

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1962-1963.

13 JUNI 1963.

WETSONTWERP

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

AMENDEMENTEN VOORGESTELD
DOOR DE HEREN D'HAESELEER EN DRÈZE
OP DE TEKST
AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE.

Art. 29.

§ 9 van dit artikel aanvullen met wat volgt :

« Voor de rechthebbenden voorzien bij artikel 25, § 2, wiens inkomsten begrepen zijn tussen 50 000 en 150 000 frank 's jaars, wordt de verstrekking door de verzekering gedekt à rata van 100 % van de in de overeenkomsten vastgestelde tarieven. »

VERANTWOORDING.

Elk initiatief tot kosteloze verzorging van weduwen, gepensioneerden en invaliden verdient te worden toegejuicht, omdat het sociale vooruitgang betekent.

Maar het is ook wenselijk dat de aan een dergelijke maatregel verbonden last niet uitsluitend door één categorie van zelfstandigen — de geneesheren — wordt gedragen.

Daarom achten wij het wenselijk dat niet enkel de geneesheren, maar ook de overheid bij de financiering worden betrokken.

De eventueel vast te stellen schaal moet zorgvuldig worden bestudeerd, maar toch mag het als een redelijk voorstel worden geacht dat de geneesheren de last dragen van de verzorging van personen met inkomsten beneden 50 000 frank en dat de overheid bijdraagt voor de categorie van 50 000 tot 150 000 frank.

Art. 37.

Het tweede lid van dit artikel vervangen door wat volgt :

« Alle tot het verlenen van verzorging aan de rechthebbenden van de verzekering gemachtigde of erkende personen

Zie :

527 (1962-1963) :

- N° 1 : Wetsontwerp.
- N° 2 tot 15 : Amendementen.
- N° 16 : Verslag.

Chambre des Représentants

SESSION 1962-1963.

13 JUIN 1963.

PROJET DE LOI

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

AMENDEMENTS PRESENTES
PAR MM. D'HAESELEER ET DRÈZE
AU TEXTE
ADOPTÉ PAR LA COMMISSION.

Art. 29.

Compléter le § 9 de cet article par ce qui suit :

« Pour les bénéficiaires visés à l'article 25, § 2, dont les revenus sont compris entre 50 000 et 150 000 francs par an, la prestation est couverte par l'assurance à concurrence de 100 % des tarifs fixés par les conventions. »

JUSTIFICATION.

L'on doit se réjouir de toute initiative tendant à dispenser des soins gratuits aux veuves, aux pensionnés et aux invalides puisqu'il s'agit d'un progrès social.

Cependant il est également souhaitable que la charge représentée par une telle mesure ne soit pas supportée par une seule catégorie de travailleurs indépendants, c'est-à-dire les médecins.

C'est pourquoi il nous paraît souhaitable de faire intervenir dans le financement non seulement les médecins, mais également les pouvoirs publics.

L'échelle à établir éventuellement doit être soigneusement étudiée : l'on peut cependant estimer raisonnable de proposer que les médecins supportent la charge des soins dispensés aux personnes dont le revenu est inférieur à 50 000 francs et que les pouvoirs publics apportent leur contribution pour la catégorie de 50 000 à 150 000 francs.

Art. 37.

Remplacer le deuxième alinéa de cet article par ce qui suit :

« Toutes personnes ou tous établissements autorisés ou agréés pour donner des soins aux bénéficiaires de l'assu-

Voir :

527 (1962-1963) :

- N° 1 : Projet de loi.
- N° 2 à 15 : Amendements.
- N° 16 : Rapport.

of inrichtingen vermelden daarop de verleende verzorging volgens de in artikel 24 bedoelde nomenclatuur. »

VERANTWOORDING.

Het valt te betwijfelen dat dit verstrekkingenboekje door de geneesheren en gezondheidsinstellingen zal worden bijgehouden zodat het zijn doel niet zal bereiken. Het bijhouden van de verstrekte verzorging zou een ontzaglijk administratief werk vergen.

Wij stellen in elk geval voor dat in het individueel boekje enkel de gezondheidszorgen worden vermeld ter uitsluiting van de vermelding van de prothesen en andere toestellen.

Het feit de kinesisten, masseurs, optiekers en verstrekkers van prothesen te verplichten de prestaties te vermelden in het verstrekkingenboekje kan beschouwd worden als een inbreuk op het geneeskundig geheim als er voorheen reeds geneeskundige prestaties werden ingeschreven die geen betrekking hebben op de levering van prothesen en andere toestellen.

Art. 92.

