adjunct-leidende ambtenaren, eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, geneesheren-inspecteurs, inspecteurs, secretarissen-verslaggevers en andere ambtenaren van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, onder de ambtenaren die de dag van de inwerkingtreding van deze wet in dienst zijn van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en van het Instituut voor geneeskundige controle.*

De Koning kan vaste ambtenaren die in dienst zijn van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering benoemen in de betrekkingen die bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vacant zouden blijven nadat de in het eerste lid bedoelde benoemingen zijn gedaan.

De in het eerste en het tweede lid bedoelde ambtenaren behouden in het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de dienst- en graadanciënniteit die ze hadden in de aldaar vermelde instellingen.

De in het eerste lid bedoelde ambtenaren die, bij ontstentenis van een met hun graad overeenstemmende betrekking, bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering slechts zouden kunnen benoemd worden in een lagere betrekking dan die welke overeenstemt met de graad die zij in een der ontbonden instellingen hadden, behouden onder persoonlijke titel hun vroegere graad en weddeschaal.

De geslaagden voor de in het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit, het Instituut voor geneeskundige controle en de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ingerichte examens en vergelijkende examens, buiten de vergelijkende aanwervingsexamens, behouden die hoedanigheid met het oog op bevordering of promotie in een of ander van de in deze wet bedoelde organen. »

§ 2. — Onveranderd.

§ 3. — Onveranderd.

§ 4. — *Wordt weggelaten.*

De amendementen van de heer De Paepe en Mevr. Copée, gedekt door de hierboven vermelde wijzigingen, worden ingetrokken.

Aan de heer D'haeseleer, die dit artikel zou willen amenderen ten einde het vraagstuk van de bevorderingen te

Secrétariat Permanent au Recrutement, le Ministre rétorque que tous les problèmes relatifs au personnel sont réglés par le statut des agents des parastataux. Il tient à déclarer qu'il respectera les droits moraux et matériels du personnel en service au F. N. A. M. I. Il souligne au surplus que le texte repris dans le présent projet est celui proposé par le Conseil d'Etat.

M. D'haeseleer ne maintient pas son amendement.

L'article amendé par la Commission est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Article 157 :

M. De Paepe retire son amendement après que le Ministre eut insisté sur la nécessité de faire démarrer les services sans retard.

L'article est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 158 :

Adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 159 :

Prenant en considération l'amendement de M. Glineur, la Commission décide de modifier le texte du début de cet article comme suit :

« *La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 1964. Toutefois le Roi peut décider de l'entrée en vigueur à des dates précédant celle déterminée pour...* »

(Le reste n'est pas modifié.)

L'article amendé est adopté par 15 voix contre 2.

Avant de passer au vote sur le projet, un membre annonce qu'il s'abstiendra.
Il se réjouit de constater que le projet prévoit des avantages en faveur des pensionnés, mais ne peut en approuver le texte, celui-ci étant de nature à alourdir la structure et ne simplifiant pas le travail administratif; le projet n'offre, en outre, aucune garantie en ce qui concerne l'équilibre financier.

Le projet est adopté par 17 voix et 1 abstention.

Le rapport est adopté à l'unanimité des membres présents.

Les Rapporteurs, *Le Président,*

Pl. DE PAEPE et H. BROUHON. J. DECONINCK.

regelen met de medewerking van het Vast Wervingssecretariaat, antwoordt de Minister dat alle personeelsvraagstukken worden geregeld door het statuut van het personeel van de semi-overheidsinstellingen. Hij stelt er prijs op te verklaren dat hij de zedelijke en materiële rechten van het personeel dat bij R. V. Z. I. in dienst is, zal eerbiedigen. Voorts wijst hij erop dat de in het huidig ontwerp overgenomen tekst de door de Raad van State voorgestelde tekst is.
De heer D'haeseleer handhaaft zijn amendement niet.

Het door de Commissie geamendeerde artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 157 :

De heer De Paepe trekt zijn amendement in nadat de Minister heeft gewezen op de noodzakelijkheid de diensten onverwijld aan het werk te zetten.

Het artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 158 :

Aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 159 :

Rekening houdend met het amendement van de heer Glineur, besluit de Commissie het begin van de tekst van dit artikel te wijzigen als volgt :

« *Deze wet treedt in werking op 1 januari 1964. De Koning kan echter besluiten dat, op data vóór die bepaald voor de algehele inwerkingtreding der wet, de bepalingen...* »

(Het overige blijft onveranderd.)

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 15 tegen 2 stemmen.

Vooraleer over te gaan tot de stemming over het ontwerp verklaart een lid zich te zullen onthouden.
Hij verheugt zich over de voordelen die het ontwerp bevat voor de gepensioneerden, doch hij kan de tekst niet goedkeuren omdat deze de structuur verzwaart en het administratieve werk niet vereenvoudigt; het ontwerp biedt daarenboven geen enkele zekerheid wat het financieel evenwicht betreft.

Het ontwerp wordt goedgekeurd met 17 stemmen en één onthouding.

Het verslag wordt door de aanwezige leden eenparig aangenomen.

De Verslaggevers, *De Voorzitter,*

Pl. DE PAEPE en H. BROUHON. J. DECONINCK.

TEXTE ADOPTE PAR LA COMMISSION.

TITRE I.

GENERALITES.

Article premier.

La présente loi institue un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité; elle l'organise en deux secteurs distincts relatifs, l'un aux prestations de santé, l'autre aux indemnités d'incapacité de travail et à l'allocation pour frais funéraires.

Art. 2.

Dans la présente loi, on entend :

a) par « mutualité », une société mutualiste reconnue au sens de la loi du 23 juin 1894 sur les sociétés mutualistes et affiliée à une fédération mutualiste;

b) par « fédération », une fédération de sociétés mutualistes reconnue au sens de la loi du 23 juin 1894 sur les sociétés mutualistes et affiliée à une union nationale agréée;

c) par « union nationale », une union nationale de fédérations de sociétés mutualistes agréée conformément à l'article 3;

d) par « organisme assureur », toute union nationale agréée et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité visée à l'article 5 de la présente loi;

e) par « bénéficiaire », toute personne qui peut prétendre les prestations prévues par la présente loi;

f) par « titulaire » des prestations de santé, les bénéficiaires au sens de l'article 21, 1° à 9°; par « titulaire » des indemnités, les bénéficiaires au sens de l'article 45, § 1 de la présente loi;

g) par « praticien de l'art de guérir », les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les accoucheuses, légalement habilités à exercer leur art;

h) par « auxiliaire para-médical », les infirmières, les soigneuses, les gardes-malades, les kinésistes, les fournisseurs de prothèses et appareils, habilités à fournir des prestations au sens de la présente loi.

Art. 3.

Sont agréées pour l'application des dispositions de la présente loi les unions nationales qui l'étaient pour l'applica-

TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE.

TITEL I.

ALGEMENE BEPALINGEN.

Eerste artikel.

Deze wet stelt een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in; ze organiseert die in twee onderscheiden takken welke betrekking hebben, de ene op de geneeskundige verstrekkingen, de andere op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en op de uitkering voor begrafeniskosten.

Art. 2.

In deze wet wordt verstaan :

a) onder « ziekenfonds », een maatschappij van onderlinge bijstand die erkend is als bedoeld in de wet van 23 juni 1894 op de maatschappijen van onderlinge bijstand en bij een verbond van onderlinge bijstand is aangesloten;

b) onder « verbond », een verbond van maatschappijen van onderlinge bijstand dat erkend is als bedoeld in de wet van 23 juni 1894 op de maatschappijen van onderlinge bijstand en bij een gemachtigde landsbond is aangesloten;

c) onder « landsbond », een overeenkomstig artikel 3 gemachtigde landsbond van verbonden van maatschappijen van onderlinge bijstand;

d) onder « verzekeringsinstelling », iedere gemachtigde landsbond en de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bedoeld in artikel 5 van deze wet;

e) onder « rechthebbende », iedere persoon die aanspraak heeft op de in deze wet bedoelde prestaties;

f) onder « gerechtigde » op geneeskundige verstrekkingen, de rechthebbenden als bedoeld in artikel 21, 1° t.e.m. 9°; onder « gerechtigde » op uitkeringen, de rechthebbenden als bedoeld in artikel 45, § 1 van deze wet;

g) onder « beoefenaar van de geneeskunst », de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, wettelijk gemachtigd om hun kunst uit te oefenen;

h) onder « paramedisch medewerker », de verpleegsters, de verzorgsters, de ziekenoppassers, de kinesitherapeuten, de verstrekkers van prothesen en toestellen, gemachtigd om verstrekkingen te verlenen als bedoeld in deze wet.

Art. 3.

Ter toepassing van de bepalingen van deze wet worden de landsbonden gemachtigd die het waren ter toepassing

tion de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité.

Les unions nationales garantissent, dans leurs statuts, les prestations prévues par la présente loi.

Art. 4.

L'agréation peut être retirée par le Roi, sur avis ou sur proposition du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité institué au titre II de la présente loi, aux unions nationales qui n'observent pas la présente loi ou ses arrêtés et règlements d'exécution. L'Union nationale mise en cause est entendue au préalable dans ses moyens de défense.

Art. 5.

La « Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité », instituée auprès du Ministère de la Prévoyance sociale par l'article 6 de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, est un établissement public doté de la personnalité civile.

La Caisse auxiliaire fonctionne par l'intermédiaire d'offices régionaux institués par le Roi; les offices régionaux n'ont pas de personnalité juridique distincte de celle de la Caisse auxiliaire.

La Caisse auxiliaire est gérée par un comité de gestion composé de représentants en nombre égal des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et de l'ensemble des travailleurs salariés.

Le Roi détermine le nombre de ces représentants, effectifs et suppléants, et les nomme ainsi que le président du Comité de gestion dont il fixe la compétence.

L'organisation et les règles de fonctionnement de la Caisse auxiliaire sont déterminées par le Roi.

Deux commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du Ministre de la Prévoyance sociale et du Ministre des Finances, assistent aux réunions du Comité de gestion.

TITRE II.

DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

Art. 6.

Le Fonds national d'assurance maladie-invalidité, institué par l'article 6 de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs et l'Institut du contrôle médical, créé par l'article 33 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, sont dissous.

Il est institué auprès du Ministère de la Prévoyance sociale un « Institut national d'assurance maladie-invalidité ». Cet Institut est un établissement public doté de la personnalité civile. Il est soumis aux règles fixées par la loi du 16 mars 1954, relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, concernant les établissements visés à l'article 1er, littera B de ladite loi.

van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De landsbonden waarborgen in hun statuten de bij deze wet bedoelde prestaties.

Art. 4.

De machtiging van landsbonden die deze wet of haar uitvoeringsbesluiten en -verordeningen niet naleven kan door de Koning, op advies of voorstel van de Algemene raad van het in titel II van deze wet ingestelde Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, worden ingetrokken. De betrokken Landsbond wordt vooraf in zijn verweermiddelen gehoord.

Art. 5.

De Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bij het Ministerie van Sociale Voorzorg ingesteld bij artikel 6 van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders, is een openbare instelling en geniet rechtspersoonlijkheid.

De Hulpkas werkt door bemiddeling van gewestelijke diensten die de Koning instelt; de gewestelijke diensten genieten geen van de Hulpkas losstaande rechtspersoonlijkheid.

De Hulpkas wordt beheerd door een beheerscomité samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties.

De Koning stelt dat aantal werkende en plaatsvervangende vertegenwoordigers vast en benoemt ze alsmede de voorzitter van het beheerscomité waarvan Hij de bevoegdheid bepaalt.

De organisatie en de werkingsregelen van de Hulpkas worden door de Koning vastgesteld.

Twee Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg, respectief de Minister van Financiën, wonen de vergaderingen van het beheerscomité bij.

TITEL II.

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING.

Art. 6.

Het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit, ingesteld bij artikel 6 van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders en het Instituut voor geneeskundige controle, ingesteld bij artikel 33 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, worden ontbonden.

Bij het Ministerie van Sociale Voorzorg wordt een « Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering » ingesteld. Dit Instituut is een openbare instelling en geniet rechtspersoonlijkheid. Het staat onder de regelen welke de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut, ter zake van de aldaar in artikel 1, letter B, bedoelde instellingen vaststelt.

Cet Institut succède aux droits et obligations et recueille l'actif et le passif du Fonds national d'assurance maladie-invalidité et de l'Institut du contrôle médical.

Art. 7.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité est géré par un Conseil général composé, en nombre égal :

a) de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs;
b) de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;
c) de représentants des organismes assureurs, chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins;

d) de docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, de pharmaciens, de praticiens de l'art dentaire et de gestionnaires d'établissements hospitaliers; ces membres sont désignés dans les conditions prévues à l'article 11, alinéa 4.

Tous les membres ont voix délibérative. Le Roi détermine le nombre de membres effectifs et suppléants du Conseil général et les nomme. Il fixe les règles de fonctionnement du Conseil général et en nomme le président et les vice-présidents.

Trois commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du Ministre de la Prévoyance sociale, du Ministre de la Santé publique et de la Famille et du Ministre des Finances, assistent aux réunions du Conseil général.

Le Ministre de la Prévoyance sociale assiste de droit aux séances du Conseil général et, dans ce cas, préside la réunion.

Art. 8.

Le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

1° assure la coordination entre les services de l'Institut naitonal d'assurance maladie-invalidité, notamment :

a) en veillant à l'application uniforme du statut à l'ensemble du personnel;
b) en proposant au Ministre de la Prévoyance sociale les modifications au cadre du personnel des services généraux et, sur proposition de leur comité, des services spéciaux;
c) en se prononçant dans les conditions prévues au statut sur le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel des services généraux et, sur proposition de leur comité, des services spéciaux;

2° établit un budget commun groupant le budget des services généraux et ceux des services spéciaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité institués aux titres III, IV et VI de la présente loi et le transmet avec son avis au Ministre de la Prévoyance sociale; il en va de même pour les comptes de ces différents services;

3° présente au Ministre de la Prévoyance sociale le budget et les comptes de frais d'administration des organismes assureurs;

4° arrête les comptes et établit le budget de frais d'administration des services généraux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

5° affecte les ressources visées à l'article 121, 1°, 3°, 4°, 5°, 6° et 7° dans les conditions prévues par la présente loi, au Service des soins de santé et au Service des indemnités;

6° établit un rapport annuel d'activité des services généraux;

Dit Instituut treedt in de rechten en verplichtingen en ontvangt activa en passiva van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en van het Instituut voor geneeskundige controle.

Art. 7.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt beheerd door een Algemene raad die samengesteld is uit een gelijk aantal :

a) vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties;
b) vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties;
c) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger;
d) doctors in de genees-, heel- en verloskunde, apothekers, tandheelkundigen en beheerders van verplegingsinrichtingen; deze leden worden aangewezen onder de in artikel 11, vierde lid, gestelde voorwaarden.

Alle leden zijn stemgerechtigd. De Koning stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden van de Algemene raad vast en benoemt ze. Hij bepaalt de werkingsregelen van de Algemene raad en benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters.

Drie Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg, respectief de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en de Minister van Financiën, wonen de vergaderingen van de Algemene raad bij.

De Minister van Sociale Voorzorg woont rechtens de vergaderingen van de Algemene raad bij en bekleedt alsdan het voorzitterschap.

Art. 8.

De Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering :

1° staat in voor de coördinatie tussen de diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in het bijzonder door :

a) te waken op de eenvormige toepassing van het statuut op alle personeelsleden;
b) de Minister van Sociale Voorzorg de wijzigingen voor te stellen in het personeelskader van de algemene diensten en, op voorstel van het bevoegde comité, in dat van de bijzondere diensten;
c) onder de in het statuut gestelde voorwaarden uitspraak te doen over aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting van het personeel van de algemene diensten en, op voorstel van het bevoegde comité, van dat van de bijzondere diensten;

2° maakt een gemeenschappelijke begroting op, welke de begroting van de algemene diensten en die van de in de titels III, IV en VI van deze wet ingestelde bijzondere diensten van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering verenigt, en legt ze, samen met zijn advies, over aan de Minister van Sociale Voorzorg; hetzelfde geldt van de rekeningen van die verschillende diensten;

3° dient bij de Minister van Sociale Voorzorg de begroting en de rekeningen van de administratiekosten der verzekeringsinstellingen in;

4° stelt de rekeningen van de administratiekosten vast en maakt de desbetreffende begroting op van de algemene diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

5° wijst de in artikel 121, 1°, 3°, 4°, 5°, 6° en 7° bedoelde inkomsten onder de in deze wet gestelde voorwaarden toe aan de Dienst voor geneeskundige verzorging en aan de Dienst voor uitkeringen;

6° maakt een jaarverslag op over het bedrijf van de algemene diensten;

7° émet son avis sur les propositions visées à l'article 93, 5° et le transmet au Ministre de la Prévoyance sociale;

8° compte tenu des dispositions visées aux articles 12, 9°, 40, 14°, 79, 17° et 93, 10°, décide de l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;

9° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi.

Art. 9.

Les services généraux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sont gérés sous l'autorité du Conseil général par l'Administrateur Général dudit Institut, assisté d'un Comité de direction composé des fonctionnaires dirigeant les services spéciaux institués aux titres III et VI de la présente loi.

Ces services généraux comprennent les services d'administration, d'études et de contentieux, communs à l'Institut.

Le Comité de direction est présidé par l'Administrateur Général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

TITRE III.

DE L'ASSURANCE-SOINS DE SANTE.

CHAPITRE 1.

Des institutions.

SECTION 1.

Du Service des soins de santé.

Art. 10.

Il est institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité un Service des soins de santé chargé de l'administration de l'assurance-soins de santé.

SECTION 2.

Du Comité de gestion.

Art. 11.

Le Service des soins de santé est géré par un comité de gestion composé :

a) de représentants des organismes assureurs, chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins;

b) de docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, de pharmaciens, de praticiens de l'art dentaire et de gestionnaires d'établissements hospitaliers;

7° brengt advies uit over de in artikel 93, 5°, bedoelde voorstellen en legt het over aan de Minister van Sociale Voorzorg;

8° beslist, rekening houdend met de in de artikelen 12, 9°, 40, 14°, 79, 17° en 93, 10° bedoelde bepalingen, over het instellen van vorderingen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;

9° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor.

Art. 9.

De algemene diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden beheerd onder het gezag van de Algemene raad, door de administrateur-generaal van evengenoemd Instituut, bijgestaan door een directieraad samengesteld uit de ambtenaren onder wier leiding de in de titels III en VI van deze wet ingestelde bijzondere diensten staan.

Die algemene diensten bevatten de voor het Instituut gemeenschappelijke diensten van administratie, studie en geschillen.

Het voorzitterschap van de directieraad wordt bekleed door de administrateur-generaal van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

TITEL III.

VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING.

HOOFDSTUK 1.

Organen.

AFDELING 1.

Dienst voor geneeskundige verzorging.

Art. 10.

In de schoot van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt een Dienst voor geneeskundige verzorging ingesteld, belast met de administratie van de geneeskundige verzorgingsverzekering.

AFDELING 2.

Beheerscomité.

Art. 11.

De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een beheerscomité, dat samengesteld is uit :

a) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger;

b) doctors in de genees-, heel- en verloskunde, apothekers, tandheelkundigen en beheerders van verplegingsinrichtingen;

c) de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs;
d) de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés.

Le nombre de membres repris sous *a)* est égal au nombre de membres repris sous *b)*; celui repris sous *c)* est égal au nombre repris sous *d)*;
Le Roi détermine le nombre de membres effectifs et suppléants du Comité de gestion et les nomme.
Lorsque les organisations professionnelles représentatives respectives des membres visés sous *b)* apportent leur collaboration à l'assurance-soins de santé, notamment en négociant et en signant les conventions visées à l'article 27 et en recommandant à leurs membres de répondre à l'invitation à y adhérer individuellement dans les conditions prévues aux articles 30 et 34, § 3, lesdits membres sont proposés par ces organisations professionnelles.

Le Roi fixe les règles de fonctionnement du Comité de gestion et en nomme le président et les vice-présidents, ces règles de fonctionnement garantissent les droits de chacun des groupes représentés.
Trois commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du Ministre de la Prévoyance sociale, du Ministre de la Santé publique et de la Famille et du Ministre des Finances, assistent aux réunions du comité.

Art. 12.

Le Comité de gestion du Service des soins de santé :

1° arrête les comptes et établit le budget de l'assurance-soins de santé conformément aux dispositions de l'article 133;
2° arrête les comptes et établit le budget de frais d'administration du Service des soins de santé;

3° attribue aux organismes assureurs les ressources visées à l'article 122 qui lui sont affectées, et ce conformément aux dispositions de l'article 123, § 1, 1°, 2° et 3°;
4° élabore les règlements visés par la présente loi concernant notamment les conditions d'ouverture du droit aux prestations de santé et, sur proposition ou avis des conseils techniques compétents, les normes suivant lesquelles doivent être dispensées les prestations de santé visées à l'article 23;

5° fixe les modalités suivant lesquelles les organismes assureurs introduisent et justifient leurs comptes auprès du Service des soins de santé;
6° propose au Roi, sur proposition ou avis des conseils techniques compétents, les modifications à la nomenclature des prestations de santé, visée à l'article 24;

7° conclut avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, les conventions visées à l'article 19 de la présente loi;
8° établit la liste des personnes habilitées à fournir les prestations visées à l'article 23, 1°, *b)*, *c)* et 4° de la présente loi;
9° transmet au Conseil général les dossiers pour lesquels il décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;
10° examine les rapports qui lui sont transmis par le Service du contrôle médical et le Service du contrôle administratif en exécution des articles 79, premier alinéa, 14° et 93, premier alinéa, 4°; il fait, dans les délais fixés par

c) vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties;
d) vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties.

Het aantal onder *a)* vermelde leden is gelijk aan het aantal onder *b)* vermelde; het aantal onder *c)* vermelde is gelijk aan het aantal onder *d)* vermelde.
De Koning stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden van het beheerscomité vast en benoemt ze.
Indien de respectieve representatieve beroepsorganisaties van de in *b)* bedoelde leden hun medewerking verlenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, in het bijzonder door te onderhandelen over de in artikel 27 bedoelde overeenkomsten en deze te ondertekenen en door hun leden aan te bevelen in te gaan op het verzoek om individuele toetreding onder de in de artikelen 30 en 34, § 3, bepaalde voorwaarden, worden evengenoemde leden door die beroepsorganisaties voorgedragen.
De Koning bepaalt de werkingsregelen van het beheerscomité en benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters, die werkingsregelen waarborgen de rechten van elk der vertegenwoordigde groepen.
Drie Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op de voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg, respectief de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin en de Minister van Financiën, wonen de vergaderingen van het comité bij.

Art. 12.

Het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging :

1° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig het bepaalde in artikel 133;
2° stelt de rekeningen van de administratiekosten vast en maakt de desbetreffende begroting op van de Dienst voor geneeskundige verzorging;
3° wijst de in artikel 122 bedoelde inkomsten, welke het zijn toegewezen, toe aan de verzekeringsinstellingen overeenkomstig het bepaalde in artikel 123, § 1, 1°, 2° en 3°;
4° werkt de in deze wet bedoelde verordeningen uit, in het bijzonder betreffende de voorwaarden voor het verkrijgen van recht op geneeskundige verstrekkingen en, op voorstel of advies van de bevoegde technische raden, de normen volgens welke de in artikel 23 bedoelde geneeskundige verstrekkingen behoren te worden verleend;
5° bepaalt de regelen volgens welke de verzekeringsinstellingen hun rekeningen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging indienen en verantwoorden;
6° stelt de Koning, op voorstel of advies van de bevoegde technische raden, de wijzigingen voor in de in artikel 24 bedoelde nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen;
7° sluit met de inrichtingen voor revalidatie en voor herscholing de in artikel 19 van deze wet bedoelde overeenkomsten, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs;
8° legt de lijst aan van de personen die gemachtigd zijn tot het verlenen van de in artikel 23, 1°, *b)*, *c)*, en 4°, van deze wet bedoelde verstrekkingen;
9° bezorgt de Algemene raad de dossiers waarover het beslist vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;
10° onderzoekt de verslagen welke het door de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor administratieve controle overgelegd worden ter voldoening aan de artikelen 79, eerste lid, 14°, en 93, eerste lid, 4°; het

le Roi, rapport au Ministre de la Prévoyance sociale sur les mesures qu'il a décidé de prendre ou qu'il propose;

11° examine les propositions de conventions prévues au titre III, chapitre 4 et les transmet au Ministre de la Prévoyance sociale;

12° établit, dans les conditions prévues à l'article 32, les textes de conventions et les soumet pour approbation au Ministre de la Prévoyance sociale;

13° établit un rapport annuel circonstancié sur chaque exercice après sa clôture et propose au Ministre de la Prévoyance sociale, dans le délai fixé par le Roi, les mesures qu'imposent les éléments de ce rapport;

14° propose au Conseil général le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service des soins de santé, ainsi que sur les sanctions disciplinaires à lui infliger;

15° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi, après avis du Conseil général.

SECTION 3.

Des conseils scientifiques.

Art. 13.

Il est institué auprès du Service des soins de santé, des conseils scientifiques chargés d'éclairer le Ministre et le Comité de gestion sur les aspects scientifiques des problèmes que posent les maladies sociales énumérées à l'article 23, 6°, les maladies rhumatismales, les maladies de l'enfance, la gérontologie, l'évolution de la pharmacologie, l'odontologie. Ils procèdent à toute étude à cet effet et font toute suggestion susceptible de mettre le progrès scientifiques à la portée des bénéficiaires de l'assurance-soins de santé, dans les conditions les meilleures d'efficacité et d'économie.

Un conseil scientifique est spécialement chargé de l'étude des problèmes que pose l'assurance-soins de santé dans le cadre des cliniques universitaires.

Les avis émis par les conseils scientifiques sont transmis au Ministre de la Prévoyance sociale, au Ministre de la Santé publique et de la Famille, au Conseil général et au Comité de gestion du Service des soins de santé.

Art. 14.

Le Roi peut, après consultation du Comité de gestion, instituer d'autres conseils scientifiques.

Art. 15.

La composition et les règles de fonctionnement des conseils scientifiques sont fixées par le Roi. Chaque conseil scientifique est présidé par un membre de la Koninklijke Vlaamse Academie voor Geneeskunde van België ou de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, désigné par le Roi, sur proposition conjointe du Ministre de la Prévoyance sociale et du Ministre de la Santé publique et de la Famille.

SECTION 4.

Des conseils techniques.

Art. 16.

Il est institué auprès du Service des soins de santé, un conseil technique médical, un conseil technique pharmaceu-

brengt binnen de door de Koning te stellen termijnen bij de Minister van Sociale Voorzorg verslag uit over de maatregelen waartoe het besloten heeft of welke het voorstelt;

11° onderzoekt de in titel II, hoofdstuk 4, bedoelde voorstellen van overeenkomsten en legt ze voor aan de Minister van Sociale Voorzorg;

12° stelt onder de in artikel 32 bepaalde voorwaarden, de teksten van de overeenkomsten vast en legt ze de Minister van Sociale Voorzorg ter goedkeuring voor;

13° maakt een omstandig jaarverslag op over elk dienstjaar nadat het is afgesloten en stelt de Minister van Sociale Voorzorg, binnen de door de Koning te stellen termijn, de ingevolge de elementen van dat verslag geboden maatregelen voor;

14° stelt de Algemene raad aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting voor van het personeel van de Dienst voor geneeskundige verzorging alsmede de dat personeel op te leggen tuchtstraffen;

15° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor, na advies van de Algemene raad.

AFDELING 3.

Wetenschappelijke raden.

Art. 13.

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging worden wetenschappelijke raden ingesteld, belast met het voorlichten van de Minister en het beheerscomité over de wetenschappelijke aspecten van de problemen in verband met de in artikel 23, 6°, opgesomde sociale ziekten, de reumatische ziekten, de kinderziekten, de gerontologie, de evolutie van de farmacologie, de odontologie. Ze maken alle desbetreffende studies en doen alle aanbevelingen welke de wetenschappelijke vorderingen onder de beste voorwaarden wat betreft doelmatigheid en economie, binnen het bereik kunnen brengen van de rechthebbenden der verzekering voor geneeskundige verzorging.

Een wetenschappelijke raad wordt speciaal belast met de studie van de problemen die zich voordoen met de verzekering voor geneeskundige verzorging in de academische ziekenhuizen.

De door de wetenschappelijke raden uitgebrachte adviezen worden overgelegd aan de Minister van Sociale Voorzorg, de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, de Algemene raad en het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Art. 14.

De Koning kan na raadpleging van het beheerscomité andere wetenschappelijke raden instellen.

Art. 15.

Samenstelling en werkingsregelen van de wetenschappelijke raden worden door de Koning bepaald. Elke wetenschappelijke raad wordt voorgezeten door een lid van de Académie Royale de Médecine de Belgique of van de Koninklijke Vlaamse Academie voor Geneeskunde van België dat door de Koning wordt aangewezen op de gezamenlijke voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg en de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin.

AFDELING 4.

Technische raden.

Art. 16.

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging worden een technische geneeskundige raad, een technische farma-

tique, un conseil technique dentaire, un conseil technique de l'hospitalisation et un conseil technique des spécialités pharmaceutiques.

Ces conseils font les propositions et donnent les avis prévus à l'article 12, 4° et 6°.

Art. 17.

La composition et les règles de fonctionnement des conseils techniques sont fixées par le Roi. Chaque conseil technique est présidé par un membre du Comité de gestion, désigné par le Roi, sur proposition dudit comité. Les organismes assureurs y sont représentés. Les organisations professionnelles respectives concernées à l'article 16 peuvent proposer des membres dans les conditions prévues à l'article 11, alinéa 4.

Art. 18.

Le Roi peut, sur proposition du Comité de gestion, instituer d'autres conseils techniques.

SECTION 5.

Du Collège des médecins-directeurs.

Art. 19.

Il est institué auprès du Service des soins de santé, un Collège des médecins-directeurs des organismes assureurs qui a pour mission de décider de l'opportunité de la rééducation fonctionnelle et professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance-soins de santé.

Il détermine pour chaque cas le programme de rééducation.

Il établit avec les établissements de rééducation fonctionnelle et professionnelle des projets de conventions à conclure avec eux et les soumet, à cet effet, au Comité de gestion du Service des soins de santé.

Il transmet au Comité de gestion du Service des soins de santé tous avis relatifs à l'application et à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la présente loi.

Art. 20.

La composition et les règles de fonctionnement du Collège des médecins-directeurs sont fixées par le Roi. Il est présidé par un fonctionnaire, médecin, du Service des soins de santé, désigné par le Roi.

CHAPITRE 2.

Du champ d'application.

Art. 21.

Sont bénéficiaires du droit aux prestations de santé telles qu'elles sont définies au chapitre 3 du titre III de la présente loi et dans les conditions prévues par celles-ci :

1° les travailleurs assujettis à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, concernant la sécurité sociale des travailleurs et à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945, concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;

2° les travailleurs reconnus incapables de travailler au sens de la présente loi;

3° les travailleurs en chômage contrôlé;

4° les travailleuses qui cessent de travailler ou interrompent une période de chômage contrôlé, pour se reposer, au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse;

ceutische raad, een technische tandheelkundige raad, een technische raad voor ziekenhuisverpleging en een technische raad voor farmaceutische specialiteiten ingesteld.

Die raden doen de voorstellen en geven de adviezen bedoeld in artikel 12, 4° en 6°.

Art. 17.

Samenstelling en werkingsregelen van de technische raden worden door de Koning bepaald. Elke technische raad wordt voorgezeten door een lid van het beheerscomité dat door de Koning wordt aangewezen op de voordracht van genoemd comité. De verzekeringsinstellingen zijn in die raden vertegenwoordigd. De in artikel 16 bedoelde respectieve beroepsorganisaties mogen leden voorstellen onder de in artikel 11, vierde lid, gestelde voorwaarden.

Art. 18.

De Koning kan op voorstel van het beheerscomité, andere technische raden instellen.

AFDELING 5.

College van geneesheren-directeurs.

Art. 19.

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een College van geneesheren-directeurs van de verzekeringsinstellingen ingesteld, dat tot taak heeft te beslissen of revalidatie en herscholing aangewezen zijn ten bate van de rechthebbenden der verzekering voor geneeskundige verzorging.

Het stelt voor ieder geval het desbetreffende programma vast.

Het maakt met de revalidatie- en herscholingsinrichtingen ontwerpen van met hen te sluiten overeenkomsten op en legt ze te dien einde voor aan het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Het bezorgt het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging alle adviezen met betrekking tot de toepassing en de interpretatie van de in artikel 24 van deze wet bedoelde nomenclatuur van gezondheidszorgverstrekkingen.

Art. 20.

Samenstelling en werkingsregelen van het College van geneesheren-directeurs worden door de Koning bepaald. Het wordt voorgezeten door een ambtenaar, geneesheer, van de Dienst voor geneeskundige verzorging die door de Koning wordt aangewezen.

HOOFDSTUK 2.

Toepassingssfeer.

Art. 21.

Rechthebbenden op de in titel III, hoofdstuk 3 van deze wet omschreven geneeskundige verstrekkingen onder de voorwaarden die ze bepaalt, zijn :

1° de werknemers die vallen onder de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders en onder de besluitwet van 10 januari 1945 betreffende de sociale zekerheid der mijnwerkers en met dezen gelijkgestelden;

2° de werknemers die arbeidsongeschikt zijn erkend als bedoeld in deze wet;

3° de werknemers in gecontroleerde werkloosheid;

4° de werkneemsters die de arbeid of een tijdvak van gecontroleerde werkloosheid onderbreken om op zijn vroegst vanaf de vijfde maand der zwangerschap te rusten;

5° les travailleurs qui, pour mettre un terme à leur chômage, effectuent un travail domestique et qui, pour l'application de la règlementation de l'assurance chômage, conservent la qualité de salarié habituel;

6° les travailleurs qui, se trouvant dans une situation sociale digne d'intérêt, cessent d'être assujettis à la législation belge concernant la sécurité sociale des travailleurs; dans ce cas, le bénéfice du droit aux prestations de santé est limité à une période déterminée appelée « période d'assurance continuée »;

7° les travailleurs ayant droit à une pension de retraite en vertu de la législation relative aux pensions de retraite et de survie des ouvriers et des employés, ou à une pension anticipée en vertu d'un statut particulier propre au personnel d'une entreprise;

8° les travailleurs ayant droit en qualité d'ouvrier mineur à une pension d'invalidité ou à une pension de retraite;

9° les veuves des travailleurs précités;

10° les personnes à charge des titulaires visés sous 1° à 9°;

11° les personnes à charge des titulaires visés sous 1° à 8° qui remplissent leurs obligations de milice;

12° les personnes à charge des travailleurs de nationalité belge assujettis à une législation étrangère de sécurité sociale, lorsqu'elles se trouvent ou reviennent en Belgique pendant que ces travailleurs remplissent leurs obligations de milice.

13° les enfants des titulaires visés sous 1° à 9°, orphelins de père et de mère et bénéficiant des allocations familiales.

Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par « chômage contrôlé » et par « personne à charge ».

Art. 22.

Le Roi peut, par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres, étendre, en tout ou en partie, l'application de la présente loi :

1° aux travailleurs indépendants, soumis à la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants;

2° aux membres du clergé et des communautés religieuses, soumis à la loi du 10 juin 1937 étendant les allocations familiales aux employeurs et aux non salariés;

3° aux titulaires de fonctions publiques relevant de l'Etat, des organismes d'intérêt public, des provinces, des communes ou des personnes de droit public subordonnées aux provinces ou aux communes ainsi qu'aux membres laïques du personnel enseignant ou administratif des établissements d'enseignement gardien, primaire, moyen, normal, technique et artistique libres et aux membres laïques du personnel enseignant ou administratif des établissements d'enseignement supérieur officiels ou libres;

4° aux travailleurs domestiques soumis à la loi du 21 mai 1955 relative à la pension de retraite et de survie des ouvriers;

5° aux personnes qui en raison de leur état physique ou mental sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif et qui sont bénéficiaires d'une allocation accordée en application des lois relatives aux estropiés et mutilés, coordonnées par l'arrêté royal du 3 février 1961;

6° aux étudiants.

Cet arrêté peut, à cette fin, adapter les dispositions de la présente loi, notamment en ce qui concerne la composition du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et du Comité de gestion.

5° de werknemers die, om niet langer werkloos te zijn, huishoudelijke arbeid verrichten en die, ter toepassing van de regeling inzake werkloosheidsverzekering, de hoedanigheid van gewoonlijk in loondienst arbeidend werknemer behouden;

6° de werknemers wier maatschappelijke toestand behartigenswaardig is, die niet meer onder de Belgische wetgeving betreffende de sociale zekerheid der werknemers vallen; alsdan is het recht op geneeskundige verstrekkingen beperkt tot een bepaalde periode, « tijdvak van voortgezette verzekering » genoemd;

7° de werknemers die recht hebben op een rustpensioen krachtens de wetgeving betreffende de rust- en overlevingspensioenen van arbeiders en bedienden, of op vervroegd pensioen krachtens het bijzonder statuut van het personeel van een onderneming;

8° de werknemers die als mijnwerker recht hebben op een invaliditeits- of rustpensioen;

9° de weduwe van de vorengenoemde werknemers;

10° de personen ten laste van de in 1° t.e.m. 9° bedoelde gerechtigden;

11° de personen ten laste van de in 1° t.e.m. 8° bedoelde gerechtigden die legerdienst doen;

12° de personen ten laste van de werknemers van Belgische nationaliteit die onder een buitenlandse wetgeving voor sociale zekerheid vallen wanneer zij in België zijn of terugkomen terwijl die werknemers legerdienst doen.

13° de kinderen van de in het 1° tot en met 9° bedoelde gerechtigden die volle wezen zijn en recht geven op kinderbijslag.

De Koning stelt vast wat onder « gecontroleerde werkloosheid » en onder « persoon ten laste » wordt verstaan.

Art. 22.

De Koning kan bij een gemotiveerd en in de Ministerraad overlegd besluit de toepassingssfeer van deze wet geheel of gedeeltelijk verruimen :

1° tot de zelfstandigen die vallen onder de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen voor zelfstandigen;

2° tot de leden van de geestelijkheid en van de kloostergemeenschappen die vallen onder de wet van 10 juni 1937 houdende uitbreiding van de kinderbijslagen tot de werkgevers en tot de niet-loontrekkenden;

3° tot de dragers van een publiek ambt afhankelijk van het Rijk, de instellingen van openbaar nut, de provincies, de gemeenten of de publiekrechtelijke personen die aan de provincies of de gemeenten ondergeschikt zijn, alsmede tot de leken, leden van het onderwijzend of bestuurlijk personeel in dienst van de vrije instellingen voor kleuter-, lager-, middelbaar, normaal-, technisch- en kunstonderwijs en op de leken, leden van het onderwijzend of bestuurlijk personeel in dienst van de officiële en vrije instellingen voor hoger onderwijs;

4° tot de dienstboden die vallen onder de wet van 21 mei 1955 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor arbeiders;

5° tot de personen die wegens hun lichamelijke of geestelijke toestand ongeschikt zijn erkend tot het verrichten van winstgevende arbeid en die een tegemoetkoming genieten toegekend bij toepassing van de wetten betreffende de gebrekkigen en verminkten, gecoördineerd bij koninklijk besluit van 3 februari 1961;

6° tot de studenten.

Dat besluit kan te dien einde de bepalingen van deze wet aanpassen, in het bijzonder wat de samenstelling van de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van het beheerscomité betreft.

Pour l'application du 1° ci-dessus, les dispositions devront sortir leurs effets, au plus tard dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi.

CHAPITRE 3.

Des prestations de santé.

Art. 23.

Les prestations de santé comprennent :

1° les soins courants comportant :

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

b) les soins donnés par des infirmières, soigneuses et gardes-malades;

c) les soins donnés par des kinésistes;

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

e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs;

2° les accouchements par des accoucheuses diplômées;

3° les prestations requérant la qualification de médecin-spécialiste;

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

5° la fourniture de produits pharmaceutiques, comportant :

a) les préparations magistrales;

b) les spécialités pharmaceutiques;

6° le traitement des maladies mentales, de la tuberculose, du cancer, de la poliomyélite, des affections et des malformations congénitales;

7° l'hospitalisation pour mise en observation et traitement;

8° les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle;

9° les prestations nécessitées par la rééducation professionnelle.

Art. 24.

Sans préjudice des dispositions de l'article 12, 6°, le Roi établit la nomenclature des prestations de santé et en fixe la valeur relative.

Cette nomenclature précise quelle est, pour chaque prestation, la qualification requise de la personne habilitée pour que cette prestation soit prise en charge par l'assurance.

Art. 25.

§ 1. — Pour les soins visés à l'article 23, 1°, l'intervention de l'assurance est fixée à 75 % des honoraires conventionnels non majorés tels qu'ils sont fixés à l'article 29, § 1 et § 2, sauf en ce qui concerne les veuves, les orphelins, les pensionnés et les bénéficiaires d'indemnités d'incapacité prolongée et d'invalidité, respectivement visés aux articles 21, 9°, 13°, 7° et 8°, 50 et 53, ainsi que les personnes à leur charge, pour lesquels l'intervention de l'assurance est fixée à 100 % des tarifs conventionnels qui les concernent, conformément à l'article 29, § 6.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des soins visés à l'article 23, 1°, est exigible dans tous les cas, sauf lorsque les honoraires relatifs à ces soins sont payés forfaitairement par l'assurance.

§ 2. — Pour les soins visés à l'article 23, 5°, *a*) une partie du coût de la prestation est laissée à charge du

Voor de toepassing van het 1° hierboven dienen de bepalingen ten laatste binnen zes maanden na de inwerkingtreding van onderhavige wet uitwerking te hebben.

HOOFDSTUK 3.

Geneeskundige verstrekkingen.

Art. 23.

De geneeskundige verstrekkingen bestaan uit :

1° gewone geneeskundige hulp welke omvat :

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

b) door verpleegsters, verzorgsters en ziekenoppassers verstrekte hulp;

c) kinesitherapeutenhulp;

d) technische verstrekkingen voor diagnose en behandelingen welke niet de bekwaming van geneesheer-specialist vereisen;

e) tandheelkundige hulp zo bewaarshalve als herstelshalve;

2° verlossing door gediplomeerde vroedvrouwen;

3° verstrekkingen welke de bekwaming van geneesheer-specialist vereisen;

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

5° verstrekken van farmaceutische produkten welke omvatten :

a) de magistrale bereidingen;

b) de farmaceutische specialiteiten;

6° behandeling van de geestesziekten, de tuberculose, de kanker, de poliomyelitis, de aangeboren aandoeningen en misvormingen;

7° opneming in een ziekenhuis ter observatie en behandeling;

8° de wegens revalidatie vereiste hulp;

9° de wegens herscholing vereiste verstrekkingen.

Art. 24.

Onverminderd het bepaalde in artikel 12, 6°, stelt de Koning de nomenclatuur van gezondheidszorgverstrekkingen vast en bepaalt hun betrekkelijke waarde.

Die nomenclatuur geeft bij elke verstrekking aan welke bekwaming van de gemachtigde persoon vereist is opdat de verstrekking voor rekening van de verzekering zou komen.

Art. 25.

§ 1. — Wat de in artikel 23, 1°, bedoelde hulp betreft, de verzekeringstegemoetkoming wordt bepaald op 75 % van de in artikel 29, § 1 en § 2, bepaalde niet verhoogde overeenkomstenhonoraria, behoudens als het gaat om de weduwen, de wezen, de gepensioneerden en degenen die in het genot zijn van voortdurende ongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen, bedoeld in de artikelen 21, 9°, 13°, 7° en 8°, respectief 50 en 53, alsmede de personen te hunnen laste, voor wie de verzekeringstegemoetkoming wordt bepaald op 100 % van de hen luidens artikel 29, § 6, betreffende overenkomstentarieven.

Het persoonlijke aandeel van de rechthebbende in de kosten van de in artikel 23, 1°, bedoelde hulp is in alle gevallen eisbaar, behoudens wanneer de honoraria voor die hulp door de verzekering forfaitair worden betaald.

§ 2. — Wat de in artikel 23, 5°, *a*), bedoelde hulp betreft, een gedeelte van de kosten der verstrekking wordt

bénéficiaire, sauf en ce qui concerne les veuves visées à l'article 21, 9° et les personnes à leur charge, les orphelins visés à l'article 21, 13°, les pensionnés visés à l'article 21, 7° et 8° et les personnes à leur charge, et les bénéficiaires d'indemnités d'incapacités prolongée et d'invalidité, visés aux articles 50 et 53 ainsi que les personnes à leur charge.

Pour les soins visés à l'article 23, 5°, *b*), une partie du coût de la prestation est laissée à charge du bénéficiaire. Toutefois, le Roi détermine les conditions dans lesquelles cette intervention personnelle est supprimée ou réduite lorsqu'il s'agit de veuves, d'orphelins, de pensionnés et de bénéficiaires d'indemnités d'incapacité prolongée et d'invalidité, ainsi que des personnes à leur charge, visés à l'alinéa précédent.

§ 3. — En ce qui concerne les fournitures pharmaceutiques visées à l'article 23, 5°, l'intervention du bénéficiaire peut être uniformément estimée à 25 % du coût moyen des récipés magistraux remboursables d'une part et des spécialités pharmaceutiques remboursées d'autre part, ce coût moyen est établi, dans les conditions fixées par le Roi, à partir d'éléments fournis par les offices de tarification, visés à l'article 98.

Le Roi détermine les conditions dans lesquelles l'assurance intervient dans le coût des fournitures pharmaceutiques.

§ 4. — Les taux de l'intervention de l'assurance sont déterminés en fonction des honoraires et prix, fixés par les conventions.

Ces taux correspondent à 100 % des honoraires et prix conventionnels pour les prestations visées à l'article 23, 2°, 3°, 4° et pour celles visées à l'article 23, 6° lorsqu'elles sont données par des médecins-spécialistes.

Toutefois, lorsque les honoraires conventionnels ont été fixés à des taux majorés pour les médecins particulièrement qualifiés visés à l'article 29, § 3, le montant de l'intervention est calculé sur la base des honoraires conventionnels non majorés, sauf si le médecin-conseil constate la nécessité de recourir aux soins d'un de ces médecins : dans ce cas, le montant de l'intervention de l'assurance peut couvrir les honoraires effectivement payés sans toutefois dépasser de 100 % les honoraires conventionnels non majorés.

§ 5. — Pour les prestations visées à l'article 23, 8° et 9°, l'intervention de l'assurance est fixée à 100 % des prix et honoraires fixés par les conventions prévues à l'article 12, 7°.

CHAPITRE 4.

Des rapports avec le corps médical, le corps dentaire, le corps pharmaceutique, les hôpitaux et cliniques et les auxiliaires paramédicaux.

SECTION 1.

Des conventions.

A. *Généralités.*

Art. 26.

Les rapports entre les bénéficiaires d'une part et, d'autre part, les médecins, les pharmaciens, les praticiens de l'art

ten laste van de rechthebbende gelaten, behoudens als het gaat om de in artikel 21, 9°, bedoelde weduwen en de personen te hunnen laste, de in artikel 21, 13° bedoelde wezen, de in artikel 21, 7° en 8° bedoelde gepensioneerden en de personen te hunnen laste en degenen die in het genot zijn van voortdurende ogeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen bedoeld in de artikelen 50 en 53 alsmede de personen te hunnen laste.

Wat de in artikel 23, 5°, *b)*, bedoelde hulp betreft, een gedeelte van de kosten der verstrekking wordt ten laste van de rechthebbende gelaten. De Koning bepaalt echter onder welke voorwaarden dat persoonlijk aandeel wordt afgeschaft of verminderd wanneer het gaat om de in het vorige lid bedoelde weduwen, wezen, gepensioneerden, degenen die in het genot zijn van een uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid of van een invaliditeitsuitkering alsmede om de personen te hunnen laste.

§ 3. — Wat de in artikel 23, 5°, bedoelde farmaceutische verstrekkingen betreft, het aandeel van de rechthebbende mag eenvormig gewaardeerd worden op 25 % van de gemiddelde kosten van de vergoedbare magistrale recepten eensdeels en van de vergoede farmaceutische specialiteiten anderdeels; die gemiddelde kosten worden, onder de voorwaarden die de Koning bepaalt, vastgesteld uitgaande van door de in artikel 98 bedoelde tariferingsdiensten verstrekte gegevens.

De Koning stelt vast onder welke voorwaarden de verzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen.

§ 4. — De hoegrootheden van de verzekeringstegemoetkoming worden vastgesteld uitgaande van de in de overeenkomsten bepaalde honoraria en prijzen.

Die hoegrootheden stemmen overeen met 100 % van de overeenkomstenhonoraria en -prijzen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 33, 2°, 3°, 4°, en voor die bedoeld in artikel 23, 6°, wanneer ze door geneesheren-specialisten worden verleend.

Nochtans, wanneer de overeenkomstenhonoraria voor de in artikel 29, § 3, bedoelde bijzonder bekwame geneesheren, op verhoogde hoegrootheden zijn bepaald, wordt het tegemoetkomingsbedrag berekend op basis van de niet verhoogde overeenkomstenhonoraria, behoudens indien de adviserend geneesheer vaststelt dat noodzakelijk een beroep dient gedaan op verzorging door een dier geneesheren : in dat geval mag de verzekeringstegemoetkoming de werkelijk betaalde honoraria dekken zonder evenwel de niet verhoogde overeenkomstenhonoraria men 100 % te overschrijden.

§ 5. — Wat de in artikel 23, 8° en 9°, bedoelde verstrekkingen betreft, de verzekeringstegemoetkoming wordt bepaald op 100 % van de honoraria en prijzen vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 12, 7°.

HOOFDSTUK 4.

Betrekkingen met het geneesherenkorps, het tandheelkundigenkorps, het apothekerskorps, de ziekenhuizen en klinieken en de paramedische medewerkers.

AFDELING 1.

Overeenkomsten.

A. *Algemene bepalingen.*

Art. 26.

Normaal worden de betrekkingen tussen de rechthebbenden eensdeels, en de geneesheren, apothekers, tandheelkun-

dentaire, les établissements hospitaliers, les accoucheuses, les infirmières, les kinésistes, les fournisseurs de prothèses et appareils, sont normalement régis par des conventions.

Art. 27.

Les conventions prévues à l'article 26 sont négociées et conclues sur le plan national, au sein du Service des soins de santé, par des commissions permanentes groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements intéressés.

La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions sont fixées par le Roi.

Chacune de ces commissions est présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué.

Le secrétariat en est assumé par un agent du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire-dirigeant de ce service.

B. *Des conventions avec les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les accoucheuses, les infirmières, les kinésistes et les fournisseurs de prothèses et appareils.*

Art. 28.

S'il apparaît que les conventions qui concernent les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les accoucheuses, les infirmières, les kinésistes et les fournisseurs de prothèses et appareils n'ont pu être établies, sur le plan national, dans le mois de la publication de la présente loi, l'ensemble des organismes assureurs et les organisations professionnelles intéressées peuvent négocier et conclure directement des conventions régionales.

Art. 29.

§ 1. — Les conventions concernant les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les accoucheuses, les infirmières, les kinésistes et les fournisseurs de prothèses et appareils fixent notamment le montant des honoraires et des prix réclamés pour les prestations.

Ces honoraires et prix sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 24.

§ 2. — Les facteurs de multiplication peuvent, par dérogation, être majorés pour certaines régions, notamment pour les visites à domicile dans les régions où les difficultés de déplacement ou la faible densité de population posent des problèmes particuliers.

§ 3. — Pour les prestations visées à l'article 23, 1°, *a*), *d*), e) et 3°, les facteurs de multiplication peuvent également varier lorsqu'il s'agit de médecins particulièrement qualifiés ayant notamment la charge d'un enseignement universitaire.

§ 4. — Des sommes forfaitaires peuvent être payées aux institutions de soins d'une part pour honorer les prestations données par les médecins-spécialistes qui y sont rémunérés forfaitairement avec leur accord, d'autre part pour couvrir les frais de fonctionnement et d'entretien.

digen, verplegingsinrichtingen, vroedvrouwen, verpleegsters, kinesitherapeuten, verstrekkers van prothesen en toestellen anderdeels, met overeenkomsten geregeld.

Art. 27.

De in artikel 26 bedoelde overeenkomsten worden in nationaal vlak bij de Dienst voor geneeskundige verzorging, na onderhandeling in de hierna vermelde commissies gesloten door bestendige commissies waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van de belanghebbende beroepen of inrichtingen zitting hebben.

Samenstelling en werkingsregelen van deze commissies worden door de Koning bepaald.

Het voorzitterschap van ieder van deze commissies wordt bekleed door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of door zijn afgevaardigde.

Een door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging aan te wijzen personeelslid van die dienst staat in voor het secretariaat.

B. *Overeenkomsten met de geneesheren, de tandheelkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegsters, de kinesitherapeuten en de verstrekkers van prothesen en toestellen.*

Art. 28.

Indien blijkt dat de overeenkomsten met betrekking tot de geneesheren, de tandheelkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegsters, de kinesitherapeuten en de verstrekkers van prothesen en toestellen, in nationaal vlak, niet binnen de maand na bekendmaking van deze wet kunnen worden opgemaakt, mogen de verzekeringsinstellingen samen en de belanghebbende beroepsorganisaties rechtstreeks over streekovereenkomsten onderhandelen en deze sluiten.

Art. 29.

§ 1. — De overeenkomsten met betrekking tot de geneesheren, de tandheelkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegsters, de kinesitherapeuten en de verstrekkers van prothesen en toestellen bepalen in het bijzonder het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen.

Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 24 bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd.

§ 2. — De vermenigvuldigingsfactoren kunnen, bij wijze van afwijking, verhoogd worden voor sommige streken, in het bijzonder voor de huisbezoeken in de streken waar de reismoeilijkheden of de geringe bevolkingsdichtheid bijzondere problemen doen rijzen.

§ 3. — Voor de in artikel 23, 1°, *a*), *d*), *e*) en 3°, bedoelde verstrekkingen kunnen de vermenigvuldigingsfactoren eveneens verschillen wanneer het om bijzonder bekwame geneesheren gaat, wie in het bijzonder universitair onderwijs is opgedragen.

§ 4. — Forfaitaire sommen kunnen aan de verzorgingsinrichtingen worden betaald, eensdeels ter honorering van de verstrekkingen verleend door de geneesheren-specialisten die er met hun instemming forfaitair worden beloond, anderdeels ter dekking van de werkings- en onderhoudskosten.

Pour être valables les conventions fixant le montant de ces sommes forfaitaires doivent, d'une part concerner des médecins qui ont adhéré individuellement à une convention visée à l'article 26 et, d'autre part, être signées par les autorités responsables des institutions de soins.

§ 5. — Les conventions peuvent prévoir le paiement direct des honoraires ou des fournitures, de l'organisme assureur au praticien, notamment lorsqu'il s'agit de prestations coûteuses.

§ 6. — Pour les veuves visées à l'article 21, 9° et les personnes à leur charge, pour les orphelins visés à l'article 21, 13°, pour les pensionnés visés à l'article 21, 7° et 8° et les personnes à leur charge, pour les bénéficiaires d'indemnités d'incapacité prolongée ou d'invalidité, visés aux articles 50 et 53, ainsi que les personnes à leur charge, les conventions prévoient, pour les prestations visées à l'article 23, 1°, des taux d'honoraires préférentiels ne donnant pas lieu, de la part des bénéficiaires, au paiement d'une partie du coût de la prestation.

§ 7. — Dans tous les cas, les honoraires et prix fixés par la convention comprennent les frais de déplacement.

§ 8. — Les conventions sont applicables par les parties quels que soient le moment et l'endroit où les prestations sont fournies.

Toutefois, lors de l'adhésion individuelle des médecins, ceux-ci peuvent préciser les heures et les endroits auxquels les tarifs conventionnels pour la seule consultation peuvent être majorés. La durée totale sur laquelle portent ces dérogations est précisée par la convention. Les prestations de diagnostic ou thérapeutiques, autres que la consultation elle-même, sont dans tous les cas, régies par la convention.

De même, les médecins peuvent déroger à l'application des tarifs conventionnels, pour les soins qu'ils donnent à des malades hospitalisés lorsque ces derniers ont exigé d'être admis dans une chambre particulière à un lit, sans que leur état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent. La convention fixe le montant maximum de dépassement qui peut être appliqué dans ces cas.

§ 9. — Les conventions peuvent prévoir des conditions particulières selon lesquelles les prestations seront dispensées aux personnes visées à l'article 21 dont les revenus annuels seraient supérieurs à un montant à fixer par lesdites conventions.

Art. 30.

Les conventions sont soumises à l'approbation du Ministre de la Prévoyance sociale, sur proposition du Comité de gestion.

Le Service des soins de santé transmet aux personnes visées au titre III, chapitre 4, section 1, B le texte des conventions approuvées qui les concerne et les invite à y adhérer individuellement. Ces adhésions individuelles sont notifiées aux commissions visées à l'article 27, soit directement, soit par l'intermédiaire des unions professionnelles intéressées.

Om geldig te zijn, moeten de overeenkomsten houdende vaststelling van die forfaitaire sommen, eensdeels betrekking hebben op geneesheren die individueel tot een in artikel 26 bedoelde overeenkomst zijn toegetreden en, anderdeels ondertekend zijn door de verantwoordelijke autoriteiten van de verzorgingsinstellingen.

§ 5. — De overeenkomsten kunnen voorzien in de rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstelling aan de praktizerende, van de honoraria of de verstrekkingen, onder meer wanneer deze duur zijn.

§ 6. — Voor de in artikel 21, 9°, bedoelde weduwen en de personen te hunnen laste, de in artikel 21, 13°, bedoelde wezen, de in artikel 21, 7° en 8°, bedoelde gepensioneerden en de personen te hunnen laste, degenen die in het genot zijn van een uitkering wegens de voortdurende arbeidsongeschiktheid of van een invaliditeitsuitkering bedoeld in de artikelen 50 en 53 alsmede de personen te hunnen laste, voorzien de overeenkomsten, wat de in artikel 23, 1°, bedoelde hulp betreft, in voorkeurhonorariumbedragen, zodat de rechthebbenden niet een gedeelte van de kosten der verstrekkingen hoeven te betalen.

§ 7. — De in de overeenkomst bepaalde honoraria en prijzen bevatten in alle gevallen de reiskosten.

§ 8. — De overeenkomsten worden door de partijen toegepast, waar en op welk tijdstip ook de verstrekkingen worden verleend.

Nochtans, bij de individuele toetreding van de geneesheren, kunnen dezen nader stellen op welke plaatsen en uren de bij overeenkomsten vastgestelde tarieven, voor de raadpleging alleen, kunnen verhoogd worden. De totale duur waarop die afwijkingen slaan wordt door de overeenkomst bepaald. De diagnostische of therapeutische verstrekkingen, buiten de raadpleging zelf, worden in alle gevallen door de overeenkomst beheerst.

Evenzo kunnen de geneesheren afwijken van de toepassing der bij overeenkomsten vastgestelde tarieven voor de verzorging welke zij aan ziekenhuispatiënten verlenen, wanneer dezen geëist hebben in een éénpersoonskamer te worden opgenomen zonder dat hun gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen. Het maximum overschrijdingsbedrag dat in dat geval mag toegelaten worden, wordt bij overeenkomst vastgesteld.

§ 9. — De overeenkomsten kunnen bijzondere voorwaarden bepalen voor verstrekkingen aan de in artikel 21 bedoelde personen met een jaarlijks inkomen boven een bij genoemde overeenkomsten vast te stellen bedrag.

Art. 30.

De overeenkomsten worden de Minister van Sociale Voorzorg ter goedkeuring voorgelegd op voorstel van het beheerscomité.

De Dienst voor geneeskundige verzorging zendt aan de in titel III, hoofdstuk 4, afdeling 1, B, bedoelde personen de tekst van de goedgekeurde overeenkomsten welke op hen betrekking heeft en verzoekt hen om individuele toetreding. Van die individuele toetredingen wordt aan de in artikel 27 bedoelde commissies kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via de belanghebbende beroepsverenigingen.

C. *Des conventions avec les établissements hospitaliers.*

Art. 31.

§ 1. — Les conventions concernant les établissements hospitaliers comportent l'engagement desdits établissements d'appliquer à l'égard des bénéficiaires de l'assurance-soins de santé, le taux de journée d'entretien arrêté pour chacun d'eux.

