

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1965-1966

22 JUNI 1966

WETSONTWERP

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

AANVULLEND VERSLAG
NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE SOCIALE VOORZORG (1)
UITGEBRACHT DOOR DE HEREN
DE MEY EN D'HAESELEER.

DAMES EN HEREN,

Uw Commissie heeft een beraadslaging gewijd aan de amendementen die, na de indiening van het verslag over het ontwerp n° 199-1 betreffende de ziekteverzekering, door de Regering werden neergelegd (Stuk 199-4).

Een opmerking van een lid gaf aanleiding tot een discussie over de te volgen procedure; als gevolg daarvan, beperkte de Commissie zich tot een bespreking zonder meer van de bedoelde amendementen.

De Commissie besliste eveneens over haar beraadslaging verslag uit te brengen.

* * *

(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 Colla, Lerouge, Sprockeels. — de heer Anciaux.

Zie :

199 (1965-1966) :

- N° 1 : Wetsontwerp.
- N° 2 : Amendementen.
- N° 3 : Verslag.
- N° 4 : Amendementen.

Chambre des Représentants

SESSION 1965-1966

22 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 COMPLEMENTAIRE
FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA PREVOYANCE SOCIALE (1)
PAR
MM. DE MEY ET D'HAESELEER.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre Commission a examiné les amendements présentés par le Gouvernement après le dépôt du rapport sur le projet n° 199-1 relatif à l'assurance maladie (Doc. 199-4).

A la suite d'une observation d'un membre, une discussion a eu lieu sur la procédure à suivre : en conséquence, la Commission s'est bornée à une discussion pure et simple de ces amendements.

Elle a également décidé de faire rapport sur sa délibération.

* * *

(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.
- N° 3 : Rapport.
- N° 4 : Amendements.

Uiteenzetting vanwege de Minister.

a) Voorstel tot wijziging van de artikelen 2 en 3.

De voorstellen tot wijziging van de artikelen 29, § 5 en 34bis, eerste lid, van de wet van 9 augustus 1963, hadden hoofdzakelijk tot doel het stelsel van de betalende derde te beperken tot de dure prestaties.

De verzekeringsinstellingen en de zorgenverstrekkers zouden de mogelijkheid blijven behouden om overeenkomsten af te sluiten over het stelsel van de betalende derde, « binnen de door de Koning vastgestelde perken ».

Om tegemoet te komen aan de bezwaren die door sommige leden van de Commissie werden naar voren gebracht, in het bijzonder omtrent de administratieve moeilijkheden die kunnen voortvloeien uit een beperking van de betalende derde tot de dure prestaties alleen, werden de artikelen 2 en 5 van het ontwerp geamendeerd.

Het stelsel van de betalende derde kan verder het onderwerp uitmaken van overeenkomsten tussen de zorgenverstrekkers en de verzekeringsinstellingen, onder meer wanneer het om dure verstrekkingen gaat, maar de Koning kan in verband met deze overeenkomsten bepaalde modaliteiten opleggen.

Deze modaliteiten kunnen niet slaan op de inhoud van de afgesloten akkoorden. Wel kunnen bij de toepassing van de betalende derde zekere verplichtingen worden opgelegd, zoals b.v. de afgifte aan de rechthebbende van een dubbel van de ereloonnota of de faktuur, die door de zorgenverstrekker aan de verzekeringsinstelling wordt aangerekend.

Dergelijke verplichting zal tot gevolg hebben dat de recht-hebbende op de hoogte wordt gehouden van het bedrag der verstrekkingen, dat aan zijn verzekeringsinstelling aangerekend wordt, en is er op gericht de geneesheer er toe aan te sporen alle minder noodzakelijke verstrekkingen te vermijden.

b) Voorstel tot wijziging artikel 6.

Tijdens de jongste dagen heeft de Minister nagedacht over de bemerkingen van sommige leden van de Commissie in verband met de aan de Koning verleende mogelijkheid om de relatieve waarde van de medische akten te wijzigen.

Men staat voor een dubbel probleem :

1. — de relatieve waarde van de prothesen.

Ieder van de produkten moet aan een normale en verantwoorde verkoopprijs kunnen afgeleverd worden. Voor sommige prothesen is een prijsvermindering dringend geboden.

Besluit : In deze sektor moet per prothese kunnen ingegrepen worden. Daarom wordt in het amendement voorgesteld aan de Koning de bevoegdheid te verlenen, na raadpleging van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, de relatieve waarde van deze verstrekkingen te wijzigen.

