

Chambre des Représentants

SESSION 1968-1969.

19 JUIN 1969.

PROJET DE LOI

modifiant la loi du 9 août 1963 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 M. BROUHON.

MESDAMES, MESSIEURS,

Au cours de la discussion de la loi du 9 août 1963 par les Chambres législatives, il a été souligné maintes fois que ses dispositions pourraient — et devraient — être modifiées en fonction de l'expérience tirée de leur application. C'est ce que les Chambres ont fait à plusieurs reprises depuis 1963.

Une nouvelle modification est proposée par le présent projet.

(1) Composition de la Commission :

Président : M. Posson.

A. — Membres : MM. De Mey, Posson, Schyns, Urbain, Van Herreweghe, Verhenne, M^{me} Verlact-Gevaert, MM. Wijnen. — Brouhon, Castel, Claes (W.), M^{me} Copée-Gerbinet, MM. Demets, Nyffels, Vandenhove. — Borsu, Defraigne, De Gent, D'haeseleer, Niemegeers. — Anciaux, Babylon. — Moreau.

B. — Suppléants : MM. Peeters, Remacle, Van Raemdonck, Van Rompaey. — Christiaenssens, Hicquet, Lamers, Vernimmen. — Gillet, Lerouge, Sprockeels. — Decommer. — Boon.

Voir :

425 (1968-1969) :

- N° 1 : Projet transmis par le Sénat.
- N° 2 : Amendements.

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1968-1969.

19 JUNI 1969.

WETSONTWERP

tot wijziging van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE SOCIALE VOORZORG ⁽¹⁾,
UITGEBRACHT DOOR DE HEER BROUHON.

DAMES EN HEREN,

Tijdens de bespreking van de wet van 9 augustus 1963 in de Wetgevende Kamers werd herhaaldelijk onderstreept dat de bepalingen ervan zouden kunnen — en moeten — herzien worden op grond van de bij de toepassing ervan opgedane ervaring. De Kamers hebben zulks reeds verscheidene malen gedaan sedert 1963.

Thans wordt door het onderhavige wetsontwerp een nieuwe wijziging voorgesteld.

(1) Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer Posson.

A. — Leden : de heren De Mey, Posson, Schyns, Urbain, Van Herreweghe, Verhenne, Mevr. Verlact-Gevaert, de heren Wijnen. — Brouhon, Castel, Claes (W.), Mevr. Copée-Gerbinet, de heren Demets, Nyffels, Vandenhove. — Borsu, Defraigne, De Gent, D'haeseleer, Niemegeers. — Anciaux, Babylon. — Moreau.

B. — Plaatsvervangers : de heren Peeters, Remacle, Van Raemdonck, Van Rompaey. — Christiaenssens, Hicquet, Lamers, Vernimmen. — Gillet, Lerouge, Sprockeels. — Decommer. — Boon.

Zie :

425 (1968-1969) :

- N° 1 : Ontwerp door de Senaat overgezonden.
- N° 2 : Amendementen.

Exposé du Ministre.

Ce projet trouve son origine dans les délibérations du Comité de gestion du service des indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce dernier a estimé qu'il y a lieu d'apporter quelques modifications au fonctionnement des services du contrôle chargés de la surveillance médicale des travailleurs incapables de travailler. Il ne s'agit pas en l'occurrence d'une révision fondamentale du contrôle actuel, ce qui est d'ailleurs explicitement souligné dans l'Exposé des Motifs, mais bien d'une adaptation du fonctionnement actuel des services compétents en la matière, en vue d'assurer un contrôle médical plus rapide et plus efficace. Le Gouvernement s'est rallié au point de vue du Comité, qui a finalement été concrétisé dans le présent projet de loi.

Le contrôle.

Les principales modifications en matière de contrôle peuvent être résumées comme suit :

1. Lors du début de l'incapacité de travail, une collaboration est organisée avec les services de contrôle médical auxquels font appel certains employeurs dans le cadre de la législation relative à la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie. Il s'agit, en réalisant une coordination adéquate, d'utiliser les constatations de ces services de contrôle dans le domaine de l'assurance maladie-invalidité. Néanmoins, il y a lieu de signaler que le médecin-conseil ou, dans certains cas, le médecin-inspecteur conserve la possibilité de prendre une autre décision concernant l'état et la durée de l'incapacité de travail, aussi bien dans un sens plus favorable que dans un sens moins favorable au titulaire.

2. Le médecin-inspecteur participe de manière plus efficace au contrôle précoce de l'incapacité de travail. Ainsi, il pourra, à la demande du médecin-conseil, effectuer des visites au domicile des travailleurs qui déclarent qu'ils ne peuvent se déplacer en raison de leur état de santé. Dans ce cas, le médecin-inspecteur assume la compétence normale du médecin-conseil en ce qui concerne la constatation de l'incapacité de travail.

3. Durant la période d'invalidité qui, suivant la terminologie nouvelle introduite par le projet de loi, prend cours dès la deuxième année de l'incapacité de travail, le contrôle médical des titulaires reste confié au Conseil médical de l'invalidité. Dans ce domaine, également, le Gouvernement a rencontré le vœu émis par le Comité de gestion du service des indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en vue d'aboutir à un traitement plus rapide des dossiers ou à une procédure accélérée de l'examen médical. En conséquence, la possibilité a été prévue de confier le pouvoir de décision, d'une manière plus systématique qu'actuellement à un ou plusieurs médecins, membres de la commission supérieure ou de la commission régionale. Une seule réserve a toutefois été exprimée dans le projet de loi : la décision ne peut en aucun cas être confiée exclusivement à un médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le travailleur malade est affilié ou inscrit.

Cumul.

Le projet de loi n'apporte aucune modification aux dispositions générales relatives au montant des indemnités d'incapacité de travail.

Uiteenzetting van de Minister.

Dit ontwerp vindt zijn oorsprong in de beraadslagingen van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkering van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Dit laatste is de mening toegedaan dat enkele aanpassingen geboden zijn in de werking van de geneeskundige controlediensten die met het toezicht op de arbeidsongeschikte werknemers zijn belast. Het gaat hier niet om een fundamentele herziening van de huidige controle, hetgeen overigens in de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp duidelijk wordt onderstreept, maar wel om een aanpassing van de huidige functionering van de bevoegde diensten, zulks om een snellere en meer doeltreffende geneeskundige controle te waarborgen. Die zienswijze van het Comité werd door de Regering bijgetreden en werd ten slotte geconcretiseerd in het voorliggende wetsontwerp.

De controle.

De voornaamste wijzigingen inzake controle kunnen als volgt worden samengevat :

1. Bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid wordt een samenwerking georganiseerd met de geneeskundige controlediensten waarop bepaalde werkgevers beroep doen in het raam van de wetgeving op het gewaarborgd week- of maandloon. Het komt erop aan, door het realiseren van een gepaste coördinatie, de bevindingen van die controlediensten bruikbaar te maken op het gebied van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Niettemin moet worden opgemerkt dat de medische adviseur (of, in bepaalde gevallen, de geneesheer-inspecteur) de mogelijkheid behoudt om een andere beslissing te nemen over de staat en de duur van de arbeidsongeschiktheid, zowel in een voor de gerechtigde gunstiger zin als in een meer ongunstige zin.

2. De geneesheer-inspecteur wordt op een meer efficiënte wijze betrokken bij de vroegtijdige controle op de arbeidsongeschiktheid. Hij zal namelijk, op verzoek van de adviserend geneesheer, de werknemers die verklaren dat zij zich wegens hun gezondheidstoestand niet kunnen verplaatsen ten huize mogen bezoeken, en in dat geval de normale bevoegdheid van de adviserend geneesheer inzake de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid op zich nemen.

3. Gedurende het tijdvak van de invaliditeit dat, volgens de nieuwe terminologie van het wetsontwerp, een aanvang neemt vanaf het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid, blijft het geneeskundig toezicht op de gerechtigden toevertrouwd aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit. Maar ook op dit gebied is de Regering, tegemoet gekomen aan de wens van het beheerscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, om tot een vluggere afhandeling van de dossiers of tot een snellere procedure van het lichamenlijk onderzoek te komen. Dienvolgens werd de mogelijkheid geschapen om de beslissing op een meer systematische wijze dan thans het geval is, toe te vertrouwen aan één of meer geneesheren, leden van de hoge commissie of van een gewestelijke commissie. Eén enkel voorbehoud werd nochtans in het wetsontwerp opgenomen : de beslissing mag in geen geval worden toevertrouwd aan een adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling waarbij de arbeidsongeschikte werknemer is aangesloten.

Cumulatie.

Door het wetsontwerp worden geen wijzigingen aangebracht in de algemene bepalingen inzake het bedrag van de ongeschiktheidsuitkeringen.

Le Gouvernement a cependant accueilli favorablement le vœu du Comité de gestion précité visant à traiter dans les dispositions légales le cumul de ces indemnités avec un salaire ou certains avantages, qui sont octroyés en vertu de la législation du travail ou de la sécurité sociale. Les cas de cumuls dans lesquels les indemnités sont refusées sont davantage énumérés dans le projet de loi que dans les textes actuels. Le Roi peut accorder des dérogations afin d'autoriser dans des cas particuliers, soit un cumul limité, soit l'octroi d'indemnités, en attendant que l'un ou l'autre avantage auquel le malade peut prétendre à charge d'une autre législation, lui soit payé.

Mesures concernant le secteur « soins de santé ».

De ce qui précède, il apparaît que les dispositions initiales du projet de loi ont en majeure partie trait au secteur des « indemnités ». Cependant, il contient un certain nombre de dispositions se rapportant au secteur des soins de santé ou à l'assurance dans son ensemble. Parmi ces dispositions doivent en premier lieu être citées :

1° la possibilité d'étendre l'assurance-soins de santé à toute la population, non seulement aux groupes qui sont déjà énumérés dans la législation en vigueur, mais également à ceux qu'on peut estimer à quelques dizaines de milliers et qui ne peuvent être repris dans cette énumération;

2° une extension des dispositions actuellement en vigueur concernant le statut social des médecins, des dentistes et des pharmaciens. Le projet de loi apporte une uniformité dans la procédure d'élaboration du statut social; il décrit les avantages de ce statut et indique les institutions d'assurance compétentes;

3° en ce qui concerne les frais d'administration, un pourcentage différent pourra dorénavant être fixé pour le secteur « indemnités » et pour le secteur « soins de santé »;

4° l'instauration, au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, d'un fonds spécial pour la marge de sécurité. Ce fonds sera alimenté par des cotisations et des subsides de l'Etat. Seuls, les organismes qui clôturent un exercice en mali pourront réclamer leur quote-part dans ce fonds.

Ainsi sont précisées les lignes principales du projet initial.

Engagements médicaux.

Au cours des discussions à la commission sénatoriale, d'autres questions ont été soulevées, qui de l'avis de certains sénateurs demanderaient une solution urgente par la voie légale. C'est ainsi que des amendements ont été déposés en ce qui concerne le régime des engagements médicaux, le forfait médical et le mécanisme de la répartition des ressources entre les organismes assureurs.

Dans le domaine des engagements médicaux, il fut spécialement insisté pour que les remboursements aux assurés soient identiques, que les soins aient été dispensés dans une région « engagée » ou dans une région « non-engagée ».

Wel is de Regering ingegaan op de wens van het reeds genoemde beheerscomité om de samenloop van die uitkeringen met een loon of met bepaalde voordelen, die worden toegekend krachtens de wetgeving op het arbeidsrecht of op de maatschappelijke zekerheid, in de wetbepalingen te behandelen. De gevallen van samenloop, waarin de uitkeringen worden ontzegd, worden in het wetsontwerp op een meer volledige wijze dan in de huidige teksten weergegeven. De Koning kan afwijkingen toestaan, om in verantwoorde gevallen, hetzij een beperkte samenloop toe te laten, hetzij nog om te bepalen dat uitkeringen worden toegestaan, in afwachting dat een of ander voordeel, waarop de arbeidsongeschikte werknemer recht heeft in functie van een andere wetgeving, uitbetaald wordt.

Maatregelen betreffende de sector « geneeskundige verzorging ».

Uit hetgeen voorafgaat blijkt dat de aanvankelijke bepalingen van het wetsontwerp in hoofdzaak betrekking hadden op de sector « uitkeringen ». Nochtans worden daarin ook een aantal bepalingen opgenomen die de sector van de geneeskundige verzorging ofwel het geheel van de verzekering aanbelangen. Onder die bepalingen moeten vooral worden vermeld :

1° de mogelijkheid om de verzekering voor geneeskundige verzorging uit te breiden tot de gehele bevolking, niet alleen tot de verschillende groepen die reeds in de bestaande wetgeving zijn opgesomd, maar ook tot diegenen — enkele tienduizenden, naar schatting — die niet kunnen ondergebracht worden in die opsomming;

2° een uitbreiding van de thans geldende bepalingen omtrent het sociaal statuut van geneesheren, tandheelkundigen en apothekers. Het wetsontwerp brengt eenvormigheid in de procedure voor het tot stand komen van dit sociaal statuut, het beschrijft de voordelen van dit statuut, alsmede de bevoegde verzekeringsinstellingen.

3° wat de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen betreft, zal voortaan een verschillend percentage kunnen vastgesteld worden voor de sector « uitkeringen » en voor de sector « geneeskundige verzorging »;

4° de invoering van een speciaal fonds voor de veiligheidsmarge in het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Dit fonds zal worden gespijsd door bijdragen en Rijksstoelagen. Alleen de verzekeringsinstellingen die in mali zijn, zullen hun aandeel in dat fonds kunnen opvragen.

Hiermede werden de hoofdlijnen van het aanvankelijke ontwerp bondig weergegeven.

Medische verbintenissen.

In de loop van de bespreking in de Senaatscommissie werden nochtans een aantal andere kwesties aangeraakt, die naar het oordeel van sommige Senatoren een dringende wettelijke regeling vergden. Zo werden namelijk, door middel van amendementen, nieuwe bepalingen voorgesteld voor de uitbouw van het stelsel van de geneeskundige verbintenissen, voor de forfaitaire geneeskunde en voor het mechanisme van de inkomstenverdeling onder de verzekeringsinstellingen.

Op het domein van de geneeskundige verbintenissen werd er vooral op aangedrongen, enerzijds dat de terugbetalingen aan de verzekerden steeds dezelfde zouden zijn, ongeacht het feit of de zorgen werden verstrekt in een « verbonden » of in een « niet verbonden » gewest.

Ce problème a entretemps trouvé une solution par l'arrêt royal du 10 avril 1969, en vertu duquel des montants maximums d'honoraires ont été fixés en application de l'article 52 de la loi unique. En outre, un amendement a été déposé devant permettre aux établissements de soins de valoriser séparément les engagements contractés par les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui y sont occupés, même lorsque la région dans laquelle est situé l'établissement, n'appartient pas au nombre des régions engagées.

Le Gouvernement admet que certaines modifications puissent être apportées à l'actuelle réglementation des engagements. Toutefois, ces modifications ne peuvent intervenir sur base de propositions unilatérales, mais seulement après discussion entre toutes les parties intéressées.

En effet, la procédure d'engagements des médecins et praticiens de l'art dentaire, est le fruit de « l'accord de la Saint-Jean » du 25 juin 1964, conclu entre des représentants des médecins et des organismes assureurs, avec la collaboration du Gouvernement. Il est dès lors normal que chaque modification de cette procédure ne soit prise en considération par le législateur qu'après consultation préalable de ces mêmes représentants.