§ 2. — Le Ministre de la Prévoyance sociale fixe, sur avis du Comité de gestion, le montant de l'intervention des organismes assureurs dans le taux de journée d'entretien des établissements hospitaliers; cette intervention peut varier suivant les catégories d'établissements agréés notamment en fonction de leur standing médical par le Ministre de la Santé publique et de la Famille.

§ 3. — Les conventions avec les établissements hospitaliers peuvent prévoir que ces derniers sont autorisés à déroger à l'application des taux normaux de journée d'entretien, dans les cas où les bénéficiaires de l'assurance-soins de santé ont exigé d'être hospitalisés dans une chambre à un lit, sans que leur état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent.

§ 4. — Les conventions sont soumises à l'approbation du Ministre de la Prévoyance sociale, sur proposition du Comité de gestion.

Le service des soins de santé transmet aux établissements hospitaliers le texte de la convention approuvée qui les concerne et les invite à y adhérer individuellement. Ces adhésions individuelles sont notifiées aux commissions visées à l'article 27, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur association professionnelle.

D. *De la convention avec les pharmaciens.*

Art. 32.

§ 1. — La convention nationale, visée à l'article 27 fixe, en ce qui concerne les pharmaciens, le montant des honoraires pour les préparations magistrales et établit des règles relatives aux honoraires de responsabilité pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques ainsi qu'aux modalités de payement par le système du tiers-payant.

§ 2. — Des honoraires préférentiels sont fixés en ce qui concerne les fournitures pharmaceutiques visées à l'article 23, 5°, *a*, à délivrer aux veuves visées à l'article 21, 9° et aux personnes à leur charge, aux orphelins visés à l'article 21, 13°, aux pensionnés visés à l'article 21, 7° et 8° et aux personnes à leur charge, aux bénéficiaires d'indemnités d'incapacité prolongée ou d'invalidité, visés aux articles 50 et 53 et aux personnes à leur charge.

Les conventions peuvent prévoir le paiement forfaitaire de médicaments délivrés aux malades hospitalisés.

§ 3. — Les conventions peuvent prévoir des conditions particulières selon lesquelles les prestations seront dispensées aux personnes visées à l'article 21 dont les revenus annuels seraient supérieurs à un montant à fixer par lesdites conventions.

C. *Overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen.*

Art. 31.

§ 1. — De overeenkomsten met betrekking tot de verplegingsinrichtingen behelzen de verbintenis van genoemde inrichtingen tot toepassing, ten aanzien van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van het voor iedere inrichting vastgestelde verpleegdagbedrag.

§ 2. — De Minister van Sociale Voorzorg bepaalt op advies van het beheerscomité het tegemoetkomingsbedrag van de verzekeringsinstellingen in het verpleegdagbedrag van de verplegingsinrichtingen; die tegemoetkoming kan verschillen volgens de klassen van inrichtingen, door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin erkend, in het bijzonder op grond van hun medische standing.

§ 3. — In de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen kan worden gesteld dat deze gemachtigd zijn om van de toepassing van de normale verpleegdagbedragen af te wijken in de gevallen waarin de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging geëist hebben in een éénpersoonskamer te worden opgenomen zonder dat hun gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen.

§ 4. — De overeenkomsten worden de Minister van Sociale Voorzorg ter goedkeuring voorgelegd op voorstel van het beheers-comité.

De Dienst voor geneeskundige verzorging zendt aan de verplegingsinrichtingen de tekst van de goedgekeurde overeenkomst welke op hen betrekking heeft en verzoekt hen om individuele toetreding. Van die individuele toetredingen wordt aan de in artikel 27 bedoelde commissies kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via hun beroepsvereniging.

D. *Overeenkomst met de apothekers.*

Art. 32.

§ 1. — De in artikel 27 bedoelde nationale overeenkomst bepaalt, wat de apothekers betreft, het bedrag van de honoraria voor de magistrale bereidingen en stelt regelen met betrekking tot de verantwoordelijkheidshonoraria op de aflevering van farmaceutische specialiteiten alsmede het betrekking tot de modaliteiten inzake betaling via de derde-betalers-regeling.

§ 2. — Voorkeurhonoraria worden bepaald voor de in artikel 23, 5°, *a*, bedoelde farmaceutische verstrekkingen af te leveren aan de in artikel 21, 9°, bedoelde weduwen en de personen te hunnen laste, aan de in artikel 21, 13° bedoelde wezen, aan de in artikel 21, 7° en 8°, bedoelde gepensioneerden en de personen te hunnen laste, aan degenen die in het genot zijn van voortdurende ongeschiktheids- of invaliditeitsuitkeringen, bedoeld in de artikelen 50 en 53 en de personen te hunnen laste.

De overeenkomsten kunnen in forfaitaire betaling voorzien van aan de ziekenhuispatiënten afgeleverde geneesmiddelen.

§ 3. — De overeenkomsten kunnen bijzondere voorwaarden bepalen voor verstrekkingen aan de in artikel 21 bedoelde personen met een jaarlijks inkomen boven een bij genoemde overeenkomsten vast te stellen bedrag.

§ 4. — Les conventions sont soumises à l'approbation du Ministre de la Prévoyance sociale, sur proposition du Comité de gestion.

Le Service des soins de santé transmet aux pharmaciens le texte de convention approuvé qui les concerne et les invite à y adhérer individuellement. Ces adhésions individuelles sont notifiées aux commissions visées à l'article 27, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur union professionnelle.

E. *Dispositions communes.*

Art. 33.

S'il apparaît que les conventions visées au titre III, chapitre 4, section 1, B, C, D, n'ont pu être établies, l'ensemble des organismes assureurs peut proposer à l'adhésion de chaque membre des professions médicales et para-médicales, à chaque établissement hospitalier et à chaque pharmacien, tout autre texte de convention établi par le comité de gestion et approuvé par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Art. 34.

Chaque convention individuelle sort immédiatement ses effets.

SECTION 2.

Des devoirs des praticiens de l'art de guérir, des auxiliaires paramédicaux et des établissements hospitaliers.

Art. 35.

Les soins sont donnés aux bénéficiaires dans les conditions les plus économiques compatibles avec la nécessité du maintien ou de la restauration de leur santé.

Le médecin tient régulièrement un dossier médical pour chaque bénéficiaire.

Art. 36.

Le médecin-spécialiste communique au médecin-traitant du malade le protocole des examens qu'il pratique. Dans les cas où le médecin-traitant ne peut être averti, le médecin-spécialiste communique le protocole des examens au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Le médecin-spécialiste peut également adresser au médecin-traitant et au médecin-conseil, un rapport écrit constituant une étude de synthèse et comportant des conclusions détaillées au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'affection présentée par un malade.

Les honoraires relatifs à ce rapport écrit ne sont pas réclamés au bénéficiaire; ils sont payés directement par l'organisme assureur après que le médecin-conseil en a pris connaissance et a constaté que ce rapport répond aux conditions fixées à l'alinéa précédent.

En cas de refus du médecin-conseil, le médecin n'est pas autorisé à exiger le paiement par le bénéficiaire.

§ 4. — De overeenkomsten worden de Minister van Sociale Voorzorg ter goedkeuring voorgelegd op voorstel van het beheerscomité.

De Dienst voor geneeskundige verzorging zendt aan de apothekers de tekst van de goedgekeurde overeenkomst welke op hen betrekking heeft en verzoekt hen om individuele toetreding. Van die individuele toetredingen wordt aan de in artikel 27 bedoelde commissies kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via hun beroepsvereniging.

E. *Gemene bepalingen.*

Art. 33.

Indien blijkt dat de in titel III, hoofdstuk 4, afdeling 1, B, C, D, bedoelde overeenkomsten niet kunnen opgemaakt worden, mogen de verzekeringsinstellingen samen ieder lid van de medische en paramedische beroepen, elke verplegingsinrichting en iedere apotheker een andere door het beheerscomité vastgestelde en door de Minister van Sociale Voorzorg goedgekeurde overeenkomsttekst ter toetreding voorstellen.

Art. 34.

Iedere individuele overeenkomst heeft onmiddellijk uitwerking.

AFDELING 2.

Plichten van de beoefenaars van de geneeskunst, de paramedische medewerkers en de verplegingsinrichtingen.

Art. 35.

De verzorging wordt vertrekt aan de rechthebbenden onder de zuinigste voorwaarden welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van hun gezondheid.

De geneesheer houdt regelmatig een geneeskundig dossier bij voor ieder rechthebbende.

Art. 36.

De geneesheer-specialist deelt de huisarts van de zieke het protocol van zijn onderzoekingen mede. Ingeval de huisarts niet op de hoogte kan worden gebracht, deelt de geneesheer-specialist het protocol van de onderzoekingen mede aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

De geneesheer-specialist kan eveneens de huisarts en de adviserend geneesheer een schriftelijk verslag zenden dat een synthetische studie is en omstandige conclusies bevat inzake diagnose, prognose en behandeling van de aandoening van de zieke.

De honoraria met betrekking tot dat schriftelijk verslag worden de rechthebbende niet aangerekend; ze worden rechtstreeks door de verzekeringsinstelling betaald nadat de adviserend geneesheer er kennis heeft van genomen en heeft vastgesteld dat bedoeld verslag aan de in het vorige lid gestelde vereisten voldoet.

Ingeval de adviserend geneesheer weigert, mag de geneesheer geen betaling van de rechthebbende vorderen.

Art. 37.

Chaque bénéficiaire est doté, par son organisme assureur, d'un carnet individuel, appelé «carnet de prestations» dont le modèle, uniforme, est déterminé par le Comité de gestion du Service des soins de santé.

Toutes personnes ou tous établissements autorisés ou agréés pour donner des soins ou fournir des prothèses et autres appareils aux bénéficiaires de l'assurance y indiquent les soins donnés ou les prothèses ou appareils fournis, suivant la nomenclature visée à l'article 24.

TITRE IV.

DE L'ASSURANCE-INDEMNITES.

CHAPITRE 1.

Des institutions.

SECTION 1.

Du Setvice des indemnités.

Art. 38.

Il est institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité un Service des indemnités chargé de l'administration de l'assurance-indemnités.

SECTION 2.

Du Comité de gestion.

Art. 39.

Le Service des indemnités est géré par un comité de gestion composé en nombre égal de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de l'ensemble des employeurs.

Le Comité de gestion comprend, en outre, des représentants des organismes assureurs, chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins.

Seuls les membres du Comité de gestion visés à l'alinéa 1er, ont voix délibérative sur les objets visés à l'article 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6°.

Le Roi détermine le nombre de ces représentants effectifs et suppléants et les nomme. Il fixe les règles de fonctionnement du Comité de gestion et en nomme le président et les vice-présidents.

Trois commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du Ministre de la Prévoyance sociale, du Ministre du Travail et de l'Emploi et du Ministre des Finances, assistent aux réunions du comité.

Art. 37.

Ieder rechthebbende wordt door zijn verzekeringsinstelling voorzien van een individueel boekje, «verstrekkingenboekje» genoemd, van een eenvormig model dat door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt vastgesteld.

Alle tot het verlenen van verzorging of het verstrekken van prothesen en andere toestellen aan de rechthebbenden van de verzekering gemachtigde of erkende personen of inrichtingen, vermelden in dit boekje de verleende verzorging of de verstrekte prothesen of toestellen volgens de in artikel 24 bedoelde nomenclatuur.

TITEL IV.

UITKERINGSVERZEKERING.

HOOFDSTUK 1.

Organen.

AFDELING 1.

Dienst voor uitkeringen.

Art. 38.

In de schoot van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt een Dienst voor uitkeringen ingesteld, belast met de administratie van de uitkeringsverzekering.

AFDELING 2.

Beheerscomité.

Art. 39.

De Dienst voor uitkeringen wordt beheerd door een beheerscomité dat samengesteld is uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve werknemers- en werkgeversorganisaties.

Bovendien maken vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen deel uit van het beheerscomité, elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger.

Alleen de in het eerste lid bedoelde leden van het beheerscomité zijn stemgerechtigd wat de in artikel 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5° en 6°, bedoelde zaken betreft.

De Koning stelt het aantal dier werkende en plaatsvervangende vertegenwoordigers vast en benoemt ze. Hij bepaalt de werkingsregelen van het beheerscomité en benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters.

Drie Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg, respectief de Minister van Tewerksteling en Arbeid en de Minister van Financiën, wonen de vergaderingen van het comité bij.

Art. 40.

Le Comité de gestion du Service des indemnités :

1° propose dans les conditions fixées à l'article 138, le montant des cotisations de sécurité sociale destinées à financer les dépenses résultant du payement des indemnités d'incapacité primaire;

2° propose au Roi le montant des cotisations destinées à financer les dépenses résultant du payement des indemnités d'incapacité prolongée à concurrence de 50 %, et du paiement des indemnités d'invalidité et des allocations pour frais funéraires, à concurrence de 5 %;

3° propose, dans les conditions fixées à l'article 46, et dans les limites des possibilités budgétaires réalisées en vertu du 1° ci-dessus, le taux des indemnités d'incapacité primaire;

4° donne au Roi des avis sur le montant de l'allocation pour frais funéraires;

5° donne au Roi des avis sur le taux des indemnités d'incapacité de travail dues aux titulaires pendant la période d'incapacité prolongée;

6° gère le fonds de réserve constitué au moyen des bonis réalisés dans la gestion du secteur des indemnités dues en période d'incapacité primaire;

7° arrête les comptes et établit le budget de frais d'administration du Service des indemnités;

8° arrête les comptes et établit le budget de l'assurance-indemnités; ces comptes et ce budget comprennent séparément les indemnités dues en période d'incapacité primaire, celles dues en période d'incapacité prolongée et celles dues en période d'invalidité; des prévisions distinctes sont établies pour les indemnités d'incapacité de travail et pour l'allocation pour frais funéraires;

9° établit un rapport annuel circonstancié sur chaque exercice après sa clôture et fait part au Ministre de la Prévoyance sociale, dans le délai fixé par le Roi, des mesures qu'il propose ou qu'il a arrêtées en fonction des éléments de ce rapport;

10° fixe les conditions dans lesquelles sont avancées aux organismes assureurs les fonds qui leur sont nécessaires pour payer les indemnités et l'allocation pour frais funéraires;

11° élabore les règlements visés par la présente loi concernant notamment :

a) l'ouverture du droit aux indemnités d'incapacité primaire, aux indemnités d'incapacité prolongée, aux indemnités d'invalidité et à l'allocation pour frais funéraires;

b) les modalités de calcul des indemnités;

c) les modalités de payement des indemnités et de l'allocation pour frais funéraires;

12° fixe les modalités suivant lesquelles les organismes assureurs introduisent et justifient leurs comptes auprès du Service des indemnités;

13° examine les rapports qui lui sont transmis par le Service du contrôle médical et le Service du Contrôle administratif en exécution des articles 79, premier alinéa, 14° et 93, premier alinéa, 4°; il fait, dans les délais fixés par le Roi, rapport au Ministre de la Prévoyance sociale, sur les mesures qu'il a décidé de prendre ou qu'il propose;

Art. 40.

Het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen :

1° stelt onder de in artikel 138 bepaalde voorwaarden het bedrag voor van de bijdragen voor sociale zekerheid tot financiering van de uitgaven gemoeid met het betalen van primaire ongeschiktheidsuitkering;

2° stelt de Koning het bedrag voor van de bijdragen tot financiering van de uitgaven gemoeid met het betalen van de uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid ten belope van 50 % en met het betalen van de invaliditeitsuitkeringen en van de uitkeringen voor begrafeniskosten ten belope van 5 %;

3° stelt onder de in artikel 46 bepaalde voorwaarden en binnen de begrotingsmogelijkheden, verwezenlijkt krachtens 1° hiervoren, de hoegrootheid voor van de primaire ongeschiktheidsuitkering;

4° verstrekt de Koning adviezen over het bedrag van de uitkering voor begrafeniskosten;

5° verstrekt de Koning adviezen over de hoegrootheid van de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid welke verschuldigd zijn aan de gerechtigden over het tijdvak van voortdurende arbeidsongeschiktheid;

6° beheert het reservefonds gevormd met de boni uit het beheer van de tak uitkeringen verschuldigd in het tijdvak van primaire ongeschiktheidstijdvak;

7° stelt de rekeningen van de administratiekosten vast en maakt de desbetreffende begroting op van de Dienst voor uitkeringen;

8° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op van de uitkeringsverzekering; in die begroting en in die rekeningen worden de uitkeringen verschuldigd in het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, die verschuldigd in het tijdvak van voortdurende arbeidsongeschiktheid en die verschuldigd in invaliditeitstijdvak afzonderlijk opgenomen; aparte ramingen worden opgemaakt voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor de uitkering voor begrafeniskosten;

9° maakt een omstandig jaarverslag op over elk dienstjaar nadat het is afgesloten en geeft de Minister van Sociale Voorzorg, binnen de door de Koning te bepalen termijn, kennis van de maatregelen welke het voorstelt of heeft vastgesteld uitgaande van de elementen van dat verslag;

10° stelt vast onder welke voorwaarden aan de verzekeringsinstellingen de geldmiddelen worden voorgeschoten die zij behoeven om de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor begrafeniskosten te betalen;

11° werkt de in deze wet bedoelde verordeningen uit in het bijzonder met betrekking tot :

a) het verkrijgen van recht op primaire ongeschiktheidsuitkering, op uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid, op invaliditeitsuitkeringen en op de uitkering voor begrafeniskosten;

b) de regelen tot berekening van de uitkeringen;

c) de regelen tot betaling van de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor begrafeniskosten;

12° bepaalt de regelen volgens welke de verzekeringsinstellingen hun rekeningen bij de Dienst voor uitkeringen indienen en verantwoorden;

13° onderzoekt de verslagen welke hem door de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor administratieve controle overgelegd worden ter voldoening aan de artikelen 79, eerste lid, 14°, en 93, eerste lid, 4°; het brengt binnen de door de Koning te stellen termijnen, bij de Minister van Sociale Voorzorg verslag uit over de te treffen maatregelen waartoe het besloten heeft of welke het voorstelt;

14° transmet au Conseil général les dossiers pour lesquels il décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;

15° propose au Conseil général le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service des indemnités ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger;

16° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi, après avis du Conseil général;

SECTION 3.

Du Conseil médical de l'invalidité.

Art. 41.

Il est institué, auprès du Service des indemnités, un Conseil médical de l'invalidité, qui comprend une commission supérieure et des commissions régionales dont le nombre et le ressort sont déterminés par le Roi.

La composition et les règles de fonctionnement du Conseil médical de l'invalidité sont fixées par le Roi qui en nomme le président et les membres.

Art. 42.

Le Conseil médical de l'invalidité :

1° remplit les missions qui lui sont fixées aux articles 51 et 54 de la présente loi et notifie ses décisions aux personnes et institutions désignées par le Roi et dans les conditions et délai fixés par Lui;

2° examine les questions relatives à la période d'incapacité prolongée ou d'invalidité qui lui sont soumises pour avis, par le Ministre de la Prévoyance sociale, le Comité de gestion ou le fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités, ainsi que par les organismes assureurs;

3° collabore avec le Collège des médecins-directeurs visé à l'article 19 en lui signalant tout titulaire susceptible de bénéficier d'une rééducation fonctionnelle ou professionnelle et en lui transmettant tous les renseignements qu'il demande pour l'exercice de sa mission.

SECTION 4.

Du Conseil technique intermutualiste.

Art. 43.

Il est institué auprès du Service des indemnités un Conseil technique intermutualiste dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par le Roi qui en nomme le président et les membres, chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins.

Art. 44.

Le Conseil technique intermutualiste a pour mission d'émettre des avis en vue de leur examen au Comité de gestion du Service des indemnités, sur les problèmes relatifs aux conditions d'octroi des indemnités et allocation visées au titre IV.

14° bezorgt de Algemene raad de dossiers waarover het beslist vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;

15° stelt de Algemene raad aanwerving, benoeming dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting voor van het personeel van de Dienst voor uitkeringen alsmede de dat personeel op te leggen tuchtstraffen;

16° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor, na advies van de Algemene raad;

AFDELING 3.

Geneeskundige raad voor invaliditeit.

Art. 41.

Bij de Dienst voor uitkeringen wordt een Geneeskundige raad voor invaliditeit ingesteld die een hoge commissie en gewestelijke commissies omvat waarvan aantal en werkgebied door de Koning worden vastgesteld.

Samenstelling en werkingsregelen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit worden bepaald door de Koning die de voorzitter en leden ervan benoemt.

Art. 42.

De Geneeskundige raad voor invaliditeit :

1° vervult de hem bij de artikelen 51 en 54 van deze wet opgedragen taken en geeft van zijn beslissingen kennis aan de door de Koning aan te wijzen personen en organen onder de door Hem te bepalen voorwaarden en termijnen;

2° onderzoekt de kwesties met betrekking tot het tijdvak van voortdurende arbeidsongeschiktheid of van invaliditeit, hem ter adviesgeving voorgelegd door de Minister van Sociale Vooorzorg, het beheerscomité of de leidende ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen alsmede door de verzekeringsinstellingen;

3° werkt samen met het College van geneesheren-directeurs bedoeld in artikel 19, door het mede te delen welke gerechtigden in aanmerking kunnen komen voor revalidatie of herscholing en het alle inlichtingen te bezorgen waarom het ter uitoefening van zijn taak verzoekt.

AFDELING 4.

Technische ziekenfondsraad.

Art. 43.

Bij de Dienst voor uitkeringen wordt een Technische ziekenfondsraad ingesteld waarvan samenstelling en werkingsregelen worden bepaald door de Koning, die de voorzitter en leden ervan benoemt, elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger.

Art. 44.

De Technische ziekenfondsraad heeft tot taak adviezen uit te brengen over de problemen in verband met de voorwaarden tot toekenning van de in titel IV bedoelde uitkeringen met het oog op de behandeling ervan in het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

CHAPITRE 2.

Du champ d'application.

Art. 45.

§ 1. — Sont bénéficiaires du droit aux indemnités d'incapacité de travail telles qu'elles sont définies au titre IV, chapitre 3 de la présente loi et dans les conditions prévues par celle-ci, en qualité de titulaires :

1° les travailleurs visés à l'article 21, 1°, 3°, 4° et 5° de la présente loi;
2° les travailleurs qui, au cours de périodes d'incapacité de travail, telles qu'elles sont définies par la présente loi, cessent d'être liés à un employeur par un contrat de louage de services qui les assujettit à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;
3° les travailleurs visés à l'article 21, 6°, à l'expiration de la période d'assurance continuée visée au même article.

§ 2. — Sont bénéficiaires de l'allocation pour frais funéraires, les personnes physique ou morale qui ont supporté effectivement les frais funéraires exposés en cas de décès du titulaire visé à l'article 61.

CHAPITRE 3.

Des prestations.

SECTION 1.

De l'indemnité d'incapacité primaire.

Art. 46.

Le titulaire visé à l'article 45, § 1, en état d'incapacité de travail telle qu'elle est définie à l'article 56, reçoit pour chaque jour ouvrable de la période d'un an prenant cours à la date de début de son incapacité de travail, une indemnité, dite «indemnité d'incapacité primaire», qui ne peut être inférieure à 60 % de la rémunération perdue, calculée sur une période de référence fixée par le règlement visé à l'article 40, 11°, sans que la rémunération prise en considération puisse dépasser le montant maximum sur lequel sont prélevées les cotisations pour l'assurance-indemnités; toutefois, pour les ouvriers mineurs la rémunération à laquelle on se réfère ne peut dépasser le montant maximum pris en considération pour les ouvriers.

Si le titulaire cesse d'être en état d'incapacité primaire au sens de l'article 56, pendant une période comptant moins de douze jours ouvrables, cette période non-indemnisée n'interrompt pas le cours de la période d'incapacité primaire.

Pour les titulaires qui peuvent prétendre la pension d'invalidité au titre de la législation sur le régime de retraite des ouvriers mineurs le droit à l'indemnité d'incapacité primaire expire à la fin du sixième mois d'incapacité de travail. Toutefois, les droits de ces travailleurs pendant les

HOOFDSTUK 2.

Toepassingssfeer.

Art. 45.

§ 1. — Rechthebbende op de in titel IV, hoodstuk 3, van deze wet omschreven uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid onder de voorwaarden die ze bepaalt, zijn, als gerechtigden :

1° de in artikel 21, 1°, 3°, 4° en 5°, van deze wet bedoelde werknemers;
2° de werknemers wier arbeidsovereenkomst met een werkgever, waardoor ze onder de besluitwet vallen van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders of onder de besluitwet van 10 januari 1945 betreffende de sociale zekerheid der mijnwerkers en met dezen gelijkgestelden, een einde neemt tijdens in deze wet omschreven tijdvakken van arbeidsongeschiktheid;
3° de in artikel 21, 6°, bedoelde werknemers, bij het aflopen van het in datzelfde artikel bedoelde tijdvak van voortgezette verzekering.

§ 2. — Rechthebbenden op de uitkering voor begrafeniskosten zijn de natuurlijke of rechtspersonen die, in geval van overlijden van de in artikel 61 bedoelde gerechtigde, de begrafenis werkelijk heeft bekostigd.

HOOFDSTUK 3.

Uitkeringen.

AFDELING 1.

Primaire ongeschiktheidsuitkering.

Art. 46.

De in artikel 45, § 1, bedoelde gerechtigde die arbeidsongeschikt is als omschreven in artikel 56, ontvangt over elke werkdag van een eenjarig tijdvak ingaande de aanvangsdag van zijn arbeidsongeschiktheid, een uitkering « primaire ongeschiktheidsuitkering » genoemd, welke niet lager mag zijn dan 60 % van het gederfde loon, berekend over een refertetijdvak dat in de in artikel 40, 11°, bedoelde verordening wordt bepaald; het loon dat in aanmerking wordt genomen, mag niet hoger zijn dan het maximale bedrag waarop de bijdragen voor de uitkeringsverzekering worden ingehouden; voor de mijnwerkers echter, mag het loon waarvan wordt uitgegaan, niet hoger zijn dan het maximale bedrag dat voor de arbeiders in aanmerking wordt genomen.

Indien de gerechtigde niet langer in staat van primaire arbeidsongeschiktheid is als bedoeld in artikel 56, over een tijdvak dat minder dan twaalf werkdagen telt, onderbreekt dat tijdvak waarover geen primaire ongeschiktheidsuitkering wordt betaald de loop van het tijdvak van primaire ongeschiktheid niet.

Voor de gerechtigden die aanspraak hebben op invaliditeitspensioen krachtens de wetgeving op de rustpensioenregeling voor mijnwerkers, loopt het recht op primaire ongeschiktheidsuitkering af op het einde van de zesde maand arbeidsongeschiktheid. Evenwel worden de rechten van die

six premiers mois qui suivent la période fixée ci-dessus sont déterminés par le Roi.

Le taux de l'indemnité d'incapacité primaire est proposé par le Comité de gestion du Service des indemnités. Le Roi sanctionne toute proposition concernant le taux de l'indemnité lorsque cette proposition réunit l'unanimité des membres de ce comité visés au premier alinéa de l'article 39.

En cas de non-unanimité le Roi fixe ce taux.

Art. 47.

Sauf exceptions prévues par le Comité de gestion, le titulaire avise le médecin-conseil de son incapacité de travail au moyen d'un certificat, signé par son médecin traitant.

Toutefois, dans les cas visés à l'article 46, deuxième alinéa, le titulaire avise le médecin-conseil, le jour même de la reprise de l'état d'incapacité de travail, au moyen d'un document signé par lui.

Le Comité de gestion arrête le modèle de ces certificat et document. Il détermine les modalités et délais d'envoi ou de remise du certificat médical.

Dans les cas visés à l'article 46, deuxième alinéa, le droit à l'indemnité primaire s'ouvre au plus tôt le jour de l'envoi ou de la remise du document prévu au 2me alinéa.

Art. 48.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur constate l'état d'incapacité primaire au sens de l'article 56, en fixe la durée et notifie sa décision concernant l'état d'incapacité de travail au titulaire, dans les conditions et délais fixés par le Comité de gestion.

Art. 49.

Il peut être appliqué, au début de toute période d'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité d'incapacité primaire, une période, dite «de carence», de trois jours ouvrables au plus, pendant laquelle l'indemnité n'est pas due. Le Comité de gestion du Service des indemnités fixe la durée de cette période de carence et les conditions dans lesquelles elle est appliquée.

SECTION II.

De l'indemnité d'incapacité prolongée.

Art. 50.

Lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période d'incapacité primaire, il est payé, pour chaque jour ouvrable de la période de deux ans, prenant cours à l'expiration de la période d'incapacité primaire, une indemnité, dite « indemnité d'incapacité prolongée ».

werknemers over de eerste zes maanden welke op het hiervoren bepaalde tijdvak volgen door de Koning vastgesteld.

De hoegrootheid van de primaire ongeschiktheidsuitkering wordt voorgesteld door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen. De Koning bekrachtigt elk voorstel met betrekking tot die hoegrootheid wanneer tot dat voorstel door de in artikel 39, eerste lid bedoelde comitéleden eenstemmig wordt besloten.

Ingeval er geen eenstemmigheid is, wordt die hoegrootheid door de Koning bepaald.

Art. 47.

Behoudens uitzonderingen waarin het beheerscomité voorziet, doet de gerechtigde aan de adviserend geneesheer mededeling van zijn arbeidsongeschiktheid met een door zijn behandelende geneesheer ondertekend getuigschrift.

In de in artikel 46, tweede lid, bedoelde gevallen, doet de gerechtigde echter die mededeling, de dag zelf waarop de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt, met een door hem ondertekend document.

Het beheerscomité stelt het model van da tgetuigschrift en van dat document vast. Het bepaalt de nadere regelen en termijnen tot verzending of afgifte van het geneeskundige getuigschrift.

In de artikel 46, tweede lid, bedoelde gevallen gaat het recht op primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ten vroegste in de dag van verzending of afgifte van het document waarin de tweede lid voorziet.

Art. 48.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling stelt de in artikel 56 bedoelde staat van primaire arbeidsongeschiktheid vast, bepaalt de duur ervan en geeft de gerechtigde kennis van zijn beslissing omtrent de staat van arbeidsongeschiktheid onder de door het beheerscomité bepaalde voorwaarden en termijnen.

Art. 49.

Bij de aanvang van elk tijdvak van arbeidsongeschiktheid dat recht geeft op primaire ongeschiktheidsuitkering kan een zogenoemde « carenstijd » van maximaal drie werkdagen worden toegepast waarover geen primaire ongeschiktheidsuitkering verschuldigd is. Het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt de duur van die carenstijd alsmede onder welke voorwaarden hij wordt toegepast.

AFDELING II.

Uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid.

Art. 50.

Duurt de arbeidsongeschiktheid voort na het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, dan wordt elke werkdag van een tweejarig tijdvak ingaande bij afloop van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, een zogenoemde « uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid » betaald.

Si le titulaire cesse d'être en état d'incapacité prolongée, au sens de l'article 56, pendant une période comptant moins de trois mois, cette période non-indemnisée n'interrompt pas le cours de la période d'incapacité prolongée.

L'indemnité d'incapacité prolongée n'est pas payée aux titulaires qui peuvent prétendre la pension d'invalidité visée par la législation sur le régime de retraite des ouvriers mineurs.

Le Roi fixe, après avis du Comité de gestion du Service des indemnités, le taux et le montant maximum de l'indemnité d'incapacité prolongée, ainsi que le montant minimum de l'indemnité d'incapacité prolongée accordée aux travailleurs réguliers.

Ce taux ne peut être inférieur à 60 % de la rémunération telle qu'elle est définie à l'article 46, premier alinéa. Il peut être réduit s'il s'agit de titulaires qui n'ont pas de personnes à charge.

Le Roi détermine, après avis du Comité de gestion du Service des indemnités, ce qu'il y a lieu d'entendre par « travailleur régulier » et par « travailleur ayant personne à charge ».

Art. 51.

Le Conseil médical de l'invalidité constate, sur la base d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, l'état d'incapacité prolongée au sens de l'article 56 et en fixe la durée.

Toutefois, le médecin-conseil peut constater la fin de l'état d'incapacité prolongée ; il en avertit le Conseil médical de l'invalidité.

Art. 52.

Les dispositions de l'article 47, deuxième et quatrième alinéas, sont également applicables dans les cas de reprise de l'état d'incapacité de travail visés à l'article 50, deuxième alinéa.

SECTION III.

De l'indemnité d'invalidité.

Art. 53.

Lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période d'incapacité prolongée, il est payé pour chaque jour ouvrable, une indemnité dite « indemnité d'invalidité ».

Si le titulaire cesse d'être en état d'invalidité au sens de l'article 56, pendant une période comptant moins de trois mois, cette période non-indemnisée n'interrompt pas le cours de la période d'invalidité.

Le montant des indemnités d'invalidité est fixé par le Roi et est au moins égal au montant des indemnités d'incapacité prolongée.

Art. 54.

Le Conseil médical de l'invalidité constate l'état d'invalidité au sens de l'article 56 et en fixe la durée.

Indien de gerechtigde niet langer in staat van voortdurende arbeidsongeschiktheid is als bedoeld in artikel 56, over een tijdvak van minder dan drie maanden, onderbreekt dat tijdvak waarover geen uitkeringen worden betaald de loop van het tijdvak van voortdurende arbeidsongeschiktheid niet.

De uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid wordt niet betaald aan de gerechtigden die aanspraak hebben op het invaliditeitspensioen bedoeld in de wetgeving op de rustpensioenregeling voor mijnwerkers.

De Koning bepaalt, na advies van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, de hoegrootheid en het maximumbedrag van de uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid alsmede het minimumbedrag van de uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid toe te kennen aan regelmatige werknemers.

Die hoegrootheid mag niet lager liggen dan 60 % van het in artikel 46, eerste lid, omschreven loon. Ze kan worden verminderd als het om gerechtigden gaat die geen personen ten laste hebben.

De Koning stelt, na advies van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, vast wat onder « regelmatig werknemer » en onder « werknemer met persoon ten laste » wordt verstaan.

Art. 51.

De Geneeskundige raad voor invaliditeit stelt, op basis van een door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling opgemaakt verslag, de in artikel 56 bedoelde staat van voortdurende arbeidsongeschiktheid vast en bepaalt de duur ervan.

De adviserend geneesheer mag echter het einde van de staat van voortdurende arbeidsongeschiktheid vaststellen; hij geeft daarvan kennis aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

Art. 52.

De bepalingen van artikel 47, tweede en vierde alinea, zijn eveneens van toepassing in de in artikel 50, tweede alinea bedoelde gevallen waarin de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt.

AFDELING III.

Invaliditeitsuitkering.

Art. 53.

Houdt de arbeidsongeschiktheid aan na het tijdvak van voortdurende arbeidsongeschiktheid, dan wordt over elke werkdag een zogenoemde « invaliditeitsuitkering » betaald.

Indien de gerechtigde niet langer in staat van invaliditeit is als bedoeld in artikel 56, over een tijdvak van minder dan drie maanden, onderbreekt dat tijdvak waarover geen uitkeringen worden betaald de loop van het invaliditeitstijdvak niet.

Het bedrag van de invaliditeitsuitkeringen wordt door de Koning bepaald en is ten minste gelijk aan het bedrag van de uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid.

Art. 54.

De Geneeskundige raad voor invaliditeit stelt de in artikel 56 bedoelde staat van invaliditeit vast en bepaalt de duur ervan.

Art. 55.

Les dispositions de l'article 47, deuxième et quatrième alinéas, sont également applicables dans les cas de reprise de l'état d'incapacité de travail visés à l'article 53, deuxième alinéa.

SECTION IV.

Dispositions communes aux indemnités.

Art. 56.

§ 1. Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi, le travailleur qui a cessé toute activité et dont les lésions et troubles fonctionnels sont reconnus, comme entraînant une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Si ce travailleur a par ailleurs acquis une formation professionnelle au cours d'une période de rééducation professionnelle, il est tenu compte de cette nouvelle formation pour l'évaluation de la réduction de sa capacité de gain.

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance.

Lorsque le travailleur est hospitalisé dans un des établissements visés à l'article 33, § 2 ou dans un hôpital militaire, il est censé atteindre le degré d'incapacité de travail requis.

Il en est de même des travailleuses visées à l'article 21, 4° pendant la période de six semaines avant et six semaines après leur accouchement : lorsque la travailleuse n'a effectivement cessé son activité professionnelle que moins de 6 semaines avant son accouchement, elle est censée atteindre le degré d'incapacité de travail requis après les six semaines qui suivent son accouchement, pendant un délai qui correspond à la période pendant laquelle elle a continué à travailler à partir de la sixième semaine précédant son accouchement.

Le Roi peut, sur proposition du Comité de gestion du Service des indemnités, étendre les conditions dans lesquelles un travailleur est censé atteindre le degré d'incapacité de travail requis.

§ 2. Est reconnu comme étant incapable de travailler le travailleur qui, dans les conditions fixées par le règlement visé à l'article 40, 11° reprend un travail préalablement autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %.

Art. 57.

Les indemnités ne sont pas dues :

a) pour les journées donnant lieu au paiement de la rémunération en vertu des dispositions légales ou réglementaires ;

Art. 55.

De bepalingen van artikel 47, tweede en vierde lid, zijn eveneens van toepassing in de in artikel 53, tweede lid bedoelde gevallen waarin de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt.

AFDELING IV.

Gemene bepalingen ter zake van de uitkeringen.

Art. 56.

§ 1. Wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in deze wet, de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken en wiens letsels en functionele stoornissen erkend worden zijn vermogen tot verdienen te verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Indien die werknemer bovendien een beroepsopleiding heeft verworven tijdens een tijdvak van herscholing, wordt met die nieuwe opleiding rekening gehouden ter waardering van de vermindering van zijn vermogen tot verdienen.

Nochtans wordt die vermindering van het vermogen tot verdienen, over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid, gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

Is een werknemer opgenomen in een van de in artikel 33, § 2, bedoelde inrichtingen of in een militair ziekenhuis, dan wordt aangenomen dat hij de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt.

Net zo is het met de in artikel 21, 4°, bedoelde werkneemsters over het tijdvak van zes weken vóór en zes weken na hun bevalling : indien de werkneemster haar beroepsarbeid pas werkelijk heeft onderbroken minder dan 6 weken vóór haar bevalling, wordt aangenomen dat zij na de zes weken welke op de bevalling volgen de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt over een tijdspanne die, overeenstemt met de periode tijdens welke zij verder heeft gearbeid vanaf de zesde week vóór haar bevalling.

De Koning kan op voorstel van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, de voorwaarden verruimen waaronder wordt aangenomen dat een werknemer de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt.

§ 2. Wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die, onder de voorwaarden bepaald in de in artikel 40, 11°, bedoelde verordening, een vooraf toegelaten arbeid hervat, op voorwaarde dat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behoudt.

Art. 57.

Geen uitkeringen zijn verschuldigd :

a) de dagen waarover loon wordt betaald krachtens wets- of verordeningsbepalingen;

b) pour les journées d'incapacité de travail qui se situent dans une période de vacances annuelles, lorsque l'incapacité de travail débute au cours de cette période ;

c) pour les journées donnant lieu au paiement d'une rémunération partielle en exécution des lois sur les contrats d'emploi et de travail.

Art. 58.

Le Roi détermine les conditions dans lesquelles les indemnités sont réduites lorsqu'au cours de l'incapacité de travail elles viennent à être cumulées avec un revenu professionnel ou une allocation accordée en application des lois relatives aux estropiés et mutilés, coordonnées par l'arrêté royal du 3 février 1961.

Art. 59.

Les montants des indemnités sont, dans les conditions fixées par le Roi, adaptés suivant les dispositions de la loi du 12 avril 1960 aux fluctuations de l'indice des prix de détail du Royaume.

Art. 60.

Sauf exceptions prévues par le Comité de gestion, les indemnités sont refusées au titulaire :

1° à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il atteint l'âge de 65 ans s'il s'agit d'un homme et de 60 ans s'il s'agit d'une femme ;

2° à partir du premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel l'incapacité de travail a débuté, lorsqu'il s'agit d'un travailleur ayant continué à travailler après l'âge maximum prévu au 1° ci-dessus ;

3° à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il peut faire valoir ses droits à quelque titre que ce soit à une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou à tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordée soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, soit par un établissement public ou d'utilité publique.

SECTION 5.

De l'allocation pour frais funéraires.

Art. 61.

En cas de décès d'un titulaire visé à l'article 21, 1° à 8°, l'organisme assureur paye au bénéficiaire visé à l'article 45, § 2 une allocation dite « allocation pour frais funéraires » dont le montant est fixé par le Roi et est au moins égal à trente fois le maximum de l'indemnité journalière d'incapacité primaire.

Toutefois, l'allocation ne peut être payée à une personne morale qu'à concurrence des frais de funérailles réellement exposés par elle.

b) voor de dagen van arbeidsongeschiktheid die zich voordoen in de periode van jaarlijkse vakantie wanneer de arbeidsongeschiktheid gedurende die periode aanvangt;

c) de dagen waarover een gedeeltelijk loon wordt betaald in uitvoering van de wetten betreffende de arbeidsovereenkomsten voor bedienden en voor werklieden.

Art. 58.

De Koning stelt vast onder welke voorwaarden de uitkeringen worden verminderd wanneer ze in de loop van de arbeidsongeschiktheid samen gaan genoten worden met een beroepsinkomen of een tegemoetkoming toegekend bij toepassing van de wetten betreffende de gebrekkigen en verminkten, samengeordend bij koninklijk besluit van 3 februari 1961.

Art. 59.

De uitkeringsbedragen worden onder door de Koning te bepalen voorwaarden aangepast aan de schommelingen van 's Rijks indexcijfer der kleinhandelsprijzen volgens de bepalingen van de wet van 12 april 1960.

Art. 60.

Behoudens uitzonderingen waarin het beheerscomité voorziet, worden de uitkeringen ontzegd aan de gerechtigde :

1° vanaf de eerste dag van de maand na die waarin de mannelijke gerechtigde 65 en de vrouwelijke gerechtigde 60 jaar worden ;

2° vanaf de eerste dag van de tweede maand na die waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen, wanneer het een werknemer betreft die verder werkzaam is geweest na de in 1° hiervoren bedoelde maximumleeftijd ;

3° vanaf de eerste dag van de maand na die waarin hij uit welken hoofde ook aanspraken kan doen gelden op een ouderdoms-, een rust-, een anciënniteitspensioen of op eender welk als dergelijk pensioen geldend voordeel, toegekend hetzij door een Belgische of buitenlandse instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur, hetzij door een openbare instelling of een instelling van openbaar nut.

AFDELING 5.

Uitkering voor begrafeniskosten.

Art. 61.

Bij overlijden van een in artikel 21, 1° t.e.m. 8°, bedoelde gerechtigde, betaalt de verzekeringsinstelling aan de in artikel 45, § 2, bedoelde rechthebbende een zogenoemde « uitkering voor begrafeniskosten » waarvan de Koning het bedrag bepaalt dat ten minste gelijk is aan dertig maal de maximale primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering.

De uitkering mag aan een rechtspersoon evenwel slechts betaald worden ten belope van de door hem werkelijk gedragen begrafeniskosten.

TITRE V.

DES CONDITIONS D'OCTROI DES PRESTATIONS.

CHAPITRE I.

Généralités.

Art. 62.

Les bénéficiaires doivent être affiliés à une mutualité ou inscrits à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Le choix de l'organisme assureur est librement exercé par les bénéficiaires visés à l'article 21, 1° à 9° et 12°. Le choix des bénéficiaires visés à l'article 21, 1° à 9° détermine celui des personnes à leur charge. Les bénéficiaires visés à l'article 21, 12° doivent s'affilier ou s'inscrire à un même organisme assureur de leur choix.

Les modalités d'affiliation à une mutualité ou d'inscription à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité sont fixées par le Roi.

Art. 63.

Les titulaires établissent que le paiement des cotisations requises en application des articles 66 et 68 a été effectué par la remise, dans les conditions fixées par le Roi, de documents de cotisation à la mutualité à laquelle ils sont affiliés ou à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité où ils sont inscrits.

Art. 64.

Le Roi définit ce qu'il faut entendre par « documents de cotisation » ; le modèle de ces documents est établi par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Le Roi détermine par quelles personnes et organismes et dans quelles conditions les documents de cotisation sont établis et délivrés aux titulaires.

Art. 65.

Les employeurs sont tenus de fournir aux titulaires tout document nécessaire aux organismes d'exécution de la présente loi pour prouver leurs droits aux prestations de l'assurance.

CHAPITRE 2.

Dispositions communes à l'assurance-soins de santé et à l'assurance-indemnités.

Art. 66.

§ 1. Pour ouvrir le droit aux prestations prévues aux titres III et IV de la présente loi les titulaires visés aux articles 21, 1° à 6° et 45, § 1 doivent accomplir un stage dans les conditions suivantes :

TITEL V.

VOORWAARDEN TOT TOEKENNING VAN DE PRESTATIES.

HOOFDSTUK I.

Algemene bepalingen.

Art. 62.

De rechthebbenden moeten aangesloten zijn bij een ziekenfonds of ingeschreven bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De keuze van de verzekeringsinstelling wordt vrijelijk door de in artikel 21, 1° t.e.m. 9° en 12°, bedoelde rechthebbenden gedaan. De keuze van de in artikel 21, 1° t.e.m. 9°, bedoelde rechthebbenden bepaalt deze van de personen te hunnen laste. De in artikel 21, 12°, bedoelde rechthebbenden moeten zich bij één zelfde verzekeringsinstelling van hun keuze aansluiten of inschrijven.

De regelen ter zake van aansluiting bij een ziekenfonds of van inschrijving bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden door de Koning bepaald.

Art. 63.

Door aan het ziekenfonds waarbij zij zijn aangesloten of aan de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering waarbij zij zijn ingeschreven bijdragebescheiden in te leveren onder de door de Koning te bepalen voorwaarden doen de gerechtigden er van blijken dat de bij toepassing van de artikelen 66 en 68 vereiste bijdragen zijn betaald.

Art. 64.

De Koning omschrijft wat onder « bijdragebescheiden » wordt verstaan ; het model van die bescheiden wordt door de Minister van Sociale Voorzorg vastgesteld.

De Koning stelt vast door welke personen en instellingen en onder welke voorwaarden de bijdragebescheiden worden opgemaakt en aan de gerechtigden uitgereikt.

Art. 65.

De werkgevers moeten de gerechtigden alle bescheiden welke de uitvoeringsinstellingen van deze wet behoeven, verschaffen om dezen in staat te stellen van hun rechten op de prestaties van de verzekering te doen blijken.

HOOFDSTUK II.

Gemene bepalingen ter zake van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkeringsverzekering.

Art. 66.

§ 1. Om het recht op de in de titels III en IV van deze wet bedoelde prestaties te doen ingaan, moeten de in de artikelen 21, 1° t.e.m. 6°, en 45, § 1, bedoelde gerechtigden een wachttijd volbrengen onder de volgende voorwaarden :

1° ils doivent avoir totalisé, au cours d'une période de six mois, un nombre de journées de travail que le Roi détermine. Les jours d'inactivité professionnelle assimilables à des journées de travail effectif sont définis par le Roi. Les travailleurs saisonniers et intermittents, tels qu'ils sont définis par le Ministre de la Prévoyance sociale, ont accompli ce stage dès qu'ils ont atteint le même nombre de journées de travail au cours d'une période qui ne peut être inférieure à six mois ;

2° ils doivent avoir remis à leur organisme assureur des documents de cotisation dont la valeur doit atteindre un montant minimum fixé par le Roi ou doit dans les conditions fixées par Lui, être parfaite par des cotisations personnelles.

§ 2. Le Roi détermine les conditions dans lesquelles certains titulaires sont dispensés de l'accomplissement du stage, soit pour le droit aux prestations de santé, soit pour le droit aux indemnités, soit pour le droit à toutes les prestations.

Art. 67.

Sans préjudice des dispositions de l'article 75, les titulaires visés à l'article 66, § 1 conservent, pour eux et pour les personnes à leur charge, le droit de bénéficier des prestations jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel ils ont terminé leur stage ; de même les titulaires dispensés de l'accomplissement du stage conformément aux dispositions de l'article 66, § 2 conservent pour eux et pour les personnes à leur charge, le droit de bénéficier des prestations jusqu'à la fin du second trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont acquis la qualité de titulaire.

Art. 68.

Les titulaires visés à l'article précédent peuvent continuer à bénéficier des prestations à la condition que, pour les deux trimestres précédant le trimestre au cours duquel ils y font appel :

1° ils aient conservé, à un titre quelconque, pendant un nombre de jours ouvrables égal au nombre de jours de travail prévu à l'article 66, § 1, 1° la qualité de titulaire telle qu'elle est définie aux articles 21 et 45, § 1 ;

2° ils aient remis à leur organisme assureur des documents de cotisation dont la valeur doit atteindre un montant minimum fixé par le Roi ou doit, dans les conditions fixées par Lui, être parfaite par des cotisations personnelles.

Cette condition n'est pas exigée pour les titulaires visés à l'article 21, 2°, 4°, 7°, 8° et 9° et à l'article 45, § 1, 2°.

Toutefois, le titulaire qui est au bénéfice d'indemnités à la fin d'un trimestre continue à bénéficier des prestations jusqu'à la fin de l'incapacité en cours.

Le Roi détermine les conditions dans lesquelles le bénéfice des prestations est maintenu aux travailleurs saisonniers et intermittents.

Art. 69.

Le Roi définit les catégories de travailleurs visés à l'article 21, 6°. Il détermine les conditions à remplir par les titulaires qui sollicitent le bénéfice de l'assurance continuée et notamment le montant des cotisations personnelles requises.

1° zij moeten in een tijdvak van zes maanden, in totaal, een door de Koning te bepalen aantal arbeidsdagen tellen. De dagen van inactiviteit welke kunnen gelijkgesteld worden met arbeidsdagen worden door de Koning omschreven. De door de Minister van Sociale Voorzorg omschreven seizoenarbeiders en arbeiders bij tussenpozen hebben die wachttijd volbracht zodra ze hetzelfde aantal arbeidsdagen hebben bereikt in een tijdvak dat niet korter mag zijn dan zes maanden ;

2° zij moeten bij hun verzekeringinstelling bijdragebescheiden hebben ingeleverd waarvan de waarde een door de Koning te bepalen minimumbedrag moet bereiken of welke, onder de door Hem te bepalen voorwaarden, door persoonlijke bijdragen moet worden aangevuld.

§ 2. De Koning stelt vast onder welke voorwaarden sommige gerechtigden van het volbrengen van de wachttijd zijn vrijgesteld hetzij wat het recht op geneeskundige verstrekkingen, hetzij wat het recht op uitkeringen; hetzij wat het recht op alle prestaties betreft.

Art. 67.

Onverminderd de bepalingen van artikel 75, behouden de in artikel 66, § 1, bedoelde gerechtigden, persoonlijk en voor de personen te hunnen laste het recht om prestaties te genieten tot op het einde van het kwartaal waarin zij hun wachttijd hebben voltooid ; evenzo behouden de gerechtigden die van het volbrengen van de wachttijd zijn vrijgesteld overeenkomstig het bepaalde in artikel 66, § 2, persoonlijk en voor de personen te hunnen laste het recht om prestaties te genieten tot op het einde van het tweede kwartaal na dat waarin zij de hoedanigheid van gerechtigde hebben verworven.

Art. 68.

De in vorig artikel bedoelde gerechtigden hebben verder aanspraak op prestaties op voorwaarde dat zij over de twee kwartalen vóór dat waarin zij er om verzoeken :

1° uit welken hoofde ook tijdens een aantal werkdagen gelijk aan het in artikel 66, § 1, 1°, bepaalde aantal arbeidsdagen, de hoedanigheid van gerechtigde als omschreven in de artikelen 21 en 45, § 1, hebben behouden;

2° bij hun verzekeringsinstelling bijdragebescheiden hebben ingeleverd waarvan de waarde een door de Koning te bepalen minimumbedrag moet bereiken of welke, onder de door Hem te bepalen voorwaarden, door persoonlijke bijdragen moet worden aangevuld.

Zulks is niet vereist van de gerechtigden bedoeld in artikel 21, 2°, 4°, 7°, 8° en 9°, en in artikel 45, § 1, 2°.

De gerechtigde die in het genot is van uitkeringen op het einde van een kwartaal, geniet echter verder prestaties tot op het einde van de lopende arbeidsongeschiktheid.

De Koning stelt vast onder welke voorwaarden de seizoenarbeiders en de arbeiders bij tussenpozen aanspraak op prestaties behouden.

Art. 69.

De Koning omschrijft de in artikel 21, 6°, bedoelde categorieën van werknemers. Hij stelt vast aan welke voorwaarden moet voldaan zijn door de gerechtigden die om aanspraak op voortgezette verzekering verzoeken en, in het bijzonder, het bedrag van de nodige persoonlijke bijdragen.

Art. 70.

§ 1. Sauf exceptions prévues par le Roi, les prestations prévues par la présente loi ne sont pas accordées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge au moment où il fait appel aux prestations ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire national.

§ 2. Les prestations prévues par la présente loi ne sont accordées que dans les conditions fixées par le Roi, lorsque le dommage pour lequel il est fait appel aux prestations est couvert par le droit commun ou par une autre législation. Dans ces cas, les prestations de l'assurance ne sont pas cumulées avec la réparation résultant de l'autre législation ; elles sont à charge de l'assurance dans la mesure où le dommage couvert par cette législation n'est pas effectivement réparé. Dans tous les cas le bénéficiaire doit recevoir des sommes au moins équivalentes au montant des prestations de l'assurance.

L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire. La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier.

§ 3. Par dérogation au § 2, l'octroi des prestations prévues par la présente loi est refusé :

a) pour les dommages trouvant leur source dans un accident survenu à l'occasion d'un exercice physique pratiqué au cours d'une compétition ou exhibition sportive pour lesquelles l'organisateur perçoit un droit d'entrée ;

b) pour les dommages trouvant leur source dans une faute grave commise par le bénéficiaire.

§ 4. L'octroi des prestations prévues par la présente loi est suspendu aussi longtemps que le bénéficiaire ne répond pas aux obligations de contrôle qui lui sont imposées par toute personne compétente en vertu de la présente loi.

CHAPITRE III.

Dispositions particulières à l'assurance-soins de santé.

Art. 71.

Si les titulaires visés à l'article 66, § 2 n'ont pas pu, par suite d'incapacité de travail constatée par l'organisme assureur, remplir les conditions fixées à l'article 66, § 1 à la fin du second trimestre civil qui suit celui au cours duquel ils ont acquis la qualité de titulaire, ils bénéficient à nouveau des dispositions de l'article 67 qui les concernent, dès la fin de leur incapacité de travail.

Si, après la fin de la période prévue au premier alinéa, les titulaires visés à l'alinéa 1 sont toujours incapables de travailler, ils peuvent continuer à bénéficier des prestations de santé, moyennant paiement d'une cotisation d'un montant identique à celle fixée pour l'assurance continuée.

Art. 70.

§ 1. Behoudens uitzonderingen waarin de Koning voorziet, worden de in deze wet bedoelde prestaties niet toegekend als de gerechtigde zich niet werkelijk op Belgisch grondgebied bevindt op het tijdstip dat hij om prestaties verzoekt of als de geneeskundige verstrekkingen buitenlands zijn verstrekt.

§ 2. De in deze wet bedoelde prestaties worden slechts toegekend onder de door de Koning te bepalen voorwaarden als de schade waarvoor om die prestaties wordt verzocht door het gemeen recht of door een andere wetgeving is gedekt. In die gevallen worden de verzekeringsprestaties niet samen genoten met de schadeloosstelling voortvloeiende uit de andere wetgeving ; ze zijn ten laste van de verzekering in zoverre voor de door die wetgeving gedekte schade niet werkelijk schadeloosstelling is verleend. In al de gevallen moet de rechthebbende sommen ontvangen welke ten minste gelijk zijn aan het bedrag van de verzekeringsprestaties.

De verzekeringsinstelling treedt rechtens in de plaats van de rechthebbende. De overeenkomst, tot stand gekomen tussen degene die schadeloosstelling verschuldigd is en de rechthebbende, kan niet tegen de verzekeringsinstelling worden aangevoerd zonder haar instemming.

§ 3. In afwijking van § 2, wordt de toekenning van de in deze wet bedoelde prestaties ontzegd :

a) in de gevallen van schade voortspruitende uit een ongeval overkomen naar aanleiding van een lichaamsoefening tijdens een sportcompetitie of -exhibitie waarvoor de inrichter toegangsgeld ontvangt ;

b) in de gevallen van schade voortspruitende uit een door de rechthebbende gepleegde zware fout.

§ 4. De toekenning van de in deze wet bedoelde prestaties wordt geschorst zolang de rechthebbende niet voldoet aan de controleverplichtingen welke hem door ieder krachtens deze wet bevoegd persoon worden opgelegd.

HOOFDSTUK III.

Bijzondere bepalingen ter zake van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Art. 71.

Konden de in artikel 66, § 2, bedoelde gerechtigden, wegens door de verzekeringsinstelling vastgestelde arbeidsongeschiktheid, niet aan de in artikel 66, § 1, gestelde vereisten voldoen op het einde van het tweede kalenderkwartaal na dat waarin zij de hoedanigheid van gerechtigde hebben verworven, dan hebben zij opnieuw aanspraak op de bepalingen van artikel 67 welke op hen betrekking hebben zodra hun arbeidsongeschiktheid afloopt.

Zijn de in het eerste lid bedoelde gerechtigden steeds arbeidsongeschikt na afloop van het in het eerste lid gestelde tijdvak, dan hebben zij verder aanspraak op geneeskundige verstrekkingen mits een bijdrage te betalen waarvan het bedrag gelijk is aan dat bepaald voor de voortgezette verzekering.

Art. 72.

§ 1. Les titulaires visés à l'article 21, 7° et les titulaires bénéficiant d'une pension de retraite en qualité d'ouvrier mineur ont droit aux prestations de santé sans payer de cotisation, à la condition que la pension qui leur est accordée corresponde à une carrière professionnelle égale ou supérieure au tiers d'une carrière professionnelle complète ou considérée comme telle.

§ 2. Les titulaires visées à l'article 21, 9°, ont droit aux prestations de santé sans payer de cotisation, à la condition qu'elles bénéficient d'une pension de survie correspondant à une carrière professionnelle égale ou supérieure au tiers d'une carrière professionnelle complète ou considérée comme telle.

§ 3. Les titulaires visés à l'article 21, 7° et 9° et les titulaires bénéficiant d'une pension de retraite en qualité d'ouvrier mineur, qui ne remplissent pas la condition fixée au § 1 ou au § 2 du présent article, bénéficient du droit aux prestations de santé moyennant paiement d'une cotisation personnelle dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par le règlement visé à l'article 12, 4°.

Art. 73.

Le Comité de gestion du Service des soins de santé détermine les conditions que doivent remplir les personnes à charge pour bénéficier des prestations de santé et d'autre part fixe le montant des cotisations personnelles qui peuvent être dues pour les ascendants à charge.

Art. 74.

Les bénéficiaires s'adressent librement, pour obtenir les prestations de santé visées à l'article 23 :

a) à toute personne autorisée légalement à exercer l'une des branches de l'art de guérir ;
b) à toute personne habilitée à fournir les prestations visées à l'article 23, 1°, b), c) et 4°, inscrite à la liste visée à l'article 12, 8° ;
c) à tout établissement d'hospitalisation agréé par le Ministre de la Santé publique et de la Famille.

CHAPITRE IV.

Dispositions particulières à l'assurance-indemnités.

Art. 75.

Les indemnités d'incapacité de travail ne sont dues aux titulaires qu'à la condition qu'il ne se soit pas écoulé une période ininterrompue de plus de trente jours entre la date de début de leur incapacité de travail et le dernier jour d'une période pendant laquelle ils avaient la qualité de titulaire visée à l'article 45, § 1.

Art. 76.

L'allocation pour frais funéraires est payée pour les titulaires visés à l'article 21, 1° à 8°, pour autant qu'ils remplissent à la date du décès, la condition prévue à l'article 75.

Art. 72.

§ 1. De in artikel 21, 7°, bedoelde gerechtigden en de gerechtigden die een rustpensioen als mijnwerker genieten, hebben zonder bijdragebetaling aanspraak op de geneeskundige verstrekkingen op voorwaarde dat het hun toegekende pensioen overeenstemt met een beroepsloopbaan die gelijk is aan of langer dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde beroepsloopbaan.

§ 2. De in artikel 21, 9°, bedoelde gerechtigden hebben zonder bijdragebetaling recht op geneeskundige verstrekkingen, op voorwaarde dat zij een overlevingspensioen genieten dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die gelijk is aan of langer dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde beroepsloopbaan.

§ 3. De in artikel 21, 7° en 9°, bedoelde gerechtigden en de gerechtigden die een rustpensioen als mijnwerker genieten, die niet voldoen aan de in § 1 of § 2 van dit artikel gestelde vereiste, hebben aanspraak op geneeskundige verstrekkingen mits een persoonlijke bijdrage te betalen waarvan bedrag en betalingsregelen bij de in artikel 12, 4° bedoelde verordening worden bepaald.

Art. 73.

Het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging stelt vast aan welke vereisten de personen ten laste moeten voldoen om geneeskundige verstrekkingen te genieten en bepaalt anderzijds het bedrag van de persoonlijke bijdragen die kunnen verschuldigd zijn door de ascendenten ten laste.

Art. 74.

Om de in artikel 23 bedoelde geneeskundige verstrekkingen te verkrijgen, wenden de rechthebbenden zich vrijelijk :
a) tot iedere persoon die wettelijk gemachtigd is een van de takken der geneeskunst te beoefenen ;
b) tot iedere persoon die de in artikel 23, 1°, b), c) en 4°, bedoelde verstrekkingen mag verlenen en ingeschreven is op de in artikel 12, 8°, bedoelde lijst;
c) tot iedere door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin erkende verplegingsinrichting.

HOOFDSTUK IV.

Bijzondere bepalingen ter zake van de uitkeringsverzekering.

Art. 75.

De uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid zijn slechts verschuldigd aan de gerechtigden op voorwaarde dat er geen doorlopend tijdvak van meer dan dertig dagen verlopen is tussen de aanvangsdag van hun arbeidsongeschiktheid en de laatste dag van een tijdvak waarover zij de in artikel 45, § 1, bedoelde hoedanigheid van gerechtigde hadden.

Art. 76.

De uitkering voor begrafeniskosten wordt betaald voor de in artikel 21, 1° t.e.m. 8° bedoelde gerechtigden, in zoverre zij, op de overlijdensdatum, voldoen aan de in artikel 75 gestelde vereiste.

TITRE IV.

DU CONTROLE ET DU CONTENTIEUX.

CHAPITRE I.

Du contrôle médical.

SECTION I.

Du Service du contrôle médical.

Art. 77.

Il est institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité un Service de contrôle médical.

Art. 78.

Le Service du contrôle médical est dirigé par un comité, composé :

1° d'un président, magistrat ;
2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer ; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit à un mandat au moins ;

3° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives du corps médical en nombre double de celui des mandats à attribuer ;

4° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par le Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer ;
5° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, docteurs en médecine, dont un choisi parmi les fonctionnaires du Ministère de la Prévoyance sociale et un parmi les fonctionnaires du Ministère de la Santé publique et de la Famille.
6° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives du Corps pharmaceutique en nombre double de celui des mandats à attribuer;

7° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les Associations représentatives des établissements hospitaliers en nombre double de celui des mandats à conférer.

Le Roi nomme le président, les vice-présidents et les membres. Il fixe les règles de fonctionnement du Comité.

Les membres visés sous 6° et 7° ne siègent que lorsque le Comité examine des questions relatives à l'application de l'article 90, concernant respectivement les pharmaciens et les établissements hospitaliers.

TITEL IV.

CONTROLE EN GESCHILLEN.

HOOFDSTUK I.

Geneeskundige controle.

AFDELING I.

Dienst voor geneeskundige controle.

Art. 77.

In de schoot van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt een Dienst voor geneeskundige controle ingesteld.

Art. 78.

De Dienst voor geneeskundige controle wordt bestuurd door een comité dat samengesteld is uit :

1° een voorzitter, magistraat :
2° acht werkende en acht plaatsvervangende leden, doctors in de geneeskunde, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen ; ter bepaling van de vertegenwoordiging der verzekeringsinstellingen, wordt rekening gehouden met hun respectieve getalsterkte, met dien verstande dat iedere verzekeringsinstelling recht heeft op ten minste één mandaat ;
3° acht werkende en acht plaatsvervangende leden, doctors in de geneeskunde, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van het geneesherenkorps ;
4° vier werkende en vier plaatsvervangende leden, doctors in de geneeskunde, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de Hoge Raad van de Orde der Geneesheren ;
5° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, doctors in de geneeskunde, van wie één gekozen uit de ambtenaren van het Ministerie van Sociale Voorzorg en één uit de ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin.
6° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, apothekers, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatie organisaties van het apothekerskorps;
7° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verplegingsinrichtingen.

De Koning benoemt de voorzitter, de ondervoorzitters en de leden. Hij stelt de werkingsregelen van het comité vast.
De sub 6° en 7° bedoelde leden hebben enkel zittinng indien het Comité kwesties onderzoekt in verband met de toepassing van artikel 90, met betrekking tot de apothekers, respectief de verplegingsinrichtingen.

Deux commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du Ministre de la Prévoyance sociale et du Ministre des Finances, assistent aux réunions du Comité.

Art. 79.

Le Comité du Service du contrôle médical est chargé :

1° d'assurer, avec le concours du personnel de ce Service, le contrôle médical des prestations de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnités ;

2° d'arrêter les normes et directives générales en vue de l'organisation du contrôle médical ;

3° d'émettre des avis et des propositions sur la réglementation afférente au contrôle médical ;

4° d'établir le règlement d'agréation des médecins-conseil ;

5° de proposer au Roi, le statut et la rémunération des médecins-conseil ;

6° de fixer le nombre de bénéficiaires pour lesquels les organismes assureurs sont tenus d'engager un médecin-conseil ;

7° de prendre toute mesure propre à assurer le contrôle médical au cas où les organismes assureurs n'engagent pas le nombre de médecins-conseil requis dans les délais visés à l'article 88 ;

8° de faire au Ministre de la Prévoyance sociale des propositions relatives aux règles de fonctionnement du Service du contrôle médical ;

9° de prononcer l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé, prévue par l'article 90 ;

10° de trancher au degré d'appel les contestations d'ordre médical qui surgissent entre les médecins-conseil et les médecins-inspecteurs, à l'exception de celles qui mettent en cause les droits des bénéficiaires ;

11° d'exercer le pouvoir disciplinaire à l'égard des médecins-inspecteurs principaux, des médecins-inspecteurs ainsi que des médecins-conseil ;

12° de proposer les modalités de remboursement des frais que le Service a exposés pour l'exécution d'autres missions qui lui sont confiées par le Roi ;

13° d'établir, dans les délais fixés par le Roi, des rapports portant notamment sur :

a) la fréquence de l'incapacité de travail ;

b) les constatations qu'il a faites en matière d'application des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance-soins de santé ;

14° de transmettre les rapports visés au 13°, accompagnés des suggestions que ses constatations lui ont inspirées, le premier, au Ministre de la Prévoyance sociale, au Conseil général et au Comité de gestion du Service des indemnités, le second, au Ministre de la Prévoyance sociale, au Conseil général et au Comité de gestion du Service des soins de santé;

15° d'établir et de transmettre au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le budget et les comptes de frais d'administration du Service du contrôle médical ;

16° de proposer, au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, dans les cas où ce Conseil est compétent en ces matières, le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service du contrôle médical, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger ;

Twee Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg, respectief de Minister van Financiën, wonen de vergaderingen van het comité bij.

Art. 79.

Het comité van de Dienst voor geneeskundige controle is er mede belast :

1° met de medewerking van het personeel van die Dienst in te staan voor de geneeskundige controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkeringsverzekering;

2° de normen en algemene richtlijnen vast te stellen met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle ;

3° van advies te dienen en voorstellen te doen in verband met de reglementering betreffende de geneeskundige controle ;

4° het reglement voor de erkenning van de adviserend geneesheren op te maken ;

5° de Koning het statuut en de bezoldiging van de adviserend geneesheren voor te stellen ;

6° vast te stellen voor welk aantal rechthebbenden de verzekeringsinstellingen verplicht zijn een adviserend geneesheer in dienst te nemen;

7° alle passende maatregelen te treffen ter uitoefening van de geneeskundige controle ingeval de verzekeringsinstellingen niet het vereiste aantal adviserend geneesheren in dienst nemen binnen de in artikel 88 bedoelde termijnen;

8° de Minister van Sociale Voorzorg voorstellen te doen met betrekking tot de werkingsregelen van de Dienst voor geneeskundige controle ;

9° het in artikel 90 bedoelde verbod uit te spreken om tegemoet te komen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen ;

10° in hoger beroep de geschillen van geneeskundige aard tussen adviserend geneesheren en geneesheren-inspecteurs te beslechten, behoudens die waarbij de rechten van de rechthebbenden in het geding komen ;

11° de tuchtmacht uit te oefenen ten aanzien van de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, de geneesheren-inspecteurs alsmede van de adviserend geneesheren ;

12° de regelen voor te stellen tot het vergoeden van de kosten, door de Dienst gedragen voor het uitvoeren van andere taken welke hem door de Koning worden opgedragen ;

13° binnen de door de Koning te bepalen termijnen verslagen op te maken, in het bijzonder met betrekking tot :

a) de frequentie van de arbeidsongeschiktheid ;

b) zijn bevindingen inzake de toepassing van de wets- en verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging;

14° de in 13° bedoelde verslagen, samen met de aanbevelingen ingegeven door zijn bevindingen te bezorgen, het eerste aan de Minister van Sociale Voorzorg, aan de Algemene raad en aan het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, het tweede aan de Minister van Sociale Voorzorg, aan de Algemene raad en aan het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging;

15° de begroting en de rekeningen van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige controle op te maken en over te leggen aan de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

16° de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in de gevallen waarin die Raad ter zake bevoegd is, aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting van het personeel van de Dienst voor geneeskundige controle voor te stellen alsmede de dat personeel op te leggen tuchtstraffen ;

17° de transmettre au Conseil général les dossiers pour lesquels il décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;

18° d'établir son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi, après avis du Conseil général.

Le Roi peut, avec l'accord du Comité, confier au Service du contrôle médical d'autres missions d'ordre médical, en vue de l'application des dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

Art. 80.

Pour accomplir la mission visée à l'article 79, 1°, le Service du contrôle médical dispose de médecins-inspecteurs principaux, de médecins-inspecteurs et d'agents administratifs.

Le nombre de médecins-inspecteurs est fixé à un médecin par tranche entière de 80.000 bénéficiaires.

Il procède à toute enquête ou constatation, soit d'initiative, soit à la demande du Ministre de la Prévoyance sociale, du Service des soins de santé, du Service des indemnités, du Service du contrôle administratif ou d'un organisme assureur.

SECTION II.

Des médecins-inspecteurs.

Art. 81.

Les médecins-inspecteurs ont pour mission de contrôler l'exécution des tâches confiées aux médecins-conseil. A cette fin, ils procèdent à toutes enquêtes nécessaires et, le cas échéant, à l'examen corporel des bénéficiaires.

Art. 82.

Sans préjudice de la mission confiée aux médecins-conseil, les médecins-inspecteurs assurent le contrôle médical précoce de l'incapacité de travail, principalement en se rendant, sans préavis, au siège des entreprises afin d'y relever la liste des travailleurs absents pour incapacité de travail et de procéder immédiatement aux enquêtes et aux examens jugés nécessaires.

Art. 83.

Les décisions des médecins-inspecteurs sur l'état d'incapacité de travail sont notifiées, le jour même, au titulaire et au médecin-conseil dans les conditions déterminées par le Comité du Service du contrôle médical. Ces décisions sont immédiatement exécutoires.

Art. 84.

Les employeurs, les organismes assureurs, les personnes autorisées à fournir les prestations de santé telles qu'elles sont définies par la présente loi, les établissements de soins, les offices de tarification ainsi que leurs préposés ou mandataires et les bénéficiaires sont tenus de donner aux médecins-inspecteurs principaux et aux médecins-inspecteurs tous les renseignements dont ils ont besoin

17° de Algemene raad de dossiers te bezorgen waarover het beslist heeft vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;

18° zijn huishoudelijk reglement op te stellen dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd na advies van de Algemene raad.

De Koning kan, met goedvinden van het Comité, de Dienst voor geneeskundige controle, met het oog op toepassing van de wets- en verordeningsbepalingen inzake sociale zekerheid en sociale voorzorg, andere geneeskundige taken opdragen.

Art. 80.

Om de in artikel 79, 1°, bedoelde opdracht te vervullen beschikt de Dienst voor geneeskundige controle over eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, geneesheren-inspecteurs en administratief personeel.

Het aantal geneesheren-inspecteurs wordt bepaald op één geneesheer per volle reeks van 80.000 rechthebbenden.

Hij doet iedere onderzoeking of bevinding, hetzij uit eigen beweging, hetzij op verzoek van de Minister van Sociale Voorzorg, de Dienst voor geneeskundige verzorging, de Dienst voor uitkeringen, de Dienst voor administratieve controle of van een verzekeringsinstelling.

AFDELING II.

Geneesheren-inspecteurs.

Art. 81.

De geneesheren-inspecteurs hebben tot opdracht de uitvoering van de aan de adviserend geneesheren opgedragen taken te controleren. Te dien einde doen zij alle nodige onderzoekingen en, gebeurlijk, het lichamelijk onderzoek van de rechthebbenden.

Art. 82.

Onverminderd de aan de adviserend geneesheren opgedragen taken, staan de geneesheren-inspecteurs in voor de geneeskundige spoedcontrole op de arbeidsongeschiktheid, voornamelijk door zonder voorafgaand bericht naar de zetel van de ondernemingen te gaan, ten einde er de lijst van de wegens arbeidsongeschiktheid afwezige werknemers op te nemen en dadelijk de nodig geachte enquêtes en onderzoekingen in te stellen.

Art. 83.

Van de beslissingen van de geneesheren-inspecteurs over de staat van arbeidsongeschiktheid wordt, de dag zelf, kennis gegeven aan de gerechtigde en aan de adviserend geneesheer onder de door het comité van de Dienst voor geneeskundige controle te bepalen voorwaarden. Die beslissingen zijn dadelijk uitvoerbaar.

Art. 84.

De werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de personen die de bij deze wet omschreven geneeskundige verstrekkingen mogen verlenen, de verzorgingsinrichtingen, de tariferingsdiensten alsmede hun aangestelden of mandatarissen en de rechthebbenden behoren de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs en de geneesheren-inspecteurs alle inlichtingen te verstrekken welke zij ter uitoefening van

pour exercer leur mission de contrôle et de leur communiquer, sans déplacement de pièces, les registres, états, correspondance et autres documents.

Art. 85.

Les médecins-inspecteurs sont, dans chaque province, placés sous la direction administrative d'un médecin-inspecteur principal.

Art. 86.

A l'exception de celles qui mettent en cause les droits des bénéficiaires, les contestations d'ordre médical qui surgissent entre les médecins-conseil et médecins-inspecteurs sont soumises à la décision du médecin-inspecteur principal.

Les intéressés peuvent interjeter appel des décisions du médecin-inspecteur principal devant le Comité du Service du contrôle médical.

Le Roi détermine les formes et délais selon lesquels le médecin-inspecteur principal et le comité sont tenus de statuer.

Le recours au médecin-inspecteur principal et l'appel au Comité sont suspensifs.

SECTION III.

Des médecins-conseil.

Art. 87

Les médecins-conseil ont pour mission d'assurer, conformément aux dispositions de la présente loi, le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé. Ils adressent, dans les conditions et délais fixés par le Roi, au Conseil médical de l'invalidité les rapports visés à l'article 51.

Les médecins-conseil adressent au Service du contrôle médical dans les délais fixés par celui-ci, des rapports relatifs au contrôle des incapacités de travail et des prestations de santé. Le modèle de ces rapports est déterminé par le Comité du Service du contrôle médical.

Dans l'accomplissement de leur mission, les médecins-conseil sont tenus d'observer les directives du Service du contrôle médical.

Les décisions des médecins-conseil engagent les organismes assureurs.

Art. 88.

Les organismes assureurs engagent et appointent les médecins-conseil.

Toutefois, les fonctions de médecin-conseil ne peuvent être confiées qu'aux docteurs en médecine assermentés par le Service du contrôle médical. Les médecins-conseil prêtent serment entre les mains du président du Comité de ce Service. Pour pouvoir être admis au serment de médecin-conseil, il faut être préalablement proposé par un organisme assureur et agréé par le Comité du Service du contrôle médical.

Avant d'agréer un médecin-conseil, le Comité sollicite l'avis du Conseil provincial compétent de l'Ordre des Médecins ; si le Conseil provincial de l'Ordre des Méde-

hun controleopdracht behoeven en hun, ter plaatse, de registers, staten, briefwisseling en andere bescheiden over te leggen.

Art. 85.

De geneesheren-inspecteurs worden in iedere provincie onder het administratief bestuur geplaatst van een eerstaanwezend geneesheer-inspecteur.

Art. 86.

De geschillen van geneeskundige aard tussen de adviserend geneesheren en de geneesheren-inspecteurs, behoudens die waarbij de rechten van de rechthebbenden in het geding komen, worden de eerstaanwezend geneesheer-inspecteur ter beslissing voorgelegd.

De betrokkenen kunnen tegen de beslissingen van de eerstaanwezend geneesheer-inspecteur hoger beroep instellen bij het comité van de Dienst voor geneeskundige controle.

De Koning stelt vast in welke vormen en binnen welke termijnen de eerstaanwezend geneesheer-inspecteur en het comité uitspraak behoren te doen.

Het beroep bij de eerstaanwezend geneesheer-inspecteur en het hoger beroep bij het comité hebben schorsende werking.

AFDELING III.

Adviserend geneesheren.

Art. 87

De adviserend geneesheren hebben tot taak in te staan, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekkingen. Onder de voorwaarden en binnen de termijnen welke de Koning bepaalt, zenden zij de Geneeskundige raad voor invaliditeit de in artikel 51 bedoelde verslagen.

De adviserend geneesheren zenden de Dienst voor geneeskundige controle, binnen de termijnen die deze bepaalt, verslagen met betrekking tot de controle der gevallen van arbeidsongeschiktheid en der geneeskundige verstrekkingen. Het comité van de Dienst voor geneeskundige controle stelt het model van die verslagen vast.

Bij het uitvoeren van hun taak behoren de adviserend geneesheren zich te schikken naar de richtlijnen van de Dienst voor geneeskundige controle.

De beslissingen van de adviserend geneesheren zijn bindend voor de verzekeringsinstellingen.

Art. 88.

De adviserend geneesheren worden door de verzekeringsinstellingen in dienst genomen en bezoldigd.

Het ambt van adviserend geneesheer mag evenwel slechts aan door de Dienst voor geneeskundige controle beëdigde doctors in de geneeskunde opgedragen worden. De adviserend geneesheren leggen de eed af ten overstaan van de voorzitter van het comité van die Dienst. Om tot de eedaflegging als adviserend geneesheer toegelaten te worden, dient hij vooraf door een verzekeringsinstelling voorgedragen en door het comité van de Dienst voor geneeskundige controle erkend te zijn.

Vooraleer een adviserend geneesheer te erkennen, verzoekt het comité de bevoegde Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren om advies ; verstrekt de Provinciale

cins ne donne pas son avis dans le délai fixé par le Comité du Service du contrôle médical, la formalité est censée accomplie.

Les médecins-conseil ne peuvent être révoqués ou licenciés par les organismes assureurs que lorsque le Comité du Service du contrôle médical a prononcé le retrait de leur agréation ou, en cas de suppression d'emploi, avec l'accord de ce dernier et dans les conditions prévues par le statut des médecins-conseil.

Le statut et la rémunération des médecins-conseil sont fixés par le Roi, sur proposition du Comité du Service du contrôle médical après consultation des organismes assureurs. En dehors de cette rémunération, les médecins-conseil ne peuvent recevoir aucun avantage sous quelque forme que ce soit. Les médecins-conseil ne peuvent, sans autorisation toujours révocable du Comité du Service du contrôle médical, exercer d'autres activités médicales.

Si, dans les délais fixés par le Comité du Service du contrôle médical, les organismes assureurs ne font aucune proposition ou s'ils n'engagent pas le nombre de médecins-conseil requis, le Comité peut prendre toutes mesures propres à assurer le contrôle médical.

SECTION IV.

Des mesures disciplinaires.

Art. 89.

Le Comité du Service du contrôle médical peut infliger aux médecins-conseil, aux médecins-inspecteurs principaux et aux médecins-inspecteurs, qui ne se conforment pas aux règles de l'assurance ou aux directives du Comité, les sanctions disciplinaires suivantes : l'avertissement, la censure, la réprimande, et en outre, pour les médecins-conseil, la suspension du droit d'exercer leurs fonctions pendant un terme qui ne peut excéder deux ans et l'interdiction définitive d'exercer ces fonctions.

Le statut des médecins-conseil détermine les modalités suivant lesquelles les sanctions disciplinaires prononcées en vertu du premier alinéa sont portées à la connaissance des organismes assureurs.

Il peut être interjeté appel des décisions du Comité en matière disciplinaire devant des commissions instituées à cette fin ; l'appel suspend l'exécution de la sanction disciplinaire.

Le Comité peut, en outre, chaque fois que l'intérêt du service ou l'intérêt général l'exige, suspendre préventivement ces médecins-conseil pour une durée maximum de deux mois.

Le Roi peut suspendre ou révoquer les médecins-inspecteurs principaux et les médecins-inspecteurs sur proposition du Comité.

Les commissions prévues au troisième alinéa sont composées de trois magistrats de l'ordre judiciaire nommés par le Roi, qui détermine leur fonctionnement.

Tant devant le Comité du Service du contrôle médical que devant les commissions prévues au troisième alinéa, le médecin doit être préalablement entendu et peut se faire assister par une personne de son choix.

Chaque fois que l'intérêt du service ou l'intérêt général l'exige, le Ministre de la Prévoyance sociale peut, sur proposition du Comité du Service du contrôle médical, suspendre préventivement les médecins-inspecteurs princi-

Raad van de Orde der Geneesheren het advies niet binnen de door het comité van de Dienst voor geneeskundige controle bepaalde termijn, dan wordt deze formaliteit geacht te zijn vervuld.

De adviserend geneesheren mogen door de verzekeringsinstellingen slechts worden afgezet of ontslagen als het comité van de Dienst voor geneeskundige controle de intrekking van hun erkenning heeft uitgesproken of, in geval van ambtsopheffing, met de instemming van dat comité en onder de in het statuut van de adviserend geneesheren bepaalde voorwaarden.

Statuut en bezoldiging van de adviserend geneesheren worden door de Koning bepaald op voorstel van het comité van de Dienst voor geneeskundige controle, na raadpleging van de verzekeringsinstellingen. Buiten die bezoldiging mogen de adviserend geneesheren geen enkel voordeel genieten, in welke vorm ook. De adviserend geneesheren mogen geen andere medische activiteiten uitoefenen zonder de steeds herroepbare toelating van het comité van de Dienst voor geneeskundige controle.

Doen de verzekeringsinstellingen binnen de door het comité van de Dienst voor geneeskundige controle bepaalde termijnen, geen voordracht of nemen zij het vereiste aantal adviserend geneesheren niet in dienst, dan kan het comité alle maatregelen treffen om de geneeskundige controle te verzekeren.

AFDELING IV.

Tuchtmaatregelen.

Art. 89.

Het comité van de Dienst voor geneeskundige controle kan de adviserend geneesheren, de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs en de geneesheren-inspecteurs, die zich niet schikken naar de verzekeringsregelen of naar de richtlijnen van het comité, volgende tuchtstraffen opleggen : de waarschuwing, de afkeuring, de berisping en, bovendien, wat de adviserend geneesheren betreft, de schorsing van het recht tot uitoefening van hun ambt over een termijn van niet langer dan twee jaar en het definitief verbod tot uitoefening van dat ambt.

Het statuut van de adviserend geneesheren bepaalt volgens welke regelen de krachtens het eerste lid uitgesproken tuchtstraffen ter kennis worden gebracht van de verzekeringsinstellingen.

Van de tuchtstraffelijke beslissingen van het comité kan beroep aangetekend worden bij een der ten deze ingestelde commissies; het beroep schorst de uitvoering van de tuchtstraf.

Bovendien kan het comité, telkens als het belang van de dienst of het algemeen belang zulks vergt, die adviserend geneesheren preventief schorsen over een tijdvak van ten hoogste twee maanden.

De Koning kan de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs en de geneesheren-inspecteurs op voorstel van het comité schorsen of afzetten.

De in het derde lid bedoelde commissies zijn samengesteld uit drie magistraten van de rechterlijke orde, benoemd door de Koning, die de werking ervan bepaalt.

Zowel voor het comité van de Dienst voor geneeskundige controle als voor de in het derde lid bedoelde commissies, moet de geneesheer vooraf worden gehoord en mag hij zich laten bijstaan door een persoon die hij kiest.

Telkens als het belang van de dienst of het algemeen belang zulks vergt, kan de Minister van Sociale Voorzorg, op voorstel van het comité van de Dienst voor geneeskundige controle, de eerstaanwezend geneesheren-inspec-

paux et les médecins-inspecteurs, pour une durée maximum de deux mois ; le Ministre décide dans chaque cas si la suspension préventive implique, ou non, la suspension totale ou partielle du paiement du traitement.

Cette suspension peut être renouvelée, après avis motivé d'une des commissions prévues au troisième alinéa.

SECTION V.

Des interdictions d'intervenir dans le coût des prestations de santé.

Art. 90.

Interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé peut être prononcée dans les conditions prévues par l'article 44 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, telle qu'elle est modifiée par la présente loi.

CHAPITRE II.

Du contrôle administratif.

SECTION I.

Du Service du contrôle administratif.

Art. 91.

Il est institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité un Service du contrôle administratif, chargé d'assurer le contrôle administratif des prestations de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnités.

Art. 92.

Le Service du contrôle administratif reçoit ses directives techniques d'un Comité, composé d'un président et de représentants en nombre égal des organisations représentatives des employeurs, des organisations représentatives des travailleurs salariés et des organismes assureurs.

Le Roi détermine le nombre de ces représentants, effectifs et suppléants, et les nomme ; Il nomme le président et les vice-présidents.

Il fixe les règles de fonctionnement du Comité.

Art. 93.

Le Comité du Service du contrôle administratif est chargé :

1° d'établir les directives techniques en vue de l'organisation du contrôle administratif ;

2° d'émettre des avis et des propositions sur la réglementation afférente au contrôle administratif ;

3° d'établir, dans les délais fixés par le Roi, des rapports sur les constatations qu'il a faites en matière d'application, par les organismes assureurs, des dispositions légales et réglementaires concernant :

a) l'assurance-soins de santé ;
b) l'assurance-indemnités ;

teurs en de geneesheren-inspecteurs preventief schorsen over een tijdvak van ten hoogste twee maanden ; de Minister beslist in ieder geval of de preventieve schorsing al dan niet gehele of gedeeltelijke schorsing van de betaling der wedde in zich sluit.

Deze schorsing kan worden vernieuwd na gemotiveerd advies van een der in het derde lid bedoelde commissies.

AFDELING V.

Verbod tot tegenmoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen.

Art. 90.

Verbod tot tegemoetkomen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen kan worden uitgesproken onder de voorwaarden bepaald in artikel 44 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, zoals ze bij deze wet is gewijzigd.

HOOFDSTUK II.

Administratieve controle.

AFDELING I.

Dienst voor administratieve controle.

Art. 91.

In de schoot van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt een Dienst voor administratieve controle ingesteld die er mede belast is in te staan voor de administratieve controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkeringsverzekering.

Art. 92.

De Dienst voor administratieve controle ontvangt zijn technische richtlijnen van een comité dat samengesteld is uit een voorzitter en uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van werkgevers, van werknemers en van de verzekeringsinstellingen.

De Koning bepaalt dat aantal werkende en plaatsvervangende vertegenwoordigers en benoemt ze ; Hij benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters.

Hij stelt de werkingsregelen van het comité vast.

Art. 93.

Het comité van de Dienst voor administratieve controle is er mede belast :

1° de technische richtlijnen vast te stellen met het oog op de organisatie van de administratieve controle ;

2° van advies te dienen en voorstellen te doen in verband met de reglementering betreffende de administratieve controle ;

3° binnen de door de Koning te bepalen termijnen, verslagen op te maken over zijn bevindingen inzake de toepassing, door de verzekeringsinstellingen, van de wets- en verordeningsbepalingen betreffende :

a) de verzekering voor geneeskundige verzorging ;
b) de uitkeringsverzekering ;

4° de transmettre les rapports visés au 3°, accompagnés des suggestions que ses constatations lui ont inspirées, le premier au Ministre de la Prévoyance sociale et au Comité de gestion du Service des soins de santé, le second au Ministre de la Prévoyance sociale et au Comité de gestion du Service des indemnités ;

5° de proposer au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité les règles administratives, comptables et statistiques que doivent observer les organismes assureurs pour permettre au Service du contrôle administratif d'exercer sa mission, ainsi que les règles relatives à l'inscription des prestations payées indûment ;

6° de donner au Ministre de la Prévoyance sociale des avis sur les critères d'agréation des offices de tarification visés à l'article 98 ;

7° de proposer, au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les modalités de remboursement des frais que le Service a exposés pour l'exécution d'autres missions qui lui sont confiées par le Roi;

8° d'établir et de transmettre au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le budget et les comptes de frais d'administration du Service du contrôle administratif ;

9° de proposer, au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, dans les cas où ce Conseil est compétent en ces matières, le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service du contrôle administratif, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger ;

10° de transmettre au Conseil général, les dossiers pour lesquels il décide l'introduction d'actions devant les tribunaux ordinaires ou devant les juridictions visées à l'article 100 de la présente loi;

11° d'établir son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi, après avis du Conseil général.

Le Roi peut, sur proposition du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, après avis du Comité visé à l'article 92, confier au Service du contrôle administratif d'autres missions en vue de l'application des dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance maladie-invalidité.

Art. 94.

Pour accomplir la mission visée à l'article 91, le Service du contrôle administratif dispose d'inspecteurs et d'agents administratifs.

Il procède à toute enquête ou constatation, soit d'initiative, soit à la demande du Ministre de la Prévoyance sociale, du Service des soins de santé, du Service des indemnités, du Service du contrôle médical ou d'un organisme assureur.

Le Service du contrôle administratif notifie, dans les trente jours, aux organismes assureurs, les constatations faites dans l'accomplissement de sa mission.

Art. 95.

Le contrôle administratif porte sur le respect des dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Art. 96.

Les employeurs, les organismes assureurs, les bénéficiaires, les personnes et établissements qui leur dispensent

4° de in 3° bedoelde verslagen, samen met de aanbevelingen ingegeven door zijn bevindingen, te bezorgen, het eerste aan de Minister van Sociale Vooorzorg en aan het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, het tweede aan de Minister van Sociale Voorzorg en aan het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen ;

5° de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de administratieve, boekhoudkundige en statistische regelen voor te stellen, welke de verzekeringsinstellingen moeten in acht nemen om de Dienst voor administratieve controle in staat te stellen zijn opdracht uit te oefenen alsmede de regelen betreffende het inschrijven van de ten onrechte betaalde prestaties ;

6° de Minister van Sociale Voorzorg adviezen te verstrekken over de maatstaven tot erkenning van de in artikel 98 bedoelde tariferingsdiensten ;

7° de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de nadere regelen voor te stellen tot het vergoeden van de kosten, door de Dienst gedragen voor het uitvoeren van andere taken welke hem door de Koning worden opgedragen ;

8° de begroting en de rekeningen van de administratiekosten van de Dienst voor administratieve controle op te maken en over te leggen aan de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

9° de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in de gevallen waarin die Raad ter zake bevoegd is, aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering, ontslag en afzetting van het personeel van de Dienst voor administratieve controle voor te stellen alsmede de dat personeel op te leggen tuchtstraffen ;

10° de Algemene raad de dossiers te bezorgen waarover het beslist vorderingen in te stellen voor de gewone rechtbanken of voor de in artikel 100 van deze wet bedoelde rechtscolleges;

11° zijn huishoudelijk reglement op te stellen dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd na advies van de Algemene raad.

De Koning kan, op voorstel van de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, na advies van het in artikel 92 bedoelde comité, de Dienst voor administratieve controle, met het oog op toepassing van de wets- en verordeningsbepalingen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering, andere taken opdragen.

Art. 94.

Om de in artikel 91 bedoelde opdracht te vervullen, beschikt de Dienst voor administratieve controle over inspecteurs en administratief personeel.

Hij doet iedere onderzoeking of bevinding, hetzij uit eigen beweging, hetzij op verzoek van de Minister van Sociale Voorzorg, de Dienst voor geneeskundige verzorging, de Dienst voor uitkeringen, de Dienst voor geneeskundige controle of een verzekeringsinstelling.

De Dienst voor administratieve controle geeft, binnen dertig dagen, aan de verzekeringsinstellingen kennis van zijn bevindingen gedaan bij het vervullen van zijn opdracht.

Art. 95.

De administratieve controle heeft betrekking op het inachtnemen van de wets- en verordeningsbepalingen betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Art. 96.

De werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de rechthebbenden, de personen en inrichtingen die hun prestaties

des prestations, les offices de tarification, ainsi que leurs préposés ou mandataires sont tenus de donner aux inspecteurs tous les renseignements administratifs dont ils ont besoin pour exercer leur mission de contrôle et de leur communiquer, sans déplacement de pièces, les registres, états, correspondance et autres documents.

Les organismes assureurs rassemblent, au niveau de la fédération ou de l'office régional s'il s'agit de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, les documents administratifs et pièces justificatives des dépenses.

SECTION II.

De la récupération des prestations payées indûment.

Art. 97.

Celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a indûment reçu des prestations de l'assurance-soins de santé ou de l'assurance-indemnités, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur par l'intermédiaire duquel ces prestations ont été indûment octroyées.

Les prestations payées indûment sont récupérées par l'organisme assureur qui a accordé ces prestations.

Si le paiement indu est constaté par le Service du contrôle administratif, l'organisme assureur peut, dans les trente jours qui suivent la notification visée à l'article 94, porter le litige éventuel devant la juridiction d'appel visée à l'article 100.

SECTION III.

Des offices de tarification.

Art. 98.

Lorsque l'intervention des organismes assureurs dans le coût des fournitures pharmaceutiques n'est pas directement versée par ces organismes aux titulaires, toutes les opérations de tarification et tous les paiements des organismes assureurs pour fournitures pharmaceutiques sont obligatoirement effectués par l'intermédiaire d'offices de tarification agréés par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Le Roi détermine les critères d'agréation de ces offices de tarification, après avis de la Commission visée à l'article 27, en ce qu'elle concerne les pharmaciens.

Ces offices sont autorisés à réclamer aux pharmaciens une intervention dans leurs frais de gestion.

Pour l'application des dispositions du présent article, les médecins et les hôpitaux tenant un dépôt de médicaments sont assimilés aux pharmaciens.

SECTION IV.

Des sanctions applicables aux organismes assureurs.

Art. 99.

Le Comité du Service du contrôle administratif, réuni en séance spéciale en l'absence des représentants des organismes assureurs, peut, sur proposition du Service du contrôle administratif, infliger aux organismes assureurs qui ne respectent pas les dispositions de la présente loi ou de ses arrêtés d'exécution, une amende administrative dont le montant ne peut dépasser le double de la valeur des prestations indûment octroyées.

Le Comité du Service du contrôle administratif peut, sur proposition du Service du contrôle administratif, infliger aux organismes assureurs qui ne respectent pas les dispositions de la présente loi ou de ses arrêtés d'exécution, une amende administrative dont le montant ne peut dépasser le double de la valeur des prestations indûment octroyées.

verstrekken, de tariferingsdiensten alsmede hun aangestelden of mandatarissen behoren de inspecteurs alle administratieve inlichtingen te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controle opdracht behoeven en hun, ter plaatse, de registers, staten, briefwisseling en andere bescheiden over te leggen.

De verzekeringsinstellingen verzamelen, in het verbond of in de gewestelijke dienst wat de hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering betreft, de administratieve bescheiden en uitgavenbewijsstukken.

AFDELING II.

Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties.

Art. 97.

Hij die, ingevolge vergissing of bedrog, ten onrechte prestaties heeft ontvangen van de verzekering voor geneeskundige verzorging of van de uitkeringsverzekering, is verplicht de waarde ervan terug te betalen aan de verzekeringsinstelling door wier toedoen die prestaties ten onrechte zijn verleend.

De ten onrechte betaalde prestaties worden teruggevorderd door de verzekeringsinstelling die bewuste prestaties heeft toegekend.

Indien de onrechtmatige betaling door de Dienst voor administratieve controle wordt vastgesteld, kan de verzekeringsinstelling, binnen dertig dagen na de in artikel 94 bedoelde kennisgeving, het gebeurlijke geschil aanbrengen voor het in artikel 100 bedoelde rechtscollege van beroep.

AFDELING III.

Tariferingsdiensten.

Art. 98.

Wordt de tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen in de kosten van farmaceutische verstrekkingen niet rechtstreeks door die instellingen aan de gerechtigden gestort, dan worden alle tariferingsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen voor farmaceutische verstrekkingen verplicht gedaan via door de Minister van Sociale Voorzorg erkende tariferingsdiensten.

De Koning stelt de maatstaven tot erkenning van die tariferingsdiensten vast, na advies van de in artikel 27 bedoelde Commissie waar deze de apothekers beoogt.

Die diensten zijn gemachtigd van de apothekers een tegemoetkoming in hun beheerskosten te vorderen.

Voor de toepassing van de bepalingen van onderhavig artikel worden de geneesheren en de verplegingsinrichtingen die een geneesmiddelendepot houden, met de apothekers gelijkgesteld.

AFDELING IV.

Straffen die toepasselijk zijn op de verzekeringsinstellingen.

Art. 99.

Onder de door de Koning te bepalen voorwaarden, spreekt het comité van de Dienst voor administratieve

nismes assureurs prononce, dans les conditions déterminées par le Roi, à charge des organismes assureurs, en cas d'infraction aux dispositions légales ou réglementaires, des sanctions pécuniaires de 100 à 1.000 F.

Les organismes assureurs peuvent interjeter appel de la décision prise par le Comité du Service du contrôle administratif auprès de la juridiction d'appel visée à l'article 100.

CHAPITRE III.

Des juridictions et des sanctions.

SECTION I.

Des juridictions.

Art. 100.

§ 1. Les contestations qui ont pour objet des droits résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité sont jugées par les juridictions contentieuses prévues par l'article 51, § 1 de la loi du 14 février 1961, d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, telle qu'elle est modifiée par la présente loi.

§ 2. Le Roi peut étendre la compétence des juridictions contentieuses à des contestations relatives à l'application de la législation concernant le régime d'assurance maladie-invalidité, visé à l'arrêté-loi du 7 février 1945, concernant la sécurité sociale des marins de la marine marchande.

§ 3. — Lorsqu'une des juridictions contentieuses visées au § 1 estime qu'une expertise médicale est nécessaire à son édification, elle le déclare par une décision; elle désigne en celle-ci l'expert qu'elle choisit sur une liste, par elle établie, de médecins qui acceptent les barèmes d'honoraires et frais fixés par le Roi.

§ 4. Les juridictions contentieuses sont composées en nombre égal de représentants des employeurs et des travailleurs et présidées par des docteurs en droit, désignés par le Roi, parmi les magistrats, avocats ou praticiens de droit social; elles sont assistées de secrétaires-rapporteurs.

SECTION II.

Des sanctions administratives et des sanctions pénales.

Art. 101.

Le Roi détermine, sur proposition du Service du contrôle administratif, les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires en cas d'infraction aux dispositions de la présente loi ou de ses arrêtés et règlements d'exécution.

Le Roi fixe également les modalités d'application de ces sanctions.

controle, in speciale vergadering bijeengekomen waarop de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen niet aanwezig zijn, ten laste van de verzekeringsinstellingen, in geval van overtreding van de wets- of verordeningsbepalingen, geldstraffen uit van 100 tot 1.000 F.

De verzekeringsinstellingen kunnen van de beslissing van het comité van de Dienst voor administratieve controle beroep aantekenen bij het in artikel 100 bedoelde rechtscollege van beroep.

HOOFDSTUK III.

Rechtscolleges en Sancties.

AFDELING I.

Rechtscolleges.

Art. 100.

§ 1. Over de betwistingen in verband met de rechten voortvloeiend uit de wetgeving en reglementering betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt geoordeeld door de rechtscolleges voor geschillen waarin is voorzien in artikel 51, § 1, van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, zoals ze bij deze wet is gewijzigd.

§ 2. De Koning kan de bevoegdheid van de rechtscolleges voor geschillen verruimen tot betwistingen over de toepassing van de wetgeving betreffende de regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bedoeld in de besluitwet van 7 februari 1945 betreffende de sociale zekerheid van de zeelieden ter koopvaardij.

§ 3. — Indien een der in § 1 bedoelde rechtscolleges voor geschillen een geneeskundige expertise te zijner voorlichting noodzakelijk acht, verklaart het dat met een beslissing; daarin wijst het de deskundige aan die het kiest uit een lijst welke het aanlegt van geneesheren die de door de Koning vast te stellen honorarium- en kostenschalen aanvaarden.

§ 4. De rechtscolleges voor geschillen zijn samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de werkgevers en van de werknemers; het voorzitterschap ervan wordt bekleed door doctors in de rechten, door de Koning aangewezen uit de magistraten, advokaten of beoefenaars van sociaal recht; ze worden bijgestaan door secretarissen-verslaggevers.

AFDELING II.

Administratieve en strafsancties.

Art. 101.

Op voorstel van de Dienst voor administratieve controle stelt de Koning de administratieve sancties vast die toepasselijk zijn op de rechthebbenden in geval van overtreding van de bepalingen van deze wet of van haar uitvoeringsbesluiten en -verordeningen.

De Koning bepaalt tevens de nadere regelen tot toepassing van die sancties.

Art. 102.

Sans préjudice des pouvoirs des officiers de police judiciaire, en cas d'infraction aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance-soins de santé ou l'assurance-indemnités, constatée dans le cadre de leur mission de contrôle, les médecins-inspecteurs principaux, les médecins-inspecteurs et les inspecteurs visés aux articles 85, 80 et 94 dressent des procès-verbaux qu'ils transmettent, dans les quarante-huit heures, au Service dont ils dépendent.

Lorsque le Service en cause décide de donner suite à ces procès-verbaux, il en communique, dans les quinze jours à peine de nullité, un exemplaire au Parquet et au contrevenant.

Ces procès-verbaux font foi jusqu'à preuve du contraire.

Art. 103.

Sans préjudice de l'application de l'article 90, toute personne qui a contrevenu aux dispositions légales ou réglementaires de l'assurance-soins de santé ou de l'assurance-indemnités est punie d'un emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 26 à 1.000 francs ou d'une de ces peines seulement.

Art. 104.

Toute personne qui met obstacle à l'accomplissement de la mission des médecins-conseil, des médecins-inspecteurs principaux, des médecins-inspecteurs ou des inspecteurs visés respectivement aux articles 87, 85, 80 et 94 ou des agents délégués par eux, ou fournit des renseignements inexacts, est punie d'un emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 26 à 1.000 francs ou d'une de ces peines seulement.

Art. 105.

En cas de récidive dans les cinq ans à compter de la condamnation antérieure, la peine pourra être portée au double du maximum prévu aux articles 103 et 104.

CHAPITRE IV.

De la prescription.

Art. 106.

§ 1. 1° L'action en paiement de prestations de l'assurance-indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités.

2° L'action de celui qui a bénéficié de prestations de l'assurance-indemnités, en vue du paiement des sommes qui porteraient ces prestations à un montant supérieur, se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été payées.

3° L'action relative au paiement des prestations de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis, que ces prestations aient été payées ou non selon le régime du tiers payant.

4° L'action relative au paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement des prestations de santé qui a été accordé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué.

Art. 102.

Onverminderd de macht van de officieren van de gerechtelijke politie, maken de in de artikelen 85, 80 en 94 bedoelde eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, geneesheren-inspecteurs en inspecteurs, die naar aanleiding van hun controleopdracht overtredingen van de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging of de uitkeringsverzekering vaststellen, processen-verbaal op, die zij, binnen 48 uur, doorzenden aan de Dienst waartoe zij behoren.

Beslist die Dienst gevolg te geven aan die processen-verbaal, dan bezorgt hij daarvan, op straffe van nietigheid, binnen vijftien dagen een exemplaar aan het Parket en aan de overtreder.

Die processen-verbaal zijn bewijskrachtig behoudens tegenbewijsverschaffing.

Art. 103.

Onverminderd de toepassing van artikel 90, wordt eenieder die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging of de uitkeringsverzekering heeft overtreden, gestraft met gevangenis van acht dagen tot een maand en met boete van 26 tot 1.000 frank, of met een van die straffen alleen.

Art. 104.

Eenieder die de adviserend geneesheren, de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, geneesheren-inspecteurs of inspecteurs, respectief bedoeld in de artikelen 87, 85, 80 en 94, of de door hen afgevaardigde personeelsleden hindert bij de uitoefening van hun taak, of onjuiste inlichtingen verstrekt, wordt gestraft met gevangenis van acht dagen tot een maand en met boete van 26 tot 1.000 frank, of met een van die straffen alleen.

Art. 105.

In geval van herhaling binnen de vijf jaar vanaf de vorige veroordeling, kan de straf op het dubbel worden gebracht van het in de artikelen 103 en 104 vastgestelde maximum.

HOOFDSTUK IV.

Verjaring.

Art. 106.

§ 1. 1° De vordering tot betaling van prestaties der uitkeringsverzekering verjaart twee jaar na het einde van de maand waarop die uitkeringen betrekking hebben.

2° De vordering van degene die prestaties van de uitkeringsverzekering genoten heeft, tot betaling van de sommen welke die prestaties tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald.

3° De vordering tot betaling van geneeskundige verstrekkingen verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt of deze prestaties al dan niet betaald werden via de derde-betalers regeling.

4° De vordering tot betaling van sommen welke de betaling voor de geneeskundige verstrekkingen, die verleend is, tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die betaling is gedaan.

5° L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance-indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué.

6° L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance-soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées.

Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions prévues aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent article.

Les prescriptions prévues aux 5° et 6° du présent article ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

Pour interrompre une prescription prévue au présent article, une lettre recommandée à la poste suffit. L'interruption peut être renouvelée.

§ 2. La durée écoulée des délais de prescription ou de forclusion qui étaient d'application au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi est imputée, le cas échéant, sur celle des délais de prescription prévus au présent article.

CHAPITRE V.

Du serment.

Art. 107.

Les présidents du Comité du Service du contrôle médical, du Comité du Service du contrôle administratif et des juridictions contentieuses prêtent serment entre les mains du Ministre de la Prévoyance sociale.

Les secrétaires-rapporteurs prêtent serment entre les mains du président de leur juridiction.

Les médecins-inspecteurs principaux visés à l'article 85, les médecins-inspecteurs visés à l'article 80, les inspecteurs visés à l'article 94, les membres des juridictions contentieuses prêtent serment entre les mains respectivement du président du Comité du Service du contrôle médical, du Comité du Service du contrôle administratif et du président de leur juridiction.

Le Roi détermine les formules de serment.

TITRE VII.

DISPOSITIONS COMMUNES A L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET A LA CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

CHAPITRE I.

Du personnel.

Art. 108.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité disposent chacun de leur personnel propre.

5° De vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn uitbetaald.

6° De vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn vergoed.

Van de in 1°, 2°, 3° en 4° van dit artikel bedoelde verjaringen mag niet worden afgezien.

De in 5° en 6° van dit artikel bedoelde verjaringen gelden niet ingeval het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg is van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is.

Een ter post aangetekend schrijven volstaat om een in dit artikel bedoelde verjaring te stuiten. De stuiting kan worden vernieuwd.

§ 2. De verlopen tijd van de verjarings- of vervaltermijnen welke vóór het inwerkingtreden van deze wet toepasselijk waren, wordt, in voorkomend geval, afgerekend van de in dit artikel vastgestelde verjaringstermijnen.

HOOFDSTUK V.

Beediging.

Art. 107.

De voorzitters van het comité van de Dienst voor geneeskundige controle, van het comité van de Dienst voor administratieve controle en van de rechtscolleges voor geschillen leggen de eed af ten overstaan van de Minister van Sociale Voorzorg.

De secretarissen-verslaggevers leggen de eed af ten overstaan van de voorzitter van hun rechtscollege.

De in artikel 85 bedoelde eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, de in artikel 80 bedoelde geneesheren-inspecteurs, de in artikel 94 bedoelde inspecteurs, de leden van de rechtscolleges voor geschillen leggen de eed af ten overstaan van de voorzitter van het comité van de Dienst voor geneeskundige controle, respectief de voorzitter van de Dienst voor administratieve controle en de voorzitter van hun rechtscollege.

De Koning bepaalt de eedsformulieren.

TITEL VII.

GEMENE BEPALINGEN TER ZAKE VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING EN VAN DE HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING.

HOOFDSTUK I.

Personeel.

Art. 108.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering beschikken ieder over hun eigen personeel.

Art. 109.

Le personnel des services généraux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est dirigé par un administrateur général, assisté d'un administrateur général-adjoint, nommés par le Roi, qui fixe leur traitement.

Art. 110.

Le personnel du Service des indemnités et celui du Service des Soins de santé sont dirigés respectivement soit par l'Administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, soit par son administrateur général-adjoint.

Art. 111.

Le personnel du Service du contrôle médical d'une part et du Service du contrôle administratif d'autre part est dirigé par un fonctionnaire, nommé par le Roi, dans chacun de ces services, qui fixe son traitement.

Art. 112.

Le personnel de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité est dirigé par un fonctionnaire-dirigeant, assisté d'un fonctionnaire-dirigeant-adjoint, nommés par le Roi, qui fixe leur traitement.

Art. 113.

L'administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est chargé de l'exécution des décisions du Conseil général de l'Institut qui concernent les services généraux.

Il assure le secrétariat du Conseil général.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Conseil général de l'Institut dans son règlement d'ordre intérieur.

L'administrateur général représente l'Institut dans les actes judiciaires et extrajudiciaires. Il ne prend aucune obligation personnelle et n'est responsable que de l'exécution de sa mission.

En cas d'empêchement de l'administrateur général, ses pouvoirs sont exercés par l'administrateur général-adjoint et, en cas d'empêchement de ce dernier, par un membre du personnel de l'Institut désigné par le Conseil général. Pour faciliter l'expédition des affaires, le Conseil général peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser l'administrateur général à déléguer une partie de ses pouvoirs aux fonctionnaires dirigeant les services spéciaux de l'Institut.

Art. 114.

§ 1. Le fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités est chargé de l'exécution des décisions du Comité de gestion du Service des indemnités ainsi que de celles du Conseil général de l'Institut qui concernent le Service des indemnités.

Il assiste au séances du Comité de gestion du Service des indemnités et en assure le secrétariat.

Art. 109.

Het personeel van de algemene diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering staat onder de leiding van een administrateur-generaal, bijgestaan door een adjunct-administrateur-generaal, benoemd door de Koning die hun wedde vaststelt.

Art. 110.

Het personeel van de Dienst voor uitkeringen en dat van de Dienst voor geneeskundige verzorging staan onder de leiding hetzij van de Administrateur-generaal van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering, respectief hetzij van zijn adjunct-administrateur-generaal.

Art. 111.

Het personeel van de Dienst voor geneeskundige controle eensdeels en van de Dienst voor administratieve controle anderdeels staat onder de leiding van een ambtenaar, die in ieder van die diensten wordt benoemd door de Koning die zijn wedde vaststelt.

Art. 112.

Het personeel van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering staat onder de leiding van een leidend ambtenaar, bijgestaan door een adjunct-leidend ambtenaar, benoemd door de Koning die hun wedde vaststelt.

Art. 113.

De administrateur-generaal van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is belast met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene raad van het Instituut welke betrekking hebben op de algemene diensten.

Hij staat in voor het secretariaat van de Algemene raad.

Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door de Algemene raad van het Instituut zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

De administrateur-generaal vertegenwoordigt het Instituut in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen. Hij gaat geen persoonlijke verbintenissen aan en is enkel verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn opdracht.

Ingeval de administrateur-generaal verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door de adjunct-administrateur-generaal en, ingeval deze verhinderd is, door een door de Algemene raad aangewezen personeelslid van het Instituut. Voor een vlottere afhandeling van de zaken, kan de Algemene raad, onder de voorwaarden welke hij vaststelt, de administrateur-generaal machtigen een gedeelte van zijn machten op te dragen aan de ambtenaren onder wier leiding de bijzondere diensten van het Instituut staan.

Art. 114.

§ 1. — De leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen is belast met de uitvoering van de beslissingen van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen alsmede van die van de Algemene raad van het Instituut welke betrekking hebben op de Dienst voor uitkeringen.

Hij woont de vergaderingen van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Il assiste de droit aux séances des conseils et commissions qui fonctionnent au sein du Service qu'il dirige ou il peut s'y faire représenter par le fonctionnaire qu'il désigne.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Comité de gestion du Service des indemnités dans son règlement d'ordre intérieur.

En cas d'empêchement du fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités, ses pouvoirs sont exercés par un membre du personnel dudit service, désigné par le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

§ 2. Le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé est chargé de l'exécution des décisions du Comité de gestion du Service des soins de santé ainsi que de celles du Conseil général de l'Institut qui concernent le Service des soins de santé.

Il assiste aux séances du Comité de gestion du Service des soins de santé et en assure le secrétariat.

Il assiste de droit aux séances des conseils, collèges et commissions qui fonctionnent au sein du Service qu'il dirige ou il peut s'y faire représenter par le fonctionnaire qu'il désigne.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Comité de gestion du Service des soins de santé dans son règlement d'ordre intérieur.

En cas d'empêchement du fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé, ses pouvoirs sont exercés par un membre du personnel dudit service, désigné par le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

§ 3. Le fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités et celui du Service des soins de santé assistent aux séances du Conseil général de l'Institut.

Art. 115.

Les fonctionnaires dirigeant le Service du contrôle médical et le Service du contrôle administratif sont chargés de l'exécution des décisions du Comité du Service qu'ils dirigent.

Ils assistent aux séances du Comité du Service qu'ils dirigent et en assurent le secrétariat.

Ils exercent les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par les Comités du Service du contrôle médical et du Service du contrôle administratif dans le règlement d'ordre intérieur de chacun de ces Comités.

Art. 116.

Le fonctionnaire-dirigeant de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité est chargé de l'exécution des décisions du Comité de gestion de la Caisse auxiliaire.

Il assiste aux séances du Comité de gestion de la Caisse auxiliaire et en assure le secrétariat.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Comité de gestion de la Caisse auxiliaire dans son règlement d'ordre intérieur.

Hij woont rechtens de vergaderingen bij van de raden en commissies die werkzaam zijn in de schoot van de Dienst waarvan hij de leiding heeft of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

Ingeval de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door een door de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aangewezen personeelslid van genoemde dienst.

§ 2. De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging is belast met de uitvoering van de beslissingen van het beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging alsmede van die van de Algemene raad van het Instituut welke betrekking hebben op de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Hij woont de vergaderingen van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij woont rechtens de vergaderingen bij van de raden, colleges en commissies die werkzaam zijn in de schoot van de Dienst waarvan hij de leiding heeft of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

Ingeval de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door een door de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aangewezen personeelslid van genoemde dienst.

§ 3. De leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen en die van de Dienst voor geneeskundige verzorging wonen de vergaderingen van de Algemene raad van het Instituut bij.

Art. 115.

De ambtenaren onder wier leiding de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor administratieve controle staan, zijn belast met de uitvoering van de beslissingen van het comité van de Dienst die onder hun leiding staat.

Zij wonen de vergaderingen bij van het comité van de Dienst die onder hun leiding staat en staan in voor het secretariaat ervan.

Zij oefenen de machten uit inzake dagelijk beheer welke door de comité's van de Dienst voor geneeskundige controle en van de Dienst voor administratieve controle zijn omschreven in het huishoudelijke reglement van ieder van die comité's.

Art. 116.

De leidend ambtenaar van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is belast met de uitvoering van de beslissingen van het beheerscomité van de Hulpkas.

Hij woont de vergaderingen van het beheerscomité van de Hulpkas bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door het beheerscomité van de Hulpkas zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

Le fonctionnaire-dirigeant de la Caisse auxiliaire représente la Caisse dans les actes judiciaires et extra-judiciaires. Il ne prend aucune obligation personnelle et n'est responsable que de l'exécution de sa mission.

En cas d'empêchement du fonctionnaire-dirigeant, ses pouvoirs sont exercés par le fonctionnaire-dirigeant-adjoint et, en cas d'empêchement de ce dernier, par un membre du personnel de la Caisse auxiliaire désigné par le Comité de gestion.

Pour faciliter l'expédition des affaires, le Comité de gestion peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser le fonctionnaire-dirigeant à déléguer une partie de ses pouvoirs à des membres du personnel de la Caisse auxiliaire.

Art. 117.

§ 1. Les agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité affectés aux services généraux sont recrutés, nommés, affectés, promus, licenciés et révoqués par le Conseil général de l'Institut.

Toutefois, les secrétaires-rapporteurs des juridictions contentieuses mentionnés à l'article 100, § 4 sont nommés, licenciés et révoqués par le Roi.

En attendant l'entrée en vigueur, à l'égard de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, d'une nouvelle législation relative à l'emploi des langues en matière administrative, il est observé dans la nomination du personnel un juste équilibre dans le nombre d'emplois réservés aux candidats de chaque groupe linguistique, ainsi qu'il est prévu à l'article 9, § 4 de la loi du 28 juin 1932, relative à l'emploi des langues en matière administrative.

§ 2. Les agents de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité sont recrutés, nommés, affectés, promus, licenciés et révoqués par le Comité de gestion de la Caisse auxiliaire.

Nonobstant les dispositions du statut du personnel de la Caisse auxiliaire, le Comité de gestion peut licencier ou révoquer les médecins-conseil de cet organisme sans autre condition que le retrait de leur agréation par le Comité du Service du contrôle médical.

En attendant l'entrée en vigueur, à l'égard de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, d'une nouvelle législation relative à l'emploi des langues en matière administrative, il est observé dans la nomination du personnel un juste équilibre dans le nombre d'emplois réservés aux candidats de chaque groupe linguistique, ainsi qu'il est prévu à l'article 9, § 4 de la loi du 28 juin 1932 relative à l'emploi des langues en matière administrative.

§ 3. Les agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité affectés au Service des soins de santé ou au Service des indemnités sont recrutés, nommés, affectés, licenciés et révoqués par le Conseil général sur proposition du Comité de gestion de ces Services.

L'alinéa 3 du § 1er du présent article est applicable à la nomination de ce personnel.

§ 4. Sous réserve des dispositions des articles 79, 11° et 89, les agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité affectés au Service du contrôle médical ou au Service du contrôle administratif sont, sur proposition des Comités de ces services, recrutés, nommés, affectés, promus, licenciés et révoqués par le Conseil général de l'Institut.

De leidend ambtenaar van de Hulpkas vertegenwoordigt die Hulpkas in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen. Hij gaat geen persoonlijke verbintenissen aan en is enkel verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn opdracht.

Ingeval de leidend ambtenaar verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door de adjunct-leidend ambtenaar en, ingeval deze verhinderd is, door een door het beheerscomité aangewezen personeelslid van de Hulpkas.

Voor een vlottere afhandeling van de zaken, kan het beheerscomité onder de voorwaarden welke het vaststelt, de leidend ambtenaar machtigen een gedeelte van zijn machten op te dragen aan personeelsleden van de Hulpkas.

Art. 117.

§ 1. De voor de algemene diensten aangewezen personeelsleden van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door de Algemene raad van het Instituut.

Nochtans worden de in artikel 100, § 4, vermelde secretarissen-verslaggevers benoemd, ontslagen en afgezet door de Koning.

In afwachting van de inwerkingtreding, ten aanzien van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, van een nieuwe wetgeving op het gebruik der talen in bestuurszaken, wordt bij de benoeming van het personeel een passend evenwicht in acht genomen tussen het aantal betrekkingen voorbehouden voor de kandidaten van elke taalgroep, zoals bepaald is bij artikel 9, § 4, van de wet van 28 juni 1932 op het gebruik der talen in bestuurszaken.

§ 2. De personeelsleden van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door het beheerscomité van de Hulpkas.

