

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 1965-1966.

29 JUNI 1966.

Ontwerp van wet 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 TEWERKSTELLING, DE ARBEID EN DE SOCIALE VOORZORG (1) UITGEBRACHT DOOR DE HEER PEDE.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft de bespreking van dit ontwerp in ongewone omstandigheden aangevat. Om tijdig klaar te komen enerzijds, en om, anderzijds, aan de leden de kans te bieden de tekst grondig te onderzoeken en te bespreken, werd de Minister van Sociale Voorzorg door Uw Commissie uitgenodigd de draagwijdte van het ontwerp uiteen te zetten alhoewel de Kamer der Volksvertegenwoordigers zich daarover nog niet had uitgesproken. Aangezien de Kamer, enkele dagen later, het ontwerp heeft gewijzigd, heeft Uw Commissie de Minister verzocht ook die wijzigingen toe te lichten. Dit verklaart waarom de uiteenzetting van de Minister, in dit verslag vervat, in twee hoofdstukken is ingedeeld.

*
**

(1) De volgende leden hebben aan de beraadslagingen van de Commissie deelgenomen :

De heren Uselding, voorzitter; Beghin, Carpels, Cuvelier Emile, Debucquoy, De Clercq Stan, Derore, Heylen, Houben Frans, Houben Robert, Olivier, Parmentier, Remson, Simoens, Smet Albert, Vandeputte, Wyn en Pede, verslaggever.

R. A 7194

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

268 (Zitting 1965-1966) : Ontwerp overgezonden door de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1965-1966.

29 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 L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA PREVOYANCE SOCIALE (1) PAR M. PEDE.

MESDAMES, MESSIEURS,

La discussion du projet de loi sous rubrique a débuté dans des conditions inhabituelles. Afin d'en terminer en temps utile, d'une part, et pour permettre, d'autre part, à tous les membres d'examiner et de débattre le texte d'une manière approfondie, votre Commission a invité le Ministre de la Prévoyance sociale à venir lui exposer la portée du projet alors que la Chambre des Représentants ne s'était pas encore prononcée sur celui-ci. La Chambre ayant modifié le projet quelques jours plus tard, votre Commission a demandé au Ministre de commenter également ces modifications. C'est la raison pour laquelle l'exposé du Ministre reproduit dans le présent rapport se trouve divisé en deux chapitres.

*
**

(1) Les membres suivants ont participé aux délibérations de la Commission :

MM. Uselding, président; Beghin, Carpels, Cuvelier Emile, Debucquoy, De Clercq Stan, Derore, Heylen, Houben Frans, Houben Robert, Olivier, Parmentier, Remson, Simoens, Smet Albert, Vandeputte, Wyn et Pede, rapporteur.

R. A 7194

Voir :

Document du Sénat :

268 (Session de 1965-1966) : Projet transmis par la Chambre des Représentants.

ALGEMENE BESPREKING.**Eerste uiteenzetting van de Minister.**

De Regering, aldus de Minister, streeft met dit ontwerp van wet een dubbel doel na :

1. Zij wil een evenwicht tot stand brengen tussen de inkomsten en de uitgaven inzake de Z.I.V.;

2. zij wenst de normale werking te verzekeren van de instellingen welke de ziekteverzekering beheren.

Sedert 1963 heeft de Regering af te rekenen gehad met een gebrek aan evenwicht tussen de inkomsten en de uitgaven van de Z.I.V. Vorige Minister, de h. Brouhon, is verplicht geweest maatregelen te treffen om dit evenwicht te herstellen. Met dit doel werd, in de eerste dagen van dit jaar, de bijdrage van de verzekerden verhoogd. Van deze verhoging verwachtte men een meerinkomst van 1.700 M.; ook de tussenkomst van de verzekerden in de uitgaven voor geneesmiddelen werd opgedreven. Verhoopt resultaat : 1.130 M. Ten slotte werd gesnoeid in de administratieve kosten van de R.Z.I. ten bedrage van $\pm$ 180 M.

Deze maatregelen zijn echter onvoldoende gebleken om het evenwicht te herstellen. Bijgevolg moet naar andere middelen worden uitgezien. Vooraleer echter dit probleem te behandelen wenst de Minister te spreken over de maatregelen die in het ontwerp voorzien zijn om de normale werking te verzekeren van de instellingen in het raam van de Z.I.V. Deze maatregelen betreffen in de eerste plaats de werking van de nationale commissie van geneesheren en ziekenfondsen, respectievelijk tandheekkundigen en ziekenfondsen. Deze Commissie bestaat uit 10 geneesheren respectievelijk tandheekkundigen en 10 vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Een der taken van deze Commissie is, de verbintenissen voor te bereiden. Volgens de vigerende bepalingen wordt een voorstel dat aan deze Commissie wordt voorgelegd slechts goedgekeurd wanneer het door de drie vierden van de leden der twee groepen wordt aangenomen. Met het gevolg dat het verzet van drie leden volstaat om te verhinderen dat een voorstel zou worden aangenomen.

Dit stelsel veroorzaakt ook moeilijkheden in de samenstelling van de medische delegatie. Vroeger zijn er betwistingen geweest over het representatief karakter van bepaalde verenigingen van geneesheren. Aan gezien hij nog de tijd niet heeft gehad om het probleem te onderzoeken heeft de Minister er zich toe beperkt de beslissing van zijn voorganger in dit opzicht te bekrachtigen. Maar daarmee is het probleem niet opgelost. De Minister verklaart dat hij er voorstander van is een representatief karakter te verlenen aan alle organisaties van geneesheren die willen samenwerken in het raam van de Z.I.V. Hij heeft echter nog geen formule gevonden om dit in de werkelijkheid om te zetten. Dit kan trouwens gebeuren zonder tussenkomst van de wetgever. Zoals de Minister het probleem thans ziet, zou volgend stelsel kunnen voorgesteld worden :

Is de drie vierde meerderheid in de twee vleugels van de hierboven bedoelde Commissies niet bereikt,

DISCUSSION GENERALE.**Premier exposé du Ministre.**

Le Ministre déclare qu'en présentant le projet en discussion, le Gouvernement poursuit un double but :

1. Il entend équilibrer les recettes et les dépenses de l'A.M.I.;

2. Il veut assurer le fonctionnement normal des institutions chargées de la gestion de l'assurance maladie.

Depuis 1963, le Gouvernement s'est trouvé confronté avec un déséquilibre entre les recettes et les dépenses de l'A.M.I. M. Brouhon, prédécesseur du Ministre actuel, s'est vu obligé de prendre des mesures pour rétablir l'équilibre. C'est à cette fin que la cotisation des assurés a été majorée au début de 1966. On espérait que cette majoration se traduirait par un supplément de recettes de 1.700 millions. L'intervention des assurés dans les dépenses afférentes aux médicaments fut elle aussi augmentée; résultat escompté : 1.130 millions. Enfin, les frais d'administration de l'I.N.A.M.I. ont été réduits de quelque 180 millions.

Ces mesures se sont toutefois révélées insuffisantes pour rétablir l'équilibre. En conséquence, il est nécessaire de trouver d'autres méthodes. Mais avant d'aborder ce problème, le Ministre passe en revue les dispositions du projet destinées à assurer le fonctionnement normal des institutions dans le cadre de l'A.M.I. Il s'agit en premier lieu de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission dento-mutualiste. Celles-ci se composent de 10 médecins ou dentistes et de 10 représentants des organismes assureurs. Elles ont notamment pour mission de préparer les engagements. D'après les dispositions en vigueur, une proposition soumise à ces commissions n'est approuvée que si elle est adoptée par les trois quarts des membres des deux groupes. Il s'ensuit que l'opposition de trois membres suffit pour empêcher l'adoption d'une proposition.

Ce système donne également lieu à certains difficultés en ce qui concerne la composition de la délégation médicale. Précédemment, des contestations ont surgi au sujet du caractère représentatif de certaines associations de médecins. Comme il n'a pas encore eu le temps d'étudier le problème, le Ministre se borne à confirmer à cet égard la décision de son prédécesseur. Mais le problème n'en est pas résolu pour autant. Le Ministre est d'accord pour reconnaître le caractère représentatif de toutes les organisations de médecins disposées à collaborer dans le cadre de l'A.M.I., mais il n'a pas encore trouvé une formule permettant de concrétiser cette intention. Ceci peut d'ailleurs se faire sans intervention du législateur. D'après les vues actuelles du Ministre, on pourrait proposer le régime suivant :

Au cas où une proposition ne recueille pas la majorité des trois quarts dans les deux ailes des commis-

maar wel onder de leden die de geneesheren, respectievelijk de tandheelkundigen vertegenwoordigen enerzijds en onder de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen anderzijds, dan wordt de betwiste kwestie verwezen naar de volgende vergadering. Blijkt er tijdens die vergadering, in beide vleugels, opnieuw een meerderheid te bestaan voor dezelfde bepaalde oplossing, dan wordt deze laatste als verworven beschouwd.

Bovendien beoogt het huidige ontwerp een versoepling van de toepassing van artikel 52 van de eenheidswet waarbij de Koning gemachtigd wordt maximum tarieven voor de geneeskundige zorgen vast te stellen. Het kan gebeuren dat, praktisch gezien, die tarieven alleen in bepaalde gewesten dienen te worden vastgesteld. De raad van State is nog verder gegaan en heeft voorgesteld dat maatregelen in die zin niet alleen tot een bepaald gewest, maar ook tot een bepaalde categorie van verzekerden of een bepaalde categorie van prestaties zouden worden beperkt. Het nieuwe ontwerp houdt rekening met die suggesties.

Dan herneemt de Minister het probleem van het financieel evenwicht. Dit probleem omvat :

1. de ingewikkelde kwestie van de herziening der nomenclatuur. De Minister is van mening dat een verhoging van honoraria verantwoord is in die gevallen waar een buitengewone capaciteit wordt vereist van de geneesheer. In andere gevallen daarentegen is het redelijkerwijze mogelijk een verlaging toe te passen. Over de nomenclatuur wordt nu beslist door de medisch-technische raad. Die raad doet voorstellen aan de Minister die ze gewoon aanvaardt of verwierpt, maar niet wijzigen kan. De raad bestaat uit 18 leden : 12 leden gekozen uit het medisch korps en 6 die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen. Van de eerste twaalf leden zijn er 8 gekozen door de syndicale organisaties en vier door de universitaire faculteiten van geneeskunde. Over de voorstellen wordt bij eenvoudige meerderheid beslist.

De waarde der prestaties, vervat in de nomenclatuur, kan op twee manieren gewijzigd worden :

1. Elke groep van prestaties heeft een kenletter, de zogenaamde sleutelletter. De cijferwaarde hiervan wordt bepaald in de verbintenissen die voor goedkeuring aan de Minister moeten worden voorgelegd of, indien men tot geen overeenkomst komt, door toepassing van artikel 52.

2. Voor elke prestatie is een getal aangegeven dat de relatieve waarde van die prestatie bepaalt tegenover andere prestaties. De waarde van de prestatie kan thans alleen gewijzigd worden op voorstel van de technische raden of, bij onstentenis daarvan, door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Het zou zeer delikaat zijn aan de Minister de bevoegdheid toe te kennen om voorstellen te doen ter wijziging van de relatieve waarde der prestaties. Tot dusver is nog geen formule gevonden. Alleszins moet vermeden worden dat de nieuwe formule het afsluiten van overeenkomsten of het tot stand komen van verbintenissen in het gedrag zou brengen.

sions précitées, mais bien la majorité des voix des membres représentant les médecins ou les dentistes d'une part, et des délégués des organismes assureurs, d'autre part, la question sera reportée à la séance suivante. Si, au cours de celle-ci, la même décision recueille à nouveau la majorité dans les deux ailes, celle-ci sera considérée comme acquise.

De plus, le projet actuel vise à assouplir l'application de l'article 52 de la loi unique, qui autorise le Roi à fixer des tarifs maxima pour les soins médicaux. Il peut arriver que, dans la pratique, ces tarifs ne doivent être fixés que pour certaines régions. Le Conseil d'Etat a été plus loin encore : il a proposé que les mesures prises en ce sens ne soient pas seulement limitées à certaines régions, mais même à certaines catégories d'assurés ou de prestations. Le nouveau projet tient compte de ces suggestions.

Le Ministre revient alors au problème de l'équilibre financier du régime. Ce problème comprend :

1. la question complexe de la revision de la nomenclature. Le Ministre estime qu'une majoration des honoraires se justifie dans les cas qui requièrent une qualification exceptionnelle du médecin. En revanche, dans d'autres cas, il est possible et raisonnable de procéder à une réduction des honoraires. Actuellement, c'est le Conseil technique médical qui est compétent en ce qui concerne la nomenclature. Ce Conseil fait au Ministre des propositions qu'il accepte ou rejette, mais qu'il ne peut modifier. Le Conseil se compose de 18 membres : 12 membres choisis au sein du corps médical et 6 membres représentant les organismes assureurs. Des 12 premiers membres, 8 sont désignés par les organisations syndicales et 4 par les facultés universitaires de médecine. Lors des votes sur les propositions, les décisions sont acquises à la majorité simple.

La valeur des prestations reprises dans la nomenclature peut être modifiée de deux manières :

1. Chaque groupe de prestations est représenté par un index, la lettre clé, dont la valeur est déterminée soit dans les engagements qui doivent être soumis à l'approbation du Ministre, soit, lorsqu'aucune convention n'existe, par application de l'article 52.

2. Un coefficient détermine la valeur relative de chaque prestation par rapport à d'autres. Actuellement, la valeur de la prestation ne peut être modifiée que sur proposition des conseils techniques, ou, à défaut, par le Comité de gestion du Service des soins de santé.

Il serait très délicat de reconnaître au Ministre la compétence de présenter des propositions en vue de modifier la valeur relative des prestations. Aucune formule n'a été trouvée jusqu'à présent. Il importe d'éviter en tout cas que la nouvelle formule ne compromette la conclusion de conventions ou la signature d'engagements.

2. Een tweede probleem betreft het matigingsticket. Zonder de financiële toestand van de zieke te willen belasten, voorziet het ontwerp een beperkte geldelijke tussenkomst van zijnentwege in bepaalde gevallen. Deze maatregel heeft tot doel, enerzijds het stelsel financieel gezond te maken en anderzijds een overdreven en ongeordend beroep op geneeskundige zorgen af te remmen. De Minister verklaart dat hij geen voorstander is van een volledig kosteloze geneeskunde. Hij meent dat het geraadzaam is aan de verzekerden een beperkte tussenkomst in de kosten op te leggen om de twee bovenvermelde doeleinden te bereiken.

Het ontwerp voorziet ook dat de Koning maatregelen kan treffen om sommige beperkingen vast te stellen inzake derde betalende. De Minister is voorstander van het stelsel van de derde betalende wat geneesmiddelen en dure prestaties betreft. Over de bepaling « dure prestaties » kan hij zich nu nog niet uitspreken. Het doel van deze maatregel is dat de verzekerde zich er rekenschap van zou geven wat dergelijke prestaties kosten.

Ten slotte voorziet het ontwerp de samenvoeging van de financiële resultaten van de dienstjaren 1964 en 1965. Voor 1964 is er een vrij belangrijk overschot in elk verzekeringsorganisme; voor 1965 daarentegen is er een zwaar tekort. De Minister kent de cijfers nog niet, maar er wordt gesproken van 2.500 miljoen. Het ontwerp voorziet dat het mali van 1965 zou gedekt worden met behulp van het boni van 1964, niet per verzekeringsorganisme afzonderlijk maar voor het geheel van de verzekeringsinstellingen.

Al deze maatregelen worden voorgesteld om de situatie te redden. Er is geen andere uitkomst. De sociale partners zullen zich immers verzetten tegen elke verhoging van bijdrage en de Regering zal zich beperken tot het verlenen van de toelagen waartoe zij verplicht is.

**

Tweede uiteenzetting van de Minister.

Tijdens de volgende vergadering van Uw Commissie heeft de Minister uitleg verstrekt over de draagwijdte van de amendementen die door de Kamer der Volksvertegenwoordigers werden aangenomen.

Deze amendementen, aldus de Minister, hebben betrekking op de nomenclatuur, op de betalende derde en op de tussenkomst van de verzekerde inzake farmaceutische produkten.

A. Het artikel betreffende de nomenclatuur werd gewijzigd. In het oorspronkelijk ontwerp was dit artikel 6. De Raad van State hal nl. gesuggereerd dit artikel aan het einde van het ontwerp te plaatsen omdat het slechts een tijdelijk karakter had en alleen van kracht zou zijn tot 30 juni 1967. Een amendement van de Regering heeft van dit artikel een definitieve bepaling gemaakt. Aangezien dit artikel 24bis van de wet van 1963 wordt, moet het als artikel 1 in het ontwerp worden geplaatst.

Welke is de draagwijdte van het amendement? Zowel de oppositie als de meerderheid waren gekant tegen artikel 6 zoals het voorkomt in het oorspronke-

2. Le second problème est celui du ticket modérateur. Sans vouloir grever le budget familial du malade, le projet prévoit une intervention limitée de sa part dans des cas déterminés. Cette mesure a pour but d'assainir le régime du point de vue financier, d'une part, et de freiner le recours excessif et désordonné aux soins de santé, d'autre part. Le Ministre déclare qu'il n'est pas partisan d'une médecine absolument gratuite. Il estime que, si l'on veut atteindre les deux objectifs qu'il vient de citer, il est souhaitable d'imposer aux assurés une participation limitée dans les frais.

Le projet donne également au Roi le pouvoir de prendre des mesures pour fixer certaines limites quant au régime du tiers payant. Le Ministre est partisan du régime du tiers payant pour ce qui est des médicaments et des prestations coûteuses. Toutefois, il ne lui est pas possible de se prononcer dès à présent sur la définition des « prestations coûteuses ». Le but de cette mesure est d'amener l'assuré à se rendre compte du coût de pareilles prestations.

Enfin, le projet prévoit le cumul des résultats financiers des exercices 1964 et 1965. Si, en 1964, tous les organismes assureurs ont enregistré un boni assez important, en revanche, en 1965, on se trouve en présence d'un déficit considérable. Le Ministre ne dispose pas encore d'éléments précis, mais on cite le chiffre de 2.500 millions. Le projet prévoit que le mali de 1965 sera couvert par le boni de 1964, non pas pour chaque organisme assureur séparément, mais pour l'ensemble de ces organismes.

Toutes ces mesures sont proposées dans le but de redresser la situation. Il n'existe pas d'autre issue. En effet, les partenaires sociaux s'opposent à toute majoration de la cotisation, tandis que le Gouvernement se bornera à octroyer les subsides qu'il est tenu de verser.

**

Deuxième exposé du Ministre.

Au cours de la réunion suivante de votre Commission, le Ministre a donné des explications sur la portée des amendements adoptés par la Chambre des Représentants.

Il a signalé que les amendements ont trait respectivement à la nomenclature, au tiers payant et à l'intervention de l'assuré en matière de produits pharmaceutiques.

A. L'article relatif à la nomenclature a été modifié. Dans le projet initial, il s'agissait de l'article 6. Le Conseil d'Etat avait en effet suggéré de placer cette disposition in fine du projet, étant donné qu'elle n'avait qu'un caractère transitoire et ne devait entrer en vigueur qu'au 30 juin 1967, mais un amendement du Gouvernement a rendu définitives les dispositions de cet article. Puisqu'il devient l'article 24bis de la loi de 1963, il doit être repris dans le projet comme article premier.

Quelle est la portée de l'amendement? Tant l'opposition que la majorité étaient adversaires du texte de l'article 6 tel qu'il figure dans le projet initial, en ce

lijk ontwerp en waarbij aan de Koning de bevoegdheid werd verleend om, na advies van de bevoegde instanties, de relatieve waarde van medische prestaties te wijzigen.

In dit verband rijst een dubbel probleem :

1. de relatieve waarden 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. Bijgevolg moet, in deze sektor, 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.

Nochtans moeten belangrijke bezuinigingen worden verwezenlijkt in de medische akten. Om dit doel te bereiken moet de Minister 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.

B. Artikelen 2 en 5 van het ontwerp werden geamendeerd :

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.

qu'il conférerait au Roi le pouvoir de modifier la valeur relative des prestations médicales après avoir consulté les organismes compétents.

A cet égard, un double problème se présente :

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. Dès lors, il est nécessaire, dans ce secteur, 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.

Cependant, des économies importantes doivent être réalisées dans les actes médicaux. Pour atteindre ce but, le Ministre 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.

B. Les articles 2 et 5 du projet ont été amendés :

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.

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 rechthebbende 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.

Deze amendementen werden door de Kamer eenparig goedgekeurd.

C. Door een lid van de Kamer werd een amendement ingediend dat beoogt aan de Koning de bevoegdheid te verlenen, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, een eenvormig persoonlijk aandeel te voorzien, hetzij voor alle rechthebbenden, hetzij voor groepen van rechthebbenden, in de kosten van de farmaceutische produkten, bedoeld in artikel 23, 5°, a, enerzijds, en van de farmaceutische produkten bedoeld in artikel 23, 5°, b, anderzijds.

Deze eenvormige tussenkomst vanwege de verzekerden wordt zowel door de mutualiteiten als door de apothekers gewenst.

**

BESPREKING.

Een lid vraagt of deze eenvormige tussenkomst geldt zowel voor de magistrale bereidingen als voor de specialiteiten.

Het antwoord is bevestigend.

Een ander lid vraagt of het wel nut heeft een dubbel van de ereloonnota of van de faktuur te zenden aan de verzekerde. Eerst en vooral verrichten de verzekeringsorganismen hun werk op onberispelijke wijze. De kosten van de behandeling worden geschreven op de prestatiefiche en in het lidboekje.

De Minister antwoordt daarop dat niets gewijzigd wordt aan het stelsel van de betalende derde. Alleen kunnen bepaalde modaliteiten worden ingevoerd om de verzekerde in staat te stellen na te gaan of de aangerekende prestaties ook in werkelijkheid werden verricht.

Een lid wijst erop dat de verzekerde vaak niet weet wat kan aangerekend worden. Rekent de dokter prestaties aan die hij niet heeft verricht dan is dit gewoon een geval van bedrog. Wat de prestaties zelf betreft, daarover heeft alleen de dokter te oordelen. Hij vraagt dan of de Minister ook het beginsel van de betalende derde wil toepassen op de raadplegingen.

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 remise 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 à éviter toutes prestations moins nécessaires.

Ces amendements ont été adoptés à l'unanimité par la Chambre.

C. Un membre de la Chambre a déposé un amendement tendant à autoriser le Roi à prévoir, dans les conditions qu'il détermine, une intervention personnelle uniforme, soit pour tous les bénéficiaires, soit pour des catégories de bénéficiaires, dans le coût des produits pharmaceutiques visés à l'article 23, 5°, a, d'une part, et des produits pharmaceutiques visés à l'article 23, 5°, b, d'autre part.

Cette intervention uniforme des assurés est souhaitée tant par les mutualités que par les pharmaciens.

**

DISCUSSION.

Un membre voudrait savoir si cette intervention uniforme s'applique aussi bien aux préparations magistrales qu'aux spécialités.

La réponse est affirmative.

Un autre commissaire se demande s'il est vraiment utile d'adresser à l'assuré un double de la note d'honoraires ou de la facture. Tout d'abord, les organismes assureurs fonctionnent d'une manière impeccable. Les frais de traitement sont inscrits sur la fiche de prestations et dans le carnet de membre.

Le Ministre répond que rien n'est modifié au système du tiers payant. Il est simplement prévu que certaines modalités peuvent être instaurées en vue de permettre à l'assuré de vérifier si les prestations portées en compte ont été effectivement fournies.

Un membre signale qu'il arrive souvent que l'assuré ne sache pas ce qui peut être porté en compte. Si le médecin porte en compte des prestations qu'il n'a pas effectuées, c'est là un cas de fraude pure et simple. Quant aux prestations elles-mêmes, c'est au médecin et à lui seul qu'il appartient de se prononcer. L'intervenant demande ensuite si le Ministre a l'intention d'étendre aux consultations l'application du principe du tiers payant.

De Minister antwoordt dat de uitbreiding van het stelsel van de betalende derde door overeenkomsten dient te worden geregeld.

Een lid is voorstander van het stelsel van de betalende derde. Hij meent ook dat het nuttig is dat de verzekerde zou weten wat de verzekering voor hem doet. Maar het opmaken en verzenden van dubbels van ere-loonnota's en facturen zal een massa administratief werk voor gevolg hebben en dit, op een ogenblik, dat door recente maatregelen de administratiekosten van de verzekeringsorganismen werden gedrukt.

Een ander lid meent dat het veel eenvoudiger zou zijn indien de verzekerde, bij het verlaten van de instelling, een fiche ondertekent waarop de prestaties vermeld zijn. Veertien dagen, of een maand, later wanneer hij een dubbel ontvangt is hij immers de details van zijn behandeling al vergeten.

Tenslotte meent een lid dat de afschaffing van het stelsel van de betalende derde de overconsumptie zou afremmen.

De Minister herhaalt dat hij nooit voorstander is geweest van de afschaffing van het stelsel van de betalende derde. Het stelsel moet blijven bestaan voor dure prestaties. Niet iedereen heeft duizenden franks te zijner beschikking om onmiddellijk de ereloonnota van dergelijke behandelingen te betalen. De desbetreffende bepaling in het ontwerp beoogt uitsluitend misbruiken te voorkomen. Daarom wordt voorzien dat in bepaalde gevallen de verzekerde zal kunnen nagaan of de prestaties die worden aangerekend, in werkelijkheid werden verricht. De Minister zal nadenken over het probleem van de verhoging van de administratiekosten. Hij zal ook nadenken over het voorstel door de verzekerde een prestatiefiche te laten ondertekenen wanneer hij de instelling verlaat.

Een lid is akkoord met de Minister wat de controle betreft. De instellingen hebben er geen enkele baat bij de overconsumptie in de hand te werken. De zieke moet de mogelijkheid hebben zich te laten verzorgen zelfs al heeft hij daarvoor niet de geldelijke middelen. Wordt het stelsel van de betalende derde uitgebreid tot de raadplegingen, dan betekent dit dat het matigings-ticket opnieuw wordt ingevoerd.

Een ander lid herinnert eraan dat het stelsel van de betalende derde reeds bestond vóór de verplichte verzekering tot stand is gekomen. De grote meerderheid van de geneesheren zowel als van de zieken zijn voorstander van dit stelsel. Op dit stuk zijn trouwens nooit moeilijkheden gerezen met geneesheren die een overeenkomst hadden afgesloten. Het enige probleem is dat de instellingen geregeld betalingsmiddelen tekort hebben om hun rol van betalende derde behoorlijk te vervullen.

Ook wordt gevraagd of de controle, in verband met verzekerden die in een instelling verpleegd worden, eveneens zal uitgeoefend worden op het verbruik van geneesmiddelen.

Le Ministre répond que l'extension du système du tiers payant doit être réglée par voie de conventions.

Un commissaire se déclare partisan du système du tiers payant. D'autre part, il est utile que l'assuré se rende compte de ce que l'assurance fait pour lui. Cependant, l'établissement et l'envoi de doubles des notes d'honoraires et des factures nécessitera des travaux administratifs considérables, et ce à un moment où des mesures viennent d'être prises pour comprimer les frais d'administration des organismes assureurs.

Un autre membre estime qu'il serait beaucoup plus simple qu'au moment de quitter l'établissement, l'assuré signe une fiche énumérant les prestations. En effet, au moment où, quinze jours ou un mois plus tard, il reçoit un double, il aura oublié les détails du traitement qu'il a subi.

Enfin, un commissaire est d'avis que la suppression du système du tiers payant serait de nature à freiner la surconsommation.

Le Ministre répète qu'il n'a jamais été partisan de la suppression de ce système, qui doit être maintenu pour les prestations coûteuses. Tout le monde ne dispose pas de plusieurs milliers de francs pour payer immédiatement la note d'honoraires de tels traitements. La disposition du projet relative à la matière vise exclusivement à empêcher les abus. C'est pourquoi il est prévu que, dans certains cas, l'assuré pourra vérifier si les prestations portées en compte ont réellement été effectuées. Le Ministre réfléchira sur le problème de l'augmentation des frais d'administration, de même que sur la proposition tendant à faire signer par l'assuré une fiche de prestations au moment où il quitte l'établissement de soins.

Un membre marque son accord sur le point de vue du Ministre en ce qui concerne le contrôle. Les établissements n'ont aucun intérêt à favoriser la surconsommation. Il faut que le malade ait la possibilité de se faire soigner, même s'il ne dispose pas des moyens financiers nécessaires. Étendre le système du tiers payant aux consultations reviendrait à rétablir le ticket modérateur.

Un autre commissaire rappelle que le système du tiers payant existait déjà avant l'instauration de l'assurance obligatoire. La grande majorité tant des médecins que des malades en sont partisans. D'ailleurs, cette question n'a jamais donné lieu à aucune difficulté avec les médecins conventionnés. L'unique problème vient de ce que les établissements manquent régulièrement de fonds suffisants pour leur permettre de remplir convenablement leur rôle de tiers payant.

Un autre commissaire demande encore si le contrôle s'étendra à la consommation de médicaments en ce qui concerne les assurés hospitalisés.

Een lid herinnert eraan dat vele van de thans bestaande moeilijkheden zouden vermeden zijn indien men, bij de bespreking van de wet van 1963, sommige amendementen had aanvaard. De dokters moeten geen offers brengen, aldus dit lid. Ze moeten betaald worden. Maar ook de zieken moeten geen offers brengen. Ze zijn verzekerd. Het feit van het bestaan der verzekering met al de gevolgen van dien schijnt nog niet tot iedereen te zijn doorgedrongen.

Vervolgens wordt gewezen op het feit dat een dure prestatie niet altijd betekent één enkele prestatie. Het kan ook een reeks van prestaties zijn, b.v. in geval van langdurige ziekte of van ziekte van verschillende leden van één gezin.

Een lid meent dat men bij de behandeling van het probleem der ziekteverzekering te veel individualistisch denkt. Men zou rekening moeten houden met de speciale belangen die ook op dit stuk inzake de kroostrijke gezinnen moeten behartigd worden.

Wat de betalende derde betreft meent dit lid dat de dokters de eersten zouden moeten zijn om dit stelsel toe te juichen. Dank zij dit stelsel mogen ze gerust zijn : ze zullen zeker betaald worden.

En door wie worden ze betaald? Door de verzekerden. Het is niet zonder nut dit eens klaar en duidelijk aan de dokters te zeggen. Daarom vraagt dit lid dat zijn verklaring in het verslag zou worden opgenomen.

De Minister antwoordt allereerst op de opmerking dat de Minister van mening was veranderd sinds hij, namens de Kamercommissie, het verslag geschreven heeft over de wet van 1963. De Minister wijst erop dat hij altijd voorstander is gebleven van de wet van 1963 en dat het slechts met tegenzin is dat hij sommige maatregelen tot wijziging van die wet heeft goedgekeurd. De wet van 1963 werd te ver gewijzigd. Daarvan dragen wij nu de gevolgen. Wij moeten nu het probleem herzien zonder aan de grondbeginselen van het stelsel te raken.

De Minister is nooit voorstander geweest van een volledig kosteloze verzorging. Twee zaken moeten voorrang hebben : de verpleging van zware en langdurige zieken en de financiële gezondmaking van het systeem. Om dit te bereiken moeten offers worden gevraagd aan de occasionele zieken.

Daarom is de Minister tot het inzicht gekomen dat, na raadpleging van de bevoegde instanties, een tussenkomst zal moeten gevraagd worden aan de verzekerden voor sommige prestaties die thans voor 100 % worden terugbetaald. De Minister verzekert echter de Commissie dat hij in dit opzicht zeer gematigd zal zijn.

Vervolgens verklaart de Minister dat de verzekeringsinstellingen steeds met thesauriemoeilijkheden hebben af te rekenen gehad. De vorige Minister is verplicht geweest de bijdrage der verzekerden te verhogen en de administratiekosten te drukken.

Un commissaire rappelle que de nombreuses difficultés qui existent actuellement auraient pu être évitées si certains amendements proposés lors de la discussion de la loi de 1963 avaient été adoptés. Il estime qu'il n'y a pas lieu de demander des sacrifices aux médecins. Ceux-ci doivent être payés. Mais il ne convient pas davantage d'imposer des sacrifices aux malades. Ceux-ci sont assurés. Il semble que chacun ne soit pas encore pleinement conscient de l'existence d'un système d'assurance, avec toutes les conséquences que cela comporte.

Un autre commissaire fait observer qu'une prestation coûteuse ne correspond pas toujours à une seule prestation. Il peut s'agir d'une série de prestations, par exemple en cas de maladie de longue durée ou de maladies de divers membres d'une même famille.

Un membre estime qu'on examine le problème de l'assurance-maladie sur la base de conceptions trop individualistes. Il conviendrait de tenir compte des intérêts particuliers des familles nombreuses, lesquels méritent d'être pris à cœur en cette matière également.

Quant au tiers payant, l'intervenant estime que les médecins devraient être les premiers à apprécier ce système grâce auquel ils sont assurés d'être payés.

Par qui sont-ils payés ? Par les assurés eux-mêmes. Il n'est pas sans intérêt de le rappeler clairement au corps médical. Aussi le commissaire demande-t-il que sa déclaration soit consignée dans le rapport.

Le Ministre répond d'abord au reproche qui lui a été fait d'avoir changé d'avis depuis le moment où, au nom de la Commission de la Chambre, il a rédigé le rapport sur la loi de 1963. Le Ministre déclare qu'il est toujours partisan de la loi de 1963, et que ce n'est qu'à contrecœur qu'il a approuvé certaines mesures tendant à la modifier. La loi de 1963 a été modifiée de manière excessive. Nous en supportons aujourd'hui les conséquences. Nous devons à présent revoir le problème sans toucher aux principes de base du régime.

Le Ministre n'a jamais été partisan d'un régime de soins entièrement gratuits. Deux considérations doivent avoir la priorité : les soins à donner à ceux qui sont atteints de maladies graves ou de longue durée, et l'assainissement financier du régime. Pour atteindre ces objectifs, il faut demander des sacrifices aux malades occasionnels.

C'est pourquoi le Ministre, après consultation des organismes compétents, est arrivé à la conclusion qu'une intervention devra être réclamée aux assurés pour certaines prestations qui sont actuellement remboursées à 100 %. Le Ministre assure toutefois la Commission qu'il fera preuve d'une très grande modération en la matière.

Le Ministre souligne ensuite que les organismes assureurs ont toujours été confrontés avec des difficultés de trésorerie. Son prédécesseur a été obligé de relever les cotisations des assurés et de comprimer les frais d'administration.

Ook aan de geneesheren worden nu offers gevraagd. Sommige prestaties zijn te duur. Het moet mogelijk zijn de nomenclatuur, meer bepaald in haar toepassingsregelen, te herzien.

Op 1 oktober 1966 zal de fiscale strook worden ingevoerd. Hierover heeft de Minister van Financiën een formele belofte afgelegd.

Een lid van de Senaat acht het spijtig dat de offers weer zullen gevraagd worden aan die dokters die bereid zijn samen te werken met de verzekering.

Een lid wijst erop dat, praktisch gesproken, volgende week geen amendementen meer kunnen aangevraagd worden omdat het ontwerp weer naar de Kamer zou moeten gezonden worden. En vandaag kan de Commissie de tekst niet wijzigen aangezien ze over geen tekst beschikt. Misschien is het voor de Minister nog niet te laat in de Kamer een amendement te verdedigen waarbij artikel 3, dat niet zo dringend is, slechts van kracht zou worden samen met de fiscale strook.

Tenslotte wordt nog een vergelijking gemaakt tussen de sector der ziekteverzekering en de andere sectoren van de sociale zekerheid. In die andere sectoren wordt nooit over tekort gesproken. Men kent voordelen toe en men zorgt ervoor dat de middelen om ze te financieren beschikbaar zijn. In de sector der ziekteverzekering daarentegen moet er steeds besnoeid worden en worden steeds beperkingen en voorwaarden opgelegd.

*
**

Bij de aanvang van de volgende vergadering heeft Uw commissie de algemene bespreking voortgezet.

Een lid meent dat een persoonlijke bijdrage vanwege de verzekerden een middel is om het gebruik inzake geneeskundige zorgen te beperken. Tijdens de jongste maanden zijn de doktershonoraria verhoogd zonder corresponderende verhoging van de terugbetaling. Dit heeft voor gevolg gehad dat het aantal raadplegingen van omnipratici met 15 tot 20 p.c. zijn gedaald. Daarentegen zijn de technische prestaties — waarvoor geen persoonlijke bijdrage wordt gevraagd — in aanzienlijke mate verhoogd. Uit deze feiten blijkt dat het verbruik van geneeskundige zorgen doelmatig kan worden afgeremd wanneer een persoonlijke bijdrage van de patiënt wordt geëist.

In dit opzicht, aldus een ander lid, dient een onderscheid gemaakt tussen theorie en praktijk. Hij is geen tegenstander van het persoonlijk aandeel van de verzekerde in de kosten van zijn verpleging; maar deze tussenkomst mag niet hoger zijn dan wat hij redelijkerwijze betalen kan. Hij geeft een voorbeeld waaruit blijkt dat, in bepaalde gevallen, verzekerden tot de bedelstaf worden gebracht wanneer ze door een zware of langdurige ziekte worden getroffen.

De Minister herhaalt dat hij tegenstander is van een volledig kosteloze geneeskundige verzorging, die trouwens niet voorzien wordt in de wet van 1963.

A présent, on demande des sacrifices aux médecins également. Certaines prestations sont trop coûteuses. Il doit être possible de revoir la nomenclature, plus particulièrement en ce qui concerne ses règles d'application.

La souche fiscale sera instaurée le 1^{er} octobre 1966. Le Ministre des Finances l'a formellement promis.

Un sénateur qui n'est pas membre de la Commission regrette qu'une fois de plus les sacrifices soient demandés précisément à ceux d'entre les médecins qui sont disposés à collaborer avec les organismes assureurs.

Un commissaire fait observer qu'en fait il ne sera plus possible d'adopter des amendements la semaine prochaine, puisque ceci impliquerait le retour du projet à la Chambre des Représentants. Or, la Commission ne peut le modifier aujourd'hui même, puisque aucun texte ne lui a été soumis. Peut-être n'est-il pas trop tard pour que le Ministre défende devant la Chambre un amendement tendant à reporter la date de l'entrée en vigueur de l'article 3, qui n'est pas si urgent, jusqu'au moment où la souche fiscale serait utilisée.

Enfin, un commissaire fait une comparaison entre le secteur de l'assurance maladie et les autres secteurs de la sécurité sociale. Dans ces derniers, il n'est jamais question de déficit. On accorde des avantages et on veille à ce que les ressources nécessaires soient disponibles. Dans le secteur de l'assurance maladie au contraire, il faut toujours faire des coupes sombres et imposer des conditions et des limitations.

*
**

A la réunion suivante, votre Commission a poursuivi la discussion générale du projet.

Un commissaire estime qu'en exigeant de l'assuré une intervention personnelle, on contribuera à limiter la consommation de soins médicaux. Au cours des derniers mois, les honoraires ont été majorés sans augmentation correspondante des remboursements. Ceci a eu pour conséquence que le nombre des consultations d'omnipraticiens a diminué de 15 à 20 %. En revanche, les prestations techniques — pour lesquelles aucune intervention personnelle n'est demandée — se sont multipliées. Ces faits démontrent que le recours aux soins médicaux peut être efficacement freiné en exigeant du patient une intervention personnelle.

Un commissaire fait observer qu'il faut se garder ici de confondre théorie et pratique. Il n'est pas admissible d'une intervention personnelle de l'assuré dans le coût du traitement; mais cette intervention ne peut dépasser ce que ce dernier peut raisonnablement supporter. L'intervenant cite un exemple d'où il ressort que, dans certains cas, des assurés en sont réduits à la mendicité lorsqu'ils sont atteints d'une maladie grave ou de longue durée.

Le Ministre répète qu'il est opposé à l'instauration d'une médecine absolument gratuite, qui n'est d'ailleurs nullement prévue dans la loi de 1963.

Het is nochtans ondenkbaar dat aan de verzekerde ondraagbare financiële lasten worden opgelegd. In de zware gevallen dient de verpleging totaal kosteloos te zijn.

Een lid protesteert tegen het feit dat voortdurend gesproken wordt van kosteloze verpleging. Die verpleging is niet kosteloos aangezien de patiënt geregeld betaalt — evenals zijn werkgever — om verzorgd te worden. In de klinieken, waar de patiënt kosteloos wordt verzorgd, heeft diezelfde patiënt een speciale bijdrage betaald.

Een ander lid acht het ongerijmd dat iemand die verzekerd is tegen bepaalde risico's niet volledig wordt terugbetaald.

ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING.

Vooraleer het eerste artikel wordt besproken rijst de vraag of ook andere artikelen van de wet van 1963 dan diegene welke bij dit ontwerp worden gewijzigd, kunnen geamendeerd worden.

De Commissie heeft het advies gevraagd aan de Studie- en Documentatiedienst van de Senaat. Dit advies luidt als volgt : « Aangezien een amendement tot doel heeft woorden of zinnen te doen vervallen of in te voegen, een woord door een ander te vervangen, de volgorde der artikelen, der alinea's, der paragrafen en der hoofdstukken van het oorspronkelijk voorstel te wijzigen, kan de voorzitter, wanneer een amendement wordt ingediend dat het karakter heeft van een nieuw voorstel of dat raakt aan problemen die buiten het kader vallen van de tekst die wordt besproken, verklaren dat dergelijk amendement onder de vorm van wetsvoorstel moet worden ingediend ».

Eerste artikel.

Op dit artikel is een amendement ingediend ertoe strekkend dit artikel te doen vervallen. Dit amendement is als volgt verantwoord :

« Dit artikel geeft aan de regering de bevoegdheid niet alleen de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen te wijzigen, maar tevens de voorwaarden tot terugbetaling ervan. Dit zou tot gevolg hebben het lot van de zieken, dat reeds zwaar om dragen is ingevolge de recente beslissingen van de regering, nog te verslechteren. »

De indiener van het amendement vraagt of littera a) van dit eerste artikel niet in strijd is met artikel 25 van de wet van 1963.

De Minister antwoordt dat littera a) alleen gewag maakt van de voorwaarden waaraan de terugbetaling van de prestaties onderworpen is en geen afbreuk kan doen aan de percentages van terugbetaling die het voorwerp uitmaken van artikel 25. Overigens wijst de Minister op het feit dat ook de huidige tekst van artikel 12, 1^o, deze voorwaarden vermeldt. Deze laatste tekst wordt alleen in zo verre door het ontwerp gewijzigd dat de bevoegdheid tot het vaststellen van de voorwaarden niet meer berust bij het beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging, maar bij de Koning, na advies van bedoeld beheerscomité.

Toutefois, il est impensable que l'assuré se voie imposer des charges financières insupportables. Dans les cas graves, il faut que les soins soient totalement gratuits.

Un commissaire proteste contre le fait qu'il est toujours question de soins gratuits. Les soins ne sont pas gratuits, puisque le patient — et avec lui son employeur — paie régulièrement pour être soigné. Si certaines cliniques soignent gratuitement le malade, c'est qu'il a versé une cotisation spéciale.

Un autre commissaire estime qu'il est absurde que quelqu'un qui s'est assuré contre des risques déterminés ne bénéficie pas d'un remboursement intégral.

DISCUSSION DES ARTICLES.

Avant de passer à l'examen de l'article premier, la question se pose de savoir s'il sera possible d'amender d'autres articles de la loi de 1963 que ceux que le projet a pour but de modifier.

La Commission a demandé à ce sujet l'avis du Service d'Etude et de Documentation du Sénat. Cet avis est rédigé comme suit : « Etant donné que l'amendement peut consister en la suppression ou l'addition de mots ou de phrases, en la substitution d'un mot par un autre, ou en un changement de l'ordre des articles, des alinéas, des paragraphes ou des chapitres de la proposition originale, il est loisible au président, lorsqu'est proposé un amendement qui a le caractère d'une nouvelle proposition ou qui touche à des problèmes étrangers au texte en discussion, de déclarer que cet amendement doit être déposé sous la forme d'une proposition de loi. »

Article premier.

Un membre a déposé un amendement tendant à supprimer cet article. L'amendement est justifié comme suit :

« Cet article confère au Gouvernement le pouvoir de modifier non seulement la nomenclature des prestations de santé, mais aussi les conditions auxquelles sont subordonnés les remboursements. Cela aboutit à aggraver encore le sort des assurés, déjà lourdement obéré par les récentes décisions gouvernementales. »

L'auteur de l'amendement demande si le littéra a) de l'article premier n'est pas en contradiction avec l'article 25 de la loi de 1963.

Le Ministre répond que le littéra a) ne fait mention que des conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations et qu'il ne peut porter atteinte aux taux de remboursement, qui font l'objet de l'article 25. D'autre part, le Ministre souligne le fait que le texte actuel de l'article 12, 4^o, prévoit également les mêmes conditions. Ce dernier texte n'est modifié par le projet que dans la mesure où la compétence en matière de fixation des conditions n'appartient plus au Comité de gestion du Service des soins de santé, mais au Roi, sur avis dudit Comité de gestion.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 3.

Het artikel wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 3.

Artikel 2.

Dit artikel wordt zonder bespreking aangenomen met 11 stemmen tegen 1.

Artikel 3.

Bij amendement wordt voorgesteld dit artikel te doen vervallen.

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« Dit artikel geeft aan de regering de bevoegdheid een tussenkomst op te leggen voor de verstrekkingen die tot op heden volledig werden terugbetaald.

» Eens te meer zal de zieke het slachtoffer zijn van de regeringsmaatregelen, hoewel hij niet aan de oorsprong ligt van de uitgaven. »

Een lid vraagt of deze bepaling niet nadelig is voor de sociale categorieën (W.I.G.W.).

De Minister antwoordt dat, in beginsel, deze bepaling niet zal worden toegepast op die categorieën. Het laatste lid van dit artikel machtigt de Koning een persoonlijk aandeel te vragen aan de verzekerden. Dergelijke maatregel mag echter in geen geval de financiële toestand van de verzekerden in het gedrang brengen. De Minister hoopt dat deze maatregel de overconsumptie zal afremmen. Hij erkent dat die overconsumptie niet steeds te wijten is aan de verzekerden. Ook de geneesheer moet in dit verband zijn verantwoordelijkheid opnemen en rekening houden met het feit dat de verzekerde voortaan een persoonlijk aandeel moet betalen.

De Minister vestigt nogmaals de aandacht op de financiële toestand van de ziekteverzekering. Voor het dienstjaar 1966 is een deficit geraamd van ± 1.700 miljoen. De bijdragen der verzekerden kunnen niet worden verhoogd. De toelagen van Rijkswegen zijn bij de wet bepaald. Er moet dus naar andere middelen worden uitgezien om de begroting van de Z.I.V. in evenwicht te brengen. Dit artikel is één van de middelen om dit doel te bereiken.

Een lid laat opmerken dat volgens de begroting van de Z.I.V., het deficit voor het jaar 1966 slechts 398 miljoen bedraagt.

De Minister antwoordt dat dit bedrag het resultaat is van een raming. Het beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging heeft enkele dagen geleden het deficit geraamd op ± 1.700 miljoen.

Een lid vraagt op grond van welke wet de toelage wordt berekend. Is het de wet op de Z.I.V. of de begrotingwet ?

De Minister antwoordt dat die toelage berekend wordt op grond van de wet op de Z.I.V. De begrotingwet werd opgemaakt in het vooruitzicht dat 10.000 mil-

L'amendement est rejeté par 9 voix contre 3.

L'article est adopté par 9 voix contre 3.

Article 2.

Cet article est adopté sans discussion par 11 voix contre 1.

Article 3.

Par voie d'amendement, un membre propose de supprimer cet article.

Cet amendement est justifié comme suit :

« Cet article confère au Gouvernement le pouvoir de réclamer une intervention pour les actes qui jusqu'à présent étaient remboursés en totalité.

» Une fois de plus, c'est le malade qui sera victime des mesures gouvernementales, alors qu'il n'est pas à l'origine de la dépense. »

Un commissaire demande si cette disposition n'est pas de nature à léser les catégories sociales (V.I.P.O.).

Le Ministre répond qu'en principe, elle ne sera pas appliquée à ces catégories. Le dernier alinéa de l'article autorise le Roi à prévoir une intervention personnelle des assurés. Mais cette mesure ne peut en aucun cas compromettre leur situation financière. Le Ministre espère que cette mesure sera de nature à freiner la surconsommation. Il reconnaît que celle-ci n'est pas toujours imputable aux assurés. A cet égard, le médecin doit également prendre ses responsabilités et tenir compte du fait que l'assuré devra supporter dorénavant une intervention personnelle.

Le Ministre attire une fois de plus l'attention sur la situation financière de l'assurance maladie. Pour l'exercice 1966, on évalue le déficit à ± 1.700 millions. Il ne saurait être question de majorer les cotisations des assurés. Les subventions de l'Etat sont fixées par la loi. Il faut donc rechercher d'autres moyens d'équilibrer le budget de l'A.M.I. Le présent article constitue l'un de ces moyens.

Un membre fait observer que, d'après les prévisions budgétaires de l'A.M.I., le déficit pour 1966 ne sera que de 398 millions.

Le Ministre répond que ce montant est le résultat d'une estimation. Il y a quelques jours, le Comité de gestion du Service des soins de santé a évalué le déficit à quelque 1.700 millions.

Un commissaire demande sur la base de quelle loi la subvention est calculée. S'agit-il de la loi sur l'A.M.I. ou de la loi budgétaire ?

Le Ministre répond que cette subvention est calculée sur base de la loi sur l'A.M.I. La loi budgétaire a été élaborée dans la perspective que 10.000 millions suffi-

joen zouden volstaan. Volstaat dit bedrag niet, dan moeten maatregelen genomen worden in het raam van de wet op de Z.I.V.

Een lid laat opmerken dat deze maatregel betekent dat het stelsel van het matigingsticket zal uitgebreid worden. Zal voortaan ook in de poliklinieken dit matigingsticket moeten geëist worden ?

De Minister antwoordt dat inzake de eisbaarheid van het matigingsticket, de bepaling die in de wet van 1963 voorzien was voor de bij artikel 23, 1°, bedoelde hulp, nu kan uitgebreid worden tot de gevallen bedoeld bij 3° en 4° van artikel 23, nl. de speciale zorgen en de prothesen.

Artikel 3 wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 4.

Artikel 4.

Een lid laat opmerken dat de rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstelling aan de praktiserende, van de honoraria of verstrekkingen, onder meer wanneer deze duur zijn, vroeger bij de overeenkomsten werd geregeld. Voortaan zal de Koning daartoe bevoegd zijn.

De Minister antwoordt dat aan de inhoud van artikel 29, § 5, niets wordt gewijzigd. Alleen zal de Koning modaliteiten bepalen waarin de overeenkomsten moeten voorzien, zoals b.v. de aflevering van een dubbel van de faktuur om de verzekerde in staat te stellen na te gaan of de aangerekende prestaties ook in werkelijkheid werden verricht.

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 5

Op dit artikel is een amendement ingediend ertoe strekkend dit artikel te doen vervallen. Dit amendement is als volgt verantwoord :

« Dit artikel is tegen één verzekeringsinstelling gericht, zoals blijkt uit de memorie van toelichting. Buitendien is dit artikel in tegenspraak met de preciese tekst die goedgekeurd werd door alle bij het akkoord van 25 juni 1964 betrokken partijen ».

De Minister verzekert dat deze maatregelen niet gericht zijn tegen een bepaald verzekeringsorganisme. Zij hebben alleen tot doel de normale werking van de medico-mutualistische commissie te verzekeren. In deze commissie zetelen niet alleen vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen maar ook van het geneeskundig korps. In verband met dit laatste zijn problemen gerezen betreffende de representativiteit van bepaalde groeperingen. Tussen deze groeperingen kunnen meningsverschillen ontstaan waardoor de normale werking van de commissie in het gedrang kan worden gebracht. Volgens de huidige reglementering kunnen drie leden op twintig de werking van de commissie blokkeren. Voor andere commissies is de reglementering veel ruimer, b.v. in de Algemene Raad, in het Beheerscomité voor geneeskundige verzorging en eveneens in de medisch-technische raad waar telkens de beslissingen genomen worden met eenvoudige meerderheid van de leden.

raient. Si cette somme reste insuffisante, il faudra prendre des mesures dans le cadre de la loi sur l'A.M.I.

Un membre fait observer que cette mesure signifie que le système du ticket modérateur sera étendu. Celui-ci devra-t-il désormais être également exigé dans les polycliniques ?

Le Ministre répond qu'en ce qui concerne l'exigibilité du ticket modérateur, la disposition prévue dans la loi de 1963 pour les prestations visées à l'article 23, 1°, pourra dorénavant être étendue aux cas qui font l'objet du 3° et du 4° de l'article 23, c'est-à-dire aux soins spéciaux et aux prothèses.

L'article 3 est adopté par 9 voix contre 4.

Article 4.

Un commissaire fait observer que jusqu'ici le paiement direct, par l'organisme assureur au praticien, des honoraires ou des prestations, notamment quand celles-ci sont coûteuses, était réglé par les conventions. Dorénavant, ce pouvoir appartiendra au Roi.

Le Ministre répond que la teneur de l'article 29, § 5, n'est modifiée en rien. Le Roi déterminera simplement les modalités à prévoir dans les conventions, comme, par exemple, la délivrance d'un double de la facture, afin de permettre à l'assuré de vérifier si les prestations portées en compte ont réellement été fournies.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

Article 5.

Un membre a déposé un amendement tendant à supprimer cet article. L'amendement est justifié comme suit :

« Cet article est dirigé contre un organisme assureur, comme l'indique l'exposé des motifs du projet de loi. Cet article est par ailleurs contraire au texte précis adopté par toutes les parties en cause à l'accord du 25 juin 1964. »

Le Ministre donne l'assurance que ces mesures ne sont pas dirigées contre un organisme assureur déterminé. Elles visent uniquement à garantir le fonctionnement normal de la Commission médico-mutualiste. Celle-ci ne comprend pas seulement des délégués des organismes assureurs, mais aussi des délégués du corps médical. En ce qui concerne ce dernier, des problèmes se sont posés quant à la représentativité de certaines associations. Des divergences d'opinion peuvent surgir entre ces associations, ce qui risque de compromettre le fonctionnement normal de la Commission. D'après la réglementation actuelle, l'opposition de trois membres sur vingt suffit à la réduire à l'impuissance. Pour d'autres commissions, la réglementation est beaucoup plus large; c'est notamment le cas au Conseil général, au Comité de gestion du Service des soins de santé, et aussi au Conseil technique médical, où les décisions sont toujours prises à la simple majorité des membres.

De indiener van het amendement wijst erop dat er een groot verschil bestaat tussen theorie en werkelijkheid. Bovendien vestigt hij de aandacht op het feit dat deze nieuwe regeling indruist tegen de overeenkomst van de St Jansnacht. Dit akkoord wordt thans eenzijdig gewijzigd.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen tegen 3.

Artikel 6.

Een lid vraagt wat bedoeld wordt met de term « bepaalde gewesten ».

De Minister antwoordt dat deze bepaling artikel 52 van de eenheidswet nader omschrijft. Artikel 6 schept de mogelijkheid de toepassing van artikel 52 te beperken :

1. tot bepaalde gewesten van het land : de term « gewest » dient in beginsel te worden voorbehouden aan een administratief arrondissement zoals in artikel 34, § 4, van de wet. Nochtans hoeft de betekenis die in dat paragraaf 4 aan het gewest wordt gegeven in verband met de verbintenissen (met de mogelijkheid voor de Koning om een verschillende omschrijving van de streken vast te stellen op voorstel van de bevoegde nationale commissie) niet volledig gelijklopend te zijn, ingeval de Koning overheidsmaatregelen treft overeenkomstig het nieuwe artikel 34, § 13. De Koning kan, in dit laatste geval, op eigen initiatief ook kleinere omschrijvingen in aanmerking nemen;

2. tot bepaalde prestaties en

3. tot bepaalde categorieën van rechthebbenden.

Een lid vraagt dat de verklaring van de Minister, waarbij het begrip « gewest » wordt verduidelijkt, in het verslag zou worden opgenomen.

Een ander lid meent dat de bepaling betreffende de prestaties en de categorieën van rechthebbenden nog belangrijker is dan die betreffende de gewesten. Hij vraagt aan de Minister welke de juiste draagwijdte is van die bepaling.

De Minister antwoordt dat deze bepaling de Koning machtigt maatregelen te nemen voor soorten van geneeskundige prestaties om terzake de belangen van de verzekerden te vrijwaren.

Een lid vraagt of voortaan de overeenkomsten tussen de geneesheren en de verzekeringsorganismen op regionaal vlak zullen worden afgesloten, of, zoals nu het geval is, op nationaal vlak.

De Minister antwoordt dat niets gewijzigd wordt wat betreft het afsluiten van de overeenkomsten.

Een ander lid vraagt of deze bepaling niet in strijd is met het tweede lid van § 3 van artikel 34, waarbij bepaald wordt dat « die akkoorden in werking treden in een bepaalde streek wanneer onder de in § 12 bepaalde voorwaarden wordt vastgesteld dat 60 % van de geneesheren, van wie ten minste 50 % van het totaal der algemeen geneeskundigen en ten minste 50 % van het totaal der geneesheren-specialisten, of 60 % van de tandheekkundigen zich schriftelijk ertoe hebben verbonden de termen van het akkoord na te leven ».

L'auteur de l'amendement souligne qu'il y a une grande différence entre la théorie et la réalité. De plus, il attire l'attention sur le fait que cette nouvelle disposition va à l'encontre de l'accord du 25 juin 1964. Or, on veut à présent modifier unilatéralement cet accord.

L'article est adopté par 11 voix contre 3.

Article 6.

Un membre demande ce que veut dire exactement l'expression « certaines régions ».

Le Ministre répond que cette disposition précise la portée de l'article 52 de la loi unique. L'article 6 crée la possibilité de limiter l'application de l'article 52 :

1. à certaines régions du pays : en principe, le terme « région » doit être réservé à un arrondissement administratif, comme c'est le cas à l'article 34, § 4, de la loi. Toutefois, la signification donnée à ce terme dans le paragraphe 4 à propos des engagements (le Roi étant autorisé à définir les régions d'une autre manière, sur proposition de la Commission nationale compétente) ne doit pas être parfaitement uniforme pour le cas où le Roi prendrait des mesures d'autorité, en vertu du texte nouveau proposé pour l'article 34, § 13. Dans ce cas, le Roi peut également, d'initiative, intervenir pour des circonscriptions plus restreintes;

2. à certaines prestations et

3. à certaines catégories de bénéficiaires.

Un commissaire demande que la déclaration du Ministre précisant la notion de « région » soit consignée dans le rapport.

Un autre commissaire estime que la disposition relative aux prestations et aux catégories de bénéficiaires est encore plus importante que celle qui a trait aux régions. Il demande au Ministre quelle en est la portée exacte.

Le Ministre répond que cette disposition autorise le Roi à prendre des mesures pour certaines prestations médicales, afin de sauvegarder en la matière les intérêts des assurés.

Un commissaire aimerait savoir si les accords entre médecins et organismes assureurs seront désormais conclus à l'échelon régional, ou bien, comme c'est actuellement le cas, sur le plan national.

Le Ministre répond que rien n'est modifié en ce qui concerne la conclusion des accords.

Un autre commissaire se demande si cette disposition n'est pas contraire au deuxième alinéa du § 3 de l'article 34, qui prévoit que « ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée, lorsqu'il est constaté dans les conditions prévues au § 12 que respectivement 60 % des médecins, dont au moins 50 % de l'ensemble des médecins de médecine générale et au moins 50 % de l'ensemble des médecins spécialistes, ou 60 % des praticiens de l'art dentaire se sont engagés par écrit à en respecter les termes ».

De Minister antwoordt dat overheidsmaatregelen, in toepassing van artikel 52 van de eenheidswet slechts geldig kunnen getroffen worden in zo verre er geen nationale akkoorden zijn tot stand gekomen of in die gewesten waar geen voldoende aantal verbintenissen werden onderschreven. Het is ondenkbaar b.v. dat overheidsmaatregelen voor bepaalde categorieën van prestaties zouden worden getroffen in gewesten waar 60 % van de geneesheren, onder wie 50 % van de specialisten en 50 % van de omnipratici, een verbintenis hebben aangegaan.

Dit artikel wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 2.

Artikel 7.

Een lid meent dat deze bepaling in strijd is met de vrije keuze van de verzekerde. Indien een bepaald verzekeringsorganisme een akkoord heeft afgesloten met een bepaald geneesheer betreffende de betalende derde, zullen de leden zich bij voorkeur door deze geneesheer laten verzorgen.

Een lid laat opmerken dat een verzekeringsorganisme in geen geval het recht heeft zijn leden aan te zetten zich door een bepaald geneesheer te laten verzorgen.

De Minister sluit zich bij deze zienswijze aan.

Het artikel wordt aangenomen met 9 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 8.

Dit artikel is eenparig aangenomen.

Artikel 8bis.

Uw commissie bespreekt een amendement ertoe strekkend een artikel 8bis in het ontwerp te voegen luidend als volgt :

« Artikel 8bis. — Zolang eensdeels de normale betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen en alle verzorgingsverstrekkers in de zin van de bepalingen van titel III hoofdstuk IV van de wet van 9 augustus 1963 niet tot stand zijn gekomen, en anderdeels de bepalingen aangaande de goede werking van de verzekering niet van toepassing zijn, zijn de maatregelen met betrekking tot de dekking van de mali of de aanwending van de boni van de verzekeringsinstellingen, die voorkomen onder de artikelen 126 en volgende van evengenoemde wet, niet van toepassing.

» De Koning bepaalt op advies van de Algemene Raad het dienstjaar met ingang waarvan de bepalingen van de artikelen 126 en volgende van toepassing worden, na vaststelling dat de normale betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen en de verzorgingsverstrekkers sinds ten minste 3 jaar bestaan, en dat alle bepalingen met betrekking tot de goede werking van de verzekering van toepassing zijn.

» Het Rijk waarborgt de goede afloop van de verichtingen van de geneeskundige-verzorgingsverzekering tot en met 31 december van het dienstjaar dat het vorenbedoelde dienstjaar voorafgaat. »

Le Ministre répond que les mesures d'autorité prises en application de l'article 52 de la loi unique ne peuvent l'être valablement que pour autant que des accords nationaux n'aient pas été conclus, ou qu'elles visent des régions dans lesquelles le nombre d'engagements souscrits est insuffisant. Il serait impensable, par exemple, que des mesures d'autorité soient prises pour certaines catégories de prestations dans les régions où 60 % des médecins, parmi lesquels 50 % des spécialistes et 50 % des omnipraticiens, ont souscrit un engagement.

Cet article est adopté par 9 voix contre 2.

Article 7.

Un membre croit que cette disposition est contraire au libre choix de l'assuré. Si un organisme assureur a conclu un accord avec un médecin déterminé pour intervenir en qualité de tiers payant, les affiliés se feront soigner de préférence par ce médecin.

Un commissaire fait observer qu'en aucun cas un organisme assureur n'a le droit d'inciter ses affiliés à se faire soigner par tel ou tel médecin.

Le Ministre marque son accord sur ce point de vue.

L'article est adopté par 9 voix et 3 abstentions.

Article 8.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 8bis.

Un membre a déposé un amendement tendant à insérer dans le projet un article 8bis (nouveau) rédigé comme suit :

« Article 8bis. — Aussi longtemps que, d'une part, des rapports normaux entre les organismes assureurs et tous les dispensateurs de soins ne sont pas établis au sens des dispositions du titre III chapitre IV de la loi du 9 août 1963 et que, d'autre part, ne sont pas d'application les dispositions concernant le bon fonctionnement de l'assurance, les mesures relatives à la couverture des malis et à l'affectation des bonis des organismes assureurs, faisant l'objet des articles 126 et suivants de ladite loi, ne sont pas d'application.

» Le Roi détermine, après avis du Conseil Général, l'exercice à partir duquel les dispositions des articles 126 et suivants deviennent applicables, après constatation que des rapports normaux entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins existent depuis au moins trois ans et que sont d'application toutes les dispositions relatives au bon fonctionnement de l'assurance.

» L'Etat garantit la bonne fin des opérations de l'assurance soins de santé jusqu'au 31 décembre de l'exercice qui précède l'exercice en cause.

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« Het compromis dat tot stand kwam tussen de verdedigers van het solidariteitsbeginsel en de voorstanders van het verantwoordelijkheidsbeginsel werd concreetiseerd in de financieringsregelen van de wet van 9 augustus 1963 en de hierop volgende wetten.

» Men is verplicht vast te stellen dat de voorwaarden om dit compromis te verwezenlijken nog niet tot stand zijn gekomen.

» De toenmalige Regering heeft dit ten andere uitdrukkelijk erkend door het akkoord van 25 juni 1964 te aanvaarden, dat onder punt 4 van zijn inleiding het volgende zegt :

« De Regering heeft aan de werkgevers- en werknemersorganisaties de verzekering gegeven dat de bijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging niet zullen verhoogd worden, ten einde een eventueel tekort over de dienstjaren 1964 en 1965 te dekken. De verzekeringsinstellingen zijn tevens verzekerd dat indien de ontvangsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging eventueel ontoereikend zijn ten opzichte van de voor 1964 en 1965 voorziene uitgaven, het verschil niet zal hoeven gedekt te worden door uit de reserves van de verzekeringsinstellingen te putten of de ziekenfondsbijdragen aan te spreken. Deze waarborgen worden opgenomen in bijlage bij dit akkoord. »

» De omstandigheden die destijds tot deze stellingname hebben geleid, zijn zonder twijfel niet veranderd, vermits er nog steeds essentiële bepalingen van de wet van 9 augustus 1963 niet van toepassing zijn :

- a) de verbintenis van de geneesheren;
- b) de invoering van een fiscaal strookje;
- c) het overhandigen van een verstrekkingenboekje aan de verzekerden.

» Buitendien wordt de opstelling van de vooruitzichtenbegroting, basis van het stelsel, momenteel in het gedrang gebracht door bepalingen die supplementaire uitgaven meebrengen en buiten de normale procedure van raadpleging en beslissing getroffen worden.

» Als voorbeeld hiervan kunnen wij citeren :

- a) de verhoging van de geneeskundige erelonen;
- b) de wijzigingen aan de nomenclatuur en aan de voorwaarden tot terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen;
- c) de beknotting van de basis van de forfaitaire betalingsregeling.

» De onmogelijkheid waarin de verzekeringsinstellingen verkeren de inkomsten te kennen waarover zij zullen kunnen beschikken ten slotte, schept een nog onstabiel klimaat.

» Het lijkt dan ook niet langer mogelijk enige verantwoordelijkheid op te leggen alvorens de nodige waarborgen geboden zijn om die verantwoordelijkheid op degelijke wijze op te nemen en de daadwerkelijke controle ervan te verzekeren. »

Cet amendement est justifié comme suit :

« Le compromis intervenu entre les défenseurs de la thèse de la solidarité et les tenants de la thèse de la responsabilité a été concrétisé dans le système de financement de la loi du 9 août 1963 et des lois subséquentes.

» Force est de constater que les conditions permettant la réalisation de ce compromis n'ont pas été jusqu'ici réalisées.

» Le Gouvernement de l'époque l'a d'ailleurs explicitement reconnu en acceptant l'accord du 25 juin 1964 qui, au point 4 de son introduction, stipule :

» Le Gouvernement a donné l'assurance aux organisations d'employeurs et de travailleurs que les cotisations de l'assurance soins de santé ne seront pas augmentées afin de couvrir un déficit éventuel des exercices 1964 et 1965. Les organismes assureurs ont également reçu l'assurance qu'une insuffisance éventuelle des recettes de l'assurance soins de santé par rapport aux dépenses prévues pour 1964 et 1965 ne devra pas être couverte en faisant appel aux réserves des organismes assureurs ou aux cotisations mutualistes. Ces garanties figurent en annexe au présent accord. »

» Les circonstances qui ont alors amené cette prise de position ne sont certes pas modifiées, puisque des dispositions essentielles de la loi du 9 août 1963 ne sont pas encore d'application :

- a) l'engagement des médecins;
- b) l'instauration d'une souche fiscale;
- c) la remise aux assurés d'un carnet de prestations.

» De plus, à l'heure actuelle, l'établissement du budget prévisionnel, base du système, est mis en péril par des dispositions entraînant des dépenses supplémentaires et prise en dehors de procédures normales de consultations et de décisions.

» Telles sont par exemple :

- a) l'augmentation des honoraires médicaux;
- b) les modifications de la nomenclature et des conditions de remboursement des prestations de soins;
- c) le rétrécissement de la base du système de paiement forfaitaire.

» Enfin, l'impossibilité pour les organismes assureurs de connaître les ressources dont ils pourront disposer, crée un climat d'autant plus instable.

» Dès lors, il n'apparaît plus possible d'imposer une responsabilité avant que ne soient mises en œuvre les garanties permettant de l'exercer valablement et d'en assurer le contrôle effectif. »

De Minister is van oordeel dat dit amendement ernstige problemen oproept. De goedkeuring van dit amendement zou de overeenkomst tussen de voorstanders van de verantwoordelijkheid en de voorstanders van de solidariteit in het gedrang brengen. Derhalve vraagt de Minister niet aan te dringen en dit principiële probleem te onderzoeken in het raam van een algemene hervorming van het stelsel.

Een lid laat opmerken dat de overeenkomst afgesloten in de werkgroep gebaseerd was op gegevens die nu grondig gewijzigd zijn.

De Minister antwoordt dat de goedkeuring van dit amendement de toestand van de ziekteverzekering nog zou bezwaren. Hij verzoekt de Commissie geen probleem van principiële aard op te werpen. Wenselijk ware de drie partijen opnieuw rond de ronde tafel te verenigen om, steunend op de ervaring, de hervorming van het stelsel der ziekteverzekering te bespreken.

Het amendement wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2.

Artikel 9.

Op dit artikel zijn twee amendementen ingediend; het eerste luidend :

« Aan dit artikel een nieuw lid toevoegen, dat luidt als volgt :

« De uitvoeringsmaatregelen van onderhavige wet kunnen, met uitzondering van artikel 7, slechts uitwerking hebben na de datum van het in gebruik stellen van de belastingstrook, voorzien in de bijlage van de wet van 6 juli 1964. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« De door de Regering voorziene maatregelen betekenen een inbreuk op de rechten van de zieken. Het zou onaanvaardbaar zijn dat het gebruik van de belastingstrook, die formeel door alle partijen bij het accoord van 25 juni 1964 aanvaard werd, niet ingevoerd werd. »

Het tweede luidend :

« Deze wet is gekoppeld aan het in gebruik stellen van de belastingstrook, voorzien in bijlage bij de wet van 6 juli 1964 en treedt in werking op het ogenblik dat genoemde belastingstrook in voege treedt. »

en als volgt verantwoord :

« Het gebruik van de belastingstrook werd door alle partijen bij het akkoord van 25 juni 1964 aanvaard. »

De Minister laat opmerken dat de invoering van de fiscale strook geen verband houdt met dit ontwerp. Bovendien herhaalt hij wat hij tijdens de algemene bespreking verklaard heeft, nl. dat de Minister van Financiën de verbintenis heeft aangegaan dat de fiscale strook vanaf 1 oktober a.s. zal ingevoerd worden.

De indieners van de amendementen dringen er op aan dat de uitvoeringsbesluiten van het ontwerp zouden gekoppeld worden aan de invoering van de fiscale strook.

Le Ministre estime que cet amendement pose de sérieux problèmes. L'adopter reviendrait à mettre en question l'accord conclu entre les partisans de la responsabilité et ceux de la solidarité. C'est pourquoi le Ministre demande de ne pas insister, étant donné qu'il s'agit ici d'un problème de principe dont l'examen a sa place dans le cadre d'une réforme générale du régime.

Un membre fait observer que l'accord intervenu au sein du groupe de travail était basé sur des éléments qui se sont modifiés fondamentalement depuis.

Le Ministre répond que l'adoption de cet amendement aurait pour effet d'aggraver encore davantage la situation de l'assurance maladie, et il demande à la Commission de ne plus soulever des problèmes de principe. Il serait souhaitable de réunir à nouveau les trois parties autour d'une Table Ronde pour discuter la réforme du régime de l'assurance maladie, sur la base de l'expérience acquise.

L'amendement est rejeté par 10 voix contre 2.

Article 9.

Deux amendements ont été déposés à cet article; le premier est rédigé comme suit :

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

« Les mesures d'exécution de la présente loi, à l'exception de l'article 8, ne peuvent sortir leurs effets qu'après la date de mise en vigueur de la souche fiscale prévue en annexe à la loi du 6 juillet 1964. »

Cet amendement est justifié de la manière suivante :

« Les mesures envisagées par le Gouvernement portent atteinte uniquement aux droits des malades. Il serait inconcevable que ne soit pas mise en vigueur la souche fiscale formellement acceptée par toutes les parties à l'accord du 25 juin 1964. »

Le deuxième amendement est libellé comme suit :

« La présente loi est liée à la mise en application de la souche fiscale prévue à l'annexe de la loi du 6 juillet 1964, et elle entre en vigueur en même temps que cette souche fiscale. »

Cet amendement est justifié de la manière suivante :

« L'usage de la souche fiscale a été admise par toutes les parties à l'accord du 25 juin 1964. »

Le Ministre fait observer que l'instauration de la souche fiscale n'a aucun rapport avec le projet en discussion. En outre, comme il l'a dit au cours de la discussion générale, le Ministre des Finances s'est engagé à instaurer la souche fiscale à partir du 1^{er} octobre prochain.

Les auteurs de l'amendement insistent pour que la publication des arrêtés d'exécution du projet de loi soit liée à l'instauration de la souche fiscale.

Ten slotte beslist uw Commissie de stemming over het artikel en de amendementen te verdagen tot de volgende vergadering. De Minister zal aan zijn collega van Financiën of eventueel aan de Eerste-Minister vragen voor de Commissie een verklaring af te leggen in verband met de invoering van de fiskale strook.

*
**

Bij de aanvang van de laatste vergadering werd op verzoek van uw Commissie, door de Minister van Financiën, een verklaring afgelegd in verband met de invoering van de fiskale strook.

De Minister verzekert :

1. dat vanaf de datum van de inwerkingtreding van de nieuwe maatregelen inzake Z.I.V. de prestaties van de verzorgers op de nieuwe formulieren zullen ingeschreven worden;

2. dat eerlang aan alle geneesheren een persoonlijke brief zal worden gestuurd waarbij zij zullen uitgenodigd worden de nieuwe formulieren betreffende de fiskale strook aan te vragen. Van deze gelegenheid zal gebruik gemaakt worden om na te gaan of de schrijfwijze van de namen en de aanduiding van de specialiteiten juist zijn;

3. dat alle schikkingen zijn getroffen opdat de fiskale strook vanaf 1 oktober a.s. verplicht zal worden gebruikt.

De indiener van het tweede amendement wijst erop dat de verklaring van de Minister van Financiën en het amendement dat hij heeft ingediend twee verschillende zaken zijn. Het amendement vraagt de koppeling van de uitvoering van het nieuwe ontwerp aan de invoering van de fiskale strook.

Na een korte onderbreking van de vergadering, tijdens dewelke de C. V. P.-leden van Uw Commissie afzonderlijk overleg plegen, wordt het amendement ingetrokken.

Het eerste amendement blijft gehandhaafd. Ter stemming gelegd wordt het verworpen met 10 stemmen tegen 5 en 2 onthoudingen.

Artikel 9 wordt aangenomen met 11 stemmen tegen 6.

Het gehele ontwerp wordt aangenomen met 11 stemmen tegen 5 en 1 onthouding.

Dit verslag is eenparig goedgekeurd.

De Verslaggever,
G. PEDE.

De Voorzitter,
A. USELDING.

Votre Commission décide alors de reporter à sa prochaine réunion le vote sur cet article et sur les amendements. Le Ministre demandera à son collègue des Finances, ou éventuellement au Premier Ministre, de faire devant la Commission une déclaration concernant l'instauration de la souche fiscale.

*
**

Au début de la dernière réunion, le Ministre des Finances a fait, à la demande de votre Commission, une déclaration concernant l'instauration de la souche fiscale.

Le Ministre donne l'assurance :

1. qu'à partir de la date de l'entrée en vigueur des nouvelles mesures relatives à l'A.M.I., les prestations des dispensateurs de soins seront inscrites sur les nouvelles formules;

2. qu'une lettre personnelle sera adressée incessamment à tous les médecins, les invitant à demander les nouvelles formules relatives à la souche fiscale. On saisira cette occasion pour vérifier l'orthographe des noms et l'indication des spécialités;

3. que toutes dispositions ont été prises pour que l'utilisation de la souche fiscale soit obligatoire à partir du 1^{er} octobre prochain.

L'auteur du second amendement fait remarquer que la déclaration du Ministre des Finances et l'amendement qu'il a déposé sont deux choses différentes. L'amendement demande que le nouveau projet entre en application au moment de l'instauration de la souche fiscale.

Après une brève interruption de la réunion, durant laquelle les membres P.S.C. de votre Commission se sont consultés séparément, l'amendement a été retiré.

Le premier amendement est maintenu. Mis aux voix, il est rejeté par 10 voix contre 5 et 2 abstentions.

L'article 9 est adopté par 11 voix contre 6.

L'ensemble du projet a été adopté par 11 voix contre 5 et 1 abstention.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité.

Le Rapporteur,
G. PEDE.

Le Président,
A. USELDING.