

# BELGISCHE SENAAT

ZITTING 1968-1969.

22 MEI 1969.

**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.

MIJNE HEREN,

De Minister van Sociale Voorzorg heeft de draagwijdte en dit ontwerp als volgt toegelicht :

Het ontwerp dat aan de beraadslaging van de Senaat wordt onderworpen, beoogt de verwezenlijking van volgende punten uit de bijlage bij de Regeeringsverklaring :

Punt 124 : uitbreiding van de verplichte ziekteverzekering tot de nog niet beschermde groepen;

aanpassing van het mechanisme van de veiligheidsmarge.

Punt 125 : versterken van de controle op de arbeidsongeschiktheid.

\*\*\*

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

De Heren Remson, voorzitter; Beghin, Bury, Cathenis, Cuvelier, Daems, De Clercq C., De Rore, Duvivier, Heylen, Kevers, Magé, Merchiers, Parmentier, Roosens, Smet, Vandeputte, Van Heupen, Verhaegen en Pede, verslaggever.

R. A 7773

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

73 (Zitting 1968-1969) : Ontwerp van wet.

# SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1968-1969.

22 MAI 1969.

**Projet de loi modifiant la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.**

## RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA PREVOYANCE SOCIALE (1) PAR M. PEDE.

MESSIEURS,

Le Ministre de la Prévoyance sociale précise comme suit la portée du projet de loi en discussion :

Le projet qui est soumis aux délibérations du Sénat vise la réalisation des points suivants de l'annexe à la déclaration gouvernementale :

Point 124 : extension de l'assurance maladie obligatoire aux groupes non encore protégés;

ajustement du mécanisme de la marge de sécurité.

Point 125 : renforcement du contrôle de l'incapacité de travail.

\*\*\*

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

MM. Remson, président; Beghin, Bury, Cathenis, Cuvelier, Daems, De Clercq C., De Rore, Duvivier, Heylen, Kevers, Magé, Merchiers, Parmentier, Roosens, Smet, Vandeputte, Van Heupen, Verhaegen et Pede, rapporteur.

R. A 7773

Voir :

Document du Sénat :

73 (Session de 1968-1969) : Projet de loi.

Het ontwerp bestaat uit drie delen :

### EERSTE DEEL.

#### Geneeskundige controle op de arbeidsongeschiktheid.

Vooraf moge onderstreept worden dat verscheidene bepalingen van het voorliggende wetsontwerp als oogmerk hebben de periode van « voortdurende arbeidsongeschiktheid » die thans het tweede en derde jaar van de ongeschiktheid omvat, uit de wetgeving op de ziekteverzekering weg te laten en de invaliditeitsperiode vanaf het tweede jaar te laten aanvangen. Inderdaad, de nieuwe regelen inzake de geneeskundige controle hebben voor gevolg dat geen enkel onderscheid meer behouden blijft tussen de periode van voortdurende arbeidsongeschiktheid en de invaliditeitsperiode, die thans vanaf het vierde jaar van de ongeschiktheid begint. Dienvolgens zal de goedkeuring van dit wetsontwerp een terminologische vereenvoudiging meebrengen, in die zin dat de invaliditeitsperiode aanvangt vanaf het tweede jaar der arbeidsongeschiktheid. Die vereenvoudiging heeft echter geen weerslag op het bedrag van de Rijkstoeelagen die ook in de toekomst 50 t.h. van de uitgaven betreffende het tweede en het derde jaar, en 95 t.h. van de uitgaven betreffende het vierde en de volgende jaren zullen belopen.

De nieuwe bepalingen van het wetsontwerp doen overigens geen afbreuk aan de algemene structuur van de geneeskundige controle, zoals die in de huidige wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering is uitgebouwd : de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling houdt het geneeskundig toezicht tijdens het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid, terwijl vanaf het tweede jaar van de ongeschiktheid de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit belast blijft met het toezicht.

Wel worden enkele wijzigingen aangebracht inzake de bevoegdheid en de functionering van de personen en raden, die met de geneeskundige controle belast zijn. Deze wijzigingen worden aan de Wetgevende Kamers voorgelegd, op voorstel van het Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen van het R.I.Z.I.V., met de bedoeling om de procedure van de geneeskundige controle in bepaalde gevallen te versoepelen, te vereenvoudigen en te versnellen.

Het Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen van het R.I.Z.I.V. blijft ermede gelast in een verordening de nadere regelen vast te leggen, die moeten nageleefd worden om de erkenning te bekomen van een periode van primaire arbeidsongeschiktheid of de verlenging van een reeds toegekende periode.

Die verordening zal echter op een meer soepele wijze de aangifte van de arbeidsongeschiktheid kunnen regelen. Zij kan behelzen dat een medisch getuigschrift moet worden afgeleverd, ofwel eveneens dat een persoonlijke verklaring van de werknemer in geval van ziekte volstaat.

Die verordening kan bovendien sommige regelen uitvaardigen, waardoor een verbinding wordt gelegd met de geneeskundige controlediensten, die zijn

Le projet comprend trois parties :

### PREMIERE PARTIE.

#### Le contrôle médical de l'incapacité de travail.

Il y a lieu de noter, tout d'abord, que plusieurs dispositions du présent projet de loi ont pour but de supprimer dans la législation relative à l'assurance maladie la notion de la période dite « d'incapacité prolongée », qui couvre actuellement la deuxième et la troisième année d'incapacité et de faire débiter la période d'invalidité dès la deuxième année de l'incapacité. En effet, les nouvelles mesures en matière de contrôle médical tendent à supprimer toute distinction entre la période d'incapacité prolongée et la période d'invalidité qui, actuellement, prend cours à partir de la quatrième année d'incapacité. Par conséquent, l'approbation du présent projet de loi apportera une simplification dans la terminologie, en ce sens que la période d'invalidité débute à partir de la deuxième année d'incapacité de travail. Cette simplification n'a toutefois pas de répercussion sur le montant des subsides de l'Etat, qui s'élèveront dès lors à 50 % des dépenses se rapportant à la deuxième et à la troisième année, et à 95 % des dépenses se rapportant à la quatrième année et aux années suivantes.

Du reste, les nouvelles dispositions du projet de loi ne portent pas atteinte à la structure générale du contrôle médical, telle qu'elle a été élaborée dans la législation actuelle sur l'assurance maladie-invalidité : le médecin-conseil de l'organisme assureur est responsable de la surveillance médicale pendant la première année de l'incapacité de travail, tandis que le Conseil médical de l'invalidité reste chargé de cette surveillance à partir de la deuxième année de l'incapacité.

Quelques modifications sont cependant apportées à la compétence et au fonctionnement des personnes et conseils chargés du contrôle médical. Ces modifications sont soumises aux Chambres législatives, sur proposition du Comité de gestion du service des indemnités de l'I.N.A.M.I., dans le but d'assouplir, de simplifier et d'accélérer la procédure du contrôle médical dans certains cas.

Le Comité de gestion du service des indemnités de l'I.N.A.M.I. conserve dans ses attributions l'élaboration d'un règlement fixant les modalités qui doivent être respectées en vue d'obtenir la reconnaissance de l'incapacité primaire de travail ou la prolongation d'une période déjà reconnue.

Ce règlement pourra cependant assouplir le mode de déclaration de l'incapacité de travail, en prescrivant, par exemple, qu'un certificat médical doit être remis, ou bien qu'une déclaration personnelle du travailleur est considérée comme suffisante.

Il pourra en outre édicter certaines règles destinées à assurer une coordination avec les services de contrôle médical organisés par des employeurs, dans le

opgericht door werkgevers, in het raam van de wetgeving op het gewaarborgd week- of maandloon.

Die regelen strekken ertoe een oplossing te bieden voor het probleem van de dubbele controle die voortspuit uit de toepassing, enerzijds van de wetten op het gewaarborgd loon (controle vanwege de werkgever), en anderzijds van de wetgeving op de ziekten en invaliditeitsverzekering, door namelijk de bevindingen van sommige, door werkgevers opgerichte controlediensten, te benutten op het domein van de ziekteverzekering.

Zeer bondig samengevat, kunnen de verplichtingen die de werknemer thans moet nakomen bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid, enerzijds ten aanzien van zijn werkgever en anderzijds ten aanzien van de ziekteverzekering, als volgt worden aangegeven :

a) tegenover de werkgever, in het bestek van de wetgeving op het gewaarborgd week- of maandloon :

In geval van arbeidsongeschiktheid moet de werknemer onmiddellijk zijn werkgever verwittigen.

Als hij daartoe uitgenodigd wordt, moet hij een geneeskundig getuigschrift voorleggen.

Hij kan bovendien niet weigeren een door de werkgever afgevaardigde en bezoldigde geneesheer te ontvangen, met het oog op een geneeskundig onderzoek.

Om die controle te organiseren, hebben verscheidene werkgevers beroep gedaan op controlediensten, vooral voor arbeiders en arbeidsters.

Overeenkomstig de arbeidsreglementen, is de werknemer gewoonlijk ertoe gehouden in geval van arbeidsongeschiktheid, een geneeskundig getuigschrift te bezorgen aan zijn werkgever of rechtstreeks aan een controledienst.

b) tegenover de ziekteverzekering :

De gerechtigde moet aangifte doen van zijn arbeidsongeschiktheid door middel van een geneeskundig getuigschrift dat binnen twee dagen na de dag waarop de ongeschiktheid een aanvang heeft genomen, moet verzonden worden naar (of overhandigd aan) de adviserend geneesheer.

Deze laatste is bevoegd om de arbeidsongeschiktheid te erkennen en om, met het oog op die erkenning, het geneeskundig toezicht uit te oefenen.

Het spreekt vanzelf dat de door de werkgevers ingerichte geneeskundige controlediensten, hun medewerking slechts zullen verlenen, indien zij door het Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen erkend zijn, en dat die erkenning afhankelijk moet worden gesteld van het vervullen van zekere voorwaarden, die bij koninklijk besluit zullen bepaald worden.

••

Een andere bepaling van het wetsontwerp voorziet in een meer efficiënte inschakeling van de geneesheren-inspecteurs in de controle op de arbeidsonge-

cadre de la législation relative à la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie.

Ces règles visent à apporter une solution au problème du double contrôle résultant de l'application, d'une part, des lois relatives à la rémunération garantie (contrôle par l'employeur) et, d'autre part, de la législation sur l'assurance maladie-invalidité, en utilisant dans le domaine de cette assurance les constatations faites par certains services de contrôle organisés par des employeurs.

Les obligations incombant actuellement au travailleur, lors du début de son incapacité de travail, d'une part, à l'égard de son employeur et, d'autre part, à l'égard de l'assurance maladie, peuvent être résumées succinctement comme suit :

a) à l'égard de l'employeur, dans le cadre de la législation relative à la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie :

En cas d'incapacité de travail, le travailleur est tenu d'en avertir immédiatement son employeur.

S'il y est invité, il doit produire un certificat médical.

En outre, il ne peut refuser de recevoir la visite d'un médecin délégué et rémunéré par l'employeur en vue du contrôle médical.

Pour organiser ce contrôle médical, certains employeurs ont fait appel à des services de contrôle, en particulier pour les ouvriers et les ouvrières.

Conformément au règlement de travail, le travailleur est tenu habituellement de remettre, en cas d'incapacité de travail, un certificat médical à son employeur ou directement au service de contrôle;

b) à l'égard de l'assurance-maladie :

Le titulaire doit déclarer son incapacité de travail au moyen d'un certificat médical qui doit être envoyé (ou remis) au médecin-conseil dans les deux jours suivant le jour du début de l'incapacité.

Le médecin-conseil est compétent pour reconnaître l'incapacité de travail et pour procéder à cette fin aux mesures de contrôle nécessaires.

Il va de soi que les services de contrôle médical organisés par le employeurs ne seront appelés à prêter leur collaboration qu'après avoir été agréés par le Comité de gestion du service des indemnités; pour obtenir cette agrégation, ces services doivent satisfaire à certaines conditions qui seront fixées par arrêté royal.

••

Une autre disposition du projet de loi prévoit une participation plus efficace des médecins-inspecteurs au contrôle de l'incapacité de travail. La législation

schiktheid. De huidige wetgeving verleent aan de inspecteurs de bevoegdheid de ondernemingen te bezoeken, inzage te nemen van de afwezigheidslijst wegens ziekte en desgevallend de afwezigen ten huize te bezoeken.

De nieuwe bepalingen laten bovendien aan de geneesheer-inspecteur toe, om de zieken die zich wegens hun gezondheidstoestand niet naar de plaats van de controlezitting kunnen begeven, ten huize te gaan opzoeken en er zich te vergewissen van hun toestand. De geneesheer-inspecteur zal zulks doen, wanneer hij door de advizerend geneesheer erom verzocht wordt.

Tijdens de invaliditeitsperiode zal het geneeskundig toezicht, evenals thans het geval is, uitgeoefend worden door de Geneeskundige raad voor invaliditeit. Met het oog op de versnelling van het geneeskundig toezicht tijdens de invaliditeitsperiode, zal evenwel de bevoegdheid tot het nemen der beslissingen, nog meer dan thans het geval is, kunnen toevertrouwd worden aan één of meer geneesheren, leden van de hoge (centrale) commissie of van de gewestelijke commissie van de Geneeskundige Raad. De beslissingen zullen zelfs in bepaalde gevallen door één enkele onder die geneesheren kunnen genomen worden, die echter in geen geval mag tewerkgesteld zijn door de verzekeringsinstelling, waarbij de te onderzoeken verzekerde ingeschreven is.

De bevoegdheden van de advizerend geneesheer en van de geneesheer-inspecteur worden ook enigermate uitgebreid tijdens de periode van invaliditeit, zulks om het einde van de staat van invaliditeit vast te stellen en voor de aanvankelijke, wat de duur betreft zeer beperkte beslissingen bij het hernemen van de staat van invaliditeit binnen drie maanden na het ophouden van een vorige invaliditeitsperiode.

## TWEEDE DEEL.

**Gevallen waarin de ongeschiktheidsuitkeringen niet of slechts in beperkte mate worden toegekend, inzonderheid bij samenloop met andere sociale voordelen.**

De huidige wetgeving voorziet enerzijds in het verbod tot kumulatie van de uitkeringen met sommige andere voordelen.

Dit is inzonderheid het geval ten overstaan van :

- de verzekerde die recht behoudt op uitbetaling van een loon;
- de verzekerde, waarvan de aanvang der arbeidsongeschiktheid zich situeert in een periode van de jaarlijkse vakantie.

Met het thans voorliggende wetsontwerp wordt het kumulatieverbod uitgebreid tot andere gelijkaardige gevallen, en onder meer tot de periode die gedekt is door het jaarlijks vakantiegeld en tot de periode waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op een vergoeding wegens onrechtmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst.

Anderzijds werd door de huidige wetgeving een regeling getroffen die beperkende maatregelen oplegt

actuelle confère aux inspecteurs la compétence d'effectuer des visites dans les entreprises, de prendre connaissance de la liste des absences pour cause de maladie et, le cas échéant, de se rendre au domicile des travailleurs absents.

Les nouvelles dispositions permettent en plus aux médecins-inspecteurs d'effectuer des visites au domicile des malades qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se rendre au lieu de contrôle. Les médecins-inspecteurs procéderont à ces visites à la demande du médecin-conseil.

Durant la période d'invalidité, le contrôle médical, tout comme c'est actuellement le cas, sera effectué par le Conseil médical de l'invalidité. En vue d'accélérer le contrôle médical durant cette période, le pouvoir de décision pourra être confié, d'une façon plus systématique que ce n'est le cas actuellement, à un ou plusieurs médecins, membres de la Commission supérieure (centrale) ou de la commission régionale du Conseil médical. Les décisions pourront même être prises par un seul de ces médecins, qui, en aucun cas, ne peut être occupé par l'organisme assureur auquel est inscrit l'assuré à examiner.

Enfin, les attributions du médecin-conseil et du médecin-inspecteur se trouvent quelque peu élargies durant la période d'invalidité : ils auront le pouvoir de constater la fin de l'état d'incapacité et de prendre les décisions initiales, très limitées quant à leurs effets dans le temps, lors de la reprise de l'état d'invalidité dans les trois mois qui suivent la fin d'une période d'invalidité antérieure.

## DEUXIEME PARTIE.

**Refus ou réduction des indemnités d'incapacité de travail, notamment en cas de cumul avec d'autres avantages sociaux.**

La législation actuelle prévoit, d'une part, l'interdiction de cumul des indemnités avec certains autres avantages.

Tel est notamment le cas en ce qui concerne :

- l'assuré qui conserve le droit au paiement d'une rémunération;
- l'assuré dont le début de l'incapacité de travail se situe dans une période de vacances annuelles.

Par le présent projet de loi, l'interdiction de cumul est étendue à d'autres cas analogues et notamment à la période couverte par le pécule de vacances annuelles et à la période pour laquelle le titulaire peut prétendre à une indemnité pour rupture injustifiée du contrat.

D'autre part, la législation actuelle prévoit certaines règles fixant, en ce qui concerne l'octroi des

en de kumulatie slechts toelaat binnen zekere grenzen.

Dit is ondermeer het geval voor de gerechtigde die in de loop van de arbeidsongeschiktheid een beroepsinkomen gaat genieten of een tegemoetkoming van de dienst gebrekkigen-verminkten.

Het huidige wetsontwerp herneemt die beperkende voorschriften, in een licht gewijzigde formulering. Het houdt tevens in dat de uitkeringen kunnen vermindert worden wanneer een verzekerde, zonder gezinslast, in de gevangenis opgesloten of in een gesloten psychiatrische instelling werd geplaatst, of nog wanneer de verzekerde weigert in te gaan op het hem voorgestelde herscholingsprogramma.

Ten slotte weze er aan herinnerd, dat de in dit tweede deel vervatte maatregelen eveneens werden voorgesteld door het beheerscomité van de dienst voor uitkeringen.

### DERDE DEEL.

#### Bepalingen van uiteenlopende aard.

##### 1. *Uitbreiding van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.*

Het huidige artikel 22 van de wet van 9 augustus 1963 verleent aan de Koning de bevoegdheid om bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging uit te breiden tot de volgende groepen van personen : de zelfstandigen, het overheidspersoneel, de leden van de geestelijkheid en van de kloostergemeenschappen, de dienstboden, de studenten, de gebrekkigen en verminkten. Bovendien kan die verzekering uitgebreid worden tot de mentaal gehandicapten, krachtens het koninklijk besluit n° 70 van 10 november 1967.

In uitvoering van de Regeringsverklaring zal binnen afzienbare tijd tot de uitbreiding worden overgegaan ten overstaan van de groepen, waarvoor tot op heden nog geen koninklijk besluit werd genomen : de leden van de geestelijkheid en de kloostergemeenschappen, de dienstboden en de studenten.

De Regering is echter van oordeel dat eveneens een regeling moet kunnen getroffen worden voor de nog resterende inwoners van ons land, die tot heden niet kunnen opgenomen worden in de verplichte verzekering.

Zonder zich over de concrete vorm van die regeling uit te spreken, verleent de voorgestelde tekst aan de Koning de macht, de nog resterende personen te laten genieten van de sociale vooruitgang, door hun opname in het stelsel van de verplichte ziekteverzekering.

##### 2. *Sociaal statuut van de geneesheren, tandheekkundigen en apothekers.*

De vertegenwoordigers van de representatieve verenigingen van apothekers hebben de wens uitgedrukt dat de reglementering die het sociaal statuut regelt eveneens zou toelaten een ouderdomsverzekering af te sluiten, zoals bepaald voor de geneesheren. De huidige

indemnités, des mesures restrictives ne permettant le cumul que dans certaines limites.

C'est notamment le cas pour le titulaire qui, au cours de l'incapacité de travail, obtient le bénéfice d'un revenu professionnel ou d'une allocation du service des estropiés et mutilés.

Le présent projet de loi reprend ces prescriptions limitatives, dans une formulation légèrement modifiée. Il prévoit également que les indemnités pourront être réduites lorsqu'il s'agit d'un assuré sans charge de famille, qui a été emprisonné ou placé dans un établissement psychiatrique fermé, ou encore d'un assuré qui refuse de se soumettre au programme de réadaptation qui lui est proposé.

Rappelons, enfin, que les mesures contenues dans cette deuxième partie ont également été proposées par le Comité de gestion du service des indemnités.

### TROISIEME PARTIE.

#### Dispositions diverses.

##### 1. *Possibilité d'extension de l'assurance-soins de santé obligatoire.*

L'actuel article 22 de la loi du 9 août 1963 confère au Roi le pouvoir d'étendre, par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, l'assurance-soins de santé obligatoire aux catégories suivantes : les indépendants, le personnel des services publics, les membres du clergé et des communautés religieuses, les travailleurs domestiques, les étudiants et les estropiés et mutilés. En outre, conformément à l'arrêté royal n° 70 du 10 novembre 1967, cette assurance peut être étendue aux handicapés mentaux.

En exécution de la déclaration gouvernementale, elle sera étendue, dans un proche avenir, aux catégories pour lesquelles, à ce jour, un arrêté royal n'a pas encore été pris : les membres du clergé et des communautés religieuses, le personnel domestique et les étudiants.

Le Gouvernement est cependant d'avis qu'une solution doit être trouvée en faveur des catégories restantes de la population du pays, auxquelles jusqu'à présent le régime obligatoire ne pouvait être étendu.

Sans prendre position à l'égard des modalités concrètes de cette solution, le texte proposé confère au Roi le pouvoir de permettre à cette dernière catégorie de bénéficier du progrès social, grâce à son insertion dans le régime de l'assurance maladie obligatoire.

##### 2. *Le statut social des médecins, des praticiens de l'art dentaire et des pharmaciens.*

Les représentants des organisations représentatives des pharmaciens ont exprimé le vœu que la réglementation relative au statut social leur permette également de conclure une assurance vieillesse, comme c'est le cas pour les médecins. La réglementation

reglementering beperkt zich namelijk tot de invaliditeits- en overlevingsrente.

De farmaceutisch-mutualistische commissie heeft eenparig dit voorstel gunstig geadviseerd.

Strikt genomen, ware het mogelijk dat het Parlement een specifieke wettelijke regeling zou invoeren voor de apothekers, waardoor het rustpensioen uitdrukkelijk zou worden opgenomen in de voordelen van hun sociaal statuut (artikelen 29, § 10, en 32, § 5, van de wet van 9 augustus 1963).

Wij hebben er echter de voorkeur aan gegeven het sociaal statuut op een eenvormige wijze te regelen ten aanzien van al de beoefenaars van de geneeskunst, die hun medewerking verlenen aan het stelsel van de ziekteverzekering. Dit betekent in concreto dat met de voorgestelde teksten het sociaal statuut van de apothekers op een gelijke wijze wordt behandeld als dat van de geneesheren en tandheelkundigen, zowel wat de procedure als de eigenlijke inhoud van dit statuut betreft en dat er geen wettelijke belemmeringen meer zullen voorhanden zijn om aan de apothekers, evenals aan de geneesheren en tandheelkundigen, voordelen toe te kennen in het raam van een rustverzekering.

In het besef dat aan het sociaal statuut van de beoefenaars van de geneeskunst een zeer belangrijke rol dient te worden toegewezen in het perspectief van een efficiënte verbintenissenpolitiek, hebben wij het bovendien nuttig geacht in dit wetsontwerp de wettelijke grondslag te leggen, waarop nieuwe aangepaste structuren kunnen worden uitgebouwd voor een behoorlijke pensioenregeling ten voordele van de beoefenaars van de geneeskunst die een overeenkomst of verbintenis hebben onderschreven, en hun rechtverkrijgenden. Vanuit dat standpunt gezien verleent het wetsontwerp aan de Koning de bevoegdheid om algemene normen vast te stellen voor de erkenning van pensioenkassen, die zijn opgericht door representatieve organisaties van het geneesherenkorps, de tandheelkundigen of de apothekers. Pensioenkassen die aan de vastgestelde normen voldoen, zullen door de Koning erkend worden.

### *3. Bedrag van de administratiekosten der verzekeringsinstellingen.*

De administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden thans uitgedrukt in een percentage van de globale inkomsten. Dit percentage moet éénvormig zijn voor de beide takken : uitkeringen en geneeskundige verzorging.

Om enerzijds het hoofd te bieden aan de uitgaven voortvloeiend uit de verhoging van de forfaitaire invaliditeitsuitkeringen, doorgevoerd vanaf 1 januari 1968 voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid een aanvang heeft genomen vóór 1 januari 1963 (de zogenoemde invaliden van het overgangsstelsel) en uit de verhoging, sedert 1 oktober 1968, van de minimumbedragen voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid een aanvang heeft genomen na 1 januari 1963 (koninklijk besluit van 24 september 1968), en om anderzijds het evenwicht tussen de inkomsten en de uitgaven te vrijwaren, werd bij koninklijk besluit van

actuelle est limitée, en effet, aux rentes d'invalidité et de survie.

La Commission médico-pharmaceutique a donné, à l'unanimité, un avis favorable sur cette proposition.

A la rigueur, le Parlement pourrait instaurer un régime légal propre aux pharmaciens, reprenant expressément la rente de retraite parmi les avantages de leur statut social (art. 29, § 10, et 32, § 5, de la loi du 9 août 1963).

Nous avons préféré cependant régler le statut social d'une façon uniforme pour tous les praticiens de l'art de guérir qui collaborent au régime de l'assurance maladie. Pratiquement, cela signifie que dans les textes proposés, le statut social des pharmaciens est conçu d'une façon identique à celui des médecins et des praticiens de l'art dentaire, en ce qui concerne tant la procédure que le contenu propre de ce statut. Il n'y aura plus, dès lors, de disposition légale empêchant d'accorder aux pharmaciens, tout comme aux médecins et praticiens de l'art dentaire, les avantages résultant d'un contrat d'assurance-vieillesse.

Etant donné l'importance du statut social des praticiens de l'art de guérir, dans la perspective d'une politique d'engagements efficace, nous avons estimé utile de prévoir dans le présent projet de loi la base légale sur laquelle pourront être élaborées des structures nouvelles, appropriées à un régime de pension convenable en faveur des praticiens de l'art de guérir ayant souscrit un engagement ou une convention, ainsi qu'en faveur de leurs ayants droit. Partant de ce point de vue, le projet de loi confère au Roi le pouvoir d'arrêter des normes générales relatives à l'agrégation de caisses de pension créées par des organisations représentatives du corps médical, des praticiens de l'art dentaire et des pharmaciens. Les caisses de pension qui remplissent les normes fixées seront agréées par le Roi.

### *3. Montant des frais d'administration des organismes assureurs.*

Les frais d'administration des organismes assureurs sont actuellement exprimés en un pourcentage des ressources globales. Ce pourcentage doit être uniforme pour les deux secteurs : indemnités et soins de santé.

Afin d'être en mesure, d'une part, de faire face aux dépenses découlant de l'augmentation des indemnités forfaitaires d'invalidité, applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1968 aux titulaires dont l'incapacité de travail a débuté avant le 1<sup>er</sup> janvier 1963 (c'est-à-dire les invalides du régime transitoire) et de l'augmentation, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1968, des montants minima pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté après le 1<sup>er</sup> janvier 1963 (arrêté royal du 24 septembre 1968) et, d'autre part, d'assurer l'équilibre entre les recettes et les dépenses, la cotisation pour le secteur des indemnités a été augmentée,

6 augustus 1968 de bijdrage voor de tak der uitkeringen verhoogd met tweemaal 0,05 %, zulks met ingang van 1 oktober 1968.

De verhoging van de invaliditeitsuitkering brengt niet noodzakelijkerwijze met zich een verhoging van de administratiekosten.

Het Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen heeft dit ingezien en de mogelijkheid voorgesteld van een andere formulering voor de vaststelling van de administratiekosten der verzekeringsinstellingen. Het Beheerscomité voor de gezondheidszorgen heeft echter dit voorstel geamendeerd. Er wordt voorgesteld de door dit laatste comité voorgedragen tekst te aanvaarden, die de volgende betekenis heeft : de administratiekosten blijven, zoals tot op heden het geval is, uitgedrukt in een percentage van de inkomsten, maar de mogelijkheid wordt geboden om een verschillend percentage vast te stellen voor de sector « geneeskundige verzorging » en voor de sector « uitkeringen ».

#### 1. Het veiligheidscoëfficiënt.

De inkomsten, die met het veiligheidscoëfficiënt overeenstemmen worden tot nu toe in het geheel van de inkomsten opgenomen. In feite moeten zij echter worden beschouwd als een waarborgfonds bij een eventuele onvoorziene uitgave in de loop van het dienstjaar.

De Regering is van oordeel dat dit fonds moet gescheiden worden van de andere inkomsten. Daarom stelt zij de oprichting voor van een « Bijzonder Fonds » beheerd door het R.I.Z.I.V. en dat bestemd is om verdeeld te worden onder de verzekeringsinstellingen die een dienstjaar afsluiten met een mali.

Dit fonds zal met ingang van 1969 gevormd worden. De Rijkstoelage, zal in 1970 gestort worden, volgens de wettelijke normen toepasselijk op de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging, namelijk 27 % van het veiligheidscoëfficiënt.

Indien wordt vastgesteld dat voor het dienstjaar 1969 geen enkele verzekeringsinstelling een mali vertoont, blijft het Bijzonder Fonds onaangeroerd en zal het in voorkomend geval voor één van de volgende jaren in aanmerking komen.

Indien één of meer verzekeringsinstellingen hun rekening met een tekort afsluiten zullen die verzekeringsinstellingen op de beschikbare gelden kunnen beroep doen in de volgende verhouding :

— het toegekend bedrag mag niet hoger zijn dan het maximaal aandeel dat aan ieder van de betrokken verzekeringsinstellingen toekomt;

— het mag het bij de verzekeringsinstelling vastgesteld tekort niet te boven gaan.

Elk jaar wordt het veiligheidscoëfficiënt opnieuw samengesteld onder aftrek van de niet verdeelde bedragen; er zal dus met andere woorden geen volledig nieuwe samenstelling noodzakelijk zijn, tenzij het bezit van het fonds, na het afsluiten van een bepaald dienstjaar, integraal werd opgebruikt.

à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1968, de deux fois 0,05 % (arrêté royal du 6 août 1968).

L'augmentation de l'indemnité d'invalidité n'amène pas *ipso facto* une augmentation des frais d'administration.

Le Comité de gestion du service des indemnités s'en est rendu compte, en préconisant la possibilité de calculer les frais d'administration selon d'autres critères. Le Comité de gestion du service des soins de santé a toutefois amendé cette formule. Nous proposons d'accepter le texte préconisé par ce dernier comité et dont la teneur est la suivante : les frais d'administration des organismes assureurs restent, ainsi que c'est le cas actuellement, exprimés en un pourcentage des ressources, mais la possibilité est prévue de fixer un pourcentage différent pour le secteur « soins de santé » et pour le secteur « indemnités ».

#### 4. Le coefficient de sécurité.

Les recettes correspondant au coefficient de sécurité sont jusqu'à présent intégrées dans la masse globale des ressources. En fait, il y a lieu de considérer ces recettes comme un fonds de garantie destiné à pallier éventuellement des dépenses imprévues qui pourraient se présenter au cours de l'exercice.

Le Gouvernement estime qu'il convient de séparer ce fonds des autres ressources. C'est la raison pour laquelle il propose de créer un « Fonds spécial » géré par l'I.N.A.M.I. et destiné à être réparti entre les organismes assureurs qui ont clôturé un exercice en mali.

Ce Fonds sera constitué dès 1969; les subsides de l'Etat seront versés en 1970, suivant les normes légales applicables au budget de l'assurance-soins de santé c'est-à-dire 27 % du coefficient de sécurité.

Si on constate qu'aucun organisme assureur ne présente de mali pour l'exercice 1969, le Fonds spécial ne sera pas entamé et, le cas échéant, il pourra être utilisé pour l'une des années ultérieures.

Au cas où un ou plusieurs organismes assureurs auraient clôturé leurs comptes en mali, ils pourraient faire appel aux montants disponibles, et ce dans les proportions suivantes :

— le montant attribué ne peut être supérieur à la part maximum revenant à chacun des organismes assureurs intéressés;

— il ne peut dépasser le déficit constaté au sein de l'organisme assureur.

Chaque année, la marge de sécurité sera reconstituée, après déduction des montants non répartis; en d'autres termes, une nouvelle reconstitution complète ne sera pas nécessaire, sauf si l'actif du Fonds était totalement utilisé après clôture d'un exercice déterminé.

**Algemene bespreking.**

Vooraleer de verschillende tussenkomsten te beantwoorden onderstreept de Minister nogmaals dat de in dit wetsontwerp vervatte voorstellen inzake de arbeidsongeschiktheid, uitgaan vanwege het beheerscomité van de dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Dit beheerscomité was van oordeel dat bepaalde maatregelen zich opdrongen, omdat krachtens de vigerende wetgeving het beheerscomité financieel verantwoordelijk is en er moet over waken dat de uitgaven de inkomsten niet overtreffen.

De verplichting van het Rijk bestaat erin de door de wet voorgeschreven toelagen uit te betalen, die als volgt zijn vastgesteld :

— gedurende het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid vallen de uitgaven volledig ten laste van het stelsel;

— gedurende het tweede en het derde jaar van de arbeidsongeschiktheid vallen de uitgaven voor 50 % ten laste van het stelsel en voor 50 % ten laste van het Rijk;

— vanaf het vierde jaar van de arbeidsongeschiktheid vallen de uitgaven voor 5 % ten laste van het stelsel en voor 95 % ten laste van het Rijk.

Het beheerscomité is eenparig van oordeel dat het, mits wijzigingen aan de controle-maatregelen mogelijk moet zijn de uitgaven te verminderen.

Op grond van de gedane voorstellen werden concrete teksten opgesteld die nogmaals voor advies aan het genoemd beheerscomité werden voorgelegd.

Het beheerscomité heeft ten overstaan van die teksten enkele lichte wijzigingen voorgesteld en overigens over de bepalingen, in hun geheel genomen, een gunstig advies uitgebracht.

De regering was van oordeel dat van deze gelegenheid gebruik moest worden gemaakt om eveneens wijzigingen voor te stellen die betrekking hebben op die bepalingen uit de wet die slaan op de geneeskundige verzorging. Die voorstellen werden voorgelegd voor advies aan het bevoegde beheerscomité dat zich eveneens in gunstige zin heeft uitgesproken.

Andere wettelijke beschikkingen die betrekking hebben bv. op het verbintenissenstelsel, op de forfaitaire geneeskunde, op de wijze van stemming in de medisch-mutualistische commissie, werden niet aangesneden. De regering meent het huidige wettelijk stelsel der verbintenissen, dat de vrucht is van een akkoord, dat op 25 juni 1964 werd afgesloten met al de representatieve organisaties van het geneesherenkorps en met de verzekeringsinstellingen, niet te moeten wijzigen. Op dat stuk hebben de bevoegde beheersorganen trouwens geen enkel voorstel gedaan. Met betrekking tot de verbintenissen spreekt de Minister de bewering tegen als zouden die op een mislukking zijn uitgelopen; de bereikte resultaten spreken zulks tegen. Inderdaad op dit ogenblik zijn er bijna 5.000 verbintenissen geakteerd over het gehele land. Wel moet worden erkend dat in zekere gewesten van het land het wette-

**Discussion générale.**

Avant de répondre aux intervenants, le Ministre souligne une fois de plus que les propositions contenues dans le présent projet et relatives à la matière de l'incapacité de travail émanent du Comité de gestion du service des indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Ledit Comité a estimé que certaines mesures s'imposaient, parce que, en vertu de la législation en vigueur, il est financièrement responsable et doit veiller à ce que les dépenses ne dépassent pas les recettes.

Les obligations de l'Etat consistent à payer les indemnités prescrites par la loi, qui sont fixées de la manière suivante :

— pendant la première année d'incapacité de travail, les dépenses sont entièrement à charge du régime;

— pendant les deuxième et troisième années d'incapacité de travail, les dépenses sont pour 50 % à charge du régime et pour 50 % à charge de l'Etat;

— à partir de la quatrième année d'incapacité de travail, les dépenses sont pour 5 % à charge du régime et pour 95 % à charge de l'Etat.

Le Comité a estimé unanimement que, moyennant certaines modifications des mesures de contrôle, il doit être possible de réduire les dépenses.

C'est en s'inspirant de ses propositions que le Gouvernement a élaboré des textes concrets qui ont été soumis pour avis audit Comité.

Tout en proposant quelques légères modifications à ces textes, le Comité a émis un avis favorable sur l'ensemble des dispositions du projet.

Le Gouvernement a estimé qu'il convenait de mettre cette occasion à profit pour proposer en même temps des modifications relatives aux dispositions de la loi régissant le secteur des soins de santé. Ces propositions ont été soumises pour avis au Comité de gestion compétent, qui s'est également prononcé favorablement à leur sujet.

Quant aux autres dispositions légales telles que celles qui concernent les engagements, la médecine forfaitaire, le mode de votation à la Commission médico-mutualiste, elles n'ont pas été abordées. Le Gouvernement ne croit pas devoir modifier le système des engagements prévu par la loi actuelle et qui est le résultat d'un accord conclu le 25 juin 1964 avec toutes les organisations représentatives du corps médical et avec les organismes assureurs. Les organes de gestion compétents n'ont d'ailleurs formulé aucune proposition en ce sens. En ce qui concerne les engagements, le Ministre s'inscrit en faux contre l'assertion selon laquelle ceux-ci auraient abouti à un échec; les résultats obtenus démontrent le contraire. En effet, on compte aujourd'hui près de 5.000 engagements qui ont été actés pour l'ensemble du pays. Il faut certes reconnaître que, dans certaines régions, le quorum

lijk bepaalde quorum, namelijk 60 % van de aldaar praktikerende geneesheren niet is bereikt. De hoop bestaat dat de verbetering van het sociaal statuut waarin het ontwerp voorziet, een aansporing zal zijn bij heel wat geneesheren om de huidige verbintenis te onderschrijven. In afwachting wordt een beroep gedaan op het gezond oordeel van het Belgisch geneesherenkorps om, in het belang van de zieken, zich ertoe te verbinden de in de overeenkomst vastgelegde erelonen na te leven. In het beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging zijn besprekingen aan de gang omtrent een eventuele wijziging van de huidige reglementering. De Minister wil op het resultaat van deze besprekingen, waarvan het volledige resultaat hem eerstdaags officieel zal worden medegedeeld, niet vooruitlopen. Hij rekent op de sociale gezindheid van al diegenen die bij de uitvoering van de wet betrokken zijn en zal niet nalaten de overgemaakte voorstellen met de meeste aandacht te onderzoeken. Indien het noodzakelijk mocht blijken, zullen aan het Parlement nieuwe wettelijke maatregelen worden voorgesteld.

Wat de forfaitaire geneeskunde betreft, verklaart de Minister dat hij voorstander blijft van het naast elkaar bestaan van de drie vormen van geneeskunde die door de wetgeving worden aanvaard : de geneeskunde onder het stelsel der verbintenissen, de forfaitaire geneeskunde en de vrije geneeskunde. De Minister herinnert eraan dat, op het ogenblik dat hij de leiding van het departement van Sociale Voorzorg in handen heeft genomen, de uitvoeringsmaatregelen, te nemen overeenkomstig de wet van 9 augustus 1963 met betrekking tot de overeenkomsten over forfaitaire terugbetaling nog niet waren genomen.

Het desbetreffende reglement werd toen onmiddellijk uitgevaardigd, met name door het koninklijk besluit van 20 april 1966, waardoor de technische commissie werd opgericht, « belast met het sluiten van akkoorden betreffende het forfait ».

De commissie zou bestaan enerzijds uit leden, aangewezen door de verzekeringsinstellingen, en anderzijds uit zorgenverstrekkers die de forfaitaire betaling wensen, of hun vertegenwoordigers. Voor het afsluiten van een akkoord moest schriftelijk een vraag worden gericht tot de voorzitter van de commissie.

De Minister herinnert bovendien aan een bepaling uit de wet van 9 augustus 1963 (artikel 34ter) op grond waarvan het beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging de algemene regelen opstelt, volgens welke de forfaitaire akkoorden moeten worden afgesloten. Eén van de regelen, die door het beheerscomité werden opgesteld op 24 januari 1966, had betrekking op de inhoud van de forfaitaire akkoorden : deze laatste zouden inderdaad kunnen doorgevoerd worden voor alle geneeskundige prestaties, met uitzondering van de courante zorgen.

Tot nu toe is het beheerscomité op zijn beslissing niet teruggekomen. Bovendien moet worden vastgesteld dat tot op heden geen enkele instelling een aanvraag heeft ingediend om van een forfaitair akkoord te mogen genieten.

fixé par la loi, soit 60 % des praticiens de la région, n'a pas été atteint. Il y a lieu d'espérer que l'amélioration du statut social prévue par le projet incitera un grand nombre de médecins à souscrire l'engagement actuel. En attendant, il est fait appel au bon sens du corps médical belge pour qu'il s'engage, dans l'intérêt des malades, à appliquer les honoraires fixés dans la convention. Au sein du Comité de gestion du service des soins de santé, des pourparlers sont en cours au sujet d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur. Le Ministre n'entend nullement anticiper sur le résultat de ces pourparlers, dont les résultats complets lui seront communiqués officiellement dans les prochains jours. Il compte sur le sens social de tous ceux qui sont associés à l'exécution de la loi et il ne manquera pas d'examiner avec la plus grande attention les propositions dont il sera saisi. Si la chose s'avère nécessaire, de nouvelles mesures légales seront proposées au Parlement.

Pour ce qui est de la médecine forfaitaire, le Ministre déclare qu'il reste partisan de la coexistence des trois formes de médecine admises par la législation : la médecine engagée, la médecine forfaitaire et la médecine à honoraires libres. Le Ministre rappelle qu'au moment où il a pris la direction du Département de la Prévoyance sociale, les mesures d'exécution à intervenir conformément à la loi du 9 août 1963 en ce qui concerne les conventions sur le remboursement forfaitaire n'avaient pas encore été arrêtées.

Le règlement ad hoc fut alors publié immédiatement par l'arrêté royal du 20 avril 1966, qui créait la Commission technique « chargée de la conclusion des accords concernant le forfait ».

Cette commission devait comprendre, d'une part, des membres désignés par les organismes assureurs et, d'autre part, des dispensateurs de soins désirant voir appliquer le système du paiement forfaitaire, ou leurs représentants. Pour conclure un accord, il fallait adresser une demande par écrit au président de la Commission.

Le Ministre rappelle en outre qu'en vertu d'une disposition de la loi du 9 août 1963 (article 34ter), le Comité de gestion du service des soins de santé élabore les règles générales selon lesquelles les accords forfaitaires sont conclus. L'une des règles formulées par le Comité de gestion le 24 janvier 1966 visait le contenu des accords forfaitaires : ces derniers pourraient en effet être appliqués à toutes les prestations médicales, à l'exclusion des soins courants.

Jusqu'ici, le Comité n'est pas revenu sur sa décision. De plus, il faut constater qu'à ce jour, aucun organisme n'a introduit une demande en vue de pouvoir bénéficier d'un accord forfaitaire.

De desbetreffende reglementen werden toen onmiddellijk uitgevaardigd. Tot nu toe heeft echter geen enkele instelling een aanvraag ingediend om van dit stelsel te mogen genieten. De Minister verklaart zich bereid elk concreet voorstel dat hem terzake wordt overgemaakt met de meeste ernst te onderzoeken.

Sommige leden twijfelen aan de opportuniteit van de voorgestelde maatregelen inzake controle en zijn tevens van oordeel dat niet de belanghebbende zelf maar een geneesheer, de werkonbekwaamheid moet vaststellen zoals thans is bepaald. De Minister legt er eens te meer de nadruk op dat de mogelijkheid van de persoonlijke aangifte door de zieke slechts principieel in de wetgeving mogelijk wordt gemaakt; de uitvoering van deze bepaling zal worden vastgelegd in een verordening die moet worden genomen door het beheerscomité van de dienst uitkeringen. In dit comité zijn zowel de werkgevers als de werknemers vertegenwoordigd; het is aangewezen dat wij aan dit verantwoordelijke beheersorgaan de zorg overlaten om de meest geschikte modaliteiten inzake aangifte van de arbeidsongeschiktheid vast te stellen. In dat verband stipt de Minister aan dat het eventuele weglaten van het geneeskundig attest en de vervanging ervan door een persoonlijke verklaring in hoofdzaak verantwoord kunnen worden door het feit dat de gerechtigde, in de overgrote meerderheid der gevallen, aanvankelijk niet ten laste valt van de ziekteverzekering, maar het gewaarborgd week- of maandloon geniet vanwege zijn werkgever. Het geneeskundig getuigschrift heeft dus slechts weinig zin in dat aanvangsstadium van de arbeidsongeschiktheid. Dit neemt echter niet weg dat een geneeskundig attest kan worden gevraagd bij de afloop van de periode, die is gedekt door het gewaarborgd week- of maandloon, wanneer de gerechtigde aanspraak kan maken op de uitkeringen van de ziekteverzekering.

In dezelfde gedachtengang komt het gewenst voor een binding tot stand te brengen tussen, enerzijds, de controle inzake arbeidsongeschiktheid vanwege de werkgever in het kader van het gewaarborgd week- of maandloon en, anderzijds, de controle die wordt uitgeoefend door de adviserend-geneesheer in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het lijkt ons gepast op dat stuk een vereenvoudiging te kunnen doorvoeren in het belang van de verzekerde, zonder echter te schaden aan de degelijke werking van de bevoegde controlediensten.

Andere leden hebben nadere preciseringen gevraagd omtrent de uitbreiding van de verplichte verzekering van de gezondheidszorgen tot alle groepen van de bevolking.

De Minister antwoordt dat in uitvoering van artikel 22 van de wet van 9 augustus 1963 en van het koninklijk besluit n° 70 van 10 november 1967, de volgende groepen reeds onder het toepassingsgebied van de verplichte verzekering vallen : het overheidspersoneel, de zelfstandigen (voor de zogenaamde grote risico's), de gebrekkigen en verminkten, en de mentaal gehandicapten.

In toepassing van het voornoemde artikel 22 is het nu reeds mogelijk om bij middel van een koninklijk besluit, beraadslaagd in Ministerraad, de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging uit te brei-

Les règlements en la matière ont été promulgués sans retard. Jusqu'à présent toutefois, aucune institution n'a introduit une demande en vue de pouvoir bénéficier de ce régime. Le Ministre se déclare disposé à examiner d'une façon approfondie toute proposition concrète qui lui serait transmise.

Certains commissaires doutent de l'opportunité des mesures de contrôle proposées; ils estiment que ce n'est pas le titulaire lui-même mais un médecin qui doit constater l'incapacité de travail, comme il est actuellement prévu. Le Ministre attire une fois de plus l'attention sur le fait que la législation en vigueur pose simplement le principe de la possibilité d'une déclaration personnelle par le malade; les modalités d'exécution de cette disposition seront fixées par un règlement qui devra être pris par le Comité de gestion du service des indemnités. Ce comité comprend des représentants tant des employeurs que des travailleurs; il semble indiqué de laisser à cet organe de gestion responsable le soin de fixer de la façon la plus adéquate les modalités de déclaration de l'incapacité de travail. A cet égard, le Ministre souligne que la suppression éventuelle du certificat médical et son remplacement par une déclaration personnelle se justifie principalement par le fait que, dans la grande majorité des cas, le titulaire n'est pas à charge de l'assurance maladie dans la phase initiale, qui est couverte par la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie versée par son employeur. Le certificat médical n'est donc pas très utile à ce stade initial de l'incapacité de travail. Mais il n'en reste pas moins qu'un certificat médical peut être réclamé à l'issue de la période couverte par le salaire hebdomadaire ou mensuel garanti, au moment où le bénéficiaire pourra prétendre aux indemnités de l'assurance maladie.

Dans le même ordre d'idées, il paraît souhaitable d'obtenir une coordination entre, d'une part, le contrôle de l'incapacité de travail organisé par l'employeur dans le cadre de la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie, et d'autre part, le contrôle exercé par le médecin-conseil de l'assurance maladie-invalidité. Dans l'intérêt même de l'assuré, il semble opportun de simplifier la procédure actuellement en vigueur, sans entraver pour autant le bon fonctionnement des services de contrôle compétents.

D'autres commissaires ont demandé de plus amples renseignements au sujet de l'extension de l'assurance-soins de santé obligatoire à tous les groupes de la population.

Le Ministre répond qu'en exécution de l'article 22 de la loi du 9 août 1963 et de l'arrêté royal n° 70 du 10 novembre 1967, les groupes suivants sont dès à présent assujettis à l'assurance obligatoire : le personnel des services publics, les travailleurs indépendants (pour les « gros risques »), les estropiés et mutilés et les handicapés mentaux.

En vertu du même article 22, il est d'ores et déjà possible d'étendre, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, l'assurance-soins de santé obligatoire aux groupes suivants : les travailleurs domesti-

den tot de volgende groepen : de dienstboden, de leden van de geestelijkheid en van de kloostergemeenschappen en de studenten.

Wanneer in toepassing van de thans vigerende wetgeving alle uitvoeringsmaatregelen zijn genomen, blijven er toch nog altijd enkele tienduizenden medeburgers over die niet tot een van de hierboven genoemde groepen behoren. De Regering is van oordeel, in toepassing van de regeringsverklaring, dat ook aan die categorie personen de mogelijkheid moet worden geboden bij de verplichte verzekering aan te sluiten.

De wijze waarop zulks zal gebeuren ligt nog niet vast. Vanzelfsprekend zal het bevoegde beheersorgaan daarover worden geraadpleegd. Aan de wetgever wordt alleen de toelating gevraagd zulks bij koninklijk besluit, beraadslaagd in Ministerraad, te mogen doen. Wanneer al die maatregelen zullen uitgevoerd zijn, zal de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging toegankelijk zijn voor de totaliteit van de belgische bevolking.

Er blijft vanzelfsprekend het probleem van de zogenaamde kleine risico's voor de zelfstandigen. De Minister van de Middenstand heeft aan de werkgroep, belast met de uitwerking van het sociaal statuut van de zelfstandigen, gevraagd dat hem dienaangaande voorstellen zouden worden gedaan. Er zijn geen voldoende motieven voorhanden om op deze voorstellen vooruit te lopen.

Verscheidene leden hebben aan de thans overwogen uithreiding het probleem gekoppeld van de vrijwillige verzekering en hebben gewezen op de benarde financiële toestand van deze tak.

Die bemerkingen zijn vanzelfsprekend gegrond omdat de wet van de grote getallen niet meer in voldoende mate kan spelen : naarmate het aantal verzekerden vermindert wegens de overdracht naar het verplichte stelsel, kan het ziekterisico niet meer op bevredigende wijze worden gespreid over de steeds kleiner worden groep van de zogenaamde vrijwillig verzekerden. De gewettigde zorg van de leden die in verband met dat probleem zijn tussengekomen verdwijnt, naar het oordeel van de Minister, op het ogenblik waarop de verplichte verzekering tot de totaliteit van de Belgische bevolking wordt opengesteld. Die maatregel is overigens juist bedoeld om de huidige vrijwillig verzekerden het voordeel te laten genieten van een ruimere solidariteit.

Met betrekking tot de kleine risico's voor de zelfstandigen is de Minister van oordeel dat, in afwachting van eventuele latere wijzigingen, de groep van de zelfstandigen, aangesloten bij de vrijwillige verzekering, voldoende groot is om de leefbaarheid van de verzekering van de kleine risico's, desgevallend door een centralisering van de diensten op het vlak van de Landsbonden, te vrijwaren. Dit neemt niet weg dat de bijdragen ook in deze sector een zware last kunnen betekenen voor bepaalde gezinnen van zelfstandigen.

Een lid vraagt of de verruiming van de verordende bevoegdheid in hoofde van het Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen niet in tegenspraak is met sommige bepalingen uit de Grondwet.

ques, les membres du clergé et des communautés religieuses et les étudiants.

Lorsque, en application de la législation actuellement en vigueur, toutes les mesures d'exécution auront été prises, il restera toujours quelques dizaines de milliers de concitoyens qui n'appartiennent pas à l'un des groupes précités. Le Gouvernement estime qu'il y a lieu, conformément à la déclaration gouvernementale, d'offrir à cette catégorie de personnes également la possibilité de s'affilier à l'assurance obligatoire.

Les modalités de cette affiliation ne sont pas encore arrêtées. Il va de soi que l'organe de gestion compétent devra être consulté à ce sujet. Aussi le Gouvernement demande-t-il simplement au législateur l'autorisation de pouvoir y procéder par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres. Lorsque toutes les mesures envisagées auront été prises, l'assurance-soins de santé obligatoire sera accessible à la totalité de la population belge.

Il reste, évidemment, le problème des « petits risques » pour les indépendants. Le Ministre des Classes moyennes a invité le groupe de travail chargé de l'élaboration d'un statut social des indépendants de lui faire des propositions en la matière. Il n'y a pas de motifs suffisants pour anticiper sur ces propositions.

En corrélation avec l'extension actuellement envisagée, plusieurs membres ont soulevé le problème de l'assurance libre et évoqué la situation financière obérée dans laquelle se trouve ce secteur.

Ces observations sont évidemment fondées, puisque la loi des grands nombres ne peut plus jouer d'une manière suffisante : à mesure que le nombre des assurés libres diminue en raison de leur passage au régime de l'assurance obligatoire, les risques de maladie ne peuvent plus être couverts de façon satisfaisante par le groupe toujours plus petit des assurés libres. Le Ministre estime toutefois que le souci légitime des membres qui ont évoqué ce problème n'aura plus de raison d'être à partir du moment où l'assurance obligatoire sera ouverte à la totalité de la population belge. Au demeurant, cette mesure vise précisément à permettre aux actuels assurés libres de bénéficier des avantages d'une solidarité plus large.

Quant aux petits risques des travailleurs indépendants, le Ministre estime qu'en attendant d'éventuelles modifications, le groupe des indépendants affiliés à l'assurance libre est suffisamment nombreux pour assurer la viabilité de l'assurance des petits risques, le cas échéant grâce à une centralisation des services au niveau des unions nationales. Il n'empêche que dans ce secteur aussi, les cotisations peuvent représenter une lourde charge pour certaines familles d'indépendants.

Un commissaire demande si l'élargissement de la compétence réglementaire dans le chef du Comité de gestion du service des indemnités n'est pas en contradiction avec certaines dispositions de la Constitution.

De Minister wijst erop dat hier geen nieuwigheid wordt geschapen. Die verordenende bevoegdheid is reeds in de huidige wetgeving opgenomen. Het gaat om zekere uitvoeringsmodaliteiten met een beperkte draagwijdte. De Raad van State heeft wel enig voorbehoud gemaakt omtrent de grondwettelijkheid van de verschillende verorderingsbevoegdheden, die aan het beheerscomité van de dienst voor uitkeringen worden toegekend krachtens de artikelen 10, 11 en 12 van het thans onderzochte wetsontwerp.

In dat verband heeft de Minister nochtans gemeend de oorspronkelijke teksten te moeten behouden, omdat het niet in zijn bedoeling ligt de algemene grondlijnen inzake de huidige bevoegdheid van het beheerscomité ten aanzien van de periode der primaire arbeidsongeschiktheid, die op een ruim akkoord berusten onder de betrokken partijen, in het gedrang te brengen.

Een lid maakt zich bezorgd omtrent de betwistingen die kunnen ontstaan tussen enerzijds de geneesheer, aangesteld door de onderneming, en anderzijds de adviserend geneesheer van de ziekteverzekering. De Minister antwoordt dat in het kader van de huidige reglementering dergelijke betwistingen eveneens kunnen voorkomen.

Principieel bestaat thans reeds de mogelijkheid dat de adviserend geneesheer de arbeidsongeschiktheid erkent, en het recht op de uitkeringen toekent bij het einde van een periode voor gewaarborgd week- of maandloon, ook al zou de gerechtigde voor die laatste periode geschikt tot arbeiden zijn verklaard door de geneeskundige dienst van de onderneming. In de praktijk zullen dergelijke gevallen weinig voorkomen, maar het is alleszins niet uitgesloten dat de adviserend geneesheer een gunstige beslissing neemt ten aanzien van de verzekerde die het werk niet heeft hervat ondanks de beslissing van de geneeskundige dienst van de onderneming, en die beslissing heeft betwist voor een arbitrage-commissie of voor de werkrechtensraad. Aan die toestand wordt niets veranderd door het voorliggende wetsontwerp.

Een andere betwisting kan zich voordoen in het licht van het nieuwe wetsontwerp, wanneer bijv. de geneeskundige dienst van de onderneming, die in toepassing van het nieuw artikel 40, 17°, is erkend, een verzekerde arbeidsongeschikt verklaart, niet enkel voor de periode van het gewaarborgd week- of maandloon, maar ook voor een daaropvolgende periode, waarin er aanspraak kan worden gemaakt op uitkeringen. Het nieuwe artikel 48bis bepaalt dat in zulk geval de adviserend-geneesheer aan de door die geneeskundige dienst erkende periode een einde kan maken. Nadere regelen hiervoor zullen door het beheerscomité moeten worden uitgevaardigd.

Een lid vraagt nadere uitleg omtrent de financiële vooruitzichten van de sector uitkeringen voor het jaar 1969 en verlangt te weten waarop het in de begroting vermelde boni is gesteund.

De Minister antwoordt dat de begrotingsvooruitzichten 1969 van de dienst voor uitkeringen rekening houden met een besparing van 220 miljoen frank voortvloeiend uit de voorgestelde maatregelen tot vereenvoudiging en versnelling van de geneeskundige

Le Ministre déclare que ce n'est pas là une innovation. La législation actuelle prévoit dès à présent la compétence réglementaire. Il s'agit ici de certaines modalités d'exécution de portée limitée. Il est vrai que le Conseil d'Etat a fait quelques réserves quant à la constitutionnalité de certaines compétences réglementaires dévolues au Comité de gestion de service des indemnités en vertu des articles 10, 11 et 12 du projet de loi en discussion.

Le Ministre a cependant cru devoir maintenir les textes initiaux, parce qu'il ne désire pas mettre en question les bases générales, qui reposent sur un large accord entre les parties intéressées en ce qui concerne la compétence du Comité de gestion quant à la période primaire d'incapacité de travail.

Un commissaire se préoccupe des litiges qui pourront naître entre, d'une part, le médecin désigné par l'entreprise et, d'autre part, le médecin-conseil de l'assurance maladie. Le Ministre répond que des conflits de ce genre peuvent se présenter également dans le cadre de la réglementation actuelle.

En principe, le médecin-conseil a déjà actuellement la possibilité de constater l'incapacité de travail et d'accorder le droit aux indemnités à la fin d'une période de rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie, même si le titulaire a été déclaré apte au travail pour cette dernière période par le service médical de l'entreprise. Dans la pratique, de tels cas ne se présenteront que rarement, mais il n'est en tout cas pas exclu que le médecin-conseil prenne une décision favorable à l'égard d'un assuré qui n'a pas repris le travail malgré la décision du service médical de l'entreprise, et qu'il conteste le bien-fondé de cette décision devant une commission d'arbitrage ou devant le tribunal du travail. Le présent projet de loi ne change rien à cette situation.

Mais un autre litige peut surgir à la suite de l'adoption du nouveau projet de loi, lorsque, par exemple, le service médical de l'entreprise, agréé en application du nouvel article 40, 17°, déclare un assuré inapte au travail non seulement pour la période couverte par la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie, mais aussi pour la période suivante, pour laquelle le titulaire peut prétendre au bénéfice des indemnités. L'article 48bis (nouveau) dispose qu'en pareil cas, le médecin-conseil peut mettre fin à la période admise par ce service médical. Les modalités y relatives seront fixées à ce sujet par le Comité de gestion.

Un membre demande des éclaircissements au sujet des prévisions financières du secteur des indemnités pour l'année 1969 et il voudrait savoir sur quelle base a été établi le boni inscrit au budget.

Le Ministre répond que les prévisions budgétaires du service des indemnités pour 1969 tiennent compte d'une économie de 220 millions de francs résultant des mesures proposées en vue de simplifier et d'accélérer le contrôle médical, ainsi que d'une économie

controle, en met een besparing van ongeveer 65 miljoen frank, voortvloeiend uit de bepalingen die de gevallen aanduiden, waarin de uitkeringen niet of slechts in beperkte mate worden toegekend. Uiteindelijk werd een boni van ongeveer 90 miljoen frank bekomen. De gedane vooruitzichten gingen uit van de veronderstelling dat het wetsontwerp van bij de aanvang van het jaar in werking zijn getreden.

Hetzelfde lid vraagt eveneens of er andere wetten bestaan die voorzien in een medische controle vanwege de werkgever.

De Minister verwijst in dat verband naar de wetgeving op het arbeids- en bediendencontract, en meer bepaald naar artikel 29bis van de wet van 10 maart 1900 op het arbeidscontract dat als volgt luidt :

« Article 29bis. — In geval van ongeschiktheid (....) moet de werkmán onmiddellijk zijn werkgever op de hoogte stellen van zijn arbeidsongeschiktheid. Desgevraagd legt hij een medisch attest over.

» Bovendien mag hij niet weigeren een door de werkgever gemachtigd en betaald geneesheer te ontvangen, noch zich door deze te laten onderzoeken. Behoudens wanneer de behandelende geneesheer van de werkmán oordeelt dat zijn gezondheidstoestand hem niet toelaat zich naar een andere plaats te begeven, moet de werkmán zich desgevraagd bij de door de werkgever gemachtigde en betaalde geneesheer aanbieden. De reiskosten van de werkmán zijn ten laste van de werkgever.

» De door de werkgever gemachtigde en betaalde geneesheer gaat na of de werkmán werkelijk arbeidsongeschikt is; alle andere vaststellingen vallen onder het beroepsgeheim.

» Onverminderd de bevoegdheid der hoven en rechtbanken kan de Koning, na advies van het bevoegd paritair comité of van de Nationale Arbeidsraad, een scheidsrechterlijke procedure instellen om de geschillen van medische aard welke oprijzen tussen de geneesheer van de werkmán en de door de werkgever gemachtigde en betaalde geneesheer te beslechten. »

Een ongeveer gelijklopende tekst werd opgenomen in article 9 § 2 van de gecoördineerde wetten op het bediendencontract.

Een lid verlangt te weten waaraan het is toe te schrijven dat een zelfstandige die aangesloten is bij een verzekeringsinstelling voor het verplichte stelsel én voor de aanvullende vrijwillige verzekering, meer betaalt dan de globale bijdrage van een vrijwillig verzekerde.

De Minister meent dat in het verleden één van de voornaamste redenen hiervoor kon gelegen zijn in het feit dat de bijdrage voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van een zelfstandige, gedurende de jaren 1964-1967, toen nog geen voldoende gegevens ter beschikking stonden over het uitgavenpeil, te hoog lag in verhouding met de werkelijke uitgaven. Men moet er echter rekening mee houden dat de prestaties van die verzekering aanzienlijk werden uitgebreid vanaf 1 januari 1968, en dat er waarschijnlijk vanaf 1968 geen overschot meer zal geboekt worden in deze verzekering; wellicht zullen de reserves zelfs moeten aangesproken worden.

de quelque 65 millions de francs, résultant des dispositions qui énumèrent les cas dans lesquels les indemnités ne sont pas accordées ou ne le sont que dans une mesure limitée. On obtient ainsi finalement un boni d'environ 90 millions de francs. Les prévisions partaient de l'hypothèse que le projet de loi serait en vigueur dès le début de l'année.

Le même commissaire aimerait également savoir s'il existe d'autres lois prévoyant un contrôle médical organisé par l'employeur.

A cet égard, le Ministre renvoie à la législation sur le contrat de travail et le contrat d'emploi, et plus précisément à l'article 29bis de la loi du 10 mars 1900 sur le contrat de travail, qui est rédigé comme suit :

« Article 29bis. — Dans le cas d'incapacité (.....), l'ouvrier doit avertir immédiatement son employeur de son incapacité de travail. S'il y est invité, il produira un certificat médical.

» En outre, il ne peut refuser de recevoir un médecin délégué et rémunéré par l'employeur ni de se laisser examiner. A moins que le médecin traitant de l'ouvrier estime que son état de santé ne lui permet pas de se déplacer, l'ouvrier doit, s'il y est invité, se présenter chez le médecin délégué et rémunéré par l'employeur. Les frais de déplacement de l'ouvrier sont à charge de l'employeur.

» Le médecin délégué et rémunéré par l'employeur vérifie la réalité de l'incapacité de travail, toutes autres constatations étant couvertes par le secret professionnel.

» Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, le Roi peut, après avis de la Commission paritaire compétente ou du Conseil national du Travail, instaurer une procédure d'arbitrage concernant les litiges d'ordre médical survenant entre le médecin de l'ouvrier et le médecin délégué et rémunéré par l'employeur. »

Le texte de l'article 9, § 2, des lois coordonnées relatives au contrat d'emploi est à peu près identique.

Un membre pose la question de savoir pourquoi la somme à payer par un indépendant affilié à un organisme assureur, tant pour le régime obligatoire que pour l'assurance libre complémentaire, est plus élevée que la cotisation globale d'un assuré libre.

Le Ministre croit que, dans le passé, l'une des causes principales de cette situation a pu résider dans le fait que pendant les années 1964-1967, lorsqu'on ne disposait pas encore de données suffisantes sur le niveau des dépenses, la cotisation à l'assurance obligatoire pour les soins de santé était trop élevée par rapport aux dépenses réelles. Il faut cependant tenir compte du fait que les prestations de cette assurance ont été considérablement étendues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1968 et qu'à partir de 1968, on n'enregistrera sans doute plus d'excédent dans ce régime d'assurance; il sera peut-être même nécessaire de faire appel aux réserves.

Wanneer de aangeklaagde toestand zich thans nog voordoet, moet daaromtrent contact worden opgenomen met de verzekeringsinstellingen.

Een lid wenst nadere gegevens omtrent de controle die uitgeoefend wordt bij de agenten van de Nationale Maatschappij van Belgische spoorwegen bij eventuele ziekte.

De Minister antwoordt dat hij zich daarvoor heeft gewend tot zijn collega van Verkeerswezen die het volgende antwoord heeft verstrekt :

\*\*

#### *Geneeskundig attest of persoonlijke verklaring.*

Elke afwezigheid wegens ziekte — ook deze van slechts één dag — dient gestaafd te worden door een geneeskundig attest, dat onmiddellijk dient gestuurd aan het Geneeskundig Centrum van de N.M.B.S. van het gewest waarin de werkzetel van de arbeidsongeschikte werknemer gelegen is. Het stelsel van de persoonlijke verklaring voor een afwezigheid van één dag — toegestaan voor het Staatspersoneel — bestaat niet bij de N.M.B.S.

Bovendien is het zieke personeelslid er toe gehouden zijn onmiddellijke chef zo vlug mogelijk van zijn afwezigheid op de hoogte te stellen en zeker vóór het uur van zijn voorziene dienstaanvang.

*Vroegtijdige controle* (Bij de N.M.B.S. : Geneeskundige Controle).

De zieke werknemer, die volgens het geneeskundig attest, de kamer moet houden, wordt spoedig ten huize gecontroleerd door een geneesheer, aangesteld door de N.M.B.S. Indien de zieke, in dit geval niet wordt thuis gevonden, worden hem de onkosten van dit controlebezoek ten laste gelegd en kan hij het voorwerp uitmaken van een strafmaatregel.

Wanneer het geneeskundig attest bepaalt dat de zieke mag buiten gaan, is hij verplicht zich zo spoedig mogelijk aan te bieden op het hogervermeld gewestelijk Geneeskundig Centrum van de N.M.B.S., waar dagelijks controlezittingen plaats hebben.

#### *Frekwentie van de controle-verrichtingen.*

Zoals gezegd worden in de Gewestelijke Geneeskundige Centra van de N.M.B.S. dagelijks controlezittingen gehouden.

De arbeidsongeschikten die de kamer moeten houden, worden zo dikwijls gecontroleerd als de geneesheer van de N.M.B.S. het nodig acht. Het valt voor dat een zieke aldus in de loop van één week tweemaal ten huize gecontroleerd wordt.

#### *Statuut van de geneesheren.*

Normaliter zijn de geneesheren, belast met de geneeskundige controle, ambtenaren van de N.M.B.S., die onderworpen zijn aan het Statuut van het Personeel van de Maatschappij.

Si la situation incriminée devait se présenter encore à l'heure actuelle, il y aurait lieu de prendre contact avec les organismes assureurs.

Un membre voudrait avoir des précisions concernant le contrôle exercé chez les agents de la Société nationale des Chemins de fer belges en cas de maladie.

Le Ministre répond qu'il s'est adressé à son collègue des Communications, qui a fourni la réponse reproduite ci-dessous.

\*\*

#### *Certificat médical ou déclaration personnelle.*

Toute absence pour cause de maladie — même s'il ne s'agit que d'une seule journée — doit être justifiée par un certificat médical à adresser immédiatement au Centre médical de la S.N.C.B. de la région où est établi le siège dont relève l'agent atteint par une incapacité de travail. Le système de la déclaration personnelle pour une absence d'un seul jour — qui est admis pour le personnel de l'Etat — n'existe pas à la S.N.C.B.

De plus, l'agent malade est tenu d'avertir son chef immédiat de son absence le plus rapidement possible et en tout cas avant l'heure à laquelle il devait prendre son service.

#### *Contrôle précoce* (à la S.N.C.B. : Contrôle médical).

Le travailleur malade qui, d'après le certificat médical, doit garder la chambre, est contrôlé incessamment à domicile par un médecin désigné par la S.N.C.B. Si celui-ci constate l'absence de l'intéressé, les frais de cette visite de contrôle sont mis à charge de ce dernier, qui pourra faire l'objet d'une mesure disciplinaire.

Lorsque le certificat médical l'autorise à sortir, le malade est obligé de se présenter dans les plus brefs délais au Centre médical régional précité de la S.N.C.B., où des séances de contrôle sont organisées chaque jour.

#### *Fréquence des opérations de contrôle.*

Comme il vient d'être indiqué, des séances de contrôle quotidiennes sont organisées dans les Centres médicaux régionaux de la S.N.C.B.

Les travailleurs atteints d'incapacité qui doivent garder la chambre, sont contrôlés aussi souvent que le médecin de la S.N.C.B. le juge nécessaire. Il peut donc arriver qu'un contrôle à domicile ait lieu deux fois au cours de la même semaine.

#### *Statut des médecins.*

Normalement, les médecins chargés du contrôle médical sont des fonctionnaires de la S.N.C.B., soumis au statut du personnel de la Société.

Wanneer het effectief van deze geneesheren onvolgende blijkt om de voorziene controle uit te oefenen, gelast de N.M.B.S. geneesheren-collaborateurs met een deel van deze controle. Deze laatste geneesheren worden dan bezoldigd per prestatie. Zij behoren niet tot het statutair personeel van de N.M.B.S.

#### *Vergelijkende tabel.*

Ten einde een overzicht te geven van de toestand, die zich inzake geneeskundige controle voordoet, op grond enerzijds van de huidige wetgeving, en anderzijds van de wijzigingen die daaraan zullen gebracht worden na goedkeuring van het wetsontwerp, verschaft de Minister aan de commissieleden een beknopte vergelijkende tabel waarin voor de onderscheiden periodes, de verplichtingen van de gerechtigde en de wijze van uitoefening van de controle, worden aangegeven.

#### *I. Primaire arbeidsongeschiktheid.*

(Eerste jaar van de ongeschiktheid).

1° Verplichtingen van de gerechtigde (aanvang en wederoptreden van de ongeschiktheid).

#### *Huidige wetgeving.*

1. De gerechtigde die al dan niet een gewaarborgd week- of maandloon geniet, doet aan de adviserend geneesheer mededeling van de aanvang of het wederoptreden van zijn ongeschiktheid, met een door zijn behandelend geneesheer ondertekend *getuigschrift* (wet 9-8-1963, art. 47), behoudens uitzonderingen waarin het Beheerscomité voorziet en onder voorbehoud van artikel 47bis van de wet (spontane controle). Dit geldt ook voor het wederoptreden in een periode van voortdurende ongeschiktheid of invaliditeit (art. 52-55, wet 9-8-1963).

— *Uiterlijk de tweede dag* na die waarop zijn arbeidsongeschiktheid is aangevangen of wederopgetreden, moet de gerechtigde dit *getuigschrift* hetzij over de post aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsin-

#### *Wetsontwerp.*

1. *Het Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen bepaalt de regelen volgens welke en de termijnen* waarin de gerechtigde de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling kennis moet geven van elke arbeidsongeschiktheid evenals de regelen, die met het oog op de verlenging van de ongeschiktheid in acht moeten worden genomen (art. 10, ontwerp).

De zeer algemene inhoud van de tekst maakt het bijvoorbeeld het Beheerscomité mogelijk het geneeskundig *getuigschrift* door een persoonlijke verklaring van de betrokkene te vervangen die, in voorkomend geval, zou kunnen bevestigd worden door een geneeskundig *getuigschrift* van de behandelend geneesheer.

— De regelen en termijnen vastgesteld door het Beheerscomité gelden eveneens in geval de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt na het ophouden van de staat van invaliditeit (art. 17, wetsontwerp).

Lorsque leur effectif s'avère insuffisant pour exercer le contrôle prévu, la S.N.C.B. charge des collaborateurs médecins d'une partie de ce contrôle. Ces derniers sont alors rémunérés par prestation. Ils n'appartiennent pas au personnel statutaire de la S.N.C.B.

#### *Tableau comparatif.*

Afin de donner un aperçu de la situation en matière de contrôle médical, telle qu'elle se présente sur la base, d'une part, de la législation actuelle et, d'autre part, des modifications qui y seront apportées par le vote du projet de loi, le Ministre fournit aux commissaires un tableau comparatif succinct, indiquant pour les différentes périodes les obligations du titulaire et les modalités d'exercice du contrôle.

#### *I. Incapacité primaire.*

(Première année d'incapacité).

1° Obligations du titulaire (début et reprise de l'incapacité).

#### *Actuelle législation.*

1. En cas de début et de reprise de l'incapacité, le titulaire, bénéficiant ou non d'une rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie, avise le médecin-conseil de son incapacité *au moyen d'un certificat* signé par son médecin traitant (loi 9-8-1963, art. 47), sauf exceptions prévues par le Comité de gestion et sous réserve de l'article 47bis de la loi (contrôle spontané). Ceci vaut également pour la reprise en incapacité prolongée ou en invalidité (art. 52-55, loi 9-8-1963).

— *Au plus tard le 2<sup>e</sup> jour* qui suit celui au cours duquel a débuté ou repris son incapacité, le titulaire doit envoyer ce certificat par la poste au médecin-conseil de son organisme assureur ou le remettre en se présentant

#### *Projet de loi.*

1. *Le Comité de gestion du service des indemnités fixe les règles et délais* suivant lesquels le titulaire avise le médecin-conseil de son organisme assureur de toute incapacité de travail ainsi que les règles à observer en vue de la prolongation de l'incapacité (art. 10 du projet).

La teneur très générale du texte permet, par exemple, au Comité de gestion de remplacer le certificat médical par une déclaration personnelle de l'intéressé qui pourrait être confirmée le cas échéant par un certificat médical du médecin traitant.

— Les règles et délais fixés par le Comité valent également pour les cas où la reprise de l'état d'incapacité de travail intervient après la cessation de l'état d'invalidité (art. 17 du projet de loi).

stelling zenden, hetzij het afgeven wanneer hij zich ter spreekkamer van de adviserend geneesheer meldt (art. 2, K.B. 31-12-1963, Verordening uitkeringen).

2. *In geval van spontane controle*, zoals wanneer de gerechtigde herhaaldelijk getuigschriften van arbeidsongeschiktheid heeft ingeleverd, beslist de adviserend geneesheer dat betrokkene gedurende een tijdvak van één jaar :

— hem mededeling moet doen van elke arbeidsongeschiktheid en wel de dag zelf waarop zij aanvangt, door toezending of afgifte van een door de gerechtigde ondertekend bescheid;

— zich spontaan moet aanmelden op de eerstvolgende controlezitting die door de adviserend geneesheer wordt gehouden (art. 47bis, wet 9-8-1963).

2° Geneeskundige bevoegdheden om de aanvang en het einde van de ongeschiktheid vast te stellen.

1. *De adviserend geneesheer* van de verzekeringsinstelling stelt de staat van primaire arbeidsongeschiktheid vast en bepaalt de duur ervan (art. 48, wet 9-8-1963).

2. Het Beheerscomité bepaalt de voorwaarden waaronder aan de gerechtigde, die onder spontane controle staat, verplichtingen kunnen worden opgelegd die afwijken van artikel 10 van het wetsontwerp.

1. *Om tijdens de aanvangsperiode der arbeidsongeschiktheid*, een coördinatie te bekomen tussen enerzijds de diensten voor geneeskundige controle, ingericht door bepaalde werkgevers, in hoofdzaak om de ongeschiktheid na te gaan van hun werknemers *tijdens de periode waarin het gewaarborgd week- of maandloon wordt uitbetaald*, en anderzijds de controle uitgeoefend door de adviserende geneesheren van de ziekteverzekering, kan de Koning de voorwaarden vaststellen waaronder de diensten ingericht door een of meerdere werkgevers, met het oog op de voornoemde geneeskundige controle, kunnen worden erkend om de staat van arbeidsongeschiktheid vast te stellen voor de tewerkgestelde gerech-

ten au cabinet du médecin-conseil (art. 2, A.R. 31-12-1963, Règlement des indemnités).

2. *En cas de contrôle spontané*, c'est-à-dire si le titulaire a remis à diverses reprises des certificats d'incapacité de travail, le médecin-conseil décide que, pendant la période d'une année, l'intéressé :

— doit porter à sa connaissance toute incapacité de travail le jour même où celle-ci débute, en envoyant ou en remettant un document signé par le titulaire;

— doit se présenter spontanément à la prochaine séance de contrôle tenue par le médecin-conseil (art. 47bis, loi 9-8-1963).

2° Compétences médicales pour fixer le début et la fin de l'incapacité.

1. Le *médecin-conseil* de l'organisme assureur constate l'état d'incapacité primaire et en fixe la durée (art. 48, loi 9-8-1963).

2. Le Comité de gestion détermine les conditions dans lesquelles le titulaire, en contrôle spontané, peut être soumis à des obligations dérogeant à l'article 10 du projet de loi.

1. Pour obtenir, au cours de la période initiale de l'incapacité de travail, une coordination entre, d'une part, les services de contrôle médical organisés par certains employeurs en vue principalement de faire constater l'incapacité de leurs travailleurs pendant la période de rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie et, d'autre part, le contrôle exercé par les médecins-conseil de l'assurance, le Roi peut fixer les conditions dans lesquelles les services, organisés par un ou plusieurs employeurs en vue du contrôle médical précité, peuvent être agréés en vue de constater l'incapacité de travail des titulaires occupés par les employeurs qui font appel à ces services (art. 13 du projet de loi).

tigde wiens werkgever op die diensten een beroep doet (art. 13, wetsontwerp).

De modaliteiten van deze vaststelling worden bepaald door het Beheerscomité.

*De verzekeringsinstellingen zijn door de beslissing van de erkende diensten voor geneeskundige controle gebonden, tot wanneer de adviserend geneesheer of de geneesheer-inspecteur de staat van arbeidsongeschiktheid ontkent of de duur ervan beperkt volgens de door het Beheerscomité te bepalen regelen en termijnen (art. 13, wetsontwerp).*

2. De geneesheren-inspecteurs staan in voor de geneeskundige spoedcontrole op de arbeidsongeschiktheid, voornamelijk door zonder voorafgaand bericht naar de zetel van de ondernemingen te gaan, ten einde er de lijst van de wegens arbeidsongeschiktheid afwezige werknemers op te nemen en dadelijk de nodig gezichte enquêtes en onderzoeken in te stellen (art. 82, wet 9-8-1963).

2. *De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling stelt de staat van ongeschiktheid vast, en bepaalt de duur ervan onder de voorwaarden en binnen de termijnen die door het Beheerscomité zijn bepaald (art. 12, wetsontwerp).*

3. *De geneesheer-inspecteur van de dienst voor geneeskundige controle van het R.I.Z.I.V. kan, op verzoek van de adviserend geneesheer, de staat van primaire arbeidsongeschiktheid vaststellen en de duur ervan bepalen onder de voorwaarden en binnen de termijnen die zijn bepaald door het Beheerscomité, wanneer het gaat om een gerechtigde die zich wegens zijn gezondheidstoestand niet kan begeven naar de plaats van de controlezitting.*

Ten slotte wordt er geen afbreuk gedaan aan de bevoegdheden van de in de artikels 82 en 83 van 9-8-1963 vermelde bevoegdheden van de geneesheer-inspecteur.

Les modalités de cette constatation sont fixées par le Comité de gestion.

*Les organismes sont liés par la décision des services de contrôle médical agréés jusqu'au moment où le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur dénie l'état d'incapacité ou en limite la durée suivant les règles et délais fixés par le Comité de gestion (art. 13 du projet de loi).*

2. Le médecin-inspecteur assure le contrôle précoce de l'incapacité de travail, principalement, en se rendant sans préavis au siège des entreprises afin d'y relever la liste des travailleurs absents pour incapacité de travail et de procéder immédiatement aux enquêtes et examens jugés nécessaires (art. 82, loi du 9-8-1963).

2. *Le médecin-conseil de l'organisme assureur constate l'état d'incapacité et en fixe la durée dans les délais et conditions fixés par le Comité de gestion (art. 12 du projet de loi).*

3. *Le médecin-inspecteur du service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I. peut, à la demande du médecin-conseil, lorsque le titulaire, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer au lieu où se tient le service de contrôle, constater l'état d'incapacité primaire et en fixer la durée dans les conditions et délais fixés par le Comité de gestion.*

Enfin, il n'est pas porté atteinte aux compétences du médecin inspecteur inscrites aux articles 82 et 83 de la loi du 9 août 1963.

## II. Voortdurende arbeidsongeschiktheid.

(Tweede en derde jaar).

Geneeskundige bevoegdheden om de staat vast te stellen en de duur ervan te bepalen.

1. De Geneeskundige Raad voor Invaliditeit stelt, op basis van een door de adviserend geneesheer opgemaakt verslag, de staat van voortdurende arbeidsongeschiktheid vast en bepaalt de duur ervan (art. 51, 9-8-1963).

2. De adviserend geneesheer mag het einde van de staat van voortdurende arbeidsongeschiktheid vaststellen (art. 51, 2° lid, wet 9-8-1963).

Het begrip voortdurende arbeidsongeschiktheid wordt in het wetsontwerp weggelaten. Inderdaad, het tijdvak van invaliditeit vangt aan vanaf het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid.

Voor de vergelijking van de bevoegdheden wordt verwezen naar punt III infra.

## III. Invaliditeit.

Geneeskundige bevoegdheden om de staat vast te stellen en de duur ervan te bepalen.

1. Krachtens artikel 54 van de wet van 9-8-1963, stelt de *Geneeskundige raad voor invaliditeit* de staat van invaliditeit vast en bepaalt de duur ervan.

Volgens deze wet, neemt de invaliditeit een aanvang vanaf het vierde jaar van de ongeschiktheid.

1. Volgens het ontwerp, neemt de invaliditeit een aanvang vanaf het tweede jaar van de ongeschiktheid.

1. De *Geneeskundige raad voor invaliditeit* stelt, op basis van een door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling opgemaakt verslag, de staat van invaliditeit vast en bepaalt de duur ervan (art. 16 wetsontwerp).

De Koning bepaalt onder welke voorwaarden de bevoegdheid tot beslissen en van deze beslissing kennis te geven, kan worden uitgeoefend door één of meer geneesheren, leden van de hoge commissie of van de gewestelijke commissie van de geneeskundige raad voor invaliditeit (art. 8 wetsontwerp), zodat de controle versneld wordt door hem te decentraliseren.

## II. Incapacité prolongée.

(Deuxième et troisième années.)

Compétences médicales pour constater l'état et en fixer la durée.

1. *Le Conseil médical de l'Invalidité* constate, sur base d'un rapport établi par le médecin-conseil, l'état d'incapacité prolongée et en fixe la durée (art. 51, loi 9-8-1963).

2. Le médecin-conseil peut constater la fin de l'état d'incapacité prolongée (art. 51, al. 2, loi 9-8-1963).

La notion de période d'incapacité prolongée est supprimée dans le projet de loi. En effet, d'après le projet, la période d'invalidité prend cours dès la 2<sup>e</sup> année d'incapacité de travail.

Pour la comparaison des compétences, il y a donc lieu de voir le point III qui suit.

## III. Invalidité.

Compétences médicales pour constater l'état et en fixer la durée.

1. La loi du 9-8-1963 prévoit en son article 54 que le *Conseil médical de l'invalidité* constate l'état d'invalidité et en fixe la durée.

D'après cette loi, l'invalidité commence avec la 4<sup>e</sup> année d'incapacité.

D'après le projet de loi, l'invalidité débute dès la 2<sup>e</sup> année d'incapacité.

1. *Le Conseil médical de l'invalidité* constate, sur base d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, l'état d'invalidité et en fixe la durée (art. 16 du projet de loi).

Le Roi détermine les conditions dans lesquelles le pouvoir de décision et de notification peut être exercé par un ou plusieurs médecins membres de la commission supérieure ou de la commission régionale du Conseil médical de l'invalidité (art. 8 du projet de loi), ce qui permet d'accélérer le contrôle en le décentralisant.

Evenwel zal in geen geval, deze bevoegdheid uitsluitend uitgeoefend worden door geneesheren tewerkgesteld door de verzekeringsinstelling, bij dewelke de gerechtigde is aangesloten of ingeschreven (art. 8 wetsontwerp).

2. *De adviserend geneesheer, en de geneesheer-inspecteur*, als hij de gerechtigde op verzoek van de adviserend geneesheer onderzoekt, kunnen het einde van de staat van invaliditeit vaststellen en, ingeval de staat van arbeidsongeschiktheid opnieuw optreedt binnen 3 maanden na het einde van het invaliditeitstijdvak, dit wederoptreden *ontkennen* of voor een *beperkte*, door de Koning vastgestelde periode, erkennen (art. 16, wetsontwerp).

Een lid verlangt te weten of de Minister niet het voornemen heeft om de ongeschiktheidsuitkering ten voordele van de zelfstandigen in te voeren met het voorliggende wetsontwerp.

De Minister antwoordt dat de mogelijkheid om die uitkering in te voeren reeds ligt vervat in de wet van 9 augustus 1963 (artikel 45, § 3). De uitvoeringsmaatregelen moeten worden genomen bij koninklijk besluit, na beraadslaging in de Ministerraad. De werkgroep, opgericht bij het Ministerie van Middenstand voor het onderzoek van het sociaal statuut der zelfstandigen, bestudeert thans de voorwaarden onder welke een ongeschiktheidsuitkering van de zelfstandigen zou kunnen toegekend worden. De Minister geeft zijn inzicht te kennen om aan de voorstellen, die de werkgroep hem terzake zou bezorgen, in overleg met zijn collega van Middenstand, een gunstig gevolg te verlenen, des te meer daar het om voorstellen gaat die in de regeringsverklaring voorkomen.

Hetzelfde lid doet nog opmerken dat hij in principe niet gekant is tegen het verbod van cumul van de uitkering voor jaarlijks verlof met de uitkering bij ziekte en invaliditeit. Hij vestigt evenwel de aandacht op de niet te onderschatten administratieve verwickelingen, die daaruit zullen voortvloeien, hetgeen onder meer blijkt uit de reglementering inzake werkloosheid, waarin een gelijkaardig verbod is opgenomen. Ten slotte vraagt het lid dat er voor de onderscheiden sectoren van de maatschappelijke zekerheid gemeenschappelijke regelen zouden gelden ten aanzien van de cumul.

Ten aanzien van de nieuwe bepalingen inzake het sociaal statuut voor de beoefenaars der geneeskunst, stelt een lid de vraag waarom de regeling niet wordt uitgebreid tot de beoefenaars van paramedische beroepen en de leveranciers van prothesen.

Cependant, en aucun cas, ce pouvoir ne pourra être exercé exclusivement par des médecins occupés par l'organisme assureur auquel le titulaire intéressé est affilié ou inscrit (art. 8 du projet de loi).

2. *Le médecin-conseil, et le médecin-inspecteur* lorsqu'il examine le titulaire à la demande du médecin-conseil, peuvent constater la fin de l'état d'incapacité et, en cas de reprise de l'état d'incapacité dans les 3 mois suivant la fin de la période d'invalidité, *dénier* cette reprise ou la reconnaître pour une période *limitée*, fixée par le Roi (art. 16 du projet de loi).

Un membre aimerait savoir si le Ministre n'a pas l'intention de créer par le présent projet de loi l'indemnité d'incapacité en faveur des indépendants.

Le Ministre répond que la possibilité de créer cette indemnité existe depuis la loi du 9 août 1963 (article 45, § 3). Les mesures d'exécution doivent être prises par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres. Le groupe de travail institué au Ministère des Classes moyennes afin d'examiner le statut social des indépendants étudie actuellement les conditions dans lesquelles une indemnité d'incapacité pourrait leur être allouée. Le Ministre indique qu'il a l'intention de réserver, en accord avec son collègue des Classes moyennes, une suite favorable aux propositions qui lui seront soumises en la matière par le groupe de travail, d'autant plus qu'il s'agit de propositions dont la teneur figure dans la déclaration gouvernementale.

Le même membre ajoute qu'en principe, il n'est pas adverse de l'interdiction de cumuler le pécule de vacances annuelles avec les prestations de l'assurance maladie-invalidité. Mais il attire l'attention sur les complications administratives non négligeables qui en résulteront, comme on l'a constaté notamment pour la réglementation sur le chômage, qui prévoit une interdiction analogue. Enfin, l'intervenant demande que des règles communes s'appliquent aux cumuls dans les divers secteurs de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les nouvelles dispositions relatives au statut social des praticiens de l'art de guérir, un commissaire voudrait savoir pourquoi le régime n'est pas étendu aux membres des professions paramédicales et aux fournisseurs de prothèses.

De Minister antwoordt dat in de huidige wet reeds bepalingen zijn opgenomen (artikel 29, § 10) die een regeling van sociale voordelen behelzen ten behoeve van de genoemde groepen. Niets wijst er thans op dat die regeling hun geen voldoening zou schenken.

Omtrent het sociaal statuut wordt door een lid nog een andere vraag gesteld: wat gebeurt er indien een « verbonden » geneesheer aangesloten is bij een volgens de tekst van het wetsontwerp erkende pensioenkas, maar naderhand, wanneer een nieuw akkoord wordt afgesloten in de nationale commissie van geneesheren en ziekenfondsen, geen verbintenis meer onderschrijft en dienvolgens geen aanspraak meer kan maken op een aandeel van het R.I.Z.I.V. in zijn verzekeringsbijdrage?

De Minister antwoordt dat die geneesheer de mogelijkheid heeft om verder bij die pensioenkas aangesloten te blijven, maar dat hij de bijdrage integraal uit eigen middelen zal moeten betalen. Nadere regelen daaromtrent kunnen in het koninklijk besluit dat de normen vaststelt betreffende de erkenning van pensioenkas, worden opgenomen.

In verband met de bepalingen van het wetsontwerp omtrent de veiligheidsmarge, en meer bepaald de instelling van een speciaal fonds in de schoot van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, oordelen sommige leden dat de nieuwe tekst niet ver genoeg gaat. Inderdaad, in geval van mali, zouden de verzekeringsinstellingen desgevallend moeten kunnen beroep doen op de totaliteit van de inkomsten van het genoemde fonds.

De Minister is het met die stelling niet eens. Inderdaad, de verdeling van de inkomsten, zoals zij wordt georganiseerd door de bepalingen van de wet van 9 augustus 1963, berust op een compromis tussen de voorstanders van de financiële verantwoordelijkheid der verzekeringsinstellingen en die van de integrale compensatie onder de uitgaven van diezelfde instellingen. Het compromis houdt in dat de verzekeringsinstellingen hun uitgaven inzake uitkeringen terugbetaald krijgen, binnen de perken weliswaar van de voorhanden zijnde bijdragen van de maatschappelijke zekerheid. De uitgaven van diezelfde verzekeringsinstellingen voor sociale ziekten worden hun eveneens naar rato van 95 % terugbetaald, en wel door middel van Rijkstoelagen. De overige sektor van de geneeskundige verzorging is diegene, waarin de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen tot uiting komt. Maar zelfs in die laatste sector werd een belangrijk element van compensatie ingebouwd dat rekening houdt met de vermoedelijke lasten die iedere verzekeringsinstelling zal te dragen hebben. Inderdaad, de Rijkstoelagen van 27 % op de in de begroting opgenomen uitgavenraming betreffende die sector, worden onder de verzekeringsinstellingen verdeeld op grond van het aantal en de gemiddelde kosten van de bij hen ingeschreven gepensioneerden, weduwen en gerechtigden die sedert meer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn.

Welnu, het veiligheidscoëfficiënt heeft, luidens de nieuwe tekst die terzake de praktijk van de laatste jaren bevestigt, uitsluitend betrekking op de sector der geneeskundige verzorging (met uitsluiting van de

Le Ministre répond que la loi actuelle comporte déjà des dispositions (article 29, § 10) réglant les avantages sociaux en faveur des groupes précités. Rien n'indique que ce régime ne leur donne pas satisfaction.

A propos toujours du statut social, un membre pose la question suivante: qu'arrivera-t-il si un médecin « engagé » est affilié à une caisse de pensions agréée en vertu du projet de loi mais que, dans la suite, lorsqu'un nouvel accord aura été conclu au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, ce médecin ne souscrit plus d'engagement et, par conséquent, n'a plus droit à une intervention de l'I.N.A.M.I. dans le paiement de sa cotisation d'assurance?

Le Ministre répond que l'intéressé pourra rester affilié à ladite caisse de pensions, mais qu'il devra payer lui-même la totalité de la cotisation. Il sera possible de prévoir des règles plus précises en la matière dans l'arrêté royal fixant les normes d'agrément des caisses de pensions.

En ce qui concerne les dispositions du projet de loi relatives au coefficient de sécurité, et plus spécialement à la création d'un fonds spécial au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, certains membres estiment que le nouveau texte ne va pas assez loin, car, en cas de déficit, les organismes assureurs devraient, le cas échéant, pouvoir faire appel à la totalité des recettes de ce fonds.

Le Ministre n'admet pas ce point de vue. En effet, la répartition des recettes, telle qu'elle est organisée par les dispositions de la loi du 9 août 1963, repose sur un compromis entre les partisans de la responsabilité financière des organismes assureurs et ceux de la compensation intégrale des dépenses des mêmes organismes. Ce compromis implique que les organismes assureurs se voient rembourser leurs frais afférents aux indemnités, encore que ce soit dans les limites des cotisations de la sécurité sociale effectivement perçues. Les dépenses des organismes assureurs pour les maladies sociales leur sont également remboursées à concurrence de 95 %, et ce par la voie des subsides de l'Etat. Le secteur restant des soins de santé est celui dans lequel s'exerce la responsabilité des organismes assureurs. Mais même dans ce dernier secteur, on a intégré un important élément de compensation qui tient compte des charges probables de chaque organisme assureur. En effet, le subside de l'Etat, s'élevant à 27 % des prévisions budgétaires de dépenses relatives à ce secteur, est réparti entre les organismes assureurs en tenant compte du nombre et du coût moyen de leurs affiliés pensionnés, veufs et titulaires atteints d'incapacité de travail depuis plus d'un an.

Or, d'après le nouveau texte, qui confirme la pratique des dernières années en la matière, le coefficient de sécurité se rapporte uniquement au secteur des soins de santé (à l'exclusion des maladies sociales),

sociale ziekten), m.a.w. op de sector die het voorwerp uitmaakt van de verantwoordelijkheid der verzekeringsinstellingen. Het is niet de bedoeling van de Minister om fundamenteel af te wijken van het thans bestaande evenwicht tussen verantwoordelijkheid en solidariteit. De instelling van een speciaal fonds heeft alleen tot doel te voorkomen dat, zonder noodzaak, de aanzienlijke bedragen die met het veiligheidscoëfficiënt overeenstemmen, in het raam van de verdeling der globale inkomsten, worden toegekend aan al de verzekeringsinstellingen, ook aan diegene waarvan achteraf zo blijken dat zij het dienstjaar met een boni hebben afgesloten. Dit betekent in concreto dat de verzekeringsinstellingen slechts aanspraak kunnen maken op het gedeelte van het speciaal fonds, dat hun zou toegewezen zijn, indien dit fonds niet zou bestaan en indien alle inkomsten van meet af aan onder de verzekeringsinstellingen zouden verdeeld zijn.

Een lid wenst nadere uitleg omtrent de bezuinigingen die voortvloeien uit de toepassing van de voorgestelde wijzigingen die betrekking hebben op de controlemaatregelen. Het blijkt inderdaad uit de « memorie van toelichting » dat, naar het oordeel van het beheerscomité, de voorgestelde wijzigingen zullen toelaten het jaar 1969 met een boni af te sluiten.

Het beheerscomité van de dienst uitkeringen is inderdaad van oordeel dat bepaalde wijzigingen aan de controlemaatregelen moeten leiden tot een vermindering van de uitgaven.

Dit blijkt uit de notulen van de zitting van 2 juli 1968 van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen. Op die vergadering werd de begroting 1969 van de Dienst « Uitkeringen » goedgekeurd. Het vastgestelde boni van  $\pm 89$  miljoen frank was gesteund op de besparingen die zouden voortvloeien uit de bezuinigingsvoorstellen, die door het Beheerscomité werden uitgewerkt (medische controle  $\pm 220$  miljoen frank en eventuele andere besparingen : totaal te schatten op 300 miljoen frank).

Een lid verklaart dat het ontwerp hem ontgoocheld heeft omdat het onvolledig is, o.m. inzake de verhoudingen tussen de ziekteverzekering en de geneesheren. Welke is op dit ogenblik de toestand wat de verbintenissen van de geneesheren betreft? Volgens het R.I.Z.I.V. bedraagt het percentage 43,13 %; volgens de groep Wynen 52 %. Men is dus nog ver verwijderd van het door de wet vereiste percentage. Intussen zijn er gehele streken in het land waar de regeling van de Z.I.V. niet normaal kon worden toegepast, met als gevolg overigens dat er verschillen voorkomen in het uitgavenpeil van de verzekeringsinstellingen.

Hetzelfde lid verklaart ten slotte dat het de laatste hand legt aan een reeks amendementen. In ieder geval zal hijzelf noch zijn groep het ontwerp in zijn huidige staat goedkeuren.

Een lid wenst te weten waarom de mogelijkheid niet werd in aanmerking genomen van een pensioenkas, op te richten in de schoot van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Hij verwijst in dat verband naar een bemerking van de Raad van State (p. 34 van het wetsontwerp).

c'est-à-dire au secteur dont les organismes assureurs ont la responsabilité. Le Ministre n'a pas l'intention de déroger fondamentalement à l'équilibre qui existe actuellement entre la responsabilité et la solidarité. La création d'un fonds spécial vise simplement à éviter que, sans aucune nécessité, les sommes considérables qui correspondent au coefficient de sécurité, ne soient attribuées, dans le cadre de la répartition des recettes globales, à tous les organismes assureurs, même à ceux dont il s'avérerait par la suite qu'ils ont clôturé l'exercice en boni. Concrètement, cela revient à dire que les organismes assureurs ne peuvent prétendre à la quote-part du fonds spécial qui leur aurait été attribuée si ce fonds n'existait pas et si toutes les recettes avaient été réparties dès le début entre les organismes assureurs.

Un membre aimerait avoir des précisions sur les économies qui résulteront de l'application des modifications proposées en ce qui concerne les mesures de contrôle. On lit en effet dans l'exposé des motifs du projet que, selon le Comité de gestion, ces modifications permettront de clôturer l'année 1969 en boni.

Le Comité de gestion du service des indemnités estime en effet que certaines modifications des mesures de contrôle doivent aboutir à une réduction des dépenses.

C'est ce qui ressort du procès-verbal de la séance du 2 juillet 1968 du Comité de gestion du Service des indemnités. C'est au cours de cette séance que fut approuvé le budget du Service des indemnités pour 1969. Le boni arrêté de  $\pm 89$  millions de francs était basé sur les économies résultant des propositions que le Comité de gestion avait élaborées en vue de diminuer les dépenses (contrôle médical :  $\pm 220$  millions de francs et autres économies éventuelles : à évaluer à un total de 300 millions de francs).

Un membre déclare que le projet l'a déçu parce qu'il est incomplet, notamment pour ce qui est des relations entre l'assurance maladie et les médecins. Quelle est actuellement la situation en ce qui concerne les engagements des médecins? Selon l'I.N.A.M.I., ce chiffre est de 43,13 %, selon le groupe Wynen, il atteint 52 %. On est donc encore loin du pourcentage requis par la loi. En attendant, dans des régions entières du pays, le régime de l'A.M.I. n'a pas pu être appliqué normalement, ce qui se traduit d'ailleurs par des différences dans le niveau des dépenses des organismes assureurs.

Le même membre déclare enfin qu'il met la dernière main à une série d'amendements. En tout cas, ni lui-même ni son groupe n'adopteront le projet dans sa rédaction actuelle.

Un commissaire aimerait savoir pourquoi on n'a pas envisagé la possibilité de créer une caisse de pension au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. A ce propos, il renvoie à une observation du Conseil d'Etat (p. 34 du projet de loi).

De Minister erkent dat het wetsontwerp niet als doel heeft de wet van 9 augustus 1963 aan een volledige herziening te onderwerpen. Het is er veeleer op gericht sommige welbepaalde problemen op te lossen en inzonderheid op het gebied van de verzekering voor arbeidsongeschiktheid. Wat het percentage van de verbintenissen betreft, worden verschillende cijfers gepubliceerd naargelang men het absoluut aantal verbintenissen over het gehele land in aanmerking neemt, of alleen dat van de verbonden gewesten, en ook naargelang men de partiële verbintenissen van een geneesheer die in een instelling werkzaam is, als een eenheid of slechts voor een fractie van een eenheid aanrekent.

Wat de vraag van een ander lid betreft, antwoordt de Minister dat het Beheerscomité geen voorstel heeft gedaan in verband met een in de schoot van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering op te richten pensioenkas. Daarentegen heeft het Beheerscomité over de tekst van artikel 6 van het wetsontwerp, dat de beoefenaars van de geneeskunst laat aansluiten bij een erkende pensioenkas naar hun keuze, een gunstig advies uitgebracht.

De algemene beraadslaging is ten einde.

#### Artikelsgewijze bespreking.

##### Artikel 1 (nieuw).

Een lid heeft een amendement ingediend dat luidt als volgt :

« Vóór het huidige artikel 1 een nieuw artikel in te voegen luidende :

» In artikel 21 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt het n° 13° vervangen door de volgende tekst :

» 13° de kinderen van de in de n° 1° tot en met 9° bedoelde gerechtigden die volle wezen zijn en recht geven op kinderbijslag even als de personen te hunnen laste. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« Dit amendement wil uitzonderlijk voorkomende gevallen ontmoeten.

» Een volle wees, zoals bedoeld bij n° 13°, kan een persoon of personen ten laste hebben. Volgens de huidige tekst kan deze persoon ten laste niet van de geneeskundige verstrekkingen genieten. »

De Regering heeft een ander amendement ingediend om het probleem dat gesteld was door het eerste amendement te ondervangen. Dit amendement luidt als volgt :

« Artikel 1 (nieuw). — In artikel 2, f) van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, worden de woorden « 1° tot en met 9° » vervangen door de woorden « 1° tot en met 9°, en 13° ».

##### Artikel 2 (nieuw).

» Artikel 2 (nieuw). — In artikel 21, eerste lid, van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

Le Ministre reconnaît que le projet n'a pas pour but de soumettre la loi du 9 août 1963 à une révision complète. Il tend plutôt à résoudre certains problèmes bien déterminés, notamment en matière d'assurance-incapacité de travail. Quant au pourcentage des engagements, les chiffres publiés diffèrent suivant que l'on considère le nombre absolu d'engagements dans l'ensemble du pays, ou uniquement celui enregistré dans les régions engagées, et aussi selon que l'engagement partiel d'un médecin occupé dans un établissement est compté comme une unité ou simplement comme une fraction d'unité.

A la question posée par un autre membre, le Ministre répond que le Comité de gestion n'a fait aucune proposition quant à une Caisse de pension à créer au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Par contre, le Comité de gestion a émis un avis favorable sur le texte de l'article 6 du projet de loi, qui autorise les praticiens de l'art de guérir à s'affilier à une caisse de pension agréée de leur choix.

La discussion générale est close.

#### Discussion des articles.

##### Article premier (nouveau).

Un commissaire a déposé un amendement libellé comme suit :

« Avant l'article 1<sup>er</sup> du texte actuel, insérer un article nouveau rédigé comme suit :

» A l'article 21 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, le 13° est remplacé par la disposition suivante :

» 13° les enfants des titulaires visés sous 1° à 9°, orphelins de père et de mère et bénéficiant des allocations familiales ainsi que les personnes à leur charge. »

Cet amendement était justifié comme suit :

« Le présent amendement se rapporte à des cas exceptionnels.

» Ainsi, l'orphelin de père et de mère visé au 13° peut avoir une ou plusieurs personnes à sa charge. Selon le texte actuel, cette personne à charge est exclue du bénéfice des prestations médicales. »

Afin de faire face au problème posé par l'amendement ci-dessus, le Gouvernement a déposé un autre texte. Celui-ci est libellé comme suit :

« Article 1<sup>er</sup> (nouveau). — A l'article 2, f), de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les mots « 1° à 9° » sont remplacés par les mots « 1° à 9°, et 13° ».

##### Article 2 (nouveau).

» Article 2 (nouveau). — A l'article 21, 1<sup>er</sup> alinéa, de la même loi, sont apportées les modifications suivantes :

» 1. in 10°, worden de woorden « 1° tot en met 9° » vervangen door de woorden « 1° tot en met 9°, en 13° »;

» 2. in 11°, worden de woorden « 1° tot en met 8° » vervangen door de woorden « 1° tot en met 8°, en 13° ».

Nadat het lid zijn amendement heeft ingetrokken wordt het amendement van de Regering eenparig aangenomen.

#### Artikel 1.

De Minister wijst op het sociaal belang van de voorgestelde uitbreidingsmaatregelen. De bepalingen van het gewijzigde artikel 22 van de wet van 9 augustus 1963 stellen de Koning in staat de regeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging uit te breiden tot de gehele bevolking van ons land.

Daartoe behoren ook bepaalde categorieën van behoeftigen. Zullen die een bijdrage dienen te betalen? De Minister heeft het inzicht over het algemeen een redelijke bijdrage te vragen aan de betrokken bevolkingsgroepen. Wie een bijdrage kan betalen zal ze verschuldigd zijn. De behoeftigen zullen zich desgevallend tot de Commissie Openbare Onderstand kunnen wenden om de bijdrage geheel of gedeeltelijk in hun plaats te betalen.

Sommige leden vragen of het verband tussen plicht en recht in deze sector wel zo nauw moet worden toegedaald. Men heeft recht, zelfs als men zijn bijdrage niet betaalt. Zulks moet vooral gelden ten overstaan van zwaar gehandicapten.

De Minister acht het nochtans redelijk in de uitvoeringsbesluiten te bepalen dat men alleen recht kan hebben op de voordelen, op voorwaarde dat men zijn bijdrage-verplichtingen naleeft.

Een lid pleit voor een eenvormige bijdrage voor de gehandicapten; een lage, forfaitaire bijdrage. Hij meent ook dat men zoveel mogelijk een tussenkomst van de Commissie van Openbare Onderstand moet weren.

Ten slotte vraagt hij of, bij de personen onder 7° bedoeld, ook de vreemdelingen moeten gerekend worden.

In ieder geval geeft de Minister de toezegging dat hij, bij het nemen van de uitvoeringsbesluiten er naar zal streven eenvoudige en rechtvaardige voorwaarden inzake bijdragebetaling op te leggen. Aan het probleem van de behoeftige verzekerden zal een aandachtig onderzoek worden gewijd.

Bovendien verklaart de Minister nog dat de tekst van het 7° geen voorwaarde inzake nationaliteit stelt. Het gaat om personen die in België hun verblijfplaats hebben. De Koning kan evenwel voorwaarden bepalen, wat bvb. de duur van het verblijf betreft.

Een lid wenst te weten of de 200 miljoen frank die door de regering ter beschikking werden gesteld om nieuwe sociale initiatieven te nemen ten behoeve van de zwaar gehandicapten reeds een bestemming hebben gekregen.

» 1. au 10°, les mots « 1° à 9° » sont remplacés par les mots « 1° à 9°, et 13° »;

» 2. au 11°, les mots « 1° à 8° » sont remplacés par les mots « 1° à 8°, et 13° ».

Le premier amendement ayant été retiré par son auteur, l'amendement du Gouvernement a été adopté à l'unanimité.

#### Article premier.

Le Ministre souligne l'importance sociale des mesures d'extension proposées. Les dispositions de l'article 22 modifié de la loi du 9 août 1963 donnent au Roi compétence pour étendre le régime d'assurance soins de santé à l'ensemble de la population de notre pays.

Or, cette population compte également certaines catégories d'indigents. Ceux-ci devront-ils payer une cotisation? D'une façon générale, le Ministre a l'intention de demander une cotisation raisonnable aux groupes concernés de la population. Celui qui est en mesure de payer une cotisation sera tenu de le faire. Les indigents pourront, le cas échéant, s'adresser à la C.A.P. pour qu'elle paie tout ou partie de leur cotisation à leur place.

Certains commissaires demandent s'il faut resserrer à ce point le lien entre les obligations et les droits dans ce secteur. On a droit aux prestations, même si on ne paie pas sa cotisation. Ce principe doit être appliqué surtout à l'égard des handicapés graves.

Le Ministre estime toutefois qu'il est raisonnable de préciser dans les arrêtés d'exécution qu'on ne pourra avoir droit aux avantages du régime qu'à condition d'observer ses obligations en matière de cotisation.

Un membre préconise l'établissement d'une cotisation uniforme pour les handicapés. Ce serait une cotisation peu élevée, d'un montant forfaitaire. D'autre part, il estime qu'il convient d'éviter dans la mesure du possible le recours aux C.A.P.

Enfin, il demande si les étrangers sont comptés parmi les personnes définies au 7°.

Le Ministre donne l'assurance qu'en prenant les arrêtés d'exécution il s'efforcera en tout cas d'établir des conditions simples et équitables en ce qui concerne le paiement des cotisations. Quant au problème des assurés indigents, il fera l'objet d'un examen attentif.

Par ailleurs, le Ministre fait remarquer que le texte du 7° ne prévoit aucune condition de nationalité. Il s'agit de personnes qui ont leur résidence en Belgique. Toutefois, le Roi peut fixer des conditions, par exemple en ce qui concerne la durée du séjour.

Un membre voudrait savoir si les 200 millions de francs mis par le Gouvernement à la disposition de nouvelles initiatives sociales à prendre en faveur des handicapés graves ont déjà reçu une affectation.

De Minister antwoordt dat er reeds voorstellen zijn gedaan door de Hoge Raad voor gehandicapten maar niet in verband met het probleem dat de Commissie thans bespreekt. Niettemin zal ongeveer 10 à 15 % van dit krediet worden besteed voor de financiering van de ziekteverzekering voor de mentaal gehandicapten.

Een lid stelt het geval van een loontrekkende die invalide wordt. Dan wordt hij zelfstandig. Dit heeft een zware weerslag op zijn rechten, wat pensioen en ziekteverzekering betreft. Kan die man zijn statuut van loontrekkende niet behouden ?

De Minister antwoordt dat het hier blijkbaar gaat om iemand met een werkonbekwaamheid van minder dan 66 %. Is dit niet het geval dan is de man volledig werkonbekwaam en kan hij zijn statuut van loontrekkende tot het einde behouden. Is zijn werkonbekwaamheid lager dan 66 % : ofwel is hij loontrekkende of werkloos en behoudt hij zijn statuut; ofwel wordt hij zelfstandige en geniet hij het daaraan verbonden statuut.

Ten slotte dient de Regering een amendement in op artikel 1, met de bedoeling de ziekteverzekering van de studenten op een meer aangepaste wijze te kunnen organiseren.

Dit amendement luidt als volgt :

« In artikel 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

» 1. tussen 4. en 5. wordt de volgende tekst ingevoegd :

« 5. het eerste lid, 6°, wordt vervangen door de volgende bepaling :

» 6. tot de studenten die onderwijs van het derde niveau volgen bij een onderwijsinstelling voor dag-onderwijs. De Koning bepaalt de verplichtingen waaraan die onderwijsinstellingen moeten voldoen om de opsporing van de verzekeringsplichtingen te maken;

» 2. de getallen 5. en 6. worden respectievelijk vervangen door de getallen 6. en 7. ».

Dit amendement en het aldus gewijzigd artikel worden eenparig aangenomen.

## Artikel 2.

De Minister wijst er op dat, ofschoon de schijn anders is, de tekst van het 1. van dit artikel in het Frans en het Nederlands dezelfde betekenis heeft. Om redactionele redenen werd door de Raad van State een licht verschillende versie voor de Franse en de Nederlandse tekst aanbevolen.

Artikel 2 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 5 onthoudingen.

Artikelen 3, 4 en 5.

Deze artikelen worden aangenomen met 11 stemmen bij 5 onthoudingen.

Le Ministre répond que le Conseil supérieur des handicapés a déjà fait des propositions, mais celles-ci n'ont aucun rapport avec le problème actuellement discuté en Commission. Cependant, un montant de 10 à 15 % environ de ce crédit sera consacré au financement de l'assurance-maladie des handicapés mentaux.

Un commissaire cite le cas d'un salarié qui est devenu invalide. Par la suite, il s'est installé comme indépendant. Ceci a une lourde incidence sur ses droits en matière de pension et d'assurance-maladie. L'intéressé ne pourrait-il pas conserver son statut de salarié ?

Le Ministre répond qu'il s'agit ici manifestement d'une personne dont l'incapacité de travail est inférieure à 66 %. S'il n'en est pas ainsi, l'intéressé est atteint d'incapacité complète et pourra conserver jusqu'à la fin son statut de travailleur salarié. Au cas où son incapacité est inférieure à 66 % : ou bien il est soit salarié, soit chômeur, et il conserve son statut; ou bien il s'installe comme indépendant et bénéficie du statut afférent à cette catégorie de travailleurs.

Enfin, le Gouvernement dépose un amendement à l'article 1<sup>er</sup>, en vue de pouvoir organiser d'une manière mieux adaptée l'assurance-maladie des étudiants.

Cet amendement est rédigé comme suit :

« A l'article 1<sup>er</sup> sont apportées les modifications suivantes :

» 1. entre le 4. et le 5. il est inséré le texte suivant :

» 5. le premier alinéa, 6°, est remplacé par la disposition suivante :

» 6. aux étudiants qui fréquentent l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour. Le Roi détermine les obligations que ces établissements doivent remplir pour rendre possible le dépitage des assujettis;

» 2. les nombres 5. et 6. sont respectivement remplacés par les nombres 6. et 7. »

Cet amendement et l'article ainsi modifié sont adoptés à l'unanimité.

## Article 2.

Le Ministre fait observer que, contrairement aux apparences, les textes français et néerlandais du 1. de cet article ont la même signification. Pour des raisons de pure forme, le Conseil d'Etat a recommandé une version légèrement différente pour les deux textes.

L'article 2 est adopté par 11 voix et 5 abstentions.

Articles 3, 4 et 5.

Ces articles sont adoptés par 11 voix et 5 abstentions.

### Artikel 5bis.

Dit artikel wordt voorgesteld ingevolge een amendement waarvan de tekst hierna volgt :

« Een artikel 5bis in te voegen, luidende :

» In artikel 34 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

» 1. Een paragraaf 3bis in te voegen, luidende :

» Indien de akkoorden bedoeld in de paragrafen 2 en 3, eerste lid, in een bepaalde streek, 60 dagen nadat zij definitief zijn gesloten of na het begin van een kalenderjaar, niet door 60 % van de geneesheren zijn aanvaard in de zin van § 3, tweede lid, treden zij in dat gewest, onder de voorwaarden bepaald in § 12, niettemin in werking ten aanzien van de verzorgingsinrichtingen die het bewijs leveren dat al hun diensten de tarieven en honoraria van de verbintenis of van de overeenkomst, toepasselijk op de personen die daar werkzaam zijn, in acht nemen. »

» 2. Paragraaf 13 wordt aangevuld als volgt :

» Onverminderd de bepalingen waarin artikel 25, § 1 en 2, voorziet ten gunste van de weduwen, wezen, gepensioneerden en degenen die invaliditeitsuitkeringen ontvangen, mag de toepassing van deze maatregel in geen geval leiden tot een verschil in de lasten die de rechthebbenden te dragen hebben. »

*Verantwoording.* — 1. In bepaalde streken zijn de door de geneesheren, ofwel individueel ofwel gezamenlijk door bemiddeling van de verzorgingsinrichtingen aangegane verbintenissen, zonder gevolg gebleven wegens het onvoldoende aantal verbintenissen.

Deze toestand berokkent ernstige schade aan de rechthebbenden die meestal geen bescherming genieten met betrekking tot het bedrag van de honoraria en onder minder gunstige omstandigheden worden vergoed.

Het doel van ons amendement is het voordeel van de verbintenis, zelfs in streken zonder verbintenis, tot een groter aantal rechthebbenden uit te breiden, door aan de verzorgingsinrichtingen de mogelijkheid te bieden een verbintenis te sluiten voor hun inrichting.

Daarbij werden de verzorgingsinrichtingen die, in gewesten zonder verbintenis, aanvaard hadden de wettelijke tarieven toe te passen, benadeeld, ofschoon zij de geest van de wet in acht namen. Deze toestand wordt nu verholpen.

2. De werknemers van de verschillende gewesten storten bijdragen op een zelfde basis voor het gehele land. De omstandigheid dat akkoorden, gesloten in de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, slechts in bepaalde gewesten van kracht zijn geworden, leidt echter tot verschillen zowel in het bedrag van de betaalde honoraria als in de terugbetalingen. Een dergelijke toestand mag niet blijven voortduren. Er moeten maatregelen worden genomen ter uitvoe-

### Article 5bis.

L'insertion de cet article est proposée par l'amendement suivant :

« Insérer un article 5bis libellé comme suit :

» A l'article 34 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, sont apportées les modifications suivantes :

» 1. Ajouter un paragraphe 3bis, libellé ainsi :

» Si les accords visés aux paragraphes 2 et 3, alinéa 1<sup>er</sup>, n'ont pas recueilli dans une région déterminée, soixante jours après leur conclusion définitive ou après le début d'une année civile, l'adhésion de 60 % des médecins au sens du § 3, alinéa 2, ils entrent néanmoins en vigueur dans cette région, aux conditions prévues au § 12, à l'égard des institutions de soins qui apportent la preuve que tous leurs services respectent les tarifs et honoraires de l'engagement ou de la convention applicables aux personnes qui y présentent leurs activités.

» 2. Le § 13 est complété par la disposition suivante :

» Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 25, § 1<sup>er</sup> et 2, en faveur des veuves, des orphelins, des pensionnés et des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité, l'application de ces mesures ne peut en aucun cas entraîner une différence dans les charges à supporter par les bénéficiaires ».

*Justification.* — 1. Dans certaines régions, les engagements souscrits par les médecins, soit individuellement, soit collectivement par l'intermédiaire des institutions de soins, sont sans portée pratique du fait du nombre insuffisant de ces engagements.

Cette situation cause un grave préjudice aux bénéficiaires laissés pour la plupart sans protection quant au montant des honoraires et remboursés à des conditions moins avantageuses.

Le but de notre amendement est d'étendre à un plus grand nombre de bénéficiaires le profit de l'engagement, même dans des régions non engagées, en permettant aux institutions de soins de conclure un engagement d'institution.

D'autre part, les institutions de soins qui, dans les régions non engagées, avaient accepté d'appliquer les tarifs résultant de la loi étaient défavorisées alors qu'elles respectaient l'esprit de la loi. Il est remédié à cette situation.

2. Les travailleurs des diverses régions versent des cotisations calculées sur des bases identiques pour l'ensemble du pays. Cependant, la circonstance que les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste ne sont entrés en vigueur que dans certaines régions entraîne des inégalités à la fois dans le montant des honoraires payés et dans les remboursements accordés. Une telle situation ne peut perdurer. Des mesures doivent être prises, en exécution

ring van de wet, zodat de regeling werkelijk in het gehele land toepassing vindt, en de rechthebbenden doelmatig worden beschermd. Ons amendement stelt de uitvoerende macht in staat de toepassing van dergelijke maatregelen te overwegen met inachtneming van de geest van de wet, enerzijds, en meteen een einde te maken aan de onverantwoorde verschillen in de behandeling van de sociale rechthebbenden, anderzijds.

Tijdens de bespreking verklaart de indiener van het amendement zich bereid het in te trekken, vooral omdat de regering intussen, in uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 (eenheidswet), verplichte honoraria heeft opgelegd in de niet verbonden gewesten, op zodanige wijze dat aan alle verzekerden dezelfde terugbetaling wordt gewaarborgd.

#### Artikel 5ter.

Dit artikel wordt voorgesteld ingevolge een amendement dat luidt als volgt :

« Een artikel 5ter in te voegen, luidende :

» De tekst van artikel 34ter van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vervangen als volgt :

» Artikel 34ter. — § 1. Verstrekkers van verzorging of verzorgingsinstellingen en een of meer verzekeringsinstellingen kunnen akkoorden sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen.

» § 2. De verstrekker van verzorging of de verzorgingsinstellingen die een dergelijk akkoord wensen te sluiten, zenden te dien einde, bij aangetekende brief, een behoorlijk met redenen omklede aanvraag aan het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

» Deze aanvraag gaat vergezeld van de stukken en documenten waaruit blijkt :

» 1. hetzij dat de verstrekker van verzorging zijn instemming heeft betuigd met de algemene voorwaarden van de overeenkomst of de verbintenis die hem betreft en dat hij voor alle verstrekkingen de honoraria of prijstarieven van de overeenkomst of van de verbintenis toepast;

» 2. hetzij dat de verzorgingsinstelling, in al haar diensten, de tarieven en honoraria van de verbintenis of de overeenkomst, toepasselijk op hen die er werkzaam zijn, in acht neemt, onverschillig of de instelling al dan niet toepassing geeft aan de regeling inzake rechtstreekse betaling, waarin artikel 34bis voorziet.

» Bovendien moeten de verplegingsinrichtingen ook het bewijs leveren dat zij partij zijn bij overeenkomsten als bedoeld in artikel 31.

» § 3. Het bedrag van het forfait wordt aan de aanvrager toegekend op grond van een door hem opgestelde ontwerp-begroting, die bij zijn aanvraag wordt gevoegd en gecontroleerd wordt door of vanwege de leidende ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

de la loi, pour que le régime entre vraiment en application dans l'ensemble du pays et que les bénéficiaires soient effectivement protégés. Notre amendement permet au pouvoir exécutif d'envisager la mise en application de telles mesures en restant fidèle à l'esprit de la loi, d'une part, et en mettant fin aux inégalités injustifiables dans le traitement des bénéficiaires sociaux d'autre part.

Au cours de la discussion, l'auteur de l'amendement se déclare disposé à retirer son texte, surtout parce que, dans l'intervalle, le Gouvernement a fixé en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 (loi unique), des honoraires obligatoires pour les régions non engagées, et qu'un remboursement identique est ainsi garanti à tous les assurés.

#### Article 5ter.

L'insertion de cet article est proposée par l'amendement suivant :

« Insérer un article 5ter libellé comme suit :

» Le texte de l'article 34ter de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, est remplacé par le texte suivant :

» Article 34ter. — § 1<sup>er</sup>. Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre des dispensateurs ou institutions de soins et un ou plusieurs organismes assureurs.

» § 2. Le dispensateur ou l'institution de soins qui désirent conclure un tel accord envoient à cette fin, par lettre recommandée, une demande dûment motivée au Comité de gestion du Service des soins de santé.

» Cette demande est accompagnée des pièces et documents aptes à prouver soit :

» 1. que le dispensateur de soins a adhéré aux conditions générales de la convention ou de l'engagement qui le concerne et qu'il pratique pour toutes les prestations les tarifs d'honoraires ou de prix de la convention ou de l'engagement;

» 2. que l'institution de soins respecte, dans tous ses services, les tarifs et honoraires de l'engagement ou de la convention applicables aux personnes qui y présentent leurs activités, que l'institution pratique ou non le système du paiement direct prévu à l'article 34bis.

» Par ailleurs, les établissements hospitaliers doivent également apporter la preuve qu'ils sont parties aux conventions visées à l'article 31.

» § 3. Le montant du forfait est attribué au demandeur sur base d'un budget prévisionnel établi par ses soins, joint à sa demande et contrôlé par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé ou son délégué.

» Die ontwerp-begroting bevat een raming van de uitgaven gegrond hetzij op de werkingskosten, hetzij op de gedane verstrekkingen onder verwijzing naar de terugbetalingstarieven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

» De ontwerp-begroting wordt opgesteld aan de hand van de gegevens van de drie laatste bekende dienstjaren.

» Alleen de verzorgingsinstellingen, waarvan de geneesheren, behoudens afwijkingen wegens uitzonderlijke verstrekkingen en diensten, forfaitair worden bezoldigd, mogen hun begrotingen opmaken op basis van hun geschatte werkingskosten.

» § 4. Binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag, wordt deze samen met de ontwerp-begroting door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging ter fine van onderzoek voorgelegd aan de verzorgingsinstellingen. Iedere verzekeringsinstelling beschikt over een nieuwe termijn van dertig dagen om, bij aangetekende brief, het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging in kennis te stellen van haar beslissing.

» Iedere verzekeringsinstelling neemt haar beslissing op basis van de stukken en documenten die, in eensluidend verklaard afschrift, zijn ingezonden door de leidende ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging. Onverminderd de verplichting die krachtens § 3 op deze ambtenaar rust, is hij belast met het controleren van de regelmatigheid van de overgelegde stukken en documenten.

» De aan de verzekeringsinstelling toegekende termijn van dertig dagen gaat in bij de ontvangst van het afschrift van de stukken en documenten die, bij aangetekende brief, door de leidende ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging zijn ingezonden.

» § 5. Binnen dertig dagen na het verstrijken van de laatstgenoemde termijn neemt het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging akte van de toetreding of de weigering van toetreding tot het akkoord; elk van de verzekeringsinstellingen wordt afzonderlijk beschouwd.

» Het uitblijven van een tijdig antwoord staat gelijk met weigering om toe te treden.

» § 6. Indien het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen de termijn gesteld in de vorige paragraaf, geen akte neemt van de genomen beslissingen, wordt het akkoord geacht in werking te zijn getreden voor de verzekeringsinstellingen die zich erbij hebben aangesloten.

» § 7. De gesloten akkoorden hebben gelijke gevolgen ten aanzien van de toetgetreden verzekeringsinstellingen.

» § 8. De akkoorden worden gesloten voor de duur van een jaar. Zij gaan in op de 1<sup>ste</sup> januari van het jaar dat volgt op hun totstandkoming.

» Ce budget prévisionnel comporte une évaluation des dépenses fondées, soit sur les frais de fonctionnement, soit sur les prestations effectuées en prenant comme référence les tarifs de remboursement de l'assurance maladie-invalidité.

» Ce budget prévisionnel est élaboré en considérant les données des trois derniers exercices connus.

» Seules les institutions de soins, dont les médecins sont, sauf dérogations motivées pour prestations et services exceptionnels, rémunérés forfaitairement, peuvent établir leurs budgets en se fondant sur l'évaluation de leurs frais de fonctionnement.

» § 4. Dans les trente jours de la réception de la demande, celle-ci, de même que le budget prévisionnel qui y est joint, est soumise par le Comité de gestion du Service des soins de santé, pour examen, aux organismes assureurs. Chaque organisme assureur dispose d'un nouveau délai de trente jours pour faire part, par pli recommandé, de sa décision au Comité de gestion du Service des soins de santé.

» Chaque organisme assureur prend sa décision en se fondant sur les pièces et documents communiqués, en copie certifiée conforme, par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé. Ce fonctionnaire, sans préjudice de l'obligation à lui impartie en vertu du § 3, est chargé de contrôler la régularité des pièces et documents produits.

» Le délai de trente jours accordé aux organismes assureurs prend cours à la réception de la copie des pièces et documents envoyés, sous recommandation postale, par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

» § 5. Dans les trente jours de l'expiration de ce dernier délai, le Comité de gestion du Service des soins de santé prend acte de l'adhésion ou du refus d'adhésion à l'accord, chacun des organismes assureurs étant considéré séparément.

» Le défaut de réponse en temps utile équivaut au refus d'adhésion.

» § 6. Si le Comité de gestion du Service des soins de santé ne prend pas acte, dans le délai prévu au paragraphe précédent, des décisions intervenues, l'accord est considéré entré en application pour les organismes assureurs qui y ont adhéré.

» § 7. Les accords conclus ont des effets identiques à l'égard des organismes assureurs qui y ont adhéré.

» § 8. Les accords sont conclus pour une durée d'un an. Ils sortent leurs effets le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant leur conclusion.

» Uiterlijk negentig dagen vóór het einde van het jaar waarvoor een akkoord is gesloten, doet de verstrekker van verzorging of de verzorgingsinstelling, die een akkoord wenst te vernieuwen, door bemiddeling van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, daartoe strekkende voorstellen aan de betrokken verzekeringsinstellingen. De procedure bepaald in § 2 en volgende is van overeenkomstige toepassing.

» Indien de verstrekker van verzorging of de verzorgingsinstelling, voor een jaar verbonden onder de regeling inzake de forfaitaire betaling van de verstrekkingen, uiterlijk negentig dagen vóór het einde van dat jaar hun wil niet te kennen geven om het akkoord te verlengen, wordt het geacht niet te zijn vernieuwd.

» Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging neemt, overeenkomstig § 5, akte van de vernieuwing of van de niet-vernieuwing van het akkoord.

» Paragraaf 6 van dit artikel is van overeenkomstige toepassing op de vernieuwing van het akkoord.

» § 9. Het bedrag van het forfait wordt maandelijks en vooraf betaald per twaalfde.

» § 10. Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bepaalt de normen inzake omslag van de forfaitaire betaling tussen de verschillende verzekeringsinstellingen die aan een akkoord deelnemen, binnen drie maanden na de inwerkingtreding ervan.

» De omslagnormen worden vervolgens ieder jaar vastgesteld binnen drie maanden na de inwerkingtreding van de vernieuwing van het akkoord.

» Indien het beheerscomité dergelijke normen niet binnen de voorgeschreven termijn heeft bepaald, worden zij vastgesteld door de Koning.

» § 11. De uitvoering van de akkoorden is onderworpen aan het toezicht van de organen die krachtens deze wet bevoegd zijn. »

*Verantwoording* — Door de wet van 9 augustus 1963 en het akkoord van Sint-Jansdag 1964 werd erkend dat er drie vormen van uitoefening van de geneeskunde bestaan: geneeskunde met vrije honoraria, verbonden geneeskunde en forfaitaire geneeskunde.

Door de toepassing van de wet en van het voornoemde akkoord werd de verbonden geneeskunde tot op zekere hoogte tot stand gebracht; dit geldt niet voor de forfaitaire geneeskunde.

Ons amendement wil de mogelijkheid scheppen om die vorm van geneeskunde in te voeren, zoals zij destijds door alle betrokken partijen werd aanvaard.

De indiener van het amendement verklaart dat hij het intrekt, in afwachting dat in overleg met al de betrokken partijen, een bevredigende regeling kan worden gevonden voor het probleem van de forfaitaire geneeskunde.

» Au plus tard nonante jours avant la fin de l'année pour laquelle un accord est intervenu, le dispensateur ou l'institution de soins, désireux de renouveler un accord, soumettent aux organismes assureurs intéressés, par l'intermédiaire du Comité de gestion du Service des soins de santé, des propositions concernant le renouvellement. La procédure prévue aux §§ 2 et suivants est applicable.

» Si le dispensateur ou l'institution de soins, engagés pour une année dans le système du paiement forfaitaire des prestations, ne manifestent pas leur volonté de reconduire l'accord au plus tard nonante jours avant la fin de cette année, l'accord est censé non renouvelé.

» Le Comité de gestion du Service des soins de santé prend acte, conformément au § 5, du renouvellement ou du défaut de renouvellement de l'accord.

» Le § 6 du présent article s'applique au renouvellement de l'accord.

» § 9. Le montant du forfait est payable mensuellement et anticipativement par douzième.

» § 10. Le Comité de gestion du Service des soins de santé établit les normes de répartition du paiement forfaitaire entre les différents organismes assureurs participant à un même accord dans les trois mois de l'entrée en vigueur de celui-ci.

» Les normes de répartition sont ensuite établies annuellement dans les trois mois de l'entrée en vigueur du renouvellement d'un tel accord.

» A défaut pour le Comité de gestion d'avoir établi, dans les délais prescrits, de telles normes, le Roi les fixe.

» § 11. L'exécution des accords est soumise au contrôle des organes compétents en vertu de la présente loi. »

*Justification.* — La loi du 9 août 1963 et l'accord conclu à la Saint-Jean en 1964 ont reconnu la coexistence de trois formes d'exercice de la médecine: médecine à honoraires libres, médecine engagée et médecine forfaitaire.

L'application de la loi et de l'accord susdit a réalisé dans une certaine mesure la médecine engagée; il n'en va pas de même pour la médecine forfaitaire.

Le but de notre amendement est de permettre l'instauration de cette forme de médecine telle qu'elle fut acceptée à l'époque par toutes les parties en cause.

L'auteur de l'amendement déclare qu'il retire son texte, en attendant qu'il soit possible de trouver, d'accord avec toutes les parties en cause, une solution satisfaisante au problème de la médecine forfaitaire.

## Artikel 6.

Een lid meent dat lid 2 van artikel 34<sup>quinquies</sup> niet duidelijk is. Wat betekenen de woorden « een aandeel van de verzekering in de premies of bijdragen » ?

De Minister antwoordt dat hier bedoeld wordt het aandeel in de premie of de bijdrage dat door het R.I.Z.I.V. zal betaald worden voor de rente- of pensioenverzekering van de beoefenaars der geneeskunst, die een verbintenis of een overeenkomst hebben aangegaan.

Voorgesteld wordt dit klaar en duidelijk in de tekst te stellen door de invoeging van de woorden : « een aandeel van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering » in plaats van : « een aandeel van de verzekering ».

Een lid vestigt de aandacht op het belang van de erkenningsvoorwaarden die zullen gesteld worden voor de professionele pensioenkassen. Van groot belang zal het zijn het financieringsplan te kennen.

De Minister bevestigt zulks. Bovendien onderstreept hij dat de erkenning afhankelijk kan worden gemaakt van voorwaarden inzake de financieringsplannen en inzake de controle van de financiële en boekhoudkundige verrichtingen. De inhoud van de erkenningsvoorwaarden wordt in de tekst op een niet-limitatieve wijze vermeld.

Een lid vraagt of de verzekering die het voorwerp uitmaakt van de sociale voordelen volledig buiten de pensioenregeling voor de zelfstandigen zal staan.

De Minister antwoordt dat hij die kwestie reeds besproken heeft met de Minister van Middenstand. Het lijkt alleszins niet gewenst de geneesheren te verplichten een dubbele bijdrage te betalen. Ook moet worden vermeden dat de renten voortkomende van het sociaal statuut, invloed zouden hebben op de bestaansmiddelen, en aldus aanleiding zouden geven tot vermindering van het pensioen in de regeling voor zelfstandigen.

Artikel 6 wordt éénparig goedgekeurd.

## Artikel 6bis.

Een lid heeft volgend amendement ingediend :

« Een artikel 6bis (nieuw) in te voegen, luidende :

» Aan artikel 39 van dezelfde wet wordt het volgende lid toegevoegd :

» De Koning benoemt bij het Beheerscomité van de Dienst der Uitkeringen, op voorstel, op een dubbele lijst van de vertegenwoordigende organismen van het Medisch Korps, leden die zetelen ten consultatieven titel; hun adviezen worden, op hun verzoek, gevoegd bij de beraadslagingen van het Beheerscomité. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« De opdracht van het Beheerscomité van de Dienst der Uitkeringen omvat namelijk bepaalde organieke

## Article 6.

Un commissaire estime que le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 34<sup>quinquies</sup> n'est pas très clair. Que signifient les mots « une participation de l'assurance dans les primes ou cotisations » ?

Le Ministre répond qu'il s'agit de la participation de l'I.N.A.M.I. dans la prime ou dans la cotisation pour l'assurance des rentes ou des pensions des praticiens de l'art de guérir qui ont souscrit un engagement ou une convention.

Il est proposé de le dire clairement dans le texte en spécifiant « une participation de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité » au lieu de : « une participation de l'assurance ».

Un commissaire attire l'attention sur l'importance des conditions d'agrément qui seront posées aux caisses de pensions professionnelles. Il est important de connaître le plan de financement adopté.

Le Ministre marque son accord. Il souligne par ailleurs qu'il est possible de subordonner l'agrément à des conditions en matière de plans de financement et de contrôle des opérations financières et comptables. Le contenu des conditions d'agrément est cité dans le texte d'une manière non limitative.

Un membre demande si l'assurance qui fait l'objet des avantages sociaux restera tout à fait en dehors du régime de pension des indépendants.

Le Ministre répond qu'il a déjà discuté de cette question avec le Ministre des Classes moyennes. En toute hypothèse, il ne paraît pas indiqué d'obliger le médecin à payer une cotisation double. Il faut éviter également que les rentes provenant du statut social puissent influencer les ressources et donner ainsi lieu à une diminution de la pension dans le régime des indépendants.

L'article 6 est adopté à l'unanimité.

## Article 6bis.

Un membre a déposé l'amendement suivant :

« Insérer un article 6bis (nouveau), rédigé comme suit :

» L'article 39 de la même loi est complété par un alinéa nouveau, libellé comme suit :

» Le Roi nomme auprès du Comité de gestion du Service des indemnités, sur présentation d'une liste double par les organismes représentatifs du Corps médical, des membres qui siègent à titre consultatif; à leur demande, leurs avis sont joints aux délibérations du Comité de gestion. »

Cet amendement était justifié comme suit :

« La mission du Comité de gestion du Service des indemnités comprend notamment certains rapports

betrekkingen met de Dienst van de Medische Controle, de aanvaarding door de Diensten van de Medische Controle der werkonbekwaamheden en vooral het bepalen van de regels en termijnen volgens welke de titularis de adviserend geneesheer kennis geeft van zijn werkonbekwaamheid (deze regels zullen aan het Beheerscomité toelaten de manier vast te stellen waarop de toestand van onbekwaamheid werd gecontroleerd en vandaar zich rekenschap te geven van de aard der betrekkingen tussen de behandelende geneesheer, de zieke en de controlediensten).

» Deze regels kunnen een rechtstreekse weerslag hebben op de uitvoeringsvoorwaarden van de geneeskunst en een deelname van het Medisch Korps aan de elaboratie ervan, schijnt de enige manier te zijn om geschillen te vermijden die de belangen van de sociale verzekerden zouden schaden. »

De Minister laat opmerken dat de geneesheren zelf die wijziging niet hebben gevraagd. De Minister heeft het advies gevraagd van het beheerscomité. Dit advies is negatief.

De overgrote meerderheid van de kwesties die door het Comité van de dienst uitkeringen worden behandeld, liggen uiteraard buiten de belangstellingssfeer van de geneeskundige beroepsverenigingen.

Wat de samenwerking met bepaalde, door werkgevers opgerichte geneeskundige controlediensten betreft, moet worden opgemerkt dat de erkenning van die diensten wel geschiedt door het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen », maar steeds op het gelijklopend advies van het Beheerscomité voor geneeskundige controle.

Welnu, in dit laatste comité zijn de geneeskundige beroepsorganisaties vertegenwoordigd, met beraadslagende stem.

*De mogelijkheid om de aangifte van de arbeidsongeschiktheid te laten gebeuren door middel van een persoonlijke verklaring heeft niet de draagwijdte, die de indieners van het amendement daaraan verlenen. De persoonlijke verklaring heeft niet als bedoeling, en kan ook niet als effect hebben, dat enige invloed wordt uitgeoefend op de zieke om het contact met zijn behandelende geneesheer te veronachtzamen en de vroegtijdige behandeling prijs te geven: het geneeskundig attest wordt immers geëist door de werkgevers, tijdens de aanvangsperiode der arbeidsongeschiktheid, zulks in toepassing van de vigerende arbeidsreglementen.*

Wanneer de afgevaardigden van werkgevers en werknemers in het Beheerscomité van de dienst « uitkeringen » voorgesteld hebben het experiment van de persoonlijke verklaring toe te laten, dan hebben zij zulks verantwoord op grond van de overweging dat het geneeskundig attest, afgeleverd tijdens de aller-eerste ziekte-dagen, voor de ziekteverzekering van geen nut is, zolang de uitbetaling van het loon verschuldigd is. Dit standpunt is volkomen aanvaardbaar.

De Minister vraagt derhalve het amendement af te wijzen.

Het amendement wordt met 9 stemmen tegen 4 verworpen.

organiques avec le Service du Contrôle médical, la reconnaissance par les services du contrôle médical des incapacités de travail, et surtout la fixation des règles et des délais à observer par le titulaire pour donner connaissance de son incapacité de travail au médecin-conseil (ces règles permettront au Comité de gestion de déterminer la manière dont l'état d'incapacité a été contrôlé et, partant, de se rendre compte de la nature des relations entre le médecin traitant, le malade et les services de contrôle).

» Ces règles peuvent avoir une incidence directe sur les conditions d'exercice de l'art de guérir, et la participation du Corps médical à leur élaboration paraît être le seul moyen d'éviter des litiges susceptibles de nuire aux intérêts des assurés sociaux. »

Le Ministre fait observer que ce ne sont pas les médecins eux-mêmes qui ont réclamé cette modification. Il a demandé l'avis du Comité de gestion. Cet avis est négatif.

De par leur nature, l'immense majorité des questions traitées par le Comité de gestion du Service des indemnités se situe en dehors de la sphère d'intérêt des associations professionnelles des médecins.

En ce qui concerne la collaboration avec certains services de contrôle médical organisés par des employeurs, il y a lieu de noter que l'agrégation de ces services se fait certes par le Comité de gestion du service des indemnités, mais chaque fois sur avis conforme du Comité de gestion du Service du Contrôle médical.

Or, les associations professionnelles des médecins sont représentées au sein de ce dernier comité, avec voix délibérative.

*La possibilité de permettre à l'intéressé lui-même de donner connaissance de son incapacité de travail au moyen d'une déclaration personnelle n'a pas la portée que lui prêtent les auteurs de l'amendement. La déclaration personnelle n'a pas pour but — et ne peut davantage avoir pour effet — d'exercer la moindre influence sur le malade en vue de lui faire négliger le contact avec son médecin ni le traitement précoce de son affection: d'ailleurs, le certificat médical est exigé par les employeurs durant la période initiale de l'incapacité, et ce en application des règlements de travail en vigueur.*

Lorsque les délégués des employeurs et des travailleurs au Comité de gestion du Service des indemnités ont proposé d'autoriser l'expérience de la déclaration personnelle, ils ont justifié cette proposition en faisant valoir que le certificat médical délivré durant les premiers jours de la maladie est dépourvu de toute utilité pour l'assurance maladie, tant que la rémunération est due par l'employeur. Ce point de vue est parfaitement admissible.

C'est pourquoi le Ministre demande de repousser l'amendement.

Celui-ci est rejeté par 9 voix contre 4.

## Artikel 7.

Op dit artikel werd volgend amendement ingediend :

« De tekst van dit artikel derwijze te wijzigen dat aan het artikel 40, n° 17°, in fine, de volgende tekst wordt toegevoegd : « en van de geneesheren die de controle uitoefenen voor rekening van deze controlediensten ».

» De Koning mag, op voorstel van het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Controle en na advies van het Beheerscomité van de Dienst der Uitkeringen, de beschikkingen van het statuut van de adviserend geneesheer uitbreiden tot de geneesheren die fungeren voor rekening van de aangenomen controlediensten en hun technische en morele onafhankelijkheid waarborgen. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« De wetgever heeft gemeend, langs reglementaire weg, de adviserend geneesheer te moeten begiftigen met een statuut dat hem zijn beroepsonafhankelijkheid waarborgt ten overstaan van zijn medecontractant, het Verzekeringsorganisme dat financieel verbonden is door zijn beslissing. Dezelfde motieven rechtvaardigen dat bepaalde van deze waarborgen kunnen uitgebreid worden tot de geneesheren die de controle der aangenomen werkgeversdiensten verzekeren, een opdracht, die in beginsel voorbehouden was aan de adviserend geneesheer. Dit is ook een waarborg voor de sociaal-verzekerde. »

De Minister verklaart dat, met die formule, de ziekte niet beter wordt beschermd. Er dient weliswaar een binding te bestaan tussen de twee controles. Maar daarvoor moeten de twee geneesheren niet hetzelfde statuut hebben. Ook dit amendement is aan het advies van het Beheerscomité voorgelegd. Dit advies is negatief.

De erkenning van een door werkgevers opgerichte geneeskundige controledienst gebeurt op grond van bepaalde normen, die door de Koning worden voorgeschreven. De normen voor de erkenning van de diensten beogen indirect ook de erkenning van de geneesheren, die in die diensten werkzaam zijn.

Laat men de mogelijkheid open om binnen een erkende werkgeversdienst voor geneeskundige controle bepaalde geneesheren te erkennen en andere niet, dan brengt men het doelmatige verloop van de samenwerking tussen die dienst en de ziekteverzekering in het gedrang.

Het is overigens niet denkbaar dat bepaalde organen van de ziekteverzekering het statuut van de geneesheren, die voor rekening van de werkgever controle uitoefenen, zouden bepalen. Dit statuut kan alleen maar door de werkgeversdiensten worden bepaald, die op die geneesheren een beroep doen, allereerst om de realiteit van de arbeidsongeschiktheid na te gaan tijdens de periode, waarin het gewaarborgd week- of maandloon verschuldigd is.

Het amendement wordt met 8 stemmen tegen 4 afgevoerd.

## Article 7.

A cet article, un commissaire a déposé l'amendement suivant :

« Au 4° de cet article, compléter le 17° de l'article 40 par le texte suivant : « ainsi que des médecins qui exercent le contrôle pour le compte desdits services de contrôle ».

» Le Roi peut, sur proposition du Comité du Service du contrôle médical et après avis du Comité de gestion du Service des indemnités, étendre les dispositions du statut du médecin-conseil aux médecins agissant pour compte des services de contrôle agréés et garantir leur indépendance technique et morale. »

Cet amendement était justifié comme suit :

« Le législateur a estimé devoir doter, par la voie réglementaire, le médecin-conseil d'un statut garantissant son indépendance professionnelle vis-à-vis de son co-contractant, l'organisme assureur, qui est financièrement lié par sa décision. Ce sont les mêmes motifs qui justifient la possibilité d'étendre certaines de ces garanties aux médecins assurant le contrôle des services agréés organisés par les employeurs, tâche qui, en principe, était réservée au médecin-conseil. C'est là également une garantie pour l'assuré social. »

Le Ministre déclare que cette formule n'est pas de nature à assurer une meilleure protection du malade. S'il doit y avoir un lien entre les deux contrôles, il ne faut pas pour autant que les deux médecins aient le même statut. Cet amendement a été soumis, lui aussi, à l'avis du Comité de gestion. Cet avis fut négatif.

L'agrément d'un service de contrôle médical organisé par des employeurs se fait sur base de normes prescrites par le Roi. Les normes d'agrément des services visent indirectement aussi l'agrément des médecins occupés dans ces services.

Ménager la possibilité d'agréer certains médecins, et non pas d'autres, à l'intérieur d'un service de contrôle médical organisé par des employeurs et agréé, c'est compromettre l'efficacité de la coopération entre ce service et l'assurance-maladie.

Il ne se conçoit d'ailleurs pas que certains organes de l'assurance-maladie déterminent le statut des médecins qui exercent le contrôle pour le compte de l'employeur. Ce statut ne peut être déterminé que par les services des employeurs qui font appel à ces médecins, avant tout pour constater la réalité de l'incapacité de travail pendant la période pour laquelle le salaire hebdomadaire ou mensuel garanti reste dû.

L'amendement est rejeté par 8 voix contre 4.

Artikel 7 wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 4.

Artikelen 8 en 9.

Deze artikelen worden aangenomen met 11 stemmen bij 3 onthoudingen.

Artikel 10.

Sommige leden wensen te weten hoever de in dit artikel vermelde sancties (verval van het recht op uitkeringen) gaan, in geval van laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

Een ander lid steunt die vraag en wijst naar aanleiding daarvan op de strenge administratieve sancties tegen de verzekerde, welke het voorwerp uitmaken van een koninklijk besluit van 10 januari 1969. Wanneer zal men sancties treffen tegen de geneesheren die de reglementering niet eerbiedigen ?

De Minister antwoordt dat de geneesheren die de bij koninklijk besluit vastgestelde erelonen niet naleven, zich bloot stellen aan de strafsancities welke in de wet van 14 februari 1961 (eenheidswet) zijn vermeld. Dit artikel verleent een uitdrukkelijke wettelijke basis aan een reglementering, die door het Beheerscomité van de dienst uitkeringen moet worden opgemaakt.

Een zodanige reglementering bestaat reeds op dit ogenblik. Zij houdt in dat bij laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid, het recht op de uitkeringen eerst twee dagen nadien een aanvang neemt.

Op voorstel van een lid worden de woorden « de voorwaarden waaronder het recht op uitkeringen vervalt », vervangen door « bepaalt op welke dag het recht op uitkeringen een aanvang neemt ».

Op dit artikel was volgend amendement ingediend :

« De tekst van dit artikel derwijze te wijzigen dat het eerste lid van artikel 47 wordt aangevuld met de volgende woorden : « door zijn behandelend geneesheer vastgesteld » ».

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« De nieuwe beschikking, die aan de werknemer toelaat zijn eigen aangifte te doen, blijkt ons een vergissing en kan niet gerechtvaardigd worden. Zij druipt in tegen de belangen van de werknemer en van de zieke, en betekent geenszins een vereenvoudiging van de functioneringsmodaliteiten. De werknemer is inderdaad niet bevoegd over zijn eigen gezondheids-toestand te oordelen en vandaar over zijn werkongeschiktheid.

» Hij is rechter in eigen zaken en zal het slachtoffer worden van deze nieuwe beschikking.

» Anderzijds zal het niet-afleren van een geneeskundig attest bij het begin van de ziekte, in geval van een latere betwisting, aan de rechthebbenden heel wat moeilijkheden bezorgen.

» Het is om deze reden dat wij menen dat de aangifte van de werknemer moet begeleid zijn van een attest van de behandelende geneesheer, die alleen in staat is een objectief oordeel uit te brengen. »

L'article 7 est adopté par 8 voix contre 4.

Articles 8 et 9.

Ces articles sont adoptés par 11 voix et 3 abstentions.

Article 10.

Plusieurs membres voudraient connaître l'étendue des sanctions prévues dans cet article (suppression du droit aux indemnités) en cas de déclaration tardive de l'incapacité de travail.

Un autre commissaire appuie cette demande et, à ce propos, il évoque les sanctions administratives rigoureuses contre l'assuré, qui font l'objet de l'arrêté royal du 10 janvier 1969. Quand prendra-t-on des sanctions à l'encontre des médecins qui n'observent pas la réglementation ?

Le Ministre répond que les médecins qui n'appliquent pas les honoraires fixés par arrêté royal s'exposent aux sanctions pénales prévues par la loi du 14 février 1961 (loi unique). L'article en discussion donne explicitement une base légale à une réglementation qui doit être élaborée par le Comité de gestion du Service des indemnités.

Une telle réglementation existe déjà en ce moment. Elle implique qu'en cas de déclaration tardive de l'incapacité de travail, le droit aux indemnités ne prend cours que deux jours plus tard.

Sur la proposition d'un commissaire, les mots « les conditions dans lesquelles le droit aux indemnités est supprimé » sont remplacés par les mots « le jour où le droit aux indemnités prend cours ».

Cet article fait l'objet d'un amendement, libellé comme suit :

« Au 2<sup>e</sup> alinéa de cet article, compléter le premier alinéa de l'article 47 par les mots : « constatée par son médecin traitant » ».

Cet amendement était justifié comme suit :

« A nos yeux, la disposition nouvelle, qui permet au travailleur de faire lui-même sa déclaration, est une erreur et ne saurait être justifiée. Elle est contraire aux intérêts du travailleur et du malade et ne permet nullement de simplifier les modalités de fonctionnement. En effet, le travailleur n'a pas la compétence requise pour apprécier son propre état de santé ni, par conséquent, son incapacité de travail.

» Il est à la fois juge et partie et sera victime de cette nouvelle disposition.

» D'autre part, la non-remise d'un certificat médical dès le début de la maladie causera bien des difficultés aux ayants droit en cas de contestation ultérieure.

» C'est pourquoi nous estimons que la déclaration du travailleur doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant, seul en mesure d'émettre un jugement objectif. »

Ook over dit amendement heeft het Beheerscomité een negatief advies uitgebracht.

De Minister verklaart nogmaals dat de voorgestelde tekst van artikel 10 de persoonlijke verklaring niet oplegt, maar alleen de mogelijkheid openlaat voor het bevoegde Beheerscomité om in zijn reglement te bepalen op welke wijze de aangifte van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid moet geschieden.

Tegenover de leden, die van oordeel zijn dat bij de aangifte steeds een geneeskundig getuigschrift moet worden gevoegd, is de Minister van oordeel dat het getuigschrift tijdens het begin van de ziekte-dagen, wanneer de werknemer het gewaarborgd week- of maandloon geniet, van weinig nut is voor de ziekte-verzekering. Voor het overige zal een geneeskundig getuigschrift in de overgrote meerderheid van de gevallen door de werkgever worden geëist, in uitvoering van de vigerende arbeidsreglementen.

Het amendement wordt verworpen met 8 stemmen tegen 3.

Artikel 10 wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 3.

#### Artikel 11.

Ingevolge de wijziging van artikel 10 moet ook artikel 11 gewijzigd worden. De laatste zin wordt vervangen door de volgende woorden :

« Het bepaalt eveneens op welk dag het recht op uitkeringen ingaat in geval die verplichtingen niet worden nageleefd. »

Het aldus gewijzigd artikel wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 2.

#### Artikel 12.

In het tweede lid worden de woorden « en aan de adviserend geneesheer » ingevoegd na de woorden « en geeft daarvan kennis aan de gerechtigde ».

Aldus gewijzigd, wordt dit artikel met 11 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

#### Artikel 13.

Op dit artikel is een amendement ingediend dat luidt als volgt :

« In het 2<sup>e</sup> lid, na het woord « gebonden », de woorden « gedurende een periode gelijk aan diegene waarvoor de betaling van een loon verschuldigd is of » in te lassen. »

en als volgt is verantwoord :

« De erkenning van door één of meer werkgevers georganiseerde diensten voor geneeskundige controle die door hun beslissingen de verzekeringsinstellingen binden, doet een principieel probleem rijzen.

» De regeling wordt door een derde instantie, die er vreemd aan is, gebonden. In hoever is dergelijk

Sur cet amendement également, l'avis du Comité de gestion a été négatif.

Le Ministre déclare une nouvelle fois que le texte proposé de l'article 10 n'impose pas la déclaration personnelle, mais laisse simplement au Comité de gestion compétent la possibilité de déterminer le mode de déclaration du début de l'incapacité de travail.

Contrairement aux membres qui estiment que la déclaration doit toujours être accompagnée d'un certificat médical, le Ministre est d'avis que ce dernier est de peu d'utilité pour l'assurance maladie au début de la période de maladie, période au cours de laquelle le salaire hebdomadaire ou mensuel garanti reste dû par l'employeur. Par ailleurs, l'employeur exigera dans la grande majorité des cas un certificat médical en exécution des règlements de travail en vigueur.

L'amendement est rejeté par 8 voix contre 3.

L'article 10 est adopté par 8 voix contre 3.

#### Article 11.

L'article 10 ayant été modifié, l'article 11 doit l'être également. La dernière phrase est remplacée par la disposition suivante :

« Il détermine également le jour où le droit aux indemnités prend cours lorsque ces obligations ne sont pas respectées. »

L'article ainsi modifié est adopté par 8 voix contre 2.

#### Article 12.

Au 2<sup>e</sup> alinéa, les mots « et au médecin-conseil » sont insérés après les mots « et la notifie au titulaire ».

L'article 12 ainsi modifié est adopté par 11 voix contre 3.

#### Article 13.

A cet article, un commissaire a déposé un amendement libellé comme suit :

« Au 2<sup>e</sup> alinéa, après le mot « agréés », insérer les mots « ... durant une période égale à celle pour laquelle le paiement d'une rémunération est dû ou ». »

Cet amendement était justifié comme suit :

« L'agrégation de services de contrôle médical organisés par un ou plusieurs employeurs et dont les décisions lient les organismes assureurs pose un problème de principe.

» Le régime se trouve ainsi lié par une troisième instance qui lui est étrangère. Dans quelle mesure un

systeem verantwoord, wanneer men weet dat de dienst der Uitkeringen paritair wordt beheerd ?

» Anderzijds kan wel worden begrepen dat een binding wordt gelegd tussen de periode waarvoor de betaling van een loon verschuldigd is en het tijdstip van arbeidsongeschiktheid daarop aansluitend en volgend.

» De indieners van het amendement zijn derhalve van oordeel dat de periode tot binding door de beslissing van de erkende diensten voor geneeskundige controle, dient beperkt te worden tot diegene waarvoor de betaling van een loon verschuldigd is. »

De Minister verklaart dat het artikel beoogt een binding tot stand te brengen tussen de erkende controlediensten waarop de werkgever een beroep doet in het raam van het gewaarborgd week- of maandloon en de controle van de geneesheren, die krachtens de wetgeving op de ziekteverzekering bevoegd zijn.

Aangezien het amendement die binding verbreekt, vraagt de Minister aan de Commissie het te verwerpen.

Het door het wetsontwerp voorgestelde systeem staat of valt met de mogelijkheid om beslissingen van erkende werkgeversdiensten als bindend te aanzien voor de periode die aansluit bij de periode, waarvoor het gewaarborgd week- of maandloon verschuldigd is, voorzover de adviserend geneesheer of de geneesheer-inspecteur geen andersluidende beslissing treft.

Om evenwel duidelijker te laten uitschijnen dat de adviserend geneesheer of de geneesheer-inspecteur in ieder geval over de bevoegdheid blijft beschikken om zijn eigen beslissing te stellen tegenover die van een door werkgevers georganiseerde controledienst, en aldus tegemoet te komen aan de bezwaren die door sommige leden zijn naar voren gebracht, stelt de Minister een nieuwe redactie voor bij het einde van het tweede lid van artikel 48bis, en wel de volgende :

« tot wanneer de adviserend geneesheer of de geneesheer-inspecteur, volgens de door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen te bepalen regelen en termijnen, een andere beslissing neemt inzake de staat van arbeidsongeschiktheid. »

Hierbij dient te worden opgemerkt dat die laatste beslissing de door een erkende controledienst van de werkgever genomen beslissing kan wijzigen in een voor de gerechtigde gunstiger of ongunstiger zin.

Ingevolge deze toelichting trekt het lid zijn amendement in.

Een ander lid heeft een amendement ingediend dat luidt als volgt :

« Dit artikel derwijze te wijzigen dat in artikel 48bis de volgende woorden ingevoegd : « en de geneesheren, die werken voor rekening van deze diensten » na de woorden « waaronder deze diensten ».

Dit amendement is op dezelfde wijze verantwoord als het amendement op artikel 7.

tel système se justifie-t-il, lorsqu'on sait que le Service des indemnités est géré paritairement ?

» D'autre part, il paraît normal d'établir une liaison entre la période durant laquelle le paiement d'une rémunération est dû et le moment où commence l'incapacité de travail qui suit immédiatement.

» C'est pourquoi les auteurs de l'amendement estiment que la période durant laquelle la décision des services de contrôle médical agréés lie les organismes assureurs ne peut excéder celle pour laquelle le paiement d'une rémunération est dû. »

Le Ministre déclare que l'article vise à établir un lien entre les services de contrôle médical agréés auxquels s'adresse l'employeur dans le cadre de la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie et le contrôle exercé par les médecins qui sont compétents en vertu de la législation sur l'assurance-maladie.

Comme l'amendement est de nature à dénouer ce lien, le Ministre demande à la Commission de le rejeter.

La viabilité du système proposé par le projet de loi dépend entièrement de la possibilité de considérer des décisions de services agréés organisés par des employeurs comme ayant force obligatoire pour la période suivant celle pour laquelle la rémunération hebdomadaire ou mensuelle garantie est due, pour autant que le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur ne prenne pas de décision contraire.

Cependant, pour faire ressortir plus nettement que le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur aura toujours la compétence requise pour opposer sa propre décision à celle d'un service de contrôle organisé par des employeurs, et pour répondre aux objections formulées par certains membres, le Ministre propose de libeller comme suit le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 48bis :

« jusqu'au moment où le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur, suivant les règles et dans les délais fixés par le Comité de gestion du service des indemnités, prend une autre décision en ce qui concerne l'état d'incapacité de travail. »

A ce sujet, il convient d'observer que cette dernière décision peut modifier dans un sens plus favorable ou plus défavorable pour le titulaire, la décision prise par un service de contrôle agréé.

A la suite de ces explications, le membre retire son amendement.

Un autre commissaire a déposé un amendement, rédigé comme suit :

« Au 2<sup>e</sup> alinéa de cet article, ajouter, après les mots « dans lesquelles ces services », les mots : « et les médecins qui travaillent pour compte de ces services. »

Cet amendement est justifié de la même manière que l'amendement à l'article 7.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 2.

Artikel 13 wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 2.

Artikelen 14, 15, 16, 17 en 18.

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Artikel 19.

Op dit artikel is een amendement ingediend dat luidt als volgt :

« In § 1, 1°, van artikel 57 :

» 1° de woorden « hij heeft recht op » te vervangen door « het loon betaald wordt »;

» 2° de woorden « gedekt door het vakantiegeld » te vervangen door « waarvoor het vakantiegeld betaald wordt »;

» 3° de woorden « hij aanspraak kan maken op de vergoeding » te vervangen door « de vergoeding betaald wordt »;

» 4° aan te vullen als volgt : « zo deze vergoeding lager ligt dan de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt het verschil bijbetaald tot het bedrag van gezegde uitkering. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« a) 1°, 2°, 3° :

» Men spreekt er van « recht » (1°), « gedekt » (2°), « aanspraak maken » (3°), hetgeen nog niet beduidt dat het bedrag effectief wordt uitgekeerd. De indieners zijn derhalve van oordeel dat de zin van het bestaande artikel dient behouden te worden. De gerechtigde dient toch de betaling van zijn vergoeding gewaarborgd te zien voor een periode, tijdens welke er wellicht recht is op loon, ofwel die gedekt is door vakantiegeld, ofwel waarvoor aanspraak kan gemaakt worden op vergoeding verschuldigd wegens beëindigen van de arbeidsovereenkomst, maar daarom er niet onmiddellijk genot van is, en zelfs in bepaalde gevallen er nooit werkelijke uitkering zal geschieden.

» Het is derhalve meer dan sociaal verantwoord dat de gerechtigde inmiddels zijn vergoeding geniet. Dit geschiedt reeds o.m. inzake arbeidsongevallen en beroepsziekten.

» b) 4° :

» Het komt als billijk en rechtvaardig voor dat wetelijk dient voorzien te worden dat, indien de toegekende vergoeding gewaarborgd door Belgische of buitenlandse wet, lager is dan de uitkering, door deze regeling betaald, het verschil dient bijbetaald.

» Zodoende is de gerechtigde gevrijwaard tegen een mogelijk minder inkomen. »

Il est rejeté par 9 voix contre 2.

L'article 13 est adopté par 9 voix contre 2.

Articles 14, 15, 16, 17 et 18.

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Article 19.

A cet article, un membre a déposé un amendement, rédigé comme suit :

« Au § 1<sup>er</sup>, 1°, de l'article 57 :

« 1° remplacer les mots « il a droit à une rémunération » par les mots « la rémunération est payée »;

» 2° remplacer les mots « couverte par le pécule de vacances » par les mots « pour laquelle le pécule de vacances est versé »;

» 3° remplacer les mots « il peut prétendre à l'indemnité due pour rupture de contrat de louage de travail » par les mots « l'indemnité due pour rupture de contrat de louage de travail est versée »;

» 4° compléter le texte par la disposition suivante : « si le montant de cette indemnité est inférieur à celui de l'indemnité pour incapacité de travail, la différence est ajoutée à concurrence du montant de cette dernière ». »

Cet amendement est justifié comme suit :

« a) 1°, 2°, 3° :

» Le texte parle de « droit » (1°), de « couverte » (2°), de « prétendre à » (3°), ce qui ne signifie toujours pas que le montant soit effectivement versé. C'est pourquoi nous estimons qu'il convient de maintenir le sens de l'article existant. Il importe en effet que le titulaire ait la garantie que son indemnité lui sera versée pour la période durant laquelle il a peut-être droit à une rémunération, ou qui est couverte par le pécule de vacances, ou encore pour laquelle il peut prétendre à l'indemnité due pour rupture de contrat de louage de travail, sans pour autant qu'il y ait jouissance immédiate et, dans certains cas, sans même qu'il y ait jamais versement effectif.

» C'est pourquoi il se justifie pleinement, du point de vue social, que le titulaire bénéficie entre-temps de son indemnité. Il en est déjà ainsi notamment en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

» b) 4° :

» Il paraît juste et équitable d'inscrire dans la loi que, si le montant de l'indemnité prévue par la loi belge ou étrangère est inférieur à celui de l'indemnité prévue par le présent régime, la différence entre les deux sera suppléée.

» Ce faisant, on mettra le titulaire à l'abri d'une diminution possible de son revenu. »

De Minister laat gelden dat het Beheerscomité een negatief advies over dit amendement heeft uitgebracht. De vrees van de indiener ervan dat de belangen van de zieke geschaad worden is ongegrond. Het artikel beoogt onder meer de prioriteit van het loon te bevestigen. De betrokkene die recht heeft op loon, dient dit met alle hem ter beschikking staande middelen op te vorderen, vooraleer een recht te kunnen doen gelden op vergoeding. Bovendien is de Minister van oordeel dat § 2 de Koning machtigt afwijkende maatregelen te treffen voor ingewikkelde gevallen, waarin ernstige twijfel heerst over het bestaan van een recht op een loon of een vergoeding.

De Regering heeft een amendement opgesteld waarin rekening wordt gehouden met de naar voor gebrachte bezwaren. Dit amendement luidt als volgt :

« Artikel 57 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

» Artikel 57, § 1 (ongewijzigd).

» § 2. In afwijking van het in § 1 bepaalde kan de Koning, onder de voorwaarden die hij vaststelt, toelaten dat de werknemer uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid geniet wanneer hij recht heeft op één van de in § 1 opgesomde voordelen of in afwachting dat hij één van die voordelen ontvangt. »

Het eerste amendement wordt ingetrokken.

Het amendement van de Regering wordt aangenomen met 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het gewijzigd artikel wordt aangenomen met 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

#### Artikel 20.

Op dit artikel is een amendement ingediend dat luidt als volgt :

« De tekst van dit artikel te vervangen door de tekst van het oude artikel 58. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

« Een voorafgaandelijke bedenking.

» In de memorie van toelichting, blz. 4, lezen wij onder B, dat « ... de sociale wetgeving in de ruime zin van het woord, die zowel de arbeidswetgeving, als de wetgeving op de maatschappelijke zekerheid omvat, als een geheel moet worden beschouwd ».

» Welnu, de vergoeding van de dienst voor gebrekkigen en verminkten behoort tot de sociale voorzorg, en niet tot de arbeidswetgeving of de maatschappelijke zekerheid.

» Anderzijds dient, vooraleer er maatregelen worden genomen om « de samenloop van de ongeschiktheidsuitkering met een vergoeding van de dienst voor gebrekkigen en verminkten ... op een meer algemene wijze » te omschrijven, een algemene regeling in de sociale sector ten gronde getroffen.

Le Ministre fait valoir que le Comité de gestion a émis un avis négatif sur cet amendement. La crainte de l'auteur de l'amendement de voir mettre en péril les intérêts du malade n'est pas fondée. L'article vise notamment à confirmer la priorité de la rémunération. Le titulaire qui a droit à la rémunération doit faire valoir ce droit par tous les moyens dont il dispose avant de pouvoir prétendre à une indemnité. Le Ministre estime en outre que le § 2 autorise le Roi à prendre des mesures dérogatoires en faveur des cas complexes, lorsqu'il y a un doute sérieux quant à l'existence d'un droit à la rémunération ou à l'indemnité.

Le Gouvernement a déposé un amendement qui tient compte des objections formulées. Cet amendement est libellé comme suit :

« L'article 57 de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, est remplacé par les dispositions suivantes :

» Article 57. — § 1<sup>er</sup> (non modifié).

» § 2. Par dérogation aux dispositions du § 1<sup>er</sup>, le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser le travailleur à bénéficier des indemnités d'incapacité de travail, lorsqu'il a droit à l'un des avantages énumérés au § 1<sup>er</sup> ou en attendant qu'il reçoive un de ces avantages. »

Le premier amendement est retiré.

L'amendement du Gouvernement est adopté par 10 voix et 2 abstentions.

L'article ainsi modifié est adopté par 10 voix et 2 abstentions.

#### Article 20.

A cet article, un commissaire a déposé un amendement, libellé comme suit :

« Remplacer le texte de cet article par celui de l'ancien article 58. »

Cet amendement est justifié comme suit :

« Une remarque préliminaire s'impose.

» On lit à la page 4, sous B, de l'exposé des motifs du projet que « la législation sociale, entendue dans son sens le plus large, et qui comprend aussi bien la législation du travail que la sécurité sociale, doit être considérée comme un ensemble ».

» Or, l'indemnité visée par le Service des estropiés et mutilés relève de la prévoyance sociale mais non pas de la législation du travail ou de la sécurité sociale.

» D'autre part, avant de prendre des mesures en vue de définir « le cumul de l'indemnité d'incapacité avec une indemnité du Service des estropiés et mutilés... d'une façon plus générale », il convient de mettre en œuvre une réglementation générale du secteur social.

» Immers, de ontwerp-tekst zou de cumul tussen ongeschiktheidsuitkeringen en vergoeding van de Dienst voor gebrekkigen en verminkten verstrengen.

» Daartegenover dient genoteerd dat de cumul tussen de uitkeringen (arbeidsrecht — sociaal zekerheidsrecht) en de vergoedingen (sociale voorzorg) op zeer uiteenlopende wijze bestaat.

» Deze huidige toestand leert ons trouwens dat de « sterksten » het beste cumulregime hebben en de « zwaksten » het minste of geen. Gans het probleem van de cumul in de sociale sector dient onderzocht en voor allen op een zelfde wijze bepaald.

» In afwachting van deze algemene oppuntstelling zijn de indieners van oordeel dat het huidige artikel 58 dient behouden. »

De Minister laat opmerken dat de nieuwe tekst van artikel 58 slechts in geringe mate afwijkt van de thans bestaande. Er wordt niet meer uitdrukkelijk bepaald dat de bevoegdheid van de Koning om de voorwaarden van cumulatie tussen de ongeschiktheidsuitkeringen en de vergoeding toegekend op grond van de gecoördineerde wetten betreffende de gebrekkigen en verminkten te regelen, alleen slaat op de gevallen waarin de laatste vergoeding wordt toegekend tijdens de duur van de arbeidsongeschiktheid. De discriminatie die in dat opzicht vervat ligt in de huidige wetgeving, lijkt niet in alle gevallen verantwoord.

De Minister verklaart niettemin dat hij niet het inzicht heeft om een voor de betrokkenen minder gunstige regeling uit te werken.

Het lid trekt zijn amendement in, maar zal zich bij de stemming over artikel 20 onthouden.

Artikel 20 wordt aangenomen met 13 stemmen bij 1 onthouding.

#### Artikel 21.

Dit artikel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

#### Artikel 22.

De Nederlandse tekst van dit artikel wordt, op voorstel van de Regering als volgt verbeterd :

« Artikel 58ter. — De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toegekend worden wanneer de gerechtigde weigert zich te onderwerpen aan hem door de bevoegde geneesheer of instelling voorgestelde maatregelen inzake reclasseering, revalidatie of vakherscholing. »

De Minister verklaart verder dat in dit artikel met opzet de algemene bewoordingen « de bevoegde geneesheer of instelling » worden gebruikt. Artikel 19 van de wet van 9 augustus 1963 kent aan het College van geneesheren-directeuren de bevoegdheid toe om te beslissen of de revalidatie- en herscholingsprogramma's ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden genomen.

» En effet, le projet de loi aurait pour effet de rendre plus sévères les règles en matière de cumul de l'indemnité d'incapacité avec l'indemnité versée par le Service des estropiés et mutilés.

» Par contre, il y a lieu de noter que le cumul des prestations (droit du travail — sécurité sociale) avec les indemnités (prévoyance sociale) peut avoir des origines très différentes.

» La situation actuelle nous apprend d'ailleurs que « les plus forts » ont le régime de cumul le plus favorable et que pour « les plus faibles », il n'y en a pas ou guère. Il convient donc de réexaminer l'ensemble du problème des cumuls dans le secteur social et de le résoudre de la même manière pour tous.

» En attendant cette mise au point générale, nous estimons que l'article 58 actuel doit être maintenu. »

Le Ministre fait observer que le nouveau texte de l'article 58 ne s'écarte que très légèrement du texte actuel. Il n'est plus prévu de manière expresse que la compétence du Roi de fixer les conditions du cumul des indemnités d'incapacité et de l'allocation accordée sur base des lois coordonnées relatives aux estropiés et mutilés ne porte que sur les cas dans lesquels la dernière indemnité est accordée au cours de l'incapacité de travail. La discrimination que contient à cet égard la législation actuelle ne paraît pas justifiée dans tous les cas.

Le Ministre déclare qu'il n'envisage cependant pas d'élaborer une réglementation moins favorable pour les intéressés.

L'auteur de l'amendement retire son texte mais déclare qu'il s'abstiendra au vote sur l'article 20.

L'article 20 est adopté par 13 voix et 1 abstention.

#### Article 21.

Cet article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

#### Article 22.

Sur la proposition du Gouvernement, le texte néerlandais de cet article est amendé comme suit :

« Artikel 58ter. — De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toegekend worden wanneer de gerechtigde weigert zich te onderwerpen aan hem door de bevoegde geneesheer of instelling voorgestelde maatregelen inzake reclasseering, revalidatie of vakherscholing. »

Le Ministre déclare que c'est à dessein que les mots « de bevoegde geneesheer of instelling » ont été utilisés. L'article 19 de la loi du 9 août 1963 attribue au Collège des médecins-directeurs la compétence de décider si les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle sont mis à charge de l'assurance soins de santé.

Voorstellen kunnen evenwel worden ingediend door de verzekeringsinstelling, de adviserend geneesheer, of door de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

Het komt de Koning toe nader te bepalen welke de bevoegde geneesheer of instelling is, voor de toepassing van dit artikel.

Dit artikel wordt aangenomen met 12 stemmen bij 2 onthoudingen.

#### Artikel 23.

Dit artikel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

#### Artikel 23bis.

Bij amendement stelt een lid voor volgende tekst in te voegen :

« Een artikel 23bis in te voegen, luidende :

« In artikel 67 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

» 1° de woorden « tot op het einde van het kwartaal waarin zij hun wachttijd hebben voltooid » worden vervangen door de woorden « tot op het einde van het kwartaal na dat waarin zij hun wachttijd hebben voltooid ».

» 2° de woorden « tot op het einde van het tweede kwartaal » worden vervangen door de woorden « tot op het einde van het kwartaal ». »

De Minister antwoordt dat hij instemt met het in het amendement opgenomen voorstel om de periode, tijdens dewelke de gerechtigden recht op de prestaties hebben bij de aanvang van een verzekeringsperiode, met een kwartaal te verlengen (zowel wanneer een wachttijd moet worden vervuld, als wanneer er vrijstelling is van wachttijd). Hij meent evenwel dat de Koning moet gemachtigd zijn om voor die gerechtigden zekere voorwaarden te bepalen, meer bepaald inzake het vereiste aantal arbeidsdagen (of gelijkgestelde dagen) of inzake het minimum-bedrag van de bijdrage.

Om dit mogelijk te maken, wordt het volgende amendement van de regering ingediend :

« Een artikel 23bis in te voegen, luidende :

» Artikel 67 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

» Onverminderd het bij artikel 75 bepaalde, stelt de Koning vast onder welke voorwaarden :

» 1° de in artikel 66, § 1, bedoelde gerechtigden, voor henzelf en voor de personen te hunnen laste, het recht behouden op prestaties tot op het einde van het kwartaal na dat waarin zij hun wachttijd hebben voltooid;

Toutefois, l'organisme assureur, le médecin-conseil ou le Conseil médical de l'invalidité peuvent faire des propositions.

Il appartient au Roi de déterminer de façon plus précise quel est le médecin ou l'organisme compétent pour l'application de cet article.

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

#### Article 23.

Cet article est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

#### Articles 23bis.

Un commissaire propose l'amendement suivant :

« Insérer un article 23bis, libellé comme suit :

« A l'article 67 de la même loi, sont apportées les modifications suivantes :

» 1° les mots « jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel ils ont terminé leur stage » sont remplacés par les mots « jusqu'à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel ils ont terminé leur stage ».

» 2° les mots « jusqu'à la fin du second trimestre » sont remplacés par les mots « jusqu'à la fin du troisième trimestre ». »

Le Ministre répond qu'il se rallie à la proposition contenue dans l'amendement de prolonger d'un trimestre la période durant laquelle les titulaires ont droit aux prestations au début d'une période d'assurance (aussi bien lorsqu'un stage est imposé que lorsque le titulaire est dispensé de l'accomplissement du stage). Il estime toutefois que le Roi doit pouvoir fixer certaines conditions en faveur de ces titulaires, plus particulièrement quant au nombre des journées de travail (ou journées assimilées) requises ou quant au montant minimum de la cotisation.

A cette fin, le Gouvernement dépose l'amendement suivant :

« Insérer un article 23bis, libellé comme suit :

» L'article 67 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

» Sans préjudice des dispositions de l'article 75, le Roi détermine dans quelles conditions :

» 1° les titulaires visés à l'article 66, § 1<sup>er</sup>, conservent, pour eux et pour les personnes à leur charge, le droit aux prestations jusqu'à la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont terminé leur stage;

» 2° de gerechtigden die van het volbrengen van de wachttijd zijn vrijgesteld overeenkomstig het bepaalde in artikel 66, § 2, voor henzelf en voor de personen te hunnen laste recht hebben op prestaties tot op het einde van het derde kwartaal na dat waarin zij de hoedanigheid van gerechtigde hebben verworven. »

Het lid aanvaardt de tekst van het regeringsamendement en trekt zijn amendement in.

Het amendement van de regering wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 23ter.

Dit artikel werd ingevoegd door een amendement van een lid; het luidt als volgt :

« Een artikel 23ter in te voegen, luidende :

» In artikel 68, eerste lid, van dezelfde wet, worden de woorden « dat zij over de twee kwartalen voor dat waarin zij erom verzoeken » vervangen door de woorden « dat zij over het tweede en derde kwartaal voor dat waarin zij erom verzoeken ».

Het wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 24.

Wordt eenparig aangenomen.

#### Artikelen 25 en 26.

Deze artikelen worden aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

#### Artikel 26bis.

Een lid stelt voor volgende tekst in te voegen :

Een artikel 26bis in te voegen, luidende :

« De tekst van artikel 96, tweede lid, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vervangen als volgt :

» De bepalingen van het vorig lid zijn niet van toepassing op de geneesheren, op de tandheelkundigen en op de apothekers. »

#### Verantwoording.

Artikel 96 van voornoemde wet waarvan de huidige redactie het gevolg is van de wet van 8 april 1965 (*Belgisch Staatsblad* van 20 mei 1965) bepaalt in zijn eerste lid wat volgt : « De werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de verzorgingsinrichtingen, de tarifieringsdiensten alsmede hun aangestelden of mandatarissen, de personen die de bij deze wet omschreven geneeskundige verstrekkingen mogen verlenen en de rechthebbenden behoren de inspecteurs alle administratieve inlichtingen te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controleopdracht behoeven. Het verstrekken van de in dit

» 2° les titulaires dispensés de l'accomplissement du stage conformément aux dispositions de l'article 66, § 2, ont droit aux prestations, pour eux et pour les personnes à leur charge, jusqu'à la fin du troisième trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont acquis la qualité de titulaire. »

Le commissaire accepte l'amendement du Gouvernement et retire son propre texte.

L'amendement du Gouvernement est adopté à l'unanimité.

#### Article 23ter.

A cet article, un membre a déposé l'amendement suivant :

« Insérer un article 23ter, libellé comme suit :

» A l'article 68 de la même loi, au premier alinéa, les mots « que, pour les deux trimestres précédant le trimestre au cours duquel ils y font appel » sont remplacés par les mots : « que, pour les deuxième et troisième trimestres précédant celui au cours duquel ils y font appel. »

Cet amendement est adopté à l'unanimité.

#### Article 24.

L'article est adopté à l'unanimité.

#### Articles 25 et 26.

Ces articles sont adoptés par 11 voix et 2 abstentions.

#### Article 26bis.

Un commissaire propose l'amendement suivant :

« Insérer un article 26bis, libellé comme suit :

» Le texte du second alinéa de l'article 96 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, est remplacé comme suit :

» Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux médecins, aux praticiens de l'art dentaire et aux pharmaciens. »

#### Justification.

L'article 96 de la loi précitée, dont la rédaction actuelle résulte de la loi du 8 avril 1965 (*Moniteur belge* du 20 mai 1965) prévoit dans son alinéa premier que : « les employeurs, les organismes assureurs, les établissements de soins, les offices de tarification, ainsi que leurs préposés ou mandataires, les personnes autorisées à fournir les prestations de santé telles qu'elles sont définies par la présente loi et les bénéficiaires sont tenus de donner aux inspecteurs tous les renseignements administratifs dont ils ont besoin pour exercer leur mission de contrôle. En aucun cas, la four-

artikel bedoelde inlichtingen mag in geen geval gepaard gaan met het verplaatsen van de voor de uitoefening van de controleopdracht nodige stukken.»

Het tweede lid van dit artikel zegt in zijn huidige redactie :

« De bepalingen van het vorige lid zijn niet van toepassing op de « geneesheren en op de tandheelkundigen. » (Wijziging aangebracht door de wet van 8 april 1965).

» Welnu, deze alinea zou in dezelfde beschikkingen moeten voorzien voor de apothekers.

» De apothekers behoren immers tot de geneeskundige beroepen (farmaceutisch beroep) evenzeer als de geneesheren en de tandheelkundigen (medische beroepen) (zie art. 1 van het Koninklijk besluit n° 78 van 10 november 1967).

» Bovendien zijn de apothekers onderworpen aan deontologische regels op de toepassing waarvan toezicht wordt gehouden door een Orde (Koninklijk besluit n° 80 van 10 november 1967), precies zoals dit ook het geval is voor de geneesheren.

» Het onderhavige amendement heeft tot doel een einde te maken aan een discriminatie welke niet te verantwoorden is. »

Dit amendement wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 27.

Op dit artikel is een amendement ingediend dat luidt als volgt :

« De tekst van dit artikel te vervangen door wat volgt :

» Artikel 97, lid 1, van dezelfde wet wordt vervangen door de twee volgende leden :

» Onder voorbehoud van het bepaalde bij het tweede lid van dit artikel, is hij die, ingevolge vergissing of bedrog, ten onrechte prestaties heeft ontvangen van de verzekering voor geneeskundige verzorging of van de uitkeringsverzekering, verplicht de waarde ervan terug te betalen aan de verzekeringsinstelling door wier toedoen die prestaties ten onrechte zijn verleend ».

« Indien de ten onrechte uitgekeerde prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging langs het stelsel van de betalende derde werden betaald, dienen zij terugbetaald te worden door de verstrekker van de verzorging of door de natuurlijke of rechtspersoon die ze voor eigen rekening geïnd heeft, tenzij het onverschuldigd zijn van de prestaties te wijten is aan het feit dat, buiten medeweten van voornoemde personen, diegene die de verzorging genoten heeft de hoedanigheid van rechthebbende niet bezat of zich niet geschikt heeft naar de wets- of reglementsbepalingen. In deze laatste gevallen dienen de prestaties terugbetaald te worden door diegene die de verzorging genoten heeft ».

niture de renseignements visés au présent article ne peut comporter le déplacement de pièces nécessaires à l'exercice de la mission de contrôle ».

Le second alinéa de cet article dit dans sa rédaction actuelle :

« Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux médecins et aux praticiens de l'art dentaire. » (Modification apportée par la loi du 8 avril 1965).

Or, il conviendrait que cet alinéa prévoie les mêmes dispositions pour les pharmaciens.

En effet, les pharmaciens exercent l'art de guérir (art pharmaceutique) au même titre que les médecins et les praticiens de l'art dentaire (art médical) (voir art. 1<sup>er</sup> de l'A. R. n° 78 du 10 novembre 1967).

De plus, les pharmaciens sont soumis à des règles de déontologie dont l'application est surveillée par un Ordre (A. R. n° 80 du 10 novembre 1967), exactement comme c'est le cas pour les médecins.

Le présent amendement a pour but de mettre fin à une discrimination qui n'est pas justifiée.

Cet amendement est adopté à l'unanimité.

#### Article 27.

A cet article, un commissaire propose un amendement, libellé comme suit :

« Remplacer le texte de cet article par les dispositions suivantes :

» L'article 97, alinéa premier, de la même loi est remplacé par les deux alinéas suivants :

» Sous réserve des dispositions de l'alinéa deux du présent article, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé ou de l'assurance-indemnités, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur par l'intermédiaire duquel ces prestations ont été indûment octroyées ».

» En régime de tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le donneur de soins soit par la personne physique ou morale qui les a perçues pour son propre compte, sauf si le caractère indû des prestations résulte de ce que, à l'insu des personnes précitées, celui qui a reçu les soins n'avait pas la qualité de bénéficiaire ou ne s'était pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Dans ces derniers cas, les prestations sont remboursées par la personne qui a reçu les soins. »

(Lid 2 van artikel 97 van de wet evenals de tekst die in het ontwerp wordt voorgesteld, blijven behouden).

Dit amendement is verantwoord als volgt :

« In de huidige stand van de wetgeving is het zeer moeilijk om op een juridisch onaanvechtbare wijze uit te maken door wie de ten onrechte uitgekeerde prestaties dienen terugbetaald te worden wanneer zij langs het stelsel van de betalende derde uitgekeerd werden.

» Op het eerste gezicht kan beweerd worden dat bij rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstelling aan de verstrekkers van verzorging de rechthebbende geen prestaties, althans niet in speciën, ontvangen heeft en hij dus niet tot terugbetaling gehouden is. Een dergelijke stelling maakt echter abstractie van het feit dat ook de rechthebbende bij het stelsel van de betalende derde voordeel put uit de rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstelling aan de verstrekker van verzorging, vermits door deze betaling de rechthebbende geheel of gedeeltelijk bevrijd wordt van het honorarium dat hij normaliter wegens het verlenen van geneeskundige verzorging verschuldigd is. Dit feit klemmt des te meer indien het onverschuldigd karakter van de betaalde prestaties voortspuit uit het niet bestaan van het recht op prestaties wegens het ontbreken in hoofde van de rechthebbende van een regelmatige verzekeringstoestand of wegens het niet naleven door hem van de vigerende wets- of verordeningsbepalingen. Het is immers zo dat in de meeste gevallen de verstrekker van verzorging in concreto niet kan verifiëren of de patiënt die zich bij hem aanbiedt werkelijk alle wettelijke en reglementaire voorwaarden vervult om recht te hebben op de verzekeringsprestaties. Anderzijds ook heeft de verstrekker van verzorging in principe recht op ereloon voor de verzorging die hij verleent.

» Indien echter het niet verschuldigd zijn van de prestaties in het kader van ziekte- en invaliditeitsverzekering niet voortspuit uit een tekortkoming vanwege de gerechtigde, maar uit het gebrek in kwalifikatie of uit een wettelijke of reglementaire tekortkoming in hoofde van de verstrekker van verzorging, is het ongetwijfeld strijdig met het rechtsgevoel in dat geval terugbetaling te vorderen van de verzekerde en niet van de verstrekker aan wie de prestaties rechtstreeks werden betaald.

» De lakonieke wijze waarop de wet het stelsel van de betalende derde behandelt en de complexiteit van de juridische verhoudingen die in het stelsel tussen de verzekerde (patiënt), de verzekeringsinstelling (betalende derde), de verstrekker van verzorging en eventueel de inrichting waarin hij werkzaam is, ontstaan, zijn er de oorzaak van dat de Commissie van Beroep, ingesteld op grond van artikel 100 van de wet, tot nog toe geen bevredigend jurisprudentieel antwoord heeft kunnen geven op de vraag door wie ten onrechte uitgekeerde prestaties dienen terugbetaald te worden die rechtstreeks aan de verstrekker van verzorging werden betaald.

» De vooropgestelde aanvulling van de wet regelt het probleem als volgt : de ten onrechte langs het

(L'alinéa 2 de l'article 97 de la loi, ainsi que le nouveau texte proposé par le projet sont maintenus.)

Cet amendement est justifié comme suit :

« Dans l'état actuel de la législation il est juridiquement très difficile de déterminer d'une manière indiscutable qui doit rembourser les prestations indûment octroyées lorsque ces prestations ont été payées en régime de tiers-payant.

» A première vue, on peut affirmer que, lors du paiement direct par l'organisme assureur au donneur de soins, le bénéficiaire ne reçoit pas de prestations, du moins en espèces, et dès lors qu'il n'est pas tenu de rembourser. Une telle thèse ne tient cependant pas compte de ce que le bénéficiaire tire directement profit du régime de tiers-payant du fait du paiement direct des prestations par l'organisme assureur au donneur de soins, étant donné que ce paiement le libère totalement ou partiellement des honoraires dont normalement il est redevable en raison des prestations de santé dont il a bénéficié. Ceci est d'autant plus évident dans le cas où le caractère indu des prestations payées résulte de l'inexistence, dans le chef du bénéficiaire, du droit aux prestations en raison de l'irrégularité de son assurabilité ou encore pour n'avoir pas respecté les dispositions légales ou réglementaires en vigueur. Il se fait, en effet, que dans la plupart des cas le donneur de soins ne peut, in concreto, vérifier si le patient qui se présente remplit effectivement toutes les conditions légales et réglementaires pour prétendre aux prestations de santé. D'autre part, le donneur de soins a aussi droit à des honoraires pour les soins qu'il a prodigués.

» Cependant, si le caractère indu des prestations de l'A.M.I. ne résulte pas d'un manquement dans le chef du bénéficiaire mais du défaut de qualification ou d'un manquement dans le chef du donneur de soins aux dispositions légales ou réglementaires, ce serait sans aucun doute heurter le sens de la justice que de procéder dans ce cas à la récupération à charge de l'assuré et pas à charge du donneur de soins à qui les prestations ont été directement payées.

» Le laconisme des dispositions légales traitant du régime du tiers-payant et la complexité des relations juridiques qui existent dans ce régime entre l'assuré (patient), le donneur de soins et, le cas échéant, l'institution où il travaille, sont les raisons pour lesquelles la commission d'appel, instituée en vertu de l'article 100, n'a pas encore pu jusqu'à présent donner une réponse jurisprudentielle satisfaisante à la question de savoir qui doit rembourser les prestations indûment octroyées lesquelles sont payées directement au donneur de soins.

» L'alinéa proposé à l'insertion dans le texte actuel de la loi règle le problème de la manière suivante : en

stelsel van de betalende derde uitgekeerde prestaties dienen door de verstrekken van de verzorging terugbetaald te worden indien het niet verschuldigd zijn van de prestaties voortspuit uit een tekortkoming in zijnen hoofde of uit een vergissing betreffende de waarde of de omvang van de geneeskundige verstrekkingen.

» In de andere gevallen, d.i. indien de prestaties onverschuldigd betaald werden omwille van het feit dat de wettelijke en reglementaire voorwaarden in hoofde van de verzekerde niet vervuld waren, dienen zij door deze laatste aan de verzekeringsinstelling terugbetaald te worden indien de verstrekker van de zorgen onwetend was van de in hoofde van de verzekerde bestaande tekortkomingen.

» De inlassing van het nieuwe tweede lid, maakt de aanpassing van het eerste lid van artikel 97 noodzakelijk. »

De Minister verklaart zich akkoord over dit amendement. Het zal tal van betwistingen voorkomen.

Er ontstaat discussie over de draagwijdte van de woorden « die ze voor eigen rekening geïnd heeft ».

Hierdoor wordt inzonderheid een allusie gemaakt op de gevallen waarin de geneesheer zijn beroepsactiviteit uitoefent in een verzorgings- of verplegingsinrichting. Het kan gebeuren dat de honoraria worden geïnd door de geneesheer zelf of door een persoon die terzake als zijn lasthebber optreedt. In dat geval is de geneesheer, verstrekker van verzorging, verplicht tot terugbetaling van onverschuldigde bedragen (onder voorbehoud evenwel van de in het amendement beschreven gevallen waarin degene die de verzorging genoten heeft, tot terugbetaling verplicht is). Indien echter een aangestelde van de verzorgings- of verplegingsinrichting de honoraria voor eigen rekening van die instelling int, berust de verplichting tot terugbetaling bij de instelling zelf.

Rekening houdende met het feit dat het grootste gedeelte van artikel 97 van de wet van 9 augustus 1963 het voorwerp uitmaakt van wijzigingen, wordt voorgesteld als tekst van de Commissie het geheel van het voornoemde artikel over te nemen, met de wijzigingen waarin is voorzien door dit ontwerp en het bovenvermelde amendement.

Het amendement en het gewijzigd artikel worden aangenomen met 10 stemmen bij 4 onthoudingen.

Een lid licht zijn onthouding toe. Hij is gekant tegen de huidige situatie waarin specialisten niet verplicht zijn een vergoeding te betalen voor het gebruik van de installaties in de ziekenhuizen. Wanneer ze weigeren de voorwaarden van de kliniek te aanvaarden, kan niemand ze daartoe dwingen.

## Artikel 28.

Dit artikel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 3 onthoudingen.

..

régime de tiers-payant les prestations allouées indûment doivent être remboursées par le donneur de soins si le caractère indu des prestations résulte d'un manquement dans le chef de celui-ci ou d'une erreur concernant la valeur ou l'importance des prestations de santé.

» Dans les autres cas, c'est-à-dire si les prestations ont été indûment octroyées en raison de ce que les conditions légales et réglementaires n'ont pas été remplies dans le chef de l'assuré, elles doivent être remboursées par celui-ci, à condition que le donneur de soins ait ignoré l'inobservance par l'assuré des dispositions légales et réglementaires.

» L'insertion du nouvel alinéa 2 implique nécessairement l'adaptation du premier alinéa de l'article 97. »

Le Ministre se rallie à cet amendement. Celui-ci aura pour effet d'éviter nombre de litiges.

Des commissaires se sont demandés quelle était la portée des mots « qui les a perçus pour son propre compte ».

Il s'agit en l'occurrence des cas dans lesquels le médecin exerce son activité professionnelle dans un établissement de soins ou dans une institution hospitalière. Il peut se faire que les honoraires soient perçus soit par le médecin lui-même, soit par la personne qui, en l'espèce, agit en qualité de mandataire du médecin. En pareil cas, le médecin qui dispense les soins est tenu au remboursement de l'indu (sous réserve toutefois des cas décrits dans l'amendement, dans lesquels c'est le bénéficiaire des soins qui doit rembourser). Mais si les honoraires ont été perçus par un préposé de l'établissement de soins ou de l'institution hospitalière pour le compte propre de cet organisme, c'est à ce dernier qu'incombe l'obligation de remboursement.

Compte tenu du fait que la majeure partie de l'article 97 de la loi du 9 août 1963 fait l'objet de modifications, il est proposé de reprendre comme texte de la Commission l'ensemble de l'article précité, modifié par le projet en discussion et par l'amendement ci-dessus.

L'amendement et l'article ainsi modifiés sont adoptés par 10 voix et 4 abstentions.

Un commissaire justifie son abstention. Il est adversaire de la situation actuelle dans laquelle les spécialistes ne sont pas tenus de payer une rétribution pour l'utilisation des installations appartenant aux établissements hospitaliers. En effet, s'ils refusent d'accepter les conditions d'une clinique déterminée, nul ne peut les y contraindre.

## Article 28.

Cet article est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

..

De Regering heeft een aantal amendementen ingediend, die enerzijds een wijziging inhouden van de artikelen 29, 30, 32 en 33 van het wetsontwerp, en die anderzijds ditzelfde wetsontwerp aanvullen met de artikelen 29*bis*, 31*bis* en 38*bis*. Al die amendementen hebben betrekking op de verdeling van de inkomsten der geneeskundige verzorgingsverzekering onder de verzekeringsinstellingen.

De Minister geeft de volgende algemene toelichting bij die amendementen :

De amendementen, die door de regering werden ingediend bij het wetsontwerp n° 73, hebben voor doel een meer efficiënte verdeling van de inkomsten der verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen uit te werken.

De draagwijdte van de amendementen kan als volgt worden samengevat :

1. Nieuwe modaliteiten worden vastgesteld voor de verdeling van de Rijkstoelage van 27 % op de uitgavenvooruitzichten betreffende de geneeskundige verzorging (met uitzondering van de sociale ziekten).

Op dit ogenblik gebeurt die verdeling op grond van het aantal gepensioneerden, weduwen en invaliden in iedere verzekeringsinstelling, en van de gemiddelde kosten, welke door die categorieën worden veroorzaakt.

Op grond van een nauwgezette analyse van de rekeningen van 1967 en van de factoren inzake morbiditeit en leeftijd, die het uitgavenpeil in de verschillende verzekeringsinstellingen beïnvloeden, wordt voorgesteld de thans bestaande verdelingsformule aan te passen, en wel als volgt :

In iedere verzekeringsinstelling wordt het aantal gepensioneerden weduwen en invaliden vermenigvuldigd met het percentage dat diezelfde categorieën vertegenwoordigen ten overstaan van de aangeslotenen, die gerechtigd zijn op primaire ongeschiktheidsuitkeringen. Nochtans wordt bij het vaststellen van dit percentage een correctie aangebracht, in die zin dat het aantal invaliden verdubbeld wordt, zulks om rekening te houden met het feit dat die groep verzekerden aanzienlijk hogere kosten meebrengt.

2. Op dit ogenblik worden de bijdragen van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen verdeeld volgens de waarde van de bijdragebets van haar rechthebbenden in iedere verzekeringsinstelling.

Het amendement behoudt in beginsel die verdelingswijze, waarin overigens uitdrukking wordt gegeven aan de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

Niettemin wordt voorgesteld dat een aandeel van de bijdragen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met 10 % als maximum, zal kunnen verdeeld worden op dezelfde wijze als de Rijkstoelagen van 27 %. Dit aandeel wordt ieder jaar vastgesteld door het beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging, wanneer bij het opmaken van de begroting wordt vastgesteld dat de Rijkstoelage niet zal volstaan om aan alle verzekeringsinstellingen voldoende waarborgen inzake het financieel evenwicht te bezorgen.

Le Gouvernement a présenté une série d'amendements qui, d'une part, modifient les articles 29, 30, 32 et 33 du projet de loi et, d'autre part, complètent ce projet en y insérant les articles 29*bis*, 31*bis* et 38*bis*. Tous ces amendements ont trait à la répartition des ressources de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs.

Au sujet de ces amendements, le Ministre a fait l'exposé général suivant :

Les amendements présentés par le Gouvernement au projet de loi n° 73 ont pour but d'assurer une répartition plus efficace des ressources de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs.

La portée de ces amendements peut se résumer comme suit :

1. Le texte fixe de nouvelles modalités pour la répartition de la subvention de l'Etat de 27 % sur les prévisions de dépenses de l'assurance soins de santé (à l'exception des maladies sociales).

A l'heure actuelle, cette répartition se fait sur base du nombre des pensionnés, veuves et invalides, affiliés à chaque organisme assureur, et du coût moyen de chacune de ces catégories.

Se fondant sur une analyse précise de calculs relatifs à l'année 1967 et des facteurs de morbidité et d'âge influençant le niveau des dépenses dans les différents organismes assureurs, le Gouvernement propose d'adapter comme suit la formule de répartition actuellement en vigueur :

Dans chaque organisme assureur, le nombre des pensionnés, veuves et invalides est multiplié par le pourcentage que représentent ces groupes de titulaires par rapport à l'ensemble des titulaires indemnisables primaires. Toutefois, pour la fixation de ce pourcentage, il est tenu compte d'un correctif en ce sens que le nombre des invalides est doublé, afin de tenir compte du fait qu'un assuré invalide provoque pour l'assurance des frais sensiblement plus élevés.

2. Actuellement, les cotisations de l'assurance soins de santé sont réparties entre les organismes assureurs selon la valeur des bons de cotisation des bénéficiaires de chaque organisme assureur.

L'amendement maintient le principe de ce mécanisme de répartition qui met l'accent sur la responsabilité des organismes assureurs.

Toutefois, il est proposé qu'une part des cotisations de l'assurance soins de santé, de 10 % au maximum, pourra être répartie suivant les règles définies pour la subvention de l'Etat de 27 %. Cette part est établie chaque année par le Comité de gestion du Service des soins de santé, lorsqu'il constate, lors de l'établissement du budget, que la subvention de l'Etat ne suffira pas à donner des garanties suffisantes d'équilibre financier à tous les organismes assureurs.

De herverdeling van een aandeel in de bijdragen heeft een uitzonderlijk karakter, en is alleen bedoeld om aan alle verzekeringsinstellingen van bij de aanvang voldoende inkomsten ter beschikking te stellen op het domein van de verstrekkingen. Zij mag niet tot gevolg hebben dat hierdoor de administratiekosten van bepaalde verzekeringsinstellingen worden vermindert of verhoogd. Bijgevolg wordt voor het toewijzen van de administratiekosten in ieder geval verondersteld dat de verdeling van de bijdragen geschiedt volgens de waarde van de bijdragebons.

3. Om het Beheerscomité in de mogelijkheid te stellen na te gaan of en in welke mate een herverdeling van een aandeel in de bijdragen noodzakelijk is, wordt voorgesteld dat iedere verzekeringsinstelling haar eigen begroting voor de sector « geneeskundige verzorging » zal opmaken.

4. De nieuwe verdelingsregelen hebben uitwerking met ingang van het dienstjaar 1967.

Nochtans kan de normale uitvoering ervan slechts worden verzekerd ten aanzien van de begrotingen die nog niet werden opgemaakt, d.w.z. voor de eerste maal bij het opmaken van de begroting van het jaar 1970.

Ten aanzien van de dienstjaren 1967, 1968 en 1969 zal de nieuwe formule worden toegepast door een aanpassing van de rekeningen, zonder dat daaruit overigens een wijziging in het bedrag van de administratiekosten mag voortvloeien.

5. Een ander amendement strekt er toe een lichte correctie aan te brengen in de vaststelling en de verdeling van het bedrag der Rijkstoelagen, die de bijdragen van de werklozen moeten vervangen. Op dit ogenblik wordt die Rijkstoelage vastgesteld op grond van de gemiddelde waarde van de bijdragebons in iedere verzekeringsinstelling. Teneinde een administratieve vereenvoudiging door te voeren, zal de Rijkstoelage, volgens het regeringsamendement, worden vastgesteld op grond van de gemiddelde waarde van de bijdragebon van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen.

6. Er stelt zich een speciaal probleem voor de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor het jaar 1967 werd in de Hulpkas een tekort van ongeveer 19 miljoen frank geboekt (aglgemeen stelsel). Blijkbaar houdt dit tekort verband met de bijzondere samenstelling van de ledentallen in die verzekeringsinstellingen (bijv. het naar verhouding groot aantal vreemde arbeiders en grensarbeiders).

Dit heeft voor gevolg dat de nieuwe formule van herverdeling, die afgestemd is op de problemen van de overige verzekeringsinstellingen, niet tegemoetkomt aan specifieke behoeften van de Hulpkas.

Om die reden stelt de regering voor dat die tekorten van de Hulpkas zouden gedekt worden door een voorafneming op de globale verzekeringsinkomsten. Vanzelfsprekend moet de Hulpkas eerst en vooral haar eventuele eigen reserves, afkomstig van vorige dienstjaren, aanwenden vooraleer op de solidariteit van de gezamenlijke instellingen een beroep kan worden gedaan. Bovendien lijkt het normaal dat de eventuele

La redistribution d'une partie des cotisations à un caractère exceptionnel, et ne vise qu'à garantir à tous les organismes assureurs la disposition, au départ, de ressources suffisantes pour couvrir les prestations. Elle ne doit pas conduire à une réduction ou à une majoration des frais d'administration de certains organismes assureurs. En conséquence, pour l'attribution des frais d'administration, on part dans chaque cas de l'hypothèse que la répartition des cotisations se fait sur base de la valeur des bons de cotisation.

3. Afin de permettre au Comité de gestion de vérifier si et dans quelle mesure une redistribution d'une partie des cotisations est nécessaire, il est proposé de faire établir par chaque organisme assureur son propre budget du secteur « soins de santé ».

4. Les nouvelles règles de répartition entreront en vigueur à partir de l'exercice 1967.

Toutefois, leur exécution normale ne peut être assurée que pour les budgets qui n'ont pas encore été établis, c'est-à-dire pour la première fois lors de l'établissement du budget de l'année 1970.

Quant aux exercices 1967, 1968 et 1969, c'est par le biais d'une adaptation des comptes que la nouvelle formule sera appliquée, sans pour autant qu'il puisse en résulter une modification du montant des frais d'administration.

5. Un autre amendement tend à apporter une légère correction dans la fixation et la répartition du montant des subsides de l'Etat destinés à remplacer la cotisation des chômeurs. Actuellement, ces subsides sont établis sur base de la valeur moyenne des bons de cotisation de chaque organisme assureur. Afin de simplifier la procédure administrative, l'amendement du Gouvernement propose de prendre en considération la valeur moyenne du bon de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs.

6. Un problème spécial se pose en ce qui concerne la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Pour l'année 1967, la Caisse auxiliaire a enregistré un déficit de quelque 19 millions de francs (régime général). Il apparaît que ce mali est causé par des éléments liés à la composition particulière des effectifs de cet organisme assureur (et notamment la proportion relativement importante de travailleurs étrangers et de frontaliers).

Il en résulte que la nouvelle formule de redistribution, qui correspond à la situation des autres organismes assureurs, ne répond pas aux nécessités spécifiques de la Caisse auxiliaire.

C'est pourquoi le Gouvernement propose de faire couvrir le mali de cette Caisse par un prélèvement sur les ressources globales de l'assurance. Il va de soi qu'avant de pouvoir faire appel à la solidarité de l'ensemble des organismes, la Caisse auxiliaire devra utiliser d'abord les réserves qu'elle aura éventuellement constituées au cours des exercices antérieurs. En outre, il semble normal de préciser que les réserves

reserves van de Hulpkas niet mogen aangewend worden voor het verlenen van bijkomende voordelen.

De Minister verklaart ten slotte dat ook het (overigens zeer geringe) tekort van de Hulpkas over het jaar 1966 door voorafneming op de algemene verzekeringsinkomsten moet worden gedekt.

..

Tijdens de daaropvolgende bespreking over de draagwijdte van de Regeringsamendementen, wijst een lid op het feit dat aan de beheersverantwoordelijkheid in de ziekte- en invalideitsverzekering een overdreven betekenis wordt toegekend. De verdeling van de bijdragen volgens de tegenwaarde van de bijdragebons, alsmede de verplichting om eventueel aanvullende bijdragen te vragen tot dekking van een tekort, zijn principieel betwistbaar en geven aanleiding tot tal van praktische moeilijkheden. De oorzaken van het verschil in de financiële resultaten van de ene verzekeringsinstelling tot de andere houden verband met objectief vast te stellen factoren. Het komt er op aan de werkelijke lasten van iedere verzekeringsinstelling te dekken.

Hetzelfde lid betreurt verder dat de tekst van de amendementen zo moeilijk te begrijpen valt voor degenen, die niet gespecialiseerd zijn in de wetgeving op de ziekteverzekering.

Een ander lid is van oordeel dat de verstrekkingen volstrekt dezelfde moeten zijn in al de verzekeringsinstellingen. Het lijkt moeilijk aanvaardbaar dat sommige verzekeringsinstellingen aanvullende voordelen zouden verlenen aan hun rechthebbenden.

..

#### Artikel 29.

Dit artikel wijzigt artikel 121 van de wet van 9 augustus 1963.

De regering stelt voor dit artikel volgenderwijze te amenderen :

« De tekst van dit artikel te vervangen door de volgende tekst :

» Artikel 121, 4°, 5° en 7°, van dezelfde wet, wordt respectievelijk vervangen door de volgende bepalingen :

» 4° (zoals in het ontwerp) ;

» 5° (zoals in het ontwerp) ;

» 7° een Rijkstegemoetkoming bestemd om de bijdrage van de werklozen te vervangen; die tegemoetkoming stemt overeen met een bedrag gelijk aan de gemiddelde waarde van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen welke per werkdag is vastgesteld en wordt uitbetaald voor elke werkelijke dag gecontroleerde werkloosheid als bedoeld in artikel 21, tweede lid;

*Verantwoording.* — Dit amendement heeft voor doel de huidige tekst van artikel 121, 7° in overeenstemming

éventuelles de la Caisse auxiliaire ne pourront être utilisées pour octroyer des avantages complémentaires.

Enfin, le Ministre déclare que le déficit (d'ailleurs très modeste) accusé par la Caisse auxiliaire en 1966 doit être couvert par un prélèvement sur les ressources générales de l'assurance.

..

Au cours de la discussion que votre Commission a consacrée à la portée des amendements du Gouvernement, un membre a estimé qu'on attachait une importance excessive à la responsabilité de la gestion de l'assurance maladie-invalidité. La répartition des cotisations suivant la valeur des bons de cotisation, de même que l'obligation de réclamer éventuellement une cotisation complémentaire pour couvrir un déficit, sont contestables dans leur principe et donnent lieu à de nombreuses difficultés d'ordre pratique. Les causes des différences existant entre les résultats financiers des organismes assureurs sont liées à des facteurs qu'on peut constater objectivement. Il s'agit de couvrir les charges réelles de chaque organisme assureur.

L'intervenant regrette d'autre part que le texte des amendements soit si peu compréhensible pour ceux qui ne sont pas spécialistes en matière de législation sur l'assurance maladie.

Un autre membre estime que les prestations de tous les organismes assureurs doivent être identiques. Il paraît difficilement admissible que certains organismes accordent des avantages complémentaires à leurs affiliés.

..

#### Article 29.

Cet article tend à modifier l'article 121 de la loi du 9 août 1963.

Le Gouvernement propose l'amendement suivant :

« Remplacer le texte de cet article par les dispositions suivantes :

» L'article 121, 4°, 5° et 7°, de la même loi, est remplacé respectivement par les dispositions suivantes :

» 4° (comme dans le projet) ;

» 5° (comme dans le projet) ;

» 7° une intervention de l'Etat, destinée à remplacer la cotisation des chômeurs; cette intervention correspond à un montant égal à la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs, établie par jour ouvrable, et est payée pour chaque journée effective de chômage contrôlé au sens de l'article 21, alinéa 2; »

*Justification.* — Cet amendement a pour but de mettre en concordance le texte actuel de l'article 121,

te brengen met die van artikel 123, § 1, eerste lid, 2°, zoals het door dit wetsontwerp wordt gewijzigd.

Als basis voor de berekening en de verdeling van de Rijkstoelage, bestemd om de bijdrage van de werklozen te vervangen, wordt niet meer de gemiddelde waarde van de bijdragebons van iedere verzekeringsinstelling genomen, maar wel de gemiddelde waarde van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen.

Artikel 29, zoals het gewijzigd is door een amendement van de regering, wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 29bis.

In ditzelfde artikel 121 werd een wijziging voorgesteld door een amendement van een lid van de Commissie.

#### « Artikel 29bis.

» Een artikel 29bis in te voegen, luidende :

» In artikel 121, 7°, van dezelfde wet vervallen de woorden « stemt voor elke verzekeringsinstelling overeen met een bedrag gelijk aan de gemiddelde waarde van haar bijdragebons welke per werkdag is vastgesteld en. »

*Verantwoording.* — Daar het voortaan aan de Koning staat te bepalen op welke wijze de inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen worden verdeeld, dient de tekst te worden aangepast.

Het lid trekt evenwel dit amendement in, omdat het geheel van de regeringsamendementen over de verdeling van de verzekeringsinkomsten hem voldoende schenkt.

#### Artikel 29bis (nieuw).

Een artikel 29bis in te voegen, luidende als volgt :

#### « Artikel 29bis.

Artikel 122, tweede lid, van dezelfde wet, wordt vervangen door de volgende bepaling :

» Het heft op die inkomsten het bedrag van zijn administratiekosten opgenomen in de in artikel 8, 2°, bedoelde begroting, het in artikel 125, § 2, bedoelde meerbedrag der administratiekosten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, alsmede het in artikel 128, tweede lid, bedoelde bedrag van het tekort van dezelfde Hulpkas. »

Het artikel 29bis, ingevoegd door een regeringsamendement, wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 29ter.

Een lid heeft volgend amendement ingediend :

#### « Artikel 29ter.

» Een artikel 29ter in te voegen, luidende :

7° avec celui de l'article 123, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, tel qu'il est modifié par le présent projet de loi.

La base du calcul et de la répartition du subside de l'Etat, destiné à remplacer la cotisation des chômeurs, ne sera plus la valeur moyenne des bons de cotisation de chaque organisme assureur, mais la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs.

L'article 29 amendé par le Gouvernement est adopté à l'unanimité.

#### Article 29bis.

Un commissaire avait proposé de modifier le même article 121 par un amendement libellé comme suit :

#### « Artikel 29bis.

» Insérer un article 29bis, libellé comme suit :

» A l'article 121, 7°, de la même loi, les mots « correspond, pour chaque organisme assureur, à un montant égal à la valeur moyenne de ses bons de cotisation établie par jour ouvrable et » sont supprimés. »

*Justification.* — Etant donné qu'il appartient dorénavant au Roi de fixer les modalités de répartition des ressources de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs, le texte doit être mis en concordance.

L'auteur de l'amendement retire son texte, en raison du fait que l'ensemble des amendements du Gouvernement lui donne satisfaction quant à la répartition des ressources de l'assurance.

#### Article 29bis (nouveau).

Insérer un article 29bis, libellé comme suit :

#### « Article 29bis.

L'article 122, 2° alinéa, de la même loi, est remplacé par la disposition suivante :

» Il prélève sur ces ressources le montant de ses frais d'administration prévu au budget visé à l'article 8, 2°, le montant de l'excédent des frais d'administration de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, visé à l'article 125, § 2, ainsi que le montant du mali de la même Caisse auxiliaire visé à l'article 128, alinéa 2. »

L'article 29bis, inséré par un amendement du Gouvernement, est adopté à l'unanimité.

#### Article 29ter.

Un commissaire a déposé l'amendement suivant :

#### « Article 29ter.

» Insérer un article 29ter, libellé comme suit :

» Artikel 123, § 1, van dezelfde wet wordt vervangen als volgt :

» § 1. Onder de voorwaarden door de Koning bepaald, na advies of op voorstel van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan iedere verzekeringsinstelling het deel dat haar toekomt van de inkomsten van de verzekering, zoals deze bepaald zijn bij artikel 121.