Niettegenstaande de bepalingen van het personeelsstatuut van de Hulpkas, mag het beheerscomité de adviserend geneesheren van die instelling ontslagen of afzetten zonder een andere voorwaarde dan de intrekking van hun erkenning door het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle.

In afwachting van de inwerkingtreding, ten aanzien van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van een nieuwe wetgeving op het gebruik der talen in bestuurszaken, wordt bij de benoeming van het personeel een passend evenwicht in acht genomen tussen het aantal betrekkingen voorbehouden voor de kandidaten van elke taalgroep, zoals bepaald is bij artikel 9, § 4, van de wet van 28 juni 1932 op het gebruik der talen in bestuurszaken.

§ 3. De voor de Dienst voor geneeskundige verzorging en voor de Dienst voor uitkeringen aangewezen personeelsleden van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door de Algemene raad op voorstel van de respectieve beheerscomité's van die Diensten.

Het derde lid van § 1 van dit artikel is toepasselijk bij de benoeming van deze personeelsleden.

§ 4. Onder voorbehoud van de bepalingen van de artikelen 79, 11°, en 89, worden de voor de Dienst voor geneeskundige controle en voor de Dienst voor administratieve controle aangewezen personeelsleden van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, op voorstel van de respectieve comité's van die Diensten, aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door de Algemene raad van het Instituut.

Toutefois, les médecins-inspecteurs principaux, les médecins-inspecteurs et les inspecteurs, mentionnés respectivement aux articles 85, 80 et 94 sont nommés, licenciés et révoqués par le Roi. Nonobstant les dispositions de l'article 156, § 3, le Roi peut, pour les premières nominations des inspecteurs visés à l'article 94, nommer les agents du Fonds national d'assurance maladie-invalidité qui, à la date de publication de la présente loi, sont nantis du grade de contrôleur.

L'alinéa 3 du § 1er du présent article est applicable à la nomination de ce personnel.

§ 5. — Sans préjudice des dispositions de l'article 156, les emplois nouveaux ou devenant vacants de messager-huissier, expéditionnaire et de téléphoniste, prévus aux cadres du personnel de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité sont réservés à des personnes faisant ou ayant fait l'objet de mesures de rééducation fonctionnelle ou professionnelle proposées soit par le Collège des médecins-directeurs visé à l'article 19, soit par le Service national de la rééducation professionnelle institué au sein du Fonds national d'assurance maladie-invalidité, dissous par la présente loi.

Art. 118.

Les agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, affectés aux services généraux et aux services spéciaux de cet Institut, peuvent concourir pour les nominations, affectations et promotions dans l'un ou l'autre de ces services.

CHAPITRE II.

Des commissaires du Gouvernement et des reviseurs.

Art. 119.

Les commissaires du Gouvernement visés aux articles 5, 7, 11, 39 et 78 disposent des pouvoirs qui leur sont attribués par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public.

Ils sont entendus quand ils le demandent et ont un droit illimité de surveillance et de contrôle sur toutes les activités de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Ils peuvent à cet effet prendre à tout moment connaissance sur place de toutes pièces et de toutes écritures en possession de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Ils peuvent également inviter la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à faire procéder à des enquêtes chaque fois qu'ils le jugent nécessaire.

Pour la nomination des commissaires du Gouvernement, les Ministres visés aux articles 5, 7, 11, 39 et 78 peuvent présenter les mêmes personnes pour les divers services et institutions visés par la présente loi.

Art. 120.

Le Ministre de la Prévoyance sociale et le Ministre des Finances désignent de commun accord, auprès de

Nochtans worden de in de artikelen 85, 80 en 94 vermelde eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, respectief geneesheren-inspecteurs en inspecteurs benoemd, ontslagen en afgezet door de Koning. Niettegenstaande het bepaalde in artikel 156, § 3, kan de Koning voor de eerste benoemingen van de in artikel 94 bedoelde inspecteurs, de personeelsleden van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit benoemen die de dag van bekendmaking van deze wet met de graad van controleur zijn bekleed.

Het derde lid van § 1 van dit artikel is toepasselijk bij de benoeming van deze personeelsleden.

§ 5. — Onverminderd het bepaalde in artikel 156, worden de nieuwe openvallende betrekkingen van bodekamerbewaarder, expeditionnair en telefonist waarin het personeelskader van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voorziet, voorbehouden voor personen op wie maatregelen inzake revalidatie of herscholing worden of zijn toegepast hetzij door het in artikel 19 bedoelde College van geneesheren-directeurs, hetzij door de Rijksdienst voor vakherscholing, ingesteld bij het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit dat bij deze wet wordt ontbonden.

Art. 118.

De personeelsleden van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aangewezen voor de algemene diensten en voor de bijzondere diensten van dat Instituut, mogen mededingen voor de benoemingen, dienstaanwijzingen en bevorderingen in een of andere van die diensten.

HOOFDSTUK II.

Regeringscommissarissen en revisoren.

Art. 119.

De in de artikelen 5, 7, 11, 39 en 78 bedoelde Regeringscommissarissen beschikken over de macht welke hun is toegekend bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.

Op hun verzoek worden zij gehoord en zij hebben een onbeperkt recht van toezicht en controle op alle activiteiten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Te dien einde mogen zij, te allen tijde, ter plaatse inzage nemen van alle stukken en geschriften die in het bezit zijn van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Ook mogen ze de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering verzoeken onderzoekingen te doen instellen telkens als zij zulks nodig achten.

Ter benoeming van de Regeringscommissarissen kunnen de in de artikelen 5, 7, 11, 39 en 78 bedoelde Ministers dezelfde personen voordragen voor de verschillende in deze wet bedoelde instellingen en diensten.

Art. 120.

De Minister van Sociale Voorzorg en de Minister van Financiën wijzen, met gemeen overleg, bij het Rijksinstituut

l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, des reviseurs, qui disposent des pouvoirs qui leur sont attribués par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public.

TITRE III.

DU FINANCEMENT.

CHAPITRE I.

Des ressources de l'assurance et de leur répartition.

SECTION I.

Des ressources de l'assurance.

Art. 121.

Les ressources de l'assurance sont constituées par :

1° le produit des cotisations destinées à l'assurance maladie-invalidité, visées :

a) à l'article 4, alinéa 1er, A de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, tel qu'il est modifié par la présente loi ;
b) à l'article 4, alinéa 1er, B de cet arrêté-loi du 28 décembre 1944 tel qu'il est modifié par la présente loi ;

c) à l'article 2, § 4, A de l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés, tel qu'il est modifié par la présente loi ;

d) à la réglementation relative à l'application de l'arrêté du Régent du 2 avril 1947, relatif à l'application de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, concernant la sécurité sociale des travailleurs, aux employeurs et travailleurs liés par un contrat de louage de service domestique des cantons d'Eupen, Malmédy et Saint-Vith ;

e) à la réglementation relative aux modalités de paiement des cotisations de sécurité sociale, dues par les victimes d'un accident du travail, bénéficiaires de la législation sur la réparation des dommages résultant de ces accidents ;
f) à la réglementation relative aux modalités de paiement des cotisations de sécurité sociale, dues par les victimes des maladies professionnelles, bénéficiaires de la législation sur la réparation des dommages causés par ces maladies ;

2° les cotisations personnelles versées par les titulaires en application des articles 66, § 1, 2° et § 2, 68 premier alinéa 2°, 69, 71, 72 § 3 et 73;
3° une intervention de l'Etat égale à 95 % du montant des frais afférents aux prestations visées à l'article 23, 6°, tant en ce qui concerne les frais d'hospitalisation dans les services spécialisés dans le traitement des affections qui y sont énumérées, qu'en ce qui concerne le traitement spécifique de ces affections ; le Roi détermine ce qu'il faut entendre par « service spécialisé » et par « traitement spécifique » ;

voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering revisoren aan die over de bevoegdheid beschikken welke hun is toegekend bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.

TITEL VIII.

FINANCIERING.

HOOFDSTUK I.

Verzekeringsinkomsten en hun verdeling.

AFDELING I.

Verzekeringsinkomsten.

Art. 121.

De verzekeringsinkomsten bestaan uit :

1° de opbrengst van de voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemde bijdragen, bedoeld :

a) in artikel 4, eerste lid, A, van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders, zoals ze bij deze wet is gewijzigd ;
b) in artikel 4, eerste lid, B, van evengenoemde besluitwet van 28 december 1944, zoals ze bij deze wet is gewijzigd;
c) in artikel 2, § 4, A, van de besluitwet van 10 januari 1945 betreffende de sociale zekerheid van de mijnwerkers en met dezen gelijkgestelden, zoals ze bij deze wet is gewijzigd ;
d) in de reglementering betreffende de toepassing van het besluit van de Regent van 2 april 1947 betreffende de toepassing van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders, op de werkgevers en de bij contract van huisdienstverhuring verbonden arbeiders van de kantons Eupen, Malmedy en Sankt-Vith ;
e) in de reglementering betreffende de betalingsmodaliteiten der bijdragen van sociale zekerheid, verschuldigd door de door arbeidsongevallen getroffenen, begunstigd bij de wetgeving betreffende de vergoeding der schade voortspruitende uit deze ongevallen ;
f) in de reglementering betreffende de betalingsmodaliteiten van de bijdragen van sociale zekerheid, verschuldigd door de door beroepsziekten getroffenen die, krachtens de wetgeving op de schadeloosstelling inzake beroepsziekten, op vergoeding zijn gerechtigd ;

2° de persoonlijke bijdragen gestort door de gerechtigden bij toepassing van de artikelen 66, § 1, 2° en § 2, 68, eerste lid 2°, 69, 71, 72, § 3 en 73;
3° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 95 % van het bedrag der kosten gemoeid met de in artikel 23, 6°, bedoelde verstrekkingen, zowel wat de kosten van ziekenhuisverpleging in de diensten welke gespecialiseerd zijn in de behandeling van de aldaar opgesomde aandoeningen, als wat de specifieke behandeling van die aandoeningen betreft ; de Koning bepaalt wat wordt verstaan onder « gespecialiseerde dienst » en onder « specifieke behandeling » ;

4° une intervention de l'Etat égale à 50 % du montant des frais afférents aux indemnités d'incapacité prolongée versées aux titulaires ;

5° une intervention de l'Etat égale à 95 % du montant des frais afférents aux indemnités d'invalidité versées aux titulaires ;

6° une intervention de l'Etat égale à 95 % du montant des frais afférents aux allocations pour frais funéraires ;

7° une intervention de l'Etat destinée à remplacer la cotisation des chômeurs; cette intervention correspond, pour chaque organisme assureur, à un montant égal à la valeur moyenne de ses bons de cotisation, établie par jour ouvrable et est payée pour chaque journée effective de chômage contrôlé au sens de l'article 21, deuxième alinéa.

8° une intervention de l'Etat égale à 27 % des prévisions budgétaires de dépenses de l'assurance maladie-invalidité, à l'exclusion des prestations relatives aux indemnités d'incapacité de travail et des allocations pour frais funéraires, et des frais d'administration des organismes assureurs qui s'y rapportent, ainsi que des prévisions budgétaires de dépenses afférentes aux prestations visées au 3° du présent article.

9° les dons et legs, destinés à l'assurance maladie-invalidité, acceptés par le Conseil général de l'Institut ou par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Art. 122.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité dispose des ressources visées à l'article 121.

Il prélève sur ces ressources le montant des frais d'administration prévu au budget visé à l'article 8, 2° ainsi que le montant de l'excédent des frais d'administration de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, visé à l'article 125, § 2.

Il répartit entre le secteur des soins de santé et le secteur des indemnités, les diverses ressources visées à l'article 121 qui leur sont respectivement destinées, en les réduisant d'une proportion identique à celle que représente le montant du prélèvement visé au deuxième alinéa du présent article par rapport à l'ensemble des ressources de l'assurance.

Il affecte dans ces conditions :

1° au secteur des soins de santé :

a) la part des cotisations visées à l'article 121, 1° qui lui est destinée ;

b) la part des cotisations personnelles visées à l'article 121, 2°, fixée à :

60 % des cotisations dues en application des articles 66, § 1, 2°, et § 2, et 68, premier alinéa, 2°;

100 % des cotisations dues en application de l'article 69 ;

100 % des cotisations dues en application de l'article 71 ;

100 % des cotisations dues en application de l'article 72, § 3 ;

100 % des cotisations dues en application de l'article 73 ;

c) l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 3° ;

d) l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 7° ;

e) l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 8°.

f) les dons et legs visés à l'article 121, 9°, à raison de :

4° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 50 % van het bedrag der kosten gemoeid met de uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid, betaald aan de gerechtigden;

5° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 95 % van het bedrag der kosten gemoeid met de invaliditeitsuitkeringen, betaald aan de gerechtigden ;

6° Een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 95 % van het bedrag der kosten gemoeid met de uitkeringen voor begrafeniskosten;

7° een Rijkstegemoetkoming bestemd om de bijdrage van de werklozen te vervangen; die tegemoetkoming stemt voor elke verzekeringsinstelling overeen met een bedrag gelijk aan de gemiddelde waarde van haar bijdragebons welke per wekdag is vastgesteld en wordt betaald voor elke werkelijke dag gecontroleerde werkloosheid als bedoeld in artikel 21, tweede lid;

8° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 27% van de uitgavenbegrotingsvooruitzichten van de ziekte en invaliditeitsverzekering, met uitsluiting van de prestaties inzake de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de uitkeringen voor begrafeniskosten, en van de administratiekosten der verzekeringsinstellingen daarmee in verband, alsmede van de uitgavenbegrotingsvooruitzichten inzake de in 3° van dit artikel bedoelde verstrekkingen.

9° de giften en legaten bestemd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering welke door de Algemene raad van het Instituut of door de Minister van Sociale Voorzorg worden aanvaard.

Art. 122.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering beschikt over de in artikel 121 bedoelde inkomsten.

Het heft op die inkomsten het bedrag van de administratiekosten opgenomen in de in artikel 8, 2°, bedoelde begroting alsmede het in artikel 125, § 2, bedoelde meerbedrag der administratiekosten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het verdeelt over de tak geneeskundige verzorging en de tak uitkeringen, de verschillende in artikel 121 bedoelde inkomsten welke respectief voor hen zijn bestemd, na ze te hebben verminderd met een percentage dat de verhouding uitdrukt waarin het bedrag van de in de tweede lid van dit artikel bedoelde heffing staat tot de gezamenlijke verzekeringsinkomsten.

Het wijst onder die voorwaarden toe :

1° aan de tak geneeskundige verzorging :

a) het deel van de in artikel 121, 1°, bedoelde bijdragen dat voor hem is bestemd ;

b) het deel van de in artikel 121, 2°, bedoelde persoonlijke bijdragen dat vastgesteld is op :

60 % van de bij toepassing van de artikelen 66, § 1, 2°, en § 2, en 68, eerste lid, 2°, verschuldigde bijdragen;

100 % van de bij toepassing van artikel 69 verschuldigde bijdragen ;

100 % van de bij toepassing van artikel 71 verschuldigde bijdragen ;

100 % van de bij toepassing van artikel 72, § 3, verschuldigde bijdragen ;

100 % van de bij toepassing van artikel 73 verschuldigde bijdragen ;

c) de in artikel 121, 3°, bedoelde Rijkstegemoetkoming;

d) de in artikel 121, 7°, bedoelde Rijkstegemoetkoming;

e) de in artikel 121, 8°, bedoelde Rijkstegemoetkoming;

f) de in artikel 121, 9°, bedoelde giften en legaten, naar rata van :

100 % lorsqu'ils sont expressément destinés à l'assurance-soins de santé ;
60 % lorsqu'ils sont destinés à l'ensemble du régime d'assurance maladie-invalidité ;

2° au secteur des indemnités :

a) la part des cotisations visées à l'article 121, 1° qui lui est destinée ;
b) la part des cotisations personnelles visées à l'article 121, 2°, fixée à 40 % des cotisations dues en application des articles 66, § 1, 2°, et § 2, et 68, premier alinéa, 2°;

c) les interventions de l'Etat visées à l'article 121, 4°, 5° et 6° ;
d) les dons et legs visés à l'article 121, 9°, à raison de :

100 % lorsqu'ils sont expressément destinés à l'assurance-indemnités ;
40 % lorsqu'ils sont destinés à l'ensemble du régime d'assurance maladie-invalidité.

SECTION II.

De la répartition des ressources de l'assurance.

Art. 123.

§ 1. Suivant les modalités déterminées par le Comité de gestion du Service des soins de santé, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité alloue à chaque organisme assureur, pour l'assurance-soins de santé :

1° la part des cotisations visées à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, *a*) et *b*), suivant la valeur des cotisations de ses bénéficiaires;
2° une somme destinée à remplacer la cotisation des chômeurs; elle est fixée pour chaque organisme assureur et pour chaque journée de chômage effective prévue au budget, à un montant égal, pour chacun de ces organismes, à la valeur moyenne de ses bons de cotisation; cette somme est prélevée sur l'intervention visée à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, *d)*;
3° une part de l'intervention visée à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, e); cette intervention est répartie au prorata du nombre des pensionnés visés à l'article 21, 7° et 8°, de veuves visées à l'article 21, 9° et des titulaires au bénéfice d'indemnités d'incapacité prolongée, visées à l'article 50, et d'indemnités d'invalidité, visées à l'article 53. Le montant attribué pour chacun de ces titulaires est calculé en fonction du coût moyen des prestations de santé établi pour l'ensemble du pays pour chaque catégorie de ces titulaires, et sur base des trois derniers exercices connus.

Dans les conditions déterminées par le Comité de gestion du Service des indemnités, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité alloue à chaque organisme assureur, pour l'assurance-indemnités, la part des frais d'administration prélevée sur les ressources visées à l'article 122, quatrième alinéa, 2°, conformément à l'article 125, § 1.

§ 2. — L'Institut national d'assurance maladie-invalidité rembourse aux organismes assureurs, dans les conditions déterminées respectivement par le Comité de gestion du

100 % wanneer ze uitdrukkelijk voor de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn bestemd;
60 % wanneer ze voor de gezamenlijke regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn bestemd ;

2° aan de tak uitkeringen :

a) het deel van de in artikel 121, 1°, bedoelde bijdragen dat voor hem is bestemd ;
b) het deel van de in artikel 121, 2°, bedoelde persoonlijke bijdragen dat vastgesteld is op 40 % van de bij toepassing van de artikelen 66, § 1, 2°, en § 2, en 68, eerste lid, 2°, verschuldigde bijdragen;
c) de in artikel 121, 4°, 5° en 6° bedoelde Rijkstegemoetkomingen ;
d) de in artikel 121, 9°, bedoelde giften en legaten, naar rata van :

100 % wanneer ze uitdrukkelijk voor de uitkeringsverzekering zijn bestemd ;
40 % wanneer ze voor de gezamenlijke regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn bestemd.

AFDELING II.

Verdeling van de verzekeringsinkomsten.

Art. 123.

§ 1. Volgens de modaliteiten welke het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bepaalt, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan iedere verzekeringsinstelling, voor de verzekering voor geneeskundige verzorging :

1° het deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, *a)* en *b)*, bedoelde bijdragen volgens de waarde van de bijdragen van haar rechthebbenden;
2° een som ter vervanging van de bijdragen van de werklozen; ze wordt voor iedere verzekeringsinstelling en voor elke in de begroting opgenomen werkelijke werkloosheidsdag vastgesteld op een bedrag dat, voor ieder van hen, gelijk is aan de gemiddelde waarde van haar bijdragebons; die som wordt geheven op de in artikel 122, vierde lid, 1°, d), bedoelde tegemoetkoming;
3° een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, e), bedoelde tegemoetkoming; die tegemoetkoming wordt verdeeld naar rata van het aantal gepensioneerden bedoeld in artikel 21, 7° en 8°, het aantal weduwen bedoeld in artikel 21, 9° en het aantal gerechtigden die de in artikel 50 bedoelde uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid en de in artikel 53 bedoelde invaliditeitsuitkeringen genieten. Het voor ieder van die gerechtigden toegewezen bedrag wordt berekend uitgaande van de gemiddelde kosten van de geneeskundige verstrekkingen, voor het ganse land vastgesteld voor elke groep van gerechtigden op basis van de jongste drie bekende dienstjaren.
Onder de voorwaarden welke het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan iedere verzekeringsinstelling voor de uitkeringsverzekering het deel van de administratiekosten dat overeenkomstig artikel 125, § 1, wordt geheven op de in artikel 122, vierde lid, 2°, bedoelde inkomsten.

§ 2. — Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering betaalt aan de verzekeringsinstellingen, onder de door het beheerscomité van de Dienst voor genees-

Service des soins de santé et par le Comité de gestion du Service des indemnités, d'une part le montant des frais afférents aux prestations visées à l'article 23, 6°, telles qu'elles sont définies à l'article 121, 3°, et, d'autre part le montant des indemnités d'incapacité de travail et des allocations pour frais funéraires qu'ils ont payées.

SECTION 3.

Des frais d'administration des organismes assureurs.

Art. 124.

§ 1. — Sont considérées comme frais d'administration, les dépenses qu'entraînent l'application de la présente loi, à l'exclusion de celles qui correspondent au montant des prestations visées au titre III, chapitre 3 et au titre IV, chapitre 3.

§ 2. — Les prestations payées indûment, ainsi que les sanctions visées à l'article 60 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, en ce qu'elles concernent les organismes assureurs, et à l'article 99 de la présente loi sont inscrites dans un compte spécial.

Art. 125.

§ 1. — Les frais d'administration des organismes assureurs sont prélevés sur les ressources de l'assurance visées à l'article 122, quatrième alinéa, 2°, à l'article 123, § 1, 1°, 2° et 3° et à l'article 121, 3°

En vue de l'élaboration du budget distinct visé à l'article 8, 3°, le Roi fixe le pourcentage du montant des ressources visées à l'alinéa précédent qui est destiné à ces frais d'administration.

Ce pourcentage est uniforme pour l'assurance-soins de santé et pour l'assurance-indemnités et est identique pour chaque organisme assureur; il peut toutefois varier par tranche de 100.000 titulaires.

§ 2. — Si les prévisions budgétaires de frais d'administration de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité dépassent le montant prévu dans les conditions déterminées au § 1 du présent article, l'excédent est couvert par les ressources de l'assurance conformément aux dispositions de l'article 122, deuxième alinéa.

SECTION 4.

Dispositions financières.

Art. 126.

Lorsqu'un organisme assureur clôture un exercice en boni, il doit prélever au moins 40 % de ce boni, pour constituer une réserve légale.

Ce prélèvement ne doit plus être fait lorsque le montant de la réserve légale atteint 10 % des prévisions de dépenses de l'exercice en cours.

Le solde du boni est affecté à la réserve ordinaire; il peut être utilisé pour accorder aux bénéficiaires des avan-

kundige verzorging, respectief het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalde voorwaarden, eensdeels, het bedrag der kosten gemoeid met de in artikel 23, 6°, bedoelde verstrekkingen welke in artikel 121, 3° zijn omschreven en, anderdeels, het bedrag van de door hen verleende uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor begrafeniskosten.

AFDELING 3.

Administratiekosten van de verzekeringsinstellingen.

Art. 124.

§ 1. — Als administratiekosten worden beschouwd, de uitgaven welke uit de toepassing van deze wet voortvloeien, met uitzondering van die welke overeenstemmen met het bedrag van de in titel III, hoofdstuk 3, en in titel IV, hoofdstuk 3, bedoelde prestaties.

§ 2. — De ten onrechte betaalde prestaties alsmede de sancties, bedoeld in artikel 60 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, in zoverre deze betrekking hebben op de verzekeringsinstellingen, en in artikel 99 van deze wet worden op een bijzondere rekening geboekt.

Art. 125.

§ 1. — De administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden geheven op de in artikel 122, vierde lid, 2°, in artikel 123, § 1, 1°, 2° en 3°, en in artikel 121, 3°, bedoelde verzekeringsinkomsten.

Met het oog op het opmaken van de in artikel 8, 3°, bedoelde afzonderlijke begroting, bepaalt de Koning het percentage van het bedrag der in het vorige lid bedoelde inkomsten dat voor die administratiekosten is bestemd.

Dat percentage is eenvormig voor de geneeskundige verzorgings- en voor de uitkeringsverzekering en is identiek voor iedere verzekeringsinstelling; het kan echter variëren per reeks van 100.000 gerechtigden.

§ 2. — Indien de begrotingsramingen van de administratiekosten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering meer belopen dan het bedrag bepaald onder de in § 1 van dit artikel vastgestelde voorwaarden, wordt het meerbedrag gedekt met de verzekeringsinkomsten, overeenkomstig het bepaalde in artikel 122, tweede lid.

AFDELING 4.

Financiële bepalingen.

Art. 126.

Wanneer een verzekeringsinstelling een dienstjaar met een boni afsluit, moet ze ten minste 40 % van dat boni afnemen om een wettelijke reserve te vormen.

Die afneming hoeft niet meer verricht wanneer het bedrag van de wettelijke reserve 10 % bereikt van de uitgavenramingen voor het lopende dienstjaar.

Het saldo van het boni is bestemd voor de gewone reserve; het mag worden aangewend om de rechthebbenden

tages complémentaires qui, en aucun cas, ne peuvent cependant constituer une augmentation de l'intervention prévue pour une prestation visée à l'article 23. Ces avantages complémentaires doivent concerner des soins préventifs ou curatifs, y compris les frais de déplacement qui permettent d'y recourir, notamment le service désignée sous le nom de « home care ».

Le Ministre de la Prévoyance sociale approuve la nature de ces avantages complémentaires, après avoir constaté leur conformité aux normes fixées à l'alinéa précédent.

Art. 127.

L'actif social de chaque organisme assureur, constitué par la réserve légale et la réserve ordinaire, doit être affecté comme il suit :

a) à concurrence de 40 % au plus des réserves constituées par l'accumulation des bonis, en prêts à des institutions médico-sociales. La durée du prêt ne peut excéder dix années; le taux de l'intérêt est celui accordé au moment du prêt par la Caisse générale d'épargne et de retraite pour les placements effectués par les sociétés mutualistes;

b) à concurrence de 5 % au plus des mêmes réserves, à l'acquisition, à la construction ou à l'aménagement de bâtiments administratifs constituant le siège social d'une union nationale, d'une fédération de mutualités ou d'une mutualité;

c) en placement en Fonds d'Etat ou garantis par l'Etat, en obligations de provinces et de communes belges ou à une caisse d'épargne sous garantie de l'Etat.

Les fonds disponibles en espèces en caisse, au compte de chèques postaux et en comptes courants bancaires ne peuvent pas être supérieurs, au 31 décembre de chaque exercice, à 10 % des prévisions budgétaires de dépenses de l'exercice échéant à cette date.

Art. 128.

Lorsqu'un organisme assureur clôture un exercice en mali, il doit couvrir celui-ci :

a) par prélèvement sur la réserve légale;

b) si cette réserve est nulle ou insuffisante, par prélèvement sur la réserve ordinaire;

c) si ces réserves sont insuffisantes ou s'il est impossible d'en disposer, par prélèvement d'une cotisation complémentaire auprès des titulaires, accompagnée ou non de la suppression des avantages complémentaires antérieurement accordés.

Art. 129.

Si une événement imprévu de gravité exceptionnelle détermine un accroissement des dépenses pour l'assurance-soins de santé et entraîne, de ce fait, un déficit, l'organisme assureur doit mobiliser sa réserve légale.

Si cette réserve est insuffisante, le reliquat du déficit est couvert par une intervention exceptionnelle de l'Etat.

Le caractère imprévu et la gravité exceptionnelle dudit événement sont constatés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre de la Santé publique et de la Famille.

bijkomende voordelen te verlenen welke evenwel nimmer tot verhoging mogen strekken van de tegemoetkoming waarin voor een in artikel 23 bedoelde verstrekking is voorzien. Die bijkomende voordelen moeten betrekking hebben op preventieve of curatieve verzorging, met inbegrip van de reiskosten welke nodig zijn om ze te ontvangen, in het bijzonder de dienst aangegeven onder de benaming « home care ».

De Minister van Sociale Voorzorg keurt de aard van die bijkomende voordelen goed, na te hebben vastgesteld dat ze in overeenstemming zijn met de in het vorige lid vastgestelde normen.

Art. 127.

De uit de wettelijke reserve en de gewone reserve bestaande maatschappelijke activa van iedere verzekeringsinstelling moeten als volgt worden aangewend :

a) tot een beloop van ten hoogste 40 % van de door de samengevoegde boni gevormde reserves, voor leningen aan medisch-sociale inrichtingen. De lening mag over geen langer tijdvak dan tien jaar lopen; de interestvoet is gelijk aan die welke, op het tijdstip van de lening, door de Algemene Spaar- en Lijfrentekas wordt toegekend voor de beleggingen door ziekenfondsen;

b) tot een beloop van ten hoogste 5 % van dezelfde reserves voor de aankoop, het bouwen of het inrichten van administratieve gebouwen tot vestiging van de maatschappelijke zetel van een landsbond, een verbond van ziekenfondsen of een ziekenfonds;

c) voor belegging in effecten van de Staat of door deze gewaarborgd, in obligaties van Belgische provincies en gemeenten, of bij een spaarkas onder Staatsgarantie.

De gelden beschikbaar in kas, op postrekening en op lopende bankrekeningen mogen, op 31 december van elk dienstjaar, niet meer belopen dan 10 % van de begrotingsramingen inzake uitgaven van het dienstjaar dat op genoemde datum vervalt.

Art. 128.

Wanneer een verzekeringsinstelling een dienstjaar met een mali afsluit, moet zij dat dekken :

a) door afneming van de wettelijke reserve;

b) indien die reserve nul of ontoereikend is, door afneming van de gewone reserve;

c) indien die reserves ontoereikend zijn of daarover onmogelijk kan worden beschikt, door heffing van een bijkomende bijdrage van de gerechtigden, al dan niet samen met afschaffing van de voorheen toegekende bijkomende voordelen.

Art. 129.

Indien een uitzonderlijk ernstige onvoorziene gebeurtenis de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging doet stijgen en deswege een tekort veroorzaakt, moet de verzekeringsinstelling haar wettelijke reserve aanspreken.

Volstaat die reserve niet, dan wordt het resterende tekort gedekt met een uitzonderlijke Rijkstegemoetkoming.

Dat evenbedoelde gebeurtenis onvoorzien en van uitzonderlijk ernstige aard is, wordt vastgesteld bij een in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit, op voorstel van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin.

Art. 130.

Le fonds de réserve prévu à l'article 40, 6° ne peut être utilisé que pour combler un déficit accusé au cours au cours du dernier exercice écoulé; il peut toutefois être utilisé pour augmenter le taux des indemnités, sans augmentation correspondante du taux des cotisations, dans le seul cas où le dernier exercice s'est clôturé par un boni et sans que la charge résultant de l'augmentation du taux des indemnités puisse dépasser 50 % du montant de ce boni.

Art. 131.

Nonobstant les dispositions de l'article 12, 4°, toute modification réglementaire au cours d'une année budgétaire entraînant pour l'assurance-soins de santé des augmentations de dépenses, non prévues au budget, doit être préalablement approuvée par le Roi. Elle doit être accompagnée d'une prévision de recettes nécessaires à la couverture de ces nouvelles dépenses; ces ressources sont réalisées par une augmentation des cotisations prévues aux articles 136 et 137, en ce qu'ils concernent le financement de l'assurance-soins de santé, déduction faite d'une intervention de l'Etat visée à l'article 121, 7° et 8°.

Art. 132.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité verse à chaque organisme assureur, avant la fin de chaque mois, une avance égale au douzième des dépenses prévues pour chacun au budget de l'exercice en cours, tel qu'il est visé à l'article 8, 2°.

Art. 133.

§ 1. — L'exercice financier coïncide avec l'année civile.

Les budgets visés aux articles 8, 2°, 3° et 4°, 12, 1° et 2°, 40, 7° et 8°, 79, 15° et 93, 8°, sont annuels et établis pour une période de trois ans.

§ 2. — Les budgets visés aux articles 8, 2°, 12, 1° et 40, 8°, comprennent les prévisions de recettes et de dépenses respectivement pour l'ensemble de l'assurance maladie-invalidité, pour l'assurance soins de santé et pour l'assurance-indemnités.

Ces prévisions sont établies en partant des opérations enregistrées dans les comptes visés à l'article 8, 2°, des prévisions en matière d'emploi et de cotisations de l'Office national de sécurité sociale et du Fonds national de retraite des ouvriers mineurs et de l'évolution des dépenses constatée au cours des trois derniers exercices connus.

L'évolution des dépenses, constatée au cours des trois derniers exercices connus, est projetée sur une nouvelle période de trois ans, en y ajoutant un coefficient de sécurité qui ne peut excéder 5 %.

Les prévisions visés aux alinéas précédents sont éventuellement corrigées lors de l'établissement des budgets en fonction des résultats escomptés des mesures visées aux articles 8, 9° et 10°, 12, 4°, 6°, 11° et 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° et 11°.

Art. 130.

Het in artikel 40, 6°, bedoelde reservefonds mag enkel worden aangewend om een in het jongst afgelopen dienstjaar geboekte tekort te dekken; het mag evenwel worden aangewend om de hoegrootheid van de uitkeringen te verhogen zonder overeenstemmende verhoging van de hoegrootheid der bijdragen, doch enkel ingeval het jongste dienstjaar met een boni is afgesloten en waarbij de uit de verhoging van de hoegrootheid der uitkeringen voortvloeiende last niet meer dan 50 % van het boni mag bedragen.

Art. 131.

Niettegenstaande de bepalingen van artikel 12, 4°, moet iedere reglementaire wijziging in de loop van een begrotingsjaar welke voor de verzekering voor geneeskundige verzorging niet in de begroting opgenomen meeruitgaven meebrengt, vooraf door de Koning worden goedgekeurd. Ze moet samengaan met een raming van de ontvangsten, nodig tot het dekken van die nieuwe uitgaven : in die inkomsten wordt voorzien door een verhoging van de in de artikelen 136 en 137 bedoelde bijdragen, in zoverre deze betrekking hebben op de financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging, na aftrek van de in artikel 121, 7° en 8° bedoelde Rijkstegemoetkoming.

Art. 132.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering stort vóór het einde van elke maand aan iedere verzekeringsinstelling een voorschot gelijk aan het twaalfde van de uitgaven, voor ieder opgenomen in de in artikel 8, 2°, bedoelde begroting van het lopende dienstjaar.

Art. 133.

§ 1. — Het financieel dienstjaar valt samen met het kalenderjaar.

De in de artikelen 8, 2°, 3° en 4°, 12, 1° en 2°, 40, 7° en 8°, 79, 15° en 93, 8°, bedoelde begrotingen lopen over één jaar en worden telkens voor een driejarig tijdvak opgemaakt.

§ 2. — De in de artikelen 8, 2°, 12, 1° en 40, 8°, bedoelde begrotingen bevatten voor het geheel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, respectief de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering de vooruitzichten inzake ontvangsten en uitgaven.

Die vooruitzichten worden opgemaakt uitgaande van de verrichtingen geboekt in de in artikel 8, 2°, bedoelde rekeningen, van de vooruitzichten inzake tewerkstelling en bijdragen van de Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid en van het Nationaal Pensioenfonds voor mijnwerkers en van de evolutie van de uitgaven vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren.

De evolutie van de uitgaven, vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren, wordt geprojekteerd over een nieuw driejarig tijdvak, onder toevoeging van een veiligheidskoëfficiënt welke niet meer dan 5 % mag belopen.

De in vorige leden bedoelde vooruitzichten worden voor het opmaken der begrotingen gebeurlijk verbeterd in funktie van de te verwachten gevolgen van de bij de artikelen 8, 9° en 10°, 12, 4°, 6°, 11 en 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° en 11°, bedoelde maatregelen.

Il ne peut en aucun cas être tenu compte du montant des sanctions visées à l'article 124, § 2, ou de prestations payées indûment ni des avantages complémentaires octroyés en vertu de l'article 126.

§ 3. — Les budgets visés aux articles 8, 2° et 12, 1° établissent, par organisme assureur, la prévision du nombre de bénéficiaires visés aux articles 21, 7°, 8°, 9°, 50 et 53 pour chacun des exercices compris dans la période de trois ans, en y projetant l'évolution de ces nombres, constatés dans chaque organisme assureur au cours des trois derniers exercices connus.

§ 4. — Les budgets visés aux articles 8, 2° et 12, 1° fixent en vertu de l'article 123, § 1, 3°, pour chaque exercice de la période de trois ans et sur la base des éléments visés au § 3 ci-dessus la part de l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 8°, destinée à chaque organisme assureur.

§ 5. — Les budgets visés aux articles 8, 2° et 12, 1° prévoient une intervention prévisionnelle de l'Etat pour parer au défaut de cotisation des chômeurs; cette intervention est, sans préjudice des dispositions de l'article 121, 7°, calculée en fonction du nombre de chômeurs arrêté dans les prévisions budgétaires de l'Etat.

§ 6. — Les budgets doivent établir le niveau des recettes escomptées par les cotisations des travailleurs et des employeurs, en tenant compte du nombre de journées prévisionnelles de chômage, visé au § 5 ci-dessus.

SECTION 5.

Dispositions administratives.

Art. 134.

Les documents de cotisation visés au titre V, chapitre 1 sont adressés, dans les délais et formes prescrits par le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par les organismes assureurs au Service du contrôle administratif.

Art. 135.

Sans préjudice des dispositions de l'article 93, 5°, les bordereaux récapitulatifs des dépenses établis par fédération ou par office régional ainsi que le délai de remise de ces documents sont arrêtés dans les conditions fixées par le Roi.

Un exemplaire de ces documents est transmis au Service du contrôle administratif.

TITRE IX.

DISPOSITIONS FINALES.

Art. 136.

§ 1. — L'article 4, premier alinéa, A, 2° de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des

In geen geval mag rekening gehouden worden met het bedrag van in artikel 124, § 2, bedoelde sancties of ten onrechte betaalde prestaties, noch met de krachtens artikel 126 toegekende bijkomende voordelen.

§ 3. — In de bij de artikelen 8, 2°, en 12, 1° bedoelde begrotingen wordt, voor elk dienstjaar van het driejarige tijdvak, per verzekeringsinstelling, de raming vastgesteld van het aantal in de artikelen 21, 7°, 8°, 9°, 50 en 53 bedoelde rechthebbenden; daartoe wordt op dat dienstjaar de evolutie geprojekteerd van die aantallen, welke in elke verzekeringsinstelling tijdens de jongste drie bekende dienstjaren zijn vastgesteld.

§ 4. — In de bij de artikelen 8, 2°, en 12, 1°, bedoelde begrotingen wordt krachtens artikel 123, § 1, 3°, voor elk dienstjaar van het driejarige tijdvak, op de basis van de in § 3 hierboven bedoelde elementen, het deel vastgesteld van de in artikel 121, 8° bedoelde Rijkstegemoetkoming dat voor elke verzekeringsinstelling is bestemd.

§ 5. — De in de artikelen 8, 2°, en 12, 1°, bedoelde begrotingen bevatten een vooruitzicht van de Rijkstegemoetkoming om in het gemis aan bijdragen van de werklozen te voorzien; die tegemoetkoming wordt, onverminderd het bepaalde in artikel 121, 7° berekend uitgaande van het aantal werklozen vastgesteld in 's Rijksbegrotingsramingen.

§ 6. — De begrotingen moeten het peil bevatten van de verwachte inkomsten uit de bijdragen van werknemers en werkgevers, rekening houdende met het aantal geraamde dagen werkloosheid dat bedoeld is in § 5 hiervoren.

AFDELING 5.

Administratieve bepalingen.

Art. 134.

De in titel V, hoofdstuk 1, bedoelde bijdragebescheiden worden binnen de termijnen en in de vormen die de Algemene raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voorschrijft, door de verzekeringsinstellingen gezonden aan de Dienst voor administratieve controle.

Art. 135.

Onverminderd het bepaalde in artikel 93, 5°, worden de verzamelborderellen van de uitgaven, opgemaakt per verbond of per gewestelijke dienst, alsmede de termijn tot inlevering van die bescheiden vastgesteld onder de voorwaarden die de Koning bepaalt.

Een exemplaar van die bescheiden wordt aan de Dienst voor administratieve controle gezonden.

TITEL IX.

SLOTBEPALINGEN.

Art. 136.

§ 1. — Artikel 4, eerste lid, A, 2°, van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid

travailleurs, modifié par la loi du 12 juillet 1957, est remplacé par la disposition suivante :

« 2° — 4,20 % à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité pour le financement de l'assurance-soins de santé;
2,80 % au même Institut pour le financement de l'assurance-indemnités »;

§ 2. — L'article 4, premier alinéa, B, 2° de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 précité est remplacé par la disposition suivante :

« 2° — 3,60 % à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité pour le financement de l'assurance-soins de santé;
2,40 % au même Institut pour le financement de l'assurance-indemnités »;

Art. 137.

L'article 2, § 4, A, 3° de l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés, modifié par la loi du 28 avril 1958 est remplacé par la disposition suivante :

« 3° — 2,45 % versés trimestriellement à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité pour le financement de l'assurance-soins de santé;

1,55 % versé trimestriellement au même Institut pour le financement de l'assurance-indemnités ».

Art. 138.

§ 1. — Le Roi peut, après avis du Conseil général et par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres, modifier le montant des cotisations de sécurité sociale destinées au financement de l'assurance-soins de santé, soit pour parfaire les ressources de cette assurance jusqu'à concurrence de ses prévisions budgétaires de dépenses, soit pour réaliser les ressources nécessaires en application de l'article 131.

§ 2. — Le Roi peut, sur proposition du Comité de gestion du Service des indemnités modifier le montant des cotisations de sécurité sociale destinées au financement de l'assurance-indemnités :

a) pour la période d'incapacité primaire; Il sanctionne toute proposition concernant le montant de ces cotisations lorsque cette proposition réunit l'unanimité des membres de ce Comité visés à l'article 39, premier alinéa; en cas de non-unanimité le Roi fixe ce montant;

b) pour la période d'incapacité prolongée et d'invalidité, et pour les allocations pour frais funéraires, sans préjudice des interventions de l'Etat visées à l'article 121, 4°, 5° et 6°.

§ 3. — Le Roi peut, après avis du Comité de gestion du Service des indemnités et sans préjudice des dispositions de l'article 133, modifier le montant des cotisations de sécurité sociale destinées au financement de l'assurance-indemnités pour combler le déficit accusé au cours d'un exercice.

der arbeiders, gewijzigd bij de wet van 12 juli 1957, wordt door de volgende bepaling vervangen :

« 2° — 4,20 % aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ter financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging;
2,80 % aan hetzelfde Instituut ter financiering van de uitkeringsverzekering »;

§ 2. — Artikel 4, eerste lid, B, 2°, van evengenoemde besluitwet van 28 december 1944 wordt door de volgende bepaling vervangen :

« 2° — 3,60 % aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ter financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging;
2,40 % aan hetzelfde Instuut ter financiering van de uitkeringsverzekering »;

Art. 137.

Artikel 2, § 4, A, 3° van de besluitwet van 10 januari 1945 betreffende de sociale zekerheid van de mijnwerkers en met dezen gelijkgestelden, gewijzigd bij de wet van 28 april 1958, wordt door de volgende bepalingen vervangen :

« 3° — 2,45 % om de drie maanden te storten aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ter financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging;
1,55 % om de drie maanden te storten aan hetzelfde Instituut ter financiering van de uitkeringsverzekering ».

Art. 138.

§ 1. — De Koning kan, na advies van de Algemene raad en bij een gemotiveerd en in de Ministerraad overlegd besluit, het bedrag van de sociale zekerheidsbijdragen bestemd ter financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging wijzigen, hetzij om de inkomsten van die verzekering aan te vullen tot het beloop van haar uitgaven begrotingsvooruitzichten, hetzij om in de bij toepassing van artikel 131 nodige inkomsten te voorzien.

§ 2. — De Koning kan op voorstel van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, het bedrag wijzigen van de bijdragen voor sociale zekerheid bestemd ter financiering van de uitkeringsverzekering :

a) over het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid; Hij bekrachtigt ieder voorstel met betrekking tot het bedrag van die bijdragen wanneer tot dat voorstel door de in artikel 39, eerste lid, bedoelde leden van dat comité eenstemmig wordt besloten; ingeval er geen eenstemmigheid is, wordt dat bedrag door de Koning bepaald;

b) over het tijdvak van voortdurende ongeschiktheid en invaliditeitstijdvak en voor de uitkeringen voor begrafeniskosten, onverminderd de in artikel 121, 4°, 5° en 6°, bedoelde Rijkstegemoetkomingen.

§ 3. — De Koning kan, na advies van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen en onverminderd het bepaalde in artikel 133, het bedrag van de bijdragen voor sociale zekerheid bestemd voor de financiering van de uitkeringsverzekering wijzigen om het in een dienstjaar aangewezen deficit te dekken.

Art. 139.

§ 1. — L'article 56, premier alinéa, 1° des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés est remplacé par la disposition suivante :

« 1°. le travailleur malade ou accidenté qui bénéficie d'une indemnité d'incapacité de travail prévue par la législation concernant l'assurance maladie-invalidité, durant les six premiers mois de la période d'incapacité primaire ».

§ 2. — L'article 56, deuxième alinéa, 1° des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés est remplacé par la disposition suivante :

« 1°. le travailleur malade ou accidenté qui bénéficie d'une indemnité d'incapacité de travail prévue par la législation concernant l'assurance maladie-invalidité, à partir du septième mois de la période d'incapacité primaire ou en période d'incapacité prolongée ou d'invalidité ».

Art. 140.

L'article 44 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier est modifié comme il suit :

« Sans préjudice des poursuites pénales et disciplinaires éventuelles et indépendamment des dispositions conventionnelles visées au Titre III de la loi instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et invalidité, le Comité du Service du contrôle médical, institué par l'article 78 de la loi précitée, peut interdire aux organismes assureurs, pour une période allant de un mois à un an, l'intervention dans le coût des prestations de santé lorsqu'elles sont dispensées par une personne ou par un établissement autorisés à les dispenser mais qui ne se conforment pas aux dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance maladie-invalidité.

« La décision du Comité ne peut être prise qu'après avoir entendu les intéressés; toutefois, s'ils s'abstiennent ou refusent de comparaître, le Comité peut valablement prononcer l'interdiction visée à l'alinéa précédent.

» Il peut être interjeté appel de la décision d'interdiction d'intervention auprès d'une des commissions prévues à l'article 89, troisième alinéa de la loi précitée.

» Tant devant le Comité du Service du contrôle médical que devant ces commissions, les intéressés peuvent se faire assister par une personne de leur choix.

» Le Roi détermine les modes de publicité des décisions définitives portant interdiction d'intervention prononcées par le Comité et par les commissions visées au troisième alinéa du présent article. »

Art. 141.

Dans l'article 53, alinéa premier, de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, les termes : « sur avis du Conseil des spécialités pharmaceutiques et du Comité permanent du Fonds national d'assurance maladie-invalidité » sont remplacés par les termes suivants : « sur avis du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques et du Comité de gestion du Service des soins de santé, visés respectivement aux articles 16 et 11 de la loi instituant et organisant un

Art. 139.

§ 1. — Artikel 56, eerste lid, 1°, van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders, wordt door de volgende bepaling vervangen :

« 1°. de zieke of door ongeval getroffen arbeider die een in de wetgeving betreffende de ziekte en invaliditeitsverzekering bepaalde uitkering wegens arbeidsongeschiktheid geniet, tijdens de eerste zes maanden van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid ».

§ 2. — Artikel 56, tweede lid, 1°, van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders, wordt door de volgende bepaling vervangen :

« 1°. de zieke of door ongeval getroffen arbeider die een in de wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaalde uitkering wegens arbeidsongeschiktheid geniet, vanaf de zevende maand van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid of in het tijdvak van voortdurende arbeidsongeschiktheid of van invaliditeitstijdvak ».

Art. 140.

Artikel 44 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel wordt als volgt gewijzigd :

« Onverminderd de eventuele strafrechtelijke en tuchtvervolging en afgezien van de overeenkomstenbepalingen, bedoeld in titel III van de wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, kan het in artikel 78 van vorengenoemde wet ingestelde comité van de Dienst voor geneeskundige controle de verzekeringsinstellingen het tegemoetkomen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen verbieden over een tijdvak van één maand tot één jaar, wanneer ze worden verleend door een persoon of inrichting die daartoe gemachtigd is doch die zich niet schikt naar de wets- en verordeningsbepalingen betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

» De beslissing van het comité mag slechts worden getroffen de betrokkenen gehoord; verzuimen of weigeren zij te verschijnen, dan kan het comité echter het in het vorige lid bedoelde verbod deugdelijk uitspreken.

» Tegen de beslissing tot verbod om tegemoet te komen kan beroep worden ingesteld bij een der in artikel 89, derde lid, van vorengenoemde wet bedoelde commissies.

» Zowel voor het comité van de Dienst voor geneeskundige controle als voor die commissies, mogen de belanghebbenden zich laten bijstaan door een persoon die zij kiezen.

» De Koning bepaalt hoe de definitieve beslissingen houdende verbod om tegemoet te komen welke door het comité en door de in dit artikel, derde lid, bedoelde commissies zijn uitgesproken, openbaar worden gemaakt. »

Art. 141.

In artikel 53, eerste lid, van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, worden de termen : « op advies van de Raad der farmaceutische specialiteiten en van het Bestendig comité van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit » door de volgende termen vervangen : « op advies van de Technische raad voor farmaceutische specialiteiten en van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, bedoeld in de artikelen 16, res-

régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ».

Art. 142.

§ 1. — L'article 4, § 1, alinéa premier de la loi du 28 juin 1960 relative à la sécurité sociale des personnes ayant effectué des services temporaires à l'armée est remplacé par la disposition suivante :

« Le Ministre de la Défense nationale verse à l'Office national de sécurité sociale au profit des militaires, bénéficiaires des dispositions du présent chapitre, pour chacun des six mois précédant leur licenciement, une somme représentant 2 % d'une rémunération fixée à 5.000 francs par mois. »

§ 2. — L'article 4, § 2 de la loi du 28 juin 1960 précitée est remplacé par la disposition suivante :

« Après avoir prélevé sur le produit des cotisations les sommes destinées à couvrir ses frais d'administration, l'Office national de sécurité sociale en verse le solde à l'Office national de l'emploi. »

§ 3. — L'article 5 de la loi du 28 juin 1960 précitée est remplacé par la disposition suivante :

« L'Etat alloue à l'Office national de l'emploi une subvention dont le montant est calculé conformément aux dispositions relatives au chômage. »

Art. 143.

Sont abrogés l'article 6 de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, modifié par la loi du 14 juillet 1955 et l'article 6*bis* inséré dans ledit arrêté-loi par la loi du 4 juillet 1956 ainsi que les articles 33 à 43, 45 à 50, 51, § 2, 54 et 55 du Titre III, chapitre premier de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier.

Art. 144.

Le Roi fixe les montants des jetons de présence et indemnités à attribuer au présidents, vice-présidents, membres et secrétaires des conseils, comités, commissions et collèges prévus par la présente loi.

Art. 145.

Le Roi peut apporter aux dispositions légales et réglementaires existantes les modifications nécessaires pour les mettre en concordance avec les dispositions de la présente loi.

Art. 146.

Les dispositions de la présente loi ne portent pas préjudice aux dispositions des conventions internationales de sécurité sociale en vigueur en Belgique.

Pour l'application des dispositions desdites conventions internationales, l'indemnité d'incapacité prolongée doit être considérée comme indemnité d'invalidité.

pectief 11 van de wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. »

Art. 142.

§ 1. — Artikel 4, § 1, eerste lid, van de wet van 28 juni 1960 betreffende de sociale zekerheid van de personen die bij het leger tijdelijke diensten volbracht hebben, wordt door de volgende bepaling vervangen :

« De Minister van Landsverdediging stort bij de Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid, ten behoeve van de militairen die voor het bepaalde in dit hoofdstuk in aanmerking komen, voor ieder van de zes maanden die aan hun ontslag voorafgaan, een bedrag berekend op 2 % van een op 5.000 frank vastgestelde maandelijkse bezoldiging. »

§ 2. — Artikel 4, § 2, van evengenoemde wet van 28 juni 1960 wordt door de volgende bepaling vervangen :

« Na van de opbrengst van de bijdragen de sommen tot dekking van zijn administratiekosten te hebben afgehouden, stort de Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid het saldo bij de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening. »

§ 3. — Artikel 5 van evengenoemde wet van 28 juni 1960 wordt door de volgende bepaling vervangen :

« De Staat verleent aan de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening een toelage waarvan het bedrag wordt berekend overeenkomstig de bepalingen betreffende de werkloosheid. »

Art. 143.

Opgeheven worden artikel 6 van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders, gewijzigd bij de wet van 14 juli 1955 en artikel 6*bis*, in evengenoemde besluitwet ingevoegd bij de wet van 4 juli 1956, alsmede de artikelen 33 t.e.m. 43, 45 t.e.m. 50, 51, § 2, 54 en 55 van Titel III, eerste hoofdstuk van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel.

Art. 144.

De Koning stelt de bedragen vast van het presentiegeld en de vergoedingen, toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van de in deze wet bedoelde raden, comité's, commissies en colleges.

Art. 145.

De Koning kan in de bestaande wets- en verordeningsbepalingen de nodige wijzigingen aanbrengen om ze te doen overeenstemmen met het bepaalde in deze wet.

Art. 146.

De bepalingen van deze wet laten onverkort de bepalingen van de in België geldende internationale verdragen inzake sociale zekerheid.

Voor de toepassing van de bepalingen van genoemde internationale verdragen, wordt de uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid als invaliditeitsuitkering beschouwd.

Art. 147.

Dans la loi du 23 juin 1894 sur les sociétés mutualistes il est inséré un article *3bis*, libellé comme suit :

« Article *3bis* — Les fédérations peuvent se grouper en union nationale.

» Les unions nationales ainsi constituées peuvent être reconnues par le Gouvernement à condition qu'elles se conforment aux dispositions de la présente loi.

» Les dispositions faisant l'objet des articles 4, 5, 6, 7, 8, *8bis*, 9, 12 et 13 de la présente loi sont applicables aux unions nationales reconnues. »

TITRE X.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Art. 148.

Sont considérés comme ayant accompli le stage prévu à l'article 66, § 1, les titulaires qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, bénéficiaient du droit aux prestations en application des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité. Ces titulaires conservent, pour eux et pour les personnes à leur charge, le bénéfice des prestations pendant une période de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 149.

Le montant de l'indemnité alloué aux titulaires qui se trouvent à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, en état d'incapacité de travail tel qu'il est défini à l'article 56, est fixé de la façon suivante :

a) si l'incapacité de travail a débuté moins de douze mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi, les titulaires conservent le montant de l'indemnité qui leur était allouée en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité, au plus tard jusqu'à l'expiration du douzième mois de leur incapacité de travail à dater du début de celle-ci; si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de ce délai, ils bénéficient de l'indemnité d'incapacité prolongée, telle qu'elle est définie à l'article 50;

b) si l'incapacité de travail a débuté plus de douze mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi, les titulaires conservent le montant de l'indemnité qui leur était allouée en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 précité. Toutefois le montant journalier de cette indemnité due aux travailleurs réguliers, ne peut être inférieur au montant minimum de la pension de retraite, estimée en jours ouvrables, garanti aux ouvriers ayant justifié une carrière complète et dont la pension a pris cours avant le 1er janvier 1962. Pour l'application de cette disposition les travailleurs ayant des personnes à charge sont assimilés à ceux visés à l'article 8, § 1, *b)*, de la loi du 21 mai 1955 relative à la pension de retraite et de survie des ouvriers; les travailleurs n'ayant personne à charge sont assimilés à ceux visés à l'article 8, § 1, *a)*, de la loi précitée.

Le Roi peut augmenter le montant de cette indemnité.

Art. 147.

In de wet van 23 juni 1894 op de maatschappijen van onderlinge bijstand wordt een als volgt gesteld artikel *3bis* ingevoegd :

« Artikel *3bis* — De verbonden mogen zich tot landsbond groeperen.

» De aldus opgerichte landsbonden kunnen door de Regering worden erkend op voorwaarde dat zij zich schikken naar de bepalingen van deze wet.

» De bepalingen voorkomende in de artikelen 4, 5, 6, 7, 8, *8bis*, 9, 12 en 13 van deze wet zijn toepasselijk op de erkende landsbonden. »

TITEL X.

OVERGANGSBEPALINGEN.

Art. 148.

Worden geacht de in artikel 66, § 1, bepaalde wachttijd te hebben volbracht, de gerechtigden die bij de inwerkingtreding van deze wet recht hadden op prestaties bij toepassing van het bepaalde in het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Die gerechtigden behouden, persoonlijk en voor de personen te hunnen laste, aanspraak op prestaties over een tijdvak van drie maanden vanaf de dag van inwerkingtreding van deze wet.

Art. 149.

Het bedrag van de uitkering welke wordt verleend aan de gerechtigden die de dag van inwerkingtreding van deze wet, arbeidsongeschikt zijn als omschreven in artikel 56, wordt als volgt bepaald :

a) indien de arbeidsongeschiktheid minder dan twaalf maanden vóór de inwerkingtreding van deze wet is aangevangen, behouden de gerechtigden het bedrag van de hun krachtens de bepalingen van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de ziekte- en invaliditeitsverzekering verleende uitkering uiterlijk tot bij het aflopen van de twaalfde maand van hun arbeidsongeschiktheid te rekenen vanaf de dag dat deze aanvangt; duurt de arbeidsongeschiktheid na die termijn voort, dan genieten zij de in artikel 50 omschreven uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid;

b) indien de arbeidsongeschiktheid meer dan twaalf maanden vóór de inwerkingtreding van deze wet is aangevangen, behouden de gerechtigden het bedrag van de hun krachtens de bepalingen van evengenoemd koninklijk besluit van 22 september 1955 verleende uitkering. Het dagbedrag van die uitkering, verschuldigd aan regelmatige werknemers, mag evenwel niet lager zijn dan het minimumbedrag van het in werkdagen gewaardeerde rustpensioen dat de arbeiders gewaarborgd is die een volledige beroepsloopbaan hebben verantwoord en wier pensioen vóór 1 januari 1962 is ingegaan. Voor de toepassing van die bepaling worden de werknemers die personen ten laste hebben, gelijkgesteld met dezen bedoeld in artikel 8, § 1, *b*, van de wet van 21 mei 1955 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor arbeiders; de werknemers die niemand ten laste hebben, worden gelijkgesteld met dezen bedoeld in artikel 8, § 1, *a*, van vorengenoemde wet.

De Koning kan het bedrag van die uitkering verhogen.

Art. 150.

Les titulaires qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, étaient dispensés du paiement d'une cotisation en qualité de pensionnés ou de veuves, continuent à bénéficier du droit aux soins de santé dans les mêmes conditions.

Art. 151.

Les médecins qui, au 1er janvier 1964, n'ont pas adhéré à une convention prévue au titre III, chapitre 4, ne peuvent percevoir des honoraires d'un montant supérieur à celui résultant de la nomenclature visée à l'article 24 et dont les valeurs relatives sont affectées d'un facteur de multiplication égal à 11. Toutefois pour les soins donnés aux veuves, aux orphelins, aux pensionnés et aux bénéficiaires d'indemnités d'incapacité prolongée et d'invalidité, respectivement visés aux articles 21, 9°, 13°, 7° et 8°, 50 et 53, ce facteur de multiplication est égal à 10.

L'intervention de l'assurance et l'intervention personnelle des bénéficiaires sont fixées dans les mêmes conditions que celles que sont prévues à l'article 25 en ce qui concerne les tarifs conventionnels.

Art. 152.

§ 1. — En attendant que les Comités de gestion visés aux articles 11 et 39 de la présente loi aient établi les règlements visés aux articles 12, 4° et 40, 11°, le Roi établit ces règlements.

§ 2. — En attendant que le Comité de gestion visé à l'article 39 de la présente loi ait fixé les taux ou les montants des indemnités visées aux articles 46 et 50, le Roi fixe ces taux et montants.

§ 3. — En attendant que le Comité du Service du contrôle médical ait accompli les missions prévues à l'article 79, 1°, 2°, 4°, 5° et 6°, les règlements élaborés par l'Institut du contrôle médical, créé par la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, restent en vigueur.

§ 4. — En attendant la conclusion des conventions visées au titre III, chapitre 4, section 1, le Ministre de la Prévoyance sociale fixe le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé visées à l'article 23.