« In fine » van het eerste lid, toevoegen wat volgt :

« Elke verzekeringsinstelling heeft recht op minstens één vertegenwoordiger. »

VERANTWOORDING.

Het is normaal dat elk verzekeringsorganisme, welke ook zijn belangrijkheid moge zijn, van een vertegenwoordiger wettelijk zou voorzien zijn.

Trouwens de Minister heeft nopens het onderzoek van het ontwerp in de Commissie, dit recht algemeen erkend.

Art. 96.

De tekst van dit artikel aanvullen met een nieuw lid dat luidt als volgt :

« De verzekeringsinstellingen moeten per trimester de lijst van de uitgaven per beoefenaar van de geneeskunst en per paramedisch medewerker overmaken aan de Dienst voor administratieve controle. »

VERANTWOORDING.

Het doel van artikel 96 bestaat erin een controle van de verstrekte prestaties uit te oefenen. Ons amendement strekt er toe deze controle nog doelmatiger uit te oefenen, wat ongetwijfeld een vermindering van de uitgaven voor de consultaties en de huisbezoeken van de geneesheren ten gevolge zal hebben.

Art. 124.

« In fine » van § 1, toevoegen wat volgt :

« ... evenals van de kosten met betrekking op de geneeskundige controle van de rechthebbenden. »

» De Koning bepaalt het percentage van het bedrag van de inkomsten dat voor deze kosten besteed is, volgens de modaliteiten voorzien onder artikel 125, § 1, laatste alinea. »

VERANTWOORDING.

Het is normaal dat de kosten met betrekking op de geneeskundige controle van de prestaties voor gezondheidszorgen en van de dagelijkse vergoedingen wel te onderscheiden zouden zijn van de administratiekosten derwijze dat de verzekeringsorganismen een ernstige geneeskundige controle zouden kunnen inrichten, in alle streken, voor al de prestaties.

rance y indiquent les soins donnés suivant la nomenclature visée à l'article 24. »

JUSTIFICATION.

Il est permis de douter que les médecins et les établissements de soins tiendront à jour le carnet de prestations, de sorte que le but recherché ne sera pas atteint. La tenue à jour des carnets de prestations exigerait un travail administratif considérable.

Nous proposons en tous cas que seuls soient mentionnés dans le carnet individuel les soins de santé et non les fournitures de prothèses et d'autres appareils.

L'obligation faite aux kinésistes, aux opticiens et aux fournisseurs de prothèses de mentionner leurs prestations dans le carnet de prestations peut être considérée comme une violation du secret médical, s'il y est déjà fait mention de prestations médicales n'ayant aucun rapport avec la fourniture de prothèses et d'autres appareils.

Art. 92.

« In fine » du premier alinéa, ajouter ce qui suit :

« Chaque organisme assureur a droit à un représentant au moins. »

JUSTIFICATION.

Il est normal que pour chaque organisme assureur, quelle que soit son importance, un représentant soit légalement prévu.

Le Ministre a d'ailleurs pleinement reconnu ce droit au cours de l'examen du projet de loi en Commission.

Art. 96.

Compléter le texte de cet article par un nouvel alinéa, libellé comme suit :

« Les organismes assureurs sont tenus de transmettre chaque trimestre au Service du contrôle administratif la liste des dépenses par praticien de l'art de guérir ainsi que par auxiliaire paramédical. »

JUSTIFICATION.

L'article 96 tend à instaurer un contrôle des prestations fournies. Notre amendement tend à rendre ce contrôle encore plus efficace, ce qui entraînerait sans nul doute une diminution des dépenses pour ce qui concerne les consultations et les visites des médecins.

Art. 124.

« In fine » du § 1, ajouter ce qui suit :

« ... ainsi que des frais relatifs au contrôle médical des bénéficiaires. »

» Le Roi fixe le pourcentage du montant des ressources destinées à couvrir ces frais, selon les modalités prévues à l'article 125, § 1, dernier alinéa. »

JUSTIFICATION.

Il est normal de faire nettement la distinction entre, d'une part, les frais d'administration et les frais afférents au contrôle médical des prestations pour soins de santé et, d'autre part, des indemnités journalières, de manière à permettre aux organismes assureurs d'organiser un contrôle médical sérieux, dans toutes les régions et pour toutes les prestations.

Art. 125.

« In fine » van § 1, de woorden :

« het kan echter variëren per reeks van 100 000 gerechtigden »,

vervangen door de woorden :

« het varieert per reeks van 100 000 gerechtigden ».

VERANTWOORDING.

Het is niet te loochenen dat, voor de kleine landsbonden, de administratiekosten in verhouding belangrijker zijn dan voor de grote organismen. Terzake zouden de verzekeringsorganismen waarborgen moeten hebben, temeer daar de wet hen verplichte administratiekosten oplegt, o.a. de aanwerving van een bepaald aantal adviserende geneesheren en van personeelsleden ingevolge de verzwarende van de administratie.

Het is dus aangewezen hen de mogelijkheid te bieden deze kosten te dekken.

Art. 128.

Dit artikel aanvullen met een nieuw lid, dat luidt als volgt :

« De beschikkingen voorzien bij de artikelen 126 en 128 betreffende de bijkomende voordelen en de bijkomende bijdragen zullen slechts in werking treden na een proefperiode van drie jaar. »

VERANTWOORDING.

Deze beschikkingen zouden slechts van toepassing mogen worden na een proefperiode, b.v.b. na de eerste drie jaren opdat men zich reken-schap zou kunnen geven van de stevigheid van het nieuwe stelsel en van de mogelijkheid om aan alle verzekeringsinstellingen dezelfde kan-sen te bieden.

Art. 149.

Het littera b) vervangen door wat volgt :

« b) indien de arbeidsongeschiktheid meer dan twaalf maanden vóór de inwerkingtreding van deze wet is aangevallen wordt de vergoeding van de gerechtigde verhoogd met een coëfficiënt waarvan het bedrag door de Koning wordt vastgesteld. »

VERANTWOORDING.

Ons amendement strekt er toe de bij de huidige tekst van het ontwerp voorziene discriminatie onder de werkonbekwamen die minder of meer dan twaalf maanden werkongeschikt zijn, uit te schakelen.

Het is onaanvaardbaar dat een invalide minder zou ontvangen aan vergoedingen dan een andere om reden dat de ene langer werkonbekwaam is dan de andere.

Art. 151.

De tekst van dit artikel vervangen door wat volgt :

« Gedurende een overgangsperiode die niet langer mag zijn dan één jaar te rekenen vanaf het van kracht worden van het overeenkomstenstelsel worden de prestaties niettemin terugbetaald volgens de beschikkingen van artikel 25 wanneer deze verstrekt worden door personen die gemachtigd zijn deze te verlenen maar die niet tot de overeenkomst zijn toegetreden.

» Na dit eerste jaar worden, voor de personen bedoeld in voorgaande lid, de prestaties terugbetaald naar rata van 75 % van de tegemoetkomingstarieven van het overeenkomstenstelsel. »

Art. 125.

« In fine » du § 1, remplacer les mots :

« il peut toutefois varier par tranche de 100 000 titulaires »,

par les mots :

« il varie par tranche de 100 000 titulaires ».

JUSTIFICATION.

Il est indéniable que, pour les petites unions nationales, les frais d'administration sont proportionnellement plus importants que pour les grands organismes. A cet égard, les organismes assureurs devraient avoir des garanties, d'autant plus que la loi prévoit pour eux des frais d'administration obligatoires, résultant notamment du recrutement d'un certain nombre de médecins-conseils et d'agents, à justifier par l'extension des tâches administratives.

Il s'indique dès lors de leur donner la possibilité de couvrir ces frais.

Art. 128.

Compléter cet article par un nouvel alinéa, libellé comme suit :

« Les dispositions prévues aux articles 126 et 128 concernant les avantages complémentaires et les cotisations complémentaires n'entreront en vigueur qu'après une période d'essai de trois ans. »

JUSTIFICATION.

Ces dispositions ne devraient pouvoir entrer en vigueur qu'après une période d'essai, par exemple après les trois premières années, afin que l'on puisse se rendre compte de la solidité du nouveau système et de la possibilité d'assurer des chances égales à tous les organismes assureurs.

Art. 149.

Remplacer le littera b) par ce qui suit :

« b) si l'incapacité de travail a débuté plus de douze mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi, l'indemnité du titulaire est augmentée selon un coefficient dont le taux est fixé par le Roi. »

JUSTIFICATION.

Notre amendement tend à éliminer la discrimination prévue dans le texte actuel du projet entre les personnes atteintes d'une incapacité de travail supérieure ou inférieure à douze mois.

Il est inconcevable qu'un invalide reçoive des indemnités inférieures à celles d'un autre pour la seule raison que l'incapacité de travail de l'un est de plus longue durée que celle de l'autre.

Art. 151.

Remplacer le texte de cet article par ce qui suit :

« Pendant une période transitoire qui ne peut excéder un an à dater de l'entrée en vigueur du régime conventionnel, les prestations sont néanmoins remboursées conformément aux dispositions de l'article 25, lorsqu'elles sont pratiquées par des personnes habilitées à les dispenser mais qui n'ont pas adhéré à la convention.