» Onder de voorwaarden bepaald door het Beheerscomité van de dienst voor uitkeringen, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aan iedere verzekeringsinstelling, voor de uitkeringsverzekering, het deel van de administratiekosten da overeenkomstig artikel 125, § 1, wordt geheven op de in artikel 122, vierde lid, 2°, bedoelde inkomsten. »

Dit amendement wordt verantwoord als volgt :

*Verantwoording.* — « De praktijk heeft aangetoond dat de grondslag voor de verdeling van de rijkssubsidie van 27 %, op grond van het aantal invaliden, gepensioneerden en weduwen, niet aan de verwachtingen beantwoordt. Bovendien hebben bepaalde verzekeringsinstellingen hun ontvangsten en uitgaven niet in evenwicht kunnen houden, zonder hun financieel beheer in het gedrang te brengen.

» Bij onderzoek uit de rekeningen voor 1967 blijkt overigens dat er, bij de financiële ontvangsten, een distorsie bestaat, die in strijd is met de geest van de wet van 1963. Volgens deze moesten de ontvangsten, ter dekking van de verschillende lasten van de verzekeringsinstellingen, verbonden aan de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van hun personeelsbezetting, billijk worden verdeeld. Het is derhalve nodig deze grondslag van de verdeling te verbeteren. »

Dit amendement wordt door zijn auteur ingetrokken aangezien de regeringsamendementen in ruime mate aan het voor dit amendement beoogd doel tegemoet komen.

#### Artikel 30.

Bij dit artikel dient de regering volgend amendement in :

« De tekst van dit artikel te vervangen door de volgende tekst :

» Artikel 123, » 1, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« *Artikel 123.* — § 1. — Volgens de modaliteiten welke het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bepaalt, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan iedere verzekeringsinstelling, voor de verzekering voor geneeskundige verzorging:

» 1. een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, a) en b), bedoelde bijdragen volgens de waarde van de bijdragen van haar rechthebbenden.

» Nochtans kan het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, bij het opmaken van

» L'article 123, § 1<sup>er</sup>, de la même loi est remplacé par le texte suivant :

» § 1<sup>er</sup>. Dans les conditions fixées par le Roi, après avis ou sur proposition du Comité de gestion du service des soins de santé, l'Institut national d'assurance maladie invalidité alloue à chaque organisme assureur la part qui lui revient dans les ressources de l'assurance, telles qu'elles sont déterminées à l'article 121.

» Dans les conditions déterminées par le Comité de gestion du service des indemnités, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité alloue à chaque organisme assureur, pour l'assurance indemnités, la part des frais d'administration prélevée sur les ressources visées à l'article 122, quatrième alinéa, 2°, conformément à l'article 125, § 1<sup>er</sup>. »

Cet amendement est justifié comme suit :

*Justification.* — « La pratique a démontré que la base de répartition de la subvention de l'Etat de 27 % faite en tenant compte du nombre d'invalides, pensionnés et veuves, n'a pas donné les résultats qu'on escomptait. De plus, l'équilibre financier entre recettes et dépenses n'a pas été réalisé pour certains organismes assureurs sans que la gestion financière de ceux-ci puisse être mise en cause.

» Par ailleurs, l'examen des comptes de 1967 fait apparaître, dans les recettes financières, une distorsion contraire à l'esprit du législateur de 1963 qui a voulu une équitable répartition des ressources devant couvrir les charges différentes des organismes assureurs dues à la composition qualitative et quantitative de leurs effectifs. Il est donc nécessaire de rectifier cette base de répartition. »

L'amendement est retiré par son auteur, en raison du fait que les amendements du Gouvernement correspondent dans une large mesure à l'objectif visé par l'amendement en question.

#### Article 30.

A cet article, le Gouvernement a déposé l'amendement suivant :

« Remplacer le texte de cet article par le texte suivant :

» L'article 123, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Article 123.* — § 1<sup>er</sup>. Suivant les modalités déterminées par le Comité de gestion du Service des soins de santé, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité alloue à chaque organisme assureur, pour l'assurance soins de santé :

» 1. une part des cotisations visées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a) et b), suivant la valeur des cotisations de ses bénéficiaires.

» Toutefois, le Comité de gestion du service des soins de santé peut décider, lors de l'établissement du

de in artikel 12, 1°, bedoelde begroting, beslissen dat een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, a) vermelde bijdragen, met een maximum van 10 pct., onder de verzekeringsinstellingen zal verdeeld worden volgens de onder 3° bepaalde regelen. Voor de verdeling van de in de artikelen 124 en 125 bedoelde administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, worden de in artikel 122, vierde lid, 1° a), vermelde bijdragen steeds geacht verdeeld te zijn overeenkomstig de waarde van de bijdragebons van de rechthebbenden;

» 2° een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, d), bedoelde tegemoetkoming; dit deel wordt voor elke werkelijke gecontroleerde werkloosheid vastgesteld op een bedrag dat gelijk is aan de gemiddelde waarden van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen;

» 3. een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, e) bedoelde tegemoetkoming; die tegemoetkoming wordt verdeeld naar rata van het aantal vastgesteld over de drie laatste gekende dienstjaren, van de gerechtigden bedoeld in artikel 21, 7°, 8° en 9°, en van de gerechtigden die de in artikel 50 bedoelde invaliditeitsuitkeringen genieten, vermenigvuldigd met het percentage dat het aantal van diezelfde gerechtigden vertegenwoordigt ten overstaan van de gerechtigden op primaire ongeschiktheidsuitkeringen van iedere verzekeringsinstelling. Voor het vaststellen van dit percentage wordt het aantal gerechtigden die de in artikel 50 bedoelde invaliditeitsuitkeringen genieten, verdubbeld. »

*Verantwoording.* — De wet van 9 augustus 1963 heeft bepaald dat de Rijkstoelage van 27 t.h. op de uitgaven-vooruitzichten van de geneeskundige verzorgingsverzekering (met uitzondering van degene die betrekking hebben op de sociale ziekten) onder de verzekeringsinstellingen zou verdeeld worden, rekening houdende met het aantal en de gemiddelde kosten van de gepensioneerden, weduwen en invaliden.

Op die wijze zouden bepaalde verzekeringsinstellingen een naar verhouding groter aandeel van de voormelde Rijkstoelage ontvangen, naargelang zij zwaardere uitgaven hebben te dragen ten aanzien van niet-actieve gerechtigden, die in vele gevallen, wegens ouderdom of ziekte, een veelvuldig beroep moeten doen op geneeskundige zorgen.

Uit de ervaring van de laatste jaren is evenwel gebleken dat de hier geschetste verdelingswijze geen volledige bevrediging schenkt.

Daarom wordt een andere verdelingsformule voorgesteld, waarvan mag verwacht worden dat zij het doel dat door de wetgever in 1963 was vooropgesteld, op een meer efficiënte wijze zal realiseren.

Enerzijds wordt de mogelijkheid geboden om de hoegrootheid van de inkomsten die bestemd zijn ter compensatie van de ongelijkheid van lasten, uit te breiden : naast de reeds vermelde Rijkstoelage kan ook een deel van de bijdragen van de geneeskundige verzorgingsverzekering met een maximum van 10 pct. hiervoor worden aangewend. In dat verband moet

budget visé à l'article 12, 1°, qu'une part des cotisations mentionnées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a), de 10 p.c. au maximum, sera répartie entre les organismes assureurs suivant les règles définies au 3°. Pour la répartition des frais d'administration des organismes assureurs, visés aux articles 124 et 125, les cotisations mentionnées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a), sont toujours censées être réparties suivant la valeur des bons de cotisation des bénéficiaires;

» 2. une part de l'intervention visée à l'article 122, alinéa 4, 1° d), cette part est fixée pour chaque journée de chômage contrôlé effective, à un montant égal à la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs;

» 3. une part de l'intervention visée à l'article 122, alinéa 4, 1° e) ; cette intervention est répartie au prorata du nombre, établi sur base des trois derniers exercices connus, des titulaires visés à l'article 21, 7°, 8° et 9°, et des titulaires au bénéfice des indemnités d'invalidité visées à l'article 50, multiplié par le pourcentage que représente le nombre de ces mêmes titulaires par rapport aux titulaires indemnisables primaires de chaque organisme assureur. Pour la fixation de ce pourcentage, le nombre de titulaires au bénéfice des indemnités d'invalidité, visées à l'article 50, est doublé. »

*Justification.* — La loi du 9 août 1963 a prévu que le subside de l'Etat, s'élevant à 27 p.c. des prévisions de dépenses relatives à l'assurance soins de santé (à l'exclusion de celles afférentes aux maladies sociales), serait réparti entre les organismes assureurs, en tenant compte du nombre et du coût moyen des pensionnés, des veuves et des invalides.

Ainsi, certains organismes assureurs recevraient une part proportionnellement plus grande du subside précité de l'Etat, dans la mesure où ils auraient à supporter des dépenses plus lourdes, occasionnées par des titulaires non actifs, lesquels sont astreints dans de nombreux cas à faire appel fréquemment à des soins médicaux, à cause de leur âge ou de leur maladie.

Il est apparu sur base de l'expérience de ces dernières années que la formule de répartition esquissée ci-dessus ne donne pas entière satisfaction.

C'est la raison pour laquelle un autre mode de répartition est proposé, dont on peut espérer qu'il réalisera de façon plus efficace l'objectif énoncé par le législateur en 1963.

D'une part, il sera possible d'étendre la quotité des ressources destinées à comparer l'inégalité des charges : outre le subside de l'Etat susmentionné, une part des cotisations de l'assurance soins de santé, avec un maximum de 10 p.c., pourra être utilisée à cet effet. Notons à cet égard que, pour la répartition des frais d'administration des organismes assureurs, il est tou-

worden opgemerkt dat bij de verdeling van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, steeds verondersteld wordt dat de bijdragen van de geneeskundige verzorgingsverzekering verdeeld worden volgens de waarde van de bijdragebons.

Anderzijds wordt bij de verdeling, niet alleen het aantal gepensioneerden, weduwen en invaliden in iedere verzekeringsinstelling, maar eveneens het percentage in aanmerking genomen dat diezelfde groepen gerechtigden vertegenwoordigen ten overstaan van de gerechtigden op primaire ongeschiktheidsuitkeringen (de actieve gerechtigden en de werknemers die primaire ongeschiktheidsuitkeringen genieten).

Omwillen van de zeer zware uitgaven die de verzekeringsinstellingen besteden aan de invaliden, wordt hun aantal verdubbeld bij de berekening van dit percentage.

Ten slotte zij nog vermeld dat bij de toewijzing van de Rijkstoelagen ter vervanging van de werklozenbijdrage, niet meer met de gemiddelde waarde van de bijdragebons van iedere verzekeringsinstelling, maar met de gemiddelde waarde van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen, rekening wordt gehouden.

Artikel 30, zoals het gewijzigd is door het hierboven vermelde amendement van de regering, wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 31.

Dit artikel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 3 onthoudingen.

#### Artikel 31bis.

Bij amendement stelt de regering volgende tekst voor :

« Een artikel 31bis in te voegen, luidend als volgt :

» Artikel 126, derde lid, van dezelfde wet, wordt vervangen door de volgende bepaling :

» Het saldo van het boni is bestemd voor de gewone reserve; het mag door de Landsbonden worden aangewend om de rechthebbenden bijkomende voordelen te verlenen welke evenwel nimmer tot verhoging mogen strekken van de tegemoetkoming waarin voor een in artikel 23 bedoelde verstrekking is voorzien. Die bijkomende voordelen moeten betrekking hebben op preventieve of curatieve verzorging, met inbegrip van de reiskosten welke nodig zijn om ze te ontvangen, in het bijzonder de dienst aangegeven onder de benaming « home care ».

*Verantwoording.* — Dit amendement strekt er toe de mogelijkheid tot het verlenen van bijkomende voordelen voor te behouden aan de Landsbonden. Inderdaad, indien krachtens een bij artikel 32 van het wetsontwerp ingediend regeringsamendement, de solidariteit van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen zal moeten aangesproken worden om desgevallend het tekort van de Hulpkas te dekken, is het

jours supposé que les cotisations de l'assurance soins de santé sont réparties suivant la valeur des bons de cotisation.

D'autre part, il sera tenu compte, dans la législation, non seulement du nombre de pensionnés, de veuves et d'invalides, mais également du pourcentage que représentent ces groupes de titulaires par rapport aux titulaires indemnisables primaires (les titulaires actifs et les travailleurs admis au bénéfice d'indemnités d'incapacité primaire).

Dans le calcul de ce pourcentage, le nombre d'invalides est doublé, en raison des dépenses très lourdes consacrées par les organismes assureurs au profit de ces titulaires.

Signalons enfin qu'en vue de l'attribution des subsides de l'Etat, destinés à remplacer la cotisation des chômeurs, c'est la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs, et non celle des bons de cotisation de chaque organisme assureur, qui est prise en considération.

L'article 30, modifié par l'amendement du Gouvernement repris ci-dessus, est adopté à l'unanimité.

#### Article 31.

Cet article est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

#### Article 31bis.

Par voie d'amendement, le Gouvernement propose d'insérer dans la loi le texte suivant :

« Insérer un article 31bis, libellé comme suit :

» L'article 126, 3<sup>e</sup> alinéa, de la même loi, est remplacé par les dispositions suivantes :

» Le solde du boni est affecté à la réserve ordinaire; il peut être utilisé par les Unions nationales pour accorder aux bénéficiaires des avantages complémentaires qui, en aucun cas, ne peuvent cependant constituer une augmentation de l'intervention prévue prévue pour une prestation visée à l'article 23. Ces avantages complémentaires doivent concerner des soins préventifs ou curatifs, y compris les frais de déplacement qui permettent d'y recourir, notamment le service désigné sous le nom de « home care ».

*Justification.* — Cet amendement tend à limiter aux Unions nationales la faculté d'accorder des avantages complémentaires. En effet, si en vertu d'un amendement gouvernemental prévu à l'article 32 du projet de loi, la solidarité de l'ensemble des organismes assureurs devra intervenir pour couvrir, le cas échéant, le mali de la Caisse auxiliaire, il est logique et équitable de ne faire appel à cette solidarité que pour

logisch en billijk dat op die solidariteit alleen maar beroep wordt gedaan, inzoverre de Hulpkas vooraf haar eigen reserves heeft uitgeput, afkomstig van vorige dienstjaren die werden afgesloten met een boni.

Van dat standpunt gezien, moet worden voorkomen dat een gedeelte van de reserves van de Hulpkas zou worden aangewend voor het verlenen van bijkomende voordelen, dan wanneer, na afsluiting van een volgend dienstjaar, de Hulpkas mogelijkerwijze voor de verplichting zou staan, bij gebrek aan voldoende reserves, om haar tekort door de gezamenlijke verzekeringsinstellingen te laten dekken.

Dit nieuw artikel 31bis wordt eenparig aangenomen.

### Artikel 32.

Bij dit artikel dient de Regering volgende amendementen in :

« Artikel 128 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

» *Artikel 128.* — Wanneer een verzekeringsinstelling een dienstjaar met een tekort afsluit, moet zij dat dekken :

1. door voorafnemings van haar aandeel in het in artikel 133, bedoelde fonds;

2. door afnemings van de wettelijke reserve;

3. indien die reserve nul of ontoereikend is, door afnemings van de gewone reserve;

4. indien die reserves ontoereikend zijn of daarover onmogelijk kan worden beschikt, door heffing van een bijkomende bijdrage van de gerechtigden, al dan niet samen met afschaffing van de voorheen toegekende bijkomende voordelen.

» Het tekort van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat het totaal van de onder 1°, 2° en 3- van het vorige lid bedoelde afnemings overtreft, wordt gedekt met de verzekeringsinkomsten, overeenkomstig het bepaalde in artikel 122, tweede lid. »

*Verantwoording.* — Het door de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering geboekte tekort vindt zijn oorzaak in factoren, die verband houden met de samenstelling van zijn ledentallen; het wordt slechts in geringe mate beïnvloed door de factoren, die het financieel resultaat van de overige verzekeringsinstellingen bepalen.

Men mag dan ook verwachten dat de nieuwe formule van herverdeling van een gedeelte van de Rijks-toelage en van de bijdragen, die het voorwerp uitmaakt van de regeringsamendementen (zie inzonderheid artikel 30 van het wetsontwerp), niet voor gevolg zal hebben dat de specifieke lasten van de Hulpkas in voldoende mate worden gecompenseerd.

Om die reden wordt voorgesteld het tekort dat in de Hulpkas blijft bestaan, na benutting van haar aandeel in de veiligheidsmarge, van haar wettelijke en gewone reserve, te laten dekken door de globale verzekeringsinkomsten.

autant que la Caisse auxiliaire ait d'abord épuisé ses propres réserves, provenant d'exercices antérieures, clôturés en boni.

Dans cet ordre d'idées, il convient de prévenir qu'une partie des réserves de la Caisse auxiliaire soit affectée à l'octroi d'avantages complémentaires, alors qu'après clôture d'un exercice suivant, la Caisse auxiliaire pourrait se trouver dans l'obligation, à défaut de réserves suffisantes, de faire couvrir son mali par l'ensemble des organismes assureurs.

L'article 31bis (nouveau) est adopté à l'unanimité.

### Article 32.

A cet article, le Gouvernement a déposé l'amendement suivant :

« L'article 128 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

» *Article 128.* — Lorsqu'un organisme assureur clôture un exercice en déficit, il doit couvrir celui-ci :

1. par prélèvement sur la quote-part du fonds, visé à l'article 133;

2. par prélèvement sur la réserve légale;

3. si cette réserve est nulle ou insuffisante, par prélèvement sur la réserve ordinaire;

4. si ces réserves sont insuffisantes, ou s'il est impossible d'en disposer, par prélèvement d'une cotisation complémentaire auprès des titulaires, accompagnée ou non de la suppression des avantages complémentaires antérieurement accordés.

» Le mali de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, dépassant le montant total des prélèvements prévus sous 1°, 2° et 3° de l'alinéa précédent, est couvert par les ressources de l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 122, alinéa 2. »

*Justification.* — Le mali accusé par la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité est causé par des éléments liés à la composition de ses effectifs; il n'est influencé que dans une faible mesure par les éléments qui déterminent le résultat financier des autres organismes assureurs.

Aussi peut-on s'attendre à ce que la nouvelle formule de redistribution d'une partie du subside de l'Etat et des cotisations, qui fait l'objet des amendements déposés par le Gouvernement (voir notamment l'article 30 du projet de loi), n'ait pas pour effet de compenser dans une mesure suffisante les charges spécifiques de la Caisse auxiliaire.

C'est la raison pour laquelle il est proposé de faire couvrir le mali accusé par la Caisse auxiliaire, après utilisation de sa quote-part dans la marge de sécurité, de sa réserve légale et ordinaire, par les ressources globales de l'assurance.

Een lid vraagt of het mogelijk is afnemingen te verichten op de wettelijke reserve.

De Minister antwoordt dat die mogelijkheid reeds vervat ligt in de wet van 9 augustus 1963.

Artikel 32, zoals het gewijzigd is door het hierboven vermelde regeringsamendement, wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 32bis.

Een lid heeft volgend amendement ingediend :

« Een artikel 32bis in te voegen, luidende :

» Artikel 133 van dezelfde wet wordt gewijzigd als volgt :

1. In § 1, tweede lid, vervalt de verwijzing naar artikel 8, 3°, en naar artikel 12, 1°.

2. Aan § 1 wordt een derde lid toegevoegd, luidende :

« De begrotingen, hieronder begrepen de rekeningen van de administratiekosten, die het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging voor elke verzekeringsinstelling aan de Algemene Raad en de Algemene Raad aan de Minister van Sociale Voorzorg voorlegt, krachtens artikel 12, 1°, en artikel 8, 3°, lopen eveneens over een jaar en worden telkens voor een driejarig tijdvak opgemaakt. »

3. Aan § 2 wordt een laatste lid toegevoegd, luidende :

« De begrotingen van elke verzekeringsinstelling, hieronder begrepen de administratiekosten, bedoeld in § 1, lid 3, worden opgemaakt op basis van de ramingen die berusten op dezelfde criteria. »

*Verantwoording.* — Er is vastgesteld dat, hoewel de wet tot op zekere hoogte de verplichting oplegt een begroting op te maken per verzekeringsinstelling, deze voorschriften niet worden nageleefd en dat tot op heden slechts één globale begroting is opgemaakt voor de gehele verzekering. Het is derhalve geboden in dit artikel 133 te bepalen dat de begrotingen over een jaar moeten worden opgemaakt per verzekeringsinstelling en voor een driejarig tijdvak.

Dit amendement wordt door de steller ervan ingetrokken ingevolge een door de regering op artikel 33 ingediend amendement.

#### Artikel 33.

De regering stelt voor dit artikel als volgt te amenderen :

« De tekst van dit artikel te vervangen door de volgende tekst :

» In artikel 133 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. (zoals in het ontwerp);

2. Een nieuw § 2 wordt ingevoegd, luidende als volgt :

Un commissaire demande s'il est possible de faire des prélèvements sur la réserve légale.

Le Ministre répond que cette possibilité est dès à présent prévue par la loi du 9 août 1963.

L'article 32, modifié par l'amendement du Gouvernement repris ci-dessus, est adopté à l'unanimité.

#### Article 32bis.

Un membre a déposé l'amendement suivant :

« Insérer un article 32bis, libellé comme suit :

» A l'article 133 de la même loi, sont apportées les modifications suivantes :

1. Au § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, la référence à l'article 8, 3°, et à l'article 12, 1°, est supprimée.

2. Au § 1<sup>er</sup> est ajouté un alinéa 3 rédigé comme suit :

« Les budgets, en ce compris les comptes des frais d'administration, présentés pour chacun des organismes assureurs par le Comité de gestion du service des soins de santé au Conseil général et par le Conseil général au Ministère de la Prévoyance sociale en vertu de l'article 12, 1°, et de l'article 8, 3°, sont également annuels et établis pour une période de trois ans. »

3. Au § 2, est ajouté un dernier alinéa, libellé comme suit :

« Les budgets de chacun des organismes assureurs, en ce compris les frais d'administration, visés au § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, sont établis sur base de prévisions fondées sur les mêmes critères. »

*Justification.* — Il a été constaté que, bien que dans une certaine mesure la loi prévoie l'obligation d'établir des budgets par organisme assureur, ces dispositions n'ont pas été respectées et que, jusqu'à présent, seul un budget global pour l'ensemble de l'assurance a été établi. Il serait donc nécessaire de préciser, à cet article 133, que les budgets doivent être établis annuellement par organisme assureur et pour une période de trois ans.

Cet amendement est retiré par son auteur à la suite du dépôt d'un amendement du Gouvernement à l'article 33.

#### Article 33.

Le Gouvernement propose d'amender cet article comme suit :

« Remplacer le texte de cet article par le texte suivant :

» A l'article 133 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

1. (comme dans le projet);

2. Il est inséré un nouveau § 2, libellé comme suit :

« § 2. Vooraleer de in artikel 12, 1°, bedoelde begroting op te maken, neemt het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging kennis van de daarop betrekking hebbende begrotingen, opgemaakt door iedere verzekeringsinstelling volgens de door het genoemde beheerscomité vastgestelde regelen. »

3. §§ 2, 3 en 4 worden respectievelijk vervangen door §§ 3, 4 en 5.

4. in § 4, worden de woorden « 50 en 53, vervangen door de woorden « en 50 ».

*Verantwoording.* — De begroting van de geneeskundige verzorgingsverzekering wordt opgemaakt op grond van de globale rekening en over de drie laatste gekende dienstjaren. De handelwijze vertoont het nadeel dat zij de financiële resultaten van iedere verzekeringsinstelling onvoldoende tot haar recht laat komen. Om die leemte te corrigeren wordt voorgesteld dat de begrotingen van iedere verzekeringsinstelling betreffende de geneeskundige verzorgingsverzekering door het beheerscomité onderzocht worden, vooraleer dit comité de begroting opmaakt. Aldus kan worden nagegaan of de Rijkstoelage van 27 % op bepaalde uitgavenvooruitzichten inzake geneeskundige verzorging zal volstaan om de ongelijkheid in de voorziene lasten te compenseren, en in welke mate eventueel een aanvullend beroep moet worden gedaan op herverdeling van een gedeelte van de opbrengst der bijdragen (zie commentaar bij het amendement op artikel 30 van het wetsontwerp).

Rekening houdend met het feit dat het grootste gedeelte van artikel 133 van de wet van 9 augustus 1968 het voorwerp uitmaakt van wijzigingen, wordt voorgesteld, als tekst van de Commissie, het geheel van het voornoemde artikel over te nemen, met de wijzigingen waarin is voorzien door dit ontwerp en het bovenvermelde amendement.

Het aldus gewijzigde artikel 33 wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 33bis.

Een lid heeft volgend amendement ingediend :

« Een artikel 33bis in te voegen, luidende :

» Aan dezelfde wet wordt een artikel 133bis toegevoegd, luidende :

» De financiële bepalingen, vervat in de artikelen 126 tot 133, zijn slechts van toepassing wanneer is voldaan aan de volgende voorwaarden :

» 1. De tarieven voor de terugbetaling en de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen moeten over het gehele land eenvormig worden toegepast.

» Op voorstel of op advies van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging stelt de Koning vast dat aan deze voorwaarde voldaan is.

» 2. De begrotingen en rekeningen moeten opgemaakt zijn overeenkomstig de voorschriften van artikel 133 ».

« § 2. Avant d'établir le budget prévu à l'article 12, 1°, le Comité de gestion du service des soins de santé prend connaissance des budgets y afférents, établis par chaque organisme assureur suivant les règles fixées par le Comité de gestion susvisé. »

3. Les §§ 2, 3 et 4 sont remplacés respectivement par les §§ 3, 4 et 5.

4. au § 4, les mots « 50 et 53 » sont remplacés par les mots « et 50 ».

*Justification.* — Le budget de l'assurance-soins de santé est établi sur base des comptes globaux relatif aux trois derniers exercices connus. Cette procédure présente l'inconvénient de ne pas mettre suffisamment en lumière les résultats financiers de chacun des organismes assureurs. En vue de remédier à cette lacune, il est proposé que les budgets de l'assurance-soins de santé, propres à chaque organisme assureur, soient examinés par le Comité de gestion avant que ce dernier établisse le budget global. Cette prescription permettra de vérifier si le subsidie de l'Etat de 27 % sur certaines prévisions de dépenses en matière de soins de santé suffira pour la compensation de l'inégalité des charges prévues, et dans quelle mesure il serait indiqué, éventuellement, d'avoir recours, à titre complémentaire, à la redistribution d'une partie des cotisations (voir le commentaire de l'amendement à l'article 30 du projet de loi).

Compte tenu du fait que la majeure partie de l'article 133 de la loi du 9 août 1968 fait l'objet de modifications, il est proposé de reprendre comme texte de la Commission l'ensemble de l'article précité, modifié par le projet en discussion et par l'amendement ci-dessus.

L'article 33, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

#### Article 33bis.

Un commissaire a déposé l'amendement suivant :

« Insérer un article 33bis, libellé comme suit :

» Il est ajouté à la même loi un article 133bis, rédigé comme suit :

» Les dispositions financières prévues aux articles 126 à 133 ne sont d'application que lorsqu'il est satisfait aux conditions suivantes :

» 1. les tarifs de remboursement et la nomenclature des prestations de santé doivent être appliqués d'une façon uniforme pour l'ensemble du pays.

» Le Roi, sur proposition ou avis du Comité de gestion du service des soins de santé, constate que cette condition est remplie.

» 2. Les budgets et comptes doivent avoir été établis conformément aux prescriptions de l'article 133 ».

*Verantwoording.* — Dit artikel 133*bis*, waarvan wij de toevoeging aan de wet van 9 augustus 1963 voorstellen, wil de verzekeringsinstellingen alleen dan aansprakelijk stellen indien de bepalingen van de artikelen 126 tot 132 integraal worden toegepast, d.w.z. dat zij alleen dan aansprakelijk zullen zijn ingeval de wet volledig wordt toegepast.

Daar de door de regering ingediende amendementen in ruime mate beantwoorden aan hetgeen in dit amendement wordt beoogd, wordt het door zijn auteur ingetrokken.

#### Artikel 34.

Dit artikel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 3 onthoudingen.

#### Artikel 35.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 36.

Dit artikel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 3 onthoudingen.

#### Artikelen 37 en 38.

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

#### Artikel 38*bis*.

De regering stelt voor een nieuw artikel 38*bis* in te voegen, dat luidt als volgt :

« De bepalingen van artikel 30 worden voor de eerste maal toegepast op de begroting van de geneeskundige verzorgingsverzekering over het dienstjaar 1970.

» De rekeningen van de geneeskundige verzorgingsverzekering over de dienstjaren 1967 tot en met 1969 worden door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging aangepast, rekening houdende met de verdelingsregelen, waarin is voorzien bij artikel 123, § 1, eerste lid, van de voormelde wet van 9 augustus 1963. Het percentage van ten hoogste 10 %, bestemd voor verdeling overeenkomstig de in artikel 123, § 1, eerste lid, 3°, van dezelfde wet bepaalde regelen, wordt door de Koning vastgesteld.

» De aldus aangepaste rekeningen worden aan de Minister van Sociale Voorzorg ter goedkeuring voorgelegd, overeenkomstig het bepaalde van artikel 8, 2°, van de voormelde wet van 9 augustus 1963.

» Die aanpassing heeft evenwel geen gevolgen ten aanzien van de bedragen van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot de dienstjaren 1967 tot en met 1969. »

*Justification.* — Cet article 133*bis* que nous nous proposons d'ajouter à la loi du 9 août 1963 a pour but de n'imposer la responsabilité financière aux organismes assureurs qu'à la condition que toutes les dispositions reprises aux articles 126 à 132 soient intégralement appliquées, c'est-à-dire que la responsabilité ne peut leur être imputée que dans le cas de la pleine application de la loi. »

Comme les amendements présentés par le Gouvernement correspondent dans une large mesure à l'objectif visé par le présent amendement, l'auteur de ce dernier retire son texte.

#### Article 34.

Cet article est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

#### Article 35.

Cet article est adopté à l'unanimité.

#### Article 36.

Cet article est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

#### Articles 37 et 38.

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

#### Article 38*bis*.

Le Gouvernement propose d'insérer un article 38*bis* (nouveau), libellé comme suit :

« Les dispositions de l'article 30 sont appliquées pour la première fois au budget de l'assurance-soins de santé de l'exercice 1970.

» Les comptes de l'assurance soins de santé des années 1967 à 1969 seront adaptés par le Comité gestion du Service des soins de santé en tenant compte des règles de répartition, prévues à l'article 123, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 9 août 1963 précitée. Le pourcentage des cotisations de 10 % au maximum, destiné à être réparti selon les règles définies à l'article 123, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la même loi, est déterminé par le Roi.

» Les comptes ainsi adaptés seront soumis pour approbation au Ministre de la Prévoyance sociale, conformément aux dispositions de l'article 8, 2°, de la loi du 9 août 1963 précitée.

» Cette adaptation n'aura cependant pas d'effet sur les montants des frais d'administration des organismes assureurs, relatifs aux années 1967 à 1969. »

*Verantwoording.* — Dit amendement voert een overgangsbepaling in met betrekking tot de toepassing van artikel 30 van het wetsontwerp (zie commentaar bij het amendement op dit artikel). Het voormelde artikel 30 kan eerst integraal worden toegepast bij het opmaken van de begroting over het dienstjaar 1970.

Niettemin is het noodzakelijk er voor te zorgen dat de verdelingsregelen, die het voorwerp uitmaken van artikel 30, uitwerking verkrijgen ten aanzien van de rekeningen van de dienstjaren 1967 - 1969.

Dit nieuw artikel wordt eenparig aangenomen.

#### Artikel 39.

De Regering stelt voor de tweede zin van dit artikel te schrappen, hetgeen wordt aangenomen.

Het aldus gewijzigd artikel wordt eenparig aangenomen.

••

Het gehele ontwerp wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

Dit verslag is goedgekeurd met algemene stemmen bij 1 onthouding.

*De Verslaggever,*  
G. PEDE.

*De Voorzitter,*  
M. REMSON.

*Justification.* — Cet amendement comporte une disposition transitoire, se rapportant à l'adaptation de l'article 30 du projet de loi (voir le commentaire de l'amendement à cet article). L'article 30 précité ne pourra être appliqué intégralement qu'à partir de l'établissement du budget de l'année 1970.

Il est cependant nécessaire de faire en sorte que les règles de répartition, faisant l'objet de l'article 30, puissent produire leurs effets sur les comptes des années 1967 - 1969.

L'article 38bis (nouveau) est adopté à l'unanimité.

#### Article 39.

Le Gouvernement propose de supprimer la deuxième phrase de cet article, ce qui est accepté.

L'article ainsi modifié est adopté à l'unanimité.

••

L'ensemble du projet de loi a été adopté par 10 voix et 1 abstention.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des voix moins 1 abstention.

*Le Rapporteur,*  
G. PEDE.

*Le Président,*  
M. REMSON.

TEKST VOORGEDRAGEN  
DOOR DE COMMISSIE.

ART. 1 (nieuw).

In artikel 2, f), van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, worden de woorden « 1° tot en met 9° » vervangen door de woorden « 1° tot en met 9°, en 13° ».

ART. 2 (nieuw).

In artikel 21, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. in 10°, worden de woorden « 1° tot en met 9° » vervangen door de woorden « 1° tot en met 9°, en 13° »;
2. in 11°, worden de woorden « 1° tot en met 8° » vervangen door de woorden « 1° tot en met 8°, en 13° ».

ART. 3.

In artikel 22 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. in het eerste lid, worden de woorden « gemotiveerd en » geschrapt;
2. het eerste lid, 2°, wordt vervangen door de volgende bepaling :  
« 2° tot de leden van de geestelijkheid en van de kloostergemeenschappen; »
3. het eerste lid, 4°, wordt vervangen door de volgende bepaling :  
« 4° tot de dienstboden op dewelke het koninklijk besluit n° 50 van 24 oktober 1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers toepasselijk is; »
4. het eerste lid, 5°, wordt vervangen door de volgende bepaling :  
« 5° tot de personen die wegens hun gezondheids-toestand ongeschikt zijn erkend tot het verrichten van arbeid ter verkrijging van inkomen; »
5. het eerste lid, 6°, wordt vervangen door de volgende bepaling :  
« 6° tot de studenten die onderwijs van het derde niveau volgen bij een instelling voor dagonderwijs. De Koning bepaalt de verplichtingen waaraan die onderwijsinstellingen moeten voldoen om de opsporing van de verzekeringsverplichtingen mogelijk te maken; »
6. het eerste lid wordt aangevuld als volgt :

TEXTE PRESENTE  
PAR LA COMMISSION.

ART. 1<sup>er</sup> (nouveau).

A l'article 2, f), de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les mots « 1° à 9° » sont remplacés par les mots « 1° à 9°, et 13° ».

ART. 2 (nouveau).

A l'article 21, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, sont apportées les modifications suivantes :

1. au 10°, les mots « 1° à 9° » sont remplacés par les mots « 1° à 9°, et 13° »;
2. au 11°, les mots « 1° à 8° » sont remplacés par les mots « 1° à 8°, et 13° ».

ART. 3.

A l'article 22 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

1. à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « motivé et » sont supprimés;
2. l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, est remplacé par la disposition suivante :  
« 2° aux membres du clergé et des communautés religieuses; »
3. l'alinéa 1<sup>er</sup>, 4°, est remplacé par la disposition suivante :  
« 4° aux travailleurs domestiques auxquels l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés est applicable; »
4. l'alinéa 1<sup>er</sup>, 5° est remplacé par la disposition suivante :  
« 5° aux personnes qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif; »
5. le premier alinéa, 6°, est remplacé par la disposition suivante :  
« 6° aux étudiants qui fréquentent l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour. Le Roi détermine les obligations que ces établissements doivent remplir pour rendre possible le dépistage des assujettis; »
6. l'alinéa 1<sup>er</sup> est complété comme suit :

« 7° tot de personen die niet onder 1° tot en met 6° zijn genoemd en in België hun verblijfplaats hebben; »

7. de Nederlandse tekst van het tweede lid, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Dit besluit kan te dien einde de bepalingen van deze wet aanpassen, in het bijzonder wat de samenstelling van de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van het beheerscomité betreft. Het kan ook de wijzen van berekening en van inning van de bijdragen vaststellen. »

#### ART. 4.

In artikel 25 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. in § 1, eerste lid, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, worden de woorden « voortdurende ongeschiktheids- en » evenals de woorden « en 53 » geschrapt;

2. in § 2, eerste lid, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, worden de woorden « voortdurende ongeschiktheids- en » geschrapt en worden de woorden « in de artikelen 50 en 53 » vervangen door « in artikel 53 »;

3. in § 2, tweede lid, worden de woorden « van een uitkering wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid of » geschrapt.

#### ART. 5.

In artikel 29, § 6, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, worden de woorden « van een uitkering wegens de voortdurende arbeidsongeschiktheid of » geschrapt en worden de woorden « in de artikelen 50 en 53 » vervangen door « in artikel 50 ».

#### ART. 6.

In artikel 32, § 2, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, worden de woorden « voortdurende ongeschiktheids- of » geschrapt en worden de woorden « in de artikelen 50 en 53 » vervangen door « in artikel 50 ».

#### ART. 7.

In artikel 33, § 5, vierde lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en 8 april 1965, worden de woorden « uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid of invaliditeit die respectievelijk bedoeld zijn in de artikelen 21, 9°, 13°, 7° en 8°, 50 en 53 », vervangen door de woorden « invaliditeitsuitkeringen die respectievelijk bedoeld zijn in de artikelen 21, 9°, 13°, 7° en 8°, en 50 ».

« 7° aux personnes autres que celles énumérées aux 1° à 6° et qui ont leur résidence en Belgique; »

7. le texte néerlandais de l'alinéa 2, modifié par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dit besluit kan te dien einde de bepalingen van deze wet aanpassen, in het bijzonder wat de samenstelling van de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van het beheerscomité betreft. Het kan ook de wijzen van berekening en van inning van de bijdragen vaststellen. »

#### ART. 4.

A l'article 25 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

1. au § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, modifié par la loi du 8 avril 1965, les mots « d'incapacité prolongée et » sont supprimés et les mots « 50 et 53 » sont remplacés par les mots « et 50 »;

2. au § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, modifié par la loi du 8 avril 1965, les mots « d'incapacité prolongée et » sont supprimés et les mots « aux articles 50 et 53 » sont remplacés par les mots « à l'article 53 »;

3. au § 2, alinéa 2, les mots « d'incapacité prolongée et » sont supprimés.

#### ART. 5.

A l'article 29, § 6, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, les mots « d'incapacité prolongée ou » sont supprimés et les mots « aux articles 50 et 53 », sont remplacés par les mots « à l'article 50 ».

#### ART. 6.

A l'article 32, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, les mots « d'incapacité prolongée ou » sont supprimés et les mots « aux articles 50 et 53 » sont remplacés par les mots « à l'article 50 ».

#### ART. 7.

A l'article 33, § 5, alinéa 4, de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965, les mots « d'incapacité prolongée ou d'invalidité visés respectivement aux articles 21, 9°, 13°, 7° et 8°, 50 et 53 », sont remplacés par les mots « d'indemnités d'invalidité visés respectivement aux articles 21, 9°, 13°, 7° et 8°, et 50 ».

## ART. 8.

In titel III, hoofdstuk IV, van dezelfde wet, wordt een nieuwe afdeling *1quater* ingelast, die als volgt luidt :

« Afdeling *1quater*. — Sociaal statuut van de geneesheren, tandheelkundigen en apothekers.

» *Artikel 34quinquies*. — De Koning kan, op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen of van de Bestendige commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen, een regeling van sociale voordelen invoeren voor de geneesheren of tandheelkundigen die een verbintenis aangaan, of voor de apothekers die tot de hen betreffende overeenkomst toetreden.

» Deze voordelen kunnen onder meer bestaan in een aandeel van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering in de premies of bijdragen die door de betrokken geneesheren, tandheelkundigen of apothekers worden gestort, in uitvoering van verzekeringscontracten die bij invaliditeit, rust of overlijden, renten of pensioenen waarborgen.

» Deze verzekeringscontracten kunnen worden afgesloten met elke daartoe wettelijk bevoegde openbare of private instelling, met uitzondering van de ziekenfondsen en verbonden van ziekenfondsen, erkend overeenkomstig de wet van 23 juni 1894 houdende herziening van de wet van 3 april 1851 op de maatschappijen van onderlinge bijstand, of, wat betreft de rust- en overlijdensverzekering, met een pensioenkas, opgericht op het initiatief van een of meer representatieve organisaties van het geneesherenkorp, van de tandheelkundigen of van de apothekers, voor zover zij door de Koning werd erkend.

» De Koning stelt de voorwaarden voor de erkenning vast, die inzonderheid betrekking hebben op de juridische vorm van de pensioenkas, op het minimum aantal contracterenden en de minimumduur van hun stortingen, op de wachttijd die het recht op pensioen moet voorafgaan, op de verplichtingen van de contracterenden over een tijdvak gedurende hetwelk zij geen verbintenis meer zouden aangegaan hebben of tot geen overeenkomst meer zouden toegetreden zijn, evenals op de door de pensioenkas na te komen verplichtingen ingeval van intrekking van de erkenning. »

## ART. 9.

In artikel 40 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. het 2° wordt vervangen door de volgende bepaling :

« 2° stelt de Koning het bedrag voor van de bijdragen tot financiering van de uitgaven gemoeid met het betalen van :

## ART. 8.

Il est inséré au titre III, chapitre IV, de la même loi, une nouvelle section *1quater*, rédigée comme suit :

« Section *1quater*. — Du statut social des médecins, des praticiens de l'art dentaire et des pharmaciens.

» *Article 34quinquies*. — Le Roi peut, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, de la Commission nationale dento-mutualiste ou de la Commission permanente chargée de négocier et de conclure la convention nationale entre les pharmaciens et les organismes assureurs, instituer un régime d'avantages sociaux pour les médecins ou les praticiens de l'art dentaire qui souscrivent un engagement, ou pour les pharmaciens qui adhèrent à la convention qui les concerne.

» Ces avantages peuvent consister notamment en une participation de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité dans les primes ou cotisations versées par les médecins, praticiens de l'art dentaire ou pharmaciens concernés, en exécution de contrats d'assurances garantissant des rentes ou des pensions en cas d'invalidité, de retraite ou de décès.

» Ces contrats d'assurances peuvent être conclus avec toute institution publique ou privée légalement habilitée à cet effet, à l'exclusion des sociétés et fédérations mutualistes, reconnues au sens de la loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes, ou, en ce qui concerne l'assurance-retraite et l'assurance-décès, avec une caisse de pensions, créée à l'initiative d'une ou de plusieurs organisations représentatives du corps médical, des praticiens de l'art dentaire ou des pharmaciens, pour autant qu'elle ait été agréée par le Roi.

