

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1962-1963.

7 MEI 1963.

WETSONTWERP

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

I. — AMENDEMENTEN VOORGESTELD DOOR DE HEER LAVENS.

Art. 7.

Tussen de eerste twee leden van dit artikel een nieuw lid invoegen dat luidt als volgt :

« Bij verruiming van de toepassingsfeer tot nieuwe categorieën van onderworpenen wordt de Algemene Raad aangevuld met een door de Koning te bepalen aantal vertegenwoordigers van hun representatieve organisaties. »

Art. 22.

Het 1° van dit artikel vervangen door wat volgt :

« 1° tot de personen bedoeld bij de artikels 29 en 30 van het organiek koninklijk besluit van 22 december 1938 genomen ter uitvoering van de wet van 10 juni 1937 tot uitbreiding van de kinderbijslag tot de werkgevers en de niet-loontrekkenden; »

Art. 22bis (nieuw).

Een artikel 22bis (nieuw) invoegen, dat luidt als volgt :

« § 1. De Koning kan bij een gemotiveerd en in de Ministerraad overlegd besluit de toepassingsfeer van deze wet verruimen :

» 1° tot de zelfstandigen onderworpen aan de wet van 28 maart 1960 betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen;

» 2° tot de personen, die aanspraak kunnen maken op de voordelen, voorzien in genoemde wet;

Zie :

527 (1962-1963) :

- N° 1 : Wetsontwerp.
- N° 2 tot 6 : Amendementen.

A

Chambre des Représentants

SESSION 1962-1963.

7 MAI 1963.

PROJET DE LOI

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

I. — AMENDEMENTS PRESENTES PAR M. LAVENS.

Art. 7.

Entre le premier et le deuxième alinéa de cet article, insérer un nouvel alinéa, libellé comme suit :

« En cas d'extension du champ d'application à d'autres catégories d'assujettis, le Conseil général est complété par des représentants de leurs organisations représentatives, dont le nombre est fixé par le Roi. »

Art. 22.

Remplacer le 1° de cet article par ce qui suit :

« 1° aux personnes visées aux articles 29 et 30 de l'arrêté royal organique du 22 décembre 1938, pris en exécution de la loi du 10 juin 1937 étendant les allocations familiales aux employeurs et aux travailleurs non salariés. »

Art. 22bis (nouveau).

Insérer un article 22bis (nouveau), libellé comme suit :

« § 1. Le Roi peut, par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres, étendre l'application de la présente loi :

» 1° aux travailleurs indépendants soumis à la loi du 28 mars 1960 relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants;

» 2° aux personnes pouvant prétendre aux avantages prévus par ladite loi;

Voir :

527 (1962-1963) :

- N° 1 : Projet de loi.
- N° 2 à 6 : Amendements.

» 3° tot de personen, die ten gevolge van een definitieve invaliditeit uit hoofde van beroepsziekte, ziekte of ongeval, op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet geen activiteit als zelfstandige in de zin van de wet van 28 maart 1960 betreffende de rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen meer uitoefenen voor zover zij krachtens andere wettelijke, reglementaire of contractuele beschikkingen geen recht hebben op de in paragraaf 2 van dit artikel omschreven zorgen.

» § 2. Deze verzekering kan hoogstens de volgende gezondheidsverstrekkingen omvatten :

» 1° de behandeling van de geestesziekten, de tuberculose, de kanker en de poliomyelitis, in de daartoe speciaal erkende instellingen;

» 2° de geneeskundige en verloskundige zorgen bij bevalling;

» 3° de ziekenhuisverpleging bij observatie, behandeling en heelkundig ingrijpen;

» 4° de tijdens een verblijf in deze inrichtingen afgeleverde geneesmiddelen;

» 5° de belangrijke heelkunde met inbegrip van de anesthesie;

» 6° de volgende speciale zorgen : neurologie, radiologie, protheses, dermatologie, laboratoriumtelingen en speciale tandzorgen.

» § 3. Bij verruiming van deze wet tot de zelfstandigen, zal de Koning in de door hem bepaalde voorwaarden de verzekering uitbreiden tot uitkeringen ingeval van werkongeschiktheid.

» § 4. De verzekerden moeten, ter uitvoering van de door deze wet opgelegde verplichtingen, aansluiten bij een ziekenfonds, dat erkend is als bedoeld in de wet van 23 juni 1894 op de maatschappijen van onderlinge bijstand en dat bij een Verbond van Onderlinge Bijstand is aangesloten ofwel bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voorzien in artikel 5 van deze wet.

» § 5. De verzekeringsinkomsten bestaan uit :

» 1° de opbrengst van de bijdragen, betaald door de personen vermeld in § 1, 1° van dit artikel.

» Deze bijdrage, door de Koning te bepalen, kan jaarlijks hoogstens 3 % van het bedrijfsinkomen, zoals dit omschreven is in de wet van 28 maart 1960 betreffende het rust- en overlevingspensioen van de zelfstandigen, bedragen.

» Behoudens voor de personen die slechts een bijkomende beroepsbezigheid als zelfstandige uitoefenen, en waarvoor de minimumbijdrage herleid kan worden tot 450 frank per jaar, zal nochtans van de onderworpenen minimum 900 frank en maximum 4 500 frank per jaar gevorderd worden.

» 2° een Rijkstegemoetkoming waarvan het bedrag en de verdeling tussen de verzekeringsorganismen door de Koning zal bepaald worden volgens dezelfde modaliteiten als voorzien in het stelsel der loon- en weddetrekken.

» 3° een Rijkstegemoetkoming, volgens door de Koning te bepalen voorwaarden verleend ter vervanging van de bijdragen der zelfstandigen die in de onmogelijkheid verkeren de gevorderde bijdrage te betalen.

» 3° aux personnes qui, à la suite d'une invalidité permanente résultant d'une maladie professionnelle, d'une maladie ou d'un accident, n'exercent plus, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, d'activités en qualité de travailleur indépendant au sens de la loi du 28 mars 1960 relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, pour autant qu'elles ne puissent, en vertu d'autres dispositions légales, réglementaires ou contractuelles, bénéficier des soins prévus au § 2 du présent article.

» § 2. Cette assurance ne peut comporter d'autres prestations de santé que :

» 1° le traitement des maladies mentales, de la tuberculose, du cancer et de la poliomyélite, dans les établissements spécialement agréés à cet effet;

» 2° les soins médicaux et obstétricaux en cas d'accouchement;

» 3° l'hospitalisation en cas d'observation, traitement et intervention chirurgicale;

» 4° les médicaments délivrés pendant un séjour dans ces établissements;

» 5° les interventions chirurgicales importantes, y compris l'anesthésie;

» 6° les soins spéciaux suivants : neurologie, radiologie, prothèses, dermatologie, analyses de laboratoire et soins dentaires spéciaux.

» § 3. Au cas où la présente loi engloberait les travailleurs indépendants, le Roi étendrait, dans les conditions fixées par lui, l'assurance aux allocations pour incapacité de travail.

» § 4. Les assurés seront, en application des obligations imposées par la présente loi, tenus de s'affilier à un fonds de maladie, agréé comme il est dit dans la loi du 23 juin 1894 sur les sociétés d'assistance mutuelle et affiliée à une Fédération d'Assistance mutuelle, soit à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, prévue à l'article 5 de la présente loi.

» § 5. Les recettes de l'assurance sont constituées par :

» 1° le produit des cotisations payées par les personnes mentionnées au § 1, 1°, du présent article.

» Cette cotisation, à fixer par le Roi, ne peut annuellement excéder 3 % des revenus professionnels, tels qu'ils sont définis dans la loi du 28 mars 1960 relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants.

» Sauf en ce qui concerne les personnes n'exerçant qu'accessoirement une occupation professionnelle en qualité de travailleurs indépendants et en faveur desquelles le minimum de la cotisation pourra être ramené à 450 francs l'an, il sera toutefois exigé des assujettis une cotisation dont le minimum sera de 900 francs et le maximum de 4 500 francs par an.

» 2° une intervention de l'Etat, dont le Roi fixera le montant et la répartition entre les organismes assureurs d'après les mêmes modalités que celles prévues dans le régime des travailleurs salariés et appointés.

» 3° une intervention de l'Etat, octroyée d'après des conditions à déterminer par le Roi en vue de remplacer les cotisations des travailleurs indépendants se trouvant dans l'impossibilité de s'acquitter de la cotisation requise.

» § 6. In zoverre zij niet tegenstrijdig zijn met de overige bepalingen van dit artikel zijn de bepalingen van Titel III, Hoofdstuk 4 van deze wet inzake de betrekkingen met het geneesherencorps, het tandartsencorps, het apothekerscorps, de ziekenhuizen en de klinieken, en de paramedische medewerkers van toepassing.

» § 7. In het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering wordt een Beheerscomité voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor de zelfstandigen opgericht, dat voor deze sector de opdrachten vervult die voorzien zijn in artikel 12 en artikel 40 van deze wet. »

VERANTWOORDING.

Het artikel 22 voorziet de mogelijkheid voor de Koning om bij een gemotiveerd en in Ministerraad overlegd besluit de toepassingsfeer van deze wet te verruimen tot de zelfstandigen.

Het komt ons niet passend voor dergelijke belangrijke materie die nagenoeg 800 000 zelfstandigen en hun gezinnen aanbelangt, eenvoudig door koninklijk besluit te laten regelen, ook al heeft de heer Minister verklaard dat hij voorafgaandelijk de representatieve organisaties der zelfstandigen en de parlementaire commissies zou raadplegen.

Het ware niet te verantwoorden dat op een ogenblik dat men, om uit het slop te geraken met de ziekteverzekering der loontrekkenden, deze bij wet laat regelen, met een nieuw en uitgebreid onderdeel der verplichte ziekteverzekering volledig aan het goedvinden der uitvoerende macht zou overlaten.

Principeel spreken wij dus onze voorkeur uit voor een regeling die bij wet zou geschieden.

Doch anderzijds geven wij er ons rekenschap van dat dergelijke procedure onbetwisbaar de verplichte ziekteverzekering voor zelfstandigen opnieuw voor vele jaren kan doen uitstellen, terwijl in brede lagen der betrokken middelen met aandrang een spoedige toepassing wordt geëist.

Het is uitsluitend om aan dit gevaar voor uitstel *sine die* te ontkomen dat wij ons neerleggen bij de gevraagde delegatie van bevoegdheden.

De thans reeds in de wet opgenomen waarborgen alsmede diegene die de Minister tijdens de commissie-besprekingen erbij heeft vernoemd, lijken ons evenwel niet voldoende.

Daarom stellen wij voor dat in de huidige wet enkele grote lijnen zouden worden opgenomen, naar dewelke de uitvoerende macht zich in elk geval zou moeten schikken, wanneer de ziekteverzekering tot de zelfstandigen wordt uitgebreid.

Deze principes betreffen :

a) De structuur van het stelsel.

Wij achten het belangrijk dat het Parlement zich zou uitspreken over de optie tussen twee of zelfs drie mogelijkheden :

1° Volledig afzonderlijke toporganen (Rijksinstituut, enz.) en verzekeringsorganismen (landsbonden, verbonden, ziekenfondsen) voor zelfstandigen.

Dergelijke integrale splitsing bestaat thans in de regimes voor kinderbijslag en pensioen.

2° Een volledige integratie in het stelsel der loon- en weddetrekken.

3° Een tussenformule waarbij, zonder een nieuw en ingewikkeld administratief complex uit te bouwen toch de zelfstandigheid die om financiële of psychologische overwegingen kan gewenst worden, tot stand komt.

Onze voorkeur gaat naar de derde formule; dientengevolge stellen wij voor :

1° een vertegenwoordiging der zelfstandigen in de Algemene Raad (art. 7);

2° een Beheerscomité belast, voor wat de zelfstandigen betreft, met de opdrachten voorzien in de artikels 12 (geneeskundige verzorging) en 40 (uitkeringen).

b) De toepassingsfeer.

De wet van 28 maart 1960 inzake het pensioen der zelfstandigen geeft een juister omschrijving van het begrip « zelfstandige » dan de wet van 10 juni 1937 inzake de kinderbijslag der zelfstandigen.

» § 6. Dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux autres dispositions du présent article, les dispositions du Titre III, Chapitre 4, de la présente loi relatives aux rapports entre le corps médical, les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux, les cliniques ainsi que les collaborateurs paramédicaux seront applicables.

» § 7. Il est créé au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité pour travailleurs indépendants un comité de gestion, chargé d'assumer dans ce secteur les tâches prévues à l'article 12 ainsi qu'à l'article 40 de la présente loi. »

JUSTIFICATION.

L'article 22 donne au Roi la faculté d'étendre, par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres, le champ d'application de la présente loi aux travailleurs indépendants.

Il ne nous semble pas indiqué de permettre qu'une matière de cette importance, qui concerne quelque 800 000 travailleurs indépendants et leurs familles, soit réglée par un simple arrêté royal, bien que le Ministre ait déclaré vouloir consulter au préalable les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les commissions parlementaires.

Au moment où, pour sortir de l'impasse, on laisse régler par la loi l'assurance maladie-invalidité des travailleurs salariés, on ne pourrait justifier le fait de livrer entièrement au bon vouloir de l'Exécutif un nouveau et vaste secteur de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

En principe, nous exprimons notre préférence pour un régime fixé par la loi.

Mais, d'autre part, nous sommes conscients du fait que, incontestablement, cette procédure retarderait à nouveau et pour de nombreuses années la réalisation de l'assurance maladie-invalidité obligatoire pour les travailleurs indépendants, alors que sa mise en application rapide est réclamée avec insistance par de nombreuses personnes appartenant aux milieux intéressés.

Dans le seul but de prévenir le danger d'ajournement *sine die*, nous consentons à la délégation de pouvoirs demandée.

Toutefois, les garanties que la loi prévoit déjà actuellement ainsi que celles que le Ministre a encore données au cours des discussions en Commission, ne nous semblent pas suffisantes.

C'est pourquoi nous proposons d'inscrire dans la loi quelques grandes lignes auxquelles l'Exécutif devrait en tout cas se conformer lors de l'extension de l'assurance maladie-invalidité aux travailleurs indépendants.

Ces principes ont trait à :

a) La structure du régime.

Nous estimons qu'il est important que le Parlement se prononce sur le choix à faire entre deux ou même trois possibilités :

1° Organismes supérieurs (Institut national, etc.) et organismes d'assurance (unions nationales, fédérations, mutualités) pour travailleurs indépendants totalement distincts.

Cette séparation intégrale existe actuellement dans les régimes des allocations familiales et des pensions.

2° Une intégration complète dans le régime des salariés et appointés.

3° Une formule intermédiaire qui, sans organiser un complexe administratif nouveau et compliqué, réalise néanmoins l'indépendance qui peut être souhaitée pour des raisons d'ordre financier ou psychologique.

Nous préférons la troisième formule et, dès lors, nous proposons :

1° une représentation des indépendants au Conseil général (art. 7);

2° un Comité de gestion chargé, pour ce qui concerne les indépendants, des missions prévues aux articles 12 (soins de santé) et 40 (prestations).

b) Champ d'application.

La loi du 28 mars 1960 relative à la pension des travailleurs indépendants donne une définition plus exacte de la notion de « travailleur indépendant » que la loi du 10 juin 1937 relative aux allocations familiales des indépendants.

Daarom stellen wij voor te refereren naar eerstgenoemde wet; de heer Minister heeft trouwens in de Commissie reeds dit beginsel aangevaard en zou zelf een tekst op punt stellen die de mogelijkheid om de bedienaars van de erediensten, de geestelijken die onderwijzen of die deel uitmaken van kloostergemeenschappen eveneens in de toepassingsfeer van deze wet te laten vallen.

Wij preciseren bovendien dat bij een verruiming van het toepassingsgebied tot de zelfstandigen, de gepensioneerde en invalide zelfstandigen, alsmede de weduwen van zelfstandigen, zonder bijdragebetaling zullen aanspraak kunnen maken op de terugbetaling vanwege de verzekering voor al de risico's die voor de actieve zelfstandigen verplicht verzekerd zijn.

c) *De te verzekeren risico's.*

In de werkgroep die door de heren Ministers van Middenstand, Landbouw en Sociale Voorzorg werd opgericht ter bestudering van een eventueel sociaal statuut der zelfstandigen, bestond eenstemmigheid omtrent het principe dat de verplichte verzekering alleen kon worden opgelegd voor een aantal, door deze werkgroep opgesomde risico's waarvan de financiële gevolgen op bijzondere zware wijze het gezinsbudget kunnen treffen.

Wij stellen voor de lijst door deze werkgroep opgesteld, in de huidige wet op te nemen als een maximum dat krachtens deze wet kan verplicht verzekerd gesteld worden.

Dit betekent geenszins dat wij ons van nu af aan verzetten tegen een verplichte verzekering voor de overige risico's, doch het is onze mening dat dergelijke verruiming bij wet en niet bij koninklijk besluit zou moeten beslist worden.

Ten slotte wensen wij dat wanneer de Koning gebruik maakt van de hem toegekende bevoegdheden om een verplichte ziekteverzekering voor zelfstandigen in te voeren, hij in elk geval een verplichte uitkeringsverzekering zou voorschrijven.

Hierbij denken wij in het bijzonder aan die sociaal uiterst treurige gevallen waar door een langdurige werkonbekwaamheid van het gezinshoofd elk inkomen wegvalt of een bezoldigde arbeidskracht moet worden aangeworven om het gezinshoofd te vervangen.

Ten einde met voldoende zekerheid de werkonbekwaamheid te kunnen vaststellen en er rekening mee houdend dat bij werkonbekwaamheid van kortere duur het inkomen niet steeds in gevoelige mate wordt aangetast zou een tamelijk lange carenstijd en een eerder lage uitkering tijdens de eerste periode kunnen worden voorzien.

d) *De financiering.*

In tegenstelling met de werkgroep « Allard » die schijnbaar de kwestie der bijdrage niet volledig heeft uitgediept, menen wij dat in een sociale verzekering de bijdrage moet rekening houden met het draagvermogen der onderworpenen.

Daarom stellen wij als basis voor de bijdrageberekening voor: het bedrijfsinkomen, zoals dat ook het geval is voor de pensioenbijdrage der zelfstandigen en voor alle bijdragen der loon- en weddetrekkenden.

Vervolgens menen wij dat het om psychologische redenen noodzakelijk is de maximumgrens van deze bijdrage vast te stellen, wat de mogelijkheid niet wegneemt om bij een latere wet deze bijdrage te verhogen.

Ten einde de sedert jaren aanslepende discussies over de echte of vermeende ongelijkheid inzake Staatstussenkomst ten voordele der sociale verzekeringen der loon- en weddetrekkenden enerzijds en der zelfstandigen anderzijds te voorkomen, achten wij het geraden het principe der gelijkheid dezer Staatstussenkomst in de wet in te schrijven. Het komt ons logisch voor dat de verdeling dezer Staatstoelagen tussen de verzekeringsorganismen zou gebeuren volgens modaliteiten die, in al de mate van het mogelijke gelijklopend zijn met diegene die voorzien zijn voor de loon- en weddetrekkenden.

Ten slotte stellen wij voor dat de Staat ten zijnen laste zou nemen de bijdrage van die zelfstandigen waarvan na onderzoek gebleken is dat zij zelf niet in staat zijn de gevorderde bijdragen te betalen.

Nous proposons dès lors la référence à cette première loi; le Ministre a d'ailleurs admis déjà en Commission ce principe et mettrait lui-même au point un texte permettant d'étendre le champ d'application de la présente loi aux ministres des cultes, aux religieux enseignants ou faisant partie de communautés religieuses.

Nous précisons en outre qu'en cas d'extension du champ d'application aux travailleurs indépendants, les travailleurs indépendants pensionnés ou invalides ainsi que leurs veuves pourraient prétendre, sans paiement de cotisations, au remboursement par l'assurance des frais occasionnés par tous les risques dont l'assurance est obligatoire pour les travailleurs indépendants actifs.

c) *Les risques à couvrir par l'assurance.*

Dans le groupe de travail créé par les Ministres des Classes moyennes, de l'Agriculture et de la Prévoyance sociale, en vue de l'étude d'un statut social éventuel des travailleurs indépendants, il y avait unanimité sur le principe selon lequel l'assurance obligatoire ne pouvait être imposée que pour un certain nombre de risques énumérés par ce groupe et pouvant entraîner des charges particulièrement graves pour le budget familial.

Nous proposons de reprendre dans la présente loi la liste établie par ce groupe de travail comme étant le maximum dont cette loi peut imposer l'assurance obligatoire.

Cela ne signifie nullement que nous nous opposerions dès à présent à une assurance obligatoire des autres risques, mais nous estimons que pareille extension devrait être décidée par une loi et non par arrêté royal.

Enfin, nous désirons que, lorsque le Roi fait usage des pouvoirs conférés en vue de l'instauration d'une assurance maladie-invalidité obligatoire des travailleurs, il devrait en tout cas prescrire une assurance-allocation obligatoire.

A ce sujet, nous pensons en particulier à ces cas sociaux extrêmement pénibles, où, par suite de l'incapacité de travail de longue durée, du chef de famille, tout revenu fait défaut ou rendent nécessaire l'engagement d'un travailleur rémunéré pour remplacer le chef de famille.

Afin de pouvoir établir avec certitude l'incapacité de travail, et compte tenu du fait qu'une incapacité de travail de durée plus courte ne diminue pas toujours sensiblement les revenus, une période d'attente relativement longue et une allocation plutôt peu importante pourraient être prévues pendant la première période.

d) *Le financement.*

Contrairement à l'avis du groupe « Allard », qui ne semble pas avoir étudié à fond la question de la cotisation, nous croyons que, dans une assurance sociale, la cotisation doit tenir compte de la faculté contributive des assujettis.

C'est pourquoi nous proposons comme base de cotisation le revenu professionnel, comme c'est le cas pour la cotisation de pension des travailleurs et pour toutes les cotisations des travailleurs salariés et appointés.

Ensuite, nous estimons que, pour des raisons psychologiques, il est nécessaire de fixer le plafond de cette cotisation, ce qui n'empêche pas le relèvement de celle-ci par une loi ultérieure.

En vue d'éviter les discussions qui s'éternisent depuis des années au sujet de l'inégalité existante ou prétendue en ce qui concerne l'intervention de l'Etat en faveur des assurances sociales des travailleurs salariés et appointés, d'une part, et celles des travailleurs indépendants, d'autre part, nous estimons utile d'inscrire dans la loi le principe de l'égalité de l'intervention de l'Etat. Il nous semble logique que la répartition de ces subventions de l'Etat entre les organismes assureurs se fasse selon des modalités qui devraient, dans la mesure du possible, être parallèles à celles prévues pour les travailleurs salariés et appointés.