Les conventions existantes au 1er janvier 1964 restent en vigueur aussi longtemps que de nouvelles conventions n'ont pas été établies conformément au titre III, chapitre 4, section 1.

§ 5. — Les règlements, taux et montants établis ou fixés en application du présent article restent en vigueur jusqu'à leur modification conformément aux dispositions de la présente loi.

§ 6. Les budgets visés à l'article 133 sont établis pour la première fois pour les exercices 1964, 1965 et 1966.

Au cours de cette première période de trois ans les budgets des exercices encore à courir peuvent par dérogation aux dispositions de l'article 133, § 1, être revus sur base des opérations enregistrées au cours des exercices passés.

Art. 150.

De gerechtigden die bij de inwerkingtreding van deze wet, als gepensioneerde of weduwe recht hadden op geneeskundige verstrekkingen zonder betaling van een bijdrage, hebben daarop verder recht onder dezelfde voorwaarden.

Art. 151.

De geneesheren die op 1 januari 1964 niet zijn toegetreden tot een in titel III, hoofdstuk 4, bepaalde overeenkomst, mogen geen honoraria ontvangen van een hoger bedrag afgeleid uit de in artikel 24 bedoelde nomenclatuur, waarvan de betrekkelijke waarden zijn aangegeven met een vermenigvuldigingsfactor die gelijk is aan 11. Voor de verzorging verstrekt aan de weduwen, de wezen, de gepensioneerden en de rechthebbenden op uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid en wegens invaliditeit, respectief bedoeld in de artikelen 21, 9°, 13°, 7° en 8°, 50 en 53, is die vermenigvuldigingsfactor evenwel gelijk aan 10.

De verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden worden onder dezelfde voorwaarden bepaald als voorgeschreven in artikel 25 wat de overeenkomstentarieven betreft.

Art. 152.

§ 1. — De Koning maakt de in de artikelen 12, 4°, en 40, 11°, bedoelde verordeningen op, in afwachting dat de in de artikelen 11 en 39 van deze wet bedoelde beheerscomité's dat doen.

§ 2. — De Koning bepaalt de hoegrootheden en de bedragen van de in de artikelen 46 en 50 bedoelde uitkeringen, in afwachting dat het in artikel 39 van deze wet bedoelde beheerscomité dat doet.

§ 3. — In afwachting van het vervullen van de in artikel 79, 1°, 2°, 4°, 5° en 6°, bedoelde opdrachten door het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle, blijven de reglementen in werking, opgemaakt door het Instituut voor geneeskundige controle, ingesteld bij de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel.

§ 4. — In afwachting van de sluiting van de in titel III, hoofdstuk 4, afdeling 1, bedoelde overeenkomsten, bepaalt de Minister van Sociale Voorzorg het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de in artikel 23 bedoelde geneeskundige verstrekkingen.

De op 1 januari 1964 bestaande overeenkomsten blijven van kracht zolang geen nieuwe overeenkomsten worden opgemaakt overeenkomstig titel III, hoofdstuk 4, afdeling 1.

§ 5. — De bij toepassing van dit artikel opgemaakte verordeningen of bepaalde hoegrootheden en bedragen blijven gelden totdat zij overeenkomstig de bepalingen van deze wet worden gewijzigd.

§ 6. — De begrotingen bedoeld in artikel 133 worden voor het eerst opgemaakt voor de dienstjaren 1964, 1965 en 1966.

Tijdens dit eerste driejarig tijdvak mogen, bij afwijking van het bepaalde in artikel 133, § 1, de begrotingen van de nog te lopen dienstjaren herzien worden op basis van de verrichtingen geboekt tijdens de voorbije dienstjaren.

Art. 153.

§ 1. — En attendant qu'aient été prises les mesures légales nécessaires concernant la protection du titre ou les conditions d'accès à la profession, il est institué auprès du Service des soins de santé, un conseil d'agréation pour chacune des professions para-médicales susceptibles de fournir les prestations énumérées à l'article 23, 1°, c) et 4°.

§ 2. — Les conseils d'agréation sont chargés d'établir la liste des personnes qu'ils proposent à l'agréation par le Comité de gestion du Service des soins de santé, selon des critères de compétence fixés par le Roi.

§ 3. — La composition et les règles de fonctionnement des conseils d'agréation sont fixées par le Roi. Chaque conseil est présidé par un membre du Comité de gestion du Service des soins de santé, choisi parmi les représentants des organismes assureurs; il est désigné par le Roi, sur proposition du Comité de gestion.

Art. 154.

Les comptes des unions nationales et de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité instituée par l'article 6 de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs sont clôturés au 31 décembre 1963.

Les bonis des unions nationales et de la Caisse auxiliaire résultant de l'application de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité sont affectés à l'apurement du déficit éventuel du Fonds national d'assurance maladie-invalidité et de celui des unions nationales et de la Caisse auxiliaire, dans la mesure où il provient de l'application de cet arrêté.

Les avances récupérables consenties par l'Etat au Fonds national d'assurance maladie-invalidité sont inscrites dans les comptes clôturés au 31 décembre 1963, comme subventions de l'Etat.

Le prêt de 600 millions de francs accordé au Fonds national d'assurance maladie-invalidité par la Caisse nationale de pensions de retraite et de survie ainsi que le montant du déficit de l'exercice 1963, sont mis à charge du régime d'assurance maladie-invalidité institué par la présente loi et amortis par ce dernier sur une période de dix années, dans les conditions déterminées par le Roi.

L'Etat met à la disposition du régime d'assurance maladie-invalidité institué par la présente loi, à titre d'avance, et afin de lui permettre d'assurer ses moyens de trésorerie, une somme de un milliard de francs, inscrite au budget des dépenses extraordinaires.

Art. 155.

En attendant la nomination des médecins-inspecteurs principaux et des médecins-inspecteurs conformément aux dispositions des articles 117, § 4 et 156, la mission de ces médecins est accomplie par les médecins-inspecteurs et les médecins-contrôleurs au service de l'Institut du contrôle médical à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

En attendant la nomination et l'agréation des médecins-conseil conformément aux dispositions de l'article 88, la

Art. 153.

§ 1. — In afwachting van de inzake de bescherming van de titel of de vereisten inzake vestiging in het beroep te treffen nodige wettelijke maatregelen, wordt bij de Dienst voor geneeskundige verzorging een erkenningsraad ingesteld voor ieder van de paramedische beroepen die in aanmerking kunnen komen om de in artikel 23, 1°, c), en 4°, opgesomde verstrekkingen te verlenen.

§ 2. — De erkenningsraden zijn belast met het aanleggen van de lijst van de personen die ze het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging ter erkenning voorstellen volgens door de Koning te bepalen bekwaamheidsmaatstaven.

§ 3. — Samenstelling en werkingsregelen van de erkenningsraden worden door de Koning bepaald. Iedere raad wordt voorgezeten door een lid van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging gekozen uit de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; het wordt door de Koning aangewezen op de voordracht van het beheerscomité.

Art. 154.

De rekeningen van de landsbonden en van de in artikel 6 van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders ingestelde Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden op 31 december 1963 afgesloten.

De boni van de landsbonden en van de Hulpkas ingevolge de toepassing van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, worden besteed ter aanzuivering van het eventueel tekort van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en van dat van de landsbonden en de Hulpkas, voor zover dat tekort het gevolg is van de toepassing van dat besluit.

De door het Rijk aan het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit toegestane terugvorderbare voorschotten worden als Rijkstoelage geboekt in de op 31 december 1963 af te sluiten rekeningen.

De door de Rijkskas voor rust- en overlevingspensioenen aan het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit toegestane lening van 600 miljoen frank alsmede het bedrag van het deficit van het dienstjaar 1963 komen voor de rekening van de bij deze wet ingestelde regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en worden door deze over een tijdvak van tien jaar gedelgd onder de voorwaarden welke de Koning bepaalt.

Om de thesauriemiddelen van de bij deze wet ingestelde regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te waarborgen, stelt het Rijk haar een op de begroting van de buitengewone uitgaven uit te trekken voorschot van 1 miljard frank ter beschikking.

Art. 155.

Totdat de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs en de geneesheren-inspecteurs benoemd zijn overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 117, § 4, en 156, wordt de taak van die geneesheren vervuld door de geneesheren-inspecteurs en de geneesheren-controleurs die de dag van inwerkingtreding van deze wet in dienst zijn van het Instituut voor geneeskundige controle.

Totdat de adviserend geneesheren benoemd en erkend zijn overeenkomstig het bepaalde in artikel 88, wordt de

mission de ces médecins est accomplie par les médecins-conseil au service des organismes assureurs à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 156.

§ 1. — Si le Conseil général visé à l'article 7 et les comités visés aux articles 11, 38, 78 et 92 ne sont pas composés en temps utile, et pour autant que le fonctionnement normal des organismes le requière, le Roi nomme les fonctionnaires dirigeants, les fonctionnaires dirigeants-adjoints, les médecins-inspecteurs principaux, les médecins-inspecteurs, les inspecteurs, les secrétaires-rapporteurs et les autres agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité parmi les fonctionnaires qui, à la date de l'entrée en vigueur de la présente loi, sont en service au Fonds national d'asurance maladie-invalidité et à l'Institut du contrôle médical.

Le Roi peut nommer aux emplois qui resteraient vacants à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité après qu'auront été faites les nominations prévues au premier alinéa, des agents définitifs en service à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Les agents visés aux alinéas 1er et 2 conservent à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, l'ancienneté de service et de grade qu'ils avaient dans les organismes mentionnés à ces alinéas.

Les agents visés à l'alinéa premier qui ne pourraient, à défaut d'emploi correspondant à leur grade, être nommés à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qu'à un emploi inférieur à celui qui correspond au grade dont ils étaient titulaires dans un des organismes dissous, conservent à titre personnel le grade qu'ils avaient et l'échelle de traitements dont ils bénéficiaient.

Les lauréats des examens et concours, autres que les concours de recrutement, organisés au Fonds national d'assurance maladie-invalidité, à l'Institut du contrôle médical et à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, gardent cette qualité en vue d'un avancement ou d'une promotion dans l'une ou l'autre des institutions visées par la présente loi.

§ 2. — Les arrêtés et règlements applicables au personnel du Fonds national d'assurance maladie-invalidité à la date de l'entrée en vigueur de la présente loi restent applicables au personnel de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité jusqu'à l'entrée en vigueur pour cet organisme, de l'arrêté royal du 14 février 1961 fixant le statut du personnel de certains organismes d'intérêt public ou jusqu'à l'entrée en vigueur d'une autre réglementation établie par le Roi.

Toutefois, les agents de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qui étaient en service à l'Institut du contrôle médical au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi, peuvent se prévaloir, pour la détermination de leur situation administrative personnelle ainsi que du traitement et des indemnités qui leur reviennent, des règles qui étaient applicables à l'Institut du contrôle médical.

§ 3. — Les arrêtés et règlements visés au § 2 ne sont pas applicables aux premières nominations de fonctionnaires visées au § 1. Les nominations qui impliquent un avancement de grade ne peuvent, toutefois, avoir pour effet de conférer un grade, classé par les arrêtés et règlements précités, dans une catégorie supérieure à celle dans laquelle est classé le grade dont l'agent était titulaire, sauf si celui-ci satisfait aux conditions prévues pour accéder à la catégorie supérieure.

taak van die geneesheren vervuld door de adviserend geneesheren die de dag van inwerkingtreding van deze wet in dienst zijn van de verzekeringsinstellingen.

Art. 156.

§ 1. — Indien de in artikel 7 bedoelde Algemene raad en de in de artikelen 11, 38, 78 en 92 bedoelde comité's niet tijdig zijn samengesteld, en voor zover als nodig is voor de normale werking van de instellingen, benoemt de Koning de leidende ambtenaren, adjunct-leidende ambtenaren, eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, geneesheren-inspecteurs, inspecteurs, secretarissen-verslaggevers en andere ambtenaren van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, onder de ambtenaren die de dag van de inwerkingtreding van deze wet in dienst zijn van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en van het Instituut voor geneeskundige controle.

De Koning kan vaste ambtenaren die in dienst zijn van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering benoemen in de betrekkingen die bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vacant zouden blijven nadat de in het eerste lid bedoelde benoemingen zijn gedaan.

De ambtenaren bedoeld in het eerste en het tweede lid behouden in het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de dienst- en graadanciënniteit die ze hadden in de aldaar vermelde instellingen.

De in het eerste lid bedoelde ambtenaren die, bij ontstentenis van met hun graad overeenstemmende betrekking, bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering slechts zouden kunnen benoemd worden in een lagere betrekking dan die welke overeenstemt met de graad die zij in een der ontbonden instellingen hadden, behouden onder persoonlijke titel hun vroegere graad en weddeschaal.

De geslaagden voor de in het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit, het Instituut voor geneeskundige controle en de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ingerichte examens en vergelijkende examens, buiten de vergelijkende aanwervingsexamens, behouden die hoedanigheid met het oog op bevordering of promotie in een of ander van de in deze wet bedoelde organen.

§ 2. — De besluiten en reglementen die de dag van inwerkingtreding van deze wet toepasselijk zijn op het personeel van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit, blijven toepasselijk op het personeel van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, totdat het koninklijk besluit van 14 februari 1961 tot vaststelling van het statuut van het personeel van sommige instellingen van openbaar nut of een andere door de Koning vast te stellen reglementering voor die instelling in werking treedt.

De ambtenaren van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering die de dag van inwerkingtreding van deze wet in dienst waren van het Instituut voor geneeskundige controle kunnen zich echter, voor het bepalen van hun persoonlijke administratieve toestand en van de hun toekomende wedde en vergoedingen, beroepen op de regelen die bij het Instituut voor geneeskundige controle toepasselijk waren.

§ 3. — De in § 2 bedoelde besluiten en reglementen zijn niet toepasselijk op de in § 1 bedoelde eerste benoemingen van ambtenaren. De benoemingen die een bevordering tot een hogere graad medebrengen, mogen echter niet tot gevolg hebben dat een graad wordt verleend die, door de evengenoemde besluiten en reglementen is gerangschikt in een hogere categorie dan die waarin de vroegere graad van de ambtenaar is gerangschikt, behalve indien deze voldoet aan de voorwaarden tot overgang naar de hogere categorie.

Le Ministre est tenu de porter à la connaissance des agents susceptibles d'être promus la vacance de tout emploi dont l'attribution doit comporter un avancement de grade.

Peuvent seuls être promus les agents qui ont présenté leur candidature. Celles-ci sont examinées par un collège composé des fonctionnaires dirigeant les services spéciaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce collège formule un avis motivé et établit le classement des candidats.

Art. 157.

Le Roi fixe le cadre du personnel de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, sur proposition du Conseil général visé à l'article 7.

Il n'est pas tenu d'observer la procédure fixée à l'alinéa précédent, pour autant que l'arrêté fixant ce cadre soit publié au *Moniteur belge* dans les trois mois qui suivent la date de la publication de la présente loi.

TITRE XI.

PUBLICITE.

Art. 158.

§ 1. — Les textes des règlements du Conseil général et des Comités de gestion des services spéciaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sont publiés au *Moniteur belge* dès qu'ils intéressent la généralité des bénéficiaires de l'assurance.

§ 2. — Le Service des soins de santé est tenu de communiquer aux organismes assureurs la liste prévue à l'article 12, 8° ainsi que le nom des personnes et des établissements ayant adhéré à une convention, en mentionnant éventuellement les conditions particulières que comporte cette dernière.

Les organismes assureurs sont tenus de porter ces liste et noms à la connaissance des bénéficiaires de l'assurance dans les conditions déterminées par le Roi.

TITRE XII.

ENTREE EN VIGUEUR.

Art. 159.

La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 1964.

Toutefois le Roi peut décider de l'entrée en vigueur, à des dates précédant celle déterminée pour l'entrée en vigueur totale de la loi, des dispositions concernant la création et le fonctionnement des institutions, services, comités, conseils, commissions et collèges prévus par la loi ainsi que des dispositions permettant l'élaboration des budgets et des règlements et la négociation des conventions.

De Minister moet de vacature van iedere betrekking waarvan de toekenning met een bevordering in graad moet gepaard gaan, ter kennis brengen van de ambtenaren die voor bevordering in aanmerking komen.

Alleen de ambtenaren die zich kandidaat gesteld hebben, kunnen bevorderd worden. De kandidaturen worden onderzocht door een college, samengesteld uit de leidende ambtenaren van de bijzondere diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Dat college brengt een gemotiveerd advies uit en maakt de rangschikking der kandidaten op.

Art. 157.

De Koning bepaalt het personeelskader van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering op voorstel van de in artikel 7 bedoelde Algemene raad.

Hij is er niet toe gehouden de in het vorige lid bepaalde procedure in acht te nemen, voor zover het besluit tot vaststelling van dat kader in het *Belgisch Staatsblad* bekendgemaakt wordt binnen drie maanden na de datum van bekendmaking van deze wet.

TITEL XI.

OPENBAARMAKING.

Art. 158.

§ 1. — De teksten van de verordeningen van de Algemene raad en van de beheerscomité's van de bijzondere diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden, wanneer zij de rechthebbenden der verzekering, algemeen, aanbelangen, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

§ 2. — De Dienst voor geneeskundige verzorging is er toe gehouden de verzekeringsinstellingen de lijst waarin artikel 12, 8°, voorziet, mede te delen alsmede de naam van de personen en de inrichtingen die tot een overeenkomst toetraden, in voorkomend geval met vermelding van de bijzondere voorwaarden welke die overeenkomst behelst.

De verzekeringsinstellingen zijn er toe gehouden die lijst en die namen, onder de voorwaarden welke de Koning bepaalt, ter kennis te brengen van de rechthebbenden der verzekering.

TITEL XII.

INWERKINGTREDING.

Art. 159.

Deze wet treedt in werking op 1 januari 1964.

De Koning kan echter besluiten dat, op data vóór die bepaald voor de algehele inwerkingtreding der wet, de bepalingen betreffende de instelling en de werking van de in deze bedoelde organen, diensten, comité's, raden, commissies en colleges in werking treden alsmede de bepalingen op grond waarvan de begrotingen en de verordeningen kunnen worden opgemaakt en over de overeenkomsten kan worden onderhandeld.

ANNEXES.

ANNEXE I.

Un accord entre le Gouvernement et le Comité de Coordination du Corps médical belge. Basé sur la collaboration entre les mutualités et le corps médical.

Texte de l'accord.

Le Gouvernement représenté par :

M. Van Acker, Premier Ministre;
M. Troclet, Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale;
M. Mundeleer, Ministre des Classes Moyennes;
M. Lefebvre, Ministre de l'Agriculture;
M. Vermeylen, Ministre de l'Intérieur;
M. Liebaert, Ministre des Finances;
M. Rey, Ministre des Affaires Économiques;
M. Leburton, Ministre de la Santé Publique et de la Famille.

Les organisations professionnelles du Corps Médical, représentées par :

M. le Président du Comité de Coordination du Corps Médical : Dr P. Glorieux;

La Fédération Médicale Belge :

Dr Dr de Melinne; Dr Goetahls-Borin; Dr Pillen; Dr Sondervorst; Dr Straetmans; Dr Van Oorle.

Le Syndicat général des Médecins de Belgique :

Dr Beun; Dr De Brabanter; Dr Haven; Dr Roosens; Dr Rottiers.

Le Groupement belge des Médecins spécialistes :

Dr Cloetens; Dr Godin; Dr Massion; Dr Spehl.

L'Association des Médecins socialistes :

Dr Delvigne; Dr Vlaeyen.

Le Service National des Médecins :

Dr Tondeur.

Considérant que l'assurance maladie-invalidité obligatoire doit, dans le cadre de la Sécurité Sociale, contribuer à réaliser le but de libération humaine pour lequel elle a été créée;
Considérant que, pour le travailleur, ce but représente un allégement substantiel des soucis matériels et moraux que provoque la maladie ou l'invalidité;
Considérant que la poursuite de ce but ne pourrait être opérante que par la solidarité active à laquelle nul ne peut se refuser à apporter son concours;
Considérant que l'assurance maladie-invalidité, tout en soulageant bien des souffrances, a produit en outre comme heureux effets une amélioration de la santé des travailleurs, en particulier, et de la santé publique, en général; que cette institution a ainsi contribué au progrès social; qu'il y a lieu, par conséquent, de poursuivre les efforts entrepris en la rendant plus efficiente, notamment par l'élimination des abus quels qu'ils soient;

Considérant que les représentants du Corps Médical approuvent la poursuite d'un tel objectif et qu'ils se déclarent prêts à y participer;

Considérant que le bon fonctionnement de l'assurance est impossible sans une collaboration étroite, entière, franche et loyale entre les membres du Corps Médical et les responsables de l'assurance;

Considérant que dans le cadre de cette collaboration, la liberté du malade dans le choix de son médecin et l'indépendance du praticien dans l'exercice de sa profession, ainsi que le secret professionnel doivent être sauvegardés;
Considérant, qu'en principe, le malade a droit d'office à toutes méthodes de diagnostic et de thérapeutique nécessitées par son état;

Ont convenu de commun accord ce qui suit :

1. — Les rapports entre l'assuré et le médecin ainsi que les auxiliaires agissant sous leur direction font l'objet de normes inscrites dans

BIJLAGEN.

BIJLAGE I.

Een accoord tussen de Regering en het Coördinatiecomité van het Belgisch Medisch Corps, op basis van de samenwerking tussen de mutualiteiten en het medisch corps.

Tekst van het accoord.

De Regering, vertegenwoordigd door :

De Heer A. Van Acker, Eerste Minister;
De Heer Troclet, Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg;
De Heer Mundeleer, Minister van Middenstand;
De Heer Lefebvre, Minister van Landbouw;
De Heer Vermeylen, Minister van Binnenlandse Zaken;
De Heer Liebaert, Minister van Financiën;
De Heer Rey, Minister van Economische Zaken;
De Heer Leburton, Minister van Volksgezondheid en van het Gezin.

De beroepsverenigingen van het medisch Corps vertegenwoordigd door :

De Voorzitter van het Coördinatiecomité van het medisch corps : Dr P. Glorieux;

Het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond :

Dr de Melinne; Dr Goethals-Borin; Dr Pillen; Dr Sondervorst; Dr Straetmans; Dr Van Oorle.

Het Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België :

Dr Beun; Dr De Brabanter; Dr Haven; Dr Roosens; Dr Rottiers.

Het Verbond der Belgische Geneesheren-Specialisten :

Dr Cloetens; Dr Godin; Dr Massion; Dr Spehl.

De Vereniging van Socialistische Geneesheren :

Dr Delvigne; Dr Vlaeyen.

De Nationale Geneesherendienst :

Dr Tondeur.

Overwegende dat de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in het bestek van de sociale zekerheid moet bijdragen tot het verwezenlijken van de ontvoogding van de mens waartoe zij werd opgericht;
Overwegende dat dit doel voor de arbeider een substantiële vermindering van de materiële en morele zorgen, door ziekte of invaliditeit teweeggebracht, vertegenwoordigt;
Overwegende dat het nastreven van dat doel slechts doelmatig zal kunnen geschieden door een actieve solidariteit waaraan niemand zijn medewerking mag weigeren;
Overwegende dat de ziekte- en invaliditeitsverzekering benevens het leningen van vele noden in het bijzonder als verheugend resultaat gehad heeft, een verbetering van de gezondheid der arbeiders en van de volksgezondheid in het algemeen; dat deze instelling aldus heeft bijgedragen tot de sociale vooruitgang; dat het bijgevolg noodzakelijk is de ondernomen inspanningen voort te zetten door ze doelmatiger te maken, inzonderheid door het uitschakelen der misbruiken, van welke aard ook;
Overwegende dat de vertegenwoordigers van het medisch corps de verwezenlijking, in die vormen, van een dergelijk doel goedkeuren en zich bereid verklaren er aan deel te nemen;
Overwegende dat de goede werking van de verzekering onmogelijk is zonder een nauwe, volledige, ongedwongen en oprechte samenwerking tussen de leden van het medisch corps en de verantwoordelijken van de verzekering;
Overwegende dat in het bestek van deze samenwerking de vrijheid van de zieke in de keuze van zijn geneesheer en de onafhankelijkheid van de practicus in het beoefenen van zijn beroep, alsmede het beroepsgeheim, moeten gevrijwaard worden;
Overwegende dat in principe de zieke recht heeft op alle methoden voor de diagnose en de behandeling welke door zijn toestand worden vereist.

Zijn overeengekomen als volgt :

1. — De betrekkingen tussen de verzekerde en de geneesheer, alsmede het geneeskundig hulppersoneel dat onder zijn toezicht werkt,

une convention nationale médico-mutualiste passée entre les organisations professionnelles médicales et les organismes assureurs, au sein de la commission médico-mutualiste nationale.

Ces rapports concernent, notamment, les soins médicaux et leur surveillance, les tarifs d'honoraires et les modalités de leur perception, tant pour les soins généraux que pour les soins spéciaux.

Cette convention nationale pourra comporter des dérogations de portée générale. Il pourra être établi un régime particulier pour des personnes dont la situation apparaît comme socialement digne d'intérêt. Un régime spécial pour les invalides sera établi, le mot « invalide » étant compris dans le sens des arrêtés. Il pourra en être de même en ce qui concerne les soins spéciaux coûteux, ceux-ci déterminés par convention.

2. — Dans le cadre de la convention nationale, des conventions régionales seront conclues dans les mêmes conditions.
Des dérogations à portée régionale pourront être admises.

Ces conventions seront conclues entre les organisations professionnelles médicales et les organismes assureurs.
Les conventions dont question ci-dessus sont soumises après avis motivé de la commission nationale médico-mutualiste à l'approbation du Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, qui veillera, dans l'intérêt général, à leur conformité aux lois et arrêtés en la matière, au respect des présentes dispositions et des règles d'une bonne gestion de l'assurance. Le Ministre consultera les instances intéressées, notamment le Comité permanent du F.N.A.M.I.

3. — Dans les polycliniques et dans les autres établissements de soins, les prestations effectuées devront être consignées sur les formulaires réglementaires, signés par le médecin. Les tarifs d'honoraires y seront d'application et les honoraires en seront réglés au médecin, selon les modalités convenues.

Dans les cliniques et polycliniques où d'autres modalités de paiement existent, celles-ci peuvent être maintenues jusqu'à l'élaboration de nouvelles dispositions qui seront arrêtées dans une convention au sein de la commission médico-mutualiste nationale.

4. — Les conventions ainsi négociées et conclues lieront les parties à concurrence d'un plafond de revenus bruts des assurés. Ce plafond est fixé, *pour l'assuré,* à 100.000 francs, pour l'épouse à 25.000 francs et 10.000 francs par personne à charge. Dans les limites de ce plafond, les tarifs *conventionnels* seront respectés par les médecins contractants.

Les listes de ces médecins seront fournies aux organismes assureurs par l'intermédiaire du Service national des Médecins et, éventuellement, par les organisations professionnelles de médecins.

5. — Tous les médecins s'engagent à remettre un document nominatif, signé et identifiable pour toute prestation médicale. Ce document sera uniforme pour tout le pays et fourni au médecin par les organisations professionnelles médicales.
En l'absence du document réglementaire, il n'y aura pas de remboursement.

6. — L'assuré pourra toujours consulter un médecin non contractant, mais il ne sera remboursé par l'organisme assureur que pour autant qu'il ait fourni le document prévu au point 5 ci-dessus.

7. — Le Ministre de la Santé publique et de la Famille établira des listes de médecins spécialistes qualifiés :

a) *au point de vue compétence* : par des jurys de capacité, créés par les Associations professionnelles de médecins spécialistes et agréés par le Ministre de la Santé publique et de la Famille;
b) *au point de vue déontologique* : par le Conseil provincial de l'Ordre des Médecins.

Une commission d'appel, instituée auprès du Ministre de la Santé publique, statuera sur les appels éventuels. Elle sera composée de délégués des Associations professionnelles de spécialistes et de délégués des Académies royales de Médecine.

8. — L'assuré aura le libre choix parmi les institutions de soins agréées au point de vue technique par le Ministère de la Santé publique et de la Famille.
Les problèmes médicaux de l'hospitalisation relèvent du Conseil technique médical, qui s'adjoindra les compétences voulues lorsque les questions relatives à l'hospitalisation seront examinées.

9. — Le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale prendra les mesures nécessaires pour assurer la coordination des travaux du Conseil Technique Médical d'une part et du Comité des spécialités pharmaceutiques et du comité technique dentaire d'autre part. Toutes les questions intéressent l'art de guérir seront soumises au Conseil technique médical.

maken het voorwerp uit van de in een nationale medico-mutualistische overeenkomst ingeschreven normen, afgesloten tussen de medische beroepsverenigingen en de verzekeringsorganismen in de schoot van het Nationaal Medico-Mutualistisch Comité.
Deze betrekkingen betreffen inzonderheid, de medische zorgen, het toezicht over deze zorgen, de schalen der honoraria en hun inningsmodaliteiten, zowel voor de algemene zorgen als voor de bijzondere zorgen.
Men zal, in deze nationale conventie, in afwijkingen van algemene draagwijdte kunnen voorzien. Men zal een bijzonder stelsel kunnen oprichten voor personen die, op sociaal gebied, belangstelling verdienen. Er zal een bijzonder stelsel van kracht zijn voor de invaliden; het woord « invalide » dient begrepen te worden in de zin van de besluiten. Hetzelfde kan gelden voor de kostelijke speciale zorgen, die bij overeenkomst vastgesteld worden.

2. — In het bestek van de nationale overeenkomst zullen onder dezelfde voorwaarden gewestelijke overeenkomsten afgesloten worden. Afwijkingen van gewestelijke draagwijdte zullen kunnen toegelaten worden.
Deze overeenkomsten zullen afgesloten worden tussen de medische beroepsverenigingen en de verzekeringsorganismen.
Deze overeenkomsten worden, na gemotiveerd advies van de nationale medico-mutualistische commissie, ter goedkeuring voorgelegd aan de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg, die, in het algemeen belang, erover zal waken dat zij in overeenstemming zijn met de wetten en besluiten ter zake en dat zij in de geest blijven van de huidige schikkingen en van de regels voor een goed beheer der verzekering. De Minister zal overleg plegen met de betrokken instanties, o.m. met het Bestendig Comité van het R.V.Z.I.

3. — In de poliklinieken en in al de andere verzorgingsinstellingen, zullen alle prestaties die er verricht worden op de reglementaire formulieren moeten aangetekend worden en ondertekend door de geneesheer. De vastgestelde ereloonbarema's zullen er van toepassing zijn en de honoraria zullen aan de geneesheer worden uitgekeerd volgens de overeengekomen modaliteiten.
In de klinieken en poliklinieken, waar andere betalingsmodaliteiten bestaan, kunnen deze gehandhaafd blijven totdat nieuwe schikkingen opgesteld zijn, die zullen vastgesteld worden bij overeenkomst in de schoot van de nationale medico-mutualistische commissie.

4. — De aldus besproken en afgesloten overeenkomsten zullen de partijen verbinden tot een begrensd bruto-inkomen der verzekerden. Deze grens is bepaald, *voor de verzekerde* op 100.000 frank, voor de echtgenote op 25.000 frank en op 10.000 frank per persoon ten laste. Binnen de perken van deze grens zullen de overeengekomen tarieven door de contracterende geneesheren worden nageleefd.
De lijsten van deze geneesheren zullen aan de verzekeringsorganismen verstrekt worden door toedoen van de Nationale Geneesherendienst en gebeurlijk door de beroepsverenigingen der geneesheren.

5. — Al de geneesheren verbinden er zich toe voor elke medische prestatie, een nominatief, ondertekend en identificeerbaar bescheid, over te maken. Dat bescheid zal voor gans het land eenvormig zijn en aan de geneesheer verstrekt worden door de medische beroepsverenigingen.
Bij ontstentenis van het reglementair bescheid zal er geen terugbetaling zijn.

6. — De verzekerde zal steeds een geneesheer kunnen raadplegen wiens naam niet op de lijst voorkomt, maar hij zal slechts door het verzekeringsorganisme terugbetaald worden indien hij het bij punt 5 hierboven bepaalde bescheid overmaakt.

7. — De Minister van Volksgezondheid en van het Gezin zal de lijsten van de bevoegde geneesheren-specialisten opmaken, na beslissing :

a) *wat de bevoegdheid betreft* : van bekwaamheidsjurys, opgericht door de beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten en geagreerd door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin;
b) *wat de plichtenleer betreft* : van de Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren.

Een commissie van beroep, ingesteld bij het Ministerie van Volksgezondheid, zal uitspraak doen over de eventuele beroepen. Zij zal samengesteld zijn uit afgevaardigden van de Beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten en van afgevaardigden der Koninklijke Academiën voor Geneeskunde.

8. — De verzekerde zal de vrije keuze hebben tussen de uit technisch oogpunt door het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin erkende verzorgingsinstellingen. Het vraagstuk van de ziekenhuisverpleging behoort tot de Medisch Technische Raad welke op de gewenste bevoegdheden beroep zal doen wanneer de vraagstukken betreffende de ziekenhuisverpleging zullen onderzocht worden.

9. — De Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg zal alle nodige maatregelen treffen voor de doeltreffende coördinatie der werkzaamheden van de Medisch Technische Raad enerzijds en van de Commissie voor farmaceutische specialiteiten en van de Technische Commissie voor tandheelkunde anderzijds. Alle vraagstukken betreffende de geneeskunde zullen voorgelegd worden aan de Medisch Technische Raad.

10. — *Organisation du contrôle.*

A. — *Médecins-conseil.*

a) Le contrôle des prestations est confié aux médecins-conseil des organismes assureurs.
Les médecins-conseil sont nommés par l'organisme assureur.
Leur statut est *établi par le Conseil supérieur de l'inspection médicale*, sur proposition ou après consultation du Comité médico-mutualiste national.

b) En ce qui concerne les soins de santé, ils ont comme par le passé à accorder leur autorisation préalable pour certaines prestations à déterminer conventionnellement.
Pour le contrôle des autres prestations relatives aux soins de santé, ils disposent des renseignements statistiques nécessaires pour permettre d'exercer ce contrôle.

c) Pour les incapacités de travail, ce sont eux qui fixent la durée de l'incapacité primaire et la contrôlent.

d) Pour l'invalidité, les Commissions provinciales de l'invalidité la déterminent et en fixent la durée sur proposition du médecin-conseil.

B. — *Inspection médicale.*

a) Les médecins-inspecteurs provinciaux contrôlent l'activité des médecins-conseil.

Ce contrôle est hiérarchiquement soumis au Conseil supérieur de l'inspection composé de façon tripartite :

8 médecins représentant les organismes assureurs;
8 médecins représentant les organisations professionnelles médicales;
8 professeurs d'universités médecins, nommés par le Gouvernement.

b) Institué auprès du F. N. A. M. I., ce contrôle est indépendant et n'est pas hiérarchiquement soumis à l'administration du F. N. A. M. I.

C. — *Contestations.*

a) Les contestations d'ordre non déontologiques entre médecins traitants et médecins-conseil, sont soumises pour conciliation à des comités régionaux médicaux, composés par moitié de médecins représentant les organisations professionnelles médicales et les organismes assureurs et, à défaut de solution sur le plan régional, pour décision à des comités provinciaux médicaux composés de la même façon, mais présidés par le médecin-inspecteur provincial; à l'échelon provincial, le président est désigné librement par le dit comité.

L'appel éventuel est porté devant le Conseil supérieur de l'inspection.

b) Tout abus ou fraude, de la part d'un collaborateur de l'assurance, entraîne une décision du Collège médico-mutualiste provincial sur proposition du Collège médico-mutualiste régional.
Ces Collèges médico-mutualistes sont présidés par le médecin-inspecteur provincial et sont composés pour moitié de médecins représentant les organisations professionnelles et pour moitié de représentants des organismes assureurs (pas nécessairement médecins).

Les Collèges médico-mutualistes provinciaux pourront prononcer les sanctions administratives prévues par l'article 72 (exclusion du remboursement).
Un appel de leur décision peut être interjeté devant le même Conseil supérieur de l'inspection.

c) Les contestations à caractère médical entre un médecin-conseil et un médecin-inspecteur seront arbitrées par le Conseil supérieur de l'inspection médicale.

D. — *Collaboration médico-mutualiste.*

Les collèges médico-mutualistes provinciaux contrôleront les activités médicales de leur ressort sur la base des conventions médico-mutualistes, conformément aux directives qui leur parviendront du Comité médico-mutualiste national.

Ces dispositions sont applicables tant au médecin privé qu'aux institutions de soins.
Les commissions médico-mutualistes provinciales auront à leur disposition toute documentation utile et auront notamment droit d'enquête là où pareille chose s'avère nécessaire.

(s.) Van Acker; Troclet; Rey; Leburton; Glorieux; Sondervorst; de Melinne; Straetmans; Delvigne; Vlaeyen; Cloetens; Godin, Massion.

Bruxelles, 21 février 1956, à 3 h. 25 du matin.

10. — *Organisatie van de controle.*

A. — *Adviserende geneesheren.*

a) De controle op de verstrekkingen wordt aan de adviserende geneesheren der verzekeringsorganismen toevertrouwd. De adviserend geneesheren worden door het verzekeringsorganisme benoemd.
Hun statuut wordt *opgemaakt door de Hoge Raad voor geneeskundig toezicht*, op voorstel of na raadpleging van het Nationaal Medico-Mutualistisch Comité.

b) Wat de geneeskundige verzorging betreft moeten zij, zoals in het verleden hun voorafgaande toestemming verlenen voor sommige bij overeenkomst te bepalen prestaties.
Voor de controle op de andere verstrekkingen betreffende de geneeskundige verzorging, beschikken zij over de nodige statistische inlichtingen om deze controle mogelijk te maken.

c) Werkonbekwaamheid : zij bepalen de duur van de primaire onbekwaamheid en controleren deze.

d) Invaliditeit : De provinciale comités voor invaliditeit stellen ze vast en bepalen er de duur van op voorstel van de adviserende geneesheer.

B. — *Medische Inspectie.*

a) De provinciale geneesheren-inspecteurs controleren de bedrijvigheid der adviserende geneesheren. Deze controle is hiërarchisch onderworpen aan de Hoge Raad voor geneeskundig toezicht welke drieledig is samengesteld :

8 geneesheren die de verzekeringsorganismen vertegenwoordigen;
8 geneesheren die de medische beroepsverenigingen vertegenwoordigen;
8 universiteitsprofessoren, geneesheren, benoemd door de Regering.

b) Ingesteld bij het R. V. Z. I. is deze contrôle onafhankelijk en hiërarchisch niet onderworpen aan de administratie van het R. V. Z. I.

C. — *Betwistingen.*

a) De betwistingen die niet tot de plichtenleer behoren tussen behandelende geneesheren en adviserende geneesheren worden ter verzoening voorgelegd aan gewestelijke geneeskundige comités, samengesteld voor de helft uit geneesheren die de medische beroepsverenigingen en voor de helft uit geneesheren die de verzekeringsorganismen vertegenwoordigen; bij ontstentenis van oplossing op het gewestelijk vlak, worden de betwistingen voor beslissing voorgelegd aan provinciale geneeskundige comités samengesteld op dezelfde wijze, maar voorgezeten door de provinciale geneesheer-inspecteur; op het gewestelijk vlak wordt de voorzitter vrij aangewezen door het gewestelijk comité.
Het eventueel beroep wordt bij de Hoge Raad voor geneeskundig toezicht aanhangig gemaakt.

b) Elk misbruik of bedrog vanwege een verzekeringshelper geeft aanleiding tot een beslissing van het provinciaal medico-mutualistisch comité op voorstel van het gewestelijk medico-mutualistisch comité.
Deze medico-mutualistische comités worden voorgezeten door de provinciale geneesheer-inspecteur en zijn samengesteld voor de helft uit geneesheren die de beroepsverenigingen vertegenwoordigen en voor de helft uit vertegenwoordigers der verzekeringsorganismen (niet noodzakelijk geneesheren).
De provinciale medico-mutualistiche comités kunnen de administratieve sancties bepaald bij artikel 72 (uitsluiting van terugbetaling) uitspreken.
Een beroep tegen hun beslissing kan ingediend worden voor dezelfde Hoge Raad voor geneeskundig toezicht.

c) De betwistingen van geneeskundige aard tussen een adviserende geneesheer en een geneesheer-inspecteur zullen door de Hoge Raad voor geneeskundig toezicht beslecht worden.

D. — *Medico-Mutualistische samenwerking.*

De provinciale medico-mutualistische colleges zullen toezicht houden op de medische werkzaamheden in hun ambtsgebied op grond van medico-mutualistische overeenkomsten en overeenkomstig de onderrichtingen, die de nationale medico-mutualistische Commissie hun zal verstrekken.
Deze schikkingen zijn van toepassing zowel voor de privaat-geneesheer als voor de verplegingsinstellingen.
De provinciale medico-mutualistische commissies zullen over alle documentatie kunnen beschikken met onderzoekingsrecht daar waar het nodig blijkt.

(g.) Van Acker; Troclet; Rey; Lefebvre; Leburton; Glorieux; Sondervorst; de Melinne; Straetmans; Delvigne; Vlaeyen; Cloetens; Godin; Massion.

Brussel, 21 februari 1956, te 3 u. 25, 's morgens.

ANNEXE II.

Association Générale des Médecins Belges.

Le Corps Médical belge face au problème national de l'assurance maladie-invalidité.

Présentation.

Cette étude ne se veut ni réquisitoire, ni plaidoyer. Elle veut, dans la clarté et la loyauté la plus large, faire l'examen approfondi, quoique nécessairement succinct, de tous les grands problèmes relatifs à l'Assurance Maladie-Invalidité.

Elle veut aussi, dans l'esprit d'une collaboration totale, exprimer l'immense désir du Corps Médical de construire, de façon plus rationnelle, un plan de santé publique plus efficient et moins onéreux pour tous.

Elle tente de démontrer que tout est possible à ceux qui veulent, la main dans la main, réaliser une œuvre cohérente et constructive et ce dans un domaine primordial de l'activité d'une nation : la santé publique.

Elle fait appel à la bonne volonté de chacun et propose les moyens nécessaires à la réalisation de cette œuvre magnifique de solidarité humaine.

Le Corps Médical souhaite y collaborer dans le respect de la Charte Médicale et des Droits de l'Homme.

Introduction.

Tout récemment, le Corps Médical s'est constitué en une seule organisation professionnelle qui, sous le nom d'« Association Générale des Médecins Belges », fusionne les différents groupes qui existaient antérieurement, à savoir, en ordre principal, la Fédération Médicale Belge, le Groupement Belge de Médecins Spécialistes, l'Union Belge des Médecins Omnipraticiens et l'Algemeen Syndikaat der Geneesheren van België.

Le Corps professionnel médical ainsi constitué s'est préoccupé avant tout dans son programme d'étude, du problème crucial de l'assurance maladie-invalidité et a constaté en premier lieu que faute d'avoir revendiqué suffisamment haut et assez souvent la place qui lui revenait dans cet important secteur social, le Corps Médical s'est trouvé peu à peu relégué au second plan, alors qu'en réalité l'organisation médicale sociale dépend essentiellement de la volonté des médecins de collaborer à son bon fonctionnement.

Sans cette collaboration, jamais, en aucune circonstance, l'assurance maladie-invalidité n'atteindra réellement ses objectifs : être efficace et fonctionner dans les limites d'un budget qui ne s'enfle pas démesurément.

L'Association Générale des Médecins Belges a concrétisé dans le document qu'elle vous présente, à la fois les raisons profondes qui justifient une réforme de base de l'assurance maladie-invalidité, les conditions de la collaboration médicale à cette réforme de structure et les dispositions transitoires que le Corps Médical, conscient de ses responsabilités, propose au Gouvernement.

Ces dispositions transitoires consisteront en un engagement du Corps Médical vis-à-vis du Gouvernement pour une période limitée et permettraient de diminuer la gabegie qui règne au F. N. A. M. I., en réalisant des économies budgétaires substantielles tout en garantissant aux assurés la meilleure médecine.

Principes directeurs.

1. L'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire doit, dans le cadre de la Sécurité Sociale, contribuer à réaliser le but de libération humaine pour lequel elle a été créée, c'est-à-dire :

— pour le travailleur, ce but représente un allégement substantiel des soucis matériels et moraux que provoque la maladie ou l'invalidité;

— pour les médecins et leurs collaborateurs, fournir des possibilités d'améliorer l'efficacité de leurs soins.

La poursuite de ce but ne peut être fructueuse que grâce à une solidarité active à laquelle nul ne peut se soustraire.

BIJLAGE II.

Algemeen Verbond der Geneesheren van België.

Het Belgisch geneeskundig korps tegenover het nationaal probleem van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Ten geleide.

Deze studie wil noch een aanklacht zijn, noch een pleidooi. In volle klaarte en eerlijkheid wil zij — het weze dan in beknopte vorm — de grote vraagtekens van de Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit grondig onder de loupe nemen.

In een werkelijke geest van samenwerking, wil zij ook de oprechte wens van het Geneeskundig Korps uitdrukken om op meer rationele wijze een plan voor volksgezondheid op te stellen, dat voor iedereen doelmatiger en minder kostelijk zal zijn.

Zij poogt aan te tonen dat niets onmogelijk is voor diegenen die, in volledige eensgezindheid, een samenhangend en opbouwend werk willen tot stand brengen in een der meest belangrijke takken van het staatsbeleid : de volksgezondheid.

Zij doet beroep op ieders goede wil en stelt de middelen voor die nodig zijn tot het verwezenlijken van dit prachtig werk van menselijke solidariteit.

Het Geneeskundig Korps wenst hieraan mede te werken in volle eerbiediging van het Geneeskundig Handvest en van de Rechten van de Mens.

Inleiding.

Onlangs heeft het Geneeskundig Korps zich verenigd in één enkele beroepsorganisatie waarin, onder benaming « Algemeen Verbond der Geneesheren van België », de vroeger bestaande groepen samensmolten, namelijk : Het Algemeen Belgisch Geneesheren-Verbond, de Unie van de Omnipratici, het Verbond der Belgische Geneesheren Specialisten, en het Algemeen Syndikaat der Geneesheren van België.

Het aldus opgerichte Geneeskundig Beroepskorps heeft zich in zijn studieprogramma vooral bekommerd om het kruciaal probleem van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit. Het kwam onmiddellijk tot de vaststelling dat het Geneeskundig Korps stilaan op het achterplan werd: geschoven omdat het niet met genoeg klem en voldoende doorzettingsvermogen de plaats had opgeëist die het in deze belangrijke sociale sector verlende. In feite hangt de geneeskundige sociale organisatie nochtans essentieel af van de wil der geneesheren om aan haar goede gang mede te werken.

Zonder deze medewerking zal de verzekering tegen ziekte en invaliditeit nooit, onder geen enkele voorwaarde, werkelijk haar doelstellingen bereiken : doelmatig werken, binnen de perken van een budget dat niet bovenmatig aanzwelt.

Het Algemeen Verbond der Geneesheren van België konkretiseert in het document dat zij U voorlegt de ware redenen die een hervorming aan de basis van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit wettigen, de voorwaarden van de geneeskundige medewerking aan deze structuurhervorming en de overgangsmaatregelen, die het Geneeskundig Korps, bewust van zijn verantwoordelijkheden, aan de Regering vorstelt.

Deze overgangsmaatregelen zullen bestaan in een verbintenis die het Geneeskundig korps aangaat tegenover de Regering voor een bepaalde periode. Zij zouden toelaten de grootste tekorten van het R. V. Z. I. te verminderen door aanzienlijke budgettaire besparingen terwijl tevens aan de verzekerden de beste geneeskundige zorgen gewaarborgd blijven.

Grondbeginselen.

1. De Verplichte Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit moet, in het kader van de Maatschappelijke Zekerheid, bijdragen tot de menselijke ontvoogding — doel waarop zij werd opgericht :

— voor de loontrekkenden betekent dat doel een merkelijke verlichting van de materiële en morele zorgen die door ziekte of door invaliditeit worden verwekt;

— voor de geneesheren en voor hun medewerkers, de mogelijkheid om de doelmatigheid van hun zorgen te verhogen.

Dit doel kan slechts worden bereikt door een daadwerkelijke solidariteit waaraan niemand zich mag onttrekken.

2. L'Assurance Maladie-Invalidité a jusqu'à présent apporté quelques effets heureux : l'amélioration de la santé des travailleurs en particulier, et de la santé publique en général, contribuant ainsi au progrès social.

Beaucoup ignorent l'effort fait par les gouvernements qui se sont succédés en Belgique. Les quelques chiffres qui suivent se passent de commentaires. Dans notre pays, le montant de tous les salaires et traitements pour l'année 1959 atteint un chiffre global de 122 milliards de francs. Le total des cotisations versées à l'O. N. S. S. représente plus de 31 milliards de francs. Les dépenses globales de l'O. N. S. S. et du Ministère de la Santé Publique et de la Famille s'élèvent à 50 milliards de francs. Pour le F. N. A. M. I. seul, les dépenses se sont élevées en 1959 à près de 11 milliards. Pour l'ensemble des œuvres de la Sécurité Sociale les interventions financières de l'Etat se sont élevées pour cette même année à un total de près de 16 milliards.

Il faut cependant poursuivre les efforts entrepris mais les rendre efficients grâce à une utilisation plus judicieuse des importantes ressources dont elle dispose.

3. Les représentants du Corps Médical approuvent la poursuite d'un tel objectif et se déclarent prêts à y participer. En effet, le bon fonctionnement de l'assurance est impossible sans une collaboration étroite, entière, franche et loyale entre les membres du Corps Médical et les responsables de l'assurance.

4. L'actuelle gestion de l'A. M. I. ne réalise pas cet objectif essentiel. Les Gouvernements qui se sont succédés, conscients de cette carence, ont tenté d'y apporter des réformes, sans toutefois parvenir à établir une gestion plus saine, parce jusqu'à présent l'avis du Corps Médical cependant spécialement qualifié en la matière a été complètement négligé.

Système actuel de l'A. M. I.

L'Assurance Maladie-Invalidité comprend en son sein, un organisme d'exécution qui est le Fonds National, organisme parastatal, au sein duquel les cinq mutualités exercent une influence prépondérante, notamment par leur nombreuse représentation directe ou indirecte dans les divers Comités Directeurs ou consultatifs.

Par ailleurs, ce sont les mêmes organismes assureurs qui gèrent la quasi totalité des fonds mis à la disposition de l'assurance maladie-invalidité : en effet ce sont eux qui distribuent à leurs affiliés, en contrepartie des attestations médicales et des factures des cliniques, les indemnités de remboursement prévues pour les soins médicaux et les hospitalisations.

Pour chaque remboursement à un assuré, l'organisme assureur reçoit du F. N. A. M. I. une indemnité proportionnelle destinée à couvrir les frais d'administration.

Les mutualités politiques jouissent ainsi d'un monopole de fait dans l'utilisation des ressources de l'assurance maladie, sans assumer pour autant des responsabilités financières effectives puisque l'Etat comble tous les déficits.

Nécessité d'une réforme de l'A. M. I.

Une réforme totale de l'A. M. I. se justifie pleinement, en effet :

1. Quoique l'Etat ait pris en charge les risques de santé des assurés et prélève à cet effet sur le salaire des assurés et le capital des employeurs des sommes de plus en plus élevées, il ne parvient pas à assumer convenablement ses responsabilités financières.

2. La gestion est complètement faussée par les influences politiques diverses qui y jouent un rôle prépondérent.

Les organismes assureurs, soucieux d'accroître le nombre de leurs affiliés, se livrent à une surenchère en matière d'avantages de santé et introduisent la démagogie dans un domaine où seul le facteur « santé » devrait entrer en ligne de compte.

3. La doctrine mutualiste aboutit à une dispersion des efforts et à l'application de faux principes de garantie de risques : les petits risques, plus nombreux, sont couverts dans des proportions plus importantes parce qu'ils bénéficient à beaucoup d'électeurs, tandis que les gros risques sont garantis de manière notoirement insuffisante.

4. Une autre preuve de l'incapacité qui s'est manifestée dans la gestion administrative de l'A. M. I., ce sont les innombrables inexactitudes découvertes dans les relevés fournis au fisc par les organismes assureurs, relevés dont se sont servis les contrôleurs pour taxer indûment de nombreux praticiens.

2. De Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit heeft tot op heden enkele gelukkige uitwerkingen gehad : de verbetering van de gezondheid der loontrekkenden in het bijzonder en van de volksgezondheid in het algemeen, waardoor bijgedragen werd tot de sociale vooruitgang.

Velen geven zich geen rekenschap van de krachtinspanningen der verschillende Regeringen die elkander in België opvolgden. De cijfers hieronder vereisen geen commentaar. Het totaal bedrag van alle wedden en lonen bellep in ons land, voor het jaar 1959, 122 miljard frank. Het totaal der bijdragen gestort aan de R. M. Z. vertegenwoordigde meer dan 31 miljard frank. De globale uitgaven van de R. M. Z., en van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin bedragen 50 miljard frank. Voor het R. V. Z. I. alleen beliepen de uitgaven in 1959 ongeveer 11 miljard frank. Voor het geheel der werken van de Maatschappelijke Zekerheid bereikte de financiële tussenkomst van de Staat, voor dit zelfde jaar, een totaal van bij de 16 miljard frank.

Nochtans moeten de krachtinspanningen worden voortgezet, maar zij moeten doelmatiger worden door een meer oordeelkundig gebruik van de aanzienlijke middelen waarover wordt beschikt.

3. De vertegenwoordigers van het Geneeskundig Korps keuren het nastreven van dit doel goed en verklaren zich bereid er aan mede te werken. Een goede gang van de verzekering is inderdaad onmogelijk zonder een nauwe, volledige en oprechte samenwerking tussen de leden van het Geneeskundig Korps en de verantwoordelijkheden voor de verzekering.

4. Het huidig beheer van de V. Z. I. maakt deze samenwerking niet mogelijk. De achtereenvolgende Regeringen hadden zulks wel degelijk begrepen. Zij hebben hervormingen nagestreefd zonder er nochtans in te slagen een gezonder beheer tot stand te brengen, want tot hiertoe heeft men absoluut geen rekening gehouden met het advies van het Geneeskundig Korps, dat nochtans terzake bijzonder bevoegd is.

Huidig systeem van de V. Z. I.

De Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit omvat een uitvoeringsorganisme : het Rijksfonds. Het is een parastatale instelling waarin de vijf mutualiteiten een overwegende invloed uitoefenen onder meer door hun talrijke rechtstreekse en onrechtstreekse vertegenwoordigers in de verschillende directiecomités en commissies van advies.

Anderzijds zijn het diezelfde verzekeringsorganismen die omzeggens de totaliteit beheren van de fondsen die ter beschikking van de V. Z. I. worden gesteld. Zij zijn het inderdaad die aan hun aangeslotenen, tegen voorlegging van de geneeskundige attesten en de rekeningen der klinieken, de vergoedingen uitkeren die voor medische zorgen en voor hospitalisatie bepaald zijn.

Voor iedere terugbetaling aan een verzekerde ontvangt het verzekeringsorganisme van het R. V. Z. I. een proportionele vergoeding voor het dekken van de administratiekosten.

De politieke mutualiteiten hebben aldus een feitelijk monopolie in het gebruik van de middelen der ziekteverzekering, zonder nochtans een wezenlijke financiële verantwoordelijkheid te dragen, vermits de Staat alle tekorten dekt.

Noodzakelijkheid van een hervorming der V. Z. I.

Een volledige hervorming van de V. Z. I. is volkomen gerechtvaardigd. Inderdaad :

1. Alhoewel de Staat de gezondheidsrisico's der verzekerden te zijnen laste neemt en hiertoe op de lonen der verzekerden en op het kapitaal der werkgevers steeds grotere bedragen heft, slaagt hij er niet in zijn financiële verantwoordelijkheid behoorlijk na te komen.

2. Het beheer loopt volledig mank door de verschillende politieke invloeden die er een vooraanstaande rol in spelen.

In hun streven naar het verhogen van hun aantal leden, gaan de verzekeringsorganismen over tot een werkelijk opbod inzake voordelen van gezondheidszorg en voeren de demagogie binnen in een domein waar alleen de factor « gezondheid » zou mogen tellen.

3. De mutualistische doctrine leidt tot een versnippering van de krachtsinspanningen en tot het toepassen van valse principen bij het dekken van de risico's. De kleine risico's komen het talrijkst voor en werden in meer belangrijke verhouding gedekt, want zij komen aan vele kiezers ten goede, terwijl de grote risico's klaarblijkelijk onvoldoende gedekt zijn.

4. Een ander bewijs van de onbekwaamheid die zich in het administratief beheer van de V. Z. I. veropenbaarde, vindt men in de ontelbare onjuistheden die ontdekt werden in de staten door de verzekeringsorganismen aan de fiscus overgemaakt. Deze staten werden door de fiscus gebruikt om de geneesheren onrechtmatig te takseren.

Même s'il ne s'agit que d'erreurs, elles sont trop importantes et trop préjudiciables pour ne pas mettre en cause tout le système de la gestion des fonds publics par des mutualités politiques et, ce qui est encore plus grave, ces erreurs ont mis en cause l'honorabilité de nombreux médecins.

5. Les retards de remboursement dont sont victimes les pharmaciens, les médecins et les institutions de soins pratiquant le « tiers-payant » prouvent également que la gestion ne répond pas aux nécessités actuelles.

6. L'invraisemblable maquis de réglementations et formulaires, en somme la lourdeur de la machine administrative actuelle, relègue de plus en plus le malade et le médecin au second plan en les mettant sous la coupe de l'administration mutualiste.

7. Le budget de l'assurance maladie-invalidité augmente chaque année dans des proportions qui sont disproportionnées aux dires du Gouvernement. Devant cet état de choses, le Gouvernement met en vigueur ou envisage des mesures financières ou administratives très fragmentaires qui sont plus palliatives que réellement curatives et qui font très souvent fi des principes d'une bonne médecine.

8. Enfin une raison d'un autre ordre milite en faveur d'une réforme de l'A. M. I. En effet, si l'on tient compte de l'uniformisation prochaine des législations de sécurité sociale des six pays de la Communauté Européenne, selon les clauses du Traité de Rome, il faudrait que le nouveau système mis au point dans notre pays se rapproche des systèmes en vigueur chez les principaux partenaires du Marché Commun, et notamment du système appliqué chez notre voisin du Sud, qui a une forte influence dans la politique générale de la Communauté et dont les conceptions correspondent particulièrement aux nôtres.

Remarquons que des six pays de la Communauté, le nôtre est le seul où des mutualités politiques concurrentes gèrent les fonds de l'Etat en matière d'assurance maladie-invalidité.

Propositions du Corps Médical.

Etant donné que le médecin est le principal ordonnateur de dépenses dans le cadre de l'A. M. I. et étant donné la responsabilité qu'il assume au point de vue de la santé des assurés, il est normal que le Corps Médical doive prendre des responsabilités de premier plan dans l'organisation et la gestion de l'assurance maladie-invalidité.

C'est pourquoi le Corps Médical, représenté par l'Association Générale des Médecins Belges, demande que le Gouvernement s'engage à mettre sur pied dans un délai de deux ans, une réforme fondamentale de l'A. M. I. en plein accord avec les médecins et en collaboration étroite avec les responsables des organismes professionnels médicaux.

En attendant cette réforme structurelle, la collaboration entre l'A.M.I. et l'Association Générale des Médecins Belges pourrait se réaliser sous forme d'un engagement des médecins dans le cadre d'une Déclaration Médico-Gouvernementale.

Une réforme fondamentale de l'A. M. I.

Le Corps Médical, mesurant pleinement ses responsabilités, désire les endosser sans réticence et a déjà fait preuve de ce désir en signant unanimement en décembre 1959 une convention médico-mutualiste qui donnait aux assurés la possibilité d'obtenir des soins de la grande majorité des médecins, moyennant des honoraires qui cadrent avec le sens social et à des tarifs connus à l'avance.

En janvier et en février, à l'occasion du projet de réforme de l'A. M. I. élaboré par le Ministre Servais, le Corps Médical, par l'intermédiaire de sa Commission de Contact, a d'ailleurs offert son entière collaboration au Ministre, en proposant la création :

a) d'une commission médicale consultative destinée à donner des avis au Ministre de la Prévoyance Sociale;

b) d'un organisme indépendant de contrôle ayant pour mission d'éliminer les abus constatés dans le fonctionnement du F. N. A. M. I.

Il a en outre exprimé le désir de jouer un rôle actif au sein de ces organismes. Bien qu'une partie seulement de ces propositions ait été retenue (contrôle médical), le Corps Médical offre actuellement encore au Gouvernement son concours le plus total en vue d'assainir l'A. M. I. et de restaurer son équilibre financier.