» Le Roi détermine les conditions de l'agrément, portant notamment sur la forme juridique de la caisse de pensions, sur le nombre minimum de contractants et la durée minimum de leurs versements, sur la période de stage devant précéder le droit aux pensions, sur les obligations des contractants relatives à une période au cours de laquelle ils n'auraient plus souscrit d'engagement ou adhéré à une convention, ainsi que sur les obligations à remplir par la caisse de pensions en cas de retrait de l'agrément. »

## ART. 9.

A l'article 40 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, sont apportées les modifications suivantes :

1. le 2° est remplacé par la disposition suivante :

« 2° propose au Roi le montant des cotisations destinées à financer les dépenses résultant du paiement :

» a) de invaliditeitsuitkeringen ten belope van 50 t.h. gedurende het tweede en het derde jaar ongeschiktheid en ten belope van 5 t.h. vanaf het vierde jaar ongeschiktheid;

» b) de uitkeringen voor begrafenkosten ten belope van 5 t.h.; »

2. het 8° wordt door de volgende bepaling vervangen :

« 8° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op van de uitkeringsverzekering; deze begroting en deze rekeningen behelzen afzonderlijk de uitkeringen wegens primaire ongeschiktheid en de invaliditeitsuitkeringen, omgeslagen volgens het onderscheid dat gemaakt wordt in artikel 121, 4° en 5°; aparte ramingen worden opgemaakt voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor de uitkeringen voor begrafenkosten; »

3. in 11°, a, worden de woorden « op uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid » geschrapt;

4. de volgende bepaling wordt aan artikel 40 toegevoegd :

« 17° gaat op eensluidend advies van het comité van de Dienst voor geneeskundige controle, over tot de erkenning en de intrekking van de erkenning van de door een of meer werkgevers georganiseerde diensten voor geneeskundige controle, zoals bedoeld in artikel 48bis. »

#### ART. 10.

In artikel 42 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. in 1° worden de woorden « bij de artikelen 51 en 54 van deze wet » vervangen door de woorden « bij artikel 51 »;

2. in 2° worden de woorden « van voortdurende arbeidsongeschiktheid of » geschrapt;

3. er wordt een nieuw tweede lid ingevoegd, luidend als volgt :

« De Koning bepaalt onder welke voorwaarden de bevoegdheid tot beslissen over de staat van invaliditeit of de bevoegdheid om van deze beslissing kennis te geven kan worden uitgeoefend door één of meer geneesheren, leden van de hoge commissie of van de gewestelijke commissie. De bevoegdheid tot beslissen mag in geen geval uitsluitend worden uitgeoefend door geneesheren die tewerkgesteld zijn door de verzekeringsinstelling waarbij de betrokken gerechtigde is aangesloten of ingeschreven. »

#### ART. 11.

In artikel 46 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht :

» a) des indemnités d'invalidité à concurrence de 50 p.c. durant la deuxième et la troisième année d'incapacité et à concurrence de 5 p.c. à partir de la quatrième année d'incapacité;

» b) des allocations pour frais funéraires à concurrence de 5 p.c.; »

2. le 8° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° arrête les comptes et établit le budget de l'assurance-indemnités; ce budget et ces comptes comprennent séparément les indemnités d'incapacité primaire et les indemnités d'invalidité, ventilées selon les distinctions prévues à l'article 121, 4° et 5°; des prévisions distinctes sont établies pour les indemnités d'incapacité de travail et pour l'allocation pour frais funéraires; »

3. au 11°, a, les mots « aux indemnités d'incapacité prolongée » sont supprimés;

4. la disposition suivante est ajoutée à l'article 40 :

« 17° procède, sur avis conforme du comité du Service du contrôle médical, à l'agrégation et au retrait de l'agrégation des services de contrôle médical organisés par un ou plusieurs employeurs et visés à l'article 48bis. »

#### ART. 10.

A l'article 42 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

1. au 1°, les mots « aux articles 51 et 54 de la présente loi » sont remplacés par les mots « à l'article 51 »;

2. au 2°, les mots « d'incapacité prolongée ou » sont supprimés;

3. il est inséré un alinéa 2 nouveau, rédigé comme suit :

« Le Roi détermine les conditions dans lesquelles le pouvoir de décision relatif à l'état d'invalidité ou le pouvoir de notifier cette décision peut être exercé par un ou plusieurs médecins, membres de la commission supérieure ou de la commission régionale. Le pouvoir de décision ne peut, en aucun cas, être exercé exclusivement par des médecins occupés par l'organisme assureur auquel le titulaire intéressé est affilié ou inscrit. »

#### ART. 11.

A l'article 46 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

1. het eerste lid wordt met de volgende bepaling aangevuld :

« Deze maxima zijn ook van toepassing wanneer de gerechtigde bij meer dan één werkgever is tewerkgesteld. »

2. het derde lid wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Voor de gerechtigden die aanspraak hebben op het aan de mijnwerkers en de ermede gelijkgestelden toegekende invaliditeitspensioen loopt het recht op primaire ongeschiktheidsuitkering af op het einde van de zesde maand arbeidsongeschiktheid. Evenwel worden de rechten van de werknemers over de eerste zes maanden die op het hiervoren bepaalde tijdvak volgen, door de Koning vastgesteld. De Koning bepaalt eveneens de modaliteiten volgens welke de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid wordt verlengd of ingekort tot op het einde van een kalendermaand. »

#### ART. 12.

Artikel 47 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« *Artikel 47.* — Het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt de regelen volgens welke en de termijnen waarin de gerechtigde de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling kennis moet geven van elke arbeidsongeschiktheid.

» Het bepaalt eveneens de regelen, die met het oog op de verlenging van een tijdvak van erkende arbeidsongeschiktheid in acht moeten worden genomen.

» Het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt op welke dag het recht op uitkeringen een aanvang neemt wanneer de gerechtigde niet binnen de gestelde termijnen, de krachtens dit artikel opgelegde kennisgevingen of aanvragen indient. »

#### ART. 13.

Artikel 47bis, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« *Artikel 47bis.* — Het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt de voorwaarden waaronder aan de gerechtigde die binnen een vastgestelde periode herhaaldelijk getuigschriften of verklaringen van arbeidsongeschiktheid heeft ingeleverd, verplichtingen kunnen worden opgelegd die afwijken van degene die krachtens artikel 47 zijn vastgesteld. Het bepaalt eveneens op welke dag het recht op uitkeringen ingaat in geval die verplichtingen niet worden nageleefd. »

#### ART. 14.

Artikel 48 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

1. L'alinéa 1<sup>er</sup> est complété par la disposition suivante :

« Ces maxima sont également applicables lorsque le titulaire est occupé par plusieurs employeurs. »

2. L'alinéa 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour les travailleurs qui peuvent prétendre à la pension d'invalidité accordée aux ouvriers mineurs et assimilés, le droit à l'indemnité d'incapacité primaire expire à la fin du sixième mois d'incapacité de travail. Toutefois, les droits de ces travailleurs pendant les six premiers mois qui suivent la période fixée ci-dessus sont déterminés par le Roi. Le Roi détermine également les modalités suivant lesquelles le sixième mois de l'incapacité de travail est prolongé ou écourté jusqu'à la fin d'un mois civil. »

#### ART. 12.

L'article 47 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Article 47.* — Le comité de gestion du Service des indemnités fixe les règles et les délais suivant lesquels le titulaire avise le médecin-conseil de son organisme assureur de toute incapacité de travail.

» Il fixe également les règles qui doivent être observées en vue de la prolongation d'une période d'incapacité de travail reconnue.

» Le comité de gestion du Service des indemnités détermine le jour où le droit aux indemnités prend cours lorsque le titulaire n'introduit pas dans les délais fixés les avis ou les demandes qui lui sont imposés en vertu du présent article. »

#### ART. 13.

L'article 47bis de la même loi, inséré par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Article 47bis.* — Le comité de gestion du Service des indemnités détermine les conditions dans lesquelles le titulaire qui a remis à diverses reprises des certificats ou des déclarations d'incapacité de travail dans une période déterminée peut être soumis à des obligations dérogeant à celles visées à l'article 47. Il détermine également le jour où le droit aux indemnités prend cours lorsque ces obligations ne sont pas respectées. »

#### ART. 14.

L'article 48 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Artikel 48.* — Onverminderd de bepalingen van artikel 48bis, stelt de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de in artikel 56 bedoelde staat van primaire arbeidsongeschiktheid vast, stelt hij de duur ervan vast, en geeft hij kennis van zijn beslissing, onder de voorwaarden en binnen de termijnen die door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zijn bepaald.

» De gerechtigde die zich wegens zijn gezondheids-toestand niet kan begeven naar de plaats van de controlezitting, wordt, op verzoek van de adviserend geneesheer, onderzocht door de geneesheer-inspecteur aangewezen door de Dienst voor geneeskundige controle. Die geneesheer-inspecteur neemt in dat geval de beslissing over de staat van arbeidsongeschiktheid en geeft daarvan kennis aan de gerechtigde en aan de adviserend geneesheer, onder de voorwaarden en binnen de termijnen die zijn bepaald door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen. »

#### ART. 13.

Een artikel 48bis, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd :

« *Artikel 48bis.* — Wanneer een of meer werkgevers diensten organiseren met het oog op de geneeskundige controle van hun werknemers tijdens een periode waarvoor de betaling van een loon verschuldigd is, kan de Koning de voorwaarden bepalen waaronder deze diensten erkend kunnen worden om de staat van arbeidsongeschiktheid vast te stellen voor een tewerkgestelde gerechtigde wiens werkgever op die diensten een beroep doet. De modaliteiten van deze vaststelling, welke betrekking heeft op de aanvangsperiode die aanleiding kan geven tot het verlenen van ongeschiktheidsuitkeringen, worden bepaald door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

» De verzekeringsinstellingen zijn door de beslissing van de erkende diensten voor geneeskundige controle gebonden, tot wanneer de adviserend geneesheer of de geneesheer-inspecteur, volgens de door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen te bepalen regelen en termijnen, een andere beslissing neemt inzake de staat van arbeidsongeschiktheid. »

#### ART. 16

Het opschrift van afdeling 2 van het hoofdstuk III van titel IV van dezelfde wet, wordt vervangen door het volgende opschrift :

« *Afdeling 2.* — Invaliditeitsuitkering. »

#### ART. 17.

Artikel 50, eerste tot en met vierde lid, van dezelfde wet, wordt door de volgende bepalingen vervangen :

« *Artikel 50.* — Duurt de arbeidsongeschiktheid voort na het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, dan wordt over elke werkdag van de arbeidsongeschiktheid, een zogenaamde « invaliditeitsuitkering » betaald.

« *Article 48.* — Sans préjudice des dispositions de l'article 48bis, le médecin-conseil de l'organisme assureur constate l'état d'incapacité primaire prévu à l'article 56, en fixe la durée et notifie sa décision dans les conditions et délais prévus par le comité de gestion du Service des indemnités.

» Le titulaire qui, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer au lieu où se tient la séance de contrôle, est examiné, à la demande du médecin-conseil, par le médecin-inspecteur désigné par le Service du contrôle médical. Le médecin-inspecteur prend dans ce cas la décision sur l'état d'incapacité de travail et la notifie au titulaire et au médecin-conseil, dans les conditions et délais fixés par le comité de gestion du Service des indemnités. »

#### ART. 13.

Un article 48bis, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« *Article 48bis.* — Lorsque un ou plusieurs employeurs organisent des services en vue du contrôle médical de leurs travailleurs durant une période pour laquelle le paiement d'une rémunération est dû, le Roi peut fixer les conditions dans lesquelles ces services peuvent être agréés en vue de constater l'incapacité de travail des titulaires occupés par les employeurs qui font appel à ces services. Les modalités de cette constatation à l'octroi des indemnités d'incapacité, sont fixées par le comité de gestion du Service des indemnités.

» Les organismes assureurs sont liés par la décision des services de contrôle médical agréés, jusqu'au moment où le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur, suivant les règles et dans les délais fixés par le comité de gestion du Service des indemnités, prend une autre décision en ce qui concerne l'état d'incapacité de travail. »

#### ART. 16

L'intitulé de la section 2 du chapitre III du titre IV de la même loi, est remplacé par l'intitulé suivant :

« *Section 2.* — De l'indemnité d'invalidité. »

#### ART. 17.

L'article 50, alinéas 1<sup>er</sup> à 4, de la même loi, est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Article 50.* — Lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période d'incapacité primaire, il est payé pour chaque jour ouvrable de l'incapacité de travail, une indemnité dite « indemnité d'invalidité ».

» Indien de gerechtigde niet langer in een staat van invaliditeit is als bedoeld in artikel 56, over een tijdvak van minder dan drie maanden, onderbreekt dat tijdvak waarover geen uitkeringen worden betaald, de loop van het tijdvak van invaliditeit niet.

» De invaliditeitsuitkering wordt niet betaald aan de gerechtigden die aanspraak hebben op het aan de mijnwerkers en de ermede gelijkgestelden toegekende invaliditeitspensioen.

» De Koning bepaalt, na advies van het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, de hoegrootheid en het maximumbedrag van de invaliditeitsuitkering alsmede het minimumbedrag van de invaliditeitsuitkering toe te kennen aan regelmatige werknemers. »

#### ART. 18.

Artikel 51 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« *Artikel 51.* — De Geneeskundige Raad voor invaliditeit stelt, overeenkomstig de bepalingen van artikel 42, op basis van een door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling opgemaakt verslag, de staat van invaliditeit als bedoeld in artikel 56 vast en bepaalt de duur ervan.

» De adviserend geneesheer en de geneesheer-inspecteur, als hij de gerechtigde op verzoek van de adviserend geneesheer onderzoekt, kunnen echter het einde van de staat van invaliditeit vaststellen en, ingeval de staat van arbeidsongeschiktheid opnieuw optreedt binnen drie maanden na het einde van een invaliditeitsvak, dit wederoptreden ontkennen of voor een beperkte, door de Koning vastgestelde periode, erkennen. In die gevallen geven zij kennis van hun beslissing onder de voorwaarden en binnen de termijnen door de Koning vastgesteld.

» De beslissingen van de adviserend geneesheer, van de geneesheer-inspecteur of van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit, waarbij het einde van de staat van invaliditeit wordt vastgesteld, hebben geen terugwerkende kracht. »

#### ART. 19.

Artikel 52 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« *Artikel 52.* — De Koning stelt de nadere regelen vast terzake van de erkenning en de verlenging van de staat van invaliditeit.

» De bepalingen van de artikelen 47, eerste en derde lid, en 47bis zijn ook toepasselijk in geval de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt binnen drie maanden na het ophouden van de staat van invaliditeit. »

» Si le titulaire cesse d'être en état d'invalidité au sens de l'article 56, pendant une période comptant moins de trois mois, cette période non indemnisée n'interrompt pas le cours de la période d'invalidité.

» L'indemnité d'invalidité n'est pas payée aux titulaires qui peuvent prétendre à la pension d'invalidité accordée aux ouvriers mineurs et assimilés.

» Le Roi fixe, après avis du comité de gestion du Service des indemnités, le taux et le montant maximum de l'indemnité d'invalidité, ainsi que le montant minimum de l'indemnité d'invalidité accordée aux travailleurs réguliers. »

#### ART. 18.

L'article 51 de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Article 51.* — Conformément aux dispositions de l'article 42, le Conseil médical de l'invalidité constate, sur base d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, l'état d'invalidité au sens de l'article 56 et en fixe la durée.

» Toutefois, le médecin-conseil, et le médecin-inspecteur lorsqu'il examine le titulaire à la demande du médecin-conseil, peuvent constater la fin de l'état d'invalidité et, en cas de reprise de l'état d'incapacité de travail dans les trois mois suivant la fin d'une période d'invalidité, dénier cette reprise ou la reconnaître pour une période limitée, fixée par le Roi. Dans ces cas, ils notifient leur décision dans les conditions et délais fixés par le Roi.

» Les décisions du médecin-conseil, du médecin-inspecteur ou du Conseil médical de l'invalidité portant constatation de la fin de l'état d'invalidité n'ont pas d'effet rétroactif. »

#### ART. 19.

L'article 52 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Article 52.* — Le Roi fixe les modalités relatives à la reconnaissance et à la prolongation de l'état d'invalidité.

» Les dispositions des articles 47, alinéas 1<sup>er</sup> et 3, et 47bis sont également applicables dans les cas où la reprise de l'état d'incapacité de travail intervient dans les trois mois après la cessation de l'état d'invalidité. »

## ART. 20.

In artikel 56, § 1, vierde lid, van dezelfde wet, worden de woorden « in een van de in artikel 31, § 2, bedoelde inrichtingen » vervangen door de woorden « in een door de Minister van Volksgezondheid erkende verplegingsinrichting ».

## ART. 21.

Artikel 57 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Artikel 57. — § 1. Geen aanspraak op uitkeringen heeft de werknemer :

» 1° voor de periode waarvoor hij recht heeft op loon. Het begrip loon wordt bepaald bij artikel 2 van de wet van 12 april 1965 betreffende de bescherming van het loon der werknemers.

» Evenwel kan de Koning het aldus bepaalde begrip uitbreiden of beperken;

» 2° voor de periode gedekt door het vacantiégeld. De Koning bepaalt wat dient verstaan te worden onder « periode gedekt door het vacantiégeld »;

» 3° voor de periode waarvoor hij aanspraak kan maken op de vergoeding, verschuldigd wegens beëindiging van de arbeidsovereenkomst;

» 4° voor de periode waarvoor hij een vergoeding ontvangt, die hem is gewaarborgd door een Belgische of buitenlandse wet, wegens tijdelijke of definitieve stopzetting van zijn gewone beroepsactiviteit, die schadelijk is of dreigt te worden voor zijn gezondheid;

» § 2. In afwijking van het in § 1 bepaalde kan de Koning, onder de voorwaarden die hij vaststelt, toelaten dat de werknemer uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid geniet, wanneer hij recht heeft op één van de in § 1 opgesomde voordelen of in afwachting dat hij één van die voordelen ontvangt. »

## ART. 22.

Artikel 58 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Artikel 58. — De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen worden toegekend :

» 1° wanneer zij in de loop van de arbeidsongeschiktheid samen gaan genoten worden met een beroepsinkomen;

» 2° wanneer zij samen genoten worden met een tegemoetkoming bij toepassing van de wetten betreffende de gebrekkigen en verminkten, samengeordend bij koninklijk besluit van 3 februari 1961. »

## ART. 20.

A l'article 56, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la même loi, les mots « dans un des établissements visés à l'article 31, § 2 » sont remplacés par les mots « dans un établissement hospitalier agréé par le Ministre de la Santé publique ».

## ART. 21.

L'article 57 de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 57. — § 1<sup>er</sup>. Le travailleur ne peut prétendre aux indemnités :

» 1° pour la période pour laquelle il a droit à une rémunération. La notion de rémunération est déterminée par l'article 2 de la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs.

» Toutefois, le Roi peut étendre ou limiter la notion ainsi définie;

» 2° pour la période couverte par le pécule de vacances. Le Roi détermine ce qu'il y a lieu d'entendre par « période couverte par le pécule de vacances »;

» 3° pour la période pour laquelle il peut prétendre à l'indemnité due pour rupture de contrat de louage de travail;

» 4° pour la période pendant laquelle il reçoit une indemnité garantie par une loi belge ou étrangère pour interruption temporaire ou définitive de son activité professionnelle habituelle, qui est ou risque d'être nuisible à sa santé;

» § 2. Par dérogation aux dispositions du § 1<sup>er</sup>, le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser le travailleur à bénéficier des indemnités d'incapacité de travail, lorsqu'il a droit à l'un des avantages énumérés au § 1<sup>er</sup> ou en attendant qu'il reçoive un de ces avantages. »

## ART. 22.

L'article 58 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 58. — Le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées :

» 1° lorsque, au cours de l'incapacité de travail, elles viennent à être cumulées avec un revenu professionnel;

» 2° lorsqu'elles sont cumulées avec une allocation accordée en application des lois relatives aux estropiés et mutilés, coordonnées par l'arrêté royal du 3 février 1961. »

## ART. 23.

Een artikel 58bis, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd :

« *Artikel 58bis.* — De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toegekend worden, wanneer de gerechtigde die geen personen ten laste heeft in de zin van artikel 50, laatste lid, hetzij in een gevangenis is opgesloten of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd, hetzij in een gesloten psychiatrische instelling is opgenomen of in een bedelaarstehuis is geplaatst. »

## ART. 24.

Een artikel 58ter, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd :

« *Artikel 58ter.* — De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toegekend worden, wanneer de gerechtigde weigert zich te onderwerpen aan hem door de bevoegde geneesheer of instelling voorgestelde maatregelen inzake reclassering, revalidatie of vakherscholing. »

## ART. 25.

Artikel 60 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« *Artikel 60.* — De uitkeringen worden aan de gerechtigde onttrokken :

1° vanaf de eerste dag van de maand na die waarin de mannelijke gerechtigde 65 jaar en de vrouwelijke gerechtigde 60 jaar worden;

2° vanaf de eerste dag van de tweede maand na die waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen, wanneer het een gerechtigde betreft die verder werkzaam is geweest na de in 1° hiervoren bedoelde leeftijd;

3° vanaf de eerste dag van de maand na die waarin hij uit welken hoofde ook aanspraken kan doen gelden op een ouderdoms-, een rust-, een anciënniteitspensioen of op een ander welk als dergelijk pensioen geldend voordeel, toegekend hetzij door een Belgische of een buitenlandse instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut. Nochtans kan de Koning bepalen in welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen kunnen worden gecumuleerd met een van de hierboven bedoelde pensioenen of voordelen. »

ART. 26 (*nieuw*).

Artikel 67 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

» Onverminderd het bij artikel 75 bepaalde, stelt de Koning vast onder welke voorwaarden :

## ART. 23.

Un article 58bis, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« *Article 58bis.* — Le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées, lorsque le titulaire qui n'a pas de personnes à charge au sens de l'article 50, dernier alinéa, est, soit détenu en prison ou interné dans un établissement de défense sociale, soit placé dans un établissement psychiatrique fermé ou dans un dépôt de mendicité. »

## ART. 24.

Un article 58ter, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« *Article 58ter.* — Le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées lorsque le titulaire refuse de se soumettre à des mesures de réadaptation et de rééducation fonctionnelle ou professionnelle qui lui sont proposées par le médecin ou l'organe compétent. »

## ART. 25.

L'article 60 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Article 60.* — Les indemnités sont refusées au titulaire :

1° à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il atteint l'âge de 65 ans s'il s'agit d'un homme, et de 60 ans, s'il s'agit d'une femme;

2° à partir du premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel l'incapacité de travail a débuté, lorsqu'il s'agit d'un titulaire ayant continué à travailler après l'âge prévu au 1° ci-dessus;

3° à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il peut faire valoir ses droits à quelque titre que ce soit à une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou à tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordée soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique. Le Roi peut toutefois déterminer dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités peuvent être accordées lorsqu'elles sont cumulées avec une telle pension ou un tel avantage. »

ART. 26 (*nouveau*).

L'article 67 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

» Sans préjudice des dispositions de l'article 75, le Roi détermine dans quelles conditions :

1° de in artikel 66, § 1, bedoelde gerechtigden, voor henzelf en voor de personen te hunnen laste, het recht behouden op prestaties tot op het einde van het kwartaal na dat waarin zij hun wachttijd hebben voltooid;

2° de gerechtigden die van het volbrengen van de wachttijd zijn vrijgesteld overeenkomstig het bepaalde in artikel 66, § 2, voor henzelf en voor de personen te hunnen laste recht hebben op prestaties tot op het einde van het derde kwartaal na dat waarin zij de hoedanigheid van gerechtigde hebben verworven. »

#### ART. 27 (nieuw).

In artikel 68, eerste lid, van dezelfde wet, worden de woorden « dat zij over de twee kwartalen vóór dat waarin zij er om verzoeken » vervangen door de woorden « dat zij over het tweede en derde kwartaal vóór dat waarin zij erom verzoeken ».

#### ART. 28.

In artikel 70 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. in § 2, derde lid, worden de woorden « dat niet geïdentificeerd is » vervangen door de woorden « dat niet geïdentificeerd is, dat gestolen werd ».

2. in § 4, wordt het woord « geschorst » vervangen door het woord « stopgezet ».

#### ART. 29.

Artikel 81 van dezelfde wet wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« Overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 48 en 51 mogen zij de gerechtigden onderzoeken die zich om geneeskundige redenen niet kunnen begeven naar de plaats van de controlezitting. Zij hebben eveneens de bevoegdheden die hun zijn toegewezen door artikel 51, tweede lid. »

#### ART. 30.

Artikel 87, eerste lid, van dezelfde wet, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« De adviserend geneesheren hebben tot taak in te staan, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekkingen. Onder de voorwaarden en binnen de termijnen welke de Koning bepaalt, zenden zij aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit de in artikel 51, eerste lid, bedoelde verslagen. Zij hebben eveneens de bevoegdheden die hun zijn toegewezen door artikel 51, tweede lid. »

1° les titulaires visés à l'article 66, § 1, conservent pour eux et pour les personnes à leur charge, le droit aux prestations jusqu'à la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont terminé leur stage;

2° les titulaires dispensés de l'accomplissement du stage conformément aux dispositions de l'article 66, § 2, ont droit aux prestations, pour eux et pour les personnes à leur charge, jusqu'à la fin du troisième trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont acquis la qualité de titulaire. »

#### ART. 27 (nouveau).

A l'article 68, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, les mots « que, pour les deux trimestres précédant le trimestre au cours duquel ils y font appel » sont remplacés par les mots : « que, pour les deuxième et troisième trimestres précédant celui au cours duquel ils y font appel ».

#### ART. 28.

A l'article 70 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, sont apportées les modifications suivantes :

1. dans le § 2, alinéa 3, les mots « qui n'est pas identifié » sont remplacés par les mots « qui n'est pas identifié, qui a été volé ».

2. dans le § 4, le mot « suspendu » est remplacé par le mot « supprimé ».

#### ART. 29.

L'article 81 de la même loi est complété par les dispositions suivantes :

« Conformément aux dispositions des articles 48 et 51, ils peuvent examiner les bénéficiaires qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se rendre au lieu où se tient la séance de contrôle. Ils ont également les compétences qui leur sont attribuées par l'article 51, alinéa 2. »

#### ART. 30.

L'article 87, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, est remplacé par la disposition suivante :

« Les médecins-conseil ont pour mission d'assurer, conformément aux dispositions de la présente loi, le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé. Ils adressent, dans les conditions et délais fixés par le Roi, au Conseil médical de l'invalidité, les rapports visés à l'article 51, alinéa 1<sup>er</sup>. Ils ont également les compétences qui leur sont attribuées par l'article 51, alinéa 2. »

## ART. 31 (nieuw).

Artikel 96, tweede lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepaling :

» De bepalingen van het vorige lid zijn niet van toepassing op de geneesheren, op de tandheelkundigen en op de apothekers. »

## ART. 32.

Artikel 97 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Onder voorbehoud van het bepaalde bij het tweede lid van dit artikel, is hij die, ingevolge vergissing of bedrog, ten onrechte prestaties heeft ontvangen van de verzekering voor geneeskundige verzorging of van de uitkeringsverzekering, verplicht de waarde ervan terug te betalen aan de verzekeringsinstelling door wier toedoen die prestaties ten onrechte zijn verleend.

» Indien de ten onrechte uitgekeerde prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging langs het stelsel van de betalende derde werden uitbetaald, dienen zij terugbetaald te worden door de verstrekker van de verzorging of door de natuurlijke of rechtspersoon die ze voor eigen rekening geïnd heeft, tenzij het onverschuldigd zijn van de prestaties te wijten is aan het feit dat, buiten medeweten van voornoemde personen, diegene die de verzorging genoten heeft de hoedanigheid van rechthebbende niet bezat of zich niet geschikt heeft naar de wets- of verordeningsbepalingen. In deze laatste gevallen dienen de prestaties terugbetaald te worden door diegene die de verzorging genoten heeft.

» De ten onrechte betaalde prestaties worden teruggevorderd door de verzekeringsinstelling die bewuste prestaties heeft toegekend.

» Indien door de Dienst voor administratieve controle wordt vastgesteld, hetzij dat een onrechtmatige betaling werd verricht, hetzij dat een prestatie moet worden betaald of aangevuld, kan de verzekeringsinstelling binnen zestig dagen na de in artikel 94 bedoelde kennisgeving, het eventuele geschil voorleggen aan het in artikel 100 bedoelde rechtcollege van beroep. »

## ART. 33.

Artikel 102, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Onverminderd de macht van de officieren van de gerechtelijke politie, maken de in de artikelen 85, 80 en 94 bedoelde geneesheren-inspecteurs-generaal, eerst-aanwezende geneesheren-inspecteurs, geneesheren-inspecteurs en inspecteurs, die naar aanleiding van hun controleopdracht overtreding van de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging of de uitkeringsverzekering vaststellen, processen-verbaal op die bewijskrachtig zijn behoudens tegenbewijs. »

## ART. 31 (nouveau).

L'article 96, alinéa 2, de la même loi, inséré par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par la disposition suivante :

» Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux médecins, aux praticiens de l'art dentaire et aux pharmaciens. »

## ART. 32.

L'article 97 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sous réserve des dispositions de l'alinéa 2 du présent article, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé ou de l'assurance indemnités, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur par l'intermédiaire duquel ces prestations ont été indûment octroyées.

» En régime de tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le donneur de soins soit par la personne physique ou morale qui les a perçues pour son propre compte, sauf si le caractère indû des prestations résulte de ce que, à l'insu des personnes précitées, celui qui a reçu les soins n'avait pas la qualité de bénéficiaire ou ne s'était pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Dans ces derniers cas, les prestations sont remboursées par la personne qui a reçu les soins.

» Les prestations payées indûment sont récupérées par l'organisme assureur qui les a accordées.

» S'il est constaté par le Service du contrôle administratif, soit qu'un paiement indû a été effectué, soit qu'une prestation doit être payée ou complétée, l'organisme assureur peut, dans les soixante jours qui suivent la notification visée à l'article 94, porter le litige éventuel devant la juridiction d'appel visée à l'article 100. »

## ART. 33.

L'article 102, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, est remplacé par la disposition suivante :

« Sans préjudice des pouvoirs des officiers de police judiciaire, en cas d'infraction aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance soins de santé ou l'assurance indemnités, constatée dans le cadre de leur mission de contrôle, les médecins-inspecteurs généraux, les médecins-inspecteurs principaux, les médecins-inspecteurs et les inspecteurs visés aux articles 85, 80 et 94 dressent des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire. »

## ART. 34.

In artikel 121 van dezelfde wet, worden 4°, 5° en 7°, respectievelijk vervangen door de volgende bepalingen :

« 4° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 50 t.h. van het bedrag der kosten gemoeid met de uitkeringen, welke tijdens het tweede en derde jaar van de arbeidsongeschiktheid de gerechtigden worden toegekend;

» 5° een Rijkstegemoetkoming gelijk aan 95 t.h. van het bedrag der kosten gemoeid met de uitkeringen welke vanaf het vierde jaar van de arbeidsongeschiktheid de gerechtigden worden toegekend;

» 7° een Rijkstegemoetkoming bestemd om de bijdrage van de werklozen te vervangen; die tegemoetkoming stemt overeen met een bedrag gelijk aan de gemiddelde waarde van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen welke per werkdag is vastgesteld en wordt uitbetaald voor elke werkelijke dag gecontroleerde werkloosheid als bedoeld in artikel 21, tweede lid; »

## ART. 35 (nieuw).

Artikel 122, tweede lid, van dezelfde wet, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Het heft op die inkomsten het bedrag van zijn administratiekosten opgenomen in de in artikel 8, 2°, bedoelde begroting, het in artikel 125, § 2, bedoelde meerbedrag der administratiekosten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, alsmede het in artikel 128, tweede lid, bedoelde bedrag van het tekort van dezelfde Hulpkas. »

## ART. 36.

Artikel 123, § 1, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Volgens de modaliteiten welke het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging bepaalt, verleent het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan iedere verzekeringsinstelling, voor de verzekering voor geneeskundige verzorging :

1° een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, a) en b), bedoelde bijdragen volgens de waarde van de bijdragen van haar rechthebbenden.

Nochtans kan het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, bij het opmaken van de in artikel 12, 1°, bedoelde begroting, beslissen dat een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, a), vermelde bijdragen, met een maximum van 10 pct. onder de verzekeringsinstellingen zal verdeeld worden volgens de onder 3° bepaalde regelen. Voor de verdeling van de in de artikelen 124 en 125 bedoelde administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, worden de in artikel 122, vierde lid, 1°, a), vermelde bijdragen steeds geacht verdeeld te zijn overeenkomstig de waarde van de bijdragebons van de rechthebbenden;

## ART. 34.

A l'article 121 de la même loi, les 4°, 5° et 7°, sont remplacés respectivement par les dispositions suivantes :

« 4° une intervention de l'Etat égale à 50 p.c. du montant des frais afférents aux indemnités, accordées pendant la deuxième et la troisième année de l'incapacité de travail des titulaires;

» 5° une intervention de l'Etat égale à 95 p.c. du montant des frais afférents aux indemnités accordées à partir de la quatrième année de l'incapacité de travail des titulaires;

» 7° une intervention de l'Etat, destinée à remplacer la cotisation des chômeurs; cette intervention correspond à un montant égal à la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs, établie par jour ouvrable, et est payée pour chaque journée effective de chômage contrôlé au sens de l'article 21, alinéa 2; »

## ART. 35 (nouveau).

L'article 122, alinéa 2, de la même loi, est remplacé par la disposition suivante :

« Il prélève sur ces ressources le montant de ses frais d'administration prévu au budget visé à l'article 8, 2°, le montant de l'excédent des frais d'administration de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, visé à l'article 125, § 2, ainsi que le montant du mali de la même Caisse auxiliaire visé à l'article 128, alinéa 2. »

## ART. 36.

L'article 123, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Suivant les modalités déterminées par le comité de gestion du Service des soins de santé, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité alloue à chaque organisme assureur, pour l'assurance soins de santé :

1° une part des cotisations visées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a) et b), suivant la valeur des cotisations de ses bénéficiaires.

Toutefois, le comité de gestion du Service des soins de santé peut décider, lors de l'établissement du budget visé à l'article 12, 1°, qu'une part des cotisations mentionnées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a), de 10 p.c. au maximum, sera répartie entre les organismes assureurs suivant les règles définies au 3°. Pour la répartition des frais d'administration des organismes assureurs, visés aux articles 124 et 125, les cotisations mentionnées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a), sont toujours censées être réparties suivant la valeur des bons de cotisation des bénéficiaires;

2° een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, d), bedoelde tegemoetkoming; dit deel wordt voor elke werkelijke dag gecontroleerde werkloosheid vastgesteld op een bedrag dat gelijk is aan de gemiddelde waarde van de bijdragebons van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen;

3° een deel van de in artikel 122, vierde lid, 1°, e) bedoelde tegemoetkoming; die tegemoetkoming wordt verdeeld naar rata van het aantal, vastgesteld over de laatste drie gekende dienstjaren, van de gerechtigden bedoeld in artikel 21, 7°, 8° en 9°, en van de gerechtigden die de in artikel 50 bedoelde invaliditeitsuitkeringen genieten, vermenigvuldigd met het percentage dat het aantal van diezelfde gerechtigden vertegenwoordigt ten overstaan van de gerechtigden op primaire ongeschiktheidsuitkeringen van iedere verzekeringsinstelling. Voor het vaststellen van dit percentage wordt het aantal gerechtigden die de in artikel 50 bedoelde invaliditeitsuitkeringen genieten, verdubbeld. »

#### ART. 37.

Artikel 125, § 1, derde lid, van dezelfde wet, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Dit percentage, dat niet eenvormig hoeft te zijn voor de geneeskundige verzorgingsverzekering en voor de uitkeringsverzekering, is identiek voor iedere verzekeringsinstelling; het kan echter variëren per reeks van 100.000 gerechtigden. »

#### ART. 38 (nieuw).

Artikel 126, derde lid, van dezelfde wet, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Het saldo van het boni is bestemd voor de gewone reserve; het mag door de Landsbonden worden aangewend om de rechthebbenden bijkomende voordelen te verlenen welke evenwel nimmer tot verhoging mogen strekken van de tegemoetkoming waarin voor een in artikel 23 bedoelde verstrekking is voorzien. Die bijkomende voordelen moeten betrekking hebben op preventieve of curatieve verzorging, met inbegrip van de reiskosten welke nodig zijn om ze te ontvangen, in het bijzonder de dienst aangegeven onder de benaming « home care ». »

#### ART. 39.

Artikel 128 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Artikel 128. — Wanneer een verzekeringsinstelling een dienstjaar met een tekort afsluit, moet zij dat dekken :

1° door voorafneming van haar aandeel in het in artikel 133, bedoelde fonds;

2° door afneming van de wettelijke reserve;

3° indien die reserve nul of ontoereikend is, door afneming van de gewone reserve;

2° une part de l'intervention visée à l'article 122, alinéa 4, 1°, d); cette part est fixée, pour chaque journée effective de chômage contrôlé, à un montant égal à la valeur moyenne des bons de cotisation de l'ensemble des organismes assureurs;

3° une part de l'intervention visée à l'article 122, alinéa 4, 1°, e); cette intervention est répartie au prorata du nombre, établi sur base des trois derniers exercices connus, des titulaires visés à l'article 21, 7°, 8° et 9°, et des titulaires du bénéfice des indemnités d'invalidité visées à l'article 50, multiplié par le pourcentage que représente le nombre de ces mêmes titulaires par rapport aux titulaires indemnisables primaires de chaque organisme assureur. Pour la fixation de ce pourcentage, le nombre de titulaires du bénéfice des indemnités d'invalidité, visées à l'article 50, est doublé. »

#### ART. 37.

L'article 125, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de la même loi, est remplacé par la disposition suivante :

« Ce pourcentage, qui ne doit pas être uniforme pour l'assurance soins de santé et pour l'assurance indemnités, est identique pour chaque organisme assureur; il peut toutefois varier par tranche de 100.000 titulaires. »

#### ART. 38 (nouveau).

L'article 126, alinéa 3, de la même loi, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le solde du boni est affecté à la réserve ordinaire; il peut être utilisé par les Unions nationales pour accorder aux bénéficiaires des avantages complémentaires qui, en aucun cas, ne peuvent cependant constituer une augmentation de l'intervention prévue pour une prestation visée à l'article 23. Ces avantages complémentaires doivent concerner des soins préventifs ou curatifs, y compris les frais de déplacement qui permettent d'y recourir, notamment le service désigné sous le nom de « home care ». »

#### ART. 39.

L'article 128 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 128. — Lorsqu'un organisme assureur clôture un exercice en déficit, il doit couvrir celui-ci :

1° par prélèvement sur la quote-part du fonds, visé à l'article 133;

2° par prélèvement sur la réserve légale;

3° si cette réserve est nulle ou insuffisante, par prélèvement sur la réserve ordinaire;

4° indien die reserves ontoereikend zijn of daarover onmogelijk kan worden beschikt, door heffing van een bijkomende bijdrage van de gerechtigden, al dan niet samen met afschaffing van de voorheen toegekende bijkomende voordelen.

» Het tekort van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat het totaal van de onder 1°, 2° en 3° van het vorige lid bedoelde afnemingen overtreft, wordt gedekt met de verzekeringsinkomsten, overeenkomstig het bepaalde in artikel 122, tweede lid. »

#### ART. 40.

Artikel 133 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« § 1. Het financieel dienstjaar valt samen met het kalenderjaar.

» De in de artikelen 8, 2°, 3° en 4°, 12, 1° en 2°, 40, 7° en 8°, 79, 15°, en 93, 8°, bedoelde begrotingen lopen over één jaar en worden telkens voor een driejarig tijdvak opgemaakt.

« § 2. Vooraleer de in artikel 12, 1°, bedoelde begroting op te maken, neemt het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging kennis van de daarop betrekking hebbende begrotingen, opgemaakt door iedere verzekeringsinstelling volgens de door het genoemde beheerscomité vastgestelde regelen.

« § 3. De in de artikelen 8, 2°, 12, 1°, en 40, 8°, bedoelde begrotingen bevatten voor het geheel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, respectief de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering de vooruitzichten inzake ontvangsten en uitgaven.

» Die vooruitzichten worden opgemaakt uitgaande van de verrichtingen geboekt in de in artikel 8, 2°, bedoelde rekeningen, van de vooruitzichten inzake tewerkstelling en bijdragen van het Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid en van het Nationaal Pensioenfonds voor mijnwerkers en van de evolutie van de uitgaven vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren.

» De evolutie van de uitgaven, vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren, wordt geprojecteerd over een nieuw driejarig tijdvak.

» Voor ieder begrotingsjaar worden de in artikel 121, 8°, bedoelde begrotingsramingen inzake uitgaven verhoogd met een veiligheidscoëfficiënt van 5 pct.

» Het bedrag van de met veiligheidscoëfficiënt overeenstemmende inkomsten wordt gestort in een bijzonder fonds dat door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt beheerd. Dit bedrag wordt gevormd door een Rijkstegemoetkoming die gelijk is aan 27 pct. van de veiligheidscoëfficiënt en voor het overige door een gedeelte van de in artikel 122, vierde lid, 1°, a, bedoelde bijdragen.

» Dit fonds is bestemd om te worden verdeeld onder de verzekeringsinstellingen die een dienstjaar afsluiten met een tekort. Die verzekeringsinstellingen kunnen

4° si ces réserves sont insuffisantes, ou s'il est impossible d'en disposer, par prélèvement d'une cotisation complémentaire auprès des titulaires, accompagnée ou non de la suppression des avantages complémentaires antérieurement accordés.

» Le mali de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, dépassant le montant total des prélèvements prévus aux 1°, 2° et 3° de l'alinéa précédent, est couvert par les ressources de l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 122, alinéa 2. »

#### ART. 40.

L'article 133 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 1<sup>er</sup>. L'exercice financier coïncide avec l'année civile.

» Les budgets visés aux articles 8, 2°, 3° et 4°, 12, 1° et 2°, 40, 7° et 8°, 79, 15°, et 93, 8°, sont annuels et établis pour une période de trois ans.

« § 2. Avant d'établir le budget prévu à l'article 12, 1°, le comité de gestion du Service des soins de santé prend connaissance des budgets y afférents, établis par chaque organisme assureur suivant les règles fixées par le comité de gestion susvisé.

« § 3. Les budgets visés aux articles 8, 2°, 12, 1°, et 40, 8°, comprennent les prévisions de recettes et de dépenses respectivement pour l'ensemble de l'assurance maladie-invalidité, pour l'assurance soins de santé et pour l'assurance indemnités.

» Ces prévisions sont établies en partant des opérations enregistrées dans les comptes visés à l'article 8, 2°, des prévisions en matière d'emploi et de cotisations de l'Office national de sécurité sociale et du Fonds national de retraite des ouvriers mineurs et de l'évolution des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices connus.

» L'évolution des dépenses, constatée au cours des trois derniers exercices connus, est projetée sur une nouvelle période de trois ans.

» Pour chaque année budgétaire, les prévisions budgétaires des dépenses prévues à l'article 121, 8°, sont augmentées d'un coefficient de sécurité de 5 p.c.

» Le montant des recettes correspondant au coefficient de sécurité est versé à un fonds spécial géré par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce montant se compose d'une intervention de l'Etat représentant 27 p.c. du coefficient de sécurité et, pour le surplus, d'une partie des cotisations visées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a.