Enfin, nous proposons que l'Etat prenne à sa charge la cotisation des travailleurs indépendants, dont, après examen, il se révèle qu'ils ne sont pas à même de payer eux-mêmes les cotisations exigées.

A. LAVENS.

J. POSSON.

O. DE MEY.

J. LENOIR.

L. DELHACHE.

Marg. DE RIEMAECKER-LEGOT.

II. — AMENDEMENTEN VOORGESTELD DOOR DE HEREN D'HAESELEER EN DRÈZE.

Art. 34.

Dit artikel aanvullen met een § 4 (nieuw), die luidt als volgt :

« § 4. De overeenkomst kan voorzien in de rechtstreekse betaling van de verstrekkingen door de verzekeringsinstellingen aan de tarifieringsdiensten bevoegd bij artikel 98. »

VERANTWOORDING.

Zoals voor de verplegingsinstellingen zou moeten voorzien worden in de mogelijkheid van rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstellingen zoals voorzien bij artikel 29, § 5.

Art. 47.

Het eerste lid vervangen door wat volgt :

« De gerechtigde doet aan de adviserende geneesheer mededeling van zijn arbeidsongeschiktheid met een door hem ondertekend dokument. Dit dokument omvat een gemotiveerd getuigschrift van de geneesheer aangaande de aard van de arbeidsongeschiktheid en de waarschijnlijke duur ervan. Het beheerskomitee bepaalt de nadere regelen tot verzending of afgifte van dat dokument en stelt daarvan het model vast. »

VERANTWOORDING.

Volgens dit artikel doet de gerechtigde aan de adviserende geneesheer mededeling van zijn arbeidsongeschiktheid met een door hem ondertekend dokument.

Dit nieuw systeem is zeer bedenkelijk. Inderdaad, de diensten zullen overstelpt worden met kennisgevingen van werkongeschiktheden van korte duur die onmogelijk zullen kunnen gecontroleerd worden. Het feit, in het huidige stelsel, langs de behandelende geneesheer te moeten passeren, is een rem tegen de misbruiken.

Met een geneeskundig getuigschrift en in de optiek van de overeenkomsten, zou de adviserende geneesheer over een minimum aan geneeskundige inlichtingen beschikken die hem zouden toelaten een selectie door te voeren.

Er werd betoogd dat het nieuw ontworpen systeem zou toelaten de verzekerden op te sporen die veelvuldige vergoedingsaanvragen indienen. Dit argument geldt evenzeer voor het systeem van de getuigschriften.

Het door het ontwerp beoogd systeem zou ten andere geen besparing met zich brengen gezien de zieke in het raam van de wet op het gewaarborgd weekloon, toch een geneeskundig getuigschrift aan de werkgever moet voorleggen.

Art. 96.

Ter vervanging van het vroeger rondgedeelde amendement (Stuk n° 527/3).

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

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

VERANTWOORDING.

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

II. — AMENDEMENTS PRESENTES PAR MM. D'HAESELEER ET DRÈZE.

Art. 34.

Compléter cet article par un § 4 (nouveau), libellé comme suit :

« § 4. La convention peut prévoir le paiement direct des prestations par les organismes assureurs aux offices de tarification prévus à l'article 98. »

JUSTIFICATION.

Tout comme pour les établissements de soins, il faudrait prévoir la possibilité de paiement direct par les organismes assureurs ainsi qu'il est prévu à l'article 29, § 5.

Art. 47.

Remplacer le premier alinéa par ce qui suit :

« Le titulaire avise le médecin-conseil de son incapacité de travail au moyen d'un document signé par lui. Ce document comporte une attestation motivée du médecin relative à la nature de l'incapacité de travail ainsi qu'à sa durée probable. Le comité de gestion détermine les modalités d'envoi ou de remise de ce document et en arrête le modèle. »

JUSTIFICATION.

Cet article stipule que le titulaire avise le médecin-conseil de son incapacité de travail au moyen d'un document signé par lui.

Ce nouveau système donne à réfléchir. Les services seront en effet submergés de notifications d'incapacité de travail de courte durée, ce qui exclut toute possibilité de contrôle. L'obligation, dans le système actuel, de passer par le médecin traitant constitue une entrave aux abus.

Dans l'optique des conventions, le certificat médical fournirait au médecin-conseil un minimum de renseignements médicaux lui permettant d'opérer une sélection.

Il a été dit que le nouveau régime projeté permettrait de déceler les assurés introduisant fréquemment des demandes d'indemnisation. Cet argument vaut tout autant pour le régime des certificats.

Le régime visé par le projet n'entraînerait d'ailleurs pas d'économies, le malade étant tenu, en vertu de la loi sur le salaire hebdomadaire garanti, de présenter un certificat médical à l'employeur.

Art. 96.

En remplacement de l'amendement distribué précédemment (Doc. n° 527/3).

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

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

JUSTIFICATION.

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

Art. 126.

De laatste twee leden weglaten.

VERANTWOORDING.

Wij blijven gekant tegen de formule van de bijkomende voordelen in de verplichte verzekering.

Dergelijke formule zou een twee maten en twee gewichtenstelsel in het leven roepen. Daar waar de leden in gelijke mate bijdragen hebben ze recht op gelijke voordelen onafgezien bij welke verzekeringsorganismen ze aangesloten zijn.

Art. 151.

De tekst van dit artikel vervangen door wat volgt :

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

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

VERANTWOORDING.

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

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

L. D'HAESELEER.
R. DRÈZE.

Art. 126.

Supprimer les deux derniers alinéas.

JUSTIFICATION.

Nous persistons à nous opposer à la formule des avantages complémentaires dans le régime d'assurance obligatoire.

Une telle formule ne manquerait pas de créer un système de deux poids et de deux mesures. Si les membres paient une même cotisation, ils ont droit à des avantages identiques, quel que soit l'organisme assureur auquel ils sont affiliés.

Art. 151.

Remplacer le texte de cet article par ce qui suit :

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

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

JUSTIFICATION.

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

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

III. — AMENDEMENT VOORGESTELD DOOR DE HEER DE KEULENEIR.

Art. 21.

Een 13° invoegen, dat luidt als volgt :

13° *De gebrekkigen en verminkten die tegemoetkoming genieten verleend door het Nationaal Fonds voor hulp aan gebrekkigen en verminkten.* »

VERANTWOORDING.

De gebrekkigen en verminkten vormen in ons land nog steeds de categorie van de meest ongelukkigen in de groep van ongelukkige burgers, en die het meest geneeskundige verzorging nodig hebben.

De financiële last die daaruit voortvloeit kan ten laste gelegd worden van het Rijksfonds voor sociale reclassering van de minder-validen, te vermelden in artikel 121, onder een toegevoegd 9°.

III. — AMENDEMENT PRESENTE PAR M. DE KEULENEIR.

Art. 21.

Insérer un 13°, libellé comme suit :

« 13° *Les estropiés et les mutilés qui bénéficient d'une allocation accordée par le Fonds national d'aide aux estropiés et mutilés.* »

JUSTIFICATION.

Les estropiés et les mutilés constituent encore dans notre pays la catégorie des plus malheureux des citoyens malheureux et figurent parmi ceux auxquels les soins de santé sont les plus nécessaires.

La charge financière qui en résulte peut être supportée par le Fonds national de reclassement social des handicapés et est à insérer à l'article 121, sous un 9° nouveau.

A. DE KEULENEIR.
Germaine COPEE-GERBINET.
M. VANDERHAEGEN.
H. BROUHON.