Zelfs al gaat het slechts om vergissingen, dan zijn deze nog te belangrijk opdat gans het systeem van beheren van publieke fondsen door politieke mutualiteiten niet in het gedrang zou komen. Wat erger is, deze vergissingen hebben de eerbaarheid van zeer vele geneesheren in het gedrang gebracht.

5. De vertraging in de terugbetalingen waarvan de apothekers evenals de geneesheren en verzorgingsinstellingen die het systeem van « derdebetalende » aanvaarden het slachtoffer zijn, toont insgelijks aan dat het beheer niet aan de huidige noodwendigheden beantwoordt.

6. De onmogelijke warboel van reglementeringen en formulieren, de logheid van het huidige beheer schuiven zowel zieke als dokter op het achterplan en maken beiden volledig afhankelijk van de mutualistische administratie.

7. Het budget van de V. Z. I. verhoogt jaarlijks en neemt, volgens de Regering, ondraaglijke afmetingen aan. Hiertegenover treft of overweegt de Regering zeer fragmentarische financiële en administratieve maatregelen die wel iets helpen maar niet tot de kern doordringen en zeer dikwijls de principen van een goede geneeskunde veronachtzamen.

8. Eindelijk pleit nog een gans andere beschouwing voor een hervorming van de V. Z. I. Volgens het verdrag van Rome moet binnenkort de eenvormigheid verwezenlijkt worden van de wetten voor Maatschappelijke Zekerheid van de zes landen der Europese Gemeenschap. Het ware daarom wenselijk dat het nieuw stelsel dat men in ons land uitwerkt, de stelsels van de bijzondere partners van de Gemeenschappelijke Markt van zeer dicht zou benaderen. Het stelsel van onze Zuiderburen, die een grote invloed op de algemene politiek van de Gemeenschap uitoefenen, staat bijzonder dicht bij onze opvattingen.

Merken wij op dat van de zes landen die de Europese Gemeenschap uitmaken, ons land het enige is waar concurerende politieke mutualiteiten de fondsen van de Staat inzake verzekering tegen ziekte en invaliditeit beheren.

De voorstellen van het Geneeskundig Korps.

Vermits de geneesheer enerzijds rechtstreeks betrokken is bij het verwekken van uitgaven in het kader der ziekteverzekering en hij anderzijds de verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid der verzekerden, is het normaal dat het Geneeskundig Korps een grote medeverantwordelijkheid draagt in de organisatie en het beheer van de V. Z. I.

Daarom vraagt het Geneeskundig Korps, vertegenwoordigd door het Algemeen Verbond der Geneesheren van België, dat de Regering er zich zou toe verbinden binnen een tijdspanne van twee jaar een fundamentele hervorming van de V. Z. I. te verwezenlijken in volledig akkoord met de geneesheren en in nauwe samenwerking met de verantwoordelijken der geneeskundige beroepsverenigingen.

In afwachting van deze structurele hervorming zou de samenwerking tussen V. Z. I. en A. V. G. B. kunnen tot stand komen onder de vorm van een verbintenis der geneesheren in het kader van een Medico-Gouvernementele Verklaring.

Een fundamentele hervorming van de V. Z. I.

Het Geneeskundig Korps kent zijn verantwoordelijkheid en wenst ze niet te ontvluchten. Hiervan heeft het reeds de proef geleverd toen het eensgezind in december 1959 de medico-mutualistische overeenkomst ondertekende waardoor aan de verzekerden de mogelijkheid werd gegeven de zorgen te genieten van de grote meerderheid der geneesheren, aan erelonen die met een sociale geest stroken, en tegen tarieven die bij voorbaat vaststaan.

Ter gelegenheid van het hervormingsontwerp der V. Z. I. uitgewerkt door Minister Servais, heeft het Geneeskundig Korps, in januari en februari 1960, door tussenkomst van zijn kontaktcommissie, zijn volledige steun aan de Minister aangeboden en de oprichting voorgesteld :

a) van een geneeskundige Commissie van advies, die adviezen zou verstrekken aan de Minister van Sociale Voorzorg;

b) van een onafhankelijk controleorganisme dat ermede belast zou zijn de misbruiken uit te roeien die in de werking van het R. V. Z. I worden vastgesteld.

Tevens werd de wens uitgedrukt in deze organismen een actieve rol te kunnen spelen.

Alhoewel slechts een gedeelte dezer voorstellen weerhouden werd (Geneeskundige controle), biedt het Geneeskundig Korps thans nog zijn meest volledige steun aan de Regering om de V. Z. I. te saneren en om haar financieel evenwicht te herstellen.

Dans le cadre de cette collaboration :

1. La liberté totale du malade dans le choix de son médecin est un principe de base. Cette liberté ne peut en rien être limitée par une réglementation.

2. Il est essentiel pour le malade de pouvoir recourir à un médecin jouissant d'une entière indépendance dans l'exercice de sa profession, aussi bien dans le domaine thérapeutique que dans le domaine du diagnostic, pour autant bien entendu qu'il respecte certaines conditions financières acceptées de commun accord par convention. C'est pourquoi l'engagement du médecin doit se faire sous le régime du droit privé. Cet engagement doit être librement consenti et librement signé. Toutefois, l'Association Générale des Médecins Belges est prête à envisager tous les moyens susceptibles d'amener à cet engagement la totalité du Corps Médical.

3. Le secret professionnel doit être sauvegardé, il est une garantie importante pour le malade.

4. Le malade a droit à toute méthode de diagnostic ou de thérapeutique nécessitée par son état; il a droit à des soins égaux et à des tarifs égaux, quel que soit l'endroit où ces soins sont dispensés (médecine privée, clinique ou polyclinique).

5. Les divers éléments de l'exercice de la médecine et notamment les responsabilités encourues par le médecin doivent entrer en ligne de compte pour régler son aspect financier. Il est donc indispensable de revaloriser l'acte intellectuel du médecin.

Pour atteindre ces buts et afin que la collectivité belge puisse disposer d'une sécurité sociale réelle, il faut dépolitiser les problèmes relatifs à l'A. M. I., c'est-à-dire il faut que les fonds versés par les assujettis à la sécurité sociale et complétés par l'apport de tous les contribuables soient mis à la disposition d'un organisme indépendant fonctionnant au profit exclusif des malades et des invalides, sans que les mutualités puissent d'une manière ou d'une autre gérer même temporairement les ressources de l'A. M. I.

Celui-ci se chargerait de rembourser aux institutions de soins gérées par les Mutualités, les honoraires correspondant aux prestations médicales qui y ont été affectées, ainsi que certains frais inhérents au bon fonctionnement des cliniques et polycliniques mutualistes.

Un engagement des médecins dans le cadre d'une déclaration médico-gouvernementale.

En attendant que soit élaborée la réforme fondamentale de l'A. M. I., le Corps Médical est décidé à s'engager par une déclaration médico-gouvernementale pour une période de deux ans.

Cet engagement doit être financièrement supportable par l'Etat et par le F. N. A. M. I. où des économies substantielles doivent être réalisées. Ces économies ne peuvent se faire à sens unique, c'est-à-dire exclusivement au détriment des médecins ou des assurés. Chacun doit y apporter sa part : tout en étant financièrement supportable par le malade, l'acte médical doit garder toute sa dignité et exclure notamment la pratique généralisée et légalisée du médecin fonctionnaire pour tout le Corps Médical, situation qui créerait des conditions défavorables à une meilleure pratique médicale.

L'engagement doit aussi être supportable par les médecins dont la vie actuelle, la responsabilité, la durée des études, l'absence complète de sécurité légale (accidents de travail, etc.), les droits irréfutables à l'étude et au perfectionnement (indispensable à une qualité réelle de l'art de guérir) ne sont actuellement pas suffisamment pris en considération.

Le Corps Médical croit indispensable d'insister sur la nécessité de la participation réelle du malade au paiement des honoraires afin d'éviter le recours abusif aux soins, faute de quoi, ou bien les cotisations individuelles seront nécessairement augmentées (1), ou bien la somme des impôts nationaux sera augmentée comme en Angleterre où elle est passée de 305 à 486 millions de livres par an de 1948 à 1959 (soit près de 60 % d'augmentation), de telle sorte que les promoteurs mêmes de cette médecine soi-disant gratuite sont les premiers à créer le ticket modérateur, comme ils ont été amenés à le faire dans le système anglais.

(1) Citons comme exemple la France, où la médecine n'est cependant pas gratuite et où le prélèvement réalisé sur les salaires au bénéfice de la Sécurité Sociale atteint le chiffre de 47 %.

In het kader van deze medewerking :

1. Blijft de vrije keuze van geneesheer door de zieke een basisprincipe, waaraan door geen reglementering mag worden getornd.

2. Is het onontbeerlijk dat de zieke beroep zou kunnen doen op een geneesheer die, zowel voor de diagnose als voor de verzorging, volkomen onafhankelijk staat, op voorwaarde natuurlijk dat hij bepaalde financiële regels eerbiedigt die door de verbintenis en door gemeenschappelijk akkoord zijn aangenomen. Daarom moet de verbintenis van de geneesheer privaatrechtelijk zijn. Deze verbintenis moet vrij besproken, vrij aangegaan, vrij getekend worden. Het Algemeen Verbond der Geneesheren van België is echter bereid alle middelen te overwegn die van aard zijn om gans het Medisch Korps voor zulk een verbintenis te winnen.

3. Moet het beroepsgeheim gevrijwaard blijven daar het een belangrijke waarborg is voor de patiënt.

4. Heeft de patiënt recht op iedere methode van diagnose of van therapie die zijn toestand vereist. Hij heeft recht op dezelfde zorgen tegen dezelfde tarieven, waar ook die zorgen hem worden verstrekt (privé geneeskunde, kliniek of polykliniek).

5. De verschillende elementen betrokken bij de uitoefening der geneeskunde en voornamelijk de verantwordelijkheid die de geneesheer draagt, moeten in aanmerking worden genomen om het financieel aspect der geneeskunde te regelen. Het is onontbeerlijk de intellectuele bedrijvigheid van de geneesheer te herwaarderen.

Om dit alles te bereiken, en opdat de Belgische gemeenschap over een werkelijke sociale zekerheid zou beschikken, moeten de problemen van de V. Z. I. gedepolitiseerd worden. De gemiddelden voortkomend van de bijdragen der maatschappelijke zekerheid, aangevuld door de bijdragen van alle belastingplichtigen, moeten ter beschikking gesteld worden van een onafhankelijk organisme, dat enkel in het belang van zieken en invaliden functioneert. Op geen enkele manier, ook niet tijdelijk, mogen de mutualiteiten de geldmiddelen van de V. Z. I. beheren.

Dit organisme zou er mede belast worden aan de verzorgingsinstellingen dor de mutualiteiten beheerd, de erelonen terug te betalen voor de geneeskundige zorgen die er werden verstrekt, alsook bepaalde onkosten die inherent zijn aan de goede werking der mutualistische klinieken en polyklinieken.

Een verbintenis der geneesheren in het kader van een Medico-Gouvernementele verklaring.

In afwachting dat de fundamentele hervorming van de V. Z. I. uitgewerkt is, verklaart het Geneeskundig Korps zich bereid om zich door een medico-gouvernementele verklaring te verbinden voor een termijn van twee jaar.

Deze verbintenis moet financieel te dragen zijn door de Staat en door het R. V. Z. I., waar merkelijke besparingen moeten verwezenlijkt worden. Deze besparingen mogen niet in enkele richting, uitsluitend ten nadele van de geneesheren en van de verzekerden, geschieden. Iedereen moet hiertoe bijdragen. De geneeskundige tussenkomst moet voor de zieke financieel te dragen zijn, maar zij moet ook haar volledige waardigheid behouden. Het mag namelijk niet zijn dat, door de gebruiken of door de wet, de leden van het Geneeskundig Korps geneesheren-functionarissen zouden worden, wat trouwens zou leiden tot een minder goede uitoefening van de geneeskunde.

De verbintenis moet ook te dragen zijn door de geneesheren. Hun verantwoordelijkheid, de duur van hun studies, het ontbreken van alle wettelijke zekerheid (werkongevallen, enz.), het onbetwistbaar recht op studie en vervolmaking (wat onontbeerlijk is voor een waarlijk goede geneeskunde) : met dit alles wordt thans niet genoeg rekening gehouden.

Het geneeskundig Korps gelooft dat het nodig is aan te dringen op een effectieve bijdrage van de patiënt in de betaling der erelonen, dit om alle misbruiken tekeer te gaan, waar beroep op verzorging wordt gedaan. Zoniet zouden ofwel de individuele bijdragen noodzakelijkerwijze moeten verhoogd worden (1) ofwel zouden de nationale belastingen stijgen, zoals in Engeland waar zij, van 1948 tot 1959, stegen van 305 tot 486 miljoen pond per jaar (hetzij een verhoging van ongeveer 60 %). Hierdoor werden de promotors zelf van de kosteloze geneeskunde er als eersten toe gebracht het matigingsticket in te voeren, zoals in het Engels systeem is geschied.

(1) Nemen wij het voorbeeld van Frankrijk, waar de geneeskunde nochtans niet kosteloos is, maar waar er vóór de Sociale Zekerheid 47 % van de lonen wordt afgehouden.

Un contrôle strict du respect de l'engagement est indispensable. Ce contrôle bien entendu doit être bilatéral. Il sera réalisé par une Commission prévue à cet effet.

Cet engagement doit se faire vis-à-vis du Gouvernement, par l'intermédiaire du ou des Ministres responsables ou mieux, par le truchement d'un Conseil ministériel restreint désigné à cet effet.

Elle sera établie selon les règles de droit privé et non pas sous la contrainte qu'évoque l'article 52 de la loi unique, ce qui risquerait d'engager la profession médicale dans des voies qui la rapprocheraient de la nationalisation.

Ces dispositions ne peuvent avoir, dans le domaine des relations entre le malade et son médecin traitant, une portée même partielle d'une renonciation des droits personnels du malade sans l'assentiment réel de ce dernier. Ce principe doit s'appliquer notamment au droit au secret professionnel, au libre choix du médecin, à la détermination des prestations médicales, à la liberté individuelle de se soumettre ou de ne pas se soumettre à un traitement médical.

Le fait d'attribuer une autre portée à une disposition de l'engagement le rendrait caduc.

Toutes les sources d'abus médicaux et extra-médicaux doivent être formellement étudiées et réprimées par l'Institut Supérieur Technique de Contrôle Médical où siégeront, comme le prévoit l'article 34 de la loi unique, les représentants de l'Ordre des Médecins et les représentants des Médecins-Conseils de l'A. M. I.

L'engagement qui ne sera valable que si au moins 60 % des médecins généralistes et 60 % des médecins spécialistes s'y inscrivent, aura une durée de deux ans au plus, du fait qu'il ne sera que le prélude de la réforme structurelle de l'A. M. I.

Cet engagement comprendra deux titres principaux :

A. — Les soins généraux de santé;

B. — Les soins spéciaux comprenant les techniques diagnostiques et les techniques de traitement.

A. — *Les soins généraux de santé.*

Il s'agit de consultations au cabinet du médecin généraliste et du médecin spécialiste, des visites ordinaires, d'urgence, de nuit et de dimanche, effectuées par les médecins généralistes.

Il s'agit également de ce diagnostic particulièrement difficile posé par le médecin traitant dans le cas de maladies qui exigent une opération chirurgicale.

Ce diagnostic exige de la part des médecins un acte intellectuel supérieur et un jugement comportant une lourde responsabilité.

Pour toutes ces prestations, les honoraires doivent être revalorisés.

Le Corps Médical propose, comme cela avait déjà été discuté et admis précédemment lors des pourparlers avec les mutualités :

1. Pour les assurés sociaux dont les revenus ne dépassent pas les plafonds suivants :

— célibataire : 100.000 francs par an;

— marié : 125.000 francs;

— ménage avec 1 enfant : 135.000 francs;
et ainsi de suite (supplément de 10.000 francs par enfant).

Des honoraires dont les bases sont les suivantes :

Consultation du praticien de médecine générale	fr. 50
Consultation du spécialiste	100
Visite à domicile du généraliste	75
Visite de nuit du généraliste	180

2. Pour les assurés dont les revenus dépassent les plafonds précisés au 1, les honoraires seront fixés dans un esprit de modération.

3. Pour les invalides du travail, les orphelins, les veuves des pensionnés et les personnes assimilées, un statut spécial sera étudié avec les instances responsables.

En cas d'affection chirurgicale, l'acte diagnostique magistral effectué par le médecin traitant implique la participation de celui-ci aux honoraires chirurgicaux : il est utile que le malade connaisse explicitement cette participation.

Het is onontbeerlijk dat op het strikt naleven van de geneeskundige verbintenis nauw toezicht zou worden uitgeoefend. Dit toezicht moet wel te verstaan bilateraal zijn en zal verwezenlijkt worden door een hiertoe op te richten Commissie.

Deze verbintenis moet worden aangegaan tegenover de Regering, vertegenwoordigd door de verantwoordelijke Minister of Ministers of, beter nog, door een Beperkt Ministerieel Comité dat hiertoe zou worden aangeduid.

Zij zal worden aangegaan volgens de regelen van het privaatrecht en niet onder de invloed van de dwang die art. 52 van de eenheidswet oproept. Hierdoor zou men het geneeskundig beroep in banen leiden die het zeer dicht bij de nationalisatie zouden brengen.

In de betrekkingen tussen patiënt en behandelende geneesheer mogen deze beschikkingen, zelfs niet gedeeltelijk, een verzaking aan de persoonlijke rechten van de zieke medebrengen, indien deze laatste er niet vrij in toestemt. Dit principe geldt namelijk voor het recht op het beroepsgeheim, voor de vrije keus van geneesheer, bij het bepalen van geneeskundige prestaties alsmede op de individuele vrijheid zich al dan niet aan een bepaalde medische behandeling te onderwerpen.

Moest aan één van de beschikkingen der overeenkomst een betekenis gegeven worden die in strijd zou zijn met het bovenstaande, zou gans de overeenkomst vervallen.

Alle bronnen van geneeskundige of extra-geneeskundige misbruiken moeten worden opgespoord en beteugeld door het Instituut voor Geneeskundige controle, waarin vertegenwoordigers zullen zetelen van de geneeskundige beroepsorganisatie, van de Orde der Geneesheren en van de medische adviseurs van de V. Z. I., zoals voorzien in artikel 34 van de eenheidswet.

De verbintenis zal slechts geldig zijn wanneer 60% der huisartsen en 60% der geneesheren specialisten ze onderschrijven; zij zal over maximum twee jaar lopen, vermits zij slechts de aanloop is voor de structurele hervorming van de V. Z. I.

De verbintenis zal twee hoofdtitels omvatten :

A. — De algemene gezondheidszorgen;

B. — De bijzondere zorgen, die de technieken van diagnose en de technieken van behandeling omvatten.

A. — *De algemene gezondheidszorgen.*

Hier worden bedoeld de raadplegingen in het kabinet van de huisarts of van de geneesheer-specialist, de gewone huisbezoeken, de spoed-, nacht- en zondagbezoeken van de huisarts. Tevens wordt hierdoor bedoeld de soms ingewikkelde diagnose door de behandelende geneesheer te stellen zij ziekten waar heelkundig ingrijpen vereist is.

Zulk diagnose vereist van de geneesheer een hoge intellectuele inspanning en een zware verantwoordelijkheid. Voor al deze prestaties moeten de erelonen geherwaardeerd worden.

Ziehier de voorstellen van het Geneeskundig Korps, zoals zij trouwens werden besproken en aanvaard bij de onderhandelingen met de mutualiteiten.

1. Voor de verzekerde waarvan de inkomsten volgende plafonds niet overschrijden :

— ongehuwde : 100.000 frank per jaar;

— gehuwde : 125.000 per jaar;

— gehuwde met één kind : 135.000 frank en zo voort (verhoging van 10.000 frank per kind).

Worden de basiserelonen vastgesteld als volgt :

Raadpleging bij een :	
Huisarts	fr. 50
Specialist	100
Huisbezoek van een huisarts	75
Nachtbezoek van een huisarts	180

2. Voor de verzekerden waarvan de inkomsten de plafonds sub 1, overschrijden, zullen de erelonen in een geest van gematigheid worden vastgesteld.

3. Voor de arbeidsinvaliden, de wezen, de weduwen van gepensioneerden en de gelijkgestelden zal een bijzonder statuut worden uitgewerkt in samenwerking met de verantwoordelijke instanties.

Bij een heelkundige aandoening brengt het stellen voor de diagnose door de behandelende geneesheer mede dat hij deelneemt aan de heelkundige erelonen; het ware nuttig de patiënt hierop te wijzen.

Les honoraires pour ces prestations générales se paient en principe à la vacation et par paiement direct.

Ces honoraires prévoient une augmentation du remboursement dans le cadre de l'engagement; toutefois, cette augmentation sera très largement compensée par les substantielles économies budgétaires réalisées grâce aux dispositions générales et à leur contrôle efficace par l'Institut Supérieur du Contrôle.

B. — *Les soins spéciaux.*

Les soins spéciaux, c'est-à-dire les examens techniques (laboratoire, radiologie, électrocardiographie, métabolisme de base, etc.), ainsi que les soins techniques (radiothérapie, physiothérapie, etc.) et les soins chirurgicaux généraux administrés selon les normes admises, seront prestés au tarif d'honoraires de base de l'arrêté du 22 septembre 1955; en principe sans participation personnelle de l'assuré dont les revenus ne dépassent pas 100.000 francs par an, plus 25.000 francs pour l'épouse et 10.000 francs par enfant.

Dans le cadre des soins spéciaux, le tiers payant peut être admis avec l'assentiment du médecin.

Avantages des propositions.

Pour l'A. M. I.

1. Limitation des abus par la participation personnelle de l'assuré dans le montant des honoraires.

2. Cogestion constructive avec les médecins.

3. Equilibre budgétaire mieux assuré.

4. Certitude de pourvoir aux soins médicaux des assurés suivant des normes connues et admises bilatéralement.

5. Contrôle plus aisé grâce à l'Institut Supérieur Technique de Contrôle Médical.

Pour les assurés.

1. Soins dispensés à des tarifs d'honoraires préférentiels et connus d'avance.

2. Liberté du choix du médecin par l'assuré qui aura à sa disposition, en pratique, tout le Corps Médical.

3. Revalorisation de la notion de l'individu et de la qualité humaine de la médecine.

4. Participation personnelle et très limitée de l'assuré aux honoraires, qui lui garantit dans la dignité toutes les méthodes modernes de diagnostic et de traitement, dans le cadre d'un système financier qui n'augmentera pas ses cotisations.

Pour la médecine.

1. Liberté de diagnostic et de traitement qui laisse au médecin, dans le cadre conventionnel, les moyens d'exercer son art en toute conscience.

2. Dégager la médecine de toute influence politique et diminuer l'ingérence de l'administration, puisque l'engagement vis-à-vis du Gouvernement supprime un certain nombre d'intermédiaires administratifs irresponsables.

3. Grâce au contrôle, garantie d'une médecine sociale sans abus.

4. L'Ordre des Médecins, par des pouvoirs renforcés, maintiendra l'exercice de la médecine dans les règles strictes de la déontologie.

De erelonen voor deze algemene prestaties worden in principe per vacatie en rechtstreeks betaald.

Deze erelonen voorzien een verhoging van de terugbetaling in het kader van de overeenkomst; deze verhoging zal in grote mate gecompenseerd worden door de aanzienlijke budgetaire besparingen voortvloeiend uit de algemene beschikkingen en de doelmatige kontrole door het Instituut voor Geneeskundige Controle.

B. — *De bijzondere zorgen.*

De bijzondere zorgen, dit wil zeggen, de technische onderzoeken (laboratorium, radiologie, electrocardiografie, basaal metabolisme, enz.) alsmede de technische zorgen (radiotherapie, physiotherapie, enz.) en de algemene heelkundige zorgen, toegediend volgens de erkende normen, worden gepresteerd tegen het tarief van basiserelonen van het Besluit van 22 september 1955; in principe, zonder persoonlijke tussenkomst van de verzekerde waarvan de inkomsten 100.000 frank per jaar niet overschrijden, vermeerderd met 250.000 frank voor de echtgenote en 10.000 frank per kind.

In het kader der bijzondere zorgen kan de « derde betalende » worden aanvaard met instemming van de geneesheer.

Voordelen der verbintenis.

Voor de V. Z. I.

1. Beperking van de misbruiken door de persoonlijke bijdrage van de verzekerde in het bedrag der erelonen.

2. Constructief medebeheer met de geneesheren.

3. Beter te voorzien budgettaire evenwicht.

4. Zekerheid de geneeskundige zorgen aan de verzekerde te kunnen verstrekken volgens bilateraal gekende en aanvaarde normen.

5. Gemakkelijker kontrole dank zij het Instituut voor Geneeskundige Controle.

Voor de verzekerden.

1. Zorgen verstrekt tegen bij voorbaat gekende tarieven van erelonen.

2. Vrije keuze van geneesheer uit praktisch gans het Geneeskundig Korps.

3. Revalorisatie van de personalistische instelling en van de humanitaire strekking der geneeskunde.

4. Persoonlijke en zeer beperkte deelneming van de verzekerde in de onkosten der erelonen, wat hem alle moderne methodes van diagnose en behandeling waarborgt, in het kader van een financieel systeem waarbij zijn bijdragen niet zullen verhogen.

Voor de geneeskunde.

1. Vrijheid van diagnose en van behandeling waardoor de geneesheer, in het kader van de overeenkomst, over alle middelen beschikt om zijn beroep in geweten uit te oefenen.

2. De geneeskunde losmaken van alle politieke invloeden en de bemoeiingen van de administratie verminderen, vermits de verbintenis tegenover de Regering, een zeker aantal onverantwoordelijke administratieve tussenpersonen overbodig maakt.

3. De controle waarborgt een sociale geneeskunde zonder misbruiken.

4. Door verstrekte bevoegdheid zal de Orde der Geneesheren de uitoefening van de geneeskunde strikt houden binnen de regelen van de plichtenleer.

ANNEXE III.

Protocole d'accord entre le Ministre de la Prévoyance sociale et l'Association Générale des Médecins belges.

Les représentants de l'Association Générale des Médecins Belges se sont réunis à plusieurs reprises avec le Ministre de la Prévoyance Sociale et ses collaborateurs pour examiner les conditions d'une collaboration du Corps Médical à l'assainissement de l'Assurance Maladie-Invalidité, à une plus grande efficacité de celle-ci et à une plus grande sécurité pour les assurés sociaux et leur famille.

Conscients qu'il est nécessaire de mettre fin à des controverses qui n'ont servi personne et à des mésententes qui ont pesé sur le fonctionnement de l'Assurance Maladie-Invalidité, en énervant les activités de tous ceux qui contribuent à l'efficacité du régime, ils ont voulu définir d'une manière pratique les bases d'une collaboration durable. Celle-ci repose sur la reconnaissance par les pouvoirs publics et les organismes assureurs du rôle éminent du Corps Médical et d'une bonne organisation de la médecine, ainsi que sur le respect des valeurs auxquelles celui-ci est légitimement attaché : le libre choix, le secret médical, la liberté thérapeutique, la promotion médicale et le standing social inhérent à la valeur du Corps Médical dans le Royaume.

Les représentants du Corps Médical reconnaissent d'autre part la nécessité d'assurer, grâce à une coopération efficace et à un large esprit social, la protection et la sauvegarde de la santé de la population.

Convaincus du rôle que peut jouer le Corps Médical, ses représentants considèrent pouvoir apporter — à côté de tous ceux qui participent au fonctionnement de l'Assurance Maladie-Invalidité — une collaboration qui permettra d'utiliser les nombreux progrès de la médecine, avec le maximum d'efficacité pour les assurés et d'économie pour l'assurance; ceci implique l'élimination de toutes formes d'abus ou de dépenses injustifiées. C'est dans cet esprit que le protocole suivant a été rédigé.

1°) Gestion de l'Assurance-Soins de santé.

Le Corps Médical apporte sa participation à la gestion de l'Assurance-Maladie au sein d'un Institut National des Soins de Santé, à créer avec le statut d'un parastatal.

Les organismes assureurs et les médecins apportent, pour rendre la gestion efficace, une compétence qui, au départ est par nature orientée pour les premiers vers la technique de l'Assurance et pour les seconds vers la technique de la médecine et de l'organisation de la profession médicale. Ces compétences se complètent et ne peuvent être séparées : elles doivent se confondre au sein d'une gestion commune.

Unis dans cette gestion, les organismes assureurs, les médecins et les autres collaborateurs de la médecine doivent y établir, compte tenu des compétences respectives, les normes selon lesquelles seront dispensées les prestations de l'Assurance-Maladie; les règles de fonctionnement établies par le Conseil de Gestion de l'Institut National des Soins de Santé doivent être déterminées de manière telle qu'il soit tenu compte des avis des médecins sur l'organisation de la médecine et ses techniques et de l'expérience des organismes assureurs dans l'organisation de l'Assurance.

C'est sur la base de ce respect réciproque que se fonde la responsabilité commune de la gestion.

2°) Responsabilité.

Il faut tenir compte du fait que l'équilibre financier de l'Assurance-Maladie dépend essentiellement du niveau des ressources et, comme ce niveau ne peut, au départ d'un nouveau régime, être établi sur des bases valables, il est indiqué de prévoir une période expérimentale de trois ans pendant laquelle la gestion permettrait d'établir à la fois les normes de fonctionnement et les normes financières propres au nouveau régime.

BIJLAGE III.

Overeenkomtprotocol tussen de Minister van Sociale Voorzorg en het Algemeen Verbond der Belgische Geneesheren van België.

De vertegenwoordigers van het Algemeen Verbond der Geneesheren van België zijn herhaaldelijk in vergadering bijeengekomen met de Minister van Sociale Voorzorg en zijn medewerkers ten einde de voorwaarden te onderzoeken tot medewerking van het Geneesherenkorps aan de sanering van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan een grotere doelmatigheid er van en aan een ruimere zekerheid voor de sociaal verzekerden en hun gezin.

Bewust als zij zijn van de noodzaak een einde te maken aan de geschillen die niemand hebben gediend en aan het gemis aan verstandhouding waardoor de werking van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering werd bezwaard, door de activiteiten van al wie bijdraagt tot de doelmatigheid van het stelsel aan kracht te doen inboeten, hebben zij de grondslagen tot een duurzame samenwerking op praktische wijze willen vaststellen. Deze samenwerking is gegrondvest op de erkenning van overheidswege en vanwege de verzekeringsinstellingen van de hoogstaande rol van het Geneesherenkorps en van een degelijke organisatie van de geneeskunde, alsmede op de eerbiediging van de waarden waaraan het rechtmatig is gehecht : de vrije keuze, het geneeskundig geheim, de vrijheid van therapie, de waardering van de geneeskunde en de sociale standing die onafscheidelijk verbonden is aan de waarde van het Geneesherenkorps in het Koninkrijk.

De vertegenwoordigers van het Geneesherenkorps erkennen anderzijds de noodzaak om, dank zij een doelmatige samenwerking en een ruime sociale geest, de bescherming en de vrijwaring van de gezondheid der bevolking te verzekeren.

Overtuigd als zij zijn van de rol die het Geneesherenkorps kan spelen, oordelen zijn vertegenwoordigers te kunnen medewerken — naast al degenen die aan de werking van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering deelnemen — ten einde de talrijke vorderingen van de geneeskunde te nutte te kunnen maken met een maximum aan doeltreffendheid voor de verzekerden en aan economie voor de verzekering; zulks behelst de uitschakeling van de misbruiken in welke vorm ook alsmede van de onverantwoordelijke uitgaven. In die geest is het dat volgend protocol werd opgesteld.

1°) Beheer van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging.

Het Geneesherenkorps verleent zijn medewerking aan het beheer van de Ziekteverzekering in de schoot van een Rijksinstituut voor Geneeskundige Verzorging dat, met het statuut van een parastatale instelling, dient opgericht.

Om een doelmatig beheer te bewerkstelligen, verlenen de verzekeringsinstellingen en de geneesheren een bevoegdheid die van meet af aan uiteraard gericht is, wat eerstgenoemden betreft, op de techniek van de Verzekering en, wat laatstgenoemden betreft, op de techniek van de geneeskunde en van de organisatie van het medisch beroep. Die bevoegdheden vullen elkaar aan en kunnen niet worden gescheiden : ze behoren samen te gaan in de schoot van een gemeenschappelijk beheer.

In dat beheer verenigd, behoren de verzekeringsinstellingen, de geneesheren en de andere medewerkers van de geneeskunde er, rekening houdende met de respectievelijke bevoegdheden, de normen uit te werken volgens welke de verstrekkingen van de Ziekteverzekering zullen verschaft worden; de werkingsregelen, vastgesteld door de Raad van Beheer van het Rijksinstituut voor Geneeskundige Verzorging, moeten derwijze worden bepaald dat rekening wordt gehouden met de adviezen van de geneesheren over de organisatie van de geneeskunde en haar technieken en met de ervaring van de verzekeringsinstellingen terzake va de organisatie der verzekering.

Op grond van die wederzijdse eerbiediging is het dat de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het beheer gevestigd is.

2°) Verantwoordelijkheid.

Er dient rekening mede gehouden dat het financieel evenwicht van de Ziekteverzekering wezenlijk afhangt van het inkomstenpeil en, aangezien bij het van wal steken van een nieuw stelsel dat peil niet op deugdelijke grondslagen kan worden gevestigd, is het aangewezen een proefperiode van drie jaren vast te stellen, tijdens welke het beheer de aan het nieuwe stelsel eigene werkingsnormen en financiële normen zou kunnen vaststellen.

Après cette période, il serait tenu compte, pour l'établissement du budget annuel, des progrès incessants de la médecine et aussi de l'évolution générale des rémunérations.

Ces considérations doivent dicter à la gestion de l'I. N. S. S. (Institut National des Soins de Santé) les mesures d'adaptation des ressources de l'Assurance-Maladie par les modifications tant des cotisations que des honoraires médicaux.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires et toute autre charge nouvelle doit être équilibrée au départ par un apport correspondant de recettes.

Par contre, une augmentation des dépenses dues à un accroissement injustifié des prestations entraînerait une adaptation des honoraires médicaux.

Une diminution du nombre d'actes par l'utilisation rationnelle de la nomenclature médicale justifierait aussi une adaptation des mêmes honoraires.

3°) La convention.

L'A. G. M. B. agissant en tant que personne morale, apporte un accord général auquel elle s'engage à faire adhérer la majorité des médecins en vue de l'établissement d'une convention nationale, dans le cadre de la participation du Corps Médical à la gestion de l'Institut National des Soins de Santé.

Cette convention nationale concernera notamment les soins médicaux et leur surveillance, les tarifs d'honoraires et leurs modalités de perception, tant pour les soins généraux que pour les soins spéciaux.

Des dérogations régionales pourront exister, mais elles devront préalablement être admises par le Conseil de Gestion de l'I. N. S. S.

Chaque convention s'applique à toutes les prestations, quel que soit l'endroit et le moment où elles sont dispensées.

4°) Mode de rétribution des médecins.

En Belgique, traditionnellement, les honoraires se payent à la vacation. Compte tenu que l'Assurance-Maladie est obligatoire pour une grande partie des travailleurs belges, cette règle générale peut souffrir des exceptions. Au sein de la convention sont prévus des cas où le paiement par tiers sera admis par le Corps Médical; il pourra de toute façon être admis pour les prestations coûteuses.

L'Association Générale des Médecins Belges prenant acte du souci du groupe de travail parlementaire de permettre une rétribution forfaitaire du médecin, admet, en principe, ce système. Il est cependant convenu que les conventions elles-mêmes définiraient les conditions et le cadre dans lesquels pourront s'exercer la médecine à la vacation et la médecine forfaitaire.

5°) Le Contrôle.

Les représentants du Corps Médical admettent qu'un contrôle indépendant doit, sans pour cela recourir à des interventions vexatoires, contribuer à une rationalisation de la dispensation des soins médicaux.

Il est convenu en outre que des commissions régionales médico-mutualistes seront instituées pour surveiller, de façon permanente, la bonne application des dispositions réglementaires et conventionnelles, et pour connaître les abus qui pourraient apparaître.

D'autre part, les représentants du Gouvernement et le Corps Médical conviennent de la nécessité de doter chaque assuré social d'un carnet sanitaire individuel comportant un volet détachable sur lequel les médecins établiront leur note d'honoraires en mentionnant les prestations effectuées: ce volet constituera le document indispensable à l'assuré pour être remboursé par son organisme assureur. Un volet fixe comportant les mêmes indications restera attaché au carnet sanitaire et permettra à chaque médecin ultérieurement consulté de connaître la nature des prestations déjà effectuées. Cette disposition permettra d'éviter la répétition inutile de certaines prestations.

Ces dispositions permettraient d'assouplir le système des autorisations préalables par le médecin-conseil, système qui constitue souvent une entrave à la rapidité et à l'efficacité des soins.

Le carnet sanitaire pourrait en outre être complété de façon à permettre une solution au problème du contrôle fiscal.

6°) Ticket modérateur.

Les représentants du Gouvernement et du Corps Médical estiment que, dans un régime où les honoraires réclamés par les médecins se limitent à des tarifs conventionnels, il est indiqué de faire supporter

Na dat tijdvak zou, om de jaarbegroting op te maken, rekening worden gehouden met de voortdurende vooruitgang van de geneeskunde en tevens met de algemene evolutie van de lonen.

Die overwegingen moeten het beheer van het R. G. V. (Rijksinstituut voor de Geneeskundige Verzorging) de maatregelen ingeven tot aanpassing van de inkomsten der Ziekteverzekering, zowel door wijzigingen van de bijdragen als van het artsenhonorarium.

De stijging van het aantal rechthebbenden en alle andere nieuwe lasten moeten van meet af aan hun evenwicht vinden in een overeenstemmende inbreng van ontvangsten.

Daarentegen zou een stijging van de uitgaven ingevolge een onverantwoord toenemen van de verstrekkingen een aanpassing van het artsenhonorarium tot gevolg hebben.

Een vermindering van het aantal verrichtingen door een rationeel gebruik van de geneeskundige nomenclatuur zou ook een aanpassing van dat honorarium rechtvaardigen.

3°) De overeenkomst.

Het A. V. G. B., dat als rechtspersoon optreedt, brengt een algemeen akkoord aan en verbindt zich er toe de meerderheid van de geneesheren tot dat akkoord te doen toetreden met het oog op het vaststellen van een nationale overeenkomst, binnen het bestek van de deelneming van het Geneesherenkorps aan het beheer van het Rijksinstituut voor Geneeskundige Verzorging.

Die nationale overeenkomst zal inzonderheid betrekking hebben op de geneeskundige verzorging en het toezicht daarop, de honoreringstarieven en hun inningsregelen, zowel inzake de algemene verzorging als inzake de speciale verzorging.

In streekafwijkingen kan worden voorzien, doch deze moeten vooraf door de Raad van Beheer van het R. G. V. worden aangenomen

Iedere overeenkomst is van toepassing op alle verstrekkingen, om het even waar en wanneer ze worden verricht.

4°) Bezoldigingswijze van de artsen.

In België wordt het honorarium, traditioneel, per verrichting betaald. Inachtgenomen dat de Ziekteverzekering verplicht is voor een groot deel van de Belgische werknemers, kunnen op die algemene regel uitzonderingen staan. In de overeenkomst wordt gesteld in welke gevallen betaling door een derde aangenomen wordt door het Geneesherenkorps; zulks kan alleszins aangenomen worden voor de dure verstrekkingen.

Het Algemeen Verbond der Geneesheren van België neemt akte van de bekommernis van de Parlementaire Werkgroep om een forfaitaire bezoldiging van de geneesheer toe te laten en neemt dat stelsel in principe aan. Overeengekomen wordt nochtans dat in de overeenkomsten zelf zal omschreven worden onder welke voorwaarden en binnen welk bestek de geneeskunde per verrichting en de geneeskunde tegen een forfaitair bedrag zal kunnen uitgeoefend worden.

5°) De Controle.

De vertegenwoordigers van het Geneesherenkorps nemen aan dat een onafhankelijke controle behoort bij te dragen tot een rationalisatie van het verstrekken der geneeskundige verzorging, zonder daartoe zijn toevlucht te nemen tot krenkende bemoeiingen.

Overeengekomen wordt bovendien dat gewestelijke artsen-ziekenfondscommissies zullen ingesteld worden om bestendig toezicht te houden op de degelijke toepassing van de verordenings- en overeenkomstbepalingen en om kennis te nemen van de misbruiken die zich zouden kunnen voordoen.

Voorts zijn de vertegenwoordigers van de Regering en het Geneesherenkorps het eens over de noodzaak ieder sociaal verzekerde van een individueel gezondheidsboekje te voorzien dat een afscheidbare strook bevat welke de geneesheren tot ereloonnota zou dienen door daarop de verleende verstrekkingen te vermelden: die strook zal het onontbeerlijke document zijn ten behoeve van de verzekerde om door zijn verzekeringsinstelling te worden vergoed. Een vaste strook waarop dezelfde aanwijzingen voorkomen blijft aan het gezondheidsboekje gehecht en aan de hand daarvan zal ieder geneesheer, die nadien wordt geraadpleegd, zich rekenschap kunnen geven van de aard der reeds verrichte verstrekkingen. Met deze schikking kan worden vermeden dat sommige verstrekkingen nutteloos worden herhaald.

Aan de hand van die schikkingen kan het systeem inzake de voorafgaande machtigingen van de adviserend geneesheer soepeler worden gemaakt; dat systeem vormt immers vaak een hinderpaal voor een vlugge en doeltreffende verzorging.

Het gezondheidsboekje zou bovendien derwijze kunnen aangevuld worden dat een regeling van het probleem inzake de belastingcontrole mogelijk wordt.

6°) Matigingsticket.

De vertegenwoordigers van de Regering en van het Geneesherenkorps achten het aangewezen dat, in een stelsel waar het door de artsen aangerekende honorarium beperkt is tot overeenkomsttarieven,

par l'assuré une partie du coût des prestations : ce ticket modérateur ne doit cependant s'appliquer que pour les soins relevant de la médecine générale et pour les consultations de spécialistes lorsque les honoraires sont remboursés à la vacation.

7°) Le médecin omnipraticien.

Le Ministre de la Prévoyance Sociale, les membres du groupe de travail parlementaire et les délégués de l'A. G. M. B. considèrent que le médecin traitant est le conseiller médical naturel du malade et qu'à à ce titre, il doit rester, autant que possible, le pivot autour duquel gravitent toutes les actions médicales et médico-sociales qui ont pour but de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé de l'assuré. C'est pourquoi il est admis que l'assuré notifiera par écrit à sa mutualité le nom du médecin qu'il choisit comme médecin traitant.

Cette notification peut être modifiée par l'assuré lui-même à chaque instant et lui permettre ainsi de changer de médecin-traitant. Cette mesure administrative est destinée à assurer un contrôle de l'abus d'usage de soins, à éviter la consultation simultanée de plusieurs médecins et la répétition inutile des prestations. Elle ne pourra en aucun cas, limiter le libre choix ni nuire aux intérêts légitimes des assurés. Toute atteinte à la liberté du choix sera réprimée par la loi.

En cas de non-observance de cette disposition, l'assuré se verrait refuser le remboursement des soins reçus, sauf dispositions particulières prévues par le Comité de Gestion de l'Institut National des Soins de Santé.

8°) Le recours au médecin spécialiste.

En ce qui concerne le recours au médecin spécialiste, les porte-parole du Corps Médical estiment qu'en principe, il appartient au médecin omnipraticien d'orienter son malade.

Il est cependant convenu que pour garantir le libre choix du malade et pour éviter une multiplication inutile du recours au médecin omnipraticien, l'assuré doit pouvoir s'adresser directement au médecin spécialiste : il pourrait ne pas être remboursé des prestations fournies par ce dernier si celui-ci n'informe ni le médecin omnipraticien ni le médecin-conseil et ne communique pas de protocole des examens, sauf s'il s'agit d'examens cliniques ou techniques de révision prévus dans un premier protocole.

S'il l'estime nécessaire, le médecin-spécialiste adresse à l'omnipraticien et au médecin-conseil un rapport écrit constituant une étude de synthèse et comportant des conclusions détaillées au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'affection. Les honoraires relatifs à ce rapport écrit ne seront pas réclamés au malade; ils ne pourront être payés que par l'organisme assureur et dans les seuls cas où le médecin-conseil constatera que ce rapport correspond effectivement à la définition qui en est donnée.

L'obligation pour le médecin spécialiste d'adresser ce protocole ou un rapport écrit au médecin omnipraticien et au médecin-conseil sera inscrite dans les dispositions légales.

9°) Les honoraires.

a) Les personnes particulièrement dignes d'intérêt, pensionnés, invalides et veuves, titulaires de l'assurance maladie-invalidité ainsi que les membres de leur famille, ayants droit, auront accès gratuit aux soins de santé.

Le Gouvernement ayant décidé de renoncer aux cotisations personnelles réclamées jusqu'ici à ces assurés qui seront dotés d'une carte spéciale, le Corps Médical accepte de prendre à sa charge la partie des honoraires qui constitue le ticket modérateur.

b) Les assurés et les membres de leur famille ayants droit recevront les soins tant généraux que spéciaux aux tarifs conventionnels. Ces tarifs sont fixés :

1) à 50 francs pour la consultation de l'omnipraticien;
2) à 75 francs pour la visite de l'omnipraticien;
3) à 100 francs pour la consultation du médecin-spécialiste;
4) aux conditions prévues par la nomenclature de l'arrêté ministériel du 22 septembre 1955, compte tenu des modifications y apportées par l'adaptation de cette nomenclature : le facteur K qui doit multiplier les valeurs relatives qui sont attribuées aux prestations, est fixé à 10 francs.

Ces tarifs entreront en application 6 mois après la promulgation de la loi réformant l'Assurance Maladie-Invalidité.

een gedeelte van de kosten der verstrekkingen voor rekening komt van de verzekerde : dat matigingsticket behoeft evenwel enkel toepassing te vinden wat betreft de algemeen geneeskundige verzorging en de specialistenraadplegingen wanneer het honorarium per verrichting wordt vergoed.

7°) De algemeen geneeskundige.

De Minister van Sociale Voorzorg, de leden van de Parlementaire Werkgroep en de afgevaardigden van het A. V. G. B. beschouwen de huisarts als de natuurlijke geneeskundige adviseur van de zieke en uit dien hoofde moet hij zoveel als mogelijk de spil blijven waaromheen alle medische en medisch-sociale handelingen draaien welke ten doel hebben de gezondheid van de verzekerde te handhaven, te verbeteren of te herstellen. Daarom wordt aangenomen dat de verzekerde de naam van de geneesheer die hij als huisarts kiest, schriftelijk zal mededelen aan zijn ziekenfonds.

Die kennisgeving mag door de verzekerde zelf te allen tijde worden gewijzigd; het is hem aldus toegelaten van huisarts te veranderen. Die administratieve maatregel strekt tot het verzekeren van een controle op het misbruik inzake verzorgingsgebruik, tot het vermijden van het tegelijk raadplegen van verscheidene artsen en van het nutteloos vervelvuldigen der verstrekkingen. Hij kan geenszins de vrije keuze beperken, noch de rechtmatige belangen van de verzekerden schaden. Elke inbreuk op de vrijheid van keuze zal door de wet worden beteugeld.

Wordt die beschikking niet nageleefd, dan zou de verstrekte verzorging niet vergoed worden aan de verzekerde, behoudens bijzondere bepalingen vast te stellen door het Beheerscomité van het Rijksinstituut voor Geneeskundige Verzorging.

8°) Het beroep doen op de geneesheer-specialist.

Wat het beroep doen op een geneesheer-specialist betreft, zijn de woordvoerders van het Geneesherenkorps van mening dat het in principe de taak is van de algemeen geneeskundige zijn zieke te oriënteren.

Overeengekomen wordt evenwel dat, om de vrije keuze van de zieke te waarborgen en om te vermijden dat het beroep doen op de algemeen geneeskundige nutteloos wordt vermenigvuldigd, de verzekerde zich rechtstreeks tot de geneesheer-specialist moet kunnen wenden : mogelijk zouden hem de verstrekkingen niet vergoed worden welke door laatstgenoemde werden verricht zo deze niet de algemeen geneeskundige noch de adviserend geneesheer informeert en geen mededeling doet van het protocol der onderzoekingen behoudens wanneer het gaat om klinische of technische herzieningsonderzoekingen die in een eerste protocol voorzien zijn.

Als hij zulks nodig acht, bezorgt de geneesheer-specialist de algemeen geneeskundige en de adviserend geneesheer een schriftelijk verslag dat een synthesestudie is en omstandige conclusies bevat ter zake van de diagnose, de prognose en de behandeling van de aandoening. Het honorarium voor dat schriftelijk verslag zal de zieke niet worden aangerekend; het kan enkel door de verzekeringsinstelling worden betaald alleen in de gevallen dat de adviserend geneesheer zal vaststellen dat bewust verslag werkelijk strookt met de bepaling die daarvan is gegeven.

De op de geneesheer-specialist rustende verplichting om dat protocol of een schriftelijk verslag te bezorgen aan de algemeen geneeskundige en aan de adviserend geneesheer zal in de wet worden neergelegd.

9°) Het honorarium.

a) De personen wier toestand bijzonder behartigenswaard is : gepensioneerden, invaliden en weduwen, gerechtigden van de ziekte- en invaliditeitsverzekering alsmede hun gezinsleden, rechtverkrijgenden, zullen kosteloos geneeskundige verzorging genieten.

De Regering heeft beslist af te zien van de tot op heden van die verzekerden gevorderde persoonlijke bijdragen, die in het bezit zullen worden gesteld van een speciale kaart, en het Geneesherenkorps aanvaardt het gedeelte van het honorarium dat met het matigend ticket overeenstemt, te zijnen laste te nemen.

b) De verzekerden en hun rechtverkrijgende gezinsleden zullen zowel de algemene als de speciale verzorging genieten tegen de overeenkomsttarieven. Die tarieven zijn vastgesteld :

1) op 50 frank voor de raadpleging van de algemeen geneeskundige;
2) op 75 frank voor het bezoek van de algemeen geneeskundige;
3) op 100 frank voor de raadpleging van de geneesheer-specialist;
4) tegen de voorwaarden bepaald door de nomenclatuur van het ministerieel besluit 22 september 1955, onder inachtneming van de daarin, ingevolge de aanpassing van die nomenclatuur, aangebrachte wijzigingen : factor K waarmee de betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd, toegekend aan de verstrekkingen, wordt op 10 frank vastgesteld.

Die tarieven worden toepasselijk 6 maanden na de afkondiging van de wet tot hervorming van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

c) Toutefois, pour les assurés dont les revenus annuels bruts dépassent 200.000 francs, plus 15.000 francs pour chacun des enfants à leurs charges, le taux des honoraires est laissé à l'appréciation des médecins qui s'engagent à les fixer de façon décente et raisonnable.

10°) **Problème fiscal.**

L'Association Générale des Médecins Belges prend acte de la création, à sa demande, au sein du Ministère des Finances, d'une commission composée de fonctionnaires de ce département et de représentants du corps médical, chargée d'étudier les problèmes fiscaux posés par le régime des honoraires conventionnels.

11°) **Permanence de la collaboration.**

Les signataires du présent accord conviennent de se concerter régulièrement et d'associer à leurs entretiens périodiques les organismes assureurs, porte-parole légitimes des assurés et des malades.

Ils sont convaincus de part et d'autre qu'avec une bonne foi et une loyauté totales, ils donneront aux problèmes de l'Assurance Maladie et tout particulièrement aux problèmes de santé qu'elle implique, des solutions valables, conformes aux exigences médicales et sociales de notre temps.

Ont signé ce texte :

E. Leburton, Ministre de la Prévoyance Sociale;
Dr Delforge, président de l'A. G. M. B.;
Dr Cloetens, Secrétaire général de l'A. G. M. B.;
Dr Symons;
Dr Chantraine;
Dr De Brabanter.

Le 20 octobre 1961.

c) Nochtans, wat betreft de verzekerden wier bruto-inkomen hoger ligt dan 200.000 frank 's jaars, plus 15.000 frank voor elk der kinderen te hunnen laste, wordt het honorariumbedrag overgelaten aan het oordeel van de geneesheren die de verbintenis aangaan het op fatsoenlijke en redelijke wijze vast te stellen.

10°) **Belastingprobleem.**

Het Algemeen Verbond der Geneesheren van België neemt er akte van dat, op zijn verzoek, in het Ministerie van Financiën een Commissie wordt opgericht, samengesteld uit ambtenaren van dat Departement en uit vertegenwoordigers van het Geneesherenkorps, met de opdracht de belastingproblemen te bestuderen die rijzen in verband met het stelsel van de bij overeenkomst vastgestelde honoraria.

11°) **Duurzaamheid van de medewerking.**

De ondertekenaars van dit akkoord spreken af regelmatig samen overleg te plegen en de verzekeringsinstellingen, wettige woordvoerders van de verzekerden en van de zieken, bij hun periodieke besprekingen te betrekken.

Zij zijn er aan weerszijden van overtuigd dat zij, met een werkelijk goede trouw en een algehele loyauteit, aan de problemen van de Ziekteverzekering en gans in het bijzonder aan de problemen van de gezondheid welke ze behelst, deugdelijke oplossingen zullen geven welke met de geneeskundige en sociale eisen van onze tijd stroken.

Hebben deze tekst ondertekend :

E. Leburton, Minister van Sociale Voorzorg;
Dr Delforge, voorzitter van de A. V. G. B.;
Dr Cloëtens, Algemeen secretaris van de A. V. G. B.;
Dr Symons;
Dr Chantraine;
Dr De Brabanter.

20 oktober 1961.

ANNEXE IV.

Commission de contact entre les délégués de l'Association Générale des Médecins Belges et les représentants de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes.

Conclusions.

A. — *Les honoraires conventionnels.*

1) *Médecine générale.*

a) *Consultations :* 50 francs;

— dérogation régionale pour l'agglomération bruxelloise : 60 francs.

b) *Visites :* 75 francs;

— dérogation régionale pour l'agglomération bruxelloise : 100 francs;
— dérogation pour la province de Luxembourg : tarif supérieur à 75 francs;
— possibilité de dérogation pour d'autres régions posant les mêmes problèmes de difficultés et de longueurs de déplacements que la province de Luxembourg.
— les honoraires conventionnels pour visites à domicile comprennent les frais de déplacement.

c) *Visites spéciales* (de nuit, d'urgence, etc.) : tarifs majorés à convenir dans la convention.

2) *Médecine spéciale.*

a) *Consultations :* 100 francs — pas de dérogation régionale.

b) *Visite à domicile du pédiatre :* tarif à déterminer.

c) *Actes techniques :*

— la nomenclature publiée par l'arrêté ministériel du 22 septembre 1955 est prise en considération, mais cette nomenclature mérite d'être complétée par l'addition de nouvelles techniques qui n'y figurent pas; elle comporte d'autre part des anomalies quant aux valeurs relatives attribuées à certaines prestations qui sont, soit surestimées, soit sous-évaluées.
— le facteur K qui doit multiplier les valeurs relatives de la nomenclature est fixé à 12,50 francs.

d) *Honoraires pour la surveillance médicale des malades hospitalisés* (indépendamment des honoraires pour les actes techniques) : ces honoraires sont fixés par malade, quel que soit le nombre de médecins :

— les honoraires pour la surveillance des malades opérés sont couverts par les honoraires chirurgicaux;
— les honoraires pour la surveillance des malades non opérés sont majorés dans les cas où cette tutelle est assurée par un médecin interniste, un chirurgien ou un pédiatre : 50 francs par jour;
— les honoraires pour la surveillance de la femme hospitalisée avant et après son accouchement sont couverts par le honoraires prévus pour l'accouchement lui-même;
— les honoraires pour la surveillance du nouveau-né sont fixés à 50 francs par jour si cette surveillance est assurée par un pédiatre.

B. — *Mode de rétribution des médecins.*

Un régime conventionnel valable peut se satisfaire du mode de rétribution à la vacation.
Toutefois, dans le souci d'assurer aux médecins spécialistes travaillant en groupe dans des établissements de soins, une rétribution correspondant à la contribution réelle qu'ils apportent à l'équipe, indépendamment de la fréquence relative de leurs prestations et de leur rendement économique apprécié d'après la nomenclature, il est admis que l'assurance puisse dans les institutions où les médecins sont payés forfaitairement avec leur accord, payer elle-même à ces institutions un forfait d'honoraires médicaux qui sera réparti entre les médecins.

Ce forfait sera évalué d'après le volume global des prestations effectuées par l'établissement. Il pourra être réévalué chaque année en fonction de l'évolution du volume des prestations réellement effectuées.

BIJLAGE IV.

Contactcommissie bestaande uit vertegenwoordigers van het Algemeen Verbond der Geneesheren van België, de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten.

Besluiten.

A. — *De conventionele honoraria.*

1) *Algemene geneeskunde.*

a) *Raadplegingen* : 50 frank;

— gewestelijke afwijking voor de Brusselse agglomeratie : 60 frank.

b) *Bezoeken :* 75 frank;

— gewestelijke afwijking voor de Brusselse agglomeratie : 100 frank.
— afwijking voor de provincie Luxemburg : tarief boven 75 frank;

— mogelijkheid tot afwijking voor andere gewesten die dezelfde problemen en moeilijkheden bieden inzake afstanden als de provincie Luxemburg.
— de conventionele honoraria voor huisbezoeken omvatten de verplaatsingskosten.

c) *Speciale bezoeken* ('s nachts, bij hoogdringendheid, enz.) : Verhoogde tarieven vast te stellen in de overeenkomst.

2) *Speciale geneeskunde.*

a) *Raadplegingen :* 100 frank — geen gewestelijke afwijkingen.

b) *Huisbezoek van de kinderarts :* vast te stellen tarief.

c) *Technische handelingen :*

— de bij het ministerieel besluit van 22 september 1955 bekendgemaakte lijst wordt in acht genomen, maar deze dient aangevuld te worden door toevoeging van nieuwe technieken die er niet in voorkomen; bovendien treft men er ongerijmdheden aan wat betreft de relatieve waarde, toegekend aan bepaalde verstrekkingen, die over- of onderschat worden.
— de factor K, waarmee de relatieve waarden van de lijst moeten worden vermenigvuldigd, is vastgesteld op 12,50 frank.

d) *Honoraria voor het medisch toezicht op de in ziekenhuizen opgenomen zieken* (afgezien van de honoraria voor de technische handelingen) : deze honoraria worden vastgesteld per zieke, welke ook het aantal geneesheren zij :

— de honoraria voor het toezicht op geopereerde zieken zijn begrepen in de honoraria voor het heelkundig ingrijpen;
— de honoraria voor het toezicht op niet geopereerde zieken worden verhoogd wanneer dit toezicht wordt uitgeoefend door een internist, een chirurg of een kinderarts : 50 frank per dag;
— de honoraria voor het toezicht, vóór en na de bevalling, op de in een ziekenhuis opgenomen vrouw zijn begrepen in de voor de bevalling zelf vastgestelde honoraria;
— de honoraria voor het toezicht op een pasgeborene worden vastgesteld op 50 frank per dag, indien dit toezicht wordt uitgeoefend door een kinderarts.

B. — *Beloning van de geneesheren.*

Een wijze van beloning per verrichting volstaat voor een geldig conventioneel stelsel.
Op grond van de bekommernis aan de geneesheren-specialisten, die in groep in verzorgingsinstellingen werkzaam zijn, een beloning te verzekeren die overeenstemt met de werkelijke bijdrage die zij aan de ploeg leveren, en dit onafgezien de betrekkelijke frequentie van hun verstrekkingen en van hun economisch rendement, geschat op grond van de nomenclatuur, wordt aangenomen dat de verzekering, in de instellingen waar de geneesheren met hun toestemming op forfaitaire basis beloond worden, zelf aan die instellingen een forfaitair medisch ereloon mag betalen dat onder die geneesheren zal verdeeld worden.
Dit forfait zal geschat worden op grond van het totaal volume van de verstrekkingen die door de instelling verleend worden. Het zal ieder jaar kunnen herschat worden in functie van de evolutie van het volume van de werkelijk verleende prestaties.

Ce forfait ne pourra jamais comporter la rétribution des prestations de médecine générale pratiquées par ces établissements : les prestations de médecine générale seront honorées à la vacation.