2. — de prestaties van geneesheren en paramedici.

Bij de amendementen wordt de mogelijkheid verzaakt, om, voor de honoraria van deze zorgenverstrekkers, de relatieve waarde te wijzigen, behoudens wanneer de technische raden of het beheerscomité terzake voorstellen doen.

Exposé du Ministre.

a) Proposition de modification des articles 2 et 5.

Les propositions de modification des articles 29, § 5, et 34bis, 1^{er} alinéa, de la loi du 9 août 1963 avaient principalement pour but de limiter le système du tiers payant aux prestations coûteuses.

Les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pourraient conserver la possibilité de conclure des accords sur le système du tiers payant « dans les limites fixées par le Roi ».

Pour rencontrer les objections soulevées par certains membres de la Commission, principalement en ce qui concerne les difficultés administratives qui peuvent résulter d'une limitation du système du tiers payant uniquement aux prestations coûteuses, les articles 2 et 5 du projet ont été amendés.

Le système du tiers payant peut ensuite faire l'objet d'accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs, entre autres lorsqu'il s'agit de prestations coûteuses, mais le Roi peut imposer certaines modalités en tenant compte de ces accords.

Ces modalités ne peuvent pas se rapporter au contenu des accords conclus. Toutefois, certaines obligations peuvent être imposées à l'application du système du tiers payant, comme, par exemple, la remise à l'ayant droit d'un double de la note d'honoraires ou de la facture qui est portée en compte par le dispensateur de soins à l'organisme assureur.

Une telle obligation aura pour conséquence de faire connaître à l'ayant droit le prix des prestations qui est réclamé à son organisme assureur, et a pour but d'inciter le médecin d'éviter toutes prestations moins nécessaires.

b) Proposition de modification de l'article 6.

Au cours des derniers jours, le Ministre a réfléchi aux observations faites par certains membres de la Commission sur la possibilité qui est accordée au Roi de modifier la valeur relative des actes médicaux.

On se trouve devant un double problème:

1. — la valeur relative des prothèses.

Chaque produit doit pouvoir être délivré à un prix d'achat normal et justifié.

Pour certaines prothèses une diminution de prix s'impose d'urgence.

Conclusion : Dans ce secteur, il est nécessaire de pouvoir intervenir par prothèse. C'est pourquoi, l'amendement propose d'accorder au Roi le pouvoir de modifier la valeur relative de ces prestations après consultation du Comité de gestion du Service des soins de santé.

2. — les prestations des médecins et des auxiliaires paramédicaux.

Par cet amendement, la possibilité de modifier la valeur relative des honoraires de ces dispensateurs de soins est abandonnée, sauf lorsque les Conseils techniques ou le Comité de gestion font des propositions à ce sujet.

— De Minister is nochtans van oordeel dat belangrijke bezuinigingen moeten worden verwezenlijkt in de medische akten.

— Om dit doel te bereiken moet hij over de volgende mogelijkheden beschikken :

1) *Ingrijpen in de toepassingsregelen van de nomenclatuur.* Hij denkt hierbij meer bepaald aan beperkende maatregelen inzake de cumul van zekere verstrekkingen (b.v. door vermindering van de totale kostprijs van een opeenvolgende reeks van technische prestaties).

2) *Door in te grijpen in de waarde van de sleutelletter.* Dit kan gebeuren door, in toepassing van artikel 4 van het ontwerp, de waarde van de sleutelletter te verminderen voor bepaalde groepen of afdelingen van geneeskundige verstrekkingen.

Ten slotte vestigt de Minister de aandacht op het feit dat de nieuwe bepalingen niet meer gebonden zijn aan een beperkte termijn. Dit verklaart de terugkeer naar de aanvankelijke volgorde van het ontwerp (zie daaromtrent de opmerkingen van de Raad van State).

* * *

Algemene beraadslaging.

Een lid deed in verband met de procedure opmerken dat onmiddellijk na de indiening van het verslag regeringsamendementen zijn neergelegd dan wanneer men die van de oppositie heeft afgewezen.

Hij meent dat dit gebeurd is ingevolge stappen vanwege de geneesheren. Hij kan deze toegeving, die hij als een capitulatie beschouwt, niet aanvaarden.

De compensatie die in het stelsel van de betalende derde wordt verleend, doet daaraan niets af.