Les auteurs des amendements ont admis ce point de vue du Gouvernement. Ils ont dès lors retiré leurs amendements relatifs à la réglementation des engagements médicaux et du forfait médical, en attendant que ce problème soit discuté avec les délégués du corps médical.

La répartition des ressources.

Reste enfin le problème de la répartition des ressources. Les comptes de l'exercice 1967 font apparaître des résultats très différents entre les organismes assureurs.

Quoique l'excédent global de cette année fut de 707 millions de francs, force a été de constater que trois Unions nationales ont réalisé un boni : 770 millions de francs pour l'Alliance nationale chrétienne, 71 millions de francs pour l'Union nationale libérale et 100 millions de francs pour l'Union nationale des mutualités professionnelles, tandis que d'autre part, un mali de 34 millions de francs a été relevé à l'Union nationale neutre, de 180 millions de francs à l'Union nationale socialiste et de 19 millions de francs à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Compte tenu de ces résultats, le Gouvernement a estimé qu'il convenait de revoir les critères actuels de la répartition des ressources, tels qu'ils ont été fixés par la loi du 9 août 1963 : il a voulu réaliser ainsi les objectifs suivants : tenir compte, d'une manière aussi précise que possible, des facteurs objectifs susceptibles d'entraîner une différence quant aux charges des organismes assureurs telles que la structure d'âge et la morbidité, sans pour autant porter atteinte au principe de la responsabilité des organismes assureurs, préconisé en matière de soins de santé par le législateur de 1963.

En vue d'une meilleure compréhension des nouvelles règles de répartition reprises au projet, il y a lieu de mettre en lumière de manière succincte les principales différences entre le régime en vigueur à l'heure actuelle et celui proposé dans le texte du projet.

1. *Par quels moyens financiers l'inégalité des charges sera-t-elle compensée ?*

Selon la loi actuelle, la redistribution des ressources de l'assurance en matière de soins de santé — redistribution

Dit probleem heeft intussen een oplossing verkregen door het koninklijk besluit van 10 april 1969, waarbij maximumbedragen voor geneeskundige honoraria werden vastgesteld in toepassing van artikel 52 van de eenheidswet. Bovendien werd een amendement ingediend dat de verzorgingsinrichtingen in de gelegenheid moest stellen om de verbintenissen van de aldaar werkzame geneesheren en tandheelkundigen afzonderlijk gevalideerd te zien, ook als het gewest waarin de instelling gelegen is niet tot de verbonden gewesten behoort.

De Regering aanvaardt dat in de huidige regeling van de verbintenissen zekere wijzigingen kunnen worden aangebracht, zulks echter niet op grond van eenzijdige voorstellen, maar na overleg en besprekingen onder al de betrokken partijen.

Inderdaad, de procedure van de verbintenissen van geneesheren en tandheelkundigen is de vrucht van het zogeheten Sint-Jansakkoord dat op 25 juni 1964 onder vertegenwoordigers van geneesheren en verzekeringsinstellingen en met de medewerking van de Regering, is tot stand gekomen. Het is dan ook normaal dat iedere wijziging in die procedure door de wetgever eerst aangenomen wordt na voorafgaandelijke consultatie van diezelfde vertegenwoordigers.

De auteurs van de amendementen zijn dit standpunt van de Regering bijgetreden. Zij hebben dientengevolge hun amendementen over de regeling van de geneeskundige verbintenissen, en ook over de forfaitaire geneeskunde, ingetrokken, in afwachting dat daaromtrent besprekingen met het geneesherencorps hebben plaatsgehad.

Verdeling der inkomsten.

Ten slotte is er nog het vraagstuk van de inkomstenverdeling. De rekeningen over het dienstjaar 1967 leveren, van de ene verzekeringsinstelling tot de andere, zeer verschillende resultaten op.

Ofschoon het globale overschot in dat jaar 707 miljoen frank bedroeg, moet worden vastgesteld dat drie Landsbonden een boni boekten : 770 miljoen frank in de Christelijke Landsbond, 71 miljoen frank in de Liberale Landsbond, en 100 miljoen frank in de Landsbond der Beroepsmutualiteiten, terwijl anderzijds een mali werd geboekt van 34 miljoen frank in de Neutrale Landsbond, van 180 miljoen frank in de Socialistische Landsbond en van 19 miljoen frank in de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Ten aanzien van die uitslagen heeft de Regering gemeend de thans geldende criteria voor de verdeling van de inkomsten, zoals die werden vastgelegd in de wet van 9 augustus 1963, te moeten herzien. De bedoeling die hierbij voorzat was de volgende : zo nauwkeurig mogelijk rekening te houden met de objectieve factoren die een verschil in de lasten van de onderscheiden verzekeringsinstellingen kunnen veroorzaken, en meer bepaald met de leeftijdsstructuur en de morbiditeit, zonder nochtans afbreuk te doen aan het beginsel van de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, dat de wetgever in 1963 heeft gehuldigd op het gebied van de geneeskundige verzorging.

Voor een beter begrip van de nieuwe verdelingsregelen die in het wetsontwerp zijn opgenomen, dienen de voornaamste verschilpunten tussen de thans geldende regeling en die van het wetsontwerp even in het licht te worden gesteld.

1. *Met welke gemiddelen gebeurt de compensatie van ongelijke lasten ?*

Volgens de huidige wet wordt de herverdeling van de inkomsten voor de verzekering-geneeskundige verzorging —

qui tient compte de la différence objectivement justifiable dans les charges des organismes assureurs et qui tend, ainsi, à mettre à la disposition de chacun d'eux des ressources suffisantes — est effectuée au moyen de subsides de l'Etat, tandis que les cotisations sont toujours réparties selon la valeur des bons de cotisations des bénéficiaires. Comme il est toutefois apparu que le montant global des subsides de l'Etat (27 % des prévisions budgétaires pour soins de santé, à l'exception des maladies sociales) ne suffit pas nécessairement pour réaliser une redistribution efficace, le projet de loi prévoit qu'un certain pourcentage des cotisations, avec un maximum de 10 % peut être destiné à la compensation.

2. Comment cette compensation est-elle réalisée ?

Aux termes de la législation actuelle, chaque organisme assureur reçoit une part du subside de l'Etat de 27 %, en fonction de son nombre de pensionnés, de veuves et d'invalides et en fonction des frais moyens afférents à ces groupes de bénéficiaires.

La formule du projet de loi s'appuie également sur le nombre de pensionnés, veuves et invalides dans chaque organisme assureur. Afin de valoriser de manière suffisante la charge relative de ce groupe de titulaires par rapport au total des titulaires « actifs », il est cependant proposé de multiplier le nombre de pensionnés, de veuves et d'invalides dans chaque organisme assureur par le pourcentage que représentent ces mêmes groupes de bénéficiaires par rapport à ceux qui ont droit à des indemnités d'incapacité primaire (titulaires indemnisables primaires). Indirectement, il est tenu compte de la répercussion des frais considérablement plus élevés causés par les invalides, en ce sens que leur nombre est doublé pour le calcul du pourcentage.

3. La répartition des subsides de l'Etat, destinés à remplacer la cotisation des chômeurs sera effectuée sur base de la valeur moyenne, non plus des bons de cotisation de chaque organisme assureur, mais bien des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs.

4. Les nouvelles règles de répartition produiront leur effet, pour la première fois, par rapport à l'exercice 1967. Des tableaux concernant les résultats financiers des organismes assureurs pour l'année 1967, calculés sur base du nouveau système de répartition sont repris en annexe.

Toutefois un problème spécial se pose pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. La nouvelle formule de répartition est inspirée par les problèmes des Unions nationales; elle ne rencontre pas les besoins spécifiques de la Caisse auxiliaire, dont le mali (environ 3,5 millions de francs pour 1966 et 19 millions de francs pour 1967) trouve son origine dans la composition des effectifs de cet organisme (par exemple, le grand nombre proportionnel de frontaliers).

C'est la raison pour laquelle il est proposé dans le projet de loi que les déficits de la Caisse auxiliaire (à partir de l'année 1966) soient couverts par un prélèvement sur les ressources globales de l'assurance. La Caisse auxiliaire doit cependant utiliser au préalable les propres réserves, dont elle disposerait éventuellement, pour couvrir le mali d'un exercice déterminé. En outre, il semble justifié de stipuler que les réserves éventuelles de la Caisse auxiliaire ne pourront pas être utilisées pour l'octroi d'avantages complémentaires.

..

herverdeling die het objectief te verantwoorden verschil in de lasten van de verzekeringsinstellingen in aanmerking neemt en zodoende er op gericht is om ieder van meet af aan voldoende inkomsten ter beschikking te stellen — uitgevoerd door middel van de Rijkstoelagen, terwijl de bijdragen in ieder geval verdeeld worden volgens de waarde van de bijdragebons van de gerechtigden. Aangezien echter gebleken is dat het globale bedrag van de Rijkstoelagen (27 % op de begrotingsvooruitzichten voor geneeskundige verzorging, met uitzondering van de sociale wetten) niet noodzakelijk toereikend is om efficiënte herverdeling tot stand te brengen, wordt in het wetsontwerp vooropgesteld dat ook een zeker percentage van de bijdragen, met een maximum van 10 %, kan aangewend worden voor de compensatie.

2. Hoe wordt die compensatie uitgevoerd ?

De huidige wetgeving bepaalt dat iedere verzekeringsinstelling een aandeel ontvangt in de Rijkstoelage van 27 %, in functie van het aantal aangesloten gepensioneerden, weduwen en invaliden, en in functie van de gemiddelde kosten voor deze groepen van gerechtigden.

De formule van het wetsontwerp is ook gesteund op het aantal gepensioneerden, weduwen en invaliden in iedere verzekeringsinstelling. Om evenwel de relatieve last van die groep van gerechtigden t.o.v. het totaal der actieve gerechtigden in behoorlijke mate te valoriseren, wordt voorgesteld in iedere verzekeringsinstelling het aantal gepensioneerden, weduwen en invaliden te vermenigvuldigen met het percentage dat diezelfde groepen gerechtigden vertegenwoordigen ten overstaan van degenen die recht hebben op primaire ongeschiktheidsuitkeringen. Indirect wordt daarbij ook rekening gehouden met de weerslag van de aanzienlijk hogere kosten van de invaliden, doordat namelijk hun aantal verdubbeld wordt voor de berekening van het percentage.

3. Voor de verdeling van de Rijkstoelage die de bijdragen van de werklozen vervangt, zal rekening worden gehouden met de gemiddelde waarde, niet meer van de bijdragebons in iedere verzekeringsinstelling, maar van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen.

4. De voorgaande nieuwe verdelingsregelen zullen voor het eerst uitwerking hebben ten aanzien van het dienstjaar 1967. Tabellen betreffende de financiële resultaten der verzekeringsinstellingen gedurende 1967, welke op basis van het nieuwe verdelingssysteem zijn berekend, zijn in de bijlage opgenomen.

Er rijst evenwel een speciaal probleem voor de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De nieuwe formule van herverdeling is afgestemd op de problemen van de landsbonden, en komt niet tegemoet aan de specifieke behoeften van de Hulpkas, waarvan het tekort (ongeveer 3,5 miljoen frank voor 1966 en 19 miljoen frank voor 1967) verband houdt met de samenstelling van de ledentallen in die instelling (b.v. het naar verhouding groot aantal grensarbeiders).

Om die reden wordt in het wetsontwerp voorgesteld dat de tekorten van de Hulpkas (met ingang van het jaar 1966) zouden gedekt worden door een voorafneming op de globale verzekeringsinkomsten. Wel moet de Hulpkas vooraf de eigen reserves, waarover zij eventueel zou beschikken, aanwenden tot dekking van het tekort in een bepaald dienstjaar. Het lijkt bovendien verantwoord dat de eventuele reserves van de Hulpkas niet mogen aangewend worden voor het verlenen van bijkomende voordelen.

..

Discussion générale.

Quelques questions ont été posées au Ministre à propos de son exposé en marge de la discussion générale.

Un membre de la Commission a notamment demandé pourquoi il n'avait pas été tenu compte des enfants et des orphelins dans la détermination des nouveaux critères de répartition du subside de l'Etat au régime de l'A.M.I.

Le Ministre a répondu que les enfants et les orphelins ne peuvent être considérés comme une charge particulière pour l'assurance.

Un autre membre a émis des réserves quant à la possibilité qui serait donnée aux assurés sociaux de déclarer eux-mêmes leur incapacité de travail à leur organisme assureur, sans avoir à présenter de certificat médical. Selon lui, ce système peut être une source d'abus.

Le Ministre a répondu que le présent projet de loi ne modifie en rien la législation sur les contrats de louage de travail. Comme par le passé, l'ouvrier ou l'employé sera tenu de justifier son absence pour maladie auprès de son employeur par la présentation d'un certificat médical. Ce projet ne fait que permettre de ne plus exiger l'accomplissement de cette formalité à l'égard de l'organisme assureur.

Un troisième membre a souligné le caractère délicat du contrôle en matière médicale. L'erreur étant toujours possible, les règles à établir doivent être souples.

Selon le Ministre, la loi du 9 août 1963 a donné au comité de gestion du secteur « indemnités » de l'I.N.A.M.I. des droits et des responsabilités. Les mesures proposées dans le présent projet répondent au vœu unanime des membres dudit comité de gestion. Ceux-ci désirent, en effet, disposer de la possibilité d'organiser le contrôle à exercer sur les assurés se trouvant en incapacité de travail de façon à pouvoir assurer pleinement la responsabilité qui est la leur en matière financière.

**

Engagements du corps médical.

1. Le système des engagements du corps médical prévu dans la loi du 9 août 1963 est-il idéal ? Le nombre requis d'engagements n'a pas été atteint dans plusieurs régions du pays.

En outre, chaque négociation avec le corps médical se traduit par une augmentation des interventions de l'assurance et, par là même, de ses dépenses globales. Dès lors, ne faudrait-il pas revoir ce problème ?

2. Les engagements avec le corps médical vont devoir être renouvelés. Les médecins présentent des revendications et, notamment, les omnipraticiens. Les négociations doivent se dérouler dans la sérénité. Toutefois, il ne serait pas réaliste de croire que l'on pourra s'en tenir aux tarifs actuels. Des dépenses accrues sont donc à prévoir dont il ne serait pas équitable de faire supporter les conséquences par les organismes assureurs ou par les assurés sociaux.

Responsabilité des organismes assureurs; répartition des ressources.

3. La loi du 9 août 1963 a confirmé le principe de la responsabilité des organismes assureurs. Une période d'expérimentation d'une durée de trois ans avait été prévue pour tester les techniques de répartition des ressources de l'assurance. Elle est révolue, ce qui n'empêche pas le Gouvernement de présenter une nouvelle formule de ventilation de la subvention de l'Etat (27 %).

Algemene bespreking.

Aan de Minister worden, buiten de algemene bespreking, enkele vragen gesteld in verband met zijn uiteenzetting.

Een lid vraagt met name waarom bij het vaststellen van de nieuwe criteria voor de verdeling van de rijkstoelagen voor de Z.I.V.-regeling geen rekening gehouden werd met de kinderen en de wezen ?

De Minister antwoordt dat de kinderen en de wezen niet als een bijzondere last voor de verzekering kunnen worden beschouwd.