Il est entendu que ce mode de paiement forfaitaire ne peut comporter pour l'assuré aucune limitation de son droit de s'adresser à tous moments à un autre établissement ou un autre médecin.

Aux honoraires médicaux, s'ajoutera un forfait distinct destiné à couvrir les frais de fonctionnement et d'entretien de l'établissement lui-même.

C. — *Modalités de paiement des médecins.*

Pour les prestations coûteuses, le paiement direct du médecin par l'organisme assureur sera facultatif.

Pour les prestations courantes, et notamment pour toutes les prestations de médecine générale et pour les consultations de médecins spécialistes, l'assuré paie lui-même les honoraires au médecin.

Il est entendu que pour les prestations payées forfaitairement aux équipes de médecins spécialistes, le paiement ne peut se faire que suivant la modalité du paiement direct par l'assurance.

D. — *Le ticket modérateur.*

Pour les consultations de médecine générale et spéciale, pour les visites et les prestations courantes de médecine générale, l'assuré supporte lui-même une partie du coût de la prestation : elle est en principe fixée à 25 % du tarif conventionnel. Cette intervention appelée ticket modérateur est identique quel que soit le médecin qui effectue la prestation et quel que soit l'endroit où il la donne.

Le Corps médical n'est pas opposé à l'organisation d'un système d'assurance complémentaire destiné à couvrir le montant de ce ticket modérateur mais cette assurance complémentaire ne peut, dans la mesure où elle est organisée par la mutualité, faire des discriminations suivant l'endroit où sont effectuées les prestations ou suivant le médecin qui les pratique.

Le principe du ticket modérateur ainsi défini, s'exprime par un pourcentage de la valeur des honoraires payés à la vacation. Il se présente dès lors différemment dans le cas de paiement forfaitaire. Etant donné par ailleurs que ce forfait ne peut jamais couvrir de prestations de médecine générale, il est convenu que le ticket modérateur sera perçu pour toutes les prestations de médecine générale même lorsqu'elles seraient effectuées dans des institutions bénéficiant du paiement forfaitaire des honoraires. En cas de paiement forfaitaire, le ticket modérateur pourra ne pas être perçu.

E. — *Le statut des pensionnés, veuves et invalides.*

Aucun ticket modérateur ne sera prévu pour les prestations données aux pensionnés, veuves et invalides et à leurs bénéficiaires : il est proposé de relever légèrement le montant de l'intervention de l'assurance pour ces catégories sociales de façon à ne pas mettre le poids de ce statut favorable entièrement à charge des médecins. Ce relèvement de l'intervention de l'assurance pourrait porter à 40 francs pour la consultation de médecine générale, à 60 francs pour la visite de médecine générale et à 80 francs pour la consultation de médecine spéciale, les taux nouveaux de remboursement de l'assurance qui sont respectivement de 37,50 francs (sur 50), 56,25 francs (sur 75) et 75 francs (sur 100).

Dans le souci commun de conserver à ce statut sa haute portée sociale, il est proposé de prendre toutes mesures utiles pour éviter des abus de prestations dans ce domaine.

F. — *Assurés protégés par les tarifs conventionnels.*

Les tarifs conventionnels seront applicables pour les assurés dont les revenus annuels ne dépassent pas 200.000 francs, plus 15.000 francs par enfant à charge.

G. — *Unité de la convention.*

Il est entendu que l'accord des parties sur chacune des conclusions de ces discussions reste conditionné par l'accord de chacune des parties sur l'ensemble des problèmes.

Dit forfait zal nooit de beloning mogen omvatten van de verstrekkingen van algemene geneeskunde die door deze instellingen verleend worden : de verstrekkingen van algemene geneeskunde zullen per verrichting beloond worden.

Wel te verstaan mag die wijze van forfaitaire betaling voor de verzekerde geen enkele beperking inhouden van zijn recht zich op ieder ogenblik tot een andere instelling of tot een ander geneesheer te wenden.

Bij het geneeskundig ereloon zal een afzonderlijk forfait komen dat bestemd is om de werkings- en onderhoudskosten van de instelling zelf te dekken.

C. — *Betalingsmodaliteiten voor de geneesheren.*

Voor de kostelijke verstrekkingen zal de rechtstreekse betaling van de geneesheer door de verzekeringsinstelling facultatief zijn.

Voor de gewone verstrekkingen en onder meer voor alle verstrekkingen van algemene geneeskunde en voor de raadplegingen van geneesheren-specialisten, betaalt de verzekerde zelf het ereloon aan de geneesheer.

Wel te verstaan, mag wat betreft de prestatie die forfaitair aan de ploegen van geneesheren-specialisten betaald wordt, de betaling slechts geschieden volgens de modaliteit geldend bij rechtstreekse betaling door de verzekering.

D. — *Het matigingsticket.*

Bij de raadplegingen van algemene en bijzondere geneeskunde, bij de huisbezoeken en de gewone prestaties van algemene geneeskunde, draagt de verzekerde zelf gedeeltelijk de kostprijs van de prestatie : principieel is deze prestatie vastgesteld op 25 % van het bij overeenkomsten vastgesteld tarief. Deze tussenkomst, matigingsticket genaamd, is dezelfde ongeacht de geneesheer die de prestatie verzekert of de plaats waar hij dergelijke prestatie verricht.

Het geneesherenkorps is geenszins gekant tegen het instellen van een aanvullende verzekeringsregeling, tot dekking van het bedrag van dit matigingsticket, maar deze aanvullende verzekering, in de mate waarin zij door het ziekenfonds ingericht wordt, mag geen behandelingsverschil invoeren naargelang van de plaats waar de prestaties verricht worden of van de geneesheer die deze prestaties verzekert.

Het principe van het aldus bepaald matigingsticket wordt weergegeven door een percentage op de waarde van de per dienstverstrekking uitbetaalde erelonen. Het neemt dienvolgens een andere vorm aan ingeval van forfaitaire betaling. Daar dit forfaitair bedrag, anderzijds, nooit prestaties van algemene geneeskunde mag dekken, is overeengekomen dat het matigingsticket zal worden geïnd op alle prestaties van algemene geneeskunde, zelfs indien deze verricht worden door inrichtingen die de ferfaitaire betaling van de erelonen genieten. Ingeval van forfaitaire betaling mag het matigingsticket niet in ontvangst worden genomen.

E. — *Statuut van de gepensioneerden, weduwen en invaliden.*

Er zal niet in een matigingsticket worden voorzien wat betreft de prestaties verleend aan gepensioneerden, weduwen en invaliden, alsook aan hun rechthebbenden. Er wordt voorgesteld in lichte mate het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering op te voeren voor deze sociale categorieën, om de gehele last van dit gunstig statuut niet door de geneesheren te laten dragen. Dergelijke verhoging van de verzekeringstussenkomst zou het mogelijk maken de nieuwe bedragen voor de terugbetaling door de verzekeringsinstelling, zijnde thans respectievelijk 37,50 frank (op 50 frank), 56,25 frank (op 75 frank) en 75 frank (op 100 frank), op te voeren tot 40 frank voor een raadpleging van algemene geneeskunde, tot 60 frank voor een huisbezoek van algemene geneeskunde en op 80 frank voor de raadpleging van bijzondere geneeskunde.

Wegens de bezorgdheid om de sociale draagwijdte van dit statuut te vrijwaren, werd voorgesteld alle maatregelen te treffen die nodig zijn om overdreven prestaties op dit gebied te voorkomen.

F. — *Verzekerden beschermd door de conventionele tarieven.*

De conventionele tarieven zijn van toepassing op de verzekerden, wier jaarlijks inkomen niet hoger ligt dan 200.000 frank, vermeerderd met 15.000 frank per kind ten laste.

G. — *Eenheid van de overeenkomst.*

Het is wel te verstaan dat het akkoord tussen de partijen over ieder besluit van deze besprekingen afhankelijk blijft van het akkoord van elke partij over het geheel van de problemen.

H. — *Le régime conventionnel.*

1) *Négociation de la convention :* La convention nationale est négociée par les représentants des organismes assureurs et du Corps médical réunis dans une commission médico-mutualiste composée provisoirement, instituée au sein de l'institution chargée d'administrer l'assurance-soins de santé.

Cette convention nationale doit être approuvée par le Ministre de la Prévoyance Sociale avant d'être proposée à la ratification individuelle de chaque médecin.

2) *Adhésion à la convention :* L'adhésion est individuelle mais elle peut être transmise à la commission nationale médico-mutualiste par l'organisation professionnelle du Corps médical : dans ce cas, elle comporte une formule de double engagement, à la fois vis-à-vis de la commission médico-mutualiste qui élabore et qui surveille l'application de la convention, et vis-à-vis de l'organisation professionnelle qui est partie à cette commission : cet engagement peut comporter le droit pour l'organisation professionnelle de dénoncer collectivement la convention au nom de ses membres qui y avaient adhéré. L'adhésion individuelle est valable pour un an et résiliable d'année en année.

La formule du double engagement serait la suivante :

« Je soussigné ..... prends envers l'A. G. M. B., les engagements qui suivent ..... (texte de la convention).
Je donne en conséquence, mandat à l'A. G. M. B. de prendre, en mon nom, semblable engagement collectif envers la Commission médico-mutualiste instituée auprès du Conseil de Gestion de l'assurance-maladie : ce mandat est donné sous la réserve de pouvoir dénoncer ces engagements, moyennant préavis de ..... mois, à notifier à l'A. G. M. B. qui le notifiera à son tour à la Commission médico-mutualiste.
Il est expressément précisé qu'en agissant de la sorte, je n'entends pas être administré directement ou indirectement par les instances de l'assurance-maladie. »

3) *Dérogation à la convention :*

a) *dérogations régionales :* la convention est nationale en ce sens que ses termes sont valables pour l'ensemble des médecins du pays mais elle peut comporter des variations régionales, notamment en ce qui concerne les tarifs d'honoraires : ces dérogations doivent être approuvées par la Commission nationale médico-mutualiste et par le Ministre de la Prévoyance sociale.
b) *dérogations individuelles :* les prestations données par les médecins ayant adhéré à la convention sont honorées aux tarifs conventionnels; toutefois, la convention pourra indiquer pour chaque médecin, les jours, heures et adresses de, maximum, deux séances de consultations par semaine pour lesquelles les médecins ne sont pas tenus au respect des honoraires conventionnels de consultation.

Ces indications seront portées à la connaissance des assurés.
La convention ne fixera aucun tarif pour ces consultations échappant aux tarifs conventionnels. Les actes techniques de diagnostic et de traitement, à l'exclusion des interventions chirurgicales, sont toujours honorés aux tarifs conventionnels même s'ils sont effectués au cours ou à la suite d'une consultation échappant aux dispositions de la convention, à la condition que la nomenclature et les tarifs soient réétudiés et réadaptés comme prévu au A), 2), c) ci-avant.

Les interventions chirurgicales ne sont pas nécessairement honorées aux tarifs conventionnels lorsqu'elles concernent des malades ayant demandé d'être hospitalisés dans une chambre à un lit qu'ils exigent pour des convenances personnelles.
Par ailleurs, les médecins chargés d'un enseignement par les autorités académiques d'une des quatre universités du pays, pourront adhérer à la convention, sans être liés au respect des tarifs conventionnels, étant entendu que les montants des remboursements seront ceux des autres médecins conventionnés.

4) *Validité de la convention :* Dès que le type de convention nationale est approuvé par le Ministre de la Prévoyance Sociale, les médecins peuvent y adhérer. Elle ne commence cependant à porter ses effets que lorsque, pour l'ensemble du pays, 60 % des médecins y ont adhéré et que, simultanément, le nombre total des médecins adhérants comporte au moins 50 % de l'ensemble des omnipraticiens et 50 % de l'ensemble des médecins spécialistes.
Ces trois coefficients doivent être atteints pour rendre la convention valable : ces conditions étant réalisées, la convention est applicable dans toutes les régions du pays, quels que soient les coefficients d'adhésions propres à chacune de ces régions.

5) *Médecins n'adhérant pas à la convention :* à partir du moment où la convention est reconnue valable parce qu'elle réunit le nombre d'adhésions requis conformément au 4) ci-dessus, les organismes assu-

H. — *De conventionele regeling.*

1) *Onderhandelingen over de overeenkomst :* Over de nationale overeenkomst wordt onderhandeld door de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en de geneesheren, verenigd in een tijdelijk samengestelde medisch-mutualistische commissie, die ingesteld wordt bij het organisme, belast met het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging.
Deze nationale overeenkomst dient goedgekeurd te worden door de Minister van Sociale Voorzorg alvorens zij iedere geneesheer individueel tot toetreding wordt voorgelegd.

2) *Toetreding tot de overeenkomst :* De toetreding is individueel, maar zij kan door de beroepsorganisatie van de geneesheren aan de medisch-mutualistische commissie worden overgemaakt : in dat geval behelst zij een dubbele verbintenis, nl. tegenover de medisch-mutualistische commissie die de overeenkomst uitwerkt en de toepassing ervan nagaat en tegelijk tegenover de beroepsorganisatie, die deel uitmaakt van deze commissie : deze verbintenis kan voor de beroepsorganisatie het recht behelzen om de overeenkomst collectief in naam van haar leden, die tot de overeenkomst waren toegetreden, op te zeggen. De individuele toetreding geldt voor één jaar en is van jaar tot jaar opzegbaar.

De formule van de dubbele verbintenis zou als volgt luiden :

« Ik ondergetekende ..... ga tegenover het A. B. G. de volgende verbintenissen aan ..... (tekst van de overeenkomst).
Dienvolgens geef ik aan het A. B. G. opdracht in mijn naam een dergelijke collectieve verbintenis aan te gaan tegenover de bij de raad van beheer van de ziekteverzekering ingestelde medisch-mutualistische commissie : deze opdracht wordt gegeven onder voorbehoud de hierboven vermelde verbintenissen te kunnen opzeggen, met een opzegging van ..... maanden, te betekenen aan het A. B. G., dat het op zijn beurt aan de medisch-mutualistische commissie zal betekenen.
Er wordt uitdrukkelijk bedongen dat ik, met deze handelwijze, rechtstreeks noch onrechtstreeks onder het beheer wil worden gesteld van de overheden inzake ziekteverzekering. »

3) *Afwijking van de overeenkomst :*

a) *regionale afwijkingen :* de overeenkomst is nationaal, in die zin dat de bepalingen ervan geldig zijn vor alle geneesheren van het land, maar regionale variantes zijn mogelijk, o.a. wat de tarieven van de honoraria betreft : deze afwijkingen moeten worden goedgekeurd door de Nationale medisch-mutualistische commissie en door de Minister van Sociale Voorzorg.
b) *persoonlijke afwijkingen :* verstrekkingen verricht door geneesheren die tot de overeenkomst zijn toegetreden, worden tegen de overeengekomen tarieven gehonoreerd; in de overeenkomst zullen nochtans voor elke geneesheer, dag, uur en adres voor ten hoogste twee zittingen per week worden bepaald, waarvoor de geneesheren niet verplicht zijn de overeengekomen spreekuurhonoraria te eerbiedigen.

Dit zal ter kennis van de verzekerden worden gebracht.
Bij de overeenkomst zal geen tarief worden vastgesteld voor deze spreekuren buiten de overeengekomen tarieven. De technische werkzaamheden voor diagnose- en behandelingsdoeleinden met uitsluiting van het heelkundig ingrijpen, worden altijd gehonoreerd tegen de overeengekomen tarieven, zelfs indien zij verricht zijn tijdens of naar aanleiding van een spreekuur dat buiten de bepalingen van de overeenkomst valt, op voorwaarde dat de lijst en de tarieven opnieuw bestudeerd en aangepast worden als bepaald in A), 2), c) hiervoor.
Heelkundig ingrijpen wordt niet noodzakelijk gehonoreerd tegen de overeengekomen tarieven wanneer het verricht is op zieken die gevraagd hebben in een éénpersoonskamer te worden opgenomen om persoonlijke redenen.
Overigens, zullen de geneesheren aan wie door de universitaire overheid de opdracht is gegeven in een van de vier universiteiten van het land college te geven, tot de overeenkomst mogen toetreden zonder verplicht te zijn de overeengekomen tarieven te eerbiedigen, maar de bedragen van de terugbetalingen zullen dezelfde zijn als die voor de andere geneesheren die tot de overeenkomst zijn toegetreden.

4) *Geldigheid van de overeenkomst :* Zodra het type van de nationale overeenkomst door de Minister van Sociale Voorzorg is goedgekeurd, kunnen de geneesheren hun toetreding betuigen. De nationale overeenkomst wordt evenwel slechts van kracht nadat 60 % van de geneesheren over het ganse land zijn toegetreden en het getal toetredende geneesheren tevens in totaal ten minste 50 % van alle huisdokters en 50 % van alle specialisten omvat.
Opdat de overeenkomst geldig zou zijn moeten deze drie coëfficiënten bereikt zijn : eens deze voorwaarden vervuld, wordt de overeenkomst toepasselijk in alle gewesten van het land, welke ook de toetredingscoëfficiënten voor elk van deze gewesten zij.

5) *Geneesheren die niet tot de overeenkomst toetreden :* Wanneer de geldigheid van de overeenkomst vaststaat, ingevolge het bereiken van het overeenkomstig het 4) hierboven vereiste aantal toetredingen, bij-

reurs continuent à rembourser les prestations effectuées par les médecins qui n'ont pas adhéré à la convention, aux tarifs en vigueur avant l'application de la convention, c'est-à-dire en principe aux tarifs actuels non corrigés par les majorations qui seront admises par la convention, étant entendu que la nomenclature des prestations sera identique pour les médecins conventionnés et pour ceux qui n'auront pas adhéré à la convention.

Après une période d'un an à dater de la mise en vigueur de la convention, la situation sera réexaminée par la Commission médico-mutualiste, tant en ce qui concerne les médecins non-conventionnés, que les régions n'atteignant pas les coefficients d'adhésions requis.

I. — *La gestion.*

Il est convenu que, dans le cadre de la collaboration qu'ils apportent à l'assurance-maladie, les médecins seront associés à sa gestion.

Tout en reconnaissant l'importance des problèmes médicaux dans le fonctionnement de l'assurance, mais en tenant compte que d'autres problèmes — notamment les problèmes pharmaceutiques et les problèmes hospitaliers — présentent eux aussi un intérêt permanent et incontestable, il importe d'assurer, au sein du Conseil de Gestion de l'assurance-maladie, une représentation équilibrée de ces divers aspects techniques : cette représentation ne peut dès lors être nécessairement assurée par un nombre de délégués équivalent, pour chacun de ces aspects, à celui des organismes assureurs.

Afin de garantir cependant la valeur des avis techniques émis par les groupes spécialisés représentés au Conseil de Gestion, il est convenu :

1°) que les avis des Conseils Techniques ne pourront être modifiés par le Conseil de Gestion sans nouvel avis de ces Conseils;

2°) que les décisions prises contre la majorité d'un groupe technique déterminé au sein du Conseil de Gestion pourront faire l'objet d'un appel devant le Ministre de la Prévoyance Sociale.

ven de verzekeringsinstellingen de door de niet toetredende geneesheren verrichte verstrekkingen vergoeden tegen de tarieven, die van kracht waren vóór de overeenkomst toepasselijk werd d.w.z., in principe, tegen de huidige tarieven en zonder de bij de overeenkomst veroorloofde verhogingen, met dien verstande dat de lijst van de prestaties dezelfde zal zijn voor de geneesheren, die tot de overeenkomst zijn toegetreden en voor degenen, die zich daarvan hebben onthouden.

Na een termijn van een jaar, met ingang van het van kracht worden van de overeenkomst, wordt de toestand door de medisch-mutualistische Commissie opnieuw onderzocht, zowel inzake de niet toegetreden geneesheren als wat betreft de gewesten, waar de toetredingscoëfficiënten niet werden bereikt.

I. — *Het Beheer.*

Er wordt overeengekomen dat de geneesheren, gelet op hun medewerking met de ziekteverzekering, ook bij het beheer ervan zullen worden betrokken.

Erkend wordt dat de medische problemen een belangrijke rol spelen bij de werking van de verzekering, maar dat tevens dient rekening te worden gehouden met andere problemen — o.m. de farmaceutische en degene, die rijzen in verband met de ziekenhuizen — problemen die ongetwijfeld ook een blijvend belang vertonen. In de Raad van Beheer van de ziekteverzekering moet derhalve een evenwichtige vertegenwoordiging van deze onderscheidene technische aspecten worden nagestreefd : bedoelde vertegenwoordiging hoeft dus niet noodzakelijk te steunen op een aantal afgevaardigden, dat, voor elk van deze aspecten, gelijk is aan het aantal afgevaardigden van de verzekeringsinstellingen.

Met het oog op de waarde van de technische adviezen, verstrekt door de gespecialiseerde groepen, die in de Raad van Beheer zijn vertegenwoordigd, wordt overeengekomen :

1°) dat de tarieven van de Technische Raden door de Raad van Beheer niet kunnen worden gewijzigd zonder een nieuw advies van bedoelde Raden;

2°) dat tegen de beslissingen, genomen tegen de meerderheid van een bepaalde technische groep in de Raad van Beheer, beroep kan worden ingesteld bij de Minister van Sociale Voorzorg.

ANNEXE V.

Convention nationale entre les organisations professionnelles pharmaceutiques et les organismes assureurs.

Entre :

d'une part,

les organisations professionnelles pharmaceutiques :

Association Pharmaceutique Belge (A. P. B.),
Office des pharmacies Coopératives (Ophaco),

représentées respectivement :

pour l'A. P. B. par :

M. le Pharmacien Bruggeman, Secrétaire Général de l'A. P. B.,
M. le Pharmacien Degand, Délégué de l'A. P. B.,
M. le Pharmacien Hardy, Membre du Conseil Fédéral de l'A. P. B.,
M. le Pharmacien Paulus, Membre du Conseil Fédéral de l'A. P. B.,
M. le Pharmacien Raeymaekers, Membre du Conseil Fédéral de l'A. P. B.,
M. le Pharmacien Verreydt, Membre du Conseil Fédéral de l'A. P. B.

pour l'Ophaco, par :

M. Vande Moortele, Président de l'Ophaco,
M. Etienne, Vice-Président de l'Ophaco.

d'autre part,

les organismes assureurs :

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes,
Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres de Belgique,

Union Nationale des Mutualités Socialistes,
Ligue Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales de Belgique,
Union Nationale des Fédérations des Mutualités Professionnelles,
Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité,

représentés respectivement :

— pour l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes :

par M. A. Kuypers, Président.

— pour l'Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres de Belgique :

par M. J. Kremer, Président,
et M. A. Bellevaux, Administrateur.

— pour l'Union Nationale des Mutualités Socialistes :

par M. E. Leburton, Président,
et M. A. Verhaert, Secrétaire Général.

— pour la Ligue Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales de Belgique :

par M. J. Eloy, Secrétaire permanent.

— pour l'Union Nationale des Fédérations des Mutualités Professionnelles :

par M. G. Jaxque, Secrétaire-Trésorier.

— pour la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité :

par M. E. Janssens, Directeur-Gérant.

Il est convenu :

Article 1.

Conformément aux dispositions de l'article 48 de l'arrêté royal du 22 septembre 1955, organique de l'Assurance Maladie-Invalidité et des arrêtés subséquents, il est institué une commission dite « Commission

BIJLAGE V.

Nationale overeenkomst tussen de farmaceutische beroepsorganisaties en de verzekeringsorganismen.

Tussen :

enerzijds :

de farmaceutische beroepsorganisaties :

Algemene Pharmaceutische Bond (A. P. B.).
Vereniging der Cooperatieve Apatheken van België (Ophaco),

respectievelijk vertegenwoordigd :

voor de A. P. B., door :

De heer Apotheker Bruggeman, Algemene Secretaris van de A. P. B.,
De heer Apotheker Degand, Afgevaardigde van de A. P. B.,
De heer Apotheker Hardy, Lid van de Bondsraad van de A. P. B.,
De heer Apotheker Paulus, Lid van de Bondsraad van de A. P. B.,
De heer Apotheker Raeymaekers, Lid van de Bondsraad van de A. P. B.,
De heer Apotheker Verreydt, lid van de Bondsraad van de A. P. B.

voor Ophaco, door :

De heer Vande Moortele, Voorzitter van Ophaco.
De heer Etienne, Ondervoorzitter van Ophaco.

anderzijds,

de verzekeringsorganismen :

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten,
Nationale Vereniging der Onzijdige Mutualistische Bonden van België,
Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten,
Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatiën van België,
Landsbond van de Federaties der Beroepsmutualiteiten van België,
Hulpkas voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

respectieveijk vertegenwoordigd :

— voor de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten :

door de heer A. Kuypers, Voorzitter.

— voor de Nationale Vereniging der Onzijdige Mutualistische Bonden van België :

door de heer J. Kremer, Voorzitter,
en de heer A. Bellevaux, Beheerder.

— voor het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten :

door de heer E. Leburton, Voorzitter,
en de heer A. Verhaert, Secretaris-Generaal.

— voor de Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatiën van België :

door de heer J. Eloy, Bestendige Secretaris.

— voor de Landsbond van de Federaties der Beroepsmutualiteiten van België :

door de heer G. Jaxque, Secretaris-Schatbewaarder.

— voor de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering :

door de heer E. Janssens, Directeur-Zaakvoerder.

Wordt overeengekomen :

Artikel 1.

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 48 van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en van de daaropvolgende besluiten, wordt een « Nationale

Nationale Pharmaceutico-mutualiste » (C. N. P. M.), composée de 16 membres, dont 8 représentent les organisations professionnelles pharmaceutiques, dans la proportion définie ci-dessous :

— Association Pharmaceutique Belge : 6 membres.
— Office des Pharmacies Coopératives : 2 membres.
— Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes : 2 membres.
— Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres de Belgique : 1 membre.
— Union Nationale des Mutualités Socialistes : 2 membres.
— Ligue Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales de Belgique : 1 membre.
— Union Nationale des Fédérations des Mutualités Professionnelles : 1 membre.
— Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité : 1 membre.

Les membres sont désignés nominativement par leurs organisations respectives. Pour toute réunion à laquelle, il ne peut assister, chaque membre peut se faire remplacer par un représentant de son organisation.
Chaque membre siège valablement aussi longtemps que l'organisation qui l'a présenté ne retire pas, par écrit, le mandat qu'elle lui a conflé.

Article 2.

Dans le cadre de la présente convention, la Commission Nationale Pharmaceutico-Mutualiste a pour missions :

a) d'organiser, dans le cadre de la législation relative à l'Assurance Maladie-Invalidité, les rapports :

— entre les organisations professionnelles pharmaceutiques et les organismes assureurs;
— entre les organismes assureurs et les pharmaciens;
— entre les pharmaciens et les assurés sociaux;

b) de définir et de résoudre par voie d'accord, les problèmes qui peuvent naître de la collaboration des pharmaciens à l'assurance maladie-invalidité;
c) de proposer et de soumettre au Ministre compétent les règles qui doivent présider à l'élaboration des tarifs pharmaceutiques et au calcul du prix des produits;
d) de fixer le barème des honoraires pharmaceutiques et de décider de toute modification à apporter à ceux-ci;
e) de se prononcer sur les conciliations intervenues en application des dispositions de l'article 4, par. 1, 2;
f) sans préjudice du droit que possèdent les parties de recourir aux tribunaux, d'examiner et d'aplanir les contestations ou litiges qui n'auraient pas abouti à conciliation;
g) de prévoir, dans des conditions à déterminer, une procédure d'arbitrage pour le règlement des litiges d'ordre civil auxquels l'application de la convention a donné lieu;

h) de surveiller l'exécution des dispositions de la présente convention.

Article 3.

La C. N. P.M. arrête toute mesure d'application qui, sous forme d'annexe à la présente convention, fait partie intégrante de celle-ci et acquiert la même valeur dès que cette annexe est approuvée par le Ministre de la Prévoyance Sociale.
Elle prend toutes dispositions pour faciliter l'application de la présente convention et de ses annexes.
La C. N. P. M. est seule compétente pour donner aux pharmaciens qui ont adhéré à la présente convention, des instructions relatives aux modalités de dispensation des soins pharmaceutiques aux assurés sociaux et pour les adapter aux nécessités qu'imposent les circonstances.

Article 4.

Paragraphe 1.

Sur le plan général, la C. N. P. M. peut créer des commisisons pharmaceutico-mutualistes régionales de contact, composées d'un nombre égal de délégués des organismes assureurs et de délégués des organisations professionnelles pharmaceutiques.
Elle peut confier à ces commissions, des missions particulières se rapportant à l'exécution de la présente convention sur le plan régional.

Farmaceutico-Mutualistische Commissie » (N. F. M. C.) opgericht, samengesteld uit 16 leden, waarvan er 8 de farmaceutische beroepsorganisaties en 8 de verzekeringsorganismen vertegenwoordigen, in de hieronder bepaalde verhouding :

— Algemene Pharmaceutische Bond : 6 leden.
— Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België : 2 leden.
— Landsbond der Christelijke Mutualiteiten : 2 leden.
— Nationale Vereniging der Onzijdige Mutualistische Bonden van België : 1 lid.
— Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten : 2 leden.
— Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatiën van België : 1 lid.
— Landsbond van de Federaties der Beroepsmutualiteiten : 1 lid.

— Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering : 1 lid.

De leden worden nominatief aangeduid door hun respectieve organisaties. Ieder lid mag zich laten vervangen door een vertegenwoordiger van zijn organisatie voor de zitting die hij niet kan bijwonen.

Ieder lid zetelt op geldige wijze, zolang de organisatie, welke hij vertegenwoordigt, niet schriftelijk het mandaat intrekt dat hem werd toevertrouwd.

Artikel 2.

Binnen het raam van onderhavige overeenkomst heeft de Nationale Farmaceutico-Mutualistische Commissie tot opdracht :

a) in het raam van de wetgeving betreffende de Ziekte-Invaliditeitsverzekering, de betrekkingen te organiseren :

— tussen de farmaceutische beroepsorganisaties en de verzekeringsorganismen;
— tussen de verzekeringsorganismen en de apothekers;
— tussen de apothekers en de sociaal verzekerden;

b) de problemen, die kunnen oprijzen uit hoofde van de samenwerking der apothekers met de Ziekte-Invaliditeitsverzekering, te omschrijven en in onderling akkoord op te lossen;
c) aan de bevoegde Minister de regels voor te stellen en voor te leggen, die moeten in acht genomen worden bij het opmaken van de farmaceutische tarieven en bij het berekenen van de prijzen der produkten;
d) het barema der farmaceutische erelonen vast te stellen en te beslissen over iedere er aan te brengen wijziging;
e) zich uit te spreken over de verzoeningen die in toepassing van de beschikkingen van artikel 4, par. 1, 2), bereikt werden;
f) de betwistingen of geschillen, waarvoor geen verzoening tot stand kwam, te onderzoeken en te beslechten, onverminderd het recht van de partijen om de zaak bij de rechtbanken aanhangig te maken;
g) onder te bepalen voorwaarden en scheidsrechtelijke procedure in te stellen, met het oog op de regeling van de geschillen van burgerlijke aard waartoe de toepassing van de overeenkomst aanleiding heeft gegeven;
h) toezicht uit te oefenen op de uitvoering der bepalingen van onderhavige overeenkomst.

Artikel 3.

De N. F. M. C. treft alle toepassingsmaatregelen die, in vorm van bijvoegsel bij onderhavige overeenkomst, er integrerend deel van uitmaken en dezelfde waarde verwerven, zodra het bijvoegsel door de Minister van Sociale Voorzorg goedgekeurd is.
Zij treft alle schikkingen om de toepassing van onderhavige overeenkomst en van haar bijvoegsels te vergemakkelijken.
Enkel de N. F. M. C. is bevoegd om aan de apothekers die tot onderhavige overenkomst toetreden, onderrichtingen te geven betreffende de modaliteiten van het verstrekken der farmaceutische zorgen aan de sociaal verzekerden en om deze onderrichtingen aan de door de omstandigheden opgelegde noodwendigheden aan te passen.

Artikel 4.

Paragraaf 1.

Op gewestelijk plan kan de N. F. M. C. gewestelijke farmaceutico-mutualistische contactcommissies oprichten, samengesteld uit een gelijk aantal afgevaardigden van de verzekeringsorganismen en van de farmaceutische beroepsorganisaties.
Zij kan aan deze commissies bijzondere opdrachten toevertrouwen met betrekking tot de uitvoering van onderhavige overeenkomst op gewestelijk plan.

Ces commissions de contact ont notamment pour missions :

1) de veiller à l'application des décisions prises par la C. N. P. M.;

2) d'examiner et de régler par voie de conciliation les contestations ou litiges qui ont trait à l'application de la présente convention et qui pourraient surgir sur le plan régional.

Chaque conciliation donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal qui est adressé à la C. N. P. M. dans les vingt jours de la conciliation.

A défaut de conciliation, le litige est soumis par la Commission régionale de contact à la Commission Nationale Pharmaceutico-Mutualiste.

3) de faire à la C. N. P. M. toute suggestion relative aux nécessités régionales, en rapport avec la présente convention;

4) de faire rapport à la C. N. P. M. sur leurs activités et leurs travaux.

Paragraphe 2.

Dans le cadre de la présente convention nationale, des conventions régionales peuvent être conclues dans les mêmes conditions. Ces conventions sont soumises à l'avis motivé de la Commission Nationale Pharmaceutico-Mutualiste.

Article 5.

La présidence de la C. N. P. M. est assurée par un membre proposé par la délégation pharmaceutique et admis à la majorité dans chacune des deux parties contractantes.

Les vice-présidences sont assurées, l'une par un membre proposé par la délégation pharmaceutique, l'autre par un membre proposé par la délégation mutualiste, admis tous deux dans les mêmes conditions que le Président.

Le secrétariat est assumé par un membre ou une personne proposé par la délégation mutualiste et admis dans les mêmes conditions que le Président et les vice-présidents.

Le secrétaire tient les archives de la Commission, dresse les procès-verbaux et assure la gestion journalière; en accord avec le président, il établit les ordres du jour des réunions et envoie les convocations aux membres. Il exécute toutes les missions qui lui sont confiées par la C. N. P. M.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire, après approbation de la Commission.

Les documents qui émanent de la C. N. P. M., autres que ceux relevant de la gestion journalière, sont signés conjointement par le président et le secrétaire et, à défaut d'un de ceux-ci, par un des vice-présidents.

Le secrétaire ne prend pas part aux votes, lorsqu'il est choisi en dehors des membres de la commission.

Les frais de gestion de la C. N. P. M. sont répartis entre les organisations représentées, au prorata de l'importance de leur délégation.

Article 6.

La Commission se réunit valablement à l'initiative de son président.

Elle doit être réunie dans les quinze jours :

a) lorsqu'une des deux parties contractantes en fait la demande;

b) à la demande motivée d'au moins trois de ses membres.

Sauf cas d'urgence, les questions mises à l'ordre du jour sont portées à la connaissance des membres de la Commission, au moins trois jours avant la séance.

Article 7.

Chaque organisation contractante a droit à un nombre de voix égal au nombre de sièges lui conféré par l'article premier de la présente convention.

La voix du président n'est pas prépondérante.

Sur demande motivée d'un des membres de la Commission, une décision peut être reportée à la séance suivante.

Les décisions sont prises à l'unanimité des voix de chaque organisation contractante. Toutefois, sauf pour le cas prévu à l'article 25 de la présente convention, lorsque cette unanimité n'est pas acquise sur un point déterminé, celui-ci est repris au cours d'une séance convoquée dans les quinze jours. Dans ce cas, la décision est valablement prise à la majorité des 3/4 des voix dont dispose chacune des deux parties contractantes.

Deze contactcommissies hebben onder meer tot opdracht :

1) op de toepassing van de door de N. F. M. C. genomen beslissingen te waken;

2) de betwistingen of geschillen, die betrekking hebben op de toepassing van onderhavige overeenkomst en die op gewestelijk plan zouden kunnen oprijzen, te onderzoeken en door verzoening te regelen.

Voor iedere verzoening wordt een proces-verbaal opgesteld en binnen de twintig dagen na de verzoening aan de N. F. M. C. overgemaakt.

Ingeval geen verzoening tot stand komt, wordt het geschil door de gewestelijke contactcommissie bij de Nationale Farmaceutico-Mutualistische Commissie aanhangig gemaakt;

3) aan de N. F. M. C. elke suggestie, betreffende de gewestelijke aangelegenheden in verband met onderhavige overeenkomst, over te maken;

4) bij de N. F. M. C. over hun bedrijvigheden en werkzaamheden verslag uit te brengen.

Paragraaf 2.

Binnen het raam van onderhavige nationale overeenkomst kunnen gewestelijke overeenkomsten in dezelfde voorwaarden afgesloten worden. Deze overeenkomsten worden aan het met beweegredenen omkleed advies van de Nationale Farmaceutico-Mutualistische Commissie onderworpen.

Artikel 5.

Het voorzitterschap van de N. F. M. C. wordt waargenomen door een lid door de farmaceutische groep voorgesteld en bij de meerderheid in ieder der twee contracterende partijen aanvaard.

Het ondervoorzitterschap wordt waargenomen, enerzijds, door een lid voorgesteld door de farmaceutische groep, anderzijds, door een lid voorgesteld door de mutualistische groep, beiden aanvaard in dezelfde voorwaarden als de voorzitter.

Het secretariaat wordt waargenomen door een lid of door een persoon door de mutualistische groep voorgesteld en in dezelfde voorwaarden als de voorzitter en de ondervoorzitters aanvaard.

De secretaris houdt de archieven van de Commissie, stelt de notulen op en neemt het dagelijks beheer waar; in overleg met de voorzitter, stelt hij de dagorden van de vergaderingen vast en zendt hij de uitnodigingen naar de leden. Hij voert al de opdrachten uit, die hem door de N. F. M. C. toevertrouwd worden.

De notulen worden ondertekend door de voorzitter en de secretaris, na goedkeuring er van door de Commissie.

De documenten uitgaande van de N. F. M. C. en die geen betrekking hebben op het dagelijks beheer worden gezamenlijk ondertekend door de voorzitter en de secretaris en, ingeval één hunner belet is, door één der ondervoorzitters.

De secretaris neemt geen deel aan de stemming, wanneer hij verkozen is buiten de leden van de Commissie.

De beheerskosten van de N. F. M. C. worden verdeeld onder de vertegenwoordigde organisaties, in verhouding tot de getalstekte van hun afvaardiging.

Artikel 6.

De Commissie vergadert geldig op initiatief van haar voorzitter.

Zij dient binnen de veertien dagen te zetelen :

a) wanneer één der twee contracterende partijen hierom verzoekt;

b) op met beweegredenen omklede aanvraag van tenminste drie van haar leden.

Behoudens hoogdringendheid, dienen de op de dagorde geplaatste aangelegenheden, tenminste drie dagen vóór de zitting, ter kennis van de leden van de Commissie gebracht te worden.

Artikel 7.

Iedere contracterende organisatie heeft recht op evenveel stemmen als haar zetels toegewezen zijn bij artikel één van onderhavige overeenkomst.

De stem van de voorzitter is niet doorslaggevend.

Op met beweegredenen omklede aanvraag van één der leden van de Commissie, kan een beslissing tot de volgende zitting worden uitgesteld.

De beslissingen worden genomen bij eenparigheid van stemmen van iedere contracterende organisatie. Nochtans, behalve voor de gevallen voorzien bij artikel 25 van onderhavige overeenkomst, zo deze eenparigheid niet bekomen wordt aangaande een bepaald punt, wordt dit opnieuw behandeld in de loop van een vergadering bijeengeroepen binnen de veertien dagen. In dit geval is de beslissing geldig, indien ze getroffen wordt door de meerderheid van 3/4 der stemmen waarover ieder der twee contracterende partijen beschikt.

Article 8.

Au cours des réunions, les membres s'expriment dans la langue de leur choix. Les procès-verbaux ainsi que les textes définitifs des conventions, accords et règlements sont établis en français et en néerlandais.

Article 9.

La C. N. P. M. institue au besoin des sous-commissions qu'elle charge d'études ou de missions particulières et qui sont soumises à son autorité et à son contrôle.
Ces sous-commissions sont dissoutes dès qu'elles ont déposé leur rapport ou sur décision de la C. N. P. M.

Article 10.

Premier paragraphe.

Peuvent adhérer à la présente convention :

1) les pharmaciens qui s'engagent à respecter les clauses de la présente convention et acceptent notamment de fournir les prestations pharmaceutiques aux assurés sociaux suivant le régime du tiers payant dont les règles et modalités sont établies par la C. N. P. M.;

2) les pharmaciens qui, pour des raisons particulières ou locales, n'acceptent pas de fournir les prestations pharmaceutiques aux assurés sociaux suivant le régime du tiers payant, mais qui s'engagent néanmoins à respecter les autres clauses de la présente convention.

Toutefois, la C.N.P.M. peut autoriser le pharmacien adhérent à modifier son choix. Ces changements entreront en vigueur le premier jour du trimestre calendrier suivant la date de la demande, pour autant que celle-ci ait été introduite auprès de la Commission six semaines au moins avant le premier jour du trimestre envisagé.

Deuxième paragraphe.

Les pharmaciens visés au premier paragraphe — 1), perçoivent effectivement et exclusivement la part réglementaire qui incombe aux assurés sociaux, le montant de l'intervention de l'assurance étant payé par l'organisme assureur intéressé.

Troisième paragraphe.

Les pharmaciens visés au premier paragraphe — 2), du présent article, remettent aux assurés sociaux, pour toute prestation effectuée au comptant et susceptible de donner lieu à intervention réglementaire de l'assurance maladie-invalidité, des documents dont les caractéristiques sont définies par la C. N. P. M.
Les pharmaciens pratiquant le régime du tiers payant qui, exceptionnellement ou suivant la réglementation en vigueur, effectuent des prestations au comptant, remettent les mêmes documents aux assurés sociaux.
Seuls, ces documents donnent lieu au remboursement de la part de l'organisme assureur.

Article 11.

Les pharmaciens qui adhèrent à la présente convention, s'engagent à dispenser aux assurés sociaux les prestations pharmaceutiques, conformément aux règles et conditions établies à ce sujet par la C. N. P. M.

Ils s'engagent notamment à respecter les tarifs pharmaceutiques établis sur les bases admises par la C. N. P. M., tant en ce qui concerne les honoraires pharmaceutiques que les prix des produits fixés conformément aux dispositions de l'article 18 de la présente convention.

Article 12.

Les organismes assureurs s'engagent à ne rembourser leur part d'intervention dans les prestations pharmaceutiques que suivant les tarifs et règlements prévus, tant en ce qui concerne les prestations effectuées au comptant que pour ce qui concerne les prestations effectuées à crédit.
Ils s'engagent à subordonner le remboursement à leurs affiliés de toute prestation effectuée par des pharmaciens non signataires de la convention, à la production des documents officiels tels qu'ils sont admis par la C. N. P. M., compte tenu des dispositions de l'article 68 de l'Arrêté Royal Organique du 22 septembre 1955.

Artikel 8.

Tijdens de zittingen drukken de leden zich uit in de taal hunner keuze. De notulen, alsook de definitieve teksten van de overeenkomsten, akkoorden en reglementen worden opgesteld in het Nederlands en in het Frans.

Artikel 9.

De N. F. M. C. richt zo nodig subcommissies op, welke zij met bijzondere studies of opdrachten gelast en die aan haar gezag en toezicht zijn onderworpen.
Deze subcommissies worden ontbonden, ofwel zodra ze hun verslag neergelegd hebben ofwel bij beslissing van de N. F. M. C.

Artikel 10.

Eerste paragraaf.

Kunnen tot onderhavige overeenkomst toetreden :

1) de apothekers die er zich toe verbinden de beschikkingen ervan na te leven en die onder meer aanvaarden de farmaceutische prestaties aan de sociaal verzekerden te verstrekken volgens het stelsel van de betalende derde, waarvan de regels en modaliteiten door de N.F.M.C. worden opgesteld;
2) de apothekers die, om bijzondere of plaatselijke redenen, niet aanvaarden de farmaceutische prestaties aan de sociaal verzekerden te verstrekken volgens het stelsel van de betalende derde, maar die niettemin de verbintenis aangaan de andere beschikkingen van onderhavige overeenkomst na te leven.

Nochtans kan de N. F. M. C. aan de toegetreden apotheker toelating verlenen zijn keuze te wijzigen. Deze wijzigingen gelden vanaf de eerste dag van het kalenderkwartaal volgend op de datum van de aanvraag, in zover deze aanvraag bij de Commissie tenminste zes weken vóór de eerste dag van bedoeld kwartaal werd ingediend.

Tweede paragraaf.

De apothekers, beoogd onder punt 1) van het eerste paragraaf, moeten daadwerkelijk en uitsluitend het reglementair aandeel innen dat ten laste valt van de sociaal verzekerden, met dien verstande dat het bedrag der tussenkomst van de verzekering door het betrokken verzekeringsorganisme wordt betaald.

Derde paragraaf.

De apothekers, beoogd onder punt 2) van de eerste paragraaf van dit artikel, dienen de sociaal verzekerden voor elke prestatie tegen contante betaling, welke reglementair aanleiding geeft tot tegemoetkoming vanwege de ziekte-invaliditeitsverzekering, bescheiden ter hand te stellen, waarvan de kenmerken door de N. F. M. C worden bepaald.
De apothekers die het stelsel van de betalende derde toepassen, doch die uitzonderlijk of ingevolge de bestaande reglementering prestaties tegen contante betaling verstrekken, dienen de sociaal verzekerden dezelfde bescheiden ter hand te stellen.
Enkel deze bescheiden geven recht op de terugbetaling vanwege het verzekeringsorganisme.

Artikel 11.

De apothekers die tot onderhavige overeenkomst toetreden, verbinden er zich toe aan de sociaal verzekerden de farmaceutische prestaties te verstrekken overeenkomstig de regels en voorwaarden desaangaande door de N. F. M. C. vastgesteld.
Zij gaan onder meer de verbintenis aan de farmaceutische tarieven na te leven, opgesteld volgens de grondslagen aangenomen door de N. F. M. C., zowel wat betreft de farmaceutische erelonen, als wat aangaat de prijzen der produkten vastgesteld overeenkomstig de beschikkingen van artikel 18 van onderhavige overeenkomst.

Artikel 12.

De verzekeringsorganismen gaan de verbintenis aan hun aandeel in de tussenkomst voor farmaceutische verstrekkingen slechts te betalen volgens de voorziene tarieven en reglementen, zowel wat betreft de verstrekkingen tegen contante betaling als deze op krediet verricht.

Zij verbinden er zich toe de tussenkomst aan hun leden voor elke verstrekking uitgevoerd door apothekers, die de overeenkomst niet ondertekend hebben, afhankelijk te stellen van het voorleggen van de officiële bescheiden, zoals ze door de N. F. M. C. aangenomen zijn, gelet op de bepalingen van artikel 68 van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955.

Les organismes assureurs, sauf dérogations autorisées par la C. N. P. M., s'engagent à subordonner le remboursement des prestations effectuées à crédit, à l'adhésion du pharmacien à la présente convention, conformément aux dispositions de l'article 26 ci-après.

Article 13.

Sans préjudice de la communication prévue à l'article 24 de la présente convention, les deux parties contractantes s'engagent à éviter tout ce qui pourrait détourner les assurés sociaux soit du libre choix du pharmacien, soit du libre choix de l'organisme assureur.

Article 14.

Sans préjudice des dispositions des articles 128 et 129 de l'Arrêté Royal Organique du 22 septembre 1955, les organisations professionnelles pharmaceutiques prennent, d'accord avec les organismes assureurs, au sein de la C.N.P.M. et dans le cadre de la présente convention, les mesures adéquates pour organiser la surveillance des prestations pharmaceutiques prises en charge par les organismes assureurs.

Article 15.

Les pharmaciens visés à l'article 10 — premier paragraphe — 1) s'engagent à remettre aux organismes assureurs, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un office de tarification, les états d'honoraires établis dans les délais fixés et conformément aux règles particulières convenues à ce sujet par la C. N. P. M.

Article 16.

La C. N. P. M. peut reconnaître les offices de tarification qui répondent aux règles et conditions qu'elle détermine. Ces offices agissent comme mandataires des pharmaciens visés au paragraphe premier — 1) de l'article 10 de la présente convention.

Les organismes assureurs s'engagent à liquider aux offices de tarification reconnus, les états d'honoraires remis par ces offices au nom des pharmaciens qu'ils représentent. Tous les autres comptes sont liquidés individuellement aux pharmaciens.

Les pharmaciens qui remettent leurs états d'honoraires par l'intermédiaire des offices de tarification reconnus, donnent, par le fait même, mandat à ces offices d'exécuter en leur nom toutes les opérations comptables ou autres.

Ils reconnaissent notamment comme valable, l'acquit donné en leur nom par ces offices, de toute somme perçue.

Article 17.

Les organismes assureurs s'engagent à prendre, en collaboration avec la C. N. P. M., toutes mesures utiles pour assurer les paiements réguliers aux échéances convenues et, en tout cas, au plus tard, conformément aux garanties de paiement prévues à l'article 68*bis* de l'Arrêté Royal Organique.

Les modalités d'application prises en exécution du présent article, sont précisées dans une annexe.

Article 18.

Les prix des produits destinés à la préparation des médicaments magistraux ainsi que des pansements, accessoires et récipients sont, suivant les dispositions de l'article 2 — alinéa c) de la présente convention, fixés par le Ministre de la Prévoyance Sociale, sur avis de la Sous-Commission du Tarif Pharmaceutique Officiel (instituée par l'Arrêté Royal du 18 juillet 1922).

Ces prix comprennent une majoration dont le coefficient est proposé au Ministre de la Prévoyance Sociale, par la Commission Nationale Pharmaceutico-Mutualiste; ce coefficient est destiné à couvrir l'ensemble des frais spéciaux inhérents à ces produits.

Behoudens afwijkingen toegestaan door de N. F. M. C., verbinden de verzekeringsorganismen er zich toe de tussenkomst voor de op krediet verrichte verstrekkingen afhankelijk te stellen van de toetreding van de apotheker tot onderhavige overenkomst, overeenkomstig de bepalingen van artikel 26 hierna.

Artikel 13.

Onverminderd het bepaalde voorzien onder artikel 24 van onderhavige overenkomst, verbinden de twee contracterende partijen er zich toe alles te vermijden wat de sociaal verzekerden zou kunnen beïnvloeden in verband met hetzij de vrije keuze van apotheker, hetzij de vrije keuze van verzekeringsorganisme.

Artikel 14.

Onverminderd de beschikkingen van artikel 128 en 129 van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 en in overleg met de verzekeringsorganismen, treffen de farmaceutische beroepsorganisaties, in de schoot van de N. F. M. C. en in het kader van onderhavige overeenkomst, de passende maatregelen om het toezicht te organiseren op de farmaceutische verstrekkingen, die door de verzekeringsorganismen ten laste worden genomen.

Artikel 15.

De apothekers, beoogd bij artikel 10 — eerste paragraaf — punt 1), verbinden er zich toe aan de verzekeringsorganismen, hetzij rechtstreeks, hetzij door toedoen van een tarificatiedienst, de ereloonstaten over te maken, opgesteld binnen de opgelegde termijnen en volgens de bijzondere regels door de N. F. M. C. vastgesteld.

Artikel 16.

De N. F. M. C. kan de tarificatiediensten erkennen, die beantwoorden aan de door haar vastgestelde regels en voorwaarden. Deze diensten treden op als gevolmachtigden van de apothekers beoogd bij punt 1) — eerste paragraaf van artikel 10 van onderhavige overeenkomst.

De verzekeringsorganismen verbinden er zich toe aan de erkende tarificatiediensten de ereloonstaten te vereffenen, die zij indienen in naam van de apothers, welke zij vertegenwoordigen. Al de andere rekeningen worden aan de apothekers individueel vereffend.

De apothekers die hun ereloonstaten indienen door toedoen van de erkende tarificatiediensten, geven daardoor volmacht aan deze diensten om in hun naam al de boekhoudkundige of andere bewerkingen uit te voeren.

Zij erkennen onder meer als geldig de kwijting, die, in hun naam, door deze diensten voor alle geïnde sommen wordt gegeven.

Artikel 17.

De verzekeringsorganismen gaan de verbintenis aan, in samenwerking met de N. F. M. C., alle nuttige maatregelen te treffen om de regelmatige betalingen te verzekeren op de overeengekomen vervaldagen, en, alleszins, ten laatste volgens de betalingswaarborgen voorzien bij artikel 68*bis* van het organiek koninklijk besluit.

De in uitvoering van dit artikel genomen toepassingsmodaliteiten worden in een bijvoegsel nader bepaald.

Artikel 18.

Overeenkomstig de beschikkingen van artikel 2, littera c) van onderhavige overeenkomst worden de prijzen van de produkten, bestemd voor de magistrale bereidingen, alsook deze van de verbandstoffen, verplegingsartikelen en recipiënten, vastgesteld door de Minister van Sociale Voorzorg op advies van de subcommissie van het Officieel Farmaceutisch Tarief (opgericht bij koninklijk besluit van 18 juli 1922).

Deze prijzen omvatten een verhoging, waarvan de coëfficient door de Nationale Farmaceutico-Mutualistische Commissie aan de Minister van Sociale Voorzorg voorgesteld wordt; deze coëfficiënt dient om de gezamenlijke bijzondere kosten te dekken, welke verbonden zijn aan deze produkten.

Article 19 (1).

Les honoraires pharmaceutiques convenus à la C. N. P. M. et approuvés par le Ministre de la Prévoyance Sociale, sont de stricte application.

Ils sont rattachés à l'indice des prix de détail et adaptés suivant le mécanisme prévu par la loi du 12 avril 1960.

Les honoraires fixés par la Commission correspondent à l'indice 110 des prix de détail.

La C. N. P. M. est chargée de constater les fluctuations de l'indice des prix de détail et de procéder en conséquence au rajustement des honoraires pharmaceutiques.

Article 20.

Seules les ordonnances médicales établies sur un formulaire-type adopté par la C. N. P. M., compte tenu des dispositions de l'article 68 de l'Arrêté Royal Organique du 22 septembre 1955 et après avis de la Commission Nationale Médico-Mutualiste, peuvent valablement être exécutées à charge des organismes assureurs.

Article 21.

En application de l'article 3 de la présente convention, la C. N. P. M. détermine les modalités relatives à l'exécution des ordonnances pour compte des organismes assureurs; elle adapte ces modalités en fonction des circonstances en veillant à ce que l'entrée en vigueur des modifications coïncide avec le début d'un trimestre calendrier.

Article 22.

La C. N. P. M. peut demander aux instances compétentes d'écarter de la dispensation aux frais des organismes assureurs, tous les médicaments qui n'offrent pas la qualité requise et, notamment, ceux qui, au cours de contrôles, n'ont pas été trouvés conformes.

Article 23.

La C. N. P. M. peut, en cas de non-respect de la convention par un pharmacien adhérent, faire application à celui-ci des clauses pénales qui seront déterminées par voie d'annexe à la présente convention.

Article 24.

La C. N. P. M. dresse la liste des pharmaciens adhérant à la convention et la communique au F. N. A. M. I. et aux organismes assureurs. Ces derniers tiennent cette liste à la disposition de leurs affiliés.

Article 25.

Toute modification ne peut être valablement apportée à la présente convention et à ses annexes, que si elle est décidée à l'unanimité des voix de chaque organisation contractante et a été approuvée par le Ministre de la Prévoyance Sociale.

Article 26.

La présente convention, approuvée par le Ministre de la Prévoyance Sociale, entre en vigueur le 15 octobre 1959. Elle engage les signataires : organisations professionnelles et organismes assureurs.

Elle n'engage les pharmaciens que si ceux-ci y ont adhéré individuellement.

Les pharmaciens signifient à la C. N. P. M. leur adhésion à la convention, suivant la formule annexée à la présente convention.

Ils peuvent retirer leur adhésion moyennant un préavis de six mois signifié à la C. N. P. M. par lettre recommandée.

Les pharmaciens gérants, en ce qui concerne les alinéas 2, 3 et 4 du présent article, doivent obtenir l'engagement solidaire de la personne physique ou morale, propriétaire de l'officine.

(1) Le texte de l'article 19, tel qu'il figure dans le présent document, résulte d'une modification apportée à l'article 19 initial. Cette modification a fait l'objet d'un avenant approuvé par M. le Ministre de la Prévoyance Sociale.

Artikel 19 (1).

De farmaceutische erelonen, aangenomen door de N. F. M. C. en goedgekeurd door de Minister van Sociale Voorzorg, dienen stipt toegepast te worden.

Zij zijn gekoppeld aan de index van de kleinhandelsprijzen en worden aangepast volgens de formule voorzien door de wet van 12 april 1960.

De door de Commissie vastgestelde erelonen stemmen overeen met het indexcijfer 110 van de kleinhandelsprijzen.

De N. F. M. C. is er mede belast de schommelingen van de index der kleinhandelsprijzen vast te stellen en, dienvolgens, de farmaceutische erelonen aan te passen.

Artikel 20.

Enkel de medische voorschriften, opgesteld op een typeformulier aangenomen door de N. F. M. C., op grond van de beschikkingen van artikel 68 van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 en na advies van het Nationaal Medico-Mutualistisch Comité, kunnen op geldige wijze ten laste van de verzekeringsorganismen worden uitgevoerd.

Artikel 21.

In toepassing van artikel 3 van onderhavige overeenkomst, bepaalt de N. F. M. C. de modaliteiten betreffende de uitvoering der voorschriften voor rekening van de verzekeringsorganismen; zij past deze modaliteiten aan de omstandigheden, mits er op te waken dat de wijzigingen bij het begin van een kalenderkwartaal van kracht worden.

Artikel 22.

De N. F. M. C. kan aan de bevoegde instanties verbod vragen geneesmiddelen, welke niet aan de vereiste kwaliteit beantwoorden en onder meer die welke bij controle niet-conform bevonden werden, ten laste van de verzekeringsorganismen te verstrekken.

Artikel 23.

Ingeval een toegetreden apotheker de overeenkomst niet naleeft, kan de N. F. M. C. strafmaatregelen toepassen die in een bijvoegsel aan onderhavige overeenkomst bepaald worden.

Artikel 24.

De N. F. M. C. maakt de lijst op der apothekers, die tot de overeenkomst toegetreden zijn, en deelt deze mede aan het R. V. Z. I. en aan de verzekeringsorganismen. Laatstgenoemde houden deze lijst ter beschikking van hun aangeslotenen.

Artikel 25.

Onderhavige overeenkomst, alsook de bijvoegsels ervan, kunnen slechts geldig gewijzigd worden, op beslissing bij eenparigheid van stemmen van iedere contracterende organisatie en mits goedkeuring door de Minister van Sociale Voorzorg.

Artikel 26.

Onderhavige overeenkomst, goedgekeurd door de Minister van Sociale Voorzorg, heeft uitwerking vanaf 15 october 1959. Zij bindt de ondertekenende partijen : namelijk de beroepsorganisaties en de verzekeringsorganismen.

Zij bindt slechts de apothekers indien ze individueel tot de overeenkomst toegetreden zijn.

De apothekers betekenen hun toetreding tot de overeenkomst aan de N. F. M. C., volgens de formule gehecht aan onderhavige overeenkomst.

Zij kunnen hun toetreding intrekken, mits inachtneming van een vooropzeg van zes maanden betekend aan de N. F. M. C., per aangetekende brief.

Wat betreft de leden 2, 3 en 4 van dit artikel, moeten de apothekersprovisors de solidaire verbintenis bekomen vanwege de fysische of morele persoon, eigenaar van de officina.

(1) De tekst van artikel 19, zoals deze voorkomt in het onderhavige document vloeit voort uit een wijziging aangebracht in het oorspronkelijk artikel 19. Deze wijziging werd overgenomen in een door de Minister van Sociale Voorzorg goedgekeurd bijvoegsel.

La C. N. P. M. porte la présente convention à la connaissance des membres du Corps Pharmaceutique; cette convention est publiée par le Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité, les organismes assureurs, l'Association Pharmaceutique Belge et l'Office des Pharmacies Coopératives.

Article 27.

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être dénoncée en tout temps par chacune des parties signataires, moyennant un préavis de six mois notifié par lettre recommandée.

Cette notification vaut réunion de la C. N. P. M. dans les vingt jours de l'envoi de la lettre recommandée.