» Passé ce délai d'un an, les prestations, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, sont remboursées à raison de 75 % des tarifs de remboursement du régime conventionnel. »

VERANTWOORDING.

Gedurende de overgangperiode van één jaar zijn wij van oordeel dat al de geneesheren op gelijke voet dienen te worden geplaatst of zij al dan niet gekonventioneerd zijn. De huidige tekst voorziet voor de niet-gekonventioneerde geneesheren een tussenkomst voor de verzekeren van slechts 75 % van de tegemoetkomingstarieven, dus 75 % van 75 %.

Wij zijn van mening dat na deze periode van één jaar, de verzekeren die in gelijke mate bijdragen, recht hebben op een tegemoetkoming, welke ook de geraadpleegde geneesheer weze.

Art. 152.

« In fine » van dit artikel toevoegen wat volgt :

« De rekeningen over de jaren 1964-1965 en 1966 worden geboekt ten titel van proef en hebben niet tot doel, gedurende deze overgangperiode, de toepassing van de beschikkingen voorzien bij artikel 126, 3^e en 4^e leden en van artikel 128. »

VERANTWOORDING.

Er bestaat geen de minste waarborg noch voor wat betreft de financiële toestand noch voor wat aangaat dezelfde kansen voor al de verzekeringsinstellingen.

Ons amendement strekt ertoe een proefperiode te doorstaan tijdens de jaren 1964, 1965 en 1966. Het is trouwens een bevestiging van de inhoud van het « Overeenkomstprotocol tussen de Minister van Sociale Voorzorg en het Algemeen Verbond der Belgische Geneesheren van België » daar waar geschreven staat : « het is aangewezen een proefperiode van drie jaar vast te stellen, tijdens welke het beheer de aan het nieuwe stelsel eigene werkingsnormen en financiële normen zou kunnen vaststellen » (zie verslag, bijlage III, blz. 268).

Art. 156.

Het laatste lid vervangen door wat volgt :

« Alleen de ambtenaren die zich kandidaat gesteld hebben, kunnen bevorderd worden, na te zijn geslaagd in een examen ingericht en afgenomen door het Vast Wervingssecretariaat. Deze dienst maakt de rangschikking der kandidaten op. »

VERANTWOORDING.

De bestaande tekst laat de rangschikking der kandidaten die in aanmerking komen voor een bevordering over aan een college, samengesteld uit de leidende ambtenaren van de bijzondere diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze werkwijze kan aan de kandidaten niet de noodzakelijke en onontbeerlijke waarborgen bieden.

JUSTIFICATION.

Nous estimons que pendant la période transitoire d'un an tous les médecins doivent être mis sur un pied d'égalité, qu'ils soient « conventionnés » ou non. En ce qui concerne les médecins « non conventionnés », le texte actuel ne prévoit en faveur des assurés qu'une intervention de 75 % des tarifs de remboursement, c'est-à-dire 75 % de 75 %.

Nous estimons au surplus qu'après cette période d'un an, les assurés qui paient une même cotisation ont droit à un remboursement, quel que soit le médecin consulté.

Art. 152.

« In fine » de cet article, ajouter ce qui suit :

« Les comptes relatifs aux années 1964, 1965 et 1966 sont établis à titre d'essai et ne sont pas, au cours de cette période transitoire, destinés à l'application des dispositions prévues à l'article 126, alinéas 3 et 4, ainsi qu'à l'article 128. »

JUSTIFICATION.

En ce qui concerne la situation financière pas plus qu'en ce qui concerne l'octroi de possibilités égales aux organismes assureurs, aucune garantie n'est fournie.

Notre amendement tend à instaurer une période d'essai au cours des années 1964, 1965 et 1966. Il s'agit tout simplement de confirmer l'application de la disposition reprise au « Protocole d'accord entre le Ministre de la Prévoyance sociale et l'Association générale des Médecins belges », cette disposition déclarant qu'« 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 » (cfr rapport, annexe III, p. 268).

Art. 156.

Remplacer le dernier alinéa par ce qui suit :

« Seuls les agents qui ont posé leur candidature peuvent être promus, après réussite d'un examen organisé par le Secrétariat permanent au Recrutement, qui se charge du classement des candidats. »

JUSTIFICATION.

Le texte en question laisse à un collège composé des fonctionnaires dirigeant les services spéciaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité le soin de classer les candidats pouvant prétendre à une promotion. Ce procédé ne peut donner aux candidats les garanties nécessaires et indispensables.

L. D'HAESELEER.
R. DRÈZE.