Een ander lid maakt voorbehoud omtrent het feit dat de sociaal verzekerden zelf hun arbeidsongeschiktheid aan hun verzekeringsinstelling zonder voorlegging van een medisch attest zullen kunnen aangeven. Volgens hem kan zulks tot misbruiken leiden.

De Minister antwoordt dat het onderhavige wetsontwerp geen wijziging brengt in de wetgeving op de arbeids-overeenkomsten. De arbeider of bediende moet zoals in het verleden zijn afwezigheid wegens ziekte bij zijn werkgever rechtvaardigen door een medisch attest. Volgens het onderhavige ontwerp wordt die formaliteit alleen niet meer tegenover de verzekeringsinstelling geëist.

Een derde lid wijst op het delicate karakter van de geneeskundige controle. Vergissingen zijn altijd mogelijk en daarom moeten de desbetreffende regels soepel zijn.

Volgens de Minister heeft de wet van 9 augustus 1963 aan het beheerscomité van de sector « vergoedingen » van het R.I.Z.I.V. rechten en plichten toegewezen. De in dit ontwerp voorgestelde maatregelen komen tegemoet aan de eenstemmige wens van de leden van dat beheerscomité. Dezen wensen immers de mogelijkheid te hebben de controle te organiseren welke moet worden uitgeoefend op de arbeidsongeschikte verzekerden, ten einde hun verantwoordelijkheid op financieel gebied volledig te kunnen opnemen.

**

Verbintenissen van de artsen.

1. Is het in de wet van 9 augustus 1963 bepaalde systeem inzake de verbintenissen van de artsen wel het ideale stelsel ? In verschillende streken van het land is het vereiste aantal verbintenissen niet bereikt.

Bovendien brengt iedere onderhandeling met de artsen een verhoging van de door de verzekering uitgekeerde tegemoetkomingen met zich, zodat de globale uitgaven stijgen. Moet het probleem dan niet herzien worden ?

2. De verbintenissen met de artsen zullen eerstdaags hernieuwd moeten worden. De artsen en met name de huisartsen stellen eisen. De onderhandelingen zouden in een serene sfeer moeten plaatshebben. Wil men echter realistisch zijn, dan mag men niet denken dat de huidige tarieven behouden kunnen blijven. De uitgaven zullen dus waarschijnlijk stijgen en het ware niet billijk de gevolgen daarvan door de verzekeringsinstellingen of door de verzekerden zelf te laten dragen.

Verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen; verdeling van de middelen.

3. De wet van 9 augustus 1963 heeft het beginsel van de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen bekrachtigd. Er was een experimentele periode van drie jaar in uitzicht gesteld om de technieken van de verdeling der middelen van de verzekering te testen. Zij is thans geëindigd, wat de Regering er niet van teruggehouden heeft een nieuwe methode voor de verdeling van de rijksbijdrage (27 %) voor te stellen.

Dans ces conditions, les dispositions de la loi du 9 août 1963 prévoyant la perception de cotisations complémentaires obligatoires en cas de déficit d'un organisme assureur ont-elles encore une raison d'être ?

4. A propos de l'accord intervenu en ce qui concerne la répartition des ressources de l'assurance, d'aucuns ont parlé d'un « mariage » entre mutualités chrétiennes et socialistes. Mettrait-on autant d'empressement à tenter de résoudre les difficultés que rencontreraient des organismes assureurs moins importants du point de vue du nombre de leurs membres ?

5. L'accord réalisé en ce qui concerne la répartition de l'Etat ne résout pas, fondamentalement, le problème de la responsabilité financière des organismes assureurs. Ceux-ci demeurent à la merci de circonstances échappant à leur volonté, une épidémie par exemple. A-t-on prévu des mesures pour faire face à une telle situation ?

L'organisation du contrôle.

6. C'est une erreur de croire qu'en permettant aux assurés sociaux d'aviser eux-mêmes leur organisme assureur de leur éventuelle incapacité de travail, il s'ensuivra des économies pour l'assurance. Au contraire, une telle mesure est de nature à entraîner une augmentation des dépenses.

7. Il convient, par ailleurs, d'insister sur les dangers qu'une telle mesure pourrait comporter pour les assurés qui ont intérêt, en cas de malaise, à consulter un médecin et qui, au surplus, ne connaissent pas le détail des lois sociales et des règlements qui en découlent.

8. Le contrôle doit être organisé d'une manière souple et avec prudence pour éviter des erreurs toujours possibles et dommageables aux assurés sociaux. Ne faudrait-il pas y associer les médecins ?

Problèmes divers.

9. Est-il réaliste d'exiger qu'un médecin spécialiste soit présent pour contrôler les prestations des kinésistes ? Ceux-ci sont plus de trois mille, ceux-là, trois cents seulement.

10. L'assurance maladie-invalidité continue à poser des problèmes. Ne serait-il pas utile d'en revoir les fondements à l'occasion d'une « table ronde » qui réunirait tous les intéressés ?

11. Pourquoi ne pas appliquer le nouveau système de répartition des ressources à partir de l'exercice 1966 ?

12. Il y a lieu de se réjouir de la prochaine extension de l'assurance soins de santé à l'ensemble de la population mais quel est le système qui sera appliqué pour le paiement des cotisations ? Prévoit-on un taux unique ? Celui-ci ne risque-t-il pas d'être plus important que celui des cotisations réclamées aux isolés dans le régime de l'assurance libre ?

13. Ne serait-il pas souhaitable de fixer définitivement la nomenclature des actes médicaux et les tarifs qui en découlent et de prévoir en compensation un statut fiscal spécial pour les médecins de même que pour les autres titulaires de professions libérales ?

Men kan zich derhalve afvragen of het bepaalde in de wet van 9 augustus 1963 betreffende de inning van de verplichte aanvullende bijdragen in geval van een tekort van de verzekeringsinstelling nog wel zin heeft.

4. In verband met de overeenkomst die is gesloten omtrent de verdeling van de middelen van de verzekering, hebben sommigen gewaagd van een « huwelijk » tussen christelijke en socialistische ziekenfondsen. Zou men wel met evenveel ijver een oplossing trachten te vinden voor de moeilijkheden welke zouden worden ondervonden door verzekeringsinstellingen die minder aangesloten leden tellen ?

5. De overeenkomst die inzake de verdeling van de Staatstoelagen tot stand is gekomen, brengt geen werkelijke oplossing voor het probleem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. Deze blijven overgeleverd aan de gevolgen van wisselvallige omstandigheden waarop zij geen vat hebben, bijvoorbeeld van een epidemie. Heeft men eraan gedacht maatregelen te nemen om aan een dergelijke situatie het hoofd te kunnen bieden ?

De organisatie van de controle.

6. Ten onrechte kan men denken dat, als men de sociaal verzekerden toestaat zelf hun verzekeringsinstelling op de hoogte te brengen van hun eventuele arbeidsongeschiktheid, daaruit besparingen voor de verzekering zullen voortvloeien. Integendeel, een dergelijke maatregel kan hogere uitgaven veroorzaken.

7. Voorts moet worden gewezen op de gevaren die een dergelijke maatregel met zich kan brengen voor de verzekerden die er in geval van onpasselijkheid belang bij hebben een dokter te gaan opzoeken en die bovendien niet op de hoogte zijn van de bijzonderheden der sociale wetten en der reglementen die daaruit voortvloeien.

8. De controle moet op een soepele wijze en met omzichtigheid georganiseerd worden om vergissingen te voorkomen, welke te allen tijde mogelijk blijven en de verzekerden kunnen schaden. Moeten de artsen daar niet bij betrokken worden ?

Diverse problemen.

9. Is het realistisch de aanwezigheid van een geneesheer-specialist te eisen om de prestaties van een kinesist te controleren ? Er zijn meer dan drieduizend kinesisten, doch slechts driehonderd specialisten.

10. De ziekte- en invaliditeitsverzekering doet nog steeds problemen rijzen. Zou het niet nuttig zijn een « ronde-tafel » bijeen te roepen waaraan alle betrokkenen zouden deelnemen om de grondslagen van die verzekering aan een nieuw onderzoek te onderwerpen ?

11. Waarom wordt de nieuwe regeling inzake verdeling van de financiële middelen niet toegepast vanaf 1966 ?

12. Het is verheugend dat de verzekering voor geneeskundige verzorging weldra tot de gehele bevolking zal worden uitgebreid, doch welk systeem zal worden toegepast voor de betaling van de bijdragen ? Is in een eenvoudige bedrag voorzien ? Zal dit bedrag dan niet hoger liggen dan de bijdrage die van de alleenstaanden wordt geëist in de regeling voor vrijwillig verzekerden ?

13. Zou het niet wenselijk zijn de lijst van de geneeskundige handelingen en de daarmee overeenstemmende tarieven definitief vast te leggen en in ruil daarvoor een speciaal belastingstatuut te ontwerpen voor de geneesheren alsmede voor de andere personen die een vrij beroep uitoefenen ?

Le Ministre donne aux problèmes soulevés par les membres de la Commission les réponses suivantes :

1° Les engagements.

Le présent projet de loi ne modifie en rien le système actuel des engagements.

Dans l'esprit du groupe parlementaire chargé de l'étude de la réforme de l'A.M.I. et dans celui du législateur de 1963 le but de l'engagement était, avant tout, de protéger l'assuré social en lui donnant connaissance avec précision du coût de l'honoraire médical et du montant de l'intervention de l'assurance.

— Un nouvel engagement va être négocié dans les prochaines semaines. Des revendications ont vu le jour en ce qui concerne le montant des honoraires. Elles feront l'objet des négociations au sein de la Commission médico-mutualiste.

— Les engagements ont-ils été utiles ? Ce n'est que dans quelques régions qu'ils n'ont pas été souscrits et il y a été fait application des dispositions de la loi pour protéger les malades.

Le Ministre demeure partisan du système des engagements.

2° La répartition des ressources.

— Sur les six organismes assureurs, trois sont déficitaires. Il convient de souligner que les dépenses en matière de soins de santé ne dépendent pas des organismes assureurs mais bien des quittances relatives à des prestations médicales ou paramédicales qui sont présentées auxdits organismes.

Aucun paiement ne peut être fait à un guichet s'il n'est pas couvert par les documents prévus par la loi.

Il peut se faire qu'un médecin-conseil accepte plus facilement qu'un autre certains traitements médicaux. Mais c'est là une réaction personnelle qui n'engage pas, pour autant, tout un organisme assureur.

— Le maintien des dispositions de la loi du 9 août 1963 relatives à la perception de cotisations complémentaires en cas de déficit se justifie par le fait que le présent projet ne touche pas non plus au principe de la responsabilité des organismes assureurs.

— Un autre élément dont il convient de tenir compte lorsque l'on examine la situation des organismes assureurs et qui échappe également à leur volonté est la valeur des bons de cotisations. Selon les données fournies par l'I.N.A.M.I. la situation se présente comme suit :

Cotisation moyenne (année 1967).

Union nationale des mutualités professionnelles ...	6 682
Alliance nationale des mutualités chrétiennes	5 895
Union nationale des mutualités libérales	5 825
Union nationale des mutualités socialistes ...	5 645
Union nationale des mutualités neutres ...	5 629
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ...	5 525
Total ...	5 867

In verband met de door de leden van de Commissie opgeworpen problemen verstrekt de Minister de volgende antwoorden :

1° De verbintenissen.

— Het onderhavige wetsontwerp wijzigt niets aan het bestaande verbintenissenstelsel.

In de geest van de parlementaire groep die belast was met de studie van de hervorming van de Z.I.V. en in de geest van de wetgever van 1963 was het doel van de verbintenissen vooral de bescherming van de sociaal verzekerde, door hem op de hoogte te brengen van het juiste bedrag van de medische honoraria en van terugbetalingen door de verzekering.

— In de komende weken zal over nieuwe verbintenissen worden onderhandeld. Er werden eisen gesteld in verband met het bedrag van de honoraria. Over die eisen zal worden onderhandeld in de Commissie geneesheren-ziekenfondsen.

— Zijn de verbintenissen nuttig gebleken ? Slechts in enkele gewesten werden ze niet onderschreven; daar werden dan ook wetsbepalingen toegepast om de zieke te beschermen.

De Minister blijft voorstander van het stelsel der verbintenissen.

2° De verdeling van de financiële middelen.

— Van de zes verzekeringsinstellingen zijn er drie welke een tekort boeken. Er zij onderstreept dat de uitgaven inzake geneeskundige verzorging niet afhangen van de verzekeringsinstellingen, maar van de kwijtingen in verband met medische of paramedische prestaties (verstrekkingen), die aan bedoelde instellingen worden voorgelegd.

Er mogen geen betalingen worden verricht aan het loket, indien de bij de wet bepaalde documenten niet worden voorgelegd.

Het kan zijn dat een adviserend geneesheer gemakkelijker bepaalde medische behandelingen aanvaardt dan een ander. Doch het gaat in dit geval om een persoonlijke reactie, die de verantwoordelijkheid van een gehele verzekeringsinstelling niet in het gedrang brengt.

— Het behoud van de bepalingen van de wet van 9 augustus 1963 in verband met de inning van aanvullende bijdragen wanneer er een tekort blijkt te zijn is verantwoord, daar het onderhavige wetsontwerp ook het principe van de verantwoordelijkheid der verzekeringsinstellingen onverkort laat.

— Er moet nog met een andere factor rekening gehouden worden wanneer men de toestand van de verzekeringsinstellingen onderzoekt, namelijk met de waarde van de bijdragebons waarop de verzekeringsinstellingen eveneens geen invloed kunnen uitoefenen. Uit de door het R.I.Z.I.V. verstrekte inlichtingen blijkt dat de toestand de volgende is :

Gemiddelde bijdrage (jaar 1967).

Landsbond der Beroepsmutualiteiten ...	6 682
Landsbond der Christelijke Mutualiteiten ..	5 895
Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatiën ...	5 825
Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten ..	5 645
Landsbond van de Neutrale Mutualiteitsverbonden	5 629
Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.	5 525
Totaal ...	5 867

— Il va sans dire que si des organismes assureurs ne comptant pas parmi ceux dont les effectifs sont les plus nombreux se trouvaient en difficulté, une solution serait également recherchée dans le même esprit, comme ce fut d'ailleurs déjà le cas pour la Caisse auxiliaire d'assurance.

— D'autre part, il est impossible d'affirmer que la nouvelle formule arrêtée permettra de faire face à des situations exceptionnelles comme celles résultant d'épidémies ou d'autres circonstances extraordinaires. Il est cependant évident que des situations exceptionnelles appellent des mesures exceptionnelles.

3° Le contrôle.

— Le présent projet n'a pas pour objet de proposer ou de promouvoir de nouvelles méthodes de contrôle, mais bien de donner au Comité de gestion du service « indemnités » de l'I.N.A.M.I. la possibilité de modifier la réglementation actuelle. La loi du 9 août 1963 a nanté ce comité de responsabilités : les mesures qu'il se propose de prendre doivent lui permettre de les assumer au mieux. Il convient de souligner que ses travaux sont suivis par le commissaire du gouvernement représentant le Ministre de la Prévoyance sociale et que, dès lors, toute mesure qui ne tiendrait pas compte de l'intérêt général, peut être immédiatement suspendue.

— Les dispositions contenues dans le présent projet répondent au vœu exprimé à l'unanimité par le comité de gestion intéressé. Cette unanimité a été contestée par un membre de la Commission qui a fait part de l'opposition manifestée par les mutualités libérales au nouveau système envisagé pour la notification des incapacités de travail aux organismes assureurs.

— La présence des représentants du corps médical dans les organes de contrôle n'est sans doute pas souhaitée par les médecins eux-mêmes. Ceux-ci, en effet, ont toujours été très réticents pour siéger dans les comités et conseils de l'I.N.A.M.I.

4° Problèmes divers.

— Il n'est pas possible de préjuger du montant des cotisations qui seront réclamées aux bénéficiaires d'une généralisation de l'assurance « soins de santé ». Cette question ne pourra être réglée qu'après la promulgation de la loi.

Le Gouvernement estime que si la loi est adoptée, il faudra étendre, en une fois, l'assurance à toutes les catégories sociales qui n'en bénéficient pas encore. Comme il sera difficile, sinon impossible, de calculer les cotisations en fonction de salaires perçus pour ces catégories, un système forfaitaire sera prévu. Il n'est pas encore connu dans le détail.

— Il n'est pas souhaitable de « stabiliser » la nomenclature des actes médicaux. Une telle stabilisation ne serait d'ailleurs pas acceptée par les médecins.

— Le statut fiscal des médecins et des membres des professions libérales n'est pas du ressort du Ministre de la Prévoyance sociale et ne peut être lié au problème de la nomenclature.

— L'assurance maladie-invalidité est une matière très mouvante. Des contacts ont lieu régulièrement entre les parties intéressées au sein des organes dirigeants de l'I.N.A.M.I. L'expérience montrera certainement que d'autres modifications devront être apportées à la législation actuelle.

**

— Het spreekt vanzelf dat, mochten verzekeringsinstellingen welke niet behoren tot degene die het meeste leden tellen, moeilijkheden ondervinden, een oplossing in dezelfde zin zou worden gezocht, zoals trouwens reeds gedaan werd voor de Hulpverzekeringskas.

— Anderzijds kan men niet verzekeren dat het met de aangenomen nieuwe formule mogelijk zal zijn het hoofd te bieden aan uitzonderlijke toestanden zoals die welke voortvloeien uit epidemieën of andere buitengewone omstandigheden. Doch het spreekt vanzelf dat uitzonderlijke toestanden ook uitzonderlijke maatregelen vergen.

3° De controle.

— Dit ontwerp strekt er niet toe nieuwe controlemethodes voor te stellen of in de hand te werken, maar wel het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het R.I.Z.I.V. in staat te stellen de bestaande reglementering te wijzigen. De wet van 9 augustus 1963 heeft dit comité bepaalde opdrachten gegeven; de maatregelen die het zich voorneemt te treffen, moeten het in staat stellen de opdrachten waarmee het werd belast, zo goed mogelijk te vervullen. Er dient te worden onderstreept dat zijn werkzaamheden gevolgd worden door de regeringscommissaris, die de Minister van Sociale Voorzorg vertegenwoordigt, en dat iedere maatregel die zou ingaan tegen het algemeen belang, dan ook onmiddellijk kan opgeschort worden.

— De in het onderhavige ontwerp vervatte bepalingen beantwoorden aan de eenparig door het beheerscomité uitgesproken wens. Die eenparigheid werd in twijfel getrokken door een lid van de Commissie, dat melding maakte van het verzet van de liberale ziekenfondsen tegen het overwogen nieuwe stelsel in verband met de kennisgeving van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeringsinstellingen.

— De geneesheren zelf wensen waarschijnlijk niet dat vertegenwoordigers van het geneesherenkorps in de toezichtsorganen zitting krijgen. Zij zijn immers steeds zeer terughoudend geweest wanneer het erop aankwam in de comités en raden van het R.I.Z.I.V. zitting te hebben.

4° Diverse problemen.

— Het is onmogelijk het bedrag vast te stellen van de bijdragen die aan de gerechtigden op een veralgemeende verzekering « geneeskundige verzorging » zullen gevraagd worden. Dit probleem zal pas kunnen opgelost worden nadat de wet is afgekondigd.

De Regering meent dat, als de wet is goedgekeurd, de verzekering ineens zal moeten uitgebreid worden tot alle sociale categorieën die er thans nog geen aanspraak op hebben. Aangezien het moeilijk en zelfs onmogelijk is de bijdragen te berekenen volgens de door die categorieën genoten lonen, zal in een forfaitair stelsel voorzien worden. Dit laatste is echter nog niet nauwkeurig vastgesteld.

— Het is niet wenselijk de nomenclatuur van de geneeskundige prestaties te « stabiliseren ». Zulks zou trouwens niet aanvaard worden door de geneesheren.

— Het fiscaal statuut van de geneesheren en van de leden van de vrije beroepen behoort niet tot de bevoegdheid van de Minister van Sociale Voorzorg en mag niet gekoppeld worden aan het probleem van de nomenclatuur.

— De ziekte- en invaliditeitsverzekering is een materie die voortdurend verandert. De betrokken partijen ontmoeten elkaar geregeld in de bestuursorganen van het R.I.Z.I.V. Uit de opgedane ervaring zal ongetwijfeld blijken dat andere wijzigingen dienen aangebracht te worden in de thans bestaande wetgeving.

**

La Commission a accepté de rouvrir la discussion générale pour permettre à deux de ses membres d'émettre des considérations complémentaires après la réponse du Ministre.

Tout en affirmant son adhésion au principe de la solidarité qui doit exister entre tous les assurés sociaux dans l'ensemble des secteurs de la sécurité sociale et en particulier dans celui de l'assurance maladie-invalidité, le premier membre estime que ce principe est appliqué unilatéralement en ce qui concerne le présent projet. Il se demande pourquoi la redistribution des ressources de l'assurance maladie-invalidité, telle qu'elle est prévue par le projet, ne se fait pas soit pour l'exercice 1966 au cours duquel tous les organismes assureurs ont enregistré des bonis, soit depuis le début de l'application de la loi du 9 août 1963. Il demande encore pourquoi les assurés affiliés à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité se verront appliquer un régime particulier et pourquoi les enfants ne sont pas pris en considération dans le calcul des nouvelles normes de redistribution des subventions de l'Etat entre les organismes assureurs. Le même membre craint que certaines des dispositions contenues dans le projet de loi et qui concernent les relations avec les collaborateurs de l'assurance maladie-invalidité et, particulièrement avec les médecins, ne soient le germe de nouvelles difficultés dont les malades pourraient être les victimes. Il considère que l'on entretient une confusion en parlant de surconsommation.

Il estime que le Gouvernement ne peut céder aux pressions d'aucun des groupes intéressés à l'assurance maladie-invalidité. Ce fut malheureusement le cas du Gouvernement précédent, qui a favorisé une association médicale bruxelloise. Il convient de rompre avec cette façon de procéder. Enfin, il estime qu'il est dangereux de laisser les mutualités disposer de leurs bonis éventuels car le régime d'assurance libre n'existe plus.

Le second membre souhaite qu'une solution équitable soit recherchée et trouvée au problème de la représentation des organisations du corps médical. Il constate que les organismes de contrôle de l'A.M.I. sont tout puissants et il affirme que leur sévérité se manifeste davantage à l'égard des médecins du secteur privé qu'à l'égard des institutions de soins dépendant des mutualités.

Le Ministre souligne que les problèmes soulevés par les deux membres de la Commission ont déjà été évoqués. Il tient cependant à préciser son point de vue :

— En ce qui concerne la redistribution des ressources de l'assurance, il convient de rappeler que les exercices 1964 et 1965 constituaient une période de rodage au cours de laquelle les bonis et les malis ont été compensés et que l'exercice 1966 n'a entraîné aucune difficulté puisque tous les organismes assureurs l'ont clôturé en boni. Par contre, en 1967 trois organismes assureurs et non un seul ont enregistré un déficit sans que leur gestion puisse être mise en cause. C'est la raison pour laquelle de nouveaux critères de répartition de la subvention de l'Etat ont été mis au point.

— Le régime particulier prévu pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité se justifie par les obligations que la loi impose à cet organisme, dont l'effectif est, par ailleurs, sensiblement moins nombreux que celui des autres organismes assureurs.

— Les trois organisations professionnelles représentatives du corps médical ont été sollicitées de collaborer à l'application de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité. Deux d'entre elles ont répondu à cet appel; la troisième s'est abstenue. Il ne dépend que de cette organisation d'accepter la proposition qui lui a été faite. Sa représentativité sera immédiatement prise en considération si elle entre dans cette voie.

De Commissie heeft aanvaard om de algemene bespreking weder te openen ten einde twee van de commissieleden in staat te stellen aanvullende overwegingen naar voren te brengen na het antwoord van de Minister.

Een eerste spreker gaat akkoord met het solidariteitsbeginsel, dat onder alle sociaal verzekerden in de gezamenlijke sectoren van de sociale zekerheid, en met name in de sector ziekteverzekering, moet bestaan. Hij meent dat dit beginsel in verband met het onderhavige ontwerp eenzijdig wordt toegepast. Hij vraagt zich af waarom de herverdeling van de geldmiddelen van de ziekteverzekering, zoals het onderhavige ontwerp daarin voorziet, niet voor het dienstjaar 1966 is geschied, een jaar waarin alle verzekeringsinstellingen een batig saldo te zien gaven, of nog sedert het begin van de toepassing van de wet van 9 augustus 1963. Hij vraagt ook waarom de verzekerden die bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn aangesloten, aan een bijzondere regeling zullen worden onderworpen en waarom de kinderen niet in aanmerking worden genomen bij de berekening van de nieuwe vormen van herverdeling der rijksstoelagen onder de verzekeringsinstellingen. Het zelfde lid vreest dat sommige bepalingen van het wetsontwerp, welke handelen over de betrekkingen met de medewerkers van de ziekteverzekering en met name met de artsen, aanleiding zullen geven tot nieuwe moeilijkheden, waarvan de zieken het slachtoffer zouden kunnen zijn. Volgens hem blijft men verwarring stichten door van oververbruik te spreken.

Hij meent dat de Regering niet mag toegeven aan de druk welke een van de bij de ziekteverzekering betrokken groepen zou kunnen uitoefenen. Dat was ongelukkig het geval met de vorige Regering, die een Brusselse vereniging van artsen bevoorreed heeft. Aan dergelijke handelwijze moet een einde komen. Ten slotte acht hij het gevaarlijk de ziekenfondsen te laten beschikken over hun eventuele batige saldi, want het stelsel van de vrijwillige verzekering bestaat niet meer.

Het tweede lid wenst dat een billijke regeling gezocht en gevonden wordt voor het probleem van de vertegenwoordiging der geneesheren. Hij stelt vast dat de controle-instellingen van de Z.I.V. almachtig zijn en dat zij strenger optreden tegenover de geneesheren met een privé-praktijk dan tegenover de instellingen voor geneeskundige verzorging die van de ziekenfondsen afhangen.

De Minister onderstreept dat de door de twee leden van de Commissie behandelde problemen reeds besproken zijn. Hij wenst nochtans zijn standpunt te verduidelijken :

— Wat betreft de herverdeling van de inkomsten der verzekering zij eraan herinnerd dat de dienstjaren 1964 en 1965 een aanloopperiode waren, tijdens welke de overschotten en de tekorten gecompenseerd werden, en dat het dienstjaar 1966 geen moeilijkheden heeft opgeleverd, daar alle verzekeringsinstellingen dat jaar met een overschot hebben afgesloten. In 1967 daarentegen hebben drie verzekeringsinstellingen — en niet één enkele — een tekort geboekt zonder dat op het beheer ervan iets kan worden aangemerkt. Daarom werden nieuwe criteria inzake verdeling van de rijksstoelage uitgewerkt.

— De speciale regeling voor de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is verantwoord doordat de wet aan die instelling bepaalde verplichtingen oplegt en de personeelsbezetting er trouwens aanzienlijk kleiner is dan in de andere verzekeringsinstellingen.

— Aan de drie beroepsverenigingen die de geneesheren vertegenwoordigen, werd gevraagd mede te werken bij de toepassing van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Twee daarvan hebben die oproep beantwoord; de derde heeft zich van medewerking onthouden. Alleen die instelling moet beslissen over het aanbod tot samenwerking dat haar werd gedaan. Indien zij op dat aanbod ingaat, zal het representatieve karakter van die instelling onmiddellijk worden erkend.

— Il ne faut pas se méprendre sur le sens à donner à la notion de « surconsommation ». Le Gouvernement cherche tout simplement le moyen d'éliminer les prestations inutiles. Il n'est pas exact qu'une discrimination soit faite en ce qui concerne le contrôle opéré auprès des médecins du secteur privé et auprès des polycliniques. Une telle discrimination serait illégale.

Un membre de la Commission fait encore observer qu'en 1963, lors des accords de la Saint-Jean, il fut entendu que la représentativité des organisations professionnelles du corps médical serait établie, en tenant compte notamment des engagements qui seraient introduits par l'intermédiaire des organisations en cause. Il faut constater qu'en raison de son refus de collaborer, une des organisations n'a pu donner la preuve de sa représentativité réelle.

Examen des articles.

La Commission a procédé ensuite à l'examen des articles du projet au sujet de chacun desquels le Ministre a donné de brefs commentaires qui en situent la portée.

Article 1.

Cet article range les orphelins parmi les titulaires qui peuvent avoir des personnes à charge.

Il est adopté à l'unanimité.

Article 2.

Les femmes enceintes peuvent à partir du cinquième mois de leur grossesse prendre le repos prévu par la loi et garder leurs droits aux soins de santé. Il est précisé qu'il en sera ainsi après une période d'assurance continuée ou d'incapacité de travail, alors qu'actuellement la chose n'est possible qu'après une période de travail ou de chômage.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 3.

Cet article modifie l'article 22 de la loi du 9 août 1963 qui prévoit à quelles catégories sociales l'assurance soins de santé peut être étendue par arrêté royal. Le nouvel article comporte certaines adaptations de textes pour les catégories déjà citées et permet l'extension de l'assurance à toutes les personnes qui ne sont pas encore protégées.

Il est adopté à l'unanimité.

Articles 4, 5, 6 et 7.

Ces articles comportent des modifications à la terminologie utilisée dans la loi du 9 août 1963. La période d'invalidité commence désormais à partir de la deuxième année d'incapacité de travail.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

Article 8.

Cet article traite du statut social des médecins, des dentistes et des pharmaciens. 1° Une procédure identique est prévue : le Roi fixe le statut sur proposition de la Commission chargée de la conclusion des conventions. 2° Le

— Men moet zich niet vergissen wat betreft de betekenis van het begrip « overconsumptie ». De Regering wenst alleen een middel te vinden om de nutteloze verstrekkingen uit te schakelen. Het is niet waar dat een verschil wordt gemaakt bij de controle op de geneesheren met een privé-praktijk en op de poliklinieken. Een dergelijke discriminatie zou onwettig zijn.

Een lid wijst er nog op dat men het er in 1963, bij het sluiten van de « Sint-Jansovereenkomst », over eens was dat het representatief karakter van de beroepsorganisaties van het geneesherenkorp onder meer zou vastgesteld worden aan de hand van de verbintenissen ingediend door tussenkomst van die organisaties. Men moet wel vaststellen dat één van die organisaties, door haar weigering mede te werken, niet het bewijs heeft kunnen leveren dat zij werkelijk representatief is.

Bespreking van de artikelen.