» Ce fonds est destiné à être réparti entre les organismes assureurs qui clôturent un exercice en déficit. Ces organismes assureurs ne peuvent prétendre à un

geen aanspraak maken noch op een bedrag dat het door hen geboekte tekort overschrijdt, noch op een bedrag dat hun aandeel in het fonds te boven gaat. Dit aandeel wordt berekend in verhouding tot het voor hen bestemde percentage van de inkomsten, bedoeld in artikel 122, vierde lid, 1°, a), d) en e). Het wordt niet in aanmerking genomen voor het vastleggen en de verdeling van de in de artikelen 124 en 125 bedoelde administratiekosten.

» Bij het opmaken van iedere volgende begroting wordt het hogerbedoelde fonds opnieuw samengesteld, onder aftrek evenwel van het saldo van het vorige jaar.

» De in de vorige leden bedoelde vooruitzichten worden voor het opmaken der begrotingen gebeurlijk verbeterd in functie van de te verwachten gevolgen van de bij artikelen 8, 1°, b) en c), 12, 4°, 6° en 11°, en 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° en 11°, bedoelde maatregelen.

» In geen geval mag rekening gehouden worden met het bedrag van in artikel 124, § 2, bedoelde sancties of ten onrechte betaalde prestaties, noch met de krachtens artikel 126 toegekende bijkomende voordelen.

» § 4. In de bij de artikelen 8, 2°, en 12, 1°, bedoelde begrotingen wordt, voor elk dienstjaar van het driejarige tijdvak, per verzekeringsinstelling, de raming vastgesteld van het aantal in de artikelen 21, 7°, 8°, 9°, en 50, bedoelde rechthebbenden; daartoe wordt op dat dienstjaar de evolutie geprojecteerd van die aantallen, welke in elke verzekeringsinstelling tijdens de jongste drie bekende dienstjaren zijn vastgesteld.

» § 5. In de bij de artikelen 8, 2°, en 12, 1°, bedoelde begrotingen wordt krachtens artikel 123, § 1, 3°, voor elk dienstjaar van het driejarige tijdvak, op basis van de in § 4 hierboven bedoelde elementen, het deel vastgesteld van de in artikel 121, 8°, bedoelde Rijkstegegemoetkoming dat voor elke verzekeringsinstelling is bestemd.

» § 6. De in de artikelen 8, 2°, en 12, 1°, bedoelde begrotingen bevatten een vooruitzicht van de Rijkstegegemoetkoming om in het gemis aan bijdragen van de werklozen te voorzien; die tegemoetkoming wordt, onverminderd het bepaalde in artikel 121, 7°, berekend uitgaande van het aantal werklozen vastgesteld in 's Rijks begrotingsramingen.

» § 7. De begrotingen moeten het peil bevatten van de verwachte inkomsten uit de bijdragen van werknemers en werkgevers, rekening houdende met het aantal geraamde dagen werkloosheid dat bedoeld is in § 6 hierboven. »

#### ART. 41.

In artikel 138, § 2, b, van dezelfde wet, worden de woorden « tijdvak van voortdurende ongeschiktheid en » geschrapt.

#### ART. 42.

Artikel 145 van dezelfde wet wordt aangevuld met de volgende bepaling :

montant qui dépasse leur déficit comptabilisé ni à un montant supérieur à la quote-part qui leur revient à charge de ce fonds. Cette quote-part est calculée proportionnellement au pourcentage qui leur revient, des recettes visées à l'article 122, alinéa 4, 1°, a), d) et e). Elle n'est pas prise en considération pour l'établissement et la répartition des frais d'administration visés aux articles 124 et 125.

» Lors de l'élaboration de chacun des budgets suivants, le fonds précité est reconstitué, sous déduction toutefois du solde de l'exercice précédent.

» Les prévisions visées aux alinéas précédents sont éventuellement corrigées lors de l'établissement des budgets en fonction des résultats escomptés des mesures visées aux articles 8, 1°, b) et c), 12, 4°, 6° et 11°, et 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° et 11°.

» Il ne peut en aucun cas être tenu compte du montant des sanctions visées à l'article 124, § 2, ou de prestations payées indûment, ni des avantages complémentaires octroyés en vertu de l'article 126.

» § 4. Les budgets visés aux articles 8, 2° et 12, 1°, établissent, par organisme assureur, la prévision du nombre de bénéficiaires visés aux articles 21, 7°, 8°, 9°, et 50, pour chacun des exercices compris dans la période de trois ans, en y projetant l'évolution de ces nombres, constatés dans chaque organisme assureur au cours des trois derniers exercices connus.

« § 5. Les budgets visés aux articles 8, 2°, et 12, 1°, fixent en vertu de l'article 123, § 1<sup>er</sup>, 3°, pour chaque exercice de la période de trois ans et sur la base des éléments visés au § 4 ci-dessus la part de l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 8°, destinée à chaque organisme assureur.

» § 6. Les budgets visés aux articles 8, 2°, et 12, 1°, prévoient une intervention prévisionnelle de l'Etat pour parer au défaut de cotisation des chômeurs; cette intervention est, sans préjudice des dispositions de l'article 121, 7°, calculée en fonction du nombre de chômeurs arrêté dans les prévisions budgétaires de l'Etat.

» § 7. Les budgets doivent établir le niveau des recettes escomptées par les cotisations des travailleurs et des employeurs, en tenant compte du nombre de journées prévisionnelles de chômage, visé au § 6 ci-dessus. »

#### ART. 41.

A l'article 138, § 2, b, de la même loi, les mots « d'incapacité prolongée et » sont supprimés.

#### ART. 42.

L'article 145 de la même loi est complété par la disposition suivante :

« Hij kan eveneens de bepalingen van deze wet coördineren met de bepalingen die haar op het tijdstip van de coördinatie uitdrukkelijk of impliciet gewijzigd hebben.

» Daartoe kan Hij in de coördinatie :

1. een andere volgorde, nummering en, in het algemeen, een andere wijze van voorstelling dan die van de oorspronkelijke teksten aanwenden;

2. andere verwijzingen in de plaats stellen van de verwijzingen die in de oorspronkelijke bepalingen voorkomen, inzonderheid om ze in de coördinatie met de nieuwe nummering overeen te brengen;

3. zonder afbreuk te doen aan de beginselen in de te coördineren bepalingen vervat, een andere dan de oorspronkelijke redactie aanwenden met het oog op de overeenstemming der bepalingen en de eenheid in de terminologie. »

#### ART. 43.

In artikel 56, § 2, 1<sup>o</sup>, a, van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag van loonarbeiders, gewijzigd bij koninklijk besluit n<sup>o</sup> 7 van 18 april 1967 en bij koninklijk besluit n<sup>o</sup> 68 van 10 november 1967, worden de woorden « of gedurende het tijdvak van voortdurende arbeidsongeschiktheid » geschrapt.

#### ART. 44.

De artikelen 32, § 5, 34, § 14, de afdeling 3 van het hoofdstuk III van titel IV, en de artikelen 139, § 2, en 146, tweede lid, van de voormelde wet van 9 augustus 1963, worden opgeheven.

#### ART. 45.

Het koninklijk besluit n<sup>o</sup> 70 van 10 november 1967 houdende de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan worden verruimd tot de mentaal gehandicapten, wordt opgeheven.

#### ART. 46 (nieuw).

De bepalingen van artikel 36 worden voor de eerste maal toegepast op de begroting van de geneeskundige verzorgingsverzekering over het dienstjaar 1970.

De rekeningen van de geneeskundige verzorgingsverzekering over de dienstjaren 1967 tot en met 1969 worden door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging aangepast, rekening houdende met de verdelingsregelen, waarin is voorzien bij artikel 123, § 1, eerste lid, van de voormelde wet van 9 augustus 1963. Het percentage van ten hoogste 10 pct. bestemd voor verdeling overeenkomstig de in artikel 123, § 1, eerste lid, 3<sup>o</sup>, van dezelfde wet bepaalde regels, wordt door de Koning vastgesteld.

De aldus aangepaste rekeningen worden aan de Minister van Sociale Voorzorg ter goedkeuring voorgelegd, overeenkomstig het bepaalde in artikel 8, 2<sup>o</sup>, van de voormelde wet van 9 augustus 1963.

« Il peut également coordonner les dispositions de la présente loi et les dispositions qui les ont expressément ou implicitement modifiées au moment où la coordination sera établie.

» A cette fin, il peut, dans la coordination :

1. adopter un ordre, un numérotage et, en général, une présentation différents de ceux des textes originaux;

2. remplacer les références qui figurent dans les dispositions originelles notamment pour assurer la concordance dans le numérotage nouveau;

3. sans porter atteinte aux principes inscrits dans les dispositions à coordonner, adopter une rédaction différente de la rédaction originelle, en vue d'assurer la concordance des dispositions et d'unifier la terminologie. »

#### ART. 43.

A l'article 56, § 2, 1<sup>o</sup>, a, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, modifié par l'arrêté royal n<sup>o</sup> 7 du 18 avril 1967 et par l'arrêté royal n<sup>o</sup> 68 du 10 novembre 1967, les mots « d'incapacité prolongée ou » sont supprimés.

#### ART. 44.

Les articles 32, § 5, 34, § 14, la section 3 du chapitre III du titre IV, et les articles 139, § 2, et 146, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 précitée, sont abrogés.

#### ART. 45.

L'arrêté royal n<sup>o</sup> 70 du 10 novembre 1967 portant les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé obligatoire peut être étendue aux handicapés mentaux, est abrogé.

#### ART. 46 (nouveau).

Les dispositions de l'article 36 sont appliquées pour la première fois au budget de l'assurance soins de santé de l'exercice 1970.

Les comptes de l'assurance soins de santé des années 1967 à 1969 seront adaptés par le comité de gestion du Service des soins de santé en tenant compte des règles de répartition, prévues à l'article 123, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 9 août 1963 précitée. Le pourcentage des cotisations de 10 p.c. au maximum, destiné à être réparti selon les règles définies à l'article 123, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la même loi, est déterminé par le Roi.

Les comptes ainsi adaptés seront soumis pour approbation au Ministre de la Prévoyance sociale, conformément aux dispositions de l'article 8, 2<sup>o</sup>, de la loi du 9 août 1963 précitée.

Die aanpassing heeft evenwel geen gevolgen ten aanzien van de bedragen van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot de dienstjaren 1967 tot en met 1969.

**ART. 47.**

De bepalingen van deze wet zullen in werking treden op de data die door de Koning worden vastgesteld.

Cette adaptation n'aura cependant pas d'effet sur les montants des frais d'administration des organismes assureurs, relatifs aux années 1967 à 1969.

**ART. 47.**

Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur aux dates qui seront fixées par le Roi.

## BIJLAGE.

**Advies van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering over de amendementen op wetsontwerp n° 73.**

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen wenst de Minister van Sociale Voorzorg van harte te danken omdat hij het heeft geraadpleegd in verband met de amendementen, die betrekking hebben op bepaalde aspecten van wetsontwerp n° 73, dat een uitvloeisel is van vroegere voorstellen van het Beheerscomité.

Het Beheerscomité is zonder verwijl in vergadering bijeengekomen en heeft de inhoud van de verschillende amendementen grondig onderzocht. Het heeft de eer de Minister mededeling te doen van de standpunten en overwegingen van het Beheerscomité met betrekking tot die amendementen. De genomen conclusies zijn met eenparigheid van stemmen goedgekeurd.

**I. AMENDEMENTEN  
VAN DE HEER CUVELIER.**

**ART. 6 (nieuw).**

De taken van het Beheerscomité zijn financiële en administratieve taken die geen rechtstreekse weerslag hebben op de voorwaarden inzake uitoefening van de geneeskunst. Het wetsontwerp wijzigt dus niets essentieels in de huidige toestand. Deelname van afgevaardigden van de representatieve artsorganisaties is dus nu niet meer verantwoord dan vroeger.

Wanneer de door het Beheerscomité overwogen maatregelen *onrechtstreeks* een weerslag kunnen hebben op geneeskundige bemoeiingen, wordt het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle daarvan in kennis gesteld en geraadpleegd. Vertegenwoordigers van de vakverenigingen van geneesheren in het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen opnemen, zou die manier van handelen kunnen hinderen en zelfs afzwakken, wat betreurenswaardig zou zijn. Het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle is inderdaad representatief voor de opinie van de ganse geneeskundige stand : vakverenigingen van geneesheren, adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen, Orde der geneesheren, geneeskundige inspectie van het R.I.Z.I.V.

Wat meer is, indien het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zou aanvaarden dat in zijn midden vertegenwoordigers van de geneesheren zeten, zou het ook moeten ingaan op elke gelijkaardige aanvraag van andere bij de uitoefening van de geneeskunst betrokken instanties (vertegenwoordigers van de verplegingsinrichtingen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, enz.). Die verhoging van het aantal leden schijnt niet verantwoord door de gewone taken die aan het Beheerscomité zijn toegevoegd.

## ANNEXE.

**Avis du Comité de gestion du Service des indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité au sujet des amendements au projet de loi n° 73.**

Le Comité de gestion du Service des indemnités de l'I.N.A.M.I. exprime ses vifs remerciements à Monsieur le Ministre de la Prévoyance sociale pour l'avoir consulté au sujet des amendements qui traitent de certains aspects du projet de loi n° 73 résultant des propositions faites antérieurement par le Comité de gestion.

Le Comité de gestion s'est réuni sans retard et a examiné de façon approfondie le contenu des différents amendements. Il a l'honneur de faire part à Monsieur le Ministre des positions et réflexions que ces amendements lui inspirent. Les conclusions qu'il a adoptées ont été prises à l'unanimité.

**I. AMENDEMENTS PROPOSES  
PAR M. CUVELIER.**

**ART. 6 (nouveau).**

Les tâches du Comité de gestion sont de nature financière et administrative. Elles sont sans incidence directe sur les conditions d'exercice de l'art de guérir. Le projet de loi n'apporte aucune modification essentielle à l'état de choses existant. En conséquence, la participation de délégués des organismes représentatifs du corps médical n'a pas plus de justification que précédemment.

Lorsque les mesures envisagées par le Comité de gestion sont susceptibles d'avoir une répercussion *indirecte* sur des interventions d'ordre médical, le Comité du Service du contrôle médical est informé et consulté. Introduire des représentants des organisations syndicales de médecins dans le Comité de gestion du Service des indemnités risquerait de contrarier, voire d'affaiblir cette pratique, ce qui serait regrettable. Le Comité du Service du contrôle médical est en effet représentatif de l'ensemble de l'opinion médicale : organisations syndicales de médecins, médecins-conseil des organismes assureurs, Ordre des Médecins, inspection médicale de l'I.N.A.M.I.

De plus, si le Comité de gestion du Service des indemnités devait accepter de voir siéger en son sein des représentants du corps médical, il devrait également faire droit à toute demande similaire d'autres instances intéressées à l'exercice de l'art de guérir (représentants des établissements hospitaliers, kinésistes, accoucheuses, etc.). Cette augmentation du nombre des membres ne paraît pas justifiée par la nature habituelle des tâches qui sont dévolues au Comité de gestion.

## ART. 7.

Het voorgestelde amendement berust op een totaal verkeerd begrip van het ontwerp.

1. Toen het Beheerscomité zijn hervormingsvoorstellen heeft gedaan, heeft het o.m. gesproken over de gepastheid om ook de geneesheren te erkennen die hun medewerking verlenen aan de door de ondernemingen georganiseerde controlediensten. Het heeft gemeend dat zulks niet opportuun was en de uitvoering van de overwogen operatie nutteloos zou belemmeren. Het Beheerscomité is van oordeel dat kan worden volstaan met de erkenning van de controlediensten; de leiding van die diensten zou volledig verantwoordelijk zijn voor de werking ervan.

Wel zou in de voorwaarden tot erkenning van de « diensten », welke zouden worden uitgewerkt om een efficiënte en degelijke coördinatie met de verzekeringsinstellingen en hun adviserend geneesheren te garanderen, de verplichting kunnen voorkomen om de namen van de aangeworven controlerend geneesheren mee te delen, alsmede het verbod om een beroep te doen op geneesheren die al eens door het R.I.Z.I.V. zijn gestraft. Het Beheerscomité zou aldus de erkenning kunnen weigeren of intrekken van controlediensten waar één of meer geneesheren niet beantwoorden aan bepaalde voorwaarden die nuttig zijn voor de hoedanigheid van de controle.

2. De adviserend geneesheren hebben een statuut gekregen omdat zij, hoewel in dienst van de verzekeringsinstellingen, opdrachten vervullen die hun door de wetgeving, de reglementering en de bestuurslichamen van het R.I.Z.I.V. zijn toegewezen. Hun activiteit wordt trouwens uitgeoefend voor rekening van de verzekering.

De door de ondernemingen georganiseerde controlediensten en de geneesheren die daaraan hun medewerking verlenen, handelen op basis van de wetgevingen op de arbeidsovereenkomst voor werklieden en de arbeidsovereenkomst voor bedienden. Het R.I.Z.I.V. heeft op hun geen enkele vat.

Het Beheerscomité heeft alleen betreurd dat er hoegenaamd geen contact bestaat tussen de controles, uitgeoefend op initiatief van sommige ondernemingen, en de controle van de verzekeringsinstellingen. Het acht het wenselijk dat de vaststellingen welke in de loop van de eerste ongeschiktheidsdagen door de controlediensten van de ondernemingen worden gedaan, kunnen worden benut door de verzekeringsinstellingen. Vereist is nochtans dat die vaststellingen zijn gedaan volgens gelijkaardige methodes ter beoordeling van de ongeschiktheid als die van de verzekering en onder voorwaarden welke die vaststellingen geloofwaardig maken. Alleen met controlediensten van ondernemingen welke beantwoorden aan bedoelde vereisten — die in de erkenningsvoorwaarden moeten worden omschreven — kan een onderhouden contact worden gelegd in het belang van de verzekering.

Het Beheerscomité meent dat er geen grond is voor de toepassing van het statuut van de adviserend geneesheer op de geneesheren die hun medewerking

## ART. 7.

L'amendement suggéré repose sur une compréhension totalement erronée du projet.

1. Le Comité de gestion a débattu, lorsqu'il a fait ses propositions de réforme, de l'opportunité d'agréer également les médecins apportant leur concours aux services de contrôle organisés par les entreprises. Il a estimé qu'une telle exigence était inopportune et apporterait une complication inutile à la mise en œuvre de l'opération envisagée. Le Comité de gestion est d'avis qu'il suffit de soumettre à l'agrément les services de contrôle, la direction de ceux-ci assumant la pleine responsabilité de leur fonctionnement.

Les conditions d'agrément des « services », qui seraient établies pour garantir une coordination efficace et valable avec les organismes assureurs et leurs médecins-conseil, pourraient cependant comporter l'obligation de communiquer les noms des médecins-controlleurs engagés et l'interdiction de faire appel à des médecins ayant encouru des sanctions de la part de l'I.N.A.M.I. Le Comité pourrait ainsi refuser d'agréer ou retirer l'agrément à des services de contrôle au sein desquels un ou plusieurs médecins ne réunissent pas certaines conditions utiles à la qualité du contrôle.

2. Les médecins-conseil ont été dotés d'un statut parce que, tout en étant au service des organismes assureurs, ils accomplissent des missions qui leur sont dévolues par la législation, la réglementation et les instances dirigeantes de l'I.N.A.M.I. Leur activité s'exerce d'ailleurs à charge de l'assurance.

Les services de contrôle organisés par les entreprises et les médecins qui y apportent leur concours agissent sur base des législations sur les contrats de travail et d'emploi. L'I.N.A.M.I. n'a nulle autorité sur eux.

Le Comité de gestion a uniquement estimé regrettable qu'entre les contrôles exercés à l'initiative de certaines entreprises et celui des organismes assureurs il n'existe aucun contact. Il souhaite que les constatations faites par les services de contrôle des entreprises au cours des premiers jours d'incapacité puissent être utilisées par les organismes assureurs. Il faudra cependant que ces constatations aient été faites selon des méthodes d'appréciation des incapacités similaires à celles de l'assurance et dans des conditions qui les rendent dignes de foi. Ce n'est qu'avec les services de contrôle d'entreprises répondant à ces exigences — à préciser dans des conditions d'agrément — qu'un contact suivi pourra être établi dans l'intérêt de l'assurance.

Le Comité de gestion estime que l'application du statut du médecin-conseil aux médecins apportant leur concours à ces services de contrôle manque de

verlenen aan bedoelde controlediensten, en dat toepassing ervan voor het R.I.Z.I.V. en voor de verzekering verplichtingen zou kunnen meebrengen welke ze niet behoren te dragen.

#### ART. 10.

Het artikel van het ontwerp strekt ertoe de thans geldende tekst soepeler te maken en aan het Beheerscomité de zorg over te laten om de formaliteiten vast te stellen welke de verzekerde moet vervullen om zijn arbeidsongeschiktheid erkend te zien.

De vraag of, wanneer en in welke vormen een getuigschrift van de behandelend geneesheer vereist moet zijn, behoort tot het domein van de uitvoering van de wet en van het beheer van de verzekering.

Nu reeds weze toegelicht dat het geenszins in de bedoeling van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen ligt, het getuigschrift van de behandelend geneesheer, dat de door de ziekteverzekering ten laste te nemen arbeidsongeschiktheid moet wettigen, af te schaffen. Er weze evenwel genoteerd, dat, in de regel, de ongeschiktheid pas ten laste moet worden genomen na de eerste week of na de eerste maand ongeschiktheid, naargelang het een arbeider dan wel een bediende betreft.

Het Beheerscomité vraagt zich dan ook zeer ernstig af of het overleggen, aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, van een getuigschrift ter dekking van de eerste ziekte-dagen wel behoort te worden gehandhaafd. In de praktijk geeft dat getuigschrift thans geen aanleiding tot een tegenonderzoek door de adviserend geneesheer; daar de uitkeringen over dat eerste tijdvak niet ten laste hoeven te worden genomen, levert de adviserend geneesheer *zonder onderzoek* een erkenning van arbeidsongeschiktheid af voor een week. Het is overbodig te wijzen op het weinig logische van een dergelijke handelwijze en op het risico om in tegenspraak te komen met de mogelijke bemoeiingen van de ondernemingen en van de geneesheren die door hen zijn belast met de controle op de zieken.

Daarentegen is het Beheerscomité er eenparig van overtuigd dat een verantwoording vanwege de behandelend geneesheer van de verzekerde nodig is zodra het tijdvak van ongeschiktheid nadert dat door de ziekteverzekering moet worden gedekt. Het acht het evenwel wenselijk dat het geneeskundig getuigschrift dat aan de adviserend geneesheer moet worden gezonden, in dat geval sommige gegevens bevat die een eerste beoordeling van het geval door de adviserend geneesheer mogelijk maken. Getuigschriften als : « De h. X.... lijdt aan een geneeskundige aandoening », « Mevr. Y.... kan niet naar haar werk wegens ziekte » zijn van geen praktisch nut voor de controletaak van de adviserend geneesheer.

Terwijl het aldus de maatregelen besprak ter uitvoering van het thans bestudeerde wetsontwerp, heeft het Beheerscomité ook willen ingaan op een vaak door de vertegenwoordigers van de geneesheren uitgesproken eis, om met name de formaliteiten en het aantal door de verzekering geëiste documenten te vermindern.

fondement et pourrait entraîner l'I.N.A.M.I. et l'assurance dans des obligations qui ne lui incombent pas.

#### ART. 10.

L'article du projet vise à assouplir le texte actuel et à laisser au Comité de gestion le soin de fixer les formalités que l'assuré doit accomplir pour faire reconnaître son incapacité de travail.

La question de savoir si, quand et selon quelles formes un certificat du médecin traitant doit être requis relève du domaine de l'exécution de la loi, comme de la gestion de l'assurance.

Qu'il soit précisé dès à présent qu'il n'entre nullement dans l'intention du Comité de gestion du Service des indemnités de supprimer le certificat du médecin traitant justifiant les incapacités de travail à prendre en charge par l'assurance maladie. On notera cependant que, d'une façon générale, cette prise en charge n'intervient qu'après la première semaine ou le premier mois d'incapacité, suivant qu'il s'agit d'un ouvrier ou d'un employé.

Le Comité de gestion se pose, dès lors, très sérieusement la question de l'opportunité de maintenir la présentation, au médecin-conseil de la mutualité, d'un certificat couvrant les premiers jours de maladie. Actuellement, en pratique, ce certificat ne donne lieu, de la part du médecin-conseil, à aucun contre-examen; n'ayant pas à prendre en charge l'indemnisation de cette première période, le médecin-conseil délivre *sans examen* une reconnaissance d'incapacité de travail pour une semaine. Il est inutile d'insister sur le peu de sens d'une telle pratique et sur les risques de contradiction qu'elle comporte avec les interventions pouvant émaner des entreprises et des médecins chargés par elles du contrôle des maladies.

Par contre, le Comité de gestion est unanimement convaincu de la nécessité d'une justification émanant du médecin traitant de l'assuré dès qu'approche la période d'incapacité à couvrir par l'assurance maladie; il souhaiterait, cependant, que dans ce cas le certificat médical à adresser au médecin-conseil comporte certaines précisions permettant une première appréciation du cas par ce dernier. Des attestations telles que : « M. X. ... est atteint d'affection médicale, » « M<sup>me</sup> Y. ... ne peut se rendre au travail par suite de maladie », ne sont d'aucune utilité pratique pour la mission du contrôle du médecin-conseil.

En réfléchissant de la sorte aux mesures d'exécution du projet de loi actuellement à l'étude, le Comité de gestion a également eu le souci de rencontrer une des exigences, fréquemment formulée par les représentants du corps médical, de réduire les formalités et le nombre de documents requis par l'assurance.

Ook moet er nog op gewezen worden dat de bepalingen van het ontwerp, evenmin als de uitvoeringsmaatregelen welke daaruit zullen voortvloeien, geenszins een inmenging willen zijn in de wijze waarop de ondernemingen hun betrekkingen met hun zieke werknemers organiseren, noch in de verplichtingen welke zij hun opleggen om de arbeidsongeschiktheid aan te geven en te wettigen. Dit behoort tot de wetten op de arbeidsovereenkomst voor werklieden en op de arbeidsovereenkomst voor bedienden, die geenszins worden geraakt door het huidige ontwerp en die tot nog toe geen aanleiding hebben gegeven tot betwistingen vanwege de geneesheren.

#### ART. 13.

Ten aanzien van dit amendement gelden de opmerkingen die reeds zijn gemaakt ten aanzien van artikel 7.

### II. AMENDEMENTEN VAN DE H. DE CLERCQ C.S.

#### ART. 13.

De voorgestelde hervorming heeft onder meer tot doel een coördinatie te verwezenlijken onder de verschillende instanties die controle uitoefenen op de arbeidsongeschiktheid wegens ziekte.

In die optiek wordt voorgesteld dat een band zou kunnen worden gelegd tussen bepaalde controlediensten georganiseerd door de ondernemingen, en de adviserende geneesheren van de verzekeringsinstellingen. Het gaat er geenszins om de eerstgenoemden te vervangen door de anderen, maar alleen om dezen het resultaat mee te delen van de vaststellingen welke tijdens de eerste ziektedagen zijn gedaan.

Om die coördinatie op een efficiënte wijze te verwezenlijken, moet die band tot stand komen met een minimum aan risico's voor betwisting. Wanneer de geneesheer van de erkende controledienst — d.w.z. van wie erkend is dat hij de vereiste waarborg biedt voor de gewenste samenwerking — aan de arbeidsongeschiktheid een bepaalde duur heeft toegewezen, ziet men niet in dat de adviserend geneesheer die duur ambtshalve kan verlenen. Dat zou neerkomen op een totale miskenning van het belang van de operatie. Uiteraard behoudt de verzekerde alle recht van beroep.

Daarentegen moet de adviserend geneesheer het recht hebben om de erkenning van een arbeidsongeschiktheid te betwisten wanneer hij van oordeel is dat die ongeschiktheid ten onrechte voor een gedeelte ten laste van de ziekteverzekering wordt gelegd. Wanneer de geneesheer van de erkende controledienst de duur van de ongeschiktheid op 10 dagen heeft geschat, kan de adviserend geneesheer deze aldus verminderen tot 7 dagen, waarbij de verzekerde alle middelen van beroep behoudt.

Om praktische redenen heeft het Beheerscomité evenwel gemeend dat het toch wel enigszins niet verantwoord zou zijn, het bestaan van die wens om het betwisten te vermoeden. Het is ervan overtuigd dat er in de grote meerderheid van de gevallen geen geschil

Il faut encore souligner que les dispositions du projet, pas plus que les mesures d'exécution auxquelles il devra donner lieu, n'entendent interférer dans la façon dont les entreprises organisent leurs rapports avec leurs travailleurs malades, ni dans les obligations de déclaration et de justification des incapacités de travail qu'elles leur imposent. Ceci relève des lois sur le contrat de travail et sur le contrat d'emploi, dont les dispositions ne sont nullement affectées par le présent projet et n'avaient jusqu'ici suscité aucune controverse de la part du corps médical.

#### ART. 13.

A l'égard de cet amendement valent les objections déjà formulées à l'égard de l'article 7.

### II. AMENDEMENTS PROPOSES PAR M. DE CLERCQ ET CONSORTS.

#### ART. 13.

Un des objectifs de la réforme proposée est de réaliser une coordination entre les diverses instances s'occupant du contrôle des incapacités de travail par suite de maladie.

Dans cette optique, il est suggéré qu'une liaison puisse être établie entre certains services de contrôle organisés par les entreprises et les médecins-conseil des organismes assureurs. Il n'est aucunement question du substituer les premiers aux derniers, mais uniquement d'apporter à ceux-ci le résultat des constatations faites au cours des premiers jours de maladie.

Pour que cette coordination se réalise de manière efficace, la jonction doit se faire avec un minimum de risques de contestation. Lorsque le médecin du service de contrôle agréé — c'est-à-dire reconnu comme offrant les garanties requises pour la coopération souhaitée — a attribué une durée déterminée à l'incapacité de travail, on ne conçoit pas que le médecin-conseil puisse d'office prolonger cette durée. Ce serait méconnaître tout l'intérêt de l'opération. Bien entendu, les droits de recours de l'assuré restent entiers.

Par contre, le médecin-conseil doit avoir le droit de contester la reconnaissance d'incapacité de travail lorsqu'il estime que celle-ci empiète indûment sur l'assurance maladie. Ainsi, lorsque le médecin du service de contrôle agréé a estimé à 10 jours la durée de l'incapacité, le médecin-conseil pourra ramener celle-ci à 7 jours, les voies de recours restant toujours ouvertes à l'assuré.

Pour des raisons pratiques, le Comité de gestion a cependant estimé qu'il y aurait un certain non-sens à présumer ce désir de contestation. Il a la conviction que, dans la grande majorité des cas, il n'y aura pas de différend entre le médecin-conseil et le médecin

zal zijn tussen de adviserend geneesheer en de geneesheer van de controledienst. Daarom heeft het besloten, ten einde de in de loop van de eerste dagen door de erkende controlediensten gedane vaststellingen en vervulde formaliteiten ten goede te doen komen aan de verzekeringsinstellingen, dat de beslissingen van die controlediensten inzake erkenning en duur van de ongeschiktheid in principe ook voor de verzekeringsinstellingen zouden gelden zonder nieuwe bemoeiing van hun adviserend geneesheer.

#### ART. 19.

De amendementen op artikel 57 zijn ingediend met de lofwaardige bedoeling, uitkeringen te garanderen die het wettelijke minimumbedrag bereiken en de betaling ervan te verzekeren zolang de rechthebbende niet werkelijk het geldelijk voordeel ontvangt waarop hij normaal aanspraak heeft (vakantiegeld — gewaarborgd weekloon — vergoeding wegens beëindigingen van de arbeidsovereenkomst, enz...).

Er weze opgemerkt dat de gevallen waarin een wettelijk verschuldigd loon niet werkelijk wordt betaald, zeldzaam zijn.

De toepassing van de voorgestelde regelen kan in de praktijk alleen maar administratieve moeilijkheden meebrengen. Thans is het inderdaad zo dat, wanneer het recht op een loon of op een als zodanig geldend geldelijk voordeel vaststaat het mogelijk is de aan de gerechtigde verschuldigde uitkeringen te berekenen en te betalen; wanneer daarentegen het standpunt wordt aanvaard dat in de amendementen wordt ontwikkeld, zal moeten worden gewacht op de effectieve uitbetaling van het loon vooraleer de werkelijke rechten van de gerechtigde bekend zijn.

In administratief opzicht bieden de amendementen de volgende bezwaren :

a) Het loon of de vergoeding wegens beëindigen van de arbeidsovereenkomst kan met bepaalde bedragen worden verminderd in de mate dat de wet van 12 april 1965 een dergelijke compensatie toelaat. Volgens het amendement zou in die gevallen de uitkering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigd zijn. In feite wordt het loon volledig of gedeeltelijk ingehouden, bij wijze van compensatie, voor reeds ontvangen voorschotten op het loon of voor schadevergoeding, enz...

b) In alle gevallen waarin het geldelijk voordeel verschuldigd is, maar met vertraging wordt betaald, zou de ziekte- en invaliditeitsverzekering dus provisioneel betalen en zou ze later bij de verzekerde moeten terugvorderen.

Die gevallen zouden derhalve aanleiding geven tot een bovenmatige verhoging van het aantal betwistingen. De toestand zou des te gevaarlijker zijn daar niet zou zijn voldaan aan de voorwaarden inzake wettelijke subrogatie van de verzekeringsinstelling.

c) Uit het amendement zou logischerwijze voortvloeien dat telkens als de verzekerde verzuimt zijn

du service de contrôle. C'est pourquoi il a conclu, afin de faire bénéficier les organismes assureurs des relevés faits et des formalités accomplies au cours des premiers jours par les services de contrôle agréés, que les décisions de ces derniers quant à la reconnaissance et à la durée de l'incapacité seraient en principe valables pour les organismes assureurs sans nouvelle intervention de leur médecin-conseil.

#### ART. 19.

Les amendements à l'article 57 ont été déposés dans la louable intention de garantir des indemnités atteignant le minimum légal et d'assurer leur paiement aussi longtemps que le bénéficiaire ne perçoit pas effectivement l'avantage pécuniaire auquel il peut normalement prétendre (pécule de vacances — salaire hebdomadaire garanti — indemnité de rupture de contrat, etc...).

On remarquera que les cas où une rémunération légalement due n'est pas effectivement payée, sont rares.

L'application des règles proposées ne pourra que provoquer des difficultés pratiques d'ordre administratif. En effet, actuellement, lorsque le droit à une rémunération ou à un avantage pécunier en tenant lieu est établi, il est possible de calculer et de liquider les indemnités dues au titulaire; au contraire, si l'on adopte le point de vue développé par les amendements, il faudra attendre le paiement effectif de la rémunération avant de connaître les droits réels du titulaire.

Du point de vue administratif, les amendements ont les inconvénients suivants :

a) Le salaire ou l'indemnité pour rupture de contrat peut être diminué de certaines sommes dans la mesure où la loi du 12 avril 1965 permet semblable compensation. D'après l'amendement, l'indemnité assurance maladie-invalidité serait due dans ces cas. En fait la retenue de tout ou partie du salaire est opérée par mesure compensatoire, pour des avances sur salaire déjà perçues ou pour des dommages et intérêts, etc...

b) Donc, dans tous les cas où l'avantage pécuniaire est dû, mais payé avec retard, l'assurance maladie-invalidité paierait à titre provisionnel et devrait récupérer plus tard auprès de l'assuré.

Ces cas donneraient donc lieu à une augmentation démesurée du contentieux. La situation serait d'autant plus dangereuse que les conditions de la subrogation légale de l'organisme assureur ne se trouveraient pas réunies.

c) L'amendement aurait pour suite logique que chaque fois que l'assuré négligerait de faire valoir ses

rechten te laten gelden, de ziekte- en invaliditeitsverzekering daarvan de gevolgen zou dragen.

*Stelselmatig onderzoek van de amendementen :*

1. Het eerste amendement heeft betrekking op de gevallen waarin het loon verschuldigd is tijdens de ziekte. Het enige risico waartegen de verzekerde in die gevallen is gedekt, is het faillissement van zijn werkgever, in de mate dat de loonachterstallen zijn beschermd door de algemene voorrechten gevestigd op de roerende goederen van zijn werkgever (wet op de hypotheken, artikel 19-4°). Die gevallen zijn zeldzaam.

2. Het amendement beschermt de bediende die tijdens zijn ziekte en in geval van faillissement van zijn werkgever geen vakantiegeld heeft ontvangen, en wel in de mate dat hij niet beschermd is door de algemene roerende voorrechten (artikel 19, 4°, tweede lid — wet op de hypotheken).

3. Dit amendement heeft een gelijkaardige draagwijdte als de vorige. Het heeft betrekking op de betaling van de vergoeding wegens beëindigen van de arbeidsovereenkomst, welke eveneens is beschermd door het hiervoren genoemde voorrecht.

4. Artikel 57, 4°, heeft betrekking op het geval van de arbeider die, hoewel hij niet ziek is, bij toepassing van de wetgeving op de beroepsziekten, bij profylactische maatregel een arbeid onderbreekt die gevaarlijk wordt voor zijn gezondheid.

Dit amendement is overbodig wanneer het wordt toegepast op een arbeider op wie de Belgische wetgeving op de beroepsziekten van toepassing is. De krachtens die regeling betaalde verwijderingsvergoeding is immers steeds hoger dan de uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

In verband met de buitenlandse regelingen behoort te worden opgemerkt dat bedoelde verwijderingsvergoeding niet bestaat in Luxemburg of in Nederland, dat ze in Frankrijk en Italië alleen geldt voor het risico van silicosis en asbestosis en, ten slotte, dat ze in Duitsland slechts 50 pct. van het loon bedraagt.

Bovendien wordt in Duitsland en Frankrijk doorgaans een enig en vast bedrag betaald, zodat het moeilijk is het juist verschil te berekenen tussen het bedrag van die vergoeding en het bedrag van de daguitkering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het Beheerscomité stelt derhalve voor die amendementen af te wijzen, te meer daar de Koning voor bijzondere gevallen steeds uitzonderingen kan bepalen, aangezien hij krachtens artikel 57, § 2, de macht heeft om af te wijken van de algemene bepalingen van paragraaf 1.

Derhalve kan het koninklijk uitvoeringsbesluit voorzien in het vrijwaren van de rechten van de door een gefailleerd werkgever ontslagen werknemers, zodat de doelstellingen van de heer De Clercq bereikt zouden zijn.

droits, l'assurance maladie-invalidité en supporterait les conséquences.

*Examen systématique des amendements :*

1. Le premier amendement vise les cas où pendant la maladie le salaire est dû. Le seul risque contre lequel l'assuré est couvert dans ces cas, est celui de la faillite de son employeur, dans la mesure où les arrérages du salaire sont protégés par les privilèges généraux sur les meubles de son employeur (loi sur les hypothèques, article 19-4°). Ces cas sont rares.

2. L'amendement protège l'employé qui, pendant sa maladie et en cas de faillite de son employeur, n'a pas reçu le paiement du pécule de vacances, et ceci dans la mesure où il n'est pas protégé par les privilèges généraux sur les meubles (article 19, 4°, 2° alinéa, loi sur les hypothèques).

3. Cet amendement a une portée similaire au précédent. Il vise le paiement de l'indemnité due pour rupture de contrat. Elle est également protégée par le privilège cité plus haut.

4. L'article 57, 4°, vise le cas de l'ouvrier qui, sans être malade, arrête, par mesure prophylactique, un travail qui devient dangereux pour sa santé, en application de la législation sur les maladies professionnelles.

Cet amendement est inutile lorsqu'il s'applique à un ouvrier tombant sous le champ d'application de la législation belge sur les maladies professionnelles étant donné que les indemnités d'écartement payées par ce régime sont toujours plus élevées que les indemnités assurance maladie-invalidité.

Pour ce qui concerne les régimes étrangers, il y a lieu de remarquer que cette indemnité d'écartement n'existe ni au Luxembourg ni au Pays-Bas, qu'en France et en Italie elle ne vise que l'exposition au risque de silicose et d'asbestose et enfin, qu'en Allemagne, elle n'atteint que 50 % de la rémunération.

De plus, en Allemagne et en France, le paiement est généralement constitué par un versement unique et forfaitaire, de telle sorte qu'il est malaisé de calculer exactement la différence entre le montant de cette indemnité et celui de l'indemnité journalière assurance maladie-invalidité.

Le Comité de gestion propose donc de rejeter ces amendements, et ce d'autant plus qu'il est toujours possible au Roi de prévoir des exceptions pour des cas particuliers étant donné que le § 2 de l'article 57 donne au Roi le pouvoir de déroger aux dispositions générales du § 1<sup>er</sup>.

Dès lors l'arrêté royal d'exécution peut prévoir la sauvegarde des droits des travailleurs licenciés par un employeur failli, si bien que les buts visés par Monsieur De Clercq seraient atteints.

## ART. 20.

In dit amendement wordt voorgesteld de huidige tekst van artikel 58 te behouden.

Fundamenteel is er tussen de beide teksten geen verschil. De tekst van het wetsontwerp verschilt enkel van de huidige op het stuk van wetgevings-techniek. Met de vroegere tekst kan cumulatie worden verboden. De nieuwe tekst, die overeenstemt met de gelijkwaardige bepalingen van andere sociale-zekerheidstakken, bepaalt nu juist onder welke voorwaarden cumulatie is toegestaan.

De nieuwe tekst valt te verkiezen boven de vroegere, omdat hij het mogelijk maakt kladere en uitdrukkelijker bepalingen in te voeren. De stellers van het amendement stellen voor een algemene reglementering op de cumulatie in te voeren, doch raden aan de thans geldende wetgeving inmiddels ongewijzigd te houden. Het Beheerscomité is van oordeel dat, in die optiek zelf van een algemene reglementering van de cumulatie van sociale-zekerheidsuitkeringen, de nieuwe tekst in aanmerking zou moeten worden genomen omdat hij een beter aangepaste wetgevings-techniek mogelijk maakt en grotere mogelijkheden biedt om in de verschillende sociale-zekerheidstakken de teksten te harmoniëren.

Het ligt trouwens niet in de bedoeling van het Beheerscomité strengere maatregelen dan de huidige voor te stellen.

## ART. 20.

Cet amendement propose de conserver le texte actuel de l'article 58.

Fondamentalement, il n'y a pas de différence entre les deux textes. Le texte du projet de loi ne diffère du texte actuel que sur le plan de la technique législative. L'ancien texte offre la possibilité d'interdire le cumul. Le nouveau texte, dont la rédaction est conforme aux dispositions équivalentes d'autres secteurs de la sécurité sociale, stipule précisément les conditions dans lesquelles le cumul est autorisé.

Le nouveau texte est préférable à l'ancien parce qu'il permet de légiférer plus clairement et plus explicitement. Les auteurs de l'amendement proposent l'introduction d'une réglementation générale sur les cumuls mais préconisent de ne rien changer à la législation actuelle, dans l'intervalle. Le Comité de gestion estime que le nouveau texte devrait être retenu dans cette optique même de réglementation générale du cumul de prestations de sécurité sociale parce qu'il permet une technique législative mieux adaptée et de plus grandes possibilités d'harmonisation rédactionnelle entre les différents secteurs de la sécurité sociale.

Il n'entre d'ailleurs pas dans les intentions du Comité de gestion de proposer des mesures plus sévères que celles qui existent actuellement.