Zoals met betrekking tot de aanvankelijke tekst van het ontwerp maakt het lid bezwaar tegen de inhoud van de regeringsamendementen op het stuk van de nomenclatuur en van de betalende derde.

— de nomenclatuur : het ontwerp beperkt onder meer de bevoegdheid van de Minister terzake van de nomenclatuur tot de relatieve waarde van de prothesen; die bevoegdheid geldt dus niet meer voor de relatieve waarde van de medische akten, wel voor de voorwaarden tot terugbetaling en de toepassingsregelen.

Hij aanziet derhalve de voorgestelde maatregelen als een nieuwe aanval op de verzekerden en de zieken.

— de betalende derde : in dit opzicht ging het lid akkoord.

Wat het forfait betreft dringt het lid er op aan dat hieraan niet zou geraakt worden. Hij stelt evenwel vragen in verband met het remgeld en met het begrip van de eisbaarheid van dit remgeld.

Een lid wijst erop dat wat de kwestie van de relatieve waarde betreft waarop hij de aandacht had gevestigd, een « ideale oplossing » werd gevonden, welke aan de betrachtingen van alle geïnteresseerden tegemoet komt en dus een maximum aan kansen biedt op een regeling met de geneesheren.

Een lid maakt zich erover ongerust dat men het steeds heeft over de koppeling van het forfaitaire stelsel en het remgeld.

Hij wenst aan het beginsel zelf van het forfaitaire stelsel geen afbreuk te doen, maar is hierover niet enthousiast.

Hij kan niet aanvaarden dat de huidige berekeningswijze van de forfaitaire vergoeding gehandhaafd blijft.

— Le Ministre est cependant d'avis que des économies importantes doivent être réalisées dans les actes médicaux.

— Pour atteindre ce but, il doit disposer des possibilités suivantes :

1) *Intervention dans les règles d'application de la nomenclature.* A cet égard, il songe plus particulièrement à des mesures limitatives en ce qui concerne le cumul de certaines prestations (par exemple, par la diminution du coût total d'une série de prestations techniques consécutives).

2) *Intervention dans la valeur de la lettre clé.* Ceci peut se faire, en application de l'article 4 du projet, par une diminution de la valeur de la lettre clé pour certains groupes ou sections de prestations de santé.

Enfin, le Ministre attire l'attention sur le fait que les dispositions nouvelles ne sont plus liées à un délai limité. Ceci explique le retour à l'ordre initial du projet (Voir à cet égard les observations du Conseil d'Etat).

* * *

Discussion générale.

A propos de la procédure, un membre fait observer que des amendements du Gouvernement ont été présentés immédiatement après le dépôt du rapport, alors que ceux de l'opposition avaient été rejetés.

Il croit que ceci est dû aux démarches du corps médical. Il ne peut admettre cette concession, qu'il considère comme une capitulation.

La compensation accordée dans le régime du tiers payant n'y change rien.

Tout comme il l'a fait à propos du texte initial du projet, le membre s'oppose au contenu des amendements du Gouvernement relatifs à la nomenclature et au tiers payant.

— la nomenclature : le projet limite notamment la compétence du Ministre en matière de nomenclature à la valeur relative des prothèses; cette compétence ne vaut donc plus pour la valeur relative des actes médicaux, mais bien pour les conditions de remboursement et les règles d'application.

A ses yeux, les mesures proposées constituent une nouvelle agression contre les assurés et les malades.

— le tiers payant : le membre manifeste son accord à ce sujet.

En ce qui concerne le forfait, le membre insiste pour qu'il n'y soit point touché. Il pose cependant des questions au sujet du ticket modérateur et de la notion de l'exigibilité de ce ticket modérateur.

Un membre fait observer qu'en ce qui concerne la question de la valeur relative, qu'il a déjà soulevée, une « solution idéale » a été trouvée qui va dans le sens des aspirations de tous les intéressés et offre donc le plus de chances d'un accord avec les médecins.

Un membre s'inquiète de ce qu'il soit toujours question de la liaison du régime forfaitaire et du ticket modérateur.

Malgré son peu d'enthousiasme, il n'entend pas déroger au principe même du régime forfaitaire.

Il ne peut cependant pas admettre que le mode de calcul actuel de l'indemnisation forfaitaire soit maintenu.

Het lid vraagt ten slotte of het juist is dat de voorlopige twaalfden aan de instellingen met forfaitair stelsel steeds op basis van 100 % worden uitgekeerd en dringt er op aan dat men in dit opzicht zo snel mogelijk tot nieuwe objectieve criteria zou komen.

