

Chambre des Représentants

SESSION 1963-1964.

19 DÉCEMBRE 1963.

PROJET DE LOI

complémentaire à la loi du 9 août 1963, instituant
et organisant un régime d'assurance obligatoire
contre la maladie et l'invalidité.

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA PREVOYANCE SOCIALE (1),
PAR MM. DE PAEPE ET BROUHON.

MESDAMES, MESSIEURS,

Bien que le Sénat ait procédé à un examen approfondi du projet complémentaire à la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, votre Commission — vu l'importance du présent projet — a cependant estimé devoir approfondir les aspects généraux des modifications et des ajoutes apportées à la loi précitée ainsi que les divers articles.

Votre Commission a tout d'abord écouté un exposé détaillé du Ministre au sujet de la portée du présent projet de loi, exposé dont le texte figure ci-après :

(1) Composition de la Commission :

Président : M. Deconinck (J.).

A. — Membres : MM. Delhache, De Mey, De Paepe, M^{me} De Rie-maecker-Legot, MM. Duvivier, Lavens, Lenoir, Olislaeger, Peeters (L.), Posson, Van den Daele. — Brouhon, Castel, Deconinck (J.), De Keuleneir, Demets, M^{me} Fontaine-Borguet, Lambert, MM. Major, Namèche, Vanderhaegen. — D'haeseleer, Vanderpoorten.

B. — Suppléants : MM. De Staercke, Houbart, Lebas, Otte, Tanghe, Verbaanderd. — Christiaenssens, M^{me} Copée-Gerbinet, MM. Hicquet, Lamers, Paque (S.). — Cornet.

Voir :

696 (1963-1964) :

- N° 1 : Projet transmis par le Sénat.
- N° 2 : Amendements.

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1963-1964.

19 DECEMBER 1963.

WETSONTWERP

ter aanvulling van de wet van 9 augustus 1963 tot
instelling en organisatie van een regeling voor ver-
plichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

VERSLAG

NAMENS DE
COMMISSIE VOOR DE SOCIALE VOORZORG (1),
UITGEBRACHT
DOOR DE HEREN DE PAEPE EN BROUHON.

DAMES EN HEREN,

Alhoewel het ontwerp ter aanvulling van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering door de Senaat grondig werd behandeld, heeft uw Commissie gemeend, gezien het belang van dit ontwerp, toch diepgaand op de algemene aspecten van de wijzigingen en de aanvullingen van de bovenbedoelde wet en op de verschillende artikelen te moeten ingaan.

Uw Commissie hoorde vooreerst een omstandige uiteenzetting van de Minister over de draagwijdte van het wets-ontwerp, waarvan de tekst hierna volgt :

(1) Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer Deconinck (J.).

A. — Leden : de heren Delhache, De Mey, De Paepe, Mevr. De Rie-maecker-Legot, de heren Duvivier, Lavens, Lenoir, Olislaeger, Peeters (L.), Posson, Van den Daele. — Brouhon, Castel, Deconinck (J.), De Keuleneir, Demets, Mevr. Fontaine-Borguet, Lambert, de heren Major, Namèche, Vanderhaegen. — D'haeseleer, Vanderpoorten.

B. — Plaatsvervangers : de heren De Staercke, Houbart, Lebas, Otte, Tanghe, Verbaanderd. — Christiaenssens, Mevr. Copée-Gerbinet, de heren Hicquet, Lamers, Paque (S.). — Cornet.

Zie :

696 (1963-1964) :

- N° 1 : Ontwerp door de Senaat overgezonden.
- N° 2 : Amendementen.

L'exposé du Ministre.

Le Ministre de la Prévoyance sociale rappelle que la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a été votée après un long débat qui a occupé trente séances de commission à la Chambre des Représentants et vingt au Sénat. Néanmoins, le reproche a été fait au Gouvernement d'avoir refusé, au Sénat, tout amendement au texte adopté par la Chambre.

Le Ministre justifie cette attitude par la nécessité dans laquelle le Gouvernement se trouvait de faire voter la loi avant les vacances parlementaires afin que le dispositif indispensable à son application dès le 1^{er} janvier 1964 puisse être mis en place.

Toutefois, souligne-t-il, le Gouvernement s'est déclaré d'accord pour soumettre aux Chambres, dès la rentrée parlementaire, un projet de loi complémentaire à la loi du 9 août 1963, projet qui rencontrerait un certain nombre de suggestions ou qui préciserait certaines dispositions de cette loi.

En fait, déclare-t-il, le texte dont le Parlement est saisi poursuit trois objectifs :

- mettre au point les conditions de fonctionnement de l'I.N.A.M.I. dont on conviendra qu'il constitue un parastatal d'une structure particulière;
- mettre la loi du 9 août 1963 en concordance avec les dispositions du projet de loi sur les hôpitaux déposé par le Ministre de la Santé publique et de la Famille;
- régler le problème des relations avec le corps médical.

Les relations avec les représentants du corps médical.

Le Ministre retrace ensuite les efforts faits par le Gouvernement pour nouer un dialogue avec les représentants du corps médical. Il met l'accent sur les difficultés rencontrées.

Au mois de juin, dit-il, lorsque la Chambre a voté la loi du 9 août 1963, il n'existait pratiquement pas d'organisation représentative du corps médical. A l'heure actuelle, il est encore difficile de juger du caractère de réelle représentativité de certaines organisations qui comptent sans doute de nombreux membres et qui combattent la loi avec âpreté mais qui ne formulent pas de propositions constructives.

C'est autour de l'article 151 de la loi du 9 août 1963 que s'est cristallisée l'opposition essentielle des associations médicales. Or, fait observer le Ministre, c'est précisément pour faire face à des difficultés possibles et pour répondre à certaines objections portant notamment sur le libre choix que la rédaction primitive de l'article 151 a été modifiée par la Commission de la Prévoyance sociale de la Chambre.

En effet, il avait d'abord été prévu que seules, les prestations effectuées par des médecins ayant signé une convention donneraient lieu à une intervention financière de l'assurance. Il fut objecté qu'un tel système porterait atteinte au principe du libre choix, d'où l'introduction de la notion du tarif obligatoire.

Mais, souligne encore le Ministre, la polémique n'a pas porté uniquement sur ce point. Lors de la reprise des négociations, à l'initