

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1965-1966

21 JUNI 1966

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 HEREN
DE MEY EN D'HAESELEER.

DAMES EN HEREN,

Uw Commissie voor de Sociale Voorzorg heeft het wetsontwerp n° 199/1 tot wijziging van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, grondig onderzocht.

Zij hoorde eerst een uiteenzetting vanwege de Minister over de draagwijdte van het ontwerp.

Uiteenzetting vanwege de Minister.

Het wetsontwerp brengt geen essentiële wijzigingen aan de wet van 9 augustus 1963.

De Regering blijft de doelstellingen van deze wet onderschrijven, die voor het eerst geformuleerd werden in het verslag aan de Regent dat aan de besluitwet van 28 december 1944 voorafgaat: « ... uitbreiding der maatschappelijke

(1) Samenstelling van de Commissie:

Voorzitter: de heer Major.

A. — Leden: de heren Delhache, De Mey, Lavens, Michel, Posson, Remacle, Van Herreweghe, Mevr. Verlact-Gevaert, Wirix. — de heren Brouhon, Castel, Christiaenssens, Demets, Leburton, Major, Namèche, Nyffels. — de heren Borsu, De Weert, D'haeseleer, Gillet, Hannotte. — de heer Babylon.

B. — Plaatsvervangers: de heren Magnée, Schyns, Tanghe, Van Mechelen, Verhenné. — Mevr. Copée-Gerbinet, de heren Hicquet, Lamers, Vanderhaegen. — de heren Cola, Lerouge, Sprockeels. — de heer Anciaux.

Zie:

199 (1965-1966):

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

Chambre des Représentants

SESSION 1965-1966

21 JUIN 1966

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
MM. DE MEY ET D'HAESELEER.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre Commission de la Prévoyance sociale a procédé à un examen approfondi du projet de loi n° 199/1 modifiant la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Elle a entendu tout d'abord un exposé du Ministre sur la teneur du projet.

Exposé du Ministre.

Le projet de loi ne modifie pas essentiellement la loi du 9 août 1963.

Le Gouvernement continue à souscrire aux objectifs de cette loi, formulés pour la première fois dans le rapport au Régent précédant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944: « ... développer la sécurité sociale, soustraire aussi complètement

(1) Composition de la Commission:

Président: M. Major.

A. — Membres: MM. Delhache, De Mey, Lavens, Michel, Posson, Remacle, Van Herreweghe, M^{me} Verlact-Gevaert, Wirix. — M.M. Brouhon, Castel, Christiaenssens, Demets, Leburton, Major, Namèche, Nyffels. — MM. Borsu, De Weert, D'haeseleer, Gillet, Hannotte. — M. Babylon.

B. Suppléants: MM. Magnée, Schyns, Tanghe, Van Mechelen, Verhenné. — M^{me} Copée-Gerbinet, MM. Hicquet, Lamers, Vanderhaegen. — MM. Colla, Lerouge, Sprockeels. — M. Anciaux.

Voir:

199 (1965-1966):

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

lijke zekerheid, ten einde het grootste aantal arbeidzame mannen en vrouwen te onttrekken aan de vrees voor de ellende ... » en voorts aan « ... de angst voor een ongeval of een ziekte, waaruit zou voortspuiten hetzij een tijdelijke onderbreking, hetzij een vermindering of vernietiging van de geschiktheid tot werken en, in elk geval, zelfs zo de geschiktheid tot werken niet onderbroken wordt, verpletterende lasten voor het gezinsbudget, dat zonder die onzekerheid reeds moeilijk in evenwicht is te brengen ... ». De ziekteverzekering vervult ook ontegensprekelijk een eerste-rangrol in het kader van een modern gezondheidsbeleid.

Zonder deze belangrijke doeieinden op het domein van de sociale politiek en de volksgezondheid in het gedrang te brengen, lijkt het nodig om vóór het parlementair reces een beperkt aantal wettelijke maatregelen te nemen, die de werkelijke doelmatigheid van de verzekering moeten vestigen. Deze maatregelen kunnen in twee groepen worden ingedeeld :

1^o de maatregelen die de normale werking en de sociale doelmatigheid van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering willen beveiligen : volgens de Minister moet gestreefd worden naar eerlijke en duurzame akkoorden met hen die geneeskundige verzorging verstrekken. Het stelsel steunt allereerst op verbintenissen, en de overheidsmaatregelen kunnen slechts als een noodoplossing in uiterste gevallen aangenomen worden.

Als wij ter vergelijking de toestand in de naburige landen nagaan, o.m. in Nederland, in Engeland en in Frankrijk, dan treft ons het feit dat, welke ook de organisatorische en financiële verschillen mogen zijn onder de stelsels van deze landen, de overeenkomsten met het geensherenkorps, en in het algemeen, met de zorgenverstrekkers, een centrale plaats innemen. Heel het Nederlandse stelsel berust op vrijwillig overleg met de geneeskundige beroepsorganisaties, terwijl de Britse Nationale Gezondheidsdienst staat of valt met de vrij-aanvaarde sociale discipline van het geensherenkorps. Ook het Franse stelsel is opgebouwd op collectieve overeenkomsten in de grote stedelijke centra.

De Minister is ervan overtuigd dat in eigen land de inspanningen onverminderd moeten worden voortgezet om aan de akkoorden en verbintenissen de grootst mogelijke kans op welslagen te verzekeren. Van uit die optiek wordt aan de Kamer een versoepeling voorgesteld van de stemmingsregelen in de nationale commissie geensherenziekenfondsen. De wet schrijft thans een drievierden-meerderheid voor, zowel onder de vertegenwoordigers van de geensheren, resp. tandheelkundigen, als onder de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen. Uit de ervaring is gebleken dat deze zeer ver doorgedreven vorm van medezeggenschap de normale werking van de instellingen in het gedrang kan brengen. Hierdoor blijft bij ontstentenis van enig akkoord, nog slechts het strenge reglementaire perspectief van de overheidsmaatregelen open.

Het lijkt aangewezen, in het belang van een duurzaam verbintenissen-stelsel, de hoger geschetste regelen te versoepelen. Het beginsel van de drievierden-meerderheid werd behouden, omdat geen middel onverlet mag worden gelaten om voorstellen en formules te bevorderen, rond dewelke een zo ruim mogelijke meerderheid kan tot stand komen. Aanvankelijk lag het in de bedoeling van de Minister de gewenste versoepeling te zoeken in artikel 21 van de wet van 25 april 1963 op het paritair beheer, maar na verder onderzoek en op advies van verscheidene deskundigen, werd daarvan afgezien, omdat dit artikel zeer moeilijk toepasselijk lijkt op de beslissingen van de overeenkomsten-commissies.

que possible les hommes et les femmes laborieux aux craintes de la misère ... », et plus loin : « ... à la crainte d'un accident ou d'une maladie, suspendant, réduisant ou annulant la capacité de travail et imposant, même si la capacité de travail n'est pas interrompue, des charges écrasantes à un budget familial déjà difficile à équilibrer sans cet aléa; ... ». L'assurance-maladie joue incontestablement un rôle de premier plan dans le cadre d'une politique moderne de la santé.

Sans vouloir porter atteinte à ces objectifs importants de la politique sociale et de la santé, il semble indispensable de prendre, avant les vacances parlementaires, un nombre limité de mesures législatives afin d'assurer l'efficacité réelle de l'assurance. Ces mesures peuvent être scindées en deux groupes :

1^o les mesures qui tendent à sauvegarder le fonctionnement normal et l'efficacité sociale de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité : selon le Ministre, il faut poursuivre la conclusion d'accords loyaux et durables avec ceux qui dispensent les soins médicaux. Le régime est fondé en tout premier lieu sur des engagements, les mesures d'autorité n'étant à considérer que comme des solutions d'urgence à prendre en dernière instance.

Lorsque nous comparons la situation de la Belgique à celle des pays voisins, tels les Pays-Bas, l'Angleterre et la France, il est frappant de constater que, quelles que soient les différences sur le plan de l'organisation et des finances entre les régimes de ces pays, les conventions conclues avec le corps médical et, en général, avec les dispensateurs de soins y occupent une place centrale. Le régime néerlandais est fondé sur des conventions librement conclues avec les organisations professionnelles médicales, tandis qu'en Grande-Bretagne, le service national de la santé repose sur la discipline sociale librement consentie par le corps médical. De même, le régime français est fondé sur des conventions collectives dans la plupart des départements et sur des conventions individuelles dans les grands centres urbains.

Le Ministre est persuadé que, dans notre pays, les efforts doivent être poursuivis sans répit pour que les accords et engagements aient le plus de chance d'aboutir. Dans cette optique, il est proposé aux Chambres législatives d'assouplir les modalités de vote au sein de la commission nationale médico-mutualiste et de la commission dento-mutualiste. La loi prescrit à l'heure actuelle une majorité des trois quarts, tant parmi les représentants respectifs des médecins et des praticiens de l'art dentaire que parmi les représentants des mutualités. L'expérience montre que cette forme très poussée de la participation peut porter préjudice au fonctionnement normal des institutions. C'est ainsi, qu'à défaut de la conclusion de quelque accord, il ne reste d'autre issue que la perspective de mesures réglementaires prises par voie d'autorité.

Dans l'intérêt d'un régime durable de conventions, il semble indiqué que les règles exposées ci-dessus soient assouplies. Le principe de la majorité des trois quarts a été maintenu, parce qu'il ne peut être négligé aucun moyen pour encourager la recherche de propositions et formules capables de recueillir l'adhésion d'une majorité aussi large que possible. A l'origine, l'intention du Ministre était de rechercher l'assouplissement désiré dans les dispositions de l'article 21 de la loi du 25 avril 1963 relative à la gestion paritaire, mais, après un examen plus approfondi et sur avis de différents experts, ce projet a été abandonné parce que l'article semble très difficilement applicable aux décisions des commissions chargées de conclure les conventions.

Derhalve wordt in artikel 3 van het voorliggende wetsontwerp een formule voorgesteld, die een grote gelijkenis vertoont met die van het genoemde artikel van de wet op het paritair beheer en anderzijds volledig past bij de eigen aard en kontekst van de overeenkomsten met de geneeskundige zorgenverstrekkers.

De tekst van artikel 3 van het nieuwe ontwerp wijzigt artikel 34, § 2, 6^e lid, van de wet van 9 augustus 1963 op de volgende wijze :

« Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het geneesherenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt zijn de beslissingen verworven. »

De Minister geeft er zich rekenschap van dat ook met een dergelijke versoepeling en ondanks alle pogingen om de standpunten van de partijen met elkaar te verzoenen, de mogelijkheid blijft bestaan dat een akkoord uitblijft. In dat geval kan de Koning gebruik maken van de mogelijkheid Hem geboden door artikel 52 van de eenheidswet, om maximum-honoraria op te leggen. Volgens de huidige stand van de wetgeving kunnen overheidsmaatregelen bij ontstentenis van een nationaal akkoord, slechts voor het gehele land worden getroffen. Ook hier wordt een soepeler, in de praktijk billijker en sociaal meer aangepast optreden van de Overheid voorgesteld.

De Koning kan overheidsmaatregelen treffen volgens de modaliteiten die Hij bepaalt, ter uitvoering van artikel 52 van de Eenheidswet. Dit betekent o.m. dat Hij zijn maatregelen kan beperken tot de gewesten waar de meerderheid van de geneesheren op duidelijke en onbetwiste wijze misbruik pleegt van het verstrijken van de vroegere akkoorden, terwijl Hij zich van het nemen van dwangmaatregelen zal onthouden ten aanzien van andere gewesten waar de zieken over een voldoende ruime vrije keuze beschikken om geneesheren te raadplegen die gematigde, redelijke erelonen blijven vragen. Ofwel kan de Koning maatregelen nemen voor bepaalde groepen van verzekerden, bvb. de rechthebbenden wier inkomen beneden een bepaalde grens ligt, of ten slotte ook nog verplichte erelonen opleggen voor bepaalde categorieën van verstrekkingen, een mogelijkheid die reeds in de memorie van toelichting bij artikel 52 van de Eenheidswet uitdrukkelijk was voorzien.

Om iedere betwisting uit te schakelen over de hoogte van de terugbetaling van de ziekteverzekering, wordt tevens voorzien in artikel 4 van het wetsontwerp dat, bij het nemen van overheidsmaatregelen op grond van artikel 52 van de Eenheidswet, de Koning meteen de basis aanduidt waarop de terugbetalingen zullen geschieden.

Een belangrijk aspect van de betrekkingen tussen de verschillende zorgenverstrekkers en de ziekteverzekering is dat van de nomenclatuur der verstrekkingen. Deze nomenclatuur wordt thans voorgesteld door de technische raden, indien er voorhanden zijn, of zoniet door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging. De Minister stelt er prijs op uitdrukkelijk te verklaren dat de algemene basis, waarop de nomenclatuur van de zorgen volgens de huidige wetgeving wordt opgetrokken, in haar beginsel ongewijzigd blijft. Hetzelfde geldt voor de voorwaarden voor het recht op terugbetaling die volgens artikel 12, 4^o, van de wet van 9 augustus 1963 door het beheerscomité worden opgemaakt. Nochtans is de Minister ervan overtuigd — en

En conséquence, il est proposé à l'article 3 du projet de loi une formule qui présente beaucoup de similitude avec celle que contient la loi sur la gestion paritaire et qui est d'ailleurs mieux adaptée aux caractéristiques et au contexte des conventions à conclure avec les dispensateurs de soins médicaux.

Le texte de l'article 3 du nouveau projet modifie de la manière suivante l'article 34, § 2, alinéa 6, de la loi du 9 août 1963 :

« Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le Corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. »

Le Ministre se rend compte que, malgré un pareil assouplissement et malgré toute tentative de concilier les points de vue des parties, la possibilité de l'absence d'accord subsiste. Dans cette hypothèse, le Roi peut faire usage de la faculté d'imposer des honoraires maximums qui lui est reconnue par l'article 52 de la loi unique. Dans l'état actuel de la législation, des mesures d'autorité ne peuvent, à défaut d'accord national, être imposées que pour le pays entier. A cet égard aussi, il est proposé d'autoriser une intervention des pouvoirs publics, qui soit plus souple, plus équitable dans la pratique, et mieux adaptée socialement.

Le Roi pourra imposer des mesures d'autorité selon les modalités qu'il définit, en exécution de l'article 52 de la loi Unique. Ceci implique notamment qu'il pourra restreindre ses mesures aux régions dans lesquelles la majorité des médecins abusent incontestablement de l'expiration des accords antérieurs, alors qu'il s'abstiendra de prendre des mesures envers les autres régions où les malades disposent d'un libre choix suffisamment large et peuvent donc consulter des médecins qui continuent à réclamer des honoraires modérés et raisonnables. Le Roi peut encore prendre des mesures pour certains groupes d'assurés, par exemple les bénéficiaires dont le revenu n'excède pas un plafond déterminé et, enfin, Il peut imposer des honoraires obligatoires pour certaines catégories de prestations, faculté qui était prévue de manière expresse dans l'exposé des motifs en ce qui concerne l'article 52 de la loi Unique.

Afin d'éviter toute contestation au sujet du taux du remboursement par l'assurance maladie-invalidité, l'article 4 du projet de loi dispose que, lorsque des mesures d'autorité sont imposées sur la base de l'article 52 de la loi Unique, le Roi indique en même temps la base sur laquelle les remboursements seront effectués.

Un aspect important des relations entre les divers dispensateurs de soins et l'assurance maladie-invalidité est celui de la nomenclature des prestations. Ladite nomenclature est proposée à l'heure actuelle par les conseils techniques, s'ils existent, et, sinon, par le comité de gestion du service des soins de santé. Le Ministre tient à déclarer formellement que la procédure générale de l'établissement de la nomenclature des soins conformément à la législation actuelle reste inchangée dans son principe. Il en va de même pour les conditions du droit au remboursement qui, aux termes de l'article 12, 4^o, de la loi du 9 août 1963, sont établies par le comité de gestion. Néanmoins, le Ministre est convaincu, sans vouloir préjuger d'une révision éventuelle et plus globale de la

zulks zonder op een eventuele meer globale herziening van de nomenclatuur te willen vooruitlopen — dat er zich op korte termijn een herziening opdringt van bepaalde waarden of toepassingsregelen van de nomenclatuur en van bepaalde voorwaarden tot terugbetaling, en dat daarvoor aan de Koning een ruimere bevoegdheid moet worden toegekend.

De Minister denkt onder meer aan de onredelijke vermenigvuldiging van bepaalde analyses, de fysiotherapie en de protheses, aan bepaalde prestaties inzake klinische biologie en radiologie, waarvoor, gezien de hedendaagse organisatie van de arbeid en de vluggere afschrijving van de uitrusting, een naar verhouding al te brede vergoeding wordt toegemeten. Voor die saneringstaak moeten op korte termijn de gepaste middelen gevonden worden, waarvoor op het begrip en de steun van het geneesherenkorps moet kunnen gerekend worden.

Het ligt niet in de bedoeling van de Minister eigenmachtig of willekeurig te werk te gaan; de bevoegde raden en comité's zullen verder geraadpleegd worden, en met hun advies of hun adviezen zal rekening worden gehouden. Wel blijft het recht behouden om er op aan te dringen dat deze adviezen binnen een redelijke termijn worden verschaft.

De aarzelingen of de verdeeldheid in de schoot van deze raden of comité's mogen de Koning niet verhinderen om tijdig in de passende maatregelen te voorzien.

2° Andere bepalingen van dit wetsontwerp hebben evenals de voorgaande tot doel het financieel evenwicht van de ziekteverzekering te verwezenlijken. Zoals de Memorie van Toelichting het onderstreept is het « noch in het werkelijk belang van de verzekerden noch conform de hoger aangehaalde fundamentele doeleinden dat de verzekering voortdurend op ernstige financiële moeilijkheden stuit wanneer zij de redelijke dekking van de werkelijke risico's te buiten gaat ».

Deze moeilijkheden zouden slechts een oplossing kunnen vinden door bestendige verhoging hetzij van de sociale bijdragen — die naar het algemeen gevoelen thans reeds de grens hebben bereikt — hetzij van de staatstoelagen die al evenmin in onbepaalde mate kunnen stijgen, vooral wanneer men denkt dat nog andere initiatieven in de sociale sector moeten worden genomen.

Daarom acht de Minister het bereiken van het financieel evenwicht in de sociale ziekteverzekering een wezenlijke voorwaarde voor haar leefbaarheid en voor de bestendigheid van haar sociale doelmatigheid.

Van uit dit standpunt heeft de Regering enkele maatregelen in haar wetsontwerp opgenomen, die op het herstel van dit financieel evenwicht gericht zijn, en meer bepaald :

1) de mogelijkheid om voor sommige speciale zorgen en voor sommige protheses een beperkte tussenkomst van de verzekerde te vragen. In beginsel blijft voor de speciale zorgen, de heelkunde en de aflevering van hulptoestellen en protheses de integrale terugbetaling van het overeengekomen tarief behouden.

W.l kan desbetreffend door de Koning in afwijkingen voorzien worden, in sectoren waarin het gevaar voor misbruiken of ongeordende geneeskundige voorschriften zich voordoet.

Slechts met uiterste omzichtigheid zal van deze mogelijkheid gebruik worden gemaakt, en wel zo dat vanwege de verzekerden geen belangrijke supplementen wordt geëist.

Verder zullen de uitvoeringsmaatregelen die op grond van deze nieuwe beschikking zullen worden genomen, hun begrenzing vinden in de vereisten van het financieel evenwicht;

nomenclature, qu'une révision de certaines valeurs ou de certaines règles d'application de cette nomenclature ainsi que de certaines conditions de remboursement s'impose dans un proche avenir et qu'à cet effet, une compétence plus étendue doit être accordée au Roi.

Le Ministre songe notamment à la multiplication inconsidérée de certaines analyses, des actes de physiothérapie et des prothèses, ainsi que de certaines prestations en matière de biologie et de radiologie cliniques, dont le niveau actuel de rémunération ne se justifie plus, compte tenu de l'organisation du travail et de l'amortissement plus rapide de l'équipement. Pour cette mission d'assainissement, il convient de trouver, à brève échéance, les moyens adéquats. A cet effet, il faut pouvoir compter sur la compréhension et l'appui du corps médical.

Il n'entre nullement dans les intentions du Ministre d'agir d'une manière autoritaire ou arbitraire; les conseils et les comités compétents continueront d'être consultés et il sera tenu compte de leurs avis. Toutefois est maintenu le droit d'insister pour que ces avis soient fournis dans un délai raisonnable.

Les hésitations ou les dissensions dont les membres de ces conseils ou de ces comités feraient preuve ne peuvent empêcher le Roi de prendre, en temps utile, les mesures adéquates.

2° D'autres dispositions de ce projet de loi tendent, tout comme les précédentes, à assurer l'équilibre financier de l'assurance maladie-invalidité. Ainsi que l'indique l'exposé des motifs : « Il n'est pas de l'intérêt réel des assurés, ni conforme aux objectifs fondamentaux rappelés plus haut que l'assurance, allant au delà de la couverture raisonnable des risques véritables, soit sans cesse placée devant des difficultés financières ».

Ces difficultés ne peuvent être résolues qu'en augmentant constamment soit les cotisations sociales qui, de l'opinion générale, ont déjà atteint la limite, soit les subsides de l'Etat qui, eux non plus, ne peuvent être augmentés d'une manière illimitée, surtout si l'on considère que d'autres initiatives doivent encore être prises dans le secteur social.

Pour cette raison, le Ministre estime que la réalisation de l'équilibre financier du régime de l'assurance maladie-invalidité constitue une condition essentielle à son bon fonctionnement, à sa viabilité et à la consolidation de son efficacité sociale.

Dans cette optique, le Gouvernement a inséré dans son projet de loi quelques mesures qui tendent à rétablir cet équilibre financier, à savoir :

1) la faculté de demander, pour certains soins spéciaux ainsi que pour certaines prothèses, une intervention limitée de la part de l'assuré. En principe, le remboursement intégral des tarifs conventionnels reste maintenu pour les soins spéciaux, la chirurgie et la fourniture d'appareils et de prothèses.

Le Roi peut toutefois accorder des dérogations dans les secteurs où se présente le danger de prescriptions médicales abusives ou contre-indiquées.

Il ne sera usé de cette faculté qu'avec la plus grande circonspection et de manière telle que les assurés n'aient pas à payer de suppléments importants.

Par ailleurs, l'ampleur des mesures d'exécution qui seront prises sur la base de cette nouvelle disposition ne dépassera pas les limites imposées par l'objectif de l'équilibre financier;

2) een beperking in het stelsel van de betalende derde : de Regering denkt er niet aan te raken aan de toepassing van dit stelsel, telkens wanneer de verzekerde voor zware uitgaven staat. In dat geval is het wel ontegensprekelijk zo dat de rechtstreekse betaling door de verzekerde — zij het ook slechts tijdelijk — een zware last op vele gezinsbudgetten doet wegen. Daarom is in de wet van 9 augustus 1963 terecht het beginsel van de betalende derde als een modaliteit van het stelsel der overeenkomsten of verbintenissen opgenomen, vooral ten aanzien van de dure verstrekkingen. Het voorliggende wetsontwerp strekt ertoe de Koning te machtigen om nader de voorwaarden te preciseren, waaraan het regime van de betalende derde binnen het kader van de overeenkomsten moet voldoen. Naar de overtuiging van de Minister is het, in de huidige omstandigheden, redelijk om de praktijk van de betalende derde te beperken tot die gevallen waar er een duidelijk sociale aanwijzing voor bestaat. Voorts legt de Minister er de nadruk op dat de veralgemeende toepassing ervan tot de meer courante prestaties, gemakkelijk aanleiding geeft tot bepaalde misbruiken.

De beperkende maatregelen inzake betalende derde hebben betrekking enerzijds op para-medische prestaties en leveringen van hulptoestellen (art. 3) en anderzijds op de geneeskundige prestaties (art. 6). Er wordt niet geraakt aan de reeds bestaande praktijk van rechtstreekse betaling aan de ziekenhuizen, aangezien een ziekenhuisverblijf van enkele dagen reeds aanzienlijke uitgaven met zich brengt, noch aan het kredietstelsel inzake geneesmiddelen, omwille van het feit dat sedert de aanvang van dit jaar de verzekerden, in deze sector, een gevoelig persoonlijk aandeel moeten betalen;

3) ten slotte wordt door dit wetsontwerp ook voorzien in de samenvoeging van de financiële resultaten der dienstjaren 1964 en 1965. Het dienstjaar 1964 sluit met een boni van ongeveer 1,7 miljard F in het algemeen stelsel van de geneeskundige verzorging. Alle verzekeringsinstellingen hebben in dat jaar een boni geboekt. Anderzijds stellen de thans voorhanden zijnde gegevens voor 1965 een mali in uitzicht, dat overigens hoger zou liggen dan de begrotingsvooruitzichten voor datzelfde jaar. Ofschoon de Regering het in de wet van 9 augustus 1963 vervatte beginsel van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen — één van de grondslagen van de nieuwe wetgeving — niet wenst aan te tasten, lijkt het toch verantwoord om, voor de eerste twee dienstjaren, in een afwijking te voorzien, vooral wanneer men rekening houdt met de aanzienlijke financiële staatstussenkomst over die jaren en met de in akkoord van 25 juni 1964 vervatte waarborg die de Regering heeft verstrekt ten aanzien van de eventuele tekorten over de dienstjaren 1964 en 1965.

In deze inleiding is getracht zo duidelijk en zo objectief mogelijk de inzichten van de Regering in verband met dit wetsontwerp mede te delen.

Tot besluit onderstreept de Minister dat de Regering, zonder aan de wezenlijke sociale grondslagen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering te raken, het als haar plicht aanziet enkele beperkte, soms tijdelijke maatregelen aan het Parlement voor te leggen. Derhalve dringt hij aan op een objectieve en loyale bespreking van dit wetsontwerp.

Algemene beraadslaging.

a) *Vragen die geen rechtstreeks verband houden met de inhoud van het ontwerp.*

Sommige leden hebben vragen gesteld die geen rechtstreeks verband houden met de inhoud van het ontwerp. Deze vragen hadden betrekking op

2) le régime du tiers payant sera limité : le Gouvernement n'a nullement l'intention de porter atteinte à l'application de ce régime, chaque fois que l'assuré se trouve en présence de lourdes dépenses. En effet, il est incontestable que, dans ce cas, le paiement direct par l'assuré grève lourdement — ne serait-ce qu'à titre temporaire — maints budgets familiaux. Aussi la loi du 9 août 1963 considère-t-elle, à juste titre, le principe du tiers payant comme une modalité du régime des conventions ou engagements, surtout quant aux prestations coûteuses. Le projet de loi en question tend à autoriser le Roi à préciser les conditions auxquelles doit satisfaire le régime du tiers payant dans le cadre des conventions. Le Ministre a la conviction que, dans les circonstances actuelles, il est raisonnable de limiter la pratique du tiers payant aux cas où il existe une indication sociale évidente. Le Ministre souligne en outre qu'une application généralisée aux prestations plus courantes est de nature à engendrer aisément certaines pratiques abusives.

Les mesures restrictives quant au tiers payant portent, d'une part, sur les prestations paramédicales et sur les fournitures de prothèses (art. 3) et, d'autre part, sur les prestations médicales (art. 6). Ces mesures ne touchent pas à la pratique déjà existante du paiement direct aux établissements de soins, car une hospitalisation de quelques jours entraîne déjà des frais considérables, ni au régime du crédit en matière de médicaments, en raison du fait que, depuis le début de cette année, les assurés doivent payer une quote-part personnelle assez élevée dans ce secteur;

3) enfin, le présent projet de loi prévoit le cumul des résultats financiers des exercices 1964 et 1965. L'exercice 1964 se solde par un boni d'environ 1,7 milliard de F dans le régime général des soins de santé. Tous les organismes assureurs ont enregistré un boni au cours de cette année. D'autre part, les données dont on dispose à l'heure actuelle laissent prévoir, pour l'année 1965, un mali qui serait, du reste, supérieur aux prévisions budgétaires établies. Bien que le Gouvernement n'entende pas porter atteinte au principe repris dans la loi du 9 août 1963 et qui constitue une des bases de la nouvelle législation, il paraît toutefois légitime de prévoir une dérogation pour les deux premiers exercices. Cette dérogation se justifie d'autant plus si l'on tient compte de l'intervention financière considérable de l'Etat pour ces années, ainsi que de la garantie que le Gouvernement a donnée, dans l'accord du 25 juin 1964, quant aux déficits éventuels pour les exercices 1964 et 1965.

Dans cette introduction, on s'est évertué à exposer de manière aussi claire et aussi objective que possible, les intentions du Gouvernement quant au présent projet de loi.

En conclusion, le Ministre insiste sur le fait que le Gouvernement, sans pour autant porter atteinte aux fondements sociaux essentiels de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, estime néanmoins devoir proposer aux Chambres législatives quelques mesures à portée limitée, voire même, dans certains cas, de nature temporaire. Il insiste dès lors pour que le présent projet de loi soit discuté dans un esprit d'objectivité et de loyauté.

Discussion générale.

a) *Questions qui ne se rapportent pas directement au contenu du projet.*

Certains membres ont posé des questions qui n'ont pas de rapport direct avec le contenu du projet. Ces questions concernent les honoraires, le forfait, la souche fiscale et la

de erelonen, het forfait, de fiscale strook en de voorafgaande raadpleging van de beheersorganen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

1^{ste} vraag : Het forfait.

Een lid wenst nadere inlichtingen omtrent het remgeld dat moet worden gevraagd in de instellingen die het forfaitaire stelsel toepassen.

Hierop antwoordt de Minister dat het beheerscomité voor de Dienst voor geneeskundige verzorging in de loop van de maand januari laatstleden een beslissing heeft genomen die o.m. voorzag in het innen van een vast toegangsrecht van de verzekerde voor de raadplegingen in de betrokken instellingen.

Deze beslissing is op dit ogenblik geldig. Ondertussen is bij koninklijk besluit van 20 april 1966 de commissie opgericht voor het afsluiten van de forfaitaire akkoorden; de betrokken instellingen die van dit stelsel wensen te genieten moeten bij de genoemde commissie een aanvraag doen.

2^{de} vraag : Eerbiediging erelonen.

Sommige leden maken zich ongerust omtrent de toepassing van het koninklijk besluit van 6 juni 1966 tot vaststelling van maximumtarieven van honoraria en prijzen voor sommige geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Zij vrezen dat de geneesheren misbruik zullen maken van de vrijheid inzake erelonen die hun tijdelijk wordt toegestaan in afwachting dat nieuwe verbintenissen worden onderschreven.

De Minister verklaart dat hij een beroep heeft gedaan op de vertegenwoordigers van alle organisaties van geneesheren om in een geest van loyaliteit en met begrip voor de belangen van de zieken tijdelijk geen hogere erelonen te vragen dan die voorzien in de regeringsverklaring.

Indien mocht worden vastgesteld dat een meerderheid van de geneesheren geen gevolg geeft aan deze oproep, dan zal de Regering gebruik maken van de mogelijkheid geboden door artikel 52 van de Eenheidswet om, hetzij over het ganse land, hetzij in de gewesten waar zulks noodzakelijk mocht blijken, verplichte erelonen op te leggen. Deze maatregel kan bij koninklijk besluit worden genomen.

3^{de} vraag : Fiscale strook.

Een lid verlangt te vernemen, wanneer zal worden uitgevoerd de bepaling omtrent de medische strook, voorzien in het algemeen akkoord van 25 juni 1964, dat gesloten is tussen de vertegenwoordigers der geneesheren en tandheelkundigen, enerzijds, en de vertegenwoordigers der verzekeringsinstellingen, anderzijds, in gemeenschappelijk overleg en in akkoord met de Regering.

De Minister herinnert aan de tekst van genoemd akkoord die luidt als volgt : « het recht van de zieke op vergoeding is niet gebonden aan het uitreiken van een honorariumkwitantie, doch wel aan het uitreiken van een getuigschrift voor verstrekte hulp. Dat getuigschrift gaat samen met een fiscale strook waarop de naam van de zieke niet voorkomt en welke door de geneesheer ter beschikking wordt gehouden van het Bestuur der Belastingen. Dit document mag niet als supplement komen bij de documenten welke thans door dit Bestuur worden geëist ».

De Minister verklaart dat hij bij zijn installatie op het Departement heeft vastgesteld dat deze bepaling uit het genoemd akkoord nog niet werd uitgevoerd.

Hij heeft onmiddellijk inlichtingen ingewonnen bij zijn collega van Financiën, waar hem werd medegedeeld dat het model van drukwerk dat uiteindelijk werd aangenomen, door de diensten van de Administratie der Directe Belastingen gratis ter beschikking zal worden gesteld van het Medisch Korps.

consultation préalable des organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

1^{re} question : Le forfait.

Un membre souhaite obtenir des informations complémentaires au sujet du ticket modérateur qui est à demander dans les établissements qui pratiquent le système du forfait.

Le Ministre répond à cette demande que le comité de gestion du Service des Soins de santé a pris, au mois de janvier dernier, une décision qui prévoyait notamment, pour les consultations dans les établissements précités, la perception d'un droit d'entrée fixe à charge de l'assuré.

Cette décision est toujours valable à l'heure actuelle. Entre-temps, a été créée, par l'arrêté royal du 20 avril 1966, la commission chargée de conclure les conventions forfaitaires; les établissements qui désirent bénéficier de ce régime doivent adresser une demande en ce sens à la commission précitée.

2^e question : Le respect des honoraires.

Certains membres s'inquiètent de l'application de l'arrêté royal du 6 juin 1966 fixant les tarifs maxima des honoraires et des prix de certaines prestations médicales en matière d'assurance maladie-invalidité obligatoire. Ils craignent que les médecins n'abusent de la liberté qui leur est provisoirement accordée en attendant la conclusion de conventions nouvelles.

Le Ministre déclare qu'il a fait appel aux représentants de toutes les organisations de médecins afin que, dans un esprit de loyauté et de compréhension des intérêts des malades, les médecins ne demandent provisoirement pas d'honoraires supérieurs à ceux qui ont été prévus dans la déclaration gouvernementale.

S'il était constaté qu'une majorité des médecins ne donne pas suite à cet appel, le Gouvernement ferait usage de la faculté que lui confère l'article 52 de la loi unique de fixer des taux d'honoraires obligatoires pour l'ensemble du pays ou pour les régions où cela semblerait nécessaire. Cette mesure peut être prise par arrêté royal.

3^e question : Souche fiscale.

Un membre souhaite connaître la date d'application de la disposition relative à la souche fiscale que prévoit l'accord général du 25 juin 1964, conclue entre les représentants des médecins et des dentistes, d'une part, et les représentants des organismes assureurs, d'autre part, de commun accord et de concert avec le Gouvernement.

Le Ministre rappelle le texte de cet accord, dont le libellé est le suivant : « le droit des malades au remboursement n'est pas lié à la délivrance d'une quittance d'honoraire mais bien à celle d'une attestation de soins donnés. Cette attestation est doublée d'une souche fiscale ne mentionnant pas le nom du malade et qui est tenue à la disposition de l'administration des contributions par le médecin. Ce document ne peut pas faire double emploi avec ceux actuellement exigés par ladite administration. »

Le Ministre déclare qu'à son arrivée au Département, cette disposition de l'accord précité n'était pas encore mise en application.

Il s'est renseigné immédiatement après de son collègue des Finances, qui lui a fait savoir que le modèle d'imprimé finalement adopté serait mis gratuitement à la disposition du corps médical par l'Administration des contributions.

Tevens werd hem de verzekering gegeven dat eerst-daags ieder dokter zal worden uitgenodigd om aan de Administratie de basisgegevens te doen toekomen en voorts het aantal en de taal van de nodige attesten op te geven.

In de brief die de Administratie der Directe Belastingen aan ieder dokter afzonderlijk zal zenden, zal de nadruk worden gelegd op het feit dat niettegenstaande er geen volledige eensgezindheid kon worden bereikt over de tekst en de presentatie van de strook, het niet mogelijk blijkt de uitvoering van het akkoord verder te verdagen en dat het drukwerk, waarvan hoger sprake, van 1 oktober 1966 of zal worden gekenmerkt.

4^e vraag: Raadpleging van de beheersorganen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een lid stelt vast dat voor de eerste maal sedert de wet van 9 augustus 1963 gewijzigd wordt, het advies niet gevraagd wordt van de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering; dit is niet alleen een afbreuk aan het paritair beheer, maar het belet daarenboven de Minister rekening te houden met het advies van een orgaan dat in het leven werd geroepen voor het algemeen beheer van de ziekteverzekering.

De Minister antwoordt dat hij, zoals in het verleden, trouw blijft aan zijn opvatting inzake paritair beheer; hij is en blijft voorstander van de consultatie van alle instellingen die bij de uitvoering van onze sociale wetten betrokken zijn, doch wegens het feit dat de Kamer besloten heeft haar werkzaamheden te beëindigen op 30 juni 1966 en het ontwerp vóór die datum moet worden gestemd, is het hem niet mogelijk het bedoelde advies in te winnen.

b) Eigenlijke algemene beraadslaging.

Een lid is getroffen door het feit dat de Minister tot driemaal toe het onderscheid heeft gemaakt tussen de werkelijke zieken en de andere zieken en dat er bij financiële tekorten steeds jacht gemaakt wordt op zogenaamde misbruiken en overconsumptie.

Hij geeft de volgende overwegingen ten beste; statistische gegevens van het Ministerie van Economische Zaken tonen aan dat de toeneming van het aantal raadplegingen en verhoogde honoraria, vooral in de sector van de tandverzorging, een modern verschijnsel zijn, dat niets met de verplichte ziekteverzekering te maken heeft; men stelt dit verschijnsel vast in alle ontwikkelde landen, ook in de Verenigde Staten van Amerika, waar er geen stelsel van verplichte ziekteverzekering bestaat, wat wel bewijst dat dit verschijnsel verband houdt met de evolutie van onze maatschappij.

Men kan zich trouwens de vraag stellen wie bij een eventuele overconsumptie verantwoordelijk is: de zieke of de geneesheer.

Welnu, in het voorgestelde ontwerp wordt vooral de zieke voor de overconsumptie verantwoordelijk gesteld. Ook heeft men deze reeds vroeger verhoogde bijdragen en hogere tussenkomsten in de farmaceutische verstrekkingen opgelegd.

Aan de geneesheren daarentegen wordt de volledige vrijheid teruggeschonken, niettegenstaande 90 % van die geneesheren de tarieven van de erelonen niet naleven. Het volstond dat één geneesheer werd veroordeeld en dat een protestcampagne werd ingezet, opdat de Regering onmiddellijk gunstmaatregelen zou treffen in de vorm van een koninklijk besluit.

Spreeker handelt eveneens over de invoering van de fiscale strook, waarvoor naar een bovenstaande interventie wordt verwezen.

Il a également reçu l'assurance que tous les médecins seront invités prochainement à fournir à l'Administration les données de base et à communiquer à celle-ci le nombre d'attestations nécessaires, en spécifiant la langue dans laquelle elles devront être établies.

La lettre que l'Administration des contributions directes adressera individuellement à tous les médecins mettra l'accent sur le fait qu'en l'absence d'unanimité sur le texte et la forme de la souche, il est impossible de différer davantage l'exécution dudit accord, et que le document imprimé dont il est question ci-dessus sera utilisé à partir du 1^{er} octobre 1966.

4^e question: La consultation des organes de gestion de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité.

Un membre constate que c'est la première fois depuis que la loi du 9 août 1963 a subi des modifications que le Conseil général de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité n'est pas consulté; ceci ne constitue pas seulement une atteinte à la gestion paritaire, mais empêche également le Ministre de tenir compte de l'avis d'un organe créé en vue de la gestion générale de l'assurance maladie.

Le Ministre répond que, comme par le passé, il reste fidèle à ses conceptions en matière de gestion paritaire; il est et il reste partisan de la consultation de tous les organismes intéressés dans l'exécution de notre législation sociale, mais comme la Chambre a décidé de terminer ses travaux le 30 juin 1966 et que le projet doit être adopté avant cette date, il s'est trouvé dans l'impossibilité de prendre cet avis.

b) Discussion générale proprement dite.

Un membre s'est étonné de constater qu'à trois reprises le Ministre fait une distinction entre les « vrais malades » et les autres et que, chaque fois qu'interviennent des déficits financiers, la chasse est ouverte aux prétendus abus et à la prétendue surconsommation.

Il émet les considérations suivantes: les données statistiques du Ministère des Affaires économiques démontrent que l'augmentation du nombre des consultations ainsi que celle des honoraires — surtout dans le secteur des soins dentaires — constitue un phénomène moderne, qui n'a aucun rapport avec l'assurance maladie obligatoire; ce phénomène se rencontre dans tous les pays industrialisés, y compris les Etats-Unis d'Amérique, où il n'existe pas de régime d'assurance maladie obligatoire, ce qui prouve qu'il est réellement lié à l'évolution de notre société.

Il est d'ailleurs permis de se demander qui est responsable de la surconsommation éventuelle: le malade ou le médecin.

Or, dans le présent projet de loi, c'est surtout le malade qui est rendu responsable de la surconsommation. Aussi lui a-t-on jadis imposé déjà une augmentation des cotisations et de sa part d'interventions dans les prestations pharmaceutiques.

Les médecins, au contraire, ont retrouvé leur liberté complète, bien que 90 % d'entre eux n'observent pas les tarifs d'honoraires. Il a suffi qu'un seul médecin soit condamné et qu'une campagne de protestation soit déclenchée pour que le Gouvernement prenne immédiatement des mesures de faveur par voie d'arrêté royal.

L'orateur traite également de l'instauration de la souche fiscale, au sujet de laquelle il se réfère à l'intervention précédente.

Tot besluit wijst hij eveneens erop dat het ontwerp een sociale achteruitgang betekent die een algemene reactie uitlokt.

Een lid onderstreept op zijn beurt dat het ontwerp alleen gericht is tegen de belangen van de verzekerde en de op het stuk van de grote risico's toegekende voordelen aantast.

Voorts brengt het de rol van de vertegenwoordigende organisaties van de werknemers in het gedrang en wordt het zwaartepunt van het beslissingsrecht terzake van de ziekteverzekering, van de wetgevende naar de uitvoerende macht verlegd. Het komt, volgens spreker, aldus tegemoet aan de wensen van het Verbond der Belgische Nijverheid.

Ten slotte roert spreker ook het probleem aan van de eerbiediging van de door de Regering voorgestelde honoraria en van de verzwaring van de lasten van de verzekerden.

Een lid betoogt vooreerst dat het ontwerp geen sociale achteruitgang betekent en niet tornt aan de rechten van de werkelijke zieke; hij doet opmerken dat reeds onder de vorige Regering van de verzekerden hogere bijdragen en een aanzienlijkere tussenkomst in de kosten van sommige farmaceutische verstrekkingen werden gevegd.

Het lid onderstreept dat de zgn. wet-Leburton geen sanering tot gevolg heeft gehad en dat, om de medewerking van de geneesheren te bekomen, men steeds grotere toelagen heeft gedaan. Welnu de ziekte- en invaliditeitsverzekering moet tot doel hebben het welzijn van de zieken en niet de bevoordeling van de geneesheren.

Wel gaat het lid er mede akkoord dat bepaalde misbruiken die in het kader van de wet mogelijk zijn, worden uitgeroeid.

Hetzelfde lid stelt vervolgens vragen in verband met de financiële toestand van het stelsel; hij zou graag weten welke de vooruitzichten zijn voor 1966 gezien het tekort van 1965 hoger zal liggen dan was voorzien.

Het lid vraagt ook welke maatregelen de Regering eventueel zal nemen indien de geneesheren de door de Regering voorgestelde honoraria niet toepassen.

Ten slotte onderstreept het lid dat het besluit van 24 januari 1966 vooral de geneesheren heeft getroffen die zich in het stelsel van de verbintenissen loyale medewerkers hebben getoond.

Een ander lid rechtvaardigt vooreerst het besluit van 24 januari 1966: dit besluit maakte geen onderscheid tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde geneesheren om geen enkele mogelijke medewerking uit te sluiten; bovendien beschermde het de belangen van de verzekerden.

Het huidige ontwerp heeft een andere strekking: het verleent aan de Koning de bevoegdheid om de werking van de verzekering in sommige opzichten te waarborgen en om het financieel evenwicht te verzekeren.

Spreker kritiseert dit opzet niet, wel het feit dat de bepalingen van het ontwerp, na de opgedane ervaring, te eenzijdig zijn om aan het probleem van de ziekteverzekering een oplossing te geven.

Inderdaad, men spreekt van misbruiken en overconsumptie, maar wie is daarvan de oorzaak?

Het ontwerp schijnt erop te wijzen dat dit alles te wijten is aan de verzekerden, wat echter niet mogelijk is zonder medewerking van degenen die zorgen verstrekken.

Voorts zal het innen van een persoonlijke tussenkomst voor sommige technische prestaties het financieel evenwicht niet in de hand werken, maar integendeel wegen op de verzekerde.

Spreker is van oordeel dat de wetgeving op de ziekteverzekering steeds wijzigingen — gesteund op de opgedane

En conclusion, il signale que le projet constitue une régression sociale qui provoque une réaction générale.

Un membre déclare à son tour que le projet est uniquement dirigé contre les intérêts des assurés et qu'il porte atteinte aux avantages accordés dans le domaine des grands risques.

De plus, il remet en question le rôle des organisations représentatives des travailleurs, et substitue le pouvoir exécutif au pouvoir législatif en ce qui concerne le droit de décision en matière d'assurance-maladie. Le membre estime que, ce faisant, le projet répond aux souhaits de la Fédération des industries belges.

Enfin, le membre traite du respect des honoraires proposés par le Gouvernement et de l'alourdissement des charges des assurés.

Un membre affirme, tout d'abord, que le projet ne constitue pas une régression sociale et ne porte nullement atteinte aux droits des véritables malades; il fait observer que, déjà sous le Gouvernement précédent, il a été exigé des assurés des cotisations plus élevées et une part d'intervention plus grande dans les frais de certaines prestations pharmaceutiques.

Le membre souligne que la loi dite Leburton n'a entraîné aucun assainissement, et que des concessions toujours plus grandes ont été faites en vue de s'assurer la coopération des médecins. Or, l'objet de l'assurance maladie-invalidité doit être le bien-être des malades, et non de favoriser les médecins.

Le membre est toutefois d'accord pour que soient extirpés certains abus qui peuvent se présenter dans le cadre de la loi.

Le même membre pose ensuite des questions au sujet de la situation financière du régime; il voudrait connaître les prévisions pour 1966, étant donné que le déficit de 1965 dépassera les prévisions.

Le membre demande également quelles sont les mesures que le Gouvernement prendra dans l'éventualité où les médecins n'appliqueraient pas les honoraires proposés par le Gouvernement.

Enfin, le membre insiste sur le fait que l'arrêté du 24 janvier 1966 a principalement frappé les médecins qui s'étaient montrés des collaborateurs loyaux sous le régime des conventions.

Un autre membre justifie tout d'abord l'arrêté du 24 janvier 1966: afin de n'exclure aucune collaboration, cet arrêté n'opérait aucune distinction entre les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés; de plus, il sauvegardait les intérêts des assurés.

Le présent projet a une tendance différente: il accorde au Roi le pouvoir de garantir, à certains points de vue, le fonctionnement de l'assurance et d'en assurer l'équilibre financier.

L'orateur ne critique pas ce dessein, mais bien le fait que les dispositions du projet sont, à la lumière de l'expérience acquise, trop unilatérales pour procurer une solution au problème de l'assurance-maladie.

Il n'est, en effet, question que d'abus et de surconsommation, mais qui en porte la responsabilité?

Le projet semble indiquer que la responsabilité en incombe aux assurés, alors que ces abus et cette surconsommation ne sont possibles qu'avec le concours des dispensateurs de soins.

En outre, le recouvrement d'une part d'intervention personnelle pour certaines prestations techniques ne favorisera par l'équilibre financier, mais, au contraire constituera, une charge pour l'assuré.

L'orateur estime que la législation sur l'assurance maladie devra constamment être modifiée sur la base de l'expé-

ervaringen — zal moeten ondergaan; hij citeert als voorbeeld de hervorming van de berekening van de staats-toelagen en van de administratiekosten.

Het lid herinnert aan het akkoord van 24-25 juni 1964 betreffende de nomenclatuur, waarbij bepaald werd dat alle voorstellen tot wijziging van honoraria aan het advies van de sociale partners zouden worden voorgelegd.

Welnu, het feit dat aan de Koning op dit punt bevoegdheid wordt gegeven de nomenclatuur te wijzigen, brengt de structuur van het ganse stelsel in het gedrang.

Wat in het ontwerp voorkomt betreffende de medisch-mutualistische Commissie geeft aan het lid de indruk dat er een discriminatie zal ontstaan tussen de verschillende commissies die in het kader van de ziekteverzekering zijn opgericht. In al die commissies bestaat de regel van de drie vierden: waarom dan een uitzondering maken voor de medico-mutualistische commissie?

Wat het stelsel van de betalende derde betreft, dit lijkt het lid geïmproviseerd te zijn daar het behouden blijft voor de pharmaceutische verstrekkingen en slechts kan ingevoerd worden voor zekere andere prestaties vanwege de verstrekkers van gezondheidszorgen.

Voorts wijst spreker op de administratieve moeilijkheden die o.m. voor de ziekenhuizen (dubbele facturatie) en voor de uitbetalende organismen uit de voorgestelde hervorming zullen voortvloeien.

Tot besluit vat het lid zijn interventie als volgt samen: het ontwerp regelt niet de moeilijkheden in hun geheel; het zal voor de zieken onmiddellijk hogere uitgaven met zich brengen; het geeft te veel gehoor aan het standpunt van de geneesheren en te weinig aan dat van de andere geïnteresseerden in de ziekteverzekering.

Een lid verklaart dat zijn fractie het ontwerp zal goedkeuren daar het beschouwd wordt als een nieuwe poging om gunstige verhoudingen tussen alle geïnteresseerden in de ziekteverzekering tot stand te brengen.

Hij is niet enthousiast over de aanpak van het probleem van de erelonen, maar men mag niet vergeten dat er sedert 1 januari 1966 geen verbintenissen meer bestaan. De formule van bescherming van de verzekerden die men thans voorstelt, wijkt in feite niet ver af van datgene wat tot nog toe bestaat. Het lid onderschrijft derhalve alle middelen die tot een overeenkomst over het gehele probleem van de honoraria kunnen leiden.

In verband met de nomenclatuur stelt het lid vast dat de Minister een ruimere bevoegdheid vraagt; hij is van mening dat dit probleem het best tussen de geïnteresseerden zou opgelost worden. Derhalve is een gesprek tussen de geneesheren die de verzekeringsorganismen vertegenwoordigen en zij die in de praktijk staan, noodzakelijk.

Wat het remgeld betreft, verwijst spreker naar hetgeen in de sector van de pharmaceutische verstrekkingen bestaat; hij is persoonlijk van oordeel dat, alle verhoudingen in acht genomen, dergelijk stelsel voor zekere geneeskundige verstrekkingen kan worden verdedigd.

Betreffende het stemrecht in de medisch-mutualistische commissie meent het lid dat de voorgestelde wijziging ook in alle andere commissies zou moeten worden ingevoerd.

Belangrijker is de kwestie van de evenwichtige vertegenwoordiging van de geneesherensyndikaten in de medisch-mutualistische commissie; deze moet leiden tot een betere werking van de bedoelde instelling en is niet gericht tegen één van de verzekeringsorganismen.

Het lid is verder van oordeel dat de tenuitvoerlegging van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 in de geest van het ontwerp zal leiden tot gewestelijke overeenkomsten, een maatregel die moet toegejuicht worden en zeker geen sociale achteruitgang met zich brengt.

Het stelsel van de betalende derde heeft, volgens spreker, ongetwijfeld een belangrijk sociaal uitzicht ten bate van de verzekerde. Tot op zekere hoogte zou men een beperking van dit stelsel kunnen aanvaarden, in die zin dat,

rience acquise; il cite, à titre d'exemple, la réforme du calcul de l'intervention de l'Etat et des frais d'administration.

Le membre rappelle l'accord des 24-25 juin 1964 concernant la nomenclature, lequel stipulait que toute proposition de modification des honoraires serait soumise pour avis aux partenaires sociaux.

Or, le fait de conférer sur ce point au Roi le pouvoir de modifier la nomenclature met en cause la structure de l'ensemble du régime.

Les points figurant au projet concernant la commission médico-mutualiste donnent au membre l'impression qu'une discrimination se fera jour entre les différentes commissions créées dans le cadre de l'assurance maladie. Dans toutes ces commissions prévaut la règle des trois quarts: pourquoi, dès lors, une exception serait-elle prévue pour la commission médico-mutualiste?

Quant au système du tiers payant, celui-là semble, de l'avis du membre, être plutôt improvisé, puisqu'il est maintenu pour les prestations pharmaceutiques et qu'il ne saurait être instauré pour certaines autres prestations qu'à l'initiative des dispensateurs de soins de santé.

L'orateur attire ensuite l'attention sur les difficultés administratives qui résulteront de la réforme proposée, notamment pour les hôpitaux (double facturation) ainsi que pour les organismes payeurs.

En conclusion, le membre résume son intervention comme suit: le projet ne règle pas l'ensemble des difficultés; il entraînera, dans l'immédiat, des dépenses plus élevées pour les malades; il accorde trop d'audience au point de vue des médecins et trop peu à celui des autres personnes intéressées à l'assurance maladie-invalidité.

Un membre déclare que son groupe votera le projet, étant donné que celui-ci est considéré comme une tentative nouvelle en vue d'établir des rapports favorables entre toutes les personnes intéressées à l'assurance maladie.

Il ne manifeste aucun enthousiasme pour la manière dont a été abordé le problème des honoraires, mais estime qu'il convient de ne pas oublier qu'il n'existe plus de conventions depuis le 1^{er} janvier 1966. La formule proposée actuellement pour protéger les assurés ne s'écarte guère, en fait, de l'état de choses existant jusqu'à ce jour. Le membre se rallie dès lors à tous les moyens qui peuvent mener à un accord sur l'ensemble du problème des honoraires.

En ce qui concerne la nomenclature, le membre constate que le Ministre demande des pouvoirs plus larges: il estime que ce problème devrait être résolu entre les intéressés. L'instauration d'un dialogue entre les médecins représentant les organismes assureurs et les médecins praticiens répond dès lors à un besoin.

Quant au ticket modérateur, l'orateur attire l'attention sur la situation qui existe dans le secteur des prestations pharmaceutiques; il estime personnellement que, toutes proportions gardées, un système similaire se révèle défendable pour certaines prestations médicales.

Ce membre pense que la modification proposée quant au droit de vote à la commission médico-mutualiste devrait également valoir pour toutes les autres commissions.

Plus importante est la question de la représentation équilibrée des syndicats de médecins au sein de la commission médico-mutualiste, cet équilibre devant entraîner un meilleur fonctionnement de cette institution et n'étant pas dirigé contre un des organismes assureurs.

Le membre estime, en outre, que l'application de l'article 52 de la loi du 14 février 1961, conformément à l'esprit du projet, favorisera la conclusion de conventions régionales, mesure digne d'encouragements et qui n'entraînerait certainement pas une régression sociale.

Selon l'orateur, le système du tiers payant présente sans doute un important aspect social dans le chef de l'assuré. Dans une certaine mesure, une limitation de ce système se révèle admissible en ce sens que l'assuré, de par son inter-

ingevolge zijn financiële tussenkomst, de verzekerde als eerste controleur zal optreden. Maar die beperking moet de uitzondering blijven.

Het lid stemt er mede in dat die rekeningen van de jaren 1964 en 1965 worden samengevoegd. Hij dringt er op aan dat de rekeningen van de verzekeringsorganismen vroeger zouden worden afgesloten wat een beter inzicht in de financiële toestand moet mogelijk maken. Voorts wenst hij kennis te krijgen van de financiële resultaten van de ziekteverzekering over 1965.

Een commissielid komt terug op het stelsel van de verbintenissen dat, volgens hem, slechts vruchten kan afwerpen indien het voor de geneesheren die dergelijke verbintenissen afsluiten, een aantal voordelen met zich brengt.

Welnu in plaats van een nieuw stelsel van verbintenissen op die basis in te voeren, keert men terug tot een stelsel van volledige vrijheid, waarbij men ook afziet van de mogelijkheid de geneesheren tot het naleven van bepaalde tarieven te dwingen; zo laat men meteen de verzekerde zonder bescherming, terwijl men de vraag kan stellen of de bevoegdheden die door het onderhavige ontwerp aan de Koning worden verleend, wel ruim genoeg zijn om tot het hogerbedoelde stelsel van de wet-Leburton terug te keren.

Het lid stelt verder vast dat de bevoegdheid die het ontwerp aan de uitvoerende macht toekent, tot gevolg kan hebben dat de vertegenwoordigers van de bijdrageplichtigen en dus van de financiers van het stelsel, die in de beheersorganen en commissies van het R. V. Z. I. reeds een minderheid uitmaken, niet meer worden geraadpleegd. Zodoende worden de bijdragen voor de ziekteverzekering een werkelijke belasting en rijst het vraagstuk van de fiscalisatie van die verzekering en meteen een vraagstuk van fiscale gelijkheid in hoofde van het bijdrageplichtige deel van de bevolking.

Een lid wijst op het belang van het financieel evenwicht van de ziekteverzekering; welnu, men stelt vast dat het feit van verzekerd te zijn, aanleiding geeft tot een couranter beroep op gezondheidszorgen; de geneesheren zijn ongetwijfel mede-verantwoordelijk voor die evolutie; er stelt zich dus een probleem van controle dat van naderbij moet worden bekeken en waarvoor men een passend stelsel moet vinden.

Spreeker wenst ook nadere bijzonderheden te kennen over het mali van 1965 en zou gaarne weten in welke mate de nieuwe wet zal toelaten de tekorten aan te zuiveren.

Een lid is vooral geschokt door het feit dat men de zieken verantwoordelijk stelt voor de misbruiken, terwijl de eerste verantwoordelijken de geneesheren zijn die echter eens te meer voldoening en hogere voordelen krijgen, en de zieken meer moeten betalen.

Thans is er geen enkele mogelijkheid meer om de geneesheren in toom te houden.

Hij is van oordeel dat men steeds te uitsluitend de nadruk legt op het financieel evenwicht van de ziekteverzekering, terwijl het belang van de zieke de eerste bekommernis moet blijven.

Een lid waarschuwt de Regering: men heeft in het verleden door ruime raadplegingen van de geïnteresseerden ernaar gestreefd dat de ziekteverzekering niet de zaak van een Regering en een meerderheid of van bepaalde groepen zou blijven, maar boven de politieke contingenties zou worden behandeld.

De huidige manier van optreden waarbij aan die raadplegingen wordt voorbijgegaan, schept in dit opzicht een gevaarlijk precedent dat zijn fractie niet kan aanvaarden.

In verband met de wijze van stemmen in de medisch-mutualistische commissie meent het lid dat deze uitvalt ten nadele van een bepaald verzekeringsorganisme.

Tevens is hij van oordeel dat het nieuwe artikel 2 gericht is tegen het forfaitaire stelsel, daar dit stelsel niet meer mogelijk zal zijn. Zo wordt het compromis dat in de wet-

vention financière, en sera le premier contrôleur. Une telle limitation doit toutefois rester exceptionnelle.

Le membre est d'accord pour que soient cumulés les comptes des années 1964 et 1965. Il insiste pour que les comptes des organismes assureurs soient clôturés plus tôt — ce qui devrait rendre possible une meilleure compréhension de la situation financière. En outre, il désire connaître les résultats financiers de l'assurance maladie-invalidité en ce qui concerne l'année 1965.

Un membre de la Commission revient sur le régime des conventions qui, à son avis, ne peut être efficace que s'il présente un certain nombre d'avantages pour les médecins qui souscrivent une telle convention.

Or, au lieu de créer, sur cette base, un nouveau régime de conventions, on en revient à un régime d'entière liberté, abandonnant ainsi également la possibilité de contraindre les médecins à respecter certains tarifs: l'assuré se retrouve sans protection, alors qu'il est permis de se demander si les pouvoirs que le présent projet confère au Roi sont suffisamment étendus pour permettre un retour au système de la loi Leburton dont il a été question ci-dessus.

Le membre constate ensuite que la compétence reconnue par le projet au Pouvoir exécutif peut avoir pour conséquence que ne seront plus consultés les représentants des cotisants, c'est-à-dire de ceux qui financent le système et constituent déjà une minorité au sein des organes de gestion et des commissions de l'I. N. A. M. I. Les cotisations d'assurance maladie deviennent ainsi un véritable impôt et posent un problème de fiscalisation de cette assurance, de même qu'un problème d'égalité fiscale dans le chef de la partie cotisante de la population.

Un membre attire l'attention sur l'importance de l'équilibre financier de l'assurance maladie-invalidité. Or, on constate que le fait d'être assuré entraîne un recours plus fréquent aux soins de santé; les médecins portent incontestablement une part de responsabilité dans cette évolution. Il se pose donc un problème de contrôle, qu'il y a lieu d'examiner de plus près et auquel il convient de donner une solution appropriée.

L'orateur désire également obtenir des précisions concernant le mali de 1965; il aimerait savoir dans quelle mesure la nouvelle loi permettra d'apurer les déficits.

Un membre se déclare particulièrement choqué par le fait que les abus sont imputés aux malades, alors que les premiers responsables sont les médecins qui, cependant, obtiennent une fois de plus satisfaction, leurs avantages se trouvant accrus, tandis que les malades doivent payer davantage.

Actuellement, il n'y a plus de possibilité de mettre un frein aux exigences des médecins.

Il estime qu'une importance trop exclusive est accordée à l'équilibre financier de l'assurance maladie, alors que l'intérêt du malade doit rester le souci primordial.

Un membre met le Gouvernement en garde: dans le passé, on s'est toujours efforcé, par de larges consultations des intéressés, de faire en sorte que l'assurance-maladie ne reste pas notée comme étant l'affaire d'un gouvernement, d'une majorité ou de certains groupes, mais soit, au contraire, traitée au-dessus de toute contingence politique.

La manière d'agir actuelle, qui fait fi de ces consultations, crée à cet égard un précédent dangereux, que son groupe ne peut admettre.

Quant à la façon de voter au sein de la commission médico-mutualiste, le membre estime que celle-ci tourne au détriment d'un organisme assureur déterminé.

Il estime également que le nouvel article 2 est dirigé contre le régime forfaitaire, du fait que le fonctionnement de celui-ci ne sera plus possible. Ainsi se trouve mis en péril

Leburton tussen de drie vormen van geneeskunde tot stand was gekomen, in gevaar gebracht en bovendien is de Minister gemachtigd alleen te beslissen.

Vervolgens dringt hij bij de Minister erop aan dat deze het zou houden bij artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 : hij meent inderdaad dat wanneer men dit artikel éénmaal zal hebben losgelaten, de geneesheren nog moeilijk tot een redelijke houding zullen kunnen worden gebracht.

Dit is des te meer waar daar recente statistische gegevens doen blijken dat slechts weinig dokters de tarieven voorgesteld in de regeringsverklaring van 12 mei jl. hebben nageleefd; men kan zich dus met reden de vraag stellen of zij thans bereid zullen worden gevonden hun honoraria te verminderen.

Ten slotte verklaart het lid dat het opgeven van de fiscale strook onaanvaardbaar zou zijn.

Om al die redenen kan zijn fractie het ontwerp onmogelijk goedkeuren.

* * *

Aanwoord van de Minister.

De Minister stelt vast dat, naast de verdediging van de zieke, die de eerste bekommernis moet zijn, het vraagstuk van het financieel evenwicht van de ziekteverzekering een dringende oplossing vereist. Dit was trouwens ook het doel van de wet van 9 augustus 1963.

Het boni van 1964 was het bewijs dat men op de goede weg was. Toen kwamen de moeilijkheden met de dokters. Toegevingen werden gedaan omdat de medewerking van het geneesherenkorps in het kader van de ziekteverzekering onontbeerlijk was en blijft.

In verband met de overconsumptie stipt de Minister aan dat men geen vat heeft op de plichtenleer van de geneesheren; daarom moet in wettelijke maatregelen worden voorzien om bepaalde prestaties aan te passen aan de vooruitgang van de medische wetenschap, d.i. de ene te verlagen en de andere te verhogen.

De Minister beschrijft de huidige toestand als volgt : de medisch-technische raad — bestaande uit achttien geneesheren, onder wie zes vertegenwoordigers van de verzekeringsorganismen en twaalf vertegenwoordigers van het geneesherenkorps — die in dit opzicht bevoegd is, kan dienaangaande voorstellen doen die de Minister kan aanvaarden of weigeren, maar niet kan wijzigen.

Artikel zes van het onderhavige ontwerp eerbiedigt de bevoegdheden van deze raad, maar stelt de Regering in staat haar verantwoordelijkheid op te nemen of na te gaan of de voorgestelde wijzigingen voldoende zijn.

Dit artikel is bijgevolg niet tegen de zieken gericht; het heeft tot doel de werkelijke waarde te bepalen van de prestaties.

De Minister verantwoordt het niet-raadplegen van de bevoegde instanties over het ontwerp door de hoogdringendheid.

Die instanties zullen evenwel geraadpleegd worden bij het nemen van de koninklijke besluiten in uitvoering van de wet.

De Minister ontkent nogmaals dat het ontwerp gericht is tegen de verzekerde.

Artikel zes beoogt het herleiden tot hun werkelijke waarde van de medische en para-medische akten en van bepaalde protesen.

Van de overige bepalingen zou men kunnen zeggen dat zij gericht zijn tegen de verzekerde, indien men voorstander is van de totaal kosteloze geneeskunde.

Maar, naar het oordeel van de Minister, is het verantwoord onder bepaalde omstandigheden, voor de minder dure prestaties, een tussenkomst van de verzekerde te vragen.

In verband met de financiële toestand over 1964 voor het algemeen stelsel van de geneeskundige verzorging, heeft de Minister de volgende cijfers verstrekt :

compromis que la loi Leburton avait créé entre les trois formes de médecine, et le Ministre est autorisé, en outre, à prendre seul des décisions.

Il insiste en outre auprès du Ministre pour que celui-ci s'en tienne à l'article 52 de la loi du 14 février 1961; il estime en effet que du moment où l'on aura renoncé à cet article, il sera difficile d'amener les médecins à adopter une attitude raisonnable.

Cette constatation est d'autant plus vraie qu'il résulte de données statistiques récentes que peu de médecins seulement ont respecté les tarifs proposés dans la déclaration gouvernementale du 12 mai dernier; il est donc permis, à juste titre, de se demander s'ils seront à présent disposés à réduire leurs honoraires.

Enfin, le membre déclare inadmissible la renonciation à la souche fiscale.

Pour tous ces motifs, son groupe se verra dans l'impossibilité d'approuver le présent projet.

* * *

Réponse du Ministre.

Le Ministre constate que si la protection du malade doit constituer la préoccupation majeure, le problème de l'équilibre financier, à son tour, nécessite une solution urgente. Tel était d'ailleurs aussi le but de la loi du 9 août 1963.

Le boni de 1964 a montré que la voie choisie était la bonne. Survinrent alors les difficultés avec les médecins. Des concessions furent faites, la coopération du corps médical étant et restant indispensable dans le cadre de l'assurance maladie.

En ce qui concerne la surconsommation, le Ministre souligne qu'on n'a pas pris sur la déontologie des médecins; c'est pourquoi des mesures légales sont à prévoir, afin d'adapter aux progrès de la science médicale l'appréciation de certaines prestations, c'est-à-dire en diminuant les unes et en augmentant les autres.

Le Ministre décrit la situation actuelle comme suit : le conseil médico-technique — composé de dix-huit médecins, dont six représentants des organismes assureurs et douze représentants du corps médical — qui est compétent dans ce domaine, pourra soumettre à ce sujet des propositions que le Ministre pourra admettre ou rejeter, mais non pas amender.

L'article six de ce projet respecte les compétences du conseil, mais il permet au Gouvernement de prendre ses responsabilités ou de vérifier si les amendements proposés sont satisfaisants.

Cet article n'est donc pas dirigé contre les malades; il entend déterminer la valeur réelle des prestations.

Le Ministre invoque l'urgence pour justifier le fait que les instances compétentes n'ont pas été consultées à ce sujet.

Ces instances seront toutefois consultées au moment où seront pris les arrêtés royaux d'exécution de la loi.

Le Ministre rejette à nouveau l'affirmation selon laquelle le projet serait dirigé contre l'assuré.

L'article six tend à ramener à leur valeur réelle les actes para-médicaux ainsi que certaines prothèses.

Aux partisans d'une gratuité intégrale de la médecine, il serait permis de prétendre que les autres dispositions sont dirigées contre l'assuré.

De l'avis du Ministre cependant, il se justifie d'exiger, dans des circonstances déterminées, une intervention de l'assuré pour les prestations moins onéreuses.

Le Ministre a fourni les chiffres suivants au sujet de la situation pour l'année 1964 du régime général de l'assurance-soins de santé :

Rekening van de verzekeringsinstellingen. Geneeskundige verzorging.
Algemene regeling. 1964.

Bedragen in F.

Compte des organismes assureurs. Soins de santé.
Régime général. 1964.

Montants en F.

Ontvangsten	C. L. B. U. N. C.	O. L. B. U. N. N.	S. L. B. U. N. S.	L. L. B. U. N. L.	B. I. B. U. N. P.	H. K. Z. I. V. C. A. A. M. I.	Totaal Total	Recettes
Sociale bijdragen	3 402 331 509	720 185 320	2 465 623 044	465 339 353	890 703 342	116 992 157	8 061 174 725	Cotisations sociales
Persoonlijke bijdragen	27 635 915	5 425 177	12 879 651	3 551 474	3 994 270	1 396 442	54 882 929	Cotisations personnelles.
Toelagen								Subventions.
Werkloosheid	128 933 922	18 148 773	117 907 234	20 621 147	11 685 868	3 149 580	300 446 524	Chômage.
27 %	932 136 205	308 741 714	1 202 605 030	162 428 851	313 885 491	31 308 278	2 951 105 569	27 %.
Sociale ziekten	233 353 742	25 017 557	221 148 441	26 005 623	33 712 235	9 132 448	548 370 046	Maladies sociales.
Totaal	4 724 391 293	1 077 518 541	4 020 163 400	677 946 448	1 253 981 206	161 978 905	11 915 979 793	Total.
Uitgaven								Dépenses.
Geneeskundige verstrekkin- gen	3 281 848 047	771 888 103	3 127 128 672	462 359 677	830 774 304	101 314 779	8 575 313 582	Prestations de santé.
Sociale ziekten	224 277 510	23 879 653	212 430 537	24 759 269	32 176 377	8 675 826	526 199 172	Maladies sociales.
Internationale verdragen ...	1 599 609	383 676	2 758 240	114 893	2 747 535	1 319 856	8 923 809	Conventions intern.
Administratiekosten	410 785 823	100 435 503	351 563 289	64 764 224	116 971 130	15 792 943	1 060 312 912	Frais d'administration.
Totaal	3 918 510 989	896 586 935	3 693 880 738	551 998 063	982 669 346	127 103 404	10 170 749 475	Total.
Resultaat	805 880 304	180 931 606	326 282 662	125 948 385	271 311 860	34 875 501	1 745 230 318	Résultat.

Voor 1965 kunnen nog geen resultaten medegedeeld worden.

Pour 1965 aucun résultat n'est encore disponible.

Het begrotingstekort voor 1966 zal weggewerkt worden door de maatregelen die ingevolge het voorliggende ontwerp zullen worden genomen.

Wat het regeld betreft, hieromtrent kan de Minister geen precieze gegevens verschaffen. Wel zal het van kracht worden voor prestaties waarvan bewezen is dat zij niet absoluut noodzakelijk zijn of dat zij aanleiding geven tot misbruiken.

De Minister bevestigt met klem dat de nieuwe wijze van stemmen in de medisch-mutualistische commissie niet gericht is tegen de Landsbond der Socialistische mutualiteiten of tegen om het even welke verzekeringsinstelling.

Zij kan ook spelen tegen de dokters. Hier stelt zich trouwens het delicate probleem van de representativiteit van de verschillende doktersorganisaties.

In afwachting dat dit probleem wordt geregeld, is de huidige samenstelling van de medisch-mutualistische commissie met zes maanden verlengd.

De Minister is van oordeel dat elke organisatie die tot medewerking bereid is, het recht heeft in die commissie vertegenwoordigd te zijn.

Thans is de toestand van die aard dat een kleine minderheid de werking van de medisch-mutualistische commissie kan blokkeren; de nieuwe wet zal dit euvel verhelpen.

Wat het stelsel van de betalende derde betreft, geeft de Minister de formele verzekering dat de voorgestelde wijzigingen noch geïmproviseerd zijn, noch gericht zijn tegen het forfaitaire stelsel.

Indien de Minister voorstander is van de vrije geneeskunde, is hij het inzonderheid van de geneeskunde met verbintenissen, maar ook van de forfaitaire geneeskunde.

Deze laatste heeft geen uitstaande met enige ideologie.

Zij moet worden vergoed conform de besluiten waartoe men komt volgens objectieve criteria ter bepaling van de kostprijs.

De Minister heeft echter begrip voor de moeilijkheden die dienaangaande op dit ogenblik bestaan. Daarom werd het koninklijk besluit van 20 april 1966 tot oprichting van de commissie voor forfaitaire akkoorden, uitgevaardigd.

De Minister verklaart verder :

- dat het tijdig afsluiten van de rekeningen op grote moeilijkheden stuit;
- dat het bekomen van de medewerking van het geneesherenkorps moeilijk maar niet hopeloos is;
- dat controle noodzakelijk is om de misbruiken op te sporen; hiervoor beschikt men over de medische en de administratieve controle;
- dat in de overconsumptie de verzekerde de eerste stap kan zetten, maar de geneesheer het grootste aandeel heeft; het is evenwel een moeilijk op te lossen probleem omdat het in hoofde van de dokters een kwestie is van geweten.

* * *

Bij de hervatting van de beraadslaging tijdens een volgende vergadering, licht de Minister van Sociale Voorzorg de wijzigingen toe die zijn aangebracht aan het wetsontwerp ingevolge het advies van de Raad van State.

Artikel 1.

De Raad van State stelt hier, naast en vormwijziging van de inleiding tot het artikel, een nieuwe redactie voor van het eerste lid van de tekst — waaraan door het nieuwe ontwerp geen wijzigingen werden gebracht — teneinde dit lid beter in overeenstemming te brengen met de overige gedeeltes van artikel 25 van de wet van 9 augustus 1963.

Le déficit budgétaire pour 1966 sera résorbé grâce aux mesures qui seront prises en vertu du présent projet.

Le Ministre ne peut pas fournir d'informations précises au sujet du ticket modérateur. Celui-ci, de toute manière, sera mis en vigueur pour les prestations qui ne sont pas absolument nécessaires ou qui peuvent donner lieu à des abus.

Le Ministre affirme catégoriquement que le nouveau mode de votation au sein de la commission médico-mutualiste n'est pas dirigé contre l'Union nationale des mutualités socialistes ni contre tout autre mutualité.

Il peut également être défavorable aux médecins. A cet égard se pose le problème délicat de la représentativité des différentes organisations de médecins. Dans l'attente du règlement de ce problème, la composition actuelle de la Commission médico-mutualiste est prolongée pour une durée de six mois.

Le Ministre estime que toute organisation qui est disposée à coopérer a le droit d'être représentée dans cette commission.

Actuellement, la situation est telle qu'une infime minorité peut bloquer le fonctionnement de la Commission médico-mutualiste; la nouvelle loi remédiera à cet inconvénient.

Pour ce qui est du système du tiers payant, le Ministre donne l'assurance formelle que les modifications apportées ne sont ni improvisées, ni orientées contre le régime forfaitaire.

Si le Ministre est partisan de la médecine libre, il l'est surtout de la médecine conventionnée, mais aussi de la médecine forfaitaire.

Celle-ci n'est pas liée à une idéologie quelconque.

Elle doit être remboursée selon les conclusions auxquelles on aboutit en appliquant les critères objectifs permettant de déterminer le prix de revient.

Le Ministre comprend toutefois les difficultés actuelles. C'est pour cette raison qu'est intervenu l'arrêté royal du 20 avril 1966 créant la commission chargée de la conclusion des accords concernant le forfait.

Le Ministre déclare en outre :

- qu'il est très difficile de clôturer les comptes en temps voulu;
- qu'il est malaisé d'obtenir la coopération des médecins, mais qu'il ne faut pas désespérer;
- que le contrôle est nécessaire pour dépister les abus; pour ce faire on dispose du contrôle médical et administratif;
- qu'en matière de surconsommation l'assuré peut faire un premier pas, mais que le problème concerne avant tout les médecins; toutefois, la solution du problème est difficile parce qu'il s'agit d'un problème de conscience pour les médecins.

* * *

A la reprise de la discussion au cours d'une réunion ultérieure, le Ministre de la Prévoyance sociale commente les modifications apportées au projet de loi en raison de l'avis émis par le Conseil d'Etat.

Article premier.

Outre une modification de forme dans la phrase liminaire de l'article, le Conseil d'Etat propose une rédaction nouvelle du premier alinéa du texte — le nouveau projet de loi n'apportait aucune modification sur ce point — afin de mettre cet alinéa en concordance avec les autres parties de l'article 25 de la loi du 9 août 1963.

Art. 2.

De Raad van State stelt een vormwijziging voor betreffende de inleiding tot het artikel.

Art. 3.

De Raad van State stelt een vormwijziging voor betreffende de inleiding tot het artikel en vraagt tevens dat de door het ontwerp bijgevoegde tekst geen nieuw lid zou uitmaken, maar in het zesde lid van artikel 34 van de wet van 9 augustus 1963 zou worden ingeschakeld, om de latere verwijzingen te vergemakkelijken.

Art. 4.

De Raad van State adviseert een nadere precisering van de redactie van dit artikel, wat betreft de mogelijke versoepeling van de voorwaarden, waaronder de Koning van het artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 gebruik kan maken. Daarom stelt hij voor de zinsnede « volgens de modaliteiten die hij bepaalt » weg te laten en in de plaats daarvan uitdrukkelijk in de mogelijkheid te voorzien om het artikel 52 toe te passen :

- a) hetzij voor alle gewesten, hetzij alleen voor bepaalde gewesten;
- b) hetzij voor alle rechthebbenden, hetzij voor bepaalde categorieën rechthebbenden;
- c) hetzij voor alle prestaties, hetzij voor bepaalde soorten prestaties.

Tevens verzoekt de Raad van State om een duidelijker formulering van de bevoegdheid, die aan de Koning wordt verleend om de basis van terugbetaling vast te stellen in de mate waarin geen maatregelen zijn genomen ter uitvoering van genoemd art. 52.

Art. 5.

De Raad van State stelt een vormwijziging voor betreffende de inleiding tot dit artikel en zet een materiële verandering in de Nederlandse tekst recht.

Art. 6 en 7.

De Raad van State laat opmerken dat artikelen met een tijdelijke draagwijdte best niet worden opgenomen in de wet van 9 augustus 1963.

Art. 7.

De Raad van State wijst erop dat de Koning, volgens de tekst van het aanvankelijk wetsontwerp, alleen de modaliteiten van de samenvoeging der dienstjaren kan bepalen. Dit heeft tot gevolg dat de samenvoeging alleen per verzekeringsinstelling kan geschieden.

Om de bevoegdheid van de Koning op een ruimere grondslag te vestigen, lijkt het verkieslijk de term « modaliteiten » te vervangen door « voorwaarden ».

Art. 8.

Terugwerkende kracht van het artikel 4.

Men kan betwijfelen of de verzekerde er belang bij heeft :

Art. 2.

Le Conseil d'Etat propose une modification de forme en ce qui concerne la phrase liminaire de l'article.

Art. 3.

Le Conseil d'Etat propose une modification de la phrase liminaire de cet article et demande, en outre, que le texte ajouté par le projet ne constitue pas un nouvel alinéa, mais soit inséré dans le sixième alinéa de l'article 34 de la loi du 9 août 1963, en vue de rendre plus aisées toutes références ultérieures.

Art. 4.

Le Conseil d'Etat suggère que le texte de cet article soit rendu plus précis en ce qui concerne l'assouplissement éventuel des conditions dans lesquelles le Roi peut faire usage de l'article 52 de la loi du 14 février 1961. Aussi le Conseil d'Etat propose-t-il de supprimer les mots « selon les modalités qu'il détermine » et de les remplacer en prévoyant expressément la possibilité de faire application de l'article 52 :

- a) soit pour toutes les régions, soit pour certaines régions seulement;
- b) soit pour tous les bénéficiaires, soit pour certaines catégories de bénéficiaires;
- c) soit pour toutes les prestations, soit pour certaines catégories de prestations.

En même temps, le Conseil d'Etat demande que le pouvoir conféré au Roi de fixer la base du remboursement, pour autant qu'il n'ait pas été pris de mesures d'application de l'article 52, soit formulé plus clairement.

Art. 5.

Le Conseil d'Etat propose une modification de forme à la phrase liminaire de cet article et corrige une erreur matérielle dans le texte néerlandais.

Art. 6 et 7.

Le Conseil d'Etat fait observer qu'il est préférable de ne pas insérer, dans la loi du 9 août 1963, des articles d'une portée temporaire.

Art. 7.

Le Conseil d'Etat souligne que, selon le texte du projet de loi initial, le Roi ne peut fixer que les modalités du cumul des exercices. Ceci implique que ce cumul ne peut s'effectuer qu'à l'échelle de l'organisme assureur.

En vue de donner une base plus solide au pouvoir du Roi, il semble souhaitable de remplacer le terme « modalités » par celui de « conditions ».

Art. 8.

Rétroactivité de l'article 4.

Il est permis de mettre en doute que l'assuré ait intérêt :

— hetzij voor de gewone rechtbanken hogere terugbetaling te vragen; inderdaad het zou kunnen zijn: de (lagere) terugbetaling op grond van de tarieven van het verstreken akkoord;

— hetzij de nietigverklaring te vragen van artikel 6 van het koninklijk besluit van 6 juni 1966.

Hier ook is de mogelijkheid niet uitgesloten dat de Raad van State de eventuele nietigverklaring adviseert op grond van het feit dat de oude terugbetalingstarieven (die van het verstreken akkoord) geldig blijven.

Overigens zouden bepaalde verzekerden die bij de rechtbanken een hogere terugbetaling vragen dan die voorzien bij het koninklijk besluit van 24 januari, waarschijnlijk in het gelijk worden gesteld.

* * *

Een lid stelt de vraag of, zoals in het verleden op het stuk van de ziekteverzekering het geval was, de Regering de mogelijkheid voor de aanvaarding van amendementen openhoudt; zoniet speelt uitsluitend de partijtucht en heeft de indiening van amendementen vanwege de oppositie geen zin.

De Voorzitter van de Commissie doet opmerken dat niet de Regering maar de meerderheid van de Commissie en van het Parlement zullen beslissen welke aan de tekst voorgestelde wijzigingen zullen worden aangehouden, terwijl de Minister zich bereid verklaart alle wijzigingen die verbeteringen van de wetgeving behelzen, in ernstige overweging te zullen nemen.

Een lid maakt gewag van het afwijzend standpunt van het Nationaal Verbond van de Syndikale Kamers van Geneesheren, strekking De Boe, t.o.v. het huidige wetsontwerp; hij wenst te weten welke de houding van de Regering t.o.v. dit standpunt is en of men geen nieuwe grote moeilijkheden met het geneeskundig korps tegemoet gaat zodat men nogmaals in het ijl zou legifereren.

Verder wijst hij op de atmosfeer die geschapen wordt, o.m. door een studie van het Nationaal Verbond van de Geneesmiddelenindustrie; blijkens die studie, die de zaken nogal simplistisch voorstelt, zou het mogelijk zijn zo maar 800 miljoen te besparen op allerlei kleine prestaties; het valt te bezien in hoeverre die beweringen met de werkelijkheid stroken; nu is spreker wel geen tegenstander van het remgeld indien dit aan de ziekteverzekering een gezonde financiële grondslag kan geven.

Spreker vraagt ook de vaststelling van een datum voor de invoering van de fiscale strook.

Hij dringt tenslotte eveneens aan op een definitieve wetgeving op die diverse terreinen, zodat de zieke en de verzekerde zouden weten waaraan zich te houden.

Een lid doet opmerken dat in het Antwerpse meer dan veertig percent van de geneesheren de door de Regering in haar verklaring voorgestelde honoraria niet naleven.

Antwoorden :

— wat de kwestie van het afwijzend standpunt van het Nationaal Verbond van de Syndicale Kamers van Geneesheren, strekking De Boe, betreft, bevestigt de Minister dat het ontwerp de dialoog met de diverse strekkingen in het geneesherenkorps niet zal uitsluiten;

— wat de nota uitgaande van het Nationaal Verbond van de Geneesmiddelenindustrie betreft, zal de Minister onderzoeken of op de bedoelde suggesties tot bezuinigingen kan worden ingegaan zonder de verzekerde te benadelen;

— de kwestie van de fiscale strook behoort tot de bevoegdheid van de Minister van Financiën; de toepassing ervan zal ingaan per 1 oktober e.k.;

— soit à demander un remboursement plus élevé auprès des tribunaux ordinaires : en effet, le résultat pourrait être un remboursement (moins élevé) sur la base des tarifs de l'accord venu à expiration;

— soit à demander l'annulation de l'article 6 de l'arrêté royal du 6 juin 1966.

Il n'est pas exclu, en l'occurrence, que le Conseil d'Etat remette un avis favorable à l'annulation éventuelle, en se basant sur le fait que les anciens tarifs de remboursement (ceux de l'accord venu à expiration) restent toujours valables.

Les tribunaux donneraient d'ailleurs probablement raison à certains assurés qui leur demanderaient un remboursement plus élevé que celui qui a été prévu à l'arrêté royal du 24 janvier.

* * *

Un membre demande si, comme c'était le cas précédemment en matière d'assurance maladie, le Gouvernement peut accepter des amendements; dans la négative, la discipline de parti est seule déterminante et la présentation d'amendements par l'opposition n'a aucun sens.

Le président de la Commission fait observer que ce n'est pas le Gouvernement mais bien la majorité de la Commission et du Parlement qui décidera de la prise en considération des modifications proposées au texte actuel; pour sa part, le Ministre se déclare prêt à examiner sérieusement toute modification tendant à améliorer la législation.

Un membre fait état de l'opposition de la Fédération nationale des chambres syndicales de médecins de la tendance De Boe au présent projet de loi; il désire connaître la position du Gouvernement à cet égard et se demande si l'on ne va pas au-devant de nouvelles difficultés en hâte, avec le corps médical, au cas où il serait légiféré en hâte.

Il se réfère également au climat créé notamment par une étude de la Fédération nationale des industries pharmaceutiques : selon cette étude, qui présente les choses de manière assez simpliste, il serait possible d'épargner 800 millions de francs sur un grand nombre de prestations mineures; il reste à voir dans quelle mesure cette affirmation correspond à la réalité. En ce qui le concerne, l'orateur est adversaire du ticket modérateur si celui-ci ne peut donner à l'assurance maladie une assise financière saine.

L'orateur demande également qu'une date soit fixée pour l'instauration de la souche fiscale.

Il insiste finalement aussi pour que soit établi une législation définitive en ces divers domaines, afin que les malades et les assurés sachent à quoi s'en tenir.

Un membre fait observer que, dans la région d'Anvers, plus de 40 % des médecins ne respectent pas les honoraires que le Gouvernement a proposé dans sa déclaration.

Réponses :

— en ce qui concerne l'opposition de la Fédération nationale des chambres syndicales de médecins de la tendance De Boe, le Ministre confirme que le présent projet n'encourt aucune possibilité de dialogue avec les diverses tendances du corps médical;

— pour ce qui est de la note émanant de la Fédération nationale des industries pharmaceutiques, le Ministre examinera s'il y a moyen de donner suite aux suggestions émises et d'opérer ainsi des économies sans porter préjudice aux assurés;

— la question de la souche fiscale est de la compétence du Ministre des Finances; son usage sera d'application au 1^{er} octobre prochain;

— indien in het Antwerpse nagenoeg 60 % van de geneesheren de door de Regering voorgestelde tarieven naleeft, zou dit erop wijzen dat aldaar misschien de voorwaarden vervuld zijn die zijn vervat in de regeringsverklaring van 12 mei jl., d.w.z. dat de zieken er over een voldoende ruime vrije keuze beschikken onder de geneesheren die de honoraria van de regeringsverklaring toepassen.

* * *

De kwestie van het forfait gaf aanleiding tot een uitvoerige discussie waarvan de hoofdzak hierna wordt weergegeven:

Een lid geeft een historisch overzicht van het probleem van het forfait.

Hij stelt in hoofdzak vast:

— de huidige wetgeving op de ziekteverzekering laat het forfait voor alle prestaties toe;

— de beslissing van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging die in het begin van dit jaar t.a.v. een beperking van het forfait werd getroffen, is strijdig met de wet; men mag dus op de geïnteresseerde verzorgingsinstellingen geen procedurestelsel bv. via speciale commissies, dat in dezelfde onwettelijke lijn ligt, toepassen;

— de kwestie van de uitbetalingen aan de instellingen die onder het forfaitair stelsel werken, meer bepaald voor het eerste semester van dit jaar, duldt geen verder uitstel; de bedoelde instellingen moeten weten waar ze aan toe zijn en het stelsel van de ziekteverzekering moet het verschuldigde betalen te meer daar het forfait in hunnen hoofde nooit werd opgezegd; daar door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging geen enkele andersluidende geldige beslissing kon worden of werd genomen, dient met betrekking tot de uitbetalingen de huidige regeling voor de beschouwde periode gewoon te worden verlengd;

— het ontwerp verleent ruime bevoegdheid aan de regering ten nadele van de technische comités; waarom dan niet terzelfdertijd haar beslag gegeven aan de kwestie van het forfait; het zou volstaan dienaangaande bv. in aansluiting aan de artikelen 2 en 5 van het regeringsontwerp, een gepaste bepaling in te voegen.

De Minister herhaalt wat hij reeds tijdens een vorige vergadering omtrent het stelsel van het forfait heeft verklaard: hij is voorstander van dit stelsel naast de andere vormen van de geneeskunde, de vrije en die met verbintenissen; dit stelsel heeft niets te zien met enige ideologie; de prestaties die sommige instellingen onder dit stelsel leveren, moeten vergoed worden volgens normen die het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging heeft opgelegd. Deze normen werden door zijn voorganger behouden en moeten dus nageleefd worden.

Hij herinnert meer bepaald aan de beslissing van het genoemde beheerscomité die ertoe strekt de reedplegingen uit het stelsel van het forfait te lichten; hij heeft deze beslissing — die weliswaar voor de Raad van State wordt aangevochten — aanvaard en meent tot verder order zich ernaar te moeten gedragen.

Bij deze gelegenheid wijst de Minister echter erop dat hij geen maatregelen met betrekking tot de betalende derde zal nemen die in het nadeel van het forfaitaire stelsel zouden uitvallen; dit zou trouwens niet mogelijk zijn omdat zulke maatregelen strijdig zouden zijn met het beginsel zelf van het forfaitaire stelsel.

Aan de andere kant doet de Minister opmerken dat hij bij koninklijk besluit van 20 april 1966 jl. de commissie heeft

— si, dans la région anversoise, près de 60 % des médecins respectent les tarifs proposés par le Gouvernement, cela signifie peut-être que, dans cette région, les conditions contenues dans la déclaration gouvernementale du 12 mai dernier sont remplies, c'est-à-dire que les malades y ont une possibilité suffisamment large d'opérer un choix parmi les médecins qui font application des honoraires prévus dans la déclaration gouvernementale.

* * *

Le problème du forfait a donné lieu à une longue discussion, dont l'essentiel est reproduit ci-après.

Un membre a donné un aperçu historique du problème du forfait.

Il constate principalement que:

— la législation actuelle relative à l'assurance maladie permet le forfait pour toutes les prestations;

— la décision prise au début de cette année par le Comité de gestion du Service des soins de santé en ce qui concerne la limitation du forfait est contraire à la loi; il n'est donc pas permis d'appliquer aux établissements de soins intéressés, par le canal de commissions spéciales par exemple, un ensemble de procédures qui serait dans la même ligne égale;

— la solution du problème des remboursements aux institutions qui pratiquent le régime du forfait, en particulier pour le 1^{er} semestre de cette année, ne peut plus être différée; ces établissements doivent savoir où ils en sont et le régime de l'assurance maladie doit payer ce qui est leur dû, d'autant plus que, dans leur chef, le forfait n'a jamais été abandonné; étant donné que le comité de gestion du Service des soins de santé n'a pris ou n'a pu prendre aucune autre décision valable, la réglementation actuelle relative au remboursement doit tout simplement être prorogée pour la période considérée;

— le projet attribue une large compétence au Gouvernement, au détriment des comités techniques; pourquoi n'a-t-il pas donné, en même temps, une solution au problème du forfait; il suffirait à cet égard d'insérer une disposition appropriée, par exemple en complément aux articles 2 et 5 du projet du Gouvernement.

Le Ministre répète ce qu'il a déclaré déjà au cours d'une réunion précédente en ce qui concerne le régime du forfait: il est partisan de ce régime, associé aux autres formes de la médecine, c'est-à-dire, la médecine libre et la médecine conventionnée; ce régime est étranger à toute idéologie. Les prestations fournies par certains établissements au titre de ce régime doivent être indemnisées suivant les normes qui ont été imposées précédemment par le comité de gestion du Service des soins de santé; ces normes ont été maintenues par son prédécesseur et il est tenu de les respecter.

Il rappelle plus particulièrement la décision du comité précité tendant à soustraire les consultations au régime du forfait; il a accepté cette décision, qui a été contestée il est vrai par le Conseil d'Etat, et il estime devoir s'y conformer jusqu'à nouvel ordre.

A cette occasion, le Ministre fait cependant remarquer qu'il ne prendra, concernant le tiers payant, aucune mesure pouvant nuire au régime du forfait; ce serait d'ailleurs impossible, car pareille mesure serait contraire au principe même du régime du forfait.

D'autre part, le Ministre fait observer que, par arrêté royal du 20 avril 1966, il a institué, ce qui n'avait pas eu

opgericht, — iets wat tot dan toe niet was gebeurd — die de akkoorden met de instellingen met forfaitair stelsel moet afsluiten, wat de uitbetalingen vanwege het stelsel van de ziekteverzekering aan die instellingen volgens de vastgestelde normen zal mogelijk maken.

Indien dus de betrokken instellingen — met inachtneming van de beslissing van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging — de voorlopige twaalfden wenssen te bekomen, volstaat het dat zij tot de bedoelde commissie een aanvraag tot het afsluiten van een akkoord richten.

Mochten zij — zoals de vorige spreker terloops aanvoerde — dergelijke aanvraag reeds vroeger hebben gedaan, dan is de Minister, die tot nog toe geen dergelijke aanvraag mocht ontvangen, bereid de geldigheid daarvan te onderzoeken, hoewel het vanwege de bedoelde instellingen geen grote inspanning moet vergen om hun aanvraag eventueel te vernieuwen.

* * *

De kwestie van de opportuniteit van de nieuwe wetgeving in het algemeen, waarover hierboven reeds werd gehandeld, kwam zich — o.m. naar aanleiding van de indiening van de amendementen van de heer Leburton, waarover verder meer — als het ware op het thema van het forfait enten.

Volgens verscheidene leden is duidelijk gebleken dat het stelsel van de vrije honoraria tot geen uitkomst kan leiden. Het zal enkel tot gevolg hebben — en dat is bij elke herziening van de wetgeving en bij elke toegeving aan de geneesheren het geval geweest — dat aan deze laatsten, die het meeste voordeel halen uit de ziekteverzekering en bovendien aan de meeste misbruiken ten grondslag liggen, steeds grotere voordelen worden toegekend, dat de terugbetalingen de honoraria achterna hinken en dat de zieken en de verzekerden het gelag betalen.

Dat dit ook het geval zal zijn met de huidige wetgeving blijkt reeds hieruit : de honoraria zijn reeds verhoogd; de discussie zal gevoerd worden op grond van die verhoogde honoraria en de geneesheren zullen voordeel halen uit die toestand. Onderwijl zullen de zieken voor de prestaties van de geneesheren meer moeten bijpassen, zal het remgeld in bepaalde gevallen worden verhoogd en in andere worden ingevoerd.

Het is, volgens die leden, een illusie te hopen dat met dergelijke maatregelen, die voorlopig het herstel van de volledige vrijheid voor alle geneesheren behelzen, deze laatsten tot rede zullen worden gebracht; het bewijs daarvan is trouwens geleverd : zij protesteren reeds nu tegen een wetsontwerp dat hun voordelig is.

En toch zal éénmaal de dialoog — al ware het maar omwille van de lasten die op de zieken en de ziekteverzekering eens te meer zullen gaan wegen — moeten worden hervat. Die dialoog zal maar mogelijk zijn als de geneesheren weten dat het vanwege de Regering menens is.

De toepassing van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961, die een daad was van gezag in het voordeel van de zieken en de verzekerden en waartoe door de voorganger van de huidige Minister werd besloten, was een stap in de richting die men uiteindelijk zal moeten inslaan.

Het is jammer dat men gemeend heeft, bij de eerste verordening van een geneesheer op grond van dit artikel, dat wapen te moeten prijsgeven, wapen dat, zoals door de hierbovenbedoelde leden reeds werd betoogd, onontbeerlijk is, al ware het maar om de zieke en de verzekerde de bescherming te verlenen waarop zij recht hebben.

Dezelfde leden herinneren eraan dat, zelfs bij de onenigheid onder de drie traditionele partijen rond de wet van 14 februari 1961, die partijen steeds akkoord zijn gebleven wanneer het de bepalingen omtrent de ziekteverzekering in diezelfde wet betrof.

lieu jusqu'à présent, la commission chargée de conclure des accords avec les établissements qui pratiquent le régime du forfait, ce qui permettra au régime de l'assurance maladie-invalidité de payer les établissements selon les normes fixées.

Si, conformément à la décision du Comité de gestion du Service des Soins de santé, les établissements intéressés souhaitent obtenir des douzièmes provisoires il leur suffit d'adresser à la commission précitée une demande en vue de la conclusion d'un accord.

Si, comme l'orateur précédent l'a déclaré, des établissements ont déjà fait pareille demande antérieurement, le Ministre, qui jusqu'ici n'en a reçu aucune, est prêt à en examiner le bien-fondé, bien que ces établissements n'auraient pas un grand effort à fournir pour la renouveler éventuellement.

* * *

On s'est déjà demandé si la nouvelle législation était opportune dans son ensemble; cette question s'est pour ainsi dire greffée sur celle du forfait, notamment après le dépôt des amendements de M. Leburton, sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Plusieurs membres de la Commission sont d'avis que la liberté en matière d'honoraires n'apportera aucune solution. Le seul résultat en sera — et nous l'avons constaté à chaque révision et à chaque concession faite aux médecins — que ces derniers, qui sont les premiers bénéficiaires de l'assurance maladie et qui sont à l'origine de la plupart des abus, se verront accorder des avantages toujours plus importants, que les remboursements pourront difficilement se rapprocher des honoraires et que les malades et les assurés feront les frais de l'affaire.

Les faits prouvent qu'il en sera encore ainsi pour la législation actuelle : les honoraires ont dès à présent été augmentés; la discussion aura lieu sur la base des honoraires ainsi augmentés et les médecins profiteront de cette situation. Entre-temps l'intervention des malades sera majorée pour les prestations des médecins, le ticket modérateur sera augmenté dans certains cas et instauré dans d'autres.

Ces membres pensent qu'il est illusoire de s'attendre à ce que de telles mesures, impliquant provisoirement le rétablissement de la liberté totale pour tous les médecins, incitent ces derniers à se montrer raisonnables. La preuve en a d'ailleurs été fournie : les médecins s'élèvent déjà contre un projet de loi qui leur est favorable.

Et pourtant le dialogue devra reprendre un jour, ne fût-ce qu'à cause des charges qui pèseront, une fois de plus sur les malades et sur l'A. M. I. Ce dialogue ne sera possible que si les médecins savent que le Gouvernement entend faire preuve de fermeté.

L'application de l'article 52 de la loi du 14 février 1961, qui constituait un acte d'autorité; décidé par le prédécesseur du Ministre actuel en faveur des malades et des assurés, constituait un pas dans la voie qu'il faudra finalement suivre.

Il est regrettable que, dès la première condamnation d'un médecin sur base de cet article, on ait cru devoir abandonner cette arme indispensable — comme les membres en question l'ont déjà déclaré — ne fût-ce que pour assurer au malade et à l'assuré la protection à laquelle ils ont droit.

Ces mêmes membres rappellent que, bien que les trois partis traditionnels aient eu des vues divergentes sur la loi du 14 février 1961, ils ont cependant toujours été d'accord sur les dispositions de cette loi relative à l'assurance maladie.

Het valt te betreuren dat, om redenen van oppositie tegen ene of andere regering, die eenparigheid tegenover de onverantwoorde houding van de geneesheren niet kon worden in stand gehouden en dat, naar aanleiding van het huidige ontwerp, nog diepere verdeeldheid in het front van de partijen wordt geschapen.

Dat men zich geen illusies make, aldus zou men de thesissen van de bedoelde commissieleden kunnen besluiten, elk intermediair standpunt dat men zou kunnen ontwerpen, zal ook door de zgn. gematigde stroming van de geneesheren worden medegesleept.

* * *

In zijn antwoord op de hierboven geuite bezwaren doet de Minister vooreerst gelden dat hij niet beter vraagt dan over een bij uitstek sociale kwestie als de ziekteverzekering, zoals bv. ook die van de pensioenen, en ondanks afwijkende standpunten omtrent toekomstige bepalingen, de grootste mogelijke eensgezindheid van het Parlement te verkrijgen.

De Minister wijst echter op de volgende reeds hierboven aangehaalde punten :

— bij de indiening van dit ontwerp is zijn eerste bekommernis geweest, naast de bescherming van de zieke en de verzekerde — bekommernis welke ook die was van zijn voorgangers — het financieel evenwicht van het stelsel te verzekeren; de Minister heeft dit standpunt steeds verdedigd en drukt in dit opzicht de voetsporen van zijn voorgangers; het is nu zó dat het financieel evenwicht nieuwe maatregelen eist, maatregelen waaraan het huidige ontwerp wenst tegemoet te komen;

— het is verkeerd te beweren dat het ontwerp alleen maar offers zou vergen van de zieke en van de verzekerde, bv. door het invoeren van een remgeld op bepaalde technische prestaties waar zich een overconsumptie voordoet of die voor de gezondheidszorgen niet absoluut onontbeerlijk zijn; ook de geneesheren zullen bepaalde offers moeten brengen; daartoe strekken o.a. de maatregelen die zullen genomen worden met betrekking tot de nomenclatuur.

Naar aanleiding van deze bedenking komt de Minister terug op het financieel aspect van de ziekteverzekering; hij zou willen bereiken — misschien is dit een utopie — dat deze verzekering met een boni zou sluiten.

De Minister is niet de eerste geweest om de erelonen vrij te geven of toegevingen te doen aan de geneesheren; trouwens het is overdreven het zo voor te stellen als zou die vrijgeving totaal zijn; hoewel het ontwerp een soepeler toepassing van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 mogelijk maakt, blijft dit artikel van kracht.

Voorts blijft de Minister ervan overtuigd dat voor de ziekteverzekering geen oplossing kan worden gevonden buiten de conventies. Welnu, het koninklijke besluit van 24 januari 1966 heeft in de kringen van de geneesheren een diep wantrouwen geschapen. En wie zou durven beweren dat het mogelijk is in de huidige stand van zaken met de geneesheren verbintenissen af te sluiten ?

Er moet dus een poging gedaan worden om uit het immobilisme te geraken, om door een gebaar binnen redelijke perken het vertrouwen van de geneesheren te herstellen en tot nieuwe verbintenissen te komen.

Een lid is van oordeel dat de herwaardering van de honoraria voor de intellectuele akt in de geneeskundige verzorging gewettigd is, wat sommige andere leden doet gewag

Il est regrettable que, pour des motifs d'opposition à l'un ou l'autre gouvernement, il n'ait pas été possible de maintenir cette unanimité face à l'attitude injustifiable des médecins et, qu'à la suite du présent projet, la cassure dans le front formé par les divers partis se soit encore accentuée.

La conclusion qui pourrait être celle de la thèse développée par ces membres est qu'il ne faut guère se faire d'illusions : toute position intermédiaire qui pourrait être prise serait rejetée, même par la tendance dite modérée des médecins.

* * *

Répondant aux objections émises ci-dessus, le Ministre déclare tout d'abord qu'il ne demanderait pas mieux que de recueillir, nonobstant le caractère divergent des points de vue portant sur des dispositions accessoires, une majorité parlementaire aussi importante que possible en une matière aussi sociale que celle de l'assurance maladie, tout comme, par exemple, pour celle des pensions.

Le Ministre met cependant en évidence les points auxquels il a déjà été fait allusion ci-dessus et qui sont les suivants :

— lors du dépôt du présent projet, outre la protection du malade et de l'assuré, son premier souci (qui fut également celui de ces prédécesseurs) a été d'assurer l'équilibre financier du régime; le Ministre a toujours défendu ce point de vue et, en ce domaine, il suit les traces de ses prédécesseurs. Il est un fait acquis que l'équilibre financier requiert des mesures nouvelles et que le présent projet entend pourvoir à cette nécessité;

— il est erroné de prétendre que le présent projet exige des sacrifices uniquement de la part du malade et de l'assuré, par exemple en instaurant un ticket modérateur pour certains actes techniques sujets à surconsommation ou qui ne sont pas absolument indispensables pour les soins de santé, les médecins devront eux aussi consentir certains sacrifices. Tel est notamment le but des mesures qui seront prises en ce qui concerne la nomenclature.

A la suite de cette observation, le Ministre insiste à nouveau sur l'aspect financier de l'assurance maladie; il voudrait — peut-être est-ce une utopie — que ce secteur d'assurance puisse réaliser un boni.

Le Ministre n'a pas été le premier à débloquer les honoraires, ni à faire des concessions aux médecins. Il serait d'ailleurs exagéré de parler d'un déblocage complet; l'article 52 de la loi du 14 février 1961, dont le projet permet une application plus souple, reste en vigueur.

Par ailleurs, le Ministre persiste à croire que le problème de l'assurance maladie ne peut être résolu en dehors des conventions. Or, l'arrêté royal du 24 janvier 1966 a suscité la méfiance des médecins. Et qui oserait affirmer que, dans l'état actuel des choses, il est possible de conclure des conventions avec les médecins ?

Il convient donc de faire une tentative pour se dégager de l'immobilisme, pour rétablir la confiance des médecins par un geste raisonnable et pour conclure de nouvelles conventions.

Un membre estime que la revalorisation des honoraires se justifie du fait de l'acte intellectuel que constituent les soins de santé, ce qui incite certains autres membres à faire

maken van bepaalde misbruiken vanwege de geneesheren als herhaalde huisbezoeken, enz.

Hetzelfde lid meent daarentegen — wat eveneens door andere leden op bepaalde punten, o.m. in verband met de verzorging in de polyklinieken, wordt bestreden — dat sommige technische akten te hoog worden aangeslagen en gemakkelijk aanleiding geven tot misbruiken (radiologie, fysiotherapie). Het ontwerp maakt het mogelijk, via correcties in de nomenclatuur, in die toestand verbetering te brengen, aldus het lid.

Verder antwoordt dezelfde spreker op de kritiek naar luidt waarvan dat bepaalde geneesherenorganisaties tegen het ontwerp gekant zijn. Hij meent dat het ontwerp een vergelijk is dat uiteindelijk de goedkeuring van het merendeel van de belanghebbenden — en ook van de gematigde strekking onder de geneesheren — zal wegdragen.

Een lid herinnert aan de wijze waarop de vorige wetgevingen werden uitgewerkt: zij zijn eveneens gekenmerkt geweest door herhaalde toegevingen aan de geneesheren en o.m. door verhogingen van hun honoraria.

Hij herinnert eveneens eraan dat bij de totstandkoming van de zgn. wet-Leburton de geneesherenorganisaties zich hebben beklagd dat zij niet of onvoldoende werden geraadpleegd.

Het opzet van de Minister met de indiening van het ontwerp, aldus het lid, is het vertrouwen van de geneesheren terug te winnen. Het loont de moeite dergelijke poging te wagen, des te meer daar men een minimum aan risico's neemt aangezien artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 als rem op mogelijke afwijkingen van kracht blijft.

Het lid ziet trouwens niet goed in waarheen de onmiddellijke toepassing van dat artikel — indien men de zaken positief beschouwt — zou leiden.

Voorts is het overdreven te beweren dat het huidige ontwerp de gehele structuur van de ziekteverzekering zou in het gedrang brengen. De Raad van State zelf antwoordt in zijn advies op die bewering waar hij schrijft: « De ontworpen voorschriften laten de algemene opzet en de structuur van de ziekteverzekering onaangeroerd; sommige zijn zelfs van tijdelijke aard. »

Het is eveneens onjuist te beweren dat het ontwerp hoofdzakelijk tegen de zieken zou gericht zijn: hoe verklaart men, in die veronderstelling, protesttelegrammen en de opmerkingen van de geneesherenorganisaties?

Ten slotte verlegt het lid zijn volledige steun aan de Minister waar deze vooral de dekking van de grote risico's en de kosten bij langdurige ziekte wil waarborgen.

Onderzoek van de artikelen.

Alleen de heer Leburton heeft amendementen ingediend (stuk n° 199/2).

Artikel 1.

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid een remgeld in te voeren wat de kostprijs van sommige verstrekkingen betreft.

Een amendement van de heer Leburton strekt ertoe dit artikel weg te laten.

Het is niet gepast, aldus de auteur van het amendement, de lasten van de zieken nog te verhogen.

Hij stipt daarbij aan dat deze nieuwe lasten zich dreigen uit te strekken tot tal van prestaties daar in de commentaar op artikel 2 te lezen staat: « en o.m. wat de fysiotherapie, de radiologie en de laboratoriumonderzoekingen betreft ».

état de certains abus, tels que les visites à domicile répétées, etc.

En revanche, le même membre estime que certains actes techniques sont surestimés et sont de nature à faciliter des abus (radiologie, physiothérapie). Cette opinion est contestée sur certains points par d'autres membres, notamment pour ce qui est des soins dispensés dans les polycliniques. De l'avis du membre, le projet permet d'améliorer cette situation par des corrections à la nomenclature.

Le même membre réfute ensuite les critiques selon lesquelles certaines organisations de médecins sont opposées au projet. Il estime que le projet constitue un compromis qui emportera finalement l'adhésion de la plupart des intéressés, ainsi que celle de la tendance modérée des organisations de médecins.

Un membre rappelle la manière dont les législations antérieures ont été élaborées: elles ont également été caractérisées par de nombreuses concessions aux médecins, notamment, par des augmentations d'honoraires.

Il rappelle également que lors de l'élaboration de la loi dite Leburton, les organisations de médecins se sont plaintes de n'avoir pas été suffisamment consultées.

En déposant le projet le Ministre a eu pour but de regagner la confiance des médecins, ajoute le Ministre. Un tel effort mérite d'être entrepris, d'autant plus que les risques sont minimes, étant donné que l'article 52 de la loi du 14 février 1961 reste en vigueur permettant ainsi de s'opposer à d'éventuels abus.

Si l'on considère les choses objectivement, le membre ne voit d'ailleurs pas très bien où nous mènerait l'application immédiate de cet article.

En outre, il est exagéré de prétendre que le présent projet compromet toute la structure de l'assurance-maladie. Dans son avis, le Conseil d'Etat répond lui-même à cette affirmation en disant: « Les dispositions en projet ne touchent, ni à l'économie générale, ni à la structure de l'assurance; certaines d'entre elles revêtent même un caractère temporaire. »

Il est également inexact de prétendre que le projet est orienté en ordre principal contre les malades: comment s'expliquerait-on dans cette hypothèse, les télégrammes de protestation et les remarques des organisations de médecins?

Pour terminer, le membre déclare soutenir le Ministre dans son intention de garantir surtout la couverture des gros risques ainsi que les frais de longue maladie.

Examen des articles.

Seul M. Leburton a présenté des amendements (document n° 199/2).

Article premier.

Cet article prévoit la possibilité d'instaurer un ticket modérateur en ce qui concerne le prix de certaines prestations.

Un amendement de M. Leburton tend à supprimer cet article.

Selon l'auteur de l'amendement, il ne convient pas d'accroître encore les charges qui pèsent sur les malades.

L'orateur souligne à cet égard que les charges nouvelles menacent de s'étendre à de nombreuses prestations, puisque le commentaire de l'article 2 dit: « notamment en ce qui concerne les actes de physiothérapie, de radiologie et les examens de laboratoire ».

Aan de andere kant komen die nieuwe verhogingen zich voegen bij vroegere verhogingen van de persoonlijke tus-senkomsten in de erelonen, prestaties, enz...

Men staat dus voor een teruggang t.o.v. de vroegere toe-stand.

Voorts ledigt men op die wijze de forfaitaire genees-kunde van haar inhoud.

Het lid meent ten slotte dat de Minister zijn vroegere standpunten enigszins gewijzigd heeft; dit geldt meer bepaald voor de kosteloosheid.

Daarop antwoordt de Minister :

Het is niet de bedoeling van dit artikel een onverant-woorde last aan de zieken op te leggen.

Het lijkt nochtans gewenst, rekening houdend met de financiële toestand van de ziekteverzekering, een persoon-lijk aandeel te voorzien in sommige prestaties, die slechts een licht risico vertegenwoordigen en die gemakkelijk aan-leiding geven tot een ongeordend verbruik.

Ten slotte betoogt de Minister dat hij nooit voorstander van de totale kosteloze geneeskunde is geweest, o.m. wegens het teveel aan bepaalde prestaties die deze koste-loosheid zou met zich brengen.

Het amendement van de heer Leburton wordt beschouwd als verworpen ingevolge de aanneming van het artikel met 11 tegen 4 stemmen.

Art. 2.

Dit artikel maakt een zekere beperking van het stelsel van de betalende derde mogelijk.

Een amendement in hoofddorde van de heer Leburton strekt ertoe dit artikel weg te laten.

Hiertoe worden in hoofdzaak drie argumenten aange-voerd :

— de grote verantwoordelijken voor de overconsumptie zijn de geneesheren;

— wat zal men eensdeels onder minder dure en ander-deels onder dure prestaties verstaan ?

— het betreft hier geen bepaling die rechtstreeks de financiering van het stelsel van de ziekteverzekering aan-belangt, maar enkel een betalingstechniek die het voorwerp uitmaakt van particuliere akkoorden tussen de verzekerings-instellingen en de verstrekkers van geneeskundige zorgen en die voordelig is voor de minder begoeden wanneer het bvb. om herhaalde achtereenvolgende prestaties gaat (bv. inspiu-tingen).

Vooreerst is deze bepaling in strijd met het akkoord van 25 juni 1964.

Verder gaat deze bepaling ongehoorde administratieve complicaties tot gevolg hebben : welke regels zal de Minis-ter opleggen om de verzekeringsinstellingen te doen uit-maken wanneer in een bepaalde prestatie overconsumptie intreedt en wanneer zij bepaalde prestaties nog of niet meer zullen mogen vergoeden (bv. achtereenvolgende radio-grafieën) ?

Een lid sluit zich bij deze beschouwingen aan.

De door de Minister beoogde maatregelen zullen in de eerste plaats de geldelijk minst bevooroordeelden onder de zieken treffen, die — daar zij de honoraria voor bepaalde prestaties zullen moeten voorschieten — zullen aarzelen zich te laten verzorgen; bovendien gaan zij die zieken tot tal-rijke administratieve formaliteiten en stappen verplichten.

Par ailleurs, ces nouvelles majorations viennent s'ajouter aux augmentations antérieures des interventions person-nelles dans les honoraires, les prestations, etc.

On assiste donc à une régression par rapport à la situation existant auparavant.

En outre, ces mesures vident la médecine forfaitaire de son contenu.

Le membre estime enfin que le Ministre a quelque peu modifié son point de vue précédent; cette remarque s'im-pose plus particulièrement en ce qui concerne la gratuité.

Répondant à ces arguments, le Ministre expose ce qui suit :

Le présent article n'est pas destiné à imposer aux malades une charge excessive.

Il semble toutefois souhaitable, compte tenu de la situa-tion financière de l'assurance maladie, de prévoir une con-tribution personnelle dans certaines prestations qui ne représentent qu'un risque léger et peuvent aisément donner lieu à une consommation abusive.

Enfin, le Ministre affirme n'avoir jamais été partisan de la médecine absolument gratuite, notamment en raison de la surconsommation de certaines prestations que provo-querait cette gratuité.

L'amendement de M. Leburton est considéré comme rejeté, l'article étant adopté par 11 voix contre 4.

Art. 2.

Cet article permet une certaine limitation du système du tiers payant.

Un amendement en ordre principal, émanant de M. Leburton tend à supprimer cet article.

Trois arguments ont principalement été invoqués à cet effet :

— les grands responsables de la surconsommation sont les médecins;

— qu'entendra-t-on, d'une part, par prestations moins coûteuses et, d'autre part, par prestations coûteuses ?

— il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'une disposition qui intéresse directement le financement du système de l'assu-rance maladie, mais simplement d'une technique de paie-ment qui fait l'objet d'accords particuliers entre les orga-nismes assureurs et les dispensateurs de soins médicaux, et qui est favorable aux moins fortunés, par exemple lorsqu'il s'agit de plusieurs prestations successives (p. ex. des piqûres).

Tout d'abord cette disposition va à l'encontre de l'accord du 25 juin 1964.

En outre, elle entraînera des complications administra-tives inouïes : quelles règles le Ministre édictera-t-il pour permettre aux organismes assureurs de distinguer à quel moment il y a surconsommation d'une prestation donnée, et à quel moment ils pourront encore ou ne pourront plus indemniser certaines prestations (radiographies successi-ves, p. ex) ?

Un membre se rallie à ces considérations.

Les mesures envisagées par le Ministre atteindront en premier lieu les moins fortunés, lesquels hésiteront à se faire soigner, étant donné qu'ils devront avancer les hono-raires pour certaines prestations; en outre, ces mesures contraindront les malades à l'accomplissement de nombreu-ses formalités et démarches administratives, ce qui contri-

wat niet zal bijdragen tot de populariteit van de sociale zekerheid in het algemeen en van de ziekteverzekering in het bijzonder.

Een ander commissielid vraagt zich eveneens af hoe men het onderscheid tussen minder dure en dure prestaties zal maken en hoe de Minister de tenuitvoerlegging van de beoogde maatregelen in de praktijk, d.i. bv. in de schoot van de verzekeringsinstellingen, ziet, zonder dat er te veel administratieve complicaties zullen uit voortvloeien. Men moet vermijden dat de voorgenomen controle meer gaat kosten dan de aangeklaagde overconsumptie.

Het zou goed zijn dat de Minister daaromtrent nadere uitleg verstrekt, vooral in verband met opeenvolgende prestaties van een bepaalde aard, bv. radiografieën.

Andere leden nog komen tussenbeide in dezelfde zin.

Op deze laatste vraag antwoordt de Minister vooreerst dat, in zijn ogen, het stelsel van de betalende derde niet slaat op het aantal maar op de waarde van de prestaties. Evenmin worden deze twee aspecten aan elkaar gekoppeld.

Voorts vestigt hij de aandacht op de volgende punten :

— de beoogde maatregel betekent geen financiële last voor de zieke;

het enige verschil t.o.v. de vroegere toestand bestaat hierin dat de zieke een kwijtschrift krijgt en betaalt, waarna hem door zijn verzekeringsinstelling de tussenkomst van deze laatste wordt terugbetaald; zo weet de verzekerde welke prestaties de geneesheer in rekening brengt en wat zij kosten; de Minister verwacht dat dit een rem zal plaatsen op het verbruik;

— de beoogde maatregel doet geen afbreuk aan het akkoord van 25 juni 1964; de mogelijkheid tot het afsluiten van akkoorden tussen de verzekeringsinstellingen en de verstrekkers van prestaties met het oog op het stelsel van de betalende derde blijft bestaan, maar binnen de door de Koning vastgestelde perken;

— de Minister zal er bij het nemen van de uitvoeringsmaatregelen op bedacht zijn geen verdere complicaties aan de verzekeringsinstellingen op te leggen;

— het begrip van de « dure verstrekking » is niet door de Minister ingevoerd, maar ligt reeds vervat in de huidige wetgeving. De bepaling ervan zal geen onoverkomelijke moeilijkheden opleveren. De courante verstrekkingen van de huisdokter kunnen alleszins niet onder de dure verstrekkingen worden gerekend;

— de Minister verbindt zich echter ertoe, alvorens hieromtrent een beslissing te nemen, het advies van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging in te winnen;

— bij herhaling van een bepaalde prestatie kan het aangewezen zijn de medische adviseur te doen tussenbeide komen om na te gaan of de medische prestaties nog gewettigd zijn. Deze kwestie houdt echter geen verband met de betalende derde.

Daarop wordt het amendement van de heer Leburton met 10 tegen 3 stemmen verworpen.

Een subsidair amendement van de heer Leburton strekt ertoe de perken van de overeenkomsten betreffende de betalende derde te laten vastleggen na eensluidend advies van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Een lid staft dit voorstel met te verwijzen naar het privaatrechtelijk karakter van de bedoelde overeenkomsten, zodat men er goed aan doet de vrijheid van de partijen die

buera pas à assoir la popularité de la sécurité sociale, en général, et de l'assurance-maladie, en particulier.

Un autre membre de la Commission se demande également comment s'opérera la distinction entre les prestations coûteuses et moins coûteuses et comment le Ministre voit dans la pratique, c'est-à-dire au sein des organismes assureurs p. ex., l'exécution des mesures envisagées pour qu'il n'en résulte pas trop de complications administratives. Il faut éviter que le contrôle proposé ne soit plus onéreux que la surconsommation dénoncée.

Il serait opportun que le Ministre fournisse des précisions à cet égard, surtout en ce qui concerne les prestations successives d'une nature déterminée, par exemple les radiographies.

D'autres membres interviennent également dans le même sens.

A cette dernière question, le Ministre répond tout d'abord qu'à son avis le système du tiers payant ne porte pas sur le nombre, mais sur la valeur des prestations; ces deux aspects ne sont néanmoins pas liés.

Il attire ensuite l'attention sur les points suivants :

— la mesure envisagée ne constitue pas une charge financière pour le malade;

— la seule différence par rapport à la situation antérieure consiste dans le fait que le malade reçoit un reçu lorsqu'il paie et que l'organisme assureur lui rembourse par après le montant de son intervention; l'assuré peut ainsi se rendre compte quelles sont les prestations portées en compte par le médecin et quel en est le prix; le Ministre escompte de cette mesure une diminution de la « consommation »;

— la mesure envisagée ne porte pas atteinte à l'accord du 25 juin 1964; la possibilité de conclusion d'accords entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins en vue de l'instauration d'un système du tiers payant est maintenue, mais dans les limites fixées par le Roi;

— en prenant les mesures d'exécution, le Ministre songera à ne pas imposer aux organismes assureurs d'autres complications en matière de remboursements;

— la notion de « prestation coûteuse » n'a pas été introduite par le Ministre lui-même, mais figure déjà dans la législation actuelle, la définition de cette notion ne présentera aucune difficulté insurmontable. Les prestations courantes du médecin traitant ne pourront de toute manière être comptées parmi les prestations coûteuses;

— le Ministre s'engage cependant à recueillir l'avis du Comité de gestion du Service des soins de santé avant de prendre une décision sur ce point;

— en cas de renouvellement répété d'une prestation déterminée, il peut être indiqué de faire intervenir le conseiller médical, afin de déterminer si les prestations médicales se justifient encore. Cette question ne présente cependant aucun rapport avec le « tiers payant ».

L'amendement de M. Leburton est ensuite rejeté par 10 voix contre 3.

Un amendement subsidiaire de M. Leburton, tend à faire fixer les limites des conventions relatives au tiers payant après avis conforme du Comité de gestion du Service des soins de santé.

Un membre appuie cette proposition en se référant au caractère privé de ces conventions; il serait donc sage de respecter, autant que possible, la liberté des parties repré-

vertegenwoordigd zijn in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, zoveel mogelijk te eerbiedigen, terwijl men bovendien allerlei administratieve verwickelingen uit de weg kan gaan; hij verwijst eveneens naar het beginsel van het paritair beheer.

Een ander lid twijfelt niet aan de inzichten van de huidige Minister, maar is beducht voor het gebruik dat men eventueel in de toekomst van de thans uitgebreide machten van tussenkomst zou kunnen maken.

Een lid stelt voor uit de tekst van de heer Leburton alleen het woord « eensluidend » te lichten.

Een lid maakt gewag van de adviezen waarvan sprake in artikel 6; daar zijn evenmin eensluidende adviezen bedoeld. Kan men artikel 2 en artikel 6 in dit opzicht niet op één lijn stellen?

Naar het oordeel van een spreker komt het opzet van de Minister erop neer dat hij het paritair beheer laat vallen: de verantwoordelijkheid van dit beheer wordt naar de Minister overgeplaatst. En, voegt een ander lid er nog aan toe, niet alleen heeft het vragen van een ander dan een eensluidend advies — d.i. het bindend advies van de meerderheid — geen zin, maar het nalaten ervan heeft tot verder gevolg dat het stelsel van de betalende derde — zoals trouwens het forfait (zie hierboven onder artikel 1) — van zijn inhoud wordt ontdaan. Bovendien is de beoogde maatregel om voor de hand liggende redenen zeker niet afdoende als controle op de overconsumptie, waarop, naar het oordeel van het lid, vooral de fiscale strook een rem kan leggen.

Een lid stelt vast dat niet het beheerscomité, maar de Koning zal beslissen welke prestaties als duur of niet duur zullen worden aangemerkt.

Maar het gemis van een eensluidend advies van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging kan, volgens hem, elke beslissing vanwege de Minister blokkeren.

In zijn antwoord verklaart de Minister het volgende:

— bij de algemene beraadslaging heeft hij reeds verklaard dat hij voor de uitvoering van deze wet het inzicht heeft de bevoegde instanties te raadplegen.

Hij kan zich echter niet aan een eensluidend advies binden.

Hij is van oordeel dat de sector ziekteverzekering nog niet rijp is voor de werkmethode van de paritaire comité's, maar als overtuigd voorstander van het paritair beheer hoopt hij dat vele van de — naar zijn oordeel te talrijke — organismen die in de bedoelde sector werken, eens op dezelfde wijze als de paritaire comité's zullen kunnen functioneren.

— het gaat niet op bij een bepaald artikel te vermelden dat de Minister de bevoegde organen moet raadplegen; dit zou de indruk wekken dat hij dit, wat andere artikelen betreft, niet moet doen, terwijl het in zijn bedoeling ligt dezelfde raadpleging in de verschillende domeinen van het wetsontwerp toe te passen.

De Minister zal echter over het gestelde probleem nadenken en nagaan of het mogelijk en voordelig is dienaangaande een tekst uit te werken die dan voor alle artikelen zou gelden, waarin aan de Koning een bevoegdheid ter uitvoering van deze wet wordt verleend.

Het subsidiair amendement van de heer Leburton wordt met 9 tegen 4 stemmen verworpen.

Artikel 2 wordt vervolgens met 9 tegen 4 stemmen aangenomen.

sentées au Comité de gestion du Service des soins de santé, tandis qu'il deviendrait, en outre, possible d'éviter toutes sortes de complications administratives; il renvoie également au principe de la gestion paritaire.

Un autre membre ne doute pas des intentions du Ministre, mais il craint l'usage qui pourrait éventuellement être fait des pouvoirs étendus d'intervention actuellement accordés.

Un membre propose que, du texte de M. Leburton, soit supprimé uniquement le mot « conforme ».

Un membre fait état des avis dont il est question à l'article 6; il n'est pas davantage question, dans cet article, d'avis conformes. Ne pourrait-on, à cet égard, procéder à un alignement des articles 2 et 6?

L'orateur estime que le Ministre a, en fin de compte, l'intention de renoncer à la gestion paritaire; la responsabilité de cette gestion est transférée au Ministre. Un autre membre ajoute encore à cette déclaration que, non seulement, le fait de demander un avis ayant un caractère différent de celui d'un avis conforme — c'est-à-dire l'avis impératif de la majorité — est dépourvu de portée, mais que l'omission de celui-ci implique la conséquence que le système du tiers payant — de même que le forfait, d'ailleurs (voir ci-dessus à l'article premier) — est vidé de son contenu. En outre, la mesure envisagée n'est, pour des raisons évidentes, certainement pas une mesure efficace de contrôle de la surconsommation, à laquelle, de l'avis du membre, la souche fiscale surtout est destinée à mettre un frein.

Un membre constate que ce n'est pas le Comité de gestion mais bien le Roi qui décidera quelles seront les prestations considérées comme coûteuses ou non.

L'absence d'avis conforme du Comité de gestion du Service des soins de santé peut cependant, à son avis, bloquer toute décision du Ministre.

En réponse, le Ministre déclare ce qui suit:

— lors de la discussion générale, il a déclaré déjà que pour l'exécution de la présente loi, il avait l'intention de consulter les instances compétentes.

Il ne peut cependant accepter d'être lié par un avis conforme.

Il estime que le secteur de l'assurance maladie n'est pas mûr pour les méthodes de travail des commissions paritaires, mais, en tant que partisan convaincu de la gestion paritaire, il espère que les — à son avis trop nombreux — organismes qui travaillent dans ce secteur pourront un jour fonctionner de la même manière que les commissions paritaires.

— il ne peut être question de déclarer, à propos d'un article déterminé, que le Ministre doit consulter les organes compétents; cette procédure serait de nature à créer l'impression qu'il est dispensé d'une telle consultation pour d'autres articles, alors qu'il a précisément l'intention de le faire dans les différents domaines régis par le présent projet de loi.

Le Ministre réfléchira cependant encore au problème ainsi posé et examinera la possibilité et l'opportunité de rédiger un texte qui puisse être valable en ce qui concerne l'ensemble des articles et confère au Roi le pouvoir d'assurer l'exécution de la présente loi.

L'amendement subsidiaire de M. Leburton est rejeté par 9 voix contre 4.

L'article 2 est ensuite adopté par 9 voix contre 4.

Art. 3.

Dit artikel strekt ertoe de stemwijze in de medisch-mutualistische commissie en in de commissie tandartsen-mutualiteiten te wijzigen (mogelijke beslissing bij meerderheid van elke groep in de loop van twee verschillende zittingen).

Het amendement van de heer Leburton strekt ertoe de vroegere toestand, met name de drievierden-meerderheid in elke groep : mutualiteiten/geneesheren, tandartsen, te behouden door de afschaffing van het voorgestelde artikel. dievierden eveneens reeds een afwijking betekent;

Aangevoerde argumenten :

— afwijking van het stelsel van het paritair beheer dat de eenparigheid huldigt en waarop de formule van de dievierden eveneens reeds een afwijking betekent;

— de beoogde maatregel wordt aangevoeld als gericht tegen en als een overbodige ergernis voor een bepaalde Landsbond n.l. die van de socialistische mutualiteiten; deze, wat spreker noemt « symbolische agressie tegen de socialistische beweging », zal onvermijdelijk zijn weerslag hebben op de verhoudingen tussen de partijen en hun organisaties op andere terreinen; hij kan trouwens uitdraaien nu eens tegen die dan tegen gene van hen die erbij betrokken zijn; het verdient de voorkeur dat geschillen als die waarop de maatregel slaat, door onderhandelingen en niet door occasionele wijziging van de wetgeving worden geregeld; ten slotte is het jammer dat aldus nog verder een wig wordt gedreven in het sociaal front dat, ter verdediging van de ziekteverzekering en van de ziekte, tegenover de geneesheren staat.

Een lid sluit zich bij dit betoog aan : ondanks strijdige beweringen weet iedereen dat de bedoelde maatregel tegen de socialistische mutualiteiten is gericht omwille van het geschil rond het forfait, dan wanneer men het steeds zo heeft verstaan dat bepaalde belangrijke beslissingen slechts met de instemming van alle betrokken mutualiteiten zouden worden genomen.

De Minister kan het amendement om de hierna uiteenzette redenen niet aanvaarden.

Hij ontkent vooreerst dat dit artikel de socialistische mutualiteiten viseert. Wat hij wil voorkomen is dat, ingevolge de samenstelling van de medisch-mutualistische commissie : 20 leden, n.l. 10 van elke groep, het zou mogelijk zijn dat een kleine minderheid van 3 leden behorend tot de ene of de andere groep — en hierbij zijn ook de geneesheren gevisieerd, van wie men de verdeeldheid kent — de gehele werking van de commissie zou blokkeren.

Men mag ook, aldus de Minister, de regels van het paritair beheer t.o.v. sommige onvolgroeide toestanden niet te ver drijven.

Vervolgens blijft het beginsel van de drievierden-meerderheid als eerste regel behouden; slechts bij klaarblijkelijke onwil van een kleine fractie van één van de betrokken groepen, zal op de voorgestelde hervormde wijze van stemmen een beroep worden gedaan.

Ook verklaart hij zich bereid de mogelijkheid te overwegen dezelfde stemmingsregelen als die bepaald in artikel 3 van het wetsontwerp, door een later te nemen koninklijk besluit eveneens toe te passen op alle overeenkomsten-commissies

Hiervoor is inderdaad geen nieuwe wijziging van de wet nodig.

De 75 %-clausule komt overigens niet voor in de tekst van het akkoord van 25 juni 1964, maar wel in de preciese teksten die eruit zijn voortgevloeid en die dateren van 1 oktober 1964.

De huidige maatregel heeft uitsluitend ten doel het verbotinstemstelsel toch een kans te geven, wanneer er geen

Art. 3.

Cet article tend à modifier le mode de votation au sein de la commission médico-mutualiste et de la commission dento-mutualiste (la décision éventuelle étant acquise à la majorité dans chaque groupe au cours de deux réunions différentes).

L'amendement de M. Leburton tend, par la suppression de l'article proposé, à maintenir la situation antérieure, notamment la majorité des trois quarts dans chaque groupe : mutualités, médecins, dentistes.

Les arguments avancés sont les suivants :

— il s'agit d'une dérogation au régime de la gestion paritaire qui requiert l'unanimité et vis-à-vis de laquelle la formule des trois quarts constituait déjà une dérogation;

— la mesure envisagée est ressentie comme une manifestation d'hostilité et une vexation inutile à l'égard d'une fédération nationale déterminée, c'est-à-dire celle des mutualités socialistes; ce que l'orateur qualifie d'« agression symbolique contre le mouvement socialiste » entraînera inévitablement des répercussions sur les rapports entre les partis et leurs organisations sur d'autres plans; cette mesure peut d'ailleurs se retourner contre l'une et, ensuite, contre l'autre des parties intéressées; il serait préférable de régler les différents comme celui auquel s'applique la mesure, par des négociations et non par des modifications occasionnelles de la législation; enfin, il est regrettable que, par cette procédure, un coin soit enfoncé dans le front social qui s'était formé contre les médecins pour la défense de l'assurance-maladie et des malades.

Un membre se rallie à ces arguments : en dépit des affirmations contraires, chacun se rend parfaitement compte que la mesure projetée est dirigée contre les mutualités socialistes, en raison du différend au sujet du forfait, alors qu'il avait toujours été entendu que certaines décisions importantes ne pouvaient être prises qu'avec l'assentiment de toutes les mutualités intéressées.

Le Ministre ne peut admettre l'amendement pour les motifs exposés ci-dessous.

Il nie tout d'abord que les mutualités socialistes soient visées par cet article. Son but est d'éviter que de par la composition de la commission médico-mutualiste et dento-mutualiste (20 membres, c'est-à-dire, 10 membres issus de chaque groupe), il ne soit possible à une infime minorité de trois membres, appartenant à l'un ou l'autre de ces groupes, — les médecins, dont la division en matière de représentativité est de notoriété publique, étant ici également visés — de bloquer tout le fonctionnement de la commission.

Dès lors, estime le Ministre, il convient de ne pas pousser trop loin l'application des règles de gestion paritaire dans certaines situations en évolution.

Par ailleurs, le principe de la majorité des trois quarts reste maintenu en tant que règle principale; ce n'est que dans les cas de mauvaise foi manifeste de la part d'une petite fraction de l'un des groupes intéressés qu'il sera fait appel au nouveau mode de votation prévu par le projet.

Il se déclare dès lors disposé à envisager la possibilité d'appliquer à l'ensemble des commissions pour les conventions des règles identiques à celles fixées à l'article 3 du projet de loi, et ce par voie d'arrêté royal qui serait pris ultérieurement.

Aucune modification nouvelle de la loi n'est nécessaire à cette fin.

La clause des 75 % ne figure d'ailleurs pas dans le texte de l'accord du 25 juin 1964, mais bien dans les textes précis qu'en ont découlé et qui datent du 1^{er} octobre 1964.

La mesure actuelle est exclusivement destinée à donner, malgré tout, une chance au système des conventions lors-

voldoende ruime meerderheid in de schoot van de bevoegde commissies aanwezig is.

Het amendement van de heer Leburton is beschouwd als verworpen, daar artikel 3 met 10 tegen 4 stemmen wordt aangenomen.

Art. 4.

Dit artikel heeft betrekking op de versoepeling van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961.

Een amendement van de heer Leburton strekt tot de schrapping van dit artikel.

Reden : alles wat het artikel beoogt, is ook mogelijk op de thans bestaande wettelijke gronden.

Het is bovendien in tegenspraak met de preciese teksten die voortvloeiden uit de akkoorden van 25 juni en 1 oktober 1964.

Of heeft dit artikel, aldus het lid, enkel ten doel een juridische grondslag te geven aan het besluit van 6 juni 1966, waarbij de band tussen honoraria en terugbetalingen wordt gelost ?

Antwoord :

Dit artikel is noodzakelijk en biedt de mogelijkheid artikel 52 toe te passen in de vormen zoals voorgeschreven in het advies van de Raad van State en hernomen in de definitieve tekst, bv. op gewestelijk vlak; thans is de Minister verplicht, indien er geen akkoorden zijn, de bevoegdheid hem verleend bij artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 over het gehele land uit te oefenen, zelfs wanneer slechts in enkele gewesten overdreven honoraria zouden gevraagd worden.

Het amendement van de heer Leburton is beschouwd als verworpen ingevolge de aanneming van dit artikel met 9 tegen 5 stemmen.

Art. 5.

Betreffende dit amendement gelden dezelfde argumenten voor en tegen als die aangehaald bij de bespreking van artikel 2.

Het amendement van de heer Leburton (schrapping) is beschouwd als verworpen ingevolge de aanneming van dit artikel met 10 tegen 4 stemmen.

Art. 6.

Dit artikel heeft betrekking op de wijzigingen die eventueel door de Koning kunnen aangebracht worden in de voorwaarden van de terugbetalingen en in de nomenclatuur.

Op het bedoelde artikel heeft de heer Leburton in hoofdorde een amendement voorgesteld dat strekt tot schrapping ervan.

Een lid vestigt de aandacht op :

— de omvang van de verleende bevoegdheid die zich tot de terugbetalingen uitstrekt;

— de kwestie van de nomenclatuur : het lid is akkoord dat in aansluiting aan de vorderingen van de wetenschap wijzigingen moeten kunnen worden aangebracht in de nomenclatuur; hij onderstreept daarbij het belang van de medische en tandheelkundige technische raden.

Door de bevoegdheid die dit artikel aan de Minister verleent, wordt echter nogmaals inbreuk gepleegd op het beginsel van het paritair beheer zoals het in de bedoelde technische raden en in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging tot uiting komt; dit geldt trouwens eveneens voor het akkoord van 25 juni 1964.

qu'il n'existe plus de majorité suffisamment large au sein de la commission compétente.

L'amendement de M. Leburton est considéré comme rejeté, l'article 3 étant adopté par 10 voix contre 4.

Art. 4.

Cet article concerne l'assouplissement de l'article 52 de la loi du 14 février 1961.

Un amendement de M. Leburton tend à supprimer cet article.

Motif : tout ce qui est visé par cet article est également possible sur les bases légales actuellement en vigueur.

De plus, il est en contradiction avec les textes précis qui ont fait suite aux accords des 25 juin et 1^{er} octobre 1964.

Ou bien, se demande le membre, cet article s'efforce-t-il uniquement de donner un fondement juridique à l'arrêté du 6 juin 1966, qui relâche les liens existant entre les honoraires et les remboursements ?

Réponse :

Cet article est indispensable et permet d'appliquer, p. ex. sur le plan régional, l'article 52 dans les formes prescrites par l'avis du Conseil d'Etat et reprises dans le texte définitif; actuellement, le Ministre est obligé, lorsqu'il n'y a pas d'accords, d'exercer sur l'ensemble du pays la compétence que lui attribue l'article 52 de la loi du 14 février 1961, même si ce n'est que dans quelques régions que les honoraires exigés se sont révélés excessifs.

L'amendement de M. Leburton est considéré comme rejeté, le présent article étant adopté par 9 voix contre 5.

Art. 5.

Il est possible, à propos de cet amendement, d'invoquer les mêmes arguments favorables ou défavorables que ceux qui ont été cités lors de la discussion de l'article 2.

L'amendement de M. Leburton (suppression) est considéré comme rejeté, le présent article étant adopté par 10 voix contre 4.

Art. 6.

Cet article a trait aux modifications que le Roi peut éventuellement apporter aux remboursements et à la nomenclature.

M. Leburton a présenté, en ordre principal, un amendement qui tend à supprimer cet article,

Un membre attire l'attention :

— sur l'étendue de la compétence octroyée en ce qui concerne les remboursements;

— sur le problème de la nomenclature : le membre admet que, parallèlement aux progrès de la science, des modifications doivent pouvoir être apportées à la nomenclature; il souligne à cet égard l'intérêt des conseils techniques de médecins et de dentistes.

La compétence octroyée au Ministre par cet article déroge cependant une fois de plus au principe de la gestion paritaire, telle qu'elle se manifeste au sein des conseils techniques et du Comité de gestion du Service des soins de santé; il en est d'ailleurs de même en ce qui concerne l'accord du 25 juin 1964.

De geneesheren kunnen, naar zijn oordeel, in deze bepaling een voorwendsel vinden om hun medewerking aan de ziekteverzekering te weigeren, terwijl, zoals reeds werd gezegd, het gevaar dreigt dat, mede onder die druk, via de verhoogde tussenkomsten van de verzekerde en de herziening van de terugbetalingen, de zieken en de verzekerden nogmaals het kind van de rekening zullen worden.

Het lid kant zich tegen misbruiken maar ook tegen « fantaisistische » maatregelen die de verzekering alleen maar kunnen schaden.

Hierop antwoordt de Minister wat volgt: De amendementen van de heer Leburton werden zeer ernstig in overweging genomen.

De Minister is zich wel ervan bewust dat artikel 6 een zeer belangrijk en delikaat artikel is.

Het is een algemeen artikel dat slaat op alle prestaties; men mag dus van hem niet vragen dat niet zou worden geraakt aan de prerogatieven van de geneesheren en wel aan die van de andere verstrekkers van medische zorgen die onder een stelsel van overeenkomsten werken.

Het is ook een tijdelijk artikel.

Het doel van artikel 6 is, aldus de Minister, door het herleiden tot hun werkelijke waarde van bepaalde medische, paramedische en technische akten, alsmede van de prothesen, het geheel van de uitgaven van de ziekteverzekering voor de gezondheidszorg naar omlaag te drukken, zonder te raken aan de kwaliteit van de geneeskunde.

Dit kan worden bereikt op een tweevoudige wijze:

1° door een wijziging te brengen aan de waarde van de sleutelletter.

De sleutelletter is de vermenigvuldigingsfactor van de relatieve waarde waardoor men uiteindelijk tot een concreet honorarium of een concrete kostprijs komt.

vb.: radiografie van de maag = K 70;
K = vermenigvuldigingsfactor;
70 = relatieve waarde.

De vermenigvuldigingsfactor K is in het koninklijk besluit van 6 juni 1966: $12 F + 5\%$ index, zodat de werkelijke waarde van bovengenoemde prestatie $12,60 F \times 70 = 882 F$ bedraagt.

De wijziging aan deze sleutelletter kan geschieden zonder verandering aan de wetgeving in uitvoering van artikel 52 van de Eenheidswet gedurende de periode tijdens welke er geen overeenkomsten of verbintenissen afgesloten zijn.

Op dit ogenblik zijn er wel overeenkomsten voor de paramedische beroepen en voor de leveranciers van prothesen, zodat het onmogelijk is voor deze categorieën hogergenoemde formule in haar geheel toe te passen.

Het blijkt nochtans dat, meer bepaald voor zekere prothesen, een onmiddellijke verlaging van de kostprijs dringend geboden is.

Deze formule kan niet veralgemeend worden tenzij door een wetswijziging die de structuur zelf van het overeenkomstenstelsel raakt, wat de Minister niet wenst te doen.

2° door wijziging te brengen aan de relatieve waarde.

Het ontwerp laat zulks toe, zowel in het stelsel van de verbintenissen als daarbuiten.

Het lijkt verantwoord dringend van deze maatregel gebruik te maken voor bepaalde prothesen.

Zoals reeds werd gezegd, is de Minister zich bewust van het delikate van deze maatregel, wat de medische akten betreft: daarom is het zijn bedoeling slechts uitzonderlijk van deze mogelijkheid gebruik te maken.

Na de goedkeuring van deze wet zal de medisch-technische raad worden verzocht zich ernstig bezig te houden

Il estime que les médecins pourront découvrir dans cette disposition un prétexte pour refuser leur collaboration à l'assurance maladie, cependant que, comme il a déjà été dit, le risque existe de voir, sous cette pression ainsi qu'en raison de l'augmentation des interventions de l'assuré et de la révision des remboursements, les malades et les assurés être une fois de plus les victimes d'une telle opération.

Le membre s'insurge contre les abus, mais aussi contre les mesures « fantaisistes » qui ne peuvent que porter préjudice à l'assurance maladie.

Le Ministre répond sur ce point que les amendements de M. Leburton ont été examinés très sérieusement.

Le Ministre est conscient que l'article 6 constitue un article à la fois très important et très délicat.

Il s'agit d'un article général, qui se rapporte à toutes les prestations; on ne peut donc lui demander de ne pas porter atteinte aux prérogatives des médecins tout en touchant à celles des autres dispensateurs de soins médicaux qui travaillent sous un régime de conventions.

Il s'agit également d'un article provisoire.

Le but de l'article 6 est, déclare le Ministre, en ramenant à leur valeur réelle certains actes médicaux, para-médicaux et techniques ainsi que les prothèses, est de comprimer l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie destinées aux soins de santé (sans toucher à la qualité de la médecine).

Ce but peut être atteint de deux façons:

1° en modifiant la valeur de la lettre-clé.

Cette lettre-clé représente le coefficient de la valeur relative et permet de déterminer un honoraire ou un prix de revient concret.

Ex: radiographie de l'estomac = K 70;
K = coefficient;
70 = valeur relative.

Le coefficient K est, en vertu de l'arrêté royal du 6 juin 1966, égal à $12 F + 5\%$ résultant de l'index, de sorte que la valeur réelle de la prestation précitée s'élève à $12,60 F \times 70 = 882 F$.

La modification de la clé peut, en vertu de l'article 52 de la loi unique, se faire, pendant la période au cours de laquelle il n'est conclu aucun accord ou aucune convention sans changer de législation.

A l'heure actuelle, il existe des accords relatifs aux professions paramédicales et aux fournisseurs de prothèses, de sorte que, pour ces catégories, il est impossible d'appliquer intégralement la formule précitée.

Il apparaît cependant que, pour certaines prothèses en particulier, une réduction immédiate du prix s'impose d'urgence.

Cette formule ne peut donc être généralisée que par une modification de la législation touchant au régime même des conventions, ce que le Ministre ne désire pas faire.

2° en modifiant la valeur relative.

Le projet le permet, tant dans le régime des conventions qu'en dehors de celui-ci.

Il semble se justifier d'user d'urgence d'une telle mesure en ce qui concerne certaines prothèses.

Comme il a déjà été dit, le Ministre a conscience du caractère délicat d'une telle mesure en ce qu'elle concerne les actes médicaux; c'est pour cette raison qu'il a l'intention de n'user qu'exceptionnellement de cette possibilité.

Après l'adoption de la présente loi, il sera demandé au conseil médico-technique de s'occuper sérieusement de

met de studie van deze aangelegenheid en de Minister begrijpt dat zulks niet onmiddellijk kan gebeuren.

Indien deze raad binnen een redelijke termijn er in slaagt voorstellen in te dienen die een bevredigend resultaat opleveren, zal van deze voorstellen niet worden afgeweken.

Slechts wanneer de Minister geplaagd wordt tegenover onoverkomelijke meningsverschillen in de schoot van die raad of wanneer die raad in gebreke blijft, behoudt hij zich het recht voor, na advies van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, en na ruime raadplegingen, zijn verantwoordelijkheid op te nemen.

Hij herhaalt ten slotte dat deze maatregel een tijdelijk karakter heeft.

* * *

Het amendement in hoofddorde van de heer Leburton wordt met 11 tegen 4 stemmen verworpen.

* * *

Eerste subsidiair amendement van de heer Leburton.

Het eerste subsidiair amendement strekt ertoe de bepaling betreffende de bevoegdheid van de Minister op het stuk van de wijziging van de voorwaarden van de terugbetalingen uit de tekst van het ontwerp weg te laten.

Een lid vreest dat de samengevoegde discretionaire bevoegdheid tot wijziging van de nomenclatuur en van de terugbetalingen later ertoe zou kunnen leiden dat de ziekteverzekering van haar inhoud wordt ontdaan en haalt als een extreem voorbeeld aan de beperking van de tussenkomsten van de ziekteverzekering tot de behandelingen in het ziekenhuis.

Indien het, aldus het lid, tegen zgn. overconsumptie van bepaalde prestaties gaat, waarom zich dan niet beperken tot het invoeren van het verstrekkingenboekje?

Hierop antwoordt de Minister :

Dit amendement stemt praktisch overeen met de tekst van het wetsontwerp. Alléén worden daarin niet weerhouden de mogelijke wijzigingen aan de voorwaarden waarvan de vergoeding van de geneeskundige verstrekkingen afhangt.

De indiener van dit amendement rechtvaardigt deze wijziging door te zeggen dat het niet gepast lijkt aan de Uitvoerende Macht het recht toe te kennen het terugbetalingsstelsel, waarvan de beginselen en de regelen door de Wetgever werden vastgelegd, te wijzigen.

Hierbij doet de Minister onmiddellijk opmerken dat de voorwaarden inzake terugbetaling vermeld in dit artikel van het wetsontwerp, niet slaan op het terugbetalingsstelsel.

Het gaat hier eenvoudig om bepaalde administratieve voorwaarden waarvan de terugbetaling afhankelijk is, bv. een mogelijke beperking van terugbetaling voor dezelfde prestaties binnen eenzelfde periode.

Overigens is het moeilijk in te zien dat dit amendement minder zou indruisen tegen het akkoord van 25 juni 1964.

Een lid meent dat het niet zozeer in de bedoeling ligt te raken aan de medisch-wetenschappelijke handelingen dan wel aan de technische handelingen, daar het vooral in deze laatste sector is dat zich misbruiken voordoen.

Hij vraagt zich dienvolgens af of het niet opportuun zou zijn dat de Minister — buiten de nomenclatuur — zijn bemoeiing zou beperken tot de niet geconventioneerde geneesheren en meer precies tot de technische handelingen

l'étude de cette question et le Ministre conçoit que cela ne pourra se faire immédiatement.

Si ce conseil parvient à faire — dans un délai raisonnable — des propositions qui donnent un résultat satisfaisant, on ne s'écartera pas de ces propositions.

Ce n'est que lorsque le Ministre se trouvera en présence de divergences d'opinion insurmontables au sein du conseil ou lorsque ce dernier fera preuve de carence, qu'il se réserve le droit de prendre ses responsabilités, après avoir recueilli l'avis du comité de gestion du Service des soins de santé et avoir procédé à de larges consultations.

Il répète en conclusion que ladite mesure revêt un caractère temporaire.

* * *

L'amendement en ordre principal de M. Leburton est rejeté par 11 voix contre 4.

* * *

Premier amendement en ordre subsidiaire de M. Leburton.

Le premier amendement en ordre subsidiaire tend à supprimer du texte du projet la disposition relative à la compétence du Ministre en matière de modification des conditions de remboursement.

Un membre craint que le cumul des compétences discrétionnaires concernant la nomenclature et les remboursements puisse ultérieurement faire apparaître le risque que l'assurance maladie-invalidité soit vidée de son contenu et cite, comme exemple extrême, la limitation des interventions de l'assurance maladie aux interventions effectuées dans un établissement hospitalier.

S'il s'agit, déclare ce membre, de combattre la prétendue « surconsommation » de certaines prestations, pourquoi ne pas se borner à l'instauration du carnet de prestations?

Le Ministre répond :

Cet amendement équivaut pratiquement au texte du projet de loi, sauf qu'il n'envisage pas la faculté de modifier les conditions dont dépend l'indemnisation des prestations médicales.

L'auteur de l'amendement justifie cette omission en faisant valoir qu'il ne convient pas de conférer à l'Exécutif le droit de modifier le régime des remboursements dont les principes et les règles ont été fixés par le législateur.

Le Ministre fait observer aussitôt que les conditions de remboursement, telles qu'indiquées dans cet article du projet, ne concernent pas le régime des remboursements.

Il s'agit simplement de certaines conditions administratives dont dépend le remboursement, par exemple la faculté de limiter le remboursement de prestations identiques, effectuées au cours d'une certaine période.

Il est d'ailleurs assez malaisé de voir si ledit amendement sera, dans une moindre mesure, contraire à l'accord du 25 juin 1964.

Un membre estime qu'il ne s'agit pas tellement de toucher aux actes médico-scientifiques qu'aux actes techniques, puisque c'est, dans ce secteur surtout, que se constatent des abus.

Il se demande dès lors s'il ne serait pas opportuun que le Ministre borne son intervention — se situant en dehors de la nomenclature — aux seuls médecins non conventionnés et, plus précisément, aux actes techniques accomplis par

van die geneesheren. Derwijze bestaat, volgens het lid, een mogelijkheid om het medisch korps gunstig te stemmen.

De Minister van zijn kant meent dat een uitgebreider bevoegdheid voordeliger is omdat zij hem moet toelaten ook bepaalde medisch-wetenschappelijke akten te herwaarderen.

Het eerste subsidiair amendement van de heer Leburton wordt met 12 tegen 4 stemmen verworpen.

Tweede subsidiair amendement van de heer Leburton: het verstrekkingenboekje.

Dit amendement wordt als volgt verdedigd :

In haar regeringsverklaring van 23 maart 1966 kondigt de Regering haar voornemen aan een medisch verstrekkingenboekje in te voeren. Op het ogenblik dat zij volmachten vraagt om haar toe te laten de nomenclatuur te herzien zonder het initiatief van de medisch-technische raad af te wachten, ziet men niet in waarom zij niet op dezelfde wijze zou handelen inzake het verstrekkingenboekje, dat in de huidige stand van de wetgeving slechts kan ingevoerd worden op voorstel van genoemde technische raad.

Een lid stipt hierbij nog aan dat, zoals o.m. in verband met de toepassing van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961, de Regering zonder veel bezwaar over alle raadplegingen kan heenstappen; dit geldt ook voor de nomenclatuur en de in dat verband te raadplegen organen van de ziekteverzekering.

De Minister antwoordt wat volgt :

Het invoeren van een verstrekkingenboekje komt inderdaad voor in de regeringsverklaring, doch moet geplaatst worden in het kader van een reeks andere maatregelen die gezamenlijk na grondige voorbereiding aan de Wetgever ter goedkeuring zullen worden voorgelegd.

Een lid noemt deze uitleg van de Minister « precair » en zal zich onthouden.

Het tweede subsidiair amendement van de heer Leburton wordt met 10 tegen 4 stemmen en 1 onthouding verworpen.

Derde subsidiair amendement van de heer Leburton: de raadpleging van de sociale partners over de nomenclatuur.

Dit, volgens een lid, zeer belangrijk amendement wordt als volgt verdedigd :

Het is niet logisch dat wijzigingen aan de nomenclatuur zouden worden aangebracht die verhogingen van de uitgaven meebrengen tegen het advies in van de vertegenwoordigers van de werknemers en de werkgevers, die geroepen zijn het grootste deel van de financiële lasten van de verzekering te dragen en dus op dit gebied recht op controle hebben.

De Minister antwoordt wat volgt :

De huidige wettekst voorziet, in artikel 34, al. 3, in de verplichting om de akkoorden die werden bereikt in de Nationale Commissie van Geneesheren en Ziekenfondsen, voor advies te onderwerpen aan de vertegenwoordigers van de werknemers- en werkgeversorganisaties in de schoot van de Algemene Raad, waardoor deze vertegenwoordigers in de gelegenheid worden gesteld hun advies uit te brengen over de financiële weerslag van bepaalde akkoorden, in hun geheel genomen.

ces médecins. Ce faisant, estime le membre, il deviendrait possible d'influencer favorablement le corps médical.

Le Ministre précise, pour sa part, qu'une extension de pouvoir serait préférable, celle-ci devant lui permettre de revaloriser également certains actes médico-scientifiques.

Le premier amendement subsidiaire de M. Leburton est rejeté par 12 voix contre 4.

Deuxième amendement en ordre subsidiaire de M. Leburton: le carnet de prestations médicales.

La justification de cet amendement est la suivante :

Dans sa déclaration gouvernementale du 23 mars 1966, le Gouvernement annonce son intention d'instaurer le carnet de prestations médicales. Au moment où il demande une délégation de pouvoirs lui permettant de reviser la nomenclature sans attendre l'initiative du Conseil technique médical, on ne voit pas pourquoi il n'agirait pas de même en ce qui concerne le carnet de prestations qui ne peut être instauré, dans l'état actuel de la législation, que sur proposition dudit Conseil technique.

Le membre souligne encore à ce propos qu'il est loisible au Gouvernement, tout comme il l'a fait notamment pour l'application de l'article 52 de la loi du 14 février 1961, de se passer, sans trop de difficultés, de toute consultation; ceci vaut également pour la nomenclature et les organes de l'assurance maladie appelées à être consultées à ce sujet.

Le Ministre répond ce qui suit :

L'instauration du carnet de prestations figure, en effet, dans la déclaration gouvernementale, mais doit se situer dans le cadre d'une série d'autres mesures qui, après avoir été soigneusement élaborées, seront soumises à l'approbation du Législateur.

Un membre qualifie de « precaire » cette explication du Ministre et s'abstiendra.

Le deuxième amendement en ordre subsidiaire de M. Leburton est rejeté par 10 voix contre 4 et 1 abstention.

Troisième amendement en ordre subsidiaire de M. Leburton: la consultation des partenaires sociaux au sujet de la nomenclature.

Cet amendement, d'une grande importance déclare un membre, a été défendu comme suit :

Il n'est pas logique que des modifications à la nomenclature entraînant des augmentations de dépenses soient apportées contre l'avis des représentants des travailleurs et des employeurs appelés à supporter la plus grande partie des charges financières de l'assurance et qui détiennent dès lors un droit de contrôle en ce domaine.

Le Ministre répond ce qui suit :

Le texte actuel de la loi prévoit, en son article 34, alinéa 3, l'obligation de soumettre pour avis les accords conclus au sein de la commission nationale médico-mutualiste aux représentants des organisations des travailleurs et des employeurs au conseil général, lesdits représentants se voyant ainsi offrir la possibilité de donner leur avis sur les répercussions financières de certains accords considérés dans leur ensemble.

Uit deze bepaling blijkt dat het doel dat in het amendement wordt vooropgesteld, reeds is bereikt.

Dit laatste subsidiair amendement wordt met 11 tegen 4 stemmen verworpen.

* * *

Het gehele artikel wordt met 9 tegen 3 stemmen en 1 onthouding aangenomen.

Art. 7.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 8.

Dit artikel handelt over de inwerkingtreding van de wet. Hierop is een amendement ingediend door de heer Leburton dat ertoe strekt de maatregelen genomen in uitvoering van de wet, te doen samenvallen met de invoering van de fiscale strook.

Ter verdediging van dit amendement wordt het akkoord van 25 juni 1964 ingeroepen dat de fiscale strook voorziet; verder wordt gewezen op het feit dat het ontwerp lasten kan leggen op de zieke en op de verzekerde en dat derhalve het onaanvaardbaar zou zijn dat die strook niet zou worden ingevoerd.

Hierop antwoordt de Minister dat hij groot belang hecht aan de fiscale strook; dat, volgens de aan hem gedane verklaring van zijn collega van Financiën die terzake alleen bevoegd is, die strook per 1 oktober e.k. zal worden ingevoerd; en dat hij bereid is aan zijn collega te vragen die verklaring tijdens het debat in openbare vergadering te herhalen.

Ondertussen moet hem echter de mogelijkheid worden gelaten uitvoeringsmaatregelen te nemen.

Dit amendement wordt met 9 tegen 3 stemmen en 1 onthouding verworpen. Artikel 8 wordt met 11 tegen 3 stemmen aangenomen.

* * *

Stemming over het gehele ontwerp : het ontwerp wordt goedgekeurd met 11 tegen 3 stemmen en 1 onthouding. Het verslag wordt eenparig goedgekeurd.

De Verslaggevers,

O. DE MEY,
L. D'HAESELEER.

De Voorzitter,

L. MAJOR.

Il appert de ladite disposition que le but de l'amendement se trouve déjà atteint.

Ce dernier amendement subsidiaire est rejeté par 11 voix contre 4.

* * *

L'ensemble de l'article est adopté par 9 voix contre 3 et 1 abstention.

Art. 7.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 8.

Cet article a trait à l'entrée en vigueur de la loi.

M. Leburton a introduit à ce propos un amendement qui tend à faire coïncider les mesures prises en exécution de la présente loi avec l'instauration de la souche fiscale.

Pour défendre cet amendement, est invoqué l'accord du 25 juin 1964 qui prévoit l'instauration de la souche fiscale; l'accent est mis, en outre, sur le fait que le projet peut faire supporter des charges par le malade ou par l'assuré et qu'il serait, dès lors, inadmissible de ne pas instaurer cette souche.

Le Ministre répond qu'il attache une grande importance à la souche fiscale, laquelle, selon la déclaration que lui a faite son collègue des Finances, seul compétent en la matière, sera instaurée le 1^{er} octobre prochain; il ajoute qu'il est prêt à demander à son collègue de réitérer cette déclaration au cours du débat en séance publique.

Entre-temps, il convient cependant de lui laisser la possibilité de prendre des mesures d'exécution.

Cet amendement est rejeté par 9 voix contre 3 et une abstention.

L'article 8 est adopté par 11 voix contre 3.

* * *

Vote sur l'ensemble du projet : ce dernier est adopté par 11 voix contre 3 et 1 abstention.

Le présent rapport est adopté à l'unanimité.

Les Rapporteurs,

O. DE MEY,
L. D'HAESELEER.

Le Président,

L. MAJOR.