Uw Commissie ging dan over tot de bespreking van de artikelen van het ontwerp; de Minister gaf bij elk artikel een korte commentaar in verband met de draagwijdte ervan.

Artikel 1.

Dit artikel brengt de wezen onder bij de rechthebbenden die personen ten laste kunnen hebben.

Het wordt eenparig aangenomen.

Artikel 2.

Vanaf de vijfde maand van hun zwangerschap mogen de zwangere vrouwen de door de wet bepaalde rust nemen met het behoud van hun recht op gezondheidsverzorging. Er wordt gepreciseerd dat dit het geval zal zijn na een periode van voortgezette verzekering of van arbeidsongeschiktheid, terwijl het tot nog toe slechts mogelijk was na een periode van tewerkstelling of van werkloosheid.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Artikel 3.

Dit artikel wijzigt artikel 22 van de wet van 9 augustus 1963 dat bepaalt tot welke sociale categorieën de verzekering voor geneeskundige verzorging bij koninklijk besluit kan worden uitgebreid. Het nieuwe artikel bevat sommige tekstaanpassingen voor de reeds vermelde categorieën en maakt de uitbreiding van de verzekering tot alle nog niet beschermde personen mogelijk.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Artikelen 4, 5, 6 en 7.

Deze artikelen bevatten wijzigingen in de terminologie die in de wet van 9 augustus 1963 is gebruikt. De invaliditeitsperiode neemt voortaan een aanvang vanaf het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid.

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Artikelen 8.

Dit artikel handelt over het sociaal statuut van de geneesheren, tandheekkundigen en apothekers. 1° Er wordt voorzien in een zelfde procedure : de Koning bepaalt het statuut op voorstel van de Commissie die belast is met het sluiten

contenu est identique : il prévoit le paiement de rentes ou de pensions en cas d'invalidité, de retraite ou de décès. 3° La constitution de caisses de pensions de retraite ou de survie par les organisations professionnelles de médecins, de dentistes ou de pharmaciens est rendue possible, ces caisses devant faire l'objet d'une agrégation.

Un membre s'informe du sort réservé à un médecin, un dentiste ou un pharmacien qui, après avoir souscrit un engagement à l'égard de l'A.M.I. pendant une certaine période, y a renoncé.

Le Ministre répond que ce médecin pourra continuer d'émarger au statut social qui lui est propre, mais l'assurance maladie-invalidité n'interviendra plus dans le paiement de sa cotisation.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 8bis (nouveau).

Un amendement de M. Niemegeers a pour objet d'insérer un article 8bis (nouveau) (Doc. n° 425/2).

A ce sujet, le Ministre fait valoir que les médecins ont toujours refusé de siéger avec voix délibérative dans le Comité de gestion du service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Il a fallu insister beaucoup pour qu'ils acceptent d'y être représentés à titre consultatif. Ils n'ont jamais demandé une représentation au sein du Comité de gestion du service « indemnités ». Ils ne sont d'ailleurs pas intéressés directement aux activités de ce service.

L'amendement est retiré.

Article 9.

Cet article comporte des modifications à la terminologie utilisée dans la loi du 9 août 1963 et prévoit que la période d'invalidité commence à partir de la deuxième année d'incapacité de travail. En outre, le Comité de gestion du service « indemnités » se voit attribuer une compétence nouvelle : l'agrégation des services de contrôle organisés par les employeurs.

M. Niemegeers a amendé cet article (Doc. n° 425/2).

A ce sujet, le Ministre se refuse à croire qu'un médecin envoyé pour contrôler l'incapacité de travail d'un malade, même à la requête d'un employeur, serait capable de manquer d'objectivité.

L'amendement est repoussé par 10 voix contre 2.

L'article 9 est adopté à l'unanimité.

Article 10.

Cet article comporte les mêmes modifications à la terminologie et au début de la période d'invalidité que celles contenues dans les articles 4, 5, 6, 7 et 9. Il prévoit également un assouplissement du fonctionnement du conseil médical de l'invalidité en ce sens que les décisions pourront être prises même par un seul médecin.

Il est adopté à l'unanimité.

van de overeenkomsten. 2° Ook de inhoud is dezelfde : er wordt voorzien in de betaling van renten of pensioenen in geval van invaliditeit, rust of overlijden. 3° Het oprichten van kassen voor rust- of overlevingspensioenen door de beroepsorganisaties van de geneesheren, tandheekkundigen of apothekers wordt mogelijk, maar deze kassen moeten erkend worden.

Een lid vraagt wat er zal gebeuren met een geneesheer, een tandheekkundige of een apotheker die, na voor een bepaalde periode een verbintenis te hebben afgesloten met de Z.I.V., deze verbintenis opzegt.

De Minister antwoordt dat de geneesheren verder het voordeel van het voor hun geldende sociaal statuut kunnen genieten, maar de ziekte- en invaliditeitsverzekering zal geen aandeel meer hebben in de betaling van hun bijdragen.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Artikel 8bis (nieuw).

Een amendement van de heer Niemegeers strekt ertoe een artikel 8bis (nieuw) in te voegen (Stuk n° 425/2).

De Minister merkt in die verband op dat de artsen steeds hebben geweigerd met medebeslissende stem te zetelen in het Beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Men heeft erg moeten aandringen om hen een adviserende vertegenwoordiging daarin te doen aanvaarden. Nooit hebben zij een vertegenwoordiging in het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » gevraagd. Zij zijn overigens niet rechtstreeks bij de werkzaamheden van die dienst betrokken.

Het amendement wordt ingetrokken.

Artikel 9.

Dit artikel bevat wijzigingen in de terminologie die in de wet van 9 augustus 1963 is gebruikt en het bepaalt dat de invaliditeitsperiode aanvangt met ingang van het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid. Bovendien krijgt het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » een nieuwe bevoegdheid : de erkenning van de door de werkgevers georganiseerde controlediensten.

De heer Niemegeers heeft een amendement voorgesteld op dit artikel (Stuk n° 425/2).

In dit verband weigert de Minister te geloven dat een arts, die gelast wordt de arbeidsongeschiktheid van een zieke te controleren, zelfs op verzoek van een werkgever, in staat zou zijn gebrek aan objectiviteit aan de dag te leggen.

Het amendement wordt met 10 tegen 2 stemmen verworpen.

Het artikel wordt éénparig aangenomen.

Artikel 10.

Dit artikel bevat in verband met de terminologie en het begin van de invaliditeitsperiode dezelfde wijzigingen als de artikelen 4, 5, 6, 7 en 9. Het voorziet voorts in een versoepeling van de werking van de geneeskundige raad voor invaliditeit, in die zin dat de beslissingen zelfs door één enkel geneesheer zullen kunnen genomen worden.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Article 11.

Désormais le salaire maximum sur lequel les indemnités devront être calculées, en tenant compte du plafond prévu pour le paiement des cotisations, est valable dans le cas où un travailleur est occupé chez plus d'un employeur.

En ce qui concerne les invalides mineurs, un cumul limité est possible avec la pension d'invalidité des ouvriers mineurs entre le septième et le douzième mois de l'incapacité de travail. Telle est la disposition légale actuelle. Dans le but de mieux faire concorder cette disposition avec la législation sur les pensions d'invalidité des mineurs, il est prévu que désormais le Roi déterminera les modalités suivant lesquelles le sixième mois de l'invalidité est prolongé ou écourté jusqu'à la fin d'un mois civil.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 12.

Il donne des pouvoirs étendus au Comité de gestion du service « indemnités » en ce qui concerne la déclaration ou la prolongation d'une incapacité de travail.

Un membre estime que le système consistant à modifier les règles selon lesquelles un assuré social doit aviser le médecin conseil de son organisme assureur de son incapacité de travail est dangereux et se soldera finalement par une augmentation des dépenses de l'assurance. Il souligne que le Comité de gestion du service « indemnités » n'a peut-être pas réfléchi à toutes les conséquences de la modification qu'il se propose d'apporter à la réglementation actuelle. Il conteste que l'unanimité ait été réalisée au sein dudit Comité pour proposer la réforme en cause.

Un autre membre estime que le problème soulevé est essentiellement technique. Il ne peut cependant souscrire à la thèse défendue par le précédent intervenant. En effet, le Comité de gestion du service « indemnités » est composé en ordre principal des représentants des travailleurs et des employeurs, c'est-à-dire des cotisants. Ce Comité doit assumer des responsabilités précises. Il y a donc lieu de tenir compte du vœu qu'il a exprimé.

Le Ministre souligne également que l'article 12 concrétise la volonté du Comité de gestion responsable du service « indemnités » (voir annexe II). Celui-ci est convaincu de ce que le système qu'il préconise amènera des économies pour l'assurance. Par ailleurs, le Ministre ne peut concevoir que les représentants des travailleurs n'aient pas été attentifs aux répercussions que le système préconisé pourrait avoir pour les assurés sociaux. Le Ministre précise en outre dans quelles circonstances le Comité de gestion du service « indemnités » a été amené à proposer un nouveau système en ce qui concerne l'introduction des avis d'incapacité de travail auprès des organismes assureurs. Des renseignements qui ont pu être obtenus auprès de l'I.N.A.M.I., il ressort qu'effectivement les représentants des mutualités libérales et des mutualités neutres ont marqué leur opposition au système préconisé au cours des débats qui ont abouti au sein du Comité de gestion compétent à des propositions concrètes relatives au contrôle médical.

MM. D'haeseleer et Niemegeers proposent de supprimer le texte de l'article 12.

Ces amendements sont repoussés par 10 voix contre 3.

L'article est adopté par 10 voix contre 3.

Artikel 11.

Wanneer een werknemer bij meer dan één werkgever is tewerkgesteld, komt zijn maximumloon in aanmerking voor de berekening van de uitkering rekening houdend met de voor de betaling van de bijdragen gestelde grens.

Wat betreft de invalide mijnwerkers, kan de uitkering in zekere mate met het invaliditeitspensioen voor mijnwerkers worden samengevoegd tussen de zevende en de twaalfde maand van de arbeidsongeschiktheid. Dit wordt bepaald in de thans van kracht zijnde wetsbepaling. Om die bepaling beter in overeenstemming te brengen met de wetgeving op de invaliditeitspensioenen voor mijnwerkers, wordt bedongen dat de Koning de modaliteiten bepaalt volgens welke de zesde maand van de invaliditeit wordt verlengd of ingekort tot het einde van een kalendermaand.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Artikel 12.

Dit artikel verleent uitgebreide bevoegdheden aan het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » voor de aangifte of het verlengen van een tijdvak van arbeidsongeschiktheid.

Een lid meent dat het gevaarlijk is de regeling te wijzigen volgens welke een sociaal verzekerde de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling kennis moet geven van zijn arbeidsongeschiktheid, en dat zulks uiteindelijk zal leiden tot een verhoging van de uitgaven der verzekering. Hij onderstreept dat het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » wellicht niet heeft nagedacht over alle gevolgen van de wijziging welke het zich voorneemt aan te brengen in de huidige reglementering. Hij betwist dat het Comité die hervorming eenparig heeft voorgesteld.

Een ander lid is van mening dat het probleem vooral technisch is. Hij kan zich nochtans niet aansluiten bij het door de vorige spreker verdedigde standpunt. Het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » bestaat immers hoofdzakelijk uit vertegenwoordigers van de werknemers en de werkgevers, d.w.z. degenen die bijdragen betalen. Dit Comité moet welbepaalde verantwoordelijkheden dragen. Er moet dus rekening worden gehouden met de door dit Comité uitgesproken wens.

Ook de Minister onderstreept dat artikel 12 de weergave is van de wil van het Beheerscomité dat verantwoordelijk is voor de dienst « uitkeringen » (zie bijlage II). Dit Comité is ervan overtuigd dat het voorgestelde systeem besparingen zal mogelijk maken voor de verzekering. Anderzijds acht de Minister het ondenkbaar dat de werknemersvertegenwoordigers geen aandacht zouden besteed hebben aan de gevolgen van het voorgestelde systeem voor de sociaal verzekerden. De Minister preciseert bovendien in welke omstandigheden het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » ertoe gekomen is een nieuw systeem voor te stellen inzake kennisgeving van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeringsinstellingen. Uit inlichtingen die bij het R.I.Z.I.V. werden ingewonnen, blijkt dat de vertegenwoordigers van de liberale en de neutrale ziekenfondsen zich inderdaad verzet hebben tegen het voorgestelde systeem tijdens besprekingen die in het bevoegde Beheerscomité geleid hebben tot concrete voorstellen in verband met de medische controle.

De heren D'haeseleer en Niemegeers stellen voor de tekst van artikel 12 weg te laten.

Die amendementen werden verworpen met 10 tegen 3 stemmen.

Het artikel is aangenomen met 10 tegen 3 stemmen.

Article 13.

Cet article reprend dans une formulation très générale les dispositions existantes en ce qui concerne le contrôle spontané, notamment pour les personnes qui sont l'objet d'incapacité de travail répétée au cours d'une brève période.

Des dispositions plus détaillées peuvent être prises par le Comité de gestion du service « indemnités ».

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 14.

Une nouvelle mission est confiée aux médecins-inspecteurs : la visite à son domicile du travailleur se trouvant en état d'incapacité de travail et qui ne peut pas se déplacer pour se rendre à la séance de contrôle.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 15.

Cet article traite de la collaboration avec les services de contrôle des employeurs. Le médecin-conseil conserve le droit de modifier la décision desdits services pour la période tombant à charge de l'assurance maladie-invalidité.

Un amendement de M. Niemegeers (*Doc. n° 425/2*) est repoussé par 10 voix contre 3.

L'article 15 est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Articles 16 et 17.

Ces articles comportent les modifications à la terminologie et au début de la période d'indemnité déjà citées.

Ils sont adoptés par 10 voix et 3 abstentions.

Article 18.

En principe, le conseil médical de l'invalidité est compétent pendant la période d'invalidité d'un assuré social. Cependant une compétence limitée est reconnue au médecin-conseil et au médecin-inspecteur :

1° en ce qui concerne la constatation de la fin de l'état d'incapacité de travail;

2° pour prendre la décision de reconnaître ou non un nouvel état d'incapacité en cas de rechute dans les trois mois suivant la fin d'une période d'invalidité.

Un membre demande s'il ne serait pas souhaitable de prévoir l'élaboration d'un barème objectif pour déterminer l'invalidité. Il signale les suites fâcheuses et quelquefois tragiques que peut comporter l'obligation faite à un travailleur ayant subi une incapacité de reprendre prématurément le travail.

Le Ministre ne voit pas d'inconvénient à saisir du problème une commission de spécialistes mais il doute qu'un accord puisse se réaliser au sujet du barème souhaité.

L'article 18 est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Artikel 13.

Dit artikel neemt in een zeer algemene formulering de bestaande bepalingen in verband met de spontane controle over, meer bepaald voor de personen die tijdens een korte periode herhaaldelijk een arbeidsongeschiktheid oplopen.

Het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » kan nadere regelen uitwerken.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 14.

Aan de geneesheren-inspecteurs wordt een nieuwe taak opgedragen : het bezoek ten huize van de werknemer die in staat van arbeidsongeschiktheid verkeert en zich niet kan begeven naar de plaats van de controlezitting.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 15.

Dit artikel handelt over de samenwerking met de controle-diensten van de werkgevers. De adviserend geneesheer behoudt het recht de beslissing van deze diensten te wijzigen voor de periode die ten laste gelegd wordt van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een amendement van de heer Niemegeers (*Stuk n° 425/2*) wordt verworpen met 10 tegen 3 stemmen.

Die artikelen worden aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikelen 16 en 17.

Deze artikelen bevatten de wijzigingen die verband houden met de terminologie en met de aanvang van de uitkeringsperiode.

Die artikelen worden met 10 stemmen voor en 3 onthoudingen aangenomen.

Artikel 18.

In beginsel is de geneeskundige raad voor invaliditeit bevoegd gedurende de invaliditeitsperiode van een sociaal verzekerde. Nochtans wordt aan de adviserend geneesheer en de geneesheer-inspecteur een beperkte bevoegdheid verleend :

1° met betrekking tot het vaststellen van het einde van de staat van arbeidsongeschiktheid;

2° om een beslissing te nemen waarbij al dan niet een nieuwe staat van arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld ingeval de betrokkenen binnen drie maanden na het einde van een invaliditeitsperiode hervallen.

Een lid vraagt of het niet wenselijk is een objectieve schaal ter bepaling van de invaliditeit vast te stellen. Hij wijst op de ongunstige en soms tragische gevolgen die kunnen voortvloeien uit het feit dat een werknemer die het slachtoffer van een arbeidsongeschiktheid is, verplicht wordt het werk te vroeg te hervatten.

De Minister ziet er geen bezwaar in het probleem aan een commissie van specialisten toe te vertrouwen, maar hij twijfelt of over de gewenste schaal een overeenkomst kan worden bereikt.

Het artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Article 19.

En cas de rechute dans les trois mois suivant la fin de la période d'invalidité, les dispositions applicables aux titulaires seront semblables à celles prévues en cas d'incapacité primaire.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 20.

Actuellement, la présomption d'incapacité de travail en cas d'hospitalisation vaut lorsque celle-ci a lieu dans un établissement qui a souscrit la convention prévue par la loi. Désormais la présomption sera valable pour toute hospitalisation dans un établissement agréé.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 21.

Cet article précise les cas dans lesquels les indemnités d'incapacité de travail ne peuvent être attribuées :

- lorsque le malade a droit à une rémunération;
- pendant la période couverte par le pécule de vacances;
- pendant la période pour laquelle le malade a droit à une indemnité pour rupture de contrat;
- si le malade a droit à une indemnité ayant pour but de l'écarter de son milieu de travail, ceci dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles.

Le Roi peut atténuer ces règles.

L'article 21 est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 22.

Cet article donne la possibilité de réduire le montant des indemnités en cas de cumul avec un revenu professionnel ou avec une allocation payée par le service des estropiés et mutilés. En ce qui concerne cette dernière allocation, il n'est plus fait de différence suivant le moment à partir duquel le droit à l'allocation est reconnu, que ce soit avant ou pendant l'incapacité de travail.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 23.

Cet article prévoit la possibilité de réduire le montant des indemnités pour les assurés sans charge de famille qui sont emprisonnés ou internés dans un établissement psychiatrique fermé.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 24.

Cet article prévoit la possibilité de réduire le montant des indemnités si le bénéficiaire refuse de se soumettre à une réadaptation.

Un membre insiste pour qu'il ne soit fait usage de cette nouvelle disposition qu'avec prudence.

Le Ministre est d'accord avec cette façon de voir. Le but poursuivi n'est pas de prendre des mesures drastiques mais bien de pouvoir agir en cas d'abus manifeste.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Artikel 19.

Ingeval van hervallen binnen drie maanden na het einde van de invaliditeitsperiode zullen de toepasselijke bepalingen gelijkaardig zijn aan die welke gelden voor de gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 20.

Momenteel geldt het vermoeden van arbeidsongeschiktheid in geval van opneming in een verplegingsinrichting, wanneer die inrichting de door de wet voorgeschreven overeenkomst heeft ondertekend. In de toekomst zal het vermoeden gelden voor elke opneming in een erkende inrichting.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 21.

Dit artikel preciseert de gevallen waarin de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid niet kunnen worden toegekend :

- wanneer de zieke recht op bezoldiging heeft;
- gedurende de periode waarvoor vakantiegeld wordt toegekend;
- gedurende de periode tijdens welke de zieke recht heeft op een vergoeding wegens beëindiging van de arbeidsovereenkomst;
- indien de zieke recht heeft op een uitkering die hem wordt toegekend om hem uit zijn werkmilieu te verwijderen, in het kader van de wetgeving op de beroepsziekten.

De Koning kan die voorschriften mildereren.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 22.

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om het bedrag van de uitkeringen te beperken in geval van cumulatie met een beroepsinkomen of met een uitkering welke door de Dienst voor gebrekkigen en verminkten wordt uitbetaald. In verband met laatstgenoemde uitkering wordt geen onderscheid meer gemaakt volgens het ogenblik vanaf hetwelk het recht op de uitkering toegekend wordt, ongeacht of zulks vóór of tijdens de arbeidsongeschiktheid is gebeurd.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 23.

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om het bedrag van de uitkeringen te beperken voor verzekerden zonder gezinslasten die in een gevangenis zijn opgesloten of die in een gesloten psychiatrische instelling zijn geïnterneerd.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 24.

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om het bedrag van de uitkeringen te beperken indien de gerechtigde weigert zich te onderwerpen aan een reklassering.

Een lid dringt erop aan dat slechts met omzichtigheid van die nieuwe bepaling gebruik wordt gemaakt.

De Minister is het met die zienswijze eens. Het doel dat wordt nagestreefd, is niet drastische maatregelen te treffen, maar wel te kunnen ingrijpen in geval van klaarblijkelijk misbruik.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Article 25.

Cet article confie au Roi la compétence de déterminer les conditions dans lesquelles une indemnité d'incapacité de travail peut être cumulée avec une pension de vieillesse prématurée ou une pension d'ancienneté. Actuellement, cette compétence appartient au Comité de gestion du service « indemnités ».

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 26.

Le Roi peut fixer les conditions relatives au nombre de journées de travail, ou à la cotisation minimum soit pour la période suivant immédiatement le stage, soit pour la période de début d'affiliation à la sécurité sociale pour les personnes qui sont exemptées du stage.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 27.

Cet article modifie la période de référence à prendre en considération pour le maintien du droit aux prestations.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 28.

a) Une action directe contre le fonds de garantie est expressément prévue lorsque le véhicule a été volé;

b) Les indemnités ne sont pas attribuées (ni même rétroactivement) pendant la période durant laquelle le titulaire se soustrait au contrôle. Ceci confirme l'interprétation donnée actuellement à la loi dans laquelle le mot « suspendu » intervient.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Articles 29 et 30.

Ces articles énumèrent les compétences des médecins-conseils et des médecins-inspecteurs qui sont complétées en tenant compte des dispositions du présent projet de loi.

Ils sont adoptés par 10 voix et 3 abstentions.

Article 31.

Les pharmaciens tout comme les médecins et les dentistes, pour lesquels ces dispositions sont déjà d'application, ne seront plus soumis à l'inspection du service du contrôle administratif.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 32.

a) Il précise auprès de qui les récupérations des prestations données indûment doivent être effectuées. En principe, auprès du dispensateur de soins ou de celui pour le compte duquel les prestations ont été perçues; auprès de celui qui a bénéficié des soins s'il ne remplissait par les conditions requises pour bénéficier des prestations.

b) Le délai d'appel en cas de contestation entre l'organisme assureur et le service de contrôle administratif est fixé à 60 jours.

Artikel 25.

Verleent de Koning de bevoegdheid om de voorwaarden te bepalen waarin een arbeidsongeschiktheidsuitkering mag samengevoegd worden met een vervroegd ouderdomspensioen of een anciënniteitspensioen. Thans heeft het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » die bevoegdheid.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 26.

De Koning kan de voorwaarden bepalen inzake het aantal arbeidsdagen of inzake de minimumbijdrage voor de periode die ofwel onmiddellijk aansluit bij de proeftijd ofwel voor de beginperiode van aansluiting bij de sociale zekerheid voor de personen die van de proeftijd zijn vrijgesteld.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 27.

Dit artikel wijzigt de in aanmerking te nemen referentieperiode voor het behoud van het recht op de prestaties.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 28.

a) Er wordt uitdrukkelijk in een rechtstreekse vordering tegen het waarborgfonds voorzien wanneer het voertuig gestolen werd;

b) De uitkeringen worden niet toegekend (zelfs niet met terugwerkende kracht) gedurende de periode tijdens welke de rechthebbende zich aan de controle onttrekt. Dit bevestigt de interpretatie die thans gegeven wordt aan de wet waarin het woord « geschorst » voorkomt.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikelen 29 en 30.

Die artikelen geven een opsomming van de bevoegdheden van de adviserend geneesheren en van de geneesheren-inspecteurs die, rekening houdend met de bepalingen van het onderhavige wetsonwerp, aangevuld worden.

Zij worden aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 31.

De apothekers vallen, evenmin als de geneesheren en de tandheelkundigen, voor wie deze bepalingen reeds van toepassing zijn, niet meer onder de inspectie van de administratieve controledienst.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 32.

a) Dit artikel bepaalt bij wie de terugvorderingen voor ten onrechte betaalde prestaties, dienen te geschieden. Principieel geschiedt dit bij de verstrekker van de verzorging of bij hem voor wiens rekening de prestaties geïnd werden; bij degene die de verzorging genoten heeft indien hij niet aan de vereiste voorwaarden voldeed om prestaties te ontvangen.

b) De termijn van hoger beroep in geval van betwisting tussen de verzekeringsinstelling en de dienst voor administratieve controle is vastgesteld op 60 dagen.

c) L'organisme assureur peut également aller en appel contre une décision du service de contrôle administratif l'obligeant à payer une prestation.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 33.

Cet article donne l'énumération complète des fonctionnaires habilités à dresser procès-verbal en cas d'infraction à la loi ou à la réglementation. Il s'agit notamment d'une mise en concordance des textes français et néerlandais de la loi.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 34.

Cet article comporte les mêmes modifications à la terminologie et à la fixation du début de la période d'invalidité déjà citées dans des articles précédents.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 35.

Il prévoit la reprise par l'assurance, du mali de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Tout en marquant son accord avec la disposition envisagée, un membre déclare s'abstenir en raison du fait qu'il préside l'organisme en cause.

Cet article est adopté par 9 voix et 4 abstentions.

Article 36.

Il fixe les nouvelles règles de répartition des ressources de l'assurance qui doivent garantir des recettes suffisantes à chaque organisme assureur :

- possibilité de réserver une partie des cotisations pour la compensation (maximum 10 %);
- calcul du subside de l'Etat pour les chômeurs sur la base de la valeur moyenne des bons de cotisation dans tous les organismes assureurs;
- exposé du nouveau système de répartition pour la compensation.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 37.

Il prévoit que le montant des frais d'administration des organismes assureurs peut différer pour l'assurance « soins de santé » et pour l'assurance « indemnités ».

Un membre désire savoir pourquoi il est prévu que le pourcentage fixé pourra varier par tranche de 100 000 membres.

Le Ministre déclare que, quel que soit le nombre de ses membres, un organisme assureur doit faire face à des frais d'administration d'une certaine importance. Le volume des frais d'administration n'augmente cependant pas proportionnellement avec le nombre d'assurés sociaux servis par l'organisme assureur.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

c) De verzekeringsinstelling kan eveneens in hoger beroep gaan tegen de dienst voor administratieve controle die de betaling van een prestatie eist.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 33.

Dit artikel geeft de volledige opsomming van de ambtenaren die bevoegd zijn om een proces-verbaal op te stellen in geval van overtreding van de wet of van de reglementering. Het gaat er meer bepaald om de Franse en Nederlandse tekst van de wet met elkaar in overeenstemming te brengen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 34.

Dit artikel bevat de wijzigingen inzake terminologie en inzake de vaststelling van het begin van de invaliditeitsperiode welke reeds in de vorige artikelen zijn vermeld.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 35.

Dit artikel voorziet in de overneming door de verzekering van het nadelig saldo van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een lid verklaart zich akkoord met de voorgenoemde maatregel, maar wenst zich te onthouden omdat hij voorzitter is van de betrokken instelling.

Dit artikel wordt aangenomen met 9 stemmen en 4 onthoudingen.

Artikel 36.

Dit artikel bepaalt de nieuwe regelen inzake de verdeling van de geldmiddelen van de verzekering, zodat elke verzekeringsinstelling over toereikende ontvangsten kan beschikken :

- een deel van de bijdragen kan worden gereserveerd voor de compensatie (maximum 10 %);
- berekening van de rijkstoelage voor de werklozen op grond van de gemiddelde waarde van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen;
- uiteenzetting van het nieuwe verdelingssysteem voor de compensatie.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 37.

Het bepaalt dat het bedrag van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen verschillend kan zijn voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en voor de uitkeringsverzekering.

Een lid zou graag vernemen waarom wordt bepaald dat het vastgestelde percentage kan variëren per tranche van 100 000 leden.

De Minister verklaart dat een verzekeringsinstelling, ongeacht het getal van haar leden, af te rekenen heeft met aanzienlijke administratiekosten. Het bedrag van de administratiekosten stijgt nochtans niet in verhouding met het aantal sociale verzekerden waarvoor de verzekeringsinstelling zorgt.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 tegen 3 stemmen.

Article 38.

Les dispositions légales réglant l'affectation des bonis qui peuvent être consacrés au financement d'avantages complémentaires ne seront plus applicables à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Un membre estime que les bonis de l'assurance « soins de santé » devraient être consacrés à l'organisation du « home-care ». Il est d'avis que les dispositions contenues dans la loi du 9 août 1963 réglaient plus nettement le principe de la responsabilité des organismes assureurs.

Le Ministre tient à souligner que le principe de la responsabilité des organismes assureurs demeure intangible et que rien n'est modifié aux dispositions qui le règlent dans la loi du 9 août 1963. Au surplus, il est loisible aux organismes assureurs de consacrer leurs bonis éventuels à l'organisation d'un service de « home-care ».

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 39.

Cet article précise qu'en cas de mali un prélèvement doit être effectué au préalable sur le fonds constitué par la marge de sécurité. Il dispose également que la Caisse auxiliaire ne doit pas percevoir de cotisation complémentaire en cas de déficit.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 40.

a) Chaque organisme assureur doit dresser son propre budget pour l'assurance « soins de santé ».

b) Un fonds est constitué pour la marge de sécurité. Il est financé par des cotisations et des subsides de l'État. Il peut y être fait appel en cas de déficit, à concurrence de ce déficit et à concurrence de la part de chaque organisme assureur.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 41.

Cet article comporte les mêmes modifications à la terminologie et à la fixation du début de la période d'invalidité déjà citées dans des articles précédents.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 42.

Cet article donne au Roi le pouvoir de coordonner la législation de base afin d'y établir plus d'unité et d'ordre, suite aux nombreuses modifications qui y ont été apportées.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 43.

Cet article comporte les mêmes modifications à la terminologie et à la fixation du début de la période d'invalidité, déjà citées dans des articles précédents.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Artikel 38.

De regelen betreffende de bestemming van de boni die mogen worden aangewend voor de financiering van bijkomende voordelen, zullen niet meer van toepassing zijn op de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een lid is van mening dat de boni van de verzekering voor geneeskundige verzorging zouden moeten worden aangewend voor de organisatie van de « home-care ». Hij denkt dat de bepalingen van de wet van 9 augustus 1963 duidelijker het beginsel van de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen stelden.

De Minister onderstreept dat het beginsel van de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen onverkort blijft en dat niets wordt gewijzigd aan de bepalingen in de wet van 9 augustus 1963 die ze regelen. Bovendien staat het de verzekeringsinstellingen vrij een deel van hun eventuele boni aan te wenden voor de organisatie van een « home-care »-dienst.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 39.

Dit artikel bepaalt dat, indien er een tekort is, er eerst een voorafneming moet gebeuren op het fonds dat gevormd werd door de veiligheidsmarge. Het bepaalt voorts dat de Hulpkas geen bijkomende bijdragen moet heffen in geval van tekort.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 40.

a) Iedere verzekeringsinstelling moet haar eigen begroting opstellen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

b) Er wordt een fonds ingesteld met het oog op een veiligheidsmarge. Dit fonds wordt gestijfd door bijdragen en door rijkssteun. Op dat fonds kan, in geval van tekort, een beroep worden gedaan naar rato van het tekort en van het deel dat aan elke verzekeringsinstelling toekomt.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 41.

Dit artikel bevat dezelfde wijzigingen, wat betreft de terminologie en de vaststelling van het begin van de periode van invaliditeit, die reeds in vorige artikelen werden behandeld.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 42.

Dit artikel verleent de Koning de bevoegdheid om de basiswetgeving te coördineren en om er meer eenheid en orde in te brengen, die overigens vereist zijn ingevolge de talrijke wijzigingen welke in bedoelde wetgeving zijn aangebracht.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 43.

Dit artikel bevat dezelfde wijzigingen, wat betreft de terminologie en de vaststelling van het begin van de periode van invaliditeit, die reeds in vorige artikelen werden behandeld.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Article 44.

Cet article énumère les articles de la loi du 9 août 1963 qui sont abrogés en raison du présent projet.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 45.

Cet article abroge l'arrêté royal n° 70 concernant l'application de l'assurance « soins de santé » aux handicapés mentaux, étant donné qu'un système particulier d'assurance peut être instauré pour les personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de travailler en raison de leur état de santé.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 46.

Cet article prévoit que les nouvelles règles de répartition seront appliquées pour les années 1967, 1968 et 1969 sur la base des comptes et non sur celle des budgets.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 47.

Cet article confie au Roi la compétence de déterminer la date à partir de laquelle les dispositions du présent projet seront applicables.

Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

L'ensemble du projet est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Le Rapporteur,
H. BROUHON.

Le Président,
J. POSSON.

Artikel 44.

Dit artikel somt de artikelen op van de wet van 9 augustus 1963 die ingevolge het onderhavige ontwerp worden opgeheven.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 45.

Dit artikel heft het koninklijk besluit n° 70 op, dat betrekking heeft op de verzekering voor geneeskundige verzorging van de mentaal gehandicapten, aangezien een speciaal verzekeringssysteem kan ingesteld worden voor de personen die ingevolge hun gezondheidstoestand niet in staat zijn arbeid te verrichten.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 46.

Dit artikel bepaalt dat de nieuwe verdelingsregels voor de jaren 1967, 1968 en 1969 niet zullen toegepast worden op basis van de begrotingen, maar op basis van de rekeningen.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 47.

Dit artikel verleent de Koning de bevoegdheid om de datum te bepalen vanaf welke de bepalingen van het onderhavige ontwerp van toepassing zullen zijn.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Het gehele ontwerp wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

De Verslaggever,
H. BROUHON.

De Voorzitter,
J. POSSON.

ANNEXE I.

BIJLAGE I.

Résultats financiers des O.A. pour l'année 1967,
calculés sur base du nouveau système de répartition.

Financiële resultaten van de V.I. over het jaar 1967,
berekend volgens het nieuwe verdelingssysteem.

	1	2		3		4			5	
	Nombre des titulaires indemnisables primaires	Pensionnés — Gepensioneerden		Veuves — Weduwen		Invalides — Invaliden			Total pensionnés, veuves et invalides — Totaal gepensioneerden, weduwen en invaliden	
	Aantal gerechtigden op primaire ongeschikt- heidsuitkeringen	(a) Nombre — Aantal	(b) % 2, a/1	(a) Nombre — Aantal	(b) % 3, a/1	(a) Nombre — Aantal	(b) % 4, a/1	(c) % × 2	(a) Nombre — Aantal	(b) % 2, b + 3, b + 4, c
Union nationale chrétienne. — <i>Chris- telijke Landsbond</i>	1 121 491	195 068	17,39	113 522	10,12	42 527	3,79	7,58	351 117	35,09
Union nationale neutre. — <i>Neutrale Landsbond</i>	262 968	57 863	22,—	31 659	12,03	12 390	4,71	9,42	101 912	43,45
Union nationale socialiste. — <i>Socia- listische Landsbond</i>	785 492	177 098	22,54	104 868	13,35	51 184	6,51	13,02	333 150	48,91
Union nationale libérale. — <i>Liberale Landsbond</i>	163 415	35 914	21,97	19 446	11,89	6 392	3,91	7,82	61 752	41,68
Union nationale mutualités profes- sionnelles. — <i>Landsbond beroeps- mutualiteiten</i>	249 893	52 678	21,08	32 925	13,17	9 889	3,95	7,90	95 492	42,15
Caisse auxiliaire. — <i>Hulpkas</i>	29 830	4 409	14,78	2 984	10,—	1 378	4,61	9,22	8 771	34,—

Résultat des nouveaux calculs pour 1967, dans l'hypothèse où le pourcentage des cotisations est fixé à 5 %.

Resultaat van de nieuwe berekeningen voor 1967, in de veronderstelling dat het bijdragenaandeel op 5 % wordt bepaald.

	5, a×5, b	Produit — Product	Pourcentage — Percentage	Part dans les montants à redistribuer (Subside de l'Etat 27+5 % bons de cotisation) — Aandeel in te verdelen bedragen (Rijkstoelage 27+5 % bijdragebons)
Union nationale chrétienne. — <i>Christelijke Landsbond</i>	351 117×35,09	12 320 695,53	30,85	2 029 307 039
Union nationale neutre. — <i>Neutrale Landsbond</i>	101 912×43,45	4 428 076,40	11,09	729 498 057
Union nationale socialiste. — <i>Socialistische Landsbond</i>	333 150×48,91	16 294 366,50	40,80	2 683 816 117
Union nationale libérale. — <i>Liberale Landsbond</i>	61 752×41,68	2 573 823,36	6,44	423 621 956
Union nationale mutualités professionnelles. — <i>Landsbond beroepsmutualiteiten</i>	95 492×42,15	4 024 987,80	10,07	662 402 654
Caisse auxiliaire. — <i>Hulpkas</i>	8 771×34	298 214,—	0,75	49 334 855
Total. — <i>Totaal</i>		39 940 163,59	100	6 577 980 678

	Union nationale chrétienne — <i>Christelijke Landsbond</i>	Union nationale neutre — <i>Neutrale Landsbond</i>	Union nationale socialiste — <i>Socialistische Landsbond</i>	Union nationale libérale — <i>Liberale Landsbond</i>	Union nationale mutualités professionnelles — <i>Landsbond beroeps-mutualiteiten</i>	Caisse auxiliaire — <i>Hulpkas</i>
Répartition 27 % en 1967. — <i>Verdeling van 27 % in 1967</i>	2 141 177 300	621 604 044	2 072 279 535	372 462 424	576 094 615	54 681 082
Nouvelle formule de répartition. — <i>Nieuwe verdelingsformule</i>	—431 257 504	+36 406 465	+397 349 062	+ 5 172 885	+ 5 644 820	— 13 515 730
Résultats financiers actuels. — <i>Huidige financiële resultaten</i>	+770 822 811	—34 585 983	—180 712 944	+71 024 001	+100 269 020	—19 418 635
Nouvelle formule de répartition. Subside de l'Etat : chômeurs. — <i>Nieuwe verdelingsformule. Rijkstoelage : werklozen</i>	+1,8 M	+0,777 M	—1,4 M	+0,532 M	—1,5 M	—
Nouveau résultat 1967. — <i>Nieuw resultaat 1967</i>	+341 M	+2 M	+215 M	+76 M	+103 M	—32 M

ANNEXE II.

Note au sujet du contrôle médical, approuvée le 16 mai 1967 par le Comité de gestion du service « indemnités » de l'I.N.A.M.I.

CARACTERISTIQUES GENERALES DES PROPOSITIONS.

Avant d'indiquer les modalités concrètes des propositions formulées, il paraît opportun d'en donner les traits caractéristiques généraux.

Ceux-ci peuvent s'énoncer comme suit :

1° Réduire au maximum les obligations à assumer spontanément par le titulaire, mais mieux engager sa responsabilité. Dans cet esprit, il est proposé que tout début d'incapacité fasse l'objet de sa part, auprès de son organisme assureur, d'une déclaration personnelle, qui ne doit pas nécessairement être appuyée par une attestation médicale;

2° Rendre la vérification des incapacités de travail, à supporter par l'assuré, aussi systématique que possible, compte tenu des moyens dont on dispose. Dans cette optique, il est proposé d'exiger dorénavant des médecins traitants des certificats comportant la symptomatologie dominante et de procéder dans un maximum de cas à des examens corporels, soit au cabinet du médecin-conseil, soit au domicile de l'assuré;

3° Donner à chaque instance de contrôle des tâches propres de façon à éviter les superpositions. A cette fin, il est proposé de supprimer la reconnaissance de l'incapacité par le médecin-conseil pour la période du salaire hebdomadaire ou mensuel garanti, de même que de décharger le service du contrôle médical du contrôle précoce, qui ne s'est guère avéré efficace. Il est également proposé de confier au Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I. des tâches spécifiques et exclusives, soit le contrôle des malades à domicile et l'examen des recours;

4° Etablir une liaison organique entre les différentes instances de contrôle. A cet effet, il est proposé d'agréer les services de contrôle « salaire hebdomadaire ou mensuel garanti » répondant à certaines conditions; les constatations faites par ce service seraient communiquées aux instances de l'assurance et engageraient celle-ci suivant des modalités déterminées. Pour rendre cette liaison possible, le secret de l'affiliation mutualiste doit être supprimé; il apparaît, en effet, que ce secret n'a plus les mêmes raisons d'être qu'il y a vingt ans et qu'au surplus il n'existe pas en pratique, l'employeur étant régulièrement amené à savoir quelle est la mutualité du travailleur lorsqu'il est invité à remplir la feuille de renseignements;

5° Alléger et simplifier le contrôle de l'invalidité en le confiant à un médecin unique plutôt qu'à un collège médical.

6° Accélérer et rendre plus efficace la procédure de recours en soustrayant les contestations d'ordre médical aux commissions de réclamation et en les confiant à une instance médicale.

PROPOSITIONS.

A. — Période d'incapacité primaire.

1. Dès le premier jour de chaque incapacité, tout assuré, qui ne bénéficie pas de sa rémunération normale à charge de son employeur pendant un mois (art. 10 de la loi sur le contrat d'emploi), doit déclarer cette incapacité au médecin-conseil de son organisme assureur.

Pour l'employé bénéficiant pendant 1 mois de sa rémunération normale à charge de son employeur et dont l'incapacité se prolonge, cette déclaration doit être faite au plus tard le 7^e jour avant la fin de ce mois.

La déclaration se fait par un formulaire ad hoc comportant les indications suivantes :

- ouvrier ou employé;
- droit ou non au salaire hebdomadaire garanti;
- existence dans l'entreprise d'un service de contrôle agréé pour le salaire hebdomadaire ou mensuel garanti;
- les symptômes de l'affection (plaintes de l'assuré, maladie, accident);
- la possibilité ou non de se déplacer.

Il sera évidemment possible à l'assuré, mais pas nécessaire, d'accompagner cette déclaration d'une attestation médicale.

BIJLAGE II.

Nota over de medische controle goedgekeurd op 16 mei 1967 door het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » van het R.I.Z.I.V.

ALGEMENE KARAKTERISTIEKEN VAN DE VOORSTELLEN.

Vooraleer de concrete modaliteiten van de geformuleerde voorstellen op te geven, lijkt het gepast daarvan de algemene karakteristieken te geven.

Deze kunnen als volgt worden gesteld :

1° De verplichtingen welke de gerechtigde spontaan moet nakomen zoveel mogelijk verminderen, doch zijn verantwoordelijkheid meer verbinden. In die geest wordt voorgesteld dat elke aanvang van arbeidsongeschiktheid door hem persoonlijk bij zijn verzekeringsinstelling zou worden aangegeven, wat niet noodzakelijk moet gestaafd zijn met een geneeskundig getuigschrift;

2° Het nazien van de arbeidsongeschiktheiden die door de verzekering moeten worden gedragen zo stelselmatig mogelijk maken, rekening houdende met de middelen waarover men beschikt. In die optiek wordt voorgesteld voortaan van de behandelend geneesheren getuigschriften te eisen met de overheersende symptomatologie en in een maximum van gevallen tot lichamelijke onderzoeken over te gaan, hetzij in de spreekkamer van de adviserend geneesheer, hetzij bij de verzekerde thuis;

3° Aan elke controleinstantie eigen taken toewijzen zodat opeenvolgende controles worden vermeden. Daartoe wordt voorgesteld de erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer af te schaffen voor het tijdvak van gewaarborgd week- of maandloon en de Dienst voor geneeskundige controle te ontlasten van spoedcontrole die nauwelijks efficiënt is gebleken. Tevens wordt voorgesteld aan de Dienst voor geneeskundige controle van het R.I.Z.I.V. specifieke en exclusieve taken toe te vertrouwen, namelijk de controle op de zieken thuis en het onderzoek van de beroepen;

4° Een organisch verband leggen tussen de verschillende controleinstanties. Daartoe wordt de erkenning voorgesteld van de controlediensten « gewaarborgd week- of maandloon » die aan bepaalde voorwaarden voldoen; de bevindingen van die dienst zouden worden meegedeeld aan de verzekeringsinstanties die daardoor volgens bepaalde modaliteiten zouden gebonden zijn. Om dat verband mogelijk te maken, moet het geheim van de aansluiting bij een ziekenfonds worden opgeheven; dat geheim schijnt inderdaad niet meer dezelfde bestaansredenen te hebben als voor 20 jaar en bovendien schijnt het in de praktijk niet te bestaan daar de werkgever regelmatig te weten komt welk het ziekenfonds van de werknemer is wanneer hij wordt verzocht het inlichtingsblad in te vullen;

5° De controle op de invaliditeit verlichten en vereenvoudigen door die toe te vertrouwen aan één enkel geneesheer veeleer dan aan een college van geneesheren;

6° De procedure van beroep vlotter doen verlopen en efficiënter maken door de geneeskundige betwistingen te onttrekken aan de klachtencommissies en ze toe te vertrouwen aan een geneeskundige instantie.

VOORSTELLEN.

A. — Tijdvak van primaire ongeschiktheid.

1. Vanaf de eerste dag van elke ongeschiktheid moet iedere verzekerde die niet gedurende een maand zijn normaal loon ten laste van zijn werkgever ontvangt (art. 10 van de wet op de arbeidsovereenkomst voor bedienden), van die ongeschiktheid aangifte doen bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

De bediende die gedurende 1 maand zijn normaal loon ten laste van zijn werkgever geniet en wiens ongeschiktheid aanhoudt, moet die aangifte doen uiterlijk de 7^e dag vóór het einde van die maand.

De aangifte wordt gedaan met een daartoe bestemd formulier waarop de volgende inlichtingen voorkomen :

- arbeider of bediende;
- recht of niet op gewaarborgd weekloon;
- bestaan in de onderneming van een erkende controledienst voor het gewaarborgd week- of maandloon;
- de symptomen van de aandoening (klachten van de verzekerde, ziekte, ongeval);
- de mogelijkheid om zich al dan niet te verplaatsen.

De verzekerde mag uiteraard bij die aangifte een geneeskundig getuigschrift voegen maar is daartoe niet verplicht.

Sauf en cas de force majeure dûment reconnu, toute déclaration tardive retarde à due concurrence le droit à l'indemnisation.

2. Au reçu de cette déclaration, le médecin-conseil fait savoir à l'assuré, par un document ad hoc qu'au cas où l'incapacité n'a pas pris fin avant le 7^e ou le 30^e jour (suivant qu'il s'agit d'un ouvrier ou d'un employé) et risque même de se prolonger au-delà, l'assuré doit se présenter chez lui à la date et à l'heure indiquées sur le document (en principe le 7^e ou le 30^e jour), muni d'un certificat médical comportant la symptomatologie dominante et la durée probable de l'incapacité. Si son état de santé ne lui permet pas de se déplacer, l'assuré doit envoyer au médecin-conseil avant le 7^e ou le 30^e jour, le certificat médical dont question ci-dessus qui devra préciser en outre que l'assuré ne peut se déplacer.

Sur base de l'examen corporel et/ou de l'analyse des documents médicaux en sa possession (soit au minimum le certificat médical avec symptomatologie dominante), le médecin-conseil décidera de la reconnaissance de l'incapacité et de sa durée maximum.

3. Lorsque l'assuré reprend le travail avant ou à l'expiration de la durée d'incapacité reconnue, il en avertira le médecin-conseil.

Dans l'hypothèse où son incapacité paraît devoir se prolonger au-delà de cette durée, il devra se présenter, muni d'un nouveau certificat avec la symptomatologie dominante, chez le médecin-conseil au plus tard le dernier jour de la durée d'incapacité reconnue. Toutefois, si son état de santé ne lui permet pas de se déplacer, il devra adresser au médecin-conseil un nouveau certificat (avec symptomatologie dominante) justifiant qu'il ne peut se déplacer.

Sur base de l'examen corporel et/ou de l'analyse des documents médicaux en sa possession, le médecin-conseil agira comme au 2 ci-dessus.

4. Lorsque l'assuré est occupé dans une entreprise disposant d'un service de contrôle « salaire hebdomadaire ou mensuel garanti », agréé par le Comité de gestion de l'I.N.A.M.I., Service des Indemnités, les opérations énoncées aux 1 et 2 se font par le canal de ce service de contrôle, qui sera agréé à cette fin. Toutefois, pour éviter la confusion dans le chef de l'assuré, celui-ci restera tenu de transmettre l'avertissement prévu au 1, qui sera également transmis au médecin-conseil, en dehors de l'avertissement approprié à l'entreprise ou à son service de contrôle.

Toutes dispositions devront être prises pour informer dûment les travailleurs des entreprises concernées de l'existence du service de contrôle particulier et des obligations et droits qui en découlent.

L'agrément et le retrait d'agrément des services de contrôle de l'employeur est faite par le Comité de Gestion du Service des Indemnités de l'I.N.A.M.I., sur avis du Comité du Service du contrôle médical. Cette agrément est subordonnée à certaines conditions :

- le contrôle doit porter au moins sur tous les ouvriers occupés dans la ou les entreprises concernées, en ce compris ceux qui ne bénéficieraient pas du salaire hebdomadaire garanti;
- le critère d'évaluation du degré d'incapacité de travail doit être celui prévu à l'article 56 de la loi du 9 août 1963;
- le service de contrôle, tout en agissant suivant les méthodes appropriées à chaque cas, doit accepter de se soumettre, en ce qui concerne ses rapports avec l'I.N.A.M.I., à certaines règles administratives qui seront mises au point par l'I.N.A.M.I.

Tout au long de la période du salaire hebdomadaire ou mensuel garanti, c'est le service de contrôle agréé qui prend position sur la réalité de l'incapacité et sur sa durée.

Avant la fin de cette période, le service de contrôle agréé transmet ses constatations et conclusions médicales au médecin-conseil de l'organisme assureur dont relève chaque assuré.

Les décisions du service de contrôle agréé lient l'organisme assureur. Toutefois, le médecin-conseil de l'organisme assureur aura le droit de contester ces décisions dans la mesure où elles engagent les dépenses de l'assurance.

Dès réception des constatations et conclusions du service de contrôle agréé, les médecins-conseils des organismes assureurs agissent en conformité avec celles-ci :

- soit en prenant acte de la remise au travail;
- soit en délivrant les reconnaissances d'incapacités requises;

Behoudens wanneer het gaat om een geval van deugdelijk erkende overmacht, vertraagt elke niet tijdige aangifte met evenveel dagen het recht op uitkeringen.

2. Bij de ontvangst van die aangifte laat de adviserend geneesheer aan de verzekerde met een formulier ad hoc weten dat ingeval de ongeschiktheid niet gedaan is vóór de 7^e of de 30^e dag (naargelang het een arbeider of een bediende betreft) en er zelfs kans bestaat dat ze langer duurt, de verzekerde zich bij hem moet komen aanmelden, op dag en uur die op het formulier zijn aangegeven (in principe de 7^e of de 30^e dag), met een geneeskundig getuigschrift waarop de overheersende symptomatologie en de waarschijnlijke duur van de ongeschiktheid zijn vermeld. Zo zijn gezondheidstoestand hem niet toelaat zich te verplaatsen, moet de verzekerde aan de adviserend geneesheer vóór de 7^e of de 30^e dag het geneeskundig getuigschrift zenden waarvan hiervoren sprake, en waarop bovendien moet zijn aangegeven dat de verzekerde zich niet kan verplaatsen.

Op grond van het lichamelijk onderzoek en/of van de ontleding van de geneeskundige bescheiden in zijn bezit (d.w.z. ten minste het geneeskundig getuigschrift met de overheersende symptomatologie), beslist de adviserend geneesheer over de erkenning van de ongeschiktheid en de maximumduur ervan.

3. Wanneer de verzekerde de arbeid hervat vóór of bij het verstrijken van de erkende ongeschiktheidsduur, moet hij daarvan de adviserend geneesheer verwittigen.

Ingeval zijn ongeschiktheid langer dan die duur blijkt te zullen aanhouden, moet hij zich uiterlijk de laatste dag van de erkende ongeschiktheidsduur bij de adviserend geneesheer aanmelden met een nieuw getuigschrift met de overheersende symptomatologie. Indien hij zich echter wegens zijn gezondheidstoestand niet kan verplaatsen, moet hij de adviserend geneesheer een nieuw getuigschrift zenden (met de overheersende symptomatologie) dat het bewijs geeft dat hij zich niet kan verplaatsen.

Op basis van het lichamelijk onderzoek en/of van de ontleding van de geneeskundige bescheiden in zijn bezit, handelt de adviserend geneesheer dan als onder 2 hiervoren.

4. Wanneer de verzekerde werkzaam is in een onderneming die beschikt over een controledienst « gewaarborgd weekloon of gewaarborgd maandloon » die is erkend door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het R.I.Z.I.V., geschieden de onder 1 en 2 gestelde verrichtingen door bemiddeling van die controledienst, die daartoe zal worden erkend. Opdat er evenwel bij de verzekerde geen verwarring zou ontstaan blijft deze ertoe gehouden de onder 1 bepaalde verwittiging op te sturen, die eveneens zal worden gezonden aan de adviserend geneesheer, buiten de verwittiging ad hoc aan de onderneming of aan haar controledienst.

Alle maatregelen moeten worden genomen om de werknemers van de betrokken ondernemingen behoorlijk in te lichten over het bestaan van de bijzondere controledienst en over de verplichtingen en rechten die daaruit voortvloeien.

De erkenning en de intrekking van de erkenning van de controlediensten van de werkgever geschiedt door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het R.I.Z.I.V., op advies van het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle. Die erkenning is afhankelijk van sommige voorwaarden :

- de controle moet ten minste slaan op alle arbeiders die werkzaam zijn in de betrokken onderneming of ondernemingen, dus ook op diegenen die geen gewaarborgd weekloon zouden genieten;
- het criterium voor de aaming van de graad van arbeidsongeschiktheid moet dat zijn waarin is voorzien in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963;
- de controledienst mag weliswaar werken volgens de methodes die passen voor elk geval, maar moet, wat zijn betrekkingen met het R.I.Z.I.V. betreft, aanvaarden sommige administratieve regelen in acht te nemen die door het R.I.Z.I.V. zullen worden uitgewerkt.

Gedurende het tijdvak van het gewaarborgd week- of maandloon, wordt door de erkende controledienst stelling gekozen ter zake van de ongeschiktheid en de duur ervan.

Voor het einde van die periode, zendt de erkende controledienst zijn geneeskundige bevindingen en conclusies aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling waarbij elke verzekerde is aangesloten.

De beslissingen van de erkende controledienst zijn bindend voor de verzekeringsinstelling. Wel zal de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling het recht hebben om die beslissingen te betwisten in de mate dat daarmee de uitgaven van de verzekering gemoed zijn.

Zodra de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen de bevindingen en conclusies van de erkende controledienst ontvangen, handelen zij daarnaar :

- hetzij door akte te nemen van de opgelegde arbeidshervatting;
- hetzij door aflevering van de verelde erkenningen van ongeschiktheid;

— soit en procédant ou en faisant procéder aux investigations suggérées ou estimées opportunes (voir 2 ci-dessus).

Par après il est procédé comme indiqué au point 3, sauf si la prolongation débute avant la fin du salaire hebdomadaire garanti.

B. — Période d'incapacité prolongée et d'invalidité.

1. Exposé de la situation actuelle.

Après un an de maladie, la décision de prolonger l'incapacité de travail revient au Conseil médical de l'Invalidité, lequel comprend :

- une commission supérieure qui a pouvoir de décision, mais n'examine pas de malades;
- des commissions provinciales qui examinent des malades mais qui n'ont aucun pouvoir de décision.

Le travail du Conseil médical de l'Invalidité se fait de la façon suivante : la Commission supérieure qui constitue en son sein des groupes de travail appelés commissions restreintes, reçoit les rapports médicaux de contrôle établis par les médecins-conseils des organismes assureurs et contenant leurs propositions. A la vue de ces rapports, la Commission décide, soit de confirmer la proposition du médecin-conseil, soit de faire réexaminer l'assuré par une de ses commissions provinciales. Celle-ci établit à son tour un rapport avec proposition sur laquelle la Commission supérieure se prononce ensuite.

2. Proposition de réforme.

La décision est prise par un seul médecin, désigné par le Conseil médical de l'Invalidité et indépendant de l'organisme assureur auquel appartient l'assuré dont le cas doit être examiné.

C'est ce médecin qui procédera à l'examen corporel et sera titulaire du pouvoir de décision.

3. Avantages de la réforme.

Rationalisation administrative :

- Plus de différence selon que l'on se trouve en incapacité prolongée ou en invalidité.

Economie :

- Un seul médecin examine l'assuré et prend lui-même la responsabilité de la décision.

Gain de temps :

- Le médecin qui a pris la décision notifie immédiatement celle-ci (d'où plus de transmission de rapports médicaux à la Commission Supérieure).

C. — Recours.

Il est indispensable de prévoir pour les contestations d'ordre médical, un recours plus rapide et plus simple que celui qui existe actuellement. Il est proposé de prévoir, pour ces contestations, une procédure en référé devant la Commission de Réclamation, avec des délais brefs.

Le recours en référé devrait être introduit dans les 48 heures à dater de la notification de la décision litigieuse, auprès du président de la Commission de Réclamation, qui disposerait au maximum de 3 jours pour désigner un médecin-expert.

Le président imposerait à l'expert un délai pour la transmission de son rapport, sur base duquel la Commission de Réclamation prendrait une décision.

A défaut d'avoir eu recours à cette procédure, l'assuré ne pourrait plus contester la décision du médecin-conseil ou du médecin-inspecteur concernant son état d'incapacité de travail.

— hetzij door over te gaan of te doen overgaan tot de in overweging gegeven of opportuun geachte onderzoeken (zie 2 hiervoor).

Daarna wordt gehandeld als aangegeven onder punt 3, behoudens indien de verlenging aanvangt vóór het einde van het gewaarborgd weekloon.

B. — Tijdvak van voortdurende ongeschiktheid en van invaliditeit.

1. Uiteenzetting van de huidige toestand.

Na één jaar ziekte komt de beslissing om de arbeidsongeschiktheid te verlengen toe aan de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit die bestaat uit :

- een hoge commissie die beslissingsmacht heeft, doch de zieken niet onderzoekt;
- de provinciale commissies die zieken onderzoeken, doch geen beslissingsmacht hebben.

De Geneeskundige Raad voor Invaliditeit werkt als volgt : de Hoge Commissie die in haar midden werkgroepen samenstelt, Kleine Commissies genoemd, ontvangt de geneeskundige controleverslagen die door de adviserende geneesheren van de verzekeringsinstellingen zijn opgemaakt en hun voorstellen bevatten. Op grond van die verslagen beslist de Commissie, hetzij het voorstel van de adviserend geneesheer te bevestigen, hetzij de verzekerde opnieuw te doen onderzoeken door één van haar provinciale commissies. Deze provinciale commissie maakt op haar beurt een verslag op met voorstel waarover de Hoge Commissie vervolgens uitspraak doet.

2. Voorstel tot hervorming.

De beslissing wordt genomen door één enkel geneesheer, die aangewezen is door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en die onafhankelijk is van de verzekeringsinstelling waartoe de verzekerde behoort wiens geval moet worden onderzocht.

Die geneesheer verricht het lichamelijk onderzoek en heeft beslissingsmacht.

3. Voordelen van de hervorming.

Administratieve rationalisatie :

- Geen verschillen meer naargelang men in voortdurende ongeschiktheid of in invaliditeit is.

Besparing :

- Een enkel geneesheer onderzoekt de verzekerde en neemt zelf de verantwoordelijkheid voor de beslissing.

Tijdwinst :

- De geneesheer die de beslissing heeft genomen, geeft daarvan onmiddellijk kennis (dus geen doorzending meer van geneeskundige verslagen naar de Hoge commissie).

C. — Beroep.

Het is onontbeerlijk dat voor de geneeskundige betwistingen gezorgd wordt voor een sneller en eenvoudiger beroep dan thans het geval is. Voorgesteld wordt voor die betwistingen te voorzien in een procedure in kortgeding voor de Klachtencommissie met korte termijnen.

Het beroep in kortgeding zou binnen 48 uur na de kennisgeving van de betwiste beslissing moeten worden ingediend bij de voorzitter van de Klachtencommissie, die over maximum 3 dagen zou beschikken om een geneesheer-deskundige aan te wijzen.

De voorzitter zou de deskundige een termijn opleggen voor het insturen van zijn verslag, op grond waarvan de Klachtencommissie dan een beslissing zou nemen.

Zo hij op die procedure geen beroep heeft gedaan zou de verzekerde de beslissing van de adviserend geneesheer of van de geneesheer-inspecteur ten aanzien van zijn staat van arbeidsongeschiktheid niet meer kunnen betwisten.