Een lid heeft de indruk dat de voorgestelde wijzigingen werden gevraagd door een welbepaalde geneesherenorganisatie en vreest dat dientengevolge de andere organisaties zullen ontstemd zijn.

Hij herinnert de Minister aan zijn belofte het probleem van de representativiteit van de geneesherenorganisaties te regelen.

Hij sluit zich aan bij de vroeger ingediende amendementen van de oppositie wat het verstrekkingenboekje betreft en bij de verklaringen van het vorige lid in verband met remgeld en forfait.

Een lid waardeert de pogingen van de Minister om in de twee sectoren: nomenclatuur en betalende derde, tot een gezonde regeling te komen.

Een ander commissielid meent dat men de medewerking van alle partijen: zorgenverstrekkenden, verzekeringsinstellingen, syndicaten van werknemers en werkgevers, nodig heeft om het probleem van de ziekteverzekering op te lossen, zoals dit het geval was vóór en ten tijde van het akkoord van 24-25 juni 1964.

Hij betreurt dat thans niet alle geïnteresseerden bij de uitwerking van het ontwerp betrokken werden en dat men aan een bepaalde groep teveel is tegemoet gekomen.

Op zijn beurt, dringt een lid erop aan dat men het akkoord van 24-25 juni 1964 niet zou ontcrachten.

Spreker wijst er verder op dat de vergoeding in het forfaitaire stelsel sedert 1 januari 1966 niet meer wordt uitgekeerd, wat niet langer houdbaar is.

Hij voegt eraan toe dat een vergoeding a rato van 100 % nooit werd verdedigd, wel een aangepast forfait.

* * *

Antwoord van de Minister.

De Minister is er zich van bewust dat het hier een ongewone procedure geldt. Hij heeft in elk geval de Commissie willen raadplegen over de ingediende amendementen.

Hij kan het verwijt niet aanvaarden te hebben toegegeven aan een welbepaalde geneesherenorganisatie.

Hij is voorstander van de raadpleging van alle betrokken organisaties. Indien die raadpleging niet is gebeurd, is dit enkel te wijten aan de dringendheid van het ontwerp.

De kritiek op de bepalingen van het ontwerp betreffende de nomenclatuur kwam niet alleen van het geneesherenkorps, maar ook van Commissieleden. Om die reden werd de aanvankelijke tekst gewijzigd, maar niet wat de relatieve waarde van de protheses betreft, daar er een verschil is tussen een prothese en een medische akte. Het amendement laat hem dus toe in te grijpen wat betreft de relatieve waarde van de protheses.

Wat het forfaitaire stelsel betreft, werden tot op heden voor 1966 geen betalingen verricht. Dit ligt niet aan de Minister, die echter de Commissie voor het afsluiten van forfaitaire akkoorden heeft opgericht.

Die Commissie zal zich uitspreken over het toekennen van voorlopige twaalfden rekening houdend met de beslissing van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van januari jl.

Le membre demande enfin s'il est exact que les douzièmes provisoires sont toujours liquidés sur une base de 100 % aux établissements qui pratiquent le régime du forfait, et il insiste pour qu'on aboutisse à cet égard, dans les plus brefs délais, à de nouveaux critères objectifs.

Un membre a l'impression que les modifications proposées ont été demandées par une organisation de médecins bien déterminée et craint que, de ce fait, les autres organisations soient mécontentes.

Il rappelle au Ministre la promesse de ce dernier de régler le problème de la représentativité des médecins.

Il se rallie aux amendements présentés antérieurement par l'opposition en ce qui concerne le carnet de prestations, et aux déclarations du membre précédent relatives au ticket modérateur et au forfait.

Un membre apprécie les efforts faits par le Ministre en vue de trouver une solution adéquate dans les deux secteurs de la nomenclature et du tiers payant.

Un autre membre de la Commission estime que la coopération de toutes les parties — dispensateurs de soins, organismes assureurs, syndicats de travailleurs et employeurs — est nécessaire pour résoudre le problème de l'assurance maladie, comme cela s'est produit avant et au cours de l'accord des 24-25 juin 1964.

Il regrette que tous les intéressés n'aient pas été amenés à collaborer à l'élaboration du projet et que les concessions faites à un certain groupe aient été fort nombreuses.

Un autre membre demande à son tour que l'on n'affaiblisse pas l'accord des 24-25 juin 1964.