Fait à Bruxelles, le 6 octobre 1959, en :

deux originaux et

dix copies signées destinées :

1° la première, à M. le Ministre de la Prévoyance Sociale;

2° les suivantes, à :

— l'Association Pharmaceutique Belge,
— l'Office des Pharmacies Coopératives,
— l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes,
— l'Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres de Belgique,
— l'Union Nationale des Mutualités Socialistes,
— La Ligue Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales de Belgique,
— l'Union Nationale des Fédérations des Mutualités Professionnelles,
— la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité,
(parties signataires de la convention).

3° la dernière, au secrétariat de la C. N. P. M.

Pour l'Association Pharmaceutique Belge,

(s.) J. Paulus; J. Bruggeman; P. Degand; M. Hardy; M. Raeymaekers; A. Verreydt.

Pour l'Office des Pharmacies Coopératives,

(s.) G. Vande Moortele; E. Etienne.

Pour l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes,

(s.) A. Kuypers.

Pour l'Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres de Belgique,

(s.) J. Kremer; A. Belevaux.

Pour l'Union Nationale des Mutualités Socialistes,

(s.) A. Verhaert; E. Leburton.

Pour la Ligue Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales de Belgique,

(s.) J. Eloy.

Pour l'Union Nationale des Fédérations des Mutualités Profesionnelles,

(s.) G. Jaxque.

Pour la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité,

(s.) E. Janssens.

Convention approuvée par M. le Ministre de la Prévoyance Sociale. en date du 15 octobre 1959.

(s.) L. Servais.

Onderhavige overeenkomst wordt door de N. F. M. C. ter kennis gebracht van de leden van het Farmaceutisch Corps; ze wordt gepubliceerd door het Rijksfonds voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit, door de verzekeringsorganismen, door de Algemene Pharmaceutische Bond en de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België.

Artikel 27.

Onderhavige overeenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur. Ze kan te allen tijde opgezegd worden door ieder der ondertekenende partijen, mits vooropzeg van zes maanden, betekend per aangetekende brief.
Deze betekening vergt de bijeenkomst van de N. F. M. C. binnen twintig dagen na de verzendingsdatum van de aangetekende brief.

Gedaan te Brussel, de 6° october 1959, in :

twee originele exemplaren en

tien ondertekende kopieën, die bestemd zijn :

1° de eerste, voor de heer Minister van Sociale Voorzorg;

2° de volgende, voor :

— de Algemene Pharmaceutische Bond,
— de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België,
— de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten,
— de Nationale Vereniging der Onzijdige Mutualistische Bonden van België;
— het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten,
— de Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatiën van België,
— de Landsbond van de Federaties der Beroepsmutualiteiten van België,
— de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,
(ondertekenende partijen van de overeenkomst).

3° de laatste, voor het secretariaat van de N. F. M. C.

Voor de Algemene Pharmaceutische Bond,

(g) J. Paulus, J. Bruggeman; P. Degand; M. Hardy; M. Raeymaekers; A. Verreydt.

Voor de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België,

(g) G. Vande Moortele; E. Etienne.

Voor de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten,

(g) A. Kuypers.

Voor de Nationale Vereniging der Onzijdige Mutualistische Bonden van België,

(g) J. Kremer; A. Bellevaux.

Voor het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten,

(g) A. Verhaert; E. Leburton.

Voor de Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatiën van België,

(g) J. Eloy.

Voor de Landsbond van de Federaties der Beroepsmutualiteiten van België,

(g) G. Jaxque.

Voor de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

(g) E. Janssens.

Overeenkomst goedgekeurd door de heer Minister van Sociale Voorzorg, op 15 oktober 1959.

(g) L. Servais.

ANNEXE VI.

Projet de Protocole d'accord entre le Ministre de la Prévoyance sociale et l'Association Pharmaceutique Belge.

Depuis la création de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, les pharmaciens conscients du caractère éminemment social d'une assurance contre la maladie, lui ont toujours apporté leur loyale collaboration.

Cette collaboration que le corps pharmaceutique a concretisée dans la convention nationale pharmaceutico-mutualiste doit cependant être précisée au regard des conclusions du rapport du Groupe de travail parlementaire chargé de l'étude des problèmes de l'assurance maladie-invalidité.

C'est pourquoi les représentants de l'Association pharmaceutique belge se sont réunis à plusieurs reprises avec le Ministre de la Prévoyance sociale et ses collaborateurs, afin de définir la poursuite de cette collaboration sur des bases durables, en vue de l'assainissement de l'assurance maladie-invalidité, d'une plus grande efficacité de celle-ci, ainsi que d'une plus grande sécurité pour les assurés sociaux et leur famille.

Pour atteindre ce but une rationalisation de l'exercice de la pharmacie s'impose et en conséquence, un réel assainissement de l'assurance maladie-invalidité doit s'assortir d'une adaptation simultanée de la législation pharmaceutique aux circonstances actuelles de la production, de la distribution et de la dispensation des médicaments.

Dans cet esprit, les représentants du corps pharmaceutique ne peuvent que se réjouir du désir unanimement exprimé par le Groupe de travail de voir inscrire la réforme de l'assurance maladie-invalidité dans le cadre d'une grande politique de santé publique profitable à toute la population et à laquelle le corps pharmaceutique entend participer.

La collaboration du corps pharmaceutique est en outre basée sur la reconnaissance par les pouvoirs publics et les organismes intéressés du rôle éminent joué par les pharmaciens dans l'organisation de la santé publique ainsi que sur le respect des valeurs auxquelles ils sont légitimement attachés : le libre choix, le secret professionnel et le standing social inhérent à toute profession de l'Art de guérir.

Gestion.

Dans la perspective de la création d'un Institut National des Soins de Santé, le corps pharmaceutique marque son accord pour participer à la gestion au même titre que les autres professions de l'Art de guérir représentées au sein du Conseil.

Les pharmaciens, de même que les médecins et les organismes assureurs apportent, pour rendre la gestion efficace, une compétence qui leur est propre et dont il doit être tenu compte au moment de l'élaboration des règles de fonctionnement de l'I. N. S. S.

C'est sur la base du respect réciproque de ces compétences diverses, acssociées dans une gestion commune, que se fonde la responsabilité de chacune des parties.

Responsabilité.

La présence du corps pharmaceutique au sein de la gestion de l'Institut National des Soins de Santé implique une prise en charge de responsabilité financière. Indépendamment de celle qui est commune à tous les gestionnaires, le corps pharmaceutique ne peut être engagé que dans la mesure où le pharmacien est ordonnateur de dépenses. A ce sujet, il importe de souligner la nécessité de mettre tout en œuvre afin d'orienter la prescription médicale, dans le cadre de la liberté thérapeutique, vers plus d'efficience alliée à plus d'économie; dans cet esprit, les représentants de l'Association pharmaceutique belge tiennent à affirmer que l'acceptation d'une responsabilité est conditionnée pour eux par les moyens qui, en accord avec le corps médical, seront mis à leur disposition pour résoudre ce problème.

Dans ces conditions, le corps pharmaceutique marque son accord pour assumer ses responsabilités, dans le cadre de la gestion de l'I. N. S. S., tenant compte d'une période expérimentale de 3 ans, considérée comme nécessaire à l'établissement des normes de fonctionnement et des normes financières propres au nouveau régime.

Après cette période, il serait tenu compte, pour l'établissement du budget annuel, des progrès incessants de la médecine et aussi de l'évolution générale des rémunérations.

BIJLAGE VI.

Ontwerp-overeenkomstprotocol tussen de Minister van Sociale Voorzorg en de Algemene Pharmaceutische Bond.

Sedert de instelling van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, hebben de apothekers, bewust als ze zijn van de sociale aard bij uitstek van een verzekering tegen ziekte, steeds hun loyale medewerking verleend.

Die medewerking waaraan door het Apothekerskorps vaste vorm werd gegeven in de nationale farmaceutische-mutualistische overeenkomst, moet evenwel nader worden geregeld uitgaande van de conclusies van de Parlementaire Werkgroep, belast met de studie van de problemen der ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Te dien einde zijn de vertegenwordigers van de Algemene Pharmaceutische Bond herhaaldelijk in vergadering bijeengekomen met de Minister van Sociale Voorzorg en zijn medewerkers, om de verdere medewerking op duurzame grondslagen te vestigen, met het oog op de sanering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, op een grotere doelmatigheid ervan alsmede op een ruimere zekerheid voor de sociaal verzekerden en hun gezin.

Om dat doel te bereiken is een rationalisatie van de uitoefening der farmacie vereist en derhalve moet een werkelijke sanering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering gepaard gaan met een simultane aanpassing van de farmaceutische wetgeving aan de huidige omstandigheden inzake voortbrengst, verdeling en verstrekking van de geneesmiddelen.

In die geest kunnen de vertegenwoordigers van het Apothekerskorps zich slechts verheugen over de eenparig door de Werkgroep uitgesproken wens om de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te zien binnen het bestek van een ruim volksgezondheidsbeleid waarbij de ganse bevolking baat heeft en waaraan het Apothekerskorps wenst deel te nemen.

De medewerking van het Apothekerskorps is bovendien gegrondvest op de erkennning, van overheidswege en vanwege de betrokken instellingen, van de hoogstaande rol die de apothekers vervullen in de organisatie van de volksgezondheid alsmede van de eerbiediging van de waarden waaraan zij rechtmatig zijn gehecht : de vrije keuze, het beroepsgeheim en de sociale standing die onafscheidelijk met ieder beroep van de geneeskunst verbonden is.

Beheer.

In het vooruitzicht van de oprichting van een Rijksinstituut voor Geneeskundige Verzorging, is het Apothekerskorps het eens om, net als de andere geneeskundige beroepen die in de schoot van de Raad zijn vertegenwoordigd, aan het beheer deel te nemen.

Om een doelmatig beheer te verzekeren, verlenen de apothekers, evenals de geneesheren en de verzekeringsinstellingen een bevoegdheid die hun eigen is en waarmede rekening moet worden gehouden bij het vaststellen van de werkingsregelen van het R. V. G. V.

Het is op de wederzijdse eerbiediging van die diverse bevoegdheden, verenigd in een gemeenschappelijk beheer, dat de verantwoordelijkheid is gevestigd van elk der partijen.

Verantwoordelijkheid.

De tegenwoordigheid van het Apothekerskorps in het beheer van het Rijksinstituut voor Geneeskundige Verzorging behelst het opnemen van financiële verantwoordelijkheid. Afgezien van die welke alle beheerders gemeen kunnen hebben, kan het Apothekerskorps enkel gebonden zijn in zoverre de apotheker uitgaven fiatteert. In dat verband is het van belang dat met klem wordt gewezen op de nodzaak alles in het werk te stellen om het geneeskundig voorschrift, binnen het bestek van de vrijheid inzake therapie, te oriënteren naar meer doelmatigheid welke gepaard gaat met een grotere zuinigheid; in die geest stellen de vertegenwoordigers van de Algemene Pharmaceutische Bond er prijs op te verklaren dat het aanvaarden van een verantwoordelijkheid voor hun afhankelijk is van de middelen die, in overleg met het Geneesherenkorps, te hunner beschikking zullen worden gesteld om dat probleem op te lossen.

Derhalve is het Apothekerskorps het eens om zijn verantwoordelijkheden op te nemen in het raam van het beheer van het R. V. G. V., rekening houdende met een proeftijdvak van 3 jaren, dat noodzakelijkwordt geacht om de aan het nieuwe stelsel eigen werkings- en financiële normen uit te werken.

Na dat tijdvak zou, om de jaarbegroting op te maken, rekening worden gehouden met de aanhoudende vooruitgang van de geneeskunde en tevens met de algemene evolutie van de lonen.

Mode de rétribution des pharmaciens.

Actuellement, l'acte pharmaceutique par lequel le pharmacien met sa compétence au service du malade tout en engageant sa responsabilité personnelle, est rétribué sur la base d'honoraires fixés en fonction de l'importance des prestations lorsqu'il s'agit de préparations magistrales et calculés en pourcentage de la valeur de la matière lorsqu'il s'agit de spécialités pharmaceutiques.

Ce système mixte dans ses modalités d'application a entraîné de nombreuses controverses d'interprétation, qui ont permis à d'aucuns d'assimiler l'acte pharmaceutique à un acte commercial.

Au moment de l'entrée du corps pharmaceutique au sein du Conseil de gestion de l'I. N. S. S., il importe que ce problème soit revu, compte tenu notamment de l'impossibilité d'intégrer la notion de responsabilité financière sans une rétribution réalisée sous formes d'honoraires.

Dans cette perspective, les représentants de l'Association pharmaceutique belge se déclarent prêts à envisager l'étude des moyens à mettre en œuvre pour remédier à cette situation, par exemple par l'instauration d'un Tarif National, ce qui répond au vœu exprimé par le Groupe de travail parlementaire de substituer au système actuel la notion d'une « rétribution correspondant aux services rendus ».

D'autre part, il est indispensable de revoir les barèmes d'honoraires des préparations magistrales tels qu'ils sont actuellement repris au tarif pharmaceutique officiel : cette revision doit s'opérer dans un sens de simplification des règles établies. Les modalités de ladite revision ne doivent en rien porter préjudice à l'indexation déjà reconnue.

Le tiers-payant.

Le Groupe de travail parlementaire a émis diverses considérations sur le système du tiers-payant. Sans vouloir préjuger des conclusions à en tirer, les représentants du corps pharmaceutique partagent cependant l'opinion que les retards de paiement ont contribué à jeter le discrédit sur l'A. M. I. Ils ajoutent que ces retards ont en outre énervé les relations entre les pharmaciens et les organismes assureurs.

Aussi, les bases d'une saine collaboration doivent, que le tiers-payant subsiste ou non dans sa totalité, prévoir des modalités donnant les garanties réelles de régularité de paiement dans des délais normaux.

A cet égard, il y aurait lieu d'établir, au sein de l'I. N. S. S. un plan de paiement régulier permettant certaines avances provisionnelles, qui assurerait la continuité dans la liquidation des factures pharmaceutiques.

Ticket modérateur.

Les représentants du Gouvernement et du corps pharmaceutique estiment qu'il est opportun de faire supporter par l'assuré une partie du coût des prestations par l'application d'un ticket modérateur.

Cependant des exceptions à ce principe peuvent être envisagées, dans le cas des soins spécifiques des maladies sociales ou des prestations effectuées en faveur de certaines catégories d'assurés particulièrement dignes d'intérêt.

Soucieux de participer à l'instauration des soins médicaux et pharmaceutiques gratuits en faveur des personnes particulièrement dignes d'intérêt, les pensionnés, veuves et invalides et leurs ayants-droit, le corps pharmaceutique admet de ne pas percevoir le ticket modérateur prévu sur la préparation magistrale et abandonne ses honoraires jusqu'à concurrence de la valeur du ticket modérateur.

Le contrôle.

§ 1. — Les représentants de l'A. P. B. affirment leur volonté de voir établir un contrôle indépendant et objectif des prestations, qui doit contribuer tant à l'assainissement de l'assurance maladie, qu'à la sauvegarde de l'intégrité morale du corps pharmaceutique.

Ils tiennent à rappeler les initiatives de leur organisation professionnelle qui ont abouti à la création d'un réseau d'Offices de tarification dont les services ont été reconnus à de nombreuses reprises.

Au moment de l'entrée du corps pharmaceutique au sein de l'I.N.S.S. ses représentants sont conscients de la nécessité de revoir le problème de l'organisation des Offices de tarification, afin d'assurer une meilleure coordination, vers une plus grande efficience par la rationalisation du contrôle assurant toutes les garanties morales aux parties intéressées.

Bezoldigingswijze van de Apothekers.

Thans wordt de farmaceutische verrichting, waardoor de apotheker zijn bevoegdheid ten dienste stelt van de zieke en waarmede tevens zijn persoonlijke verantwoordelijkheid gemoeid is, bezoldigd op grond van een vast honorarium volgens het belang van de verstrekkingen wanneer het om magistrale bereidingen gaat en percentsgewijs berekend naar de waarde van de stof wanneer het farmaceutische specialiteiten betreft.

Dat in zijn toepassingsregelen gemengde systeem was oorzaak van talrijke interpretatiegeschillen, waardoor sommigen de farmaceutische verrichting gaan gelijkstellen met een handelsverrichting.

Bij de intrede van het Apothekerskorps in de Raad van Beheer van het R. V. G. V., is het zaak dat probleem te herzien, inzonderheid rekening houdende met de onmogelijkheid om het begrip financiële verantwoordelijkheid in te schakelen zonder een bezoldiging in de vorm van honorarium.

In dat vooruitzicht, verklaren de vertegenwoordigers van de Algemene Pharmaceutische Bond bereid te zijn de studie te overwegen van de middelen welke dienen aangewend om die toestand te verhelpen, bij voorbeeld door een Nationaal Tarief in te voeren. Aldus wordt ingegaan op de wens uitgesproken door de Parlementaire Werkgroep om het huidig stelsel te vervangen door het begrip « vergoeding die met de bewezen diensten overeenstemt ».

Voorts blijkt het onontbeerlijk de thans in het Officieel farmaceutisch tarief voorkomende honorariumschalen van de magistrale bereidingen te herzien : die herziening behoort te geschieden met de bedoeling de vastgestelde regels te vereenvoudigen. De regelen van bedoelde herziening hoeven in genen dele afbreuk te doen aan de reeds erkende binding aan het indexcijfer.

De betalende derde.

De Parlementaire Werkgroep heeft verscheidene overwegingen te kennen gegeven in verband met het stelsel van de betalende derde. Zonder te willen vooruitlopen op de daaruit te trekken conclusies, beamen de vertegenwoordigers van het Apothekerskorps evenwel de mening dat de vertragingen in de betaling ertoe bijgedragen hebben de ziekte- en invaliditeitsverzekering in discrediet te brengen. Zij voegen eraan toe dat die vertragingen bovendien de betrekkingen tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen hebben ontzenuwd.

In de grondslagen tot een gezonde medewerking moeten dan ook de regelen besloten liggen, luidens welke een werkelijke waarborg wordt verstrekt in verband met het regelmatig betalen binnen normale tijdspannen, ongeacht of de betalende derde al dan niet algeheel gehandhaafd wordt.

Wat dat betreft zou in de schoot van het R. V. G. V. een plan tot regelmatige betaling moeten uitgewerkt worden op grond waarvan zekere provisionele voorschotten kunnen worden toegekend waardoor de continuïteit zou worden verzekerd in het vereffenen van de farmaceutische rekeningen.

Matigingsticket.

De vertegenwoordigers van de Regering en van het Apothekerskorps achten het passend dat een gedeelte van de kosten der verstrekkingen voor rekening komt van de verzekerde door toepassing van een matigingsticket.

Nochtans kunnen op dat principe uitzonderingen in overweging worden genomen, inzonderheid wat betreft de specifieke verzorging van de sociale ziekten of de verstrekkingen verricht ten gunste van sommige bijzonder behartigingswaardige categorieën van verzekerden.

Begaan met de zorg deel te nemen aan het invoeren van het kosteloos verstrekken van geneeskundige en farmaceutische hulp aan personen wier toestand bijzonder behartigenswaardig is, de gepensioneerden, weduwen en invaliden en hun rechtverkrijgenden, neemt het Apothekerskorps aan het matigingsticket niet te innen, waarin voor de magistrale bereiding is voorzien en af te zien van zijn honoraria tot beloop van de waarde van het matigingsticket.

De controle.

§ 1. — De vertegenwoordigers van de A. P. B. bevestigen hun wil een zelfstandige objectieve controle op de verstrekkingen te zien instellen, welke zowel moet bijdragen tot de sanering van de ziekteverzekering als tot de vrijwaring van de morele integriteit van het Apothekerskorps.

Zij wensen te herinneren aan de initiatieven van hun beroepsorganisatie welke tot de oprichting van een net van Tariferingsdiensten hebben geleid waarvan de diensten herhaaldelijk werden erkend.

Bij de intrede van de vertegenwoordigers van het Apothekerskorps in de schoot van het R. V. G. V., zijn deze zich bewust van de noodzaak het probleem in verband met de organisatie van de Tariferingsdiensten te herzien, ten einde een betere ordening in de zin van een grotere doelmatigheid te verzekeren, door een rationalisatie van de controle die de betrokken partijen alle morele waarborgen verschaft.

Engagés dans une gestion commune avec les organismes assureurs et les autres collaborateurs de l'assurance, les pharmaciens estiment d'autre part qu'il est légitime que les activités des Offices de tarification soient soumises à la juridiction de cette gestion commune.

Dès lors, la question se pose de savoir si la compétence de l'Institut de Contrôle Médical ne devrait pas être précisée quant au contrôle des prestations pharmaceutiques; dans cette perspective, l'A. P. B. souhaite que ses représentants soient associés à cette institution.

§ 2. — Rencontrant une des conclusions du Groupe de Travail, les représentants du corps pharmaceutique ont étudié l'intérêt de l'introduction obligatoire à l'intérieur du conditionnement des spécialités pharmaceutiques d'un « timbre d'utilisation ».

Le timbre d'utilisation constituera incontestablement un moyen de surveillance de l'usage du médicament prescrit et rendra impossible la substitution de médicaments par d'autres articles.

Toutefois pour être complète, cette mesure de surveillance devrait être envisagée de manière à conférer au timbre d'utilisation une double signification : sur le plan de la réalité de la dispensation et sur le plan de la réalité du contrôle de la conformité du médicament à la formule donnée.

En effet, indépendamment de l'incidence financière favorable, l'efficacité de l'assurance commande la garantie de la qualité des spécialités délivrées.

Dans ce domaine l'action développée depuis de nombreuses années par le service de contrôle des médicaments de l'A. P. B. doit être reconnue en associant l'activité de ce service aux mesures d'assainissement de l'assurance-maladie.

Permanence de la collaboration.

Les signataires du présent accord conviennent de se contacter régulièrement et d'associer à leurs entretiens périodiques les organismes assureurs, porte-parole légitimes des assurés et des malades.

Ils sont convaincus de part et d'autre qu'avec une bonne foi et une loyauté totales, ils donneront aux problèmes de l'assurance-maladie des solutions valables, conformes aux exigences sociales et de santé publique de notre temps.

Verbonden in een gemeenschappelijk beheer met de verzekeringsinstellingen en de andere verzekeringsmedewerkers, achten de apothekers het gewettigd dat de activiteiten van de Tariferingsdiensten onder de rechtsmacht staan van dat gemeenschappelijk beheer.

Derhalve is het de vraag te weten of de bevoegdheid van het Instituut voor Geneeskundige Controle niet nader zou moeten bepaald worden wat betreft de controle op de farmaceutische verstrekkingen; in dat vooruitzicht, verlangt de A. P. B. dat zijn vertegenwoordigers bij dat orgaan zouden betrokken worden.

§ 2. — Ingaande op een der conclusies van de Werkgroep, hebben vertegenwoordigers van het Apothekerskorps het belang bestudeerd van de verplichting om elke verpakking van farmaceutische specialiteiten binnenin van een « verbruikszegel » te voorzien.

Het verbruikszegel zal gewis een middel zijn tot toezicht op het gebruik van het voorgeschreven geneesmiddel en maakt het ondoenbaar geneesmiddelen door andere artikelen te vervangen.

Om volledig te zijn, zou die toezichtsmaatregel echter derwijze moeten overwogen worden dat het verbruikszegel een dubbele betekenis wordt toegewezen : in het vlak van het werkelijk afleveren en in het vlak van een werkelijke controle van de overeenstemming van het geneesmiddel met de opgegeven formule.

Immers, afgezien van de gunstige financiële weerslag, eist de doelmatigheid van de verzekering de waarborg inzake kwaliteit van de afgeleverde specialiteiten.

Op dat gebied moet de sedert vele jaren door de geneesmiddelencontroledienst van de A. P. B. gevoerde actie worden erkend, door de activiteit van die dienst bij de maatregelen tot sanering van de ziekteverzekering te betrekken.

Duurzaamheid van de medewerking.

De ondertekenaars van deze overeenkomst spreken af regelmatig samen overleg te plegen en de verzekeringsinstellingen, wettige woordvoerders van de verzekerden en van de zieken, bij hun periodieke besprekingen te betrekken.

Zij zijn er van weerszijden van overtuigd dat zij, met een werkelijk goede trouw en een algehele loyauteit, aan de problemen van de ziekteverzekering deugdelijke oplossingen zullen geven welke met de hedendaagse sociale eisen en die inzake volksgezondheid stroken.

ANNEXE VII.

24 décembre 1957. — Arrêté ministériel déterminant le modèle des conventions à conclure entre le Fonds national d'assurance maladie-invalidité et les établissements hospitaliers (Moniteur belge des 26, 27, 28 décembre 1957).

Article premier.

Les *conventions* à conclure entre le Fonds national d'assurance maladie-invalidité et les *établissements hospitaliers* sont établies conformément au modèle annexé au présent arrêté.

Art. 2.

Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

1° L'établissement .....
.....
.....

agréé par le Ministère de la Santé publique et de la Famille pour les services :

H (hospitalisation simple);
D (diagnostic et traitement médical);
C (diagnostic et traitement chirurgical);
M (maternité);
E (maladies infantiles);
O (orthopédie);
F (physiothérapie);
S (spécialités);
L (contagieux),

évaluant sous sa responsabilité le prix réel de la journée d'hospitalisation à ....., s'engage néanmoins à réclamer au bénéficiaire de l'assurance maladie hospitalisé, à ses ayants droit ou à ses répondants, la somme totale de ..... par journée d'hospitalisation.

Cette somme est portée à ..... francs dans le cas où le malade est hébergé dans une chambre particulière parce que son état indique la nécessité médicale de l'isoler.

Ces sommes comprennent l'entièreté des frais généraux d'entretien, de chauffage et d'éclairage, d'alimentation, du personnel infirmier, administratif et ouvrier, de linge, d'utilisation, d'entretien et d'amortissement des instruments médicaux, du matériel, du mobilier et des bâtiments, de salle d'opération et de produits anesthésiques, de pansements courants et de médicaments, à l'exclusion des spécialités pharmaceutiques.

Les honoraires pour les prestations effectuées par des médecins ou des auxiliaires habilités, à l'exclusion des infirmières, sont portés en compte en supplément,

— aux conditions des tarifs de l'assurance maladie-invalidité;

— sans tenir compte nécessairement des tarifs de l'assurance maladie-invalidité.

Dans la mesure où l'établissement est habilité à délivrer des médicaments, il s'engage à porter en compte le prix des spécialités pharmaceutiques aux conditions fixées dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité pour la dispensation de ces produits.

2° L'établissement susvisé s'engage à ne pas réclamer de frais d'hospitalisation lorsque la durée de l'hospitalisation ne comprend pas au moins une nuit.

Toutefois les frais d'une journée d'hospitalisation peuvent être réclamés dans les cas où le décès du malade est survenu le jour même de son admission.

3° Dans les cas où des soins nécessitant l'utilisation d'une salle d'opération pour une prestation chirurgicale ont été donnés dans l'établissement sans que ce dernier ait été autorisé à réclamer des frais d'hospitalisation, il peut demander le paiement d'une somme forfaitaire de 100 francs destinée à couvrir les frais de salle d'opération et de pansements.

4° L'établissement susvisé s'engage à ne réclamer les frais d'hospitalisation pour le jour d'entrée et le jour de sortie qu'à concurrence d'une seule journée pour l'ensemble, sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées simultanément : admission d'un malade avant 12 heures le jour d'entrée, et départ du malade après 16 heures le jour de sortie.

BIJLAGE VII.

24 december 1957. — Ministerieel besluit tot vaststelling van het model der tussen het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en de verplegingsinstellingen te sluiten overeenkomsten (Belgisch Staatsblad van 26, 27, 28 december 1957).

Eerste artikel.

De tussen het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en de *verplegingsinstellingen* te sluiten *overeenkomsten* worden opgemaakt overeenkomstig het bij dit besluit gevoegd model.

Art. 2.

Dit besluit treedt in werking de dag van bekendmaking er van in het *Belgisch Staatsblad*.

1° De instelling .....
.....
.....

door het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin erkend voor de diensten :

H (gewone ziekenhuisverpleging);
D (diagnose en geneeskundige behandeling);
C (diagnose en heelkundige behandeling);
M (kraamverzorging);
E (kinderziekten);
O (orthopedie);
F (fysiotherapie);
S (specialismen);
L (besmettelijke ziekten),

die de werkelijke prijs van de ziekenhuisverpleging onder haar verantwoordelijkheid raamt op ....., gaat evenwel de verbintenis aan van de op de ziekteverzekeringsverstrekkingen gerechtigde verpleegde, van dezes rechtverkrijgenden of borgen, het gezamenlijk bedrag van ..... per verpleegdag te vorderen.

Die som wordt op ..... frank gebracht wanneer de patiënt in een afzonderlijke kamer ondergebracht wordt omdat zijn toestand uit een geneeskundig oogpunt afzondering vergt.

Deze sommen omvatten het volle bedrag der algemene kosten van onderhoud, verwarming en verlichting, voeding, verpleeg-, administratie- en werkliedenpersoneel, linnen, gebruik, onderhoud en amortisatie van geneeskundige instrumenten, materieel, meubilair en gebouwen, operatiekamer en produkten voor anesthesie, gewone verbandmiddelen en geneesmiddelen, pharmaceutische specialiteiten uitgezonderd.

De honoraria voor verstrekkingen door geneesheren of gemachtigde helpers, verpleegsters uitgezonderd, worden bijgerekend,

— overeenkomstig de voorwaarden betrekkelijk de tarieven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

— zonder noodzakelijk rekening te houden met de tarieven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Is de instelling gemachtigd geneesmiddelen af te leveren, dan gaat ze de verbintenis aan de prijs der pharmaceutische specialiteiten aan te rekenen tegen de in de ziekte- en invaliditeitsverzekeringsverband vastgestelde voorwaarden inzake aflevering der produkten.

2° Vorenbeoogde instelling verbindt zich er toe geen ziekenhuisverpleegkosten aan te rekenen zo de verpleegduur niet ten minste één nacht behelst.

De kosten voor een dag ziekenhuisverpleging mogen nochtans worden aangerekend zo de patiënt overlijdt de dag zelf van zijn opneming.

3° Werd de verzorging die wegens een heelkundige verstrekking het gebruik van een operatiekamer behoeft, in de instelling verstrekt en mocht deze geen verpleegkosten aanrekenen, dan mag ze een vast bedrag van 100 frank in rekening brengen tot dekking der kosten voor operatiekamer en verband.

4° Vorenbeoogde instelling verbindt er zich toe voor de dag van opneming en de dag van vertrek slechts één verpleegdag aan te rekenen behalve wanneer navolgende voorwaarden samen vervuld zijn : opneming van de patiënt vóór 12 uur de eerste dag, vertrek van de patiënt na 16 uur van de laatste dag.

5° Les tarifs repris au 1°, alinéa 1 et 2, de la présente convention peuvent être modifiés en tenant compte des fluctuations de l'indice des prix de détail. Les conditions dans lesquelles ces modifications deviennent effectives sont celles qui sont prévues à l'article 88 de l'arrêté royal organique de l'assurance maladie-invalidité, en ce qu'il concerne les indemnités d'invalidité.

Les tarifs tels qu'ils sont repris au 1°, alinéa 1 et 2, de la présente convention sont fixés à l'indice 105.

6° L'établissement susvisé s'engage à n'hospitaliser des assurés sociaux que lorsqu'ils sont munis d'une autorisation du médecin-conseil de l'organisme assureur.

Toutefois en cas d'hospitalisation d'urgence, cette autorisation préalable du médecin-conseil n'est pas requise, mais l'établissement hospitalier doit, dans les deux jours ouvrables de l'admission du patient, justifier auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur les raisons de l'hospitalisation.

L'établissement s'engage à ne pas dépasser la durée de l'hospitalisation qui a été fixée par le médecin-conseil et à introduire au plus tard le jour d'expiration de cette période, une demande de prolongation de l'hospitalisation dans les cas où il l'estime nécessaire : dans ces conditions, l'établissement hospitalier est autorisé à réclamer des frais d'hospitalisation jusqu'au moment où il reçoit une réponse du médecin-conseil.

7° L'établissement susvisé s'engage à permettre aux médecins-conseil des organismes assureurs et aux médecins-contrôleurs du Conseil supérieur de l'Inspection médicale d'effectuer les visites qu'ils jugeront utiles pour l'accomplissement de leur mission.

8° L'établissement susvisé s'engage à fournir à l'assuré les documents qui lui sont nécessaires pour obtenir le remboursement des prestations auprès de son organisme assureur; il s'engage à fournir aux organes de l'assurance les documents et renseignements nécessaires pour le remboursement et le contrôle de l'application des dispositions de la présente convention.

Les médecins de cet établissement présentent notamment les notes d'honoraires pour prestations médicales et pharmaceutiques sur les formulaires-types en application, dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste.

9° La présente convention portera ses effets au plus tôt le 1er janvier 1958 et à dater du jour de sa signature.

Elle est valable jusqu'au 31 décembre 1958. Elle sera prorogée d'année en année dans les mêmes conditions, à moins que l'une ou l'autre partie, désirant une révision des conditions prévues ci-dessus ne prévienne le contractant, par lettre recommandée à la poste au plus tard le 1er novembre de l'année en cours.

10° En cas de non-observation des termes de la convention, l'établissement intéressé peut se voir attrait devant une commission formée de 8 membres, dont 4 représentent les organisations les plus représentatives des établissements hospitaliers, et 4 représentent le Fonds national d'assurance maladie-invalidité. Sur rapport de cette commission, le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale peut décider l'abrogation de la convention et l'application des tarifs de remboursement prévus par l'article 3 de l'arrêté ministériel du 8 août 1957, pour les établissements n'ayant pas conclu de convention.

11° Le Fonds national d'assurance maladie-invalidité et les organismes assureurs sont autorisés à porter à la connaissance des assurés sociaux les dispositions de la présente convention.

12° Par application de l'arrêté ministériel du 24 décembre 1957 fixant le tarif de remboursement applicable aux établissements hospitaliers qui ont conclu une convention avec le Fonds national d'assurance maladie-invalidité en ce qui concerne la fixation d'un tarif de remboursement uniforme, ce tarif de remboursement par journée d'hospitalisation dans l'établissement susvisé est fixé à .....

13° La présente convention porte le numéro d'immatriculation : .....; l'établissement est tenu de reproduire ce numéro sur tous les documents destinés aux assurés et aux organes de l'assurance.

14° L'établissement susvisé ayant signalé qu'il dispose de ..... lits spéciaux pour l'hospitalisation des prématurés s'engage à réclamer dans ces cas la somme de ..... francs par journée dans les conditions générales prévues à la présente convention.

15° Par application de l'arrêté ministériel du 24 décembre 1957, fixant le tarif de remboursement applicable aux établissements hospitaliers qui ont conclu une convention avec le Fonds national d'assurance maladie-invalidité et notamment en ce qu'il concerne la fixation d'un tarif de remboursement spécial pour l'hospitalisation des prématurés, ce tarif de remboursement par journée d'hospitalisation dans l'établissement susvisé est fixé à .....

5° De onder 1°, lid 1 en 2, van deze overeenkomst vervatte tarieven, mogen gewijzigd worden naar de schommelingen van het indexcijfer der kleinhandelsprijzen. Die wijzigingen worden van kracht als bepaald in artikel 88 organiek koninklijk besluit van de ziekte- en invaliditeitsverzekering betrekkelijk de invaliditeitsvergoedingen.

De onder 1°, lid 1 en 2, van deze overeenkomst vervatte tarieven zijn vastgesteld uitgaande van indexcijfer 105.

6° Vorenbedoegde instelling verbindt er zich toe alleen sociaal verzekerden, in het bezit van een machtiging vanwege de adviserende geneesheer van het verzekeringsorganisme, ter verpleging op te nemen. Bij dringende opneming is die voorafgaande machtiging van de adviserende geneesheer evenwel niet vereist, doch de verplegingsinstelling behoort binnen de twee werkdagen na de opneming van de patiënt, de redenen daartoe te wettigen tegenover de adviserende geneesheer van het verzekeringsorganisme.

De instelling verbindt er zich toe de door de adviserende geneesheer vastgestelde verplegingsduur niet te overschrijden en, zo zij de verplegingsverlenging nodig acht, daartoe uiterlijk de dag dat die verplegingsduur verstrijkt een aanvraag in te dienen; alsdan is de verplegingsinstelling er toe gemachtigd verpleegkosten aan te rekenen totdat ze van de adviserende geneesheer een antwoord ontvangt.

7° Vorenbedoegde instelling verbindt er zich toe de adviserende geneesheren van de verzekeringsorganismen en de controlerende geneesheren van de Hoge Raad voor Geneeskundig Toezicht toe te laten de bezoeken af te leggen welke zij ter vervulling van hun taak nuttig achten.

8° Vorenbedoegde instelling verbindt er zich toe de verzekerde de bescheiden af te leveren die hij behoeft ter verkrijging van terugbetaling der verstrekkingen bij zijn verzekeringsorganen alle in verband met terugbetaling en toezicht op de toepassing der beschikkingen van deze overeenkomst vereiste bescheiden en inlichtingen te verstrekken.

Voor het opmaken onder meer van de ereloonnota's voor geneeskudige en pharmaceutische hulp gebruiken de geneesheren uit die instelling, de in ziekte- en invaliditeitsverzekeringsverband toepasselijke typeformulieren, na advies van de landelijke medisch-mutualistische commissie.

9° Deze overeenkomst geldt met ingang van ten vroegste 1 januari 1958 en vanaf de datum van ondertekening. Ze is geldig tot 31 december 1958.

Ze wordt van jaar tot jaar onder dezelfde voorwaarden verlengd tenzij de een of andere partij, die herziening van vorenstaande voorwaarden wenst, daarvan de medeondertekenaar uiterlijk 1 november van het lopend jaar bij ter post aangetekend schrijven verwittigt.

10° Ingeval ze de in de overeenkomst opgenomen bedingen niet nakomt, kan de betrokken instelling voor een uit acht leden bestaande commissie, van wie vier de representatiefste organisaties der verplegingsinstellingen en vier het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit vertegenwoordigen, worden gedaagd. Op het verslag van die commissie kan de Minister van Arbeid en Sociale Voorzorg beslissen tot opheffing van de overeenkomst en tot toepassing van de bij artikel 3 van het ministerieel besluit dd. 8 augustus 1957 voor de instellingen die geen overeenkomst hebben gesloten bepaalde terugbetalingstarieven.

11° Het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en de verzekeringsorganismen zijn gemachtigd de beschikkingen van deze overeenkomst ter kennis te brengen van de sociaal verzekerden.

12° Bij toepassing van het ministerieel besluit van 24 december 1957 tot vaststelling van het terugbetalingstarief voor de verplegingsinstellingen die met het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit een overeenkomst hebben gesloten, namelijk waar het betrekking heeft op het vaststellen van een eenvormig terugbetalingstarief, wordt dat terugbetalingstarief per verpleegdag in vorenbedoegde instelling vastgesteld op .....

13° Deze overeenkomst draagt het stamnummer .....; de instelling is er toe gehouden dat nummer te vermelden op alle bescheiden ten behoeve van verzekerden en verzekeringsorganen.

14° Vorenbedoegde instelling die gemeld heeft over ..... bijzondere bedden voor verplegingsopneming van prematuren te beschikken, gaat de verbintenis aan voor die gevallen de som van ..... frank per dag aan te rekenen onder de in deze overeenkomst vastgelegde algemene voorwaarden.

15° Bij toepassing van het ministerieel besluit van 24 december 1957 tot vaststelling van het terugbetalingstarief voor de verplegingsinstellingen die met het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit een overeenkomst hebben gesloten, namelijk waar het betrekking heeft op het vaststellen van een bijzonder terugbetalingstarief voor verplegingsopneming van prematuren, wordt dat terugbetalingstarief per verpleegdag in vorenbedoegde instelling vastgesteld op .....

ANNEXE VIII.

Statistiques relatives à l'assurance.

Documents statistiques montrant l'évolution de l'assurance maladie-invalidité depuis sa création. Ces statistiques ont été établies par les services du F. N. A. M. I.

1. — **Evolution des effectifs des bénéficiaires.**

BIJLAGE VIII.

Statistieken betreffende de verzekering.

Statistische tabellen waaruit blijkt hoe de verzekering tegen ziekte en invaliditeit sinds die invoering ervan is geëvolueerd. Deze statistieken zijn opgesteld door de diensten van het R. V. Z. I.

1. — **Evolutie van het aantal rechthebbenden.**

	1949	1950	1954	1959	1960	1961		
1. Titulaires indemnisables primaires	1.980.723	1.992.253	2.000.717	2.046.835	2.033.412	2.042.631	(103,13)	1. Ziekengeldgerechtigden.
2. Invalides	36.966	38.414	45.848	57.251	62.653	67.191	(181,76)	2. Invaliden.
3. Titulaires indemnisables (1+2)	2.017.689	2.030.667	2.046.565	2.104.086	2.096.065	2.109.822	(104,57)	3. Uitkeringsgerechtigden (1+2)
4. Pensionnés	121.686	130.003	156.159	211.174	229.878	249.479	(205,02)	4. Gepensioneerden.
5. Veuves	62.160	67.032	80.615	113.229	120.632	128.579	(206,85)	5. Weduwen.
6. Titulaires (1+2+4+5)	2.201.535	2.227.702	2.283.339	2.428.489	2.446.575	2.487.880	(113,01)	6. Gerechtigden (1+2+4+5).
7. Conjoints	1.027.168	1.048.100	1.091.896	1.172.748	1.179.250	1.194.193	(116,26)	7. Echtgenoten.
8. Ascendants	81.557	89.220	104.903	111.884	112.343	109.074	(133,74)	8. Ascendenten.
9. Descendants	1.056.640	1.092.145	1.203.712	1.369.471	1.399.934	1.439.124	(136,20)	9. Descendenten.
10. Membres du ménage (7+8+9)	2.165.365	2.229.465	2.400.511	2.654.103	2.691.527	2.742.391	(126,65)	10. Gezinsleden (7+8+9).
11. Personnes à charge (4+5+10)	2.349.211	2.426.500	2.637.285	2.978.506	3.042.037	3.120.449	(132,83)	11. Personen ten laste (4+5+10).
12. Bénéficiaires (3+11)	4.366.900	4.457.167	4.683.850	5.082.592	5.138.102	5.230.271	(119,77)	12. Rechthebbenden (3+11).

Commentaire : Si l'on donne l'indice 100 aux effectifs enregistrés en 1949, on arrive en 1961 aux indices repris entre parenthèses.

Commentaar : Wordt 100 als indexcijfer genomen voor de in 1949 opgetekende getallen, dan komt men in 1961 tot de tussen haakjes vermelde indexcijfers.

2. — **Evolution des Recettes.**

(En millions de francs.)

2. — **Verloop van de ontvangsten.**

(In miljoenen frank.)

Année — Jaar	Cotisations — Bijdragen		Subventions — Toelagen					Revenus divers — Allerlei inkomsten	Total des recettes — Totale ontvangsten
	sur rémunérations — op loon	personnelles — persoonlijke	Mise au travail des chômeurs — Tewerkstelling van werklozen	Ordinaires — Gewone	Chômeurs — Werklozen	Divers — Allerlei	Extra-ordinaires — Buitengewone		
1945	1.866,9	6,4		298,7	145,2			3,3	2.320,5
1946	2.877,4	6,9		461,8	68,6			6,6	3.421,3
1947	3.392,8	9,5		543,0	71,2			13,7	4.030,2
1948	3662,7	25,8		586,0	138,3		310,8	10,5	4.734,1
1949	3.646,4	40,5		583,4	365,7		539,1	11,0	5.186,1
1950	3.761,9	49,0		601,9	378,4		178,8	13,7	4.983,7
1951	4.353,1	43,8		696,5	388,7		230,1	9,9	5.722,1
1952	4.548,5	51,6		992,9	421,5		—	17,6	6.032,1
1953	4.698,4	55,3		946,7	445,1		—	29,4	6.174,9
1954	4.697,6	58,2		948,9	435,9		300,0	13,0	6.453,6
1955	5.371,1	64,5		1.053,4	331,8	p.m.	—	13,5	6.834,3
1956	5.989,3	43,7	18,3	1.170,9	291,8	0,13	500,0	15,7	8.029,8
1957	6.742,5	48,2	13,1	1.325,3	212,2	4,6	300,0	43,7	8.689,6
1958	6.842,5	52,7	25,3	1.288,0	308,3	3,0	1.000,0	18,5	9.538,3
1959	6.858,1	55,5	41,5	1.366,1	429,8	3,1	1.510,0	29,9	10.294,0
1960	7.680,5	55,9	23,9	1.397,2	340,5	2,9	1.150,0	28,0	10.678,9
1961	8.380,9	61,4	17,2	1.455,0	266,8	2,9	2.300,0	32,8	12.517,0

3. — **Recettes et dépenses de l'Assurance.**

(En millions de francs.)

3. — **Ontvangsten en uitgaven van de Verzekering.**

(In miljoenen frank.)

Année — Jaar	Recettes globales — Totale ontvangsten	Prestations — Prestaties		Frais de gestion et divers — Beheerskosten en allerlei		Total dépenses — Totale uitgaven	Résultat — Uitkomst	Moyenne des ayants droit — Gemiddeld rechthebbendental
		en nature — verstrekkingen	en espèces — uitkeringen	F. N. A. M. I. — R. V. Z. I.	O. A. — V. O.			
1945	2.320,5	586,8	458,3	6,5	137,9	1.189,5	+ 1.131,0	3.317.956
1946	3.421,3	1.292,1	1.156,7	16,2	247,7	2.712,7	+ 708,6	3.841.558
1947	4.030,2	1.918,7	1.702,5	34,2	360,0	4.015,4	+ 14,8	4.130.403
1948	4.734,1	3.054,5	1.934,0	60,8	426,1	5.475,4	— 741,3	4.384.346
1949	5.186,1	2.758,5	1.718,6	84,4	462,8	5.024,3	+ 161,8	4.401.187
1950	4.983,7	2.981,8	1.626,8	78,3	536,4	5.223,3	— 239,6	4.407.189
1951	5.722,1	3.320,8	2.000,9	67,3	564,4	5.953,4	— 231,3	4.513.639
1952	6.032,1	3.516,0	2.386,7	65,0	641,6	6.609,3	— 577,2	4.615.542
1953	6.174,9	3.426,5	2.392,0	67,1	633,3	6.518,9	— 344,0	4.659.152
1954	6.453,6	3.672,8	2.414,5	64,5	668,7	6.820,5	— 366,9	4.690.709
1955	6.834,3	3.910,8	2.648,0	70,5	711,2	7.340,5	— 506,2	4.749.877
1956	8.029,8	4.153,5	2.855,6	93,3	764,2	7.866,6	+ 163,2	4.829.666
1957	8.689,6	4.482,3	3.002,6	129,4	811,1	8.425,4	+ 264,2	4.917.211
1958	9.538,3	5.422,6	3.167,5	141,4	898,8	9.630,3	— 92,0	5.005.586
1959	10.294,0	6.043,5	3.629,0	142,3	934,6	10.749,4	— 455,4	5.078.125
1960	10.678,9	6.345,3	4.209,5	107,8	992,9	11.655,5	— 976,6	5.143.691
1961	12.517,0	6.746,5	4.280,8	149,0	1.061,5	12.237,8	+ 279,2	5.238.679

4. — Prestations en nature. | 4. — Verstrekkingen.

	1949		1959		1960		1961	
		Montants — Bedragen (1)		Montants — Bedragen (1)		Montants — Bedragen (1)		Montants — Bedragen (1)
I. Honor. des médecins et dentistes. — Geneesh.- en tandartsenerelonen	Nbre de cas — Aant. geval.	**653,4**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.317,4**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.380,7**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.410,9**
Consultations au cabinet. — Raadpl. op spreekuur	10.846.563	271,0	9.950.609	298,5	10.275.248	308,3	10.638.208	319,1
Visites à domicile. — Bezoeken aan huis ...	7.043.647	211,0	10.949.861	492,7	11.661.711	524,8	11.460.813	515,7
Visites majorées. — Bezoeken tegen verhoogd tarief	554.890	30,3	308.476	20,8	366.302	22,2	328.147	22,2
Spécial + Rapports écrits. — Special + schrift. verslag	38.659	7,4	5.020.070	302,5	5.282.947	318,3	5.603.131	337,7
Dentistes. — Tandartsen	1.426.580	79,2	3.267.030	138,1	3.072.918	140,1	2.842.032	145,1
Médec. tenant officine. — Apotheekhoud. geneesh.		27,3		—		—		—
Frais de déplacement. — Reiskosten		5,1		—		—		—
Honoraires forfaitaires. — Vaste erelonen ...		22,3		65,1		67,3		71,5
Régularisations. — Regelingen		—0,2		—0,3		—0,3		— 0,4
II. Prestations pharmaceutiques. — Farmaceutische verstrekk.	Nbre de cas — Aant. geval.	**658,9**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.553,5**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.718,8**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.929,3**
Récipés magistraux. — Magistrale bereidingen	14.948.295	317,0	21.104.694	813,7	21.279.156	875,5	20.608.996	912,4
Spécialités. — Specialiteiten	13.556.513	255,1	15.847.101	668,0	17.811.690	767,2	20.556.961	930,7
Spécialités irremplaçables. — Onvervangbare specialiteiten	557.481	27,8						
Médicaments pour hospitalisés. — Geneesmidd. voor verpleegden		59,0		72,0		76,1		86,2
Régularisations. — Regelingen		—		—0,2		—		
III. Soins. spéciaux. — Speciale verzorging	Nbre de cas — Aant. geval.	**514,3**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.145,4**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.217,2**	Nbre de cas — Aant. geval.	**1.298,3**
Neuro-psychiatrie. — Neuro-psychiatrie ...	19.680	5,2	58.103	22,8	61.475	25,2	70.568	29,4
Dermatologie. — Dermatologie	76.270	5,2	78.919	6,9	81.787	7,1	89.275	7,6
Physiotherapie. — Fysiotherapie	1.196.755	81,7	3.288.909	158,1	3.542.047	172,5	3.836.635	191,3
Analyses de laboratoire. — Laboratoriumonderzoekingen	597.630	46,1	3.078.928	214,8	3.578.618	248,4	4.134.761	278,5
Radiologie. — Radiologie	587.573	173,9	1.665.988	450,4	1.717.873	462,0	1.751.139	471,6
Prothèses. — Prothesen	453.829	88,3	1.051.064	127,8	1.012.702	127,1	1.079.665	136,7
Prothèses dentaires. — Tandprothesen	128.709	69,2	63.937	56,0	66.959	58,8	73.086	61,7
Orthodontie. — Orthodontie	17.126	5,2	59.197	23,8	56.883	24,8	80.096	27,2
Divers S. S. dentaires. — Allerlei speciale tandverzorg.	20.765	2,7	154.285	21,4	163.758	23,5	180.467	24,4
Divers et régularisations. — Allerlei en regelingen		36,8		63,4		67,8		69,9
IV. Honor. chirurgie/anesthésie. — Erelonen heelk./anesthesie	Nbre de cas — Aant. geval.	**284,2**	Nbre de cas — Aant. geval.	**522,8**	Nbre de cas — Aant. geval.	**534,9**	Nbre de cas — Aant. geval.	**564,2**
Interventions (super. à 5e cat.). — Ingrepen (Super. tot 5e cat.)	198.543	220,2	306.394	307,1	313.222	311,0	331.483	329,6
Petites interventions. — Kleine ingrepen ...	656.386	64,0	1.434.616	150,5	1.467.855	157,5	1.607.260	164,3
Anesthésie. — Anesthesie	—	—	155.066	66,9	157.346	68,0	168.554	73,1
Divers et régularisations. — Allerlei en regelingen		—		—1,7		—1,6		—2,8
V. Hospitalisation. — Ziekenhuisverpleging	Nbre de jours — Aant. dagen	**253,5**	Nbre de jours — Aant. dagen	**771,7**	Nbre de jours — Aant. dagen	**783,9**	Nbre de jours — Aant. dagen	**819,7**
Affect. non chirurgicales. — Niet heelkundige aandoen	1.136.947	105,0	2.646.252	430,9	2.694.949	445,1	2.757.411	464,5
Affect. chirurgicales. — Heelkundige aandoen	1.505.357	148,5	1.989.787	340,8	1.963.330	338,8	2.035.391	355,2

	1949		1959		1960		1961	
		Montants — Bedragen (1)		Montants — Bedragen (1)		Montants — Bedragen (1)		Montants — Bedragen (1)
VI. **Soins d'accouchements. — Kraamhulp** ...	Nbre de cas — Aant. geval.	**131,4**	Nbre de cas — Aant. geval.	**259,9**	Nbre de cas — Aant. geval.	**252,2**	Nbre d ecas — Aant. geval.	**261,9**
Indemnités de layette. — Luiermandvergoeding ...	89.925	18,0	86.946	17,4	81.981	16,4	83.430	16,7
Honoraires des accoucheuses. — Erelonen vroedvrouwen ...	27.072	17,6	21.418	13,9	19.040	12,4	17.307	11,2
Honoraires des médecins. — Erelonen geneesheren ...	41.042	35,7	77.970	77,9	75.735	75,6	80.420	80,3
Honoraires des spécialistes. — Erelonen specialisten ...	10.200	13,4	2.891	5,6	3.567	6,3	3.487	5,3
Anesthésie. — Anesthesie ...		—	26 021	6,5	26.516	6,6	29.114	7,2
	Nbre de jours — Aant. dagen		Nbre de jours — Aant. dagen		Nbre de jours — Aant. dagen		Nbre de jours — Aant. dagen	
Hosp. accouch. norm. — Ziekenhuisverpl. norm. bevall. ...	449.299	45,2						
Hosp. actes spéciaux. — Ziekenhuisverpl. spec. handel. ...	17.347	1,7	791.051	138,7	760.623	135,0	798.824	141,5
Régularisations et divers. — Regelingen en allerlei ...		—0,2		—0.1		—0,1		—0,3
VII. **Cancer. — Kanker** ...	Nbre de jours — Aant. dagen	**32,4**	Nbre de jours — Aant. dagen	**111,0**	Nbre de jours — Aant. dagen	**116,1**	Nbre de jours — Aant. dagen	**123,4**
Honoraires. — Erelonen ...		0,7		3,7		4,5		4,3
Médicaments. — Geneesmiddelen ...		0,5		10,0		9,8		10,5
Soins spéciaux. — Speciale verzorging ...		11,3		27,6		28,0		32,5
Chirurgie. — Heelkunde ...		5,3		17,5		18,3		18,6
Hospitalisation. — Ziekenhuisverpl. ...	122.292	13,7	314.029	51.1	317.632	53,3	316.055	56,4
Divers et régularisations. — Allerlei en regelingen ...		0,9		1,1		2,2		1,1
VIII. **Tuberculose. — Tuberculose** ...	Nbre de jours — Aant. dagen	**230,4**	Nbre de jours — Aant. dagen	**328,4**	Nbre de jours — Aant. dagen	**300,8**	Nbre de jours — Aant. dagen	**298,0**
Honoraires. — Erelonen ...		2,2		5,1		4,2		3,8
Médicaments. — Geneesmiddelen ...		1,5		4,4		3,6		3,3
Soins spéciaux. — Speciale verzorging ...		6,2		16,2		14,3		12,0
Chirurgie. — Heelkunde ...		26,0		8,6		6,2		5,0
Hospitalisation. — Ziekenhuisverpl. ...	2.554.404	187,8	2.928.406	288,5	2.631.739	267,1	2.623.194	269,2
Indemn. de trousseau. — Uitzetvergoeding ...		3,6		5,6		5,4		4,7
Divers et régularisations. — Allerlei en regelingen ...		3,1						
IX. **Poliomyélite. — Poliomyelitis** ...	Nbre de jours — Aant. dagen	—	Nbre de jours — Aant. dagen	**7,6**	Nbre de jours — Aant. dagen	**7,5**	Nbre de jours — Aant. dagen	**10,7**
Honoraires. — Erelonen. ...		—		0,2		0,3		0,5
Soins spéciaux. — Spec. verzorging ...		—		2,7		2,4		3,0
Chirurgie. — Heelkunde ...		—		0,4		0,4		0,4
Hospitalisation. — Ziekenhuisverpl. ...	—	—	26.138	4,1	25.354	4,1	37.276	6,2
Divers. — Allerlei ...		—		0,2		0,3		0,6
X. **Maladies mentales. — Geesteszieken** ...	Nbre de jours — Aant. dagen	—	Nbre de jours — Aant. dagen	**20,6**	Nbre de jours — Aant. dagen	**23,9**	Nbre de jours — Aant. dagen	**26,7**
Honoraires. — Erelonen ...		—		5,0		5,4		6,0
Soins spéciaux. — Spec. verzorging ...		—						
Hospitalisation. — Ziekenhuisverpl. ...	—	—	110.413	15,6	129.237	18,5	142.929	20,7
Divers. — Allerlei ...		—						—
XI. **Divers et Conventions internationales. — Allerlei en Internat. Verdragen** ...		—		**5,2**		**9,3**		**3,4**
Total. — Totaal ...		**2.758,5**		**6.043,5**		**6.345,3**		**6.746,5**

(1) En millions de francs.

(1) In miljoenen frank.

5. — **Prestations en espèces.**

5. — **Uitkeringen.**

	1949			1959			1960			1961			
	Cas — Gevallen	Nbre de jours — Aant. dagen	Montants — Bedragen (1)	Cas — Gevallen	Nbre de jours — Aant. dagen	Montants — Bedragen (1)	Cas — Gevallen	Nbre de jours — Aant. dagen	Montants — Bedragen (1)	Cas — Gevallen	Nbre de jours — Aant. dagen	Montants — Bedragen (1)	
Incapacité primaire	636.484	14.281.027	1.034,3	687.197	14.665.452	1.721,4	852.509	16.843.813	2.063,1	724.479	15.231.120	1.964,8	Prim. Ongeschiktheid.
Invalidité 1re période		2.880.040	193,7		17.634.768	1.720,2		19.158.515	1.952,6		20.107.798	2.110,0	Inval. 1e tijdvak.
Invalidité 2e période		8.947.194	393,0										Inval. 2e tijdvak
Repos d'accouchement	17.544	1.035.805	57,6	25.938	1.324.482	119,7	27.361	1.284.313	120,5	31.980	1.322.120	129,3	Bevallingsrust.
Décès	16.074		40,0	20.904		67,7	22.864		73,3	23.238		76,7	Overlijden.
			1.718,6			**3.629,0**			**4.209,5**			**4.280,8**	

(1) En millions de francs.

(1) In miljoenen frank.

Chambre des Représentants

SESSION 1962-1963.

12 JUIN 1963.

PROJET DE LOI

instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE LA PREVOYANCE SOCIALE PAR

MM. **DE PAEPE** et **BROUHON.**

ANNEXE.

Un membre demande que la note remise par le Ministre et relative aux prévisions financières générales pour les trois premières années, soit complétée par une note donnant la ventilation des interventions qu'accorde l'Etat à l'assurance-indemnités d'une part, et à l'assurance-soins de santé d'autre part.

Les renseignements demandés figurent dans le tableau ci-après.

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1962-1963.

12 JUNI 1963.

WETSONTWERP

tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR SOCIALE VOORZORG, UITGEBRACHT

DOOR DE HEREN **DE PAEPE** en **BROUHON.**

BIJLAGE.

Een lid verlangt dat de gegevens, door de Minister verstrekt in verband met de algemene financiële ramingen voor de eerste drie jaren, worden aangevuld met een opgave van de verdeling der bijdragen welke de Staat enerzijds aan de uitkeringsverzekering en anderzijds aan de verzekering voor geneeskundige verzorging levert.

De gevraagde inlichtingen zijn vervat in onderstaande tabel.

	1964	1965	1966	
	(en millions de francs) — (in miljoenen frank)			
Assurance-indemnités :				**Uitkeringsverzekering :**
Indemnités d'incapacité prolongée (50 %)	496,1	526,8	540,8	Uitkeringen voor voortdurende arbeidsongeschiktheid (50 %).
Indemnités d'invalidité (95 %)	1.384,6	1.423,5	1.460,4	Invaliditeitsuitkeringen (95 %).
Allocations frais funéraires (95 %)	196,0	202,3	208,0	Uitkeringen voor begrafeniskosten (95 %).
Assurance-soins de santé :				**Verzekering voor geneeskundige verzorging :**
Subside de 27 %	2.579,1	2.727,0	2.866,5	Subsidie van 27 %.
Subside-chômage (moyenne annuelle de 150.000 chômeurs par cycle économique)	555,0	577,0	600,0	Subsidie voor werkloosheid (jaarlijks gemiddelde van 150.000 werklozen per economische cyclus).
Maladies sociales (95 %)	527,8	539,7	548,5	Sociale ziekten (95 %).