L'orateur fait encore observer que, dans le cadre du régime forfaitaire, le remboursement n'est plus liquidé depuis le 1^{er} janvier 1966, ce qui devient intolérable.

Il ajoute qu'il n'a jamais été préconisé un remboursement à concurrence de 100 %, mais bien une adaptation du forfait.

* * *

Réponse du Ministre.

Le Ministre sait parfaitement qu'il s'agit, en l'occurrence, d'une procédure inhabituelle. En tout état de cause, il a voulu consulter la Commission sur les amendements présentés.

Il ne peut admettre le reproche d'avoir fait une concession à une organisation déterminée de médecins.

Il est partisan d'une consultation de toutes les organisations intéressées. Si semblable consultation n'a pas eu lieu, c'est uniquement en raison de l'urgence du présent projet.

La critique concernant les dispositions du projet relatives à la nomenclature n'émane pas seulement du corps médical, mais aussi de certains membres de la Commission. Le texte initial a été modifié pour cette raison, sauf cependant en ce qui concerne la valeur relative des prothèses, puisqu'il existe une différence entre une prothèse et un acte médical. L'amendement lui permet d'intervenir en ce qui concerne la valeur relative des prothèses.

Pour ce qui est du régime forfaitaire, aucun paiement n'a été effectué jusqu'à présent pour 1966. La responsabilité n'en incombe pas au Ministre, ce dernier ayant cependant créé la Commission chargée de la conclusion d'accords forfaitaires.

Cette Commission se prononcera sur l'octroi de douzièmes provisoires, en tenant compte de la décision prise en janvier dernier par le Comité de gestion du Service des soins de santé.

Tot besluit verklaart de Minister dat dit ontwerp is tot stand gekomen om dringend maatregelen te treffen in aansluiting aan die door de vorige regering uitgevaardigd.

Men moet komen tot een financieel evenwicht zonder te raken aan de belangen van de langdurige zieken.

Bespreking van de amendementen.

Er werd in dit verband van gedachten gewisseld over een aantal technische problemen zoals de cumul van de raadplegingen met de technische akten.

Deze kwesties behoren tot de uitvoeringsmaatregelen die slechts zullen getroffen worden na raadpleging van de geïnteresseerden.

Wat meer bepaald het amendement tot invoering van een artikel één (nieuw) betreft, vreest een lid dat de bepalingen ervan nog van aard kunnen zijn om de ziekteverzekering van haar inhoud te ontdoen, inzonderheid in verband met de voorwaarden tot terugbetaling.

De Minister verwijst in dit verband naar artikel 12, 4°, luidens hetwelk volgens de huidige wet, de bevoegdheid bepaald bij het amendement, bij het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging berust. Nu wordt die bevoegdheid overgenomen door de Minister die echter ertoe gehouden is dit beheerscomité vooraf te raadplegen.

Ten slotte besliste de commissie dit verslag in openbare vergadering te laten voorlezen.

De Verslaggevers,

O. DE MEY,

L. D'HAESELEER.

De Voorzitter a. i.

J. POSSON.

Le Ministre déclare enfin que ce projet a été élaboré afin que puissent être prises d'urgence des mesures qui feraient suite à celles qui ont été édictées par le Gouvernement précédent.

Nous devons parvenir à réaliser un équilibre financier sans porter atteinte aux intérêts des personnes frappées d'une maladie de longue durée.

Discussion des amendements.

A ce propos s'est déroulé un échange de vues concernant une série de problèmes techniques, tel celui du cumul des consultations et des actes techniques.

Ces questions relèvent de mesures d'exécution, lesquelles ne seront prises qu'après consultations des intéressés.

Un membre appréhende, plus particulièrement en ce qui concerne l'amendement tendant à insérer un article premier (nouveau), que les dispositions de ce dernier soient de nature à vider davantage l'assurance maladie-invalidité de son contenu, notamment pour ce qui est des conditions de remboursement.

Le Ministre renvoie à ce propos à l'article 12, 4°, en vertu duquel, suivant la législation actuelle, la compétence définie par l'amendement est conférée au Comité de gestion du Service des soins de santé.

Cette compétence est à présent transférée au Ministre, ce dernier étant cependant tenu de consulter préalablement ledit Comité de gestion.

Enfin, la Commission a décidé qu'il serait donné lecture du présent rapport en séance publique.

Les Rapporteurs,

O. DE MEY,

L. D'HAESELEER.

Le Président a. i.

J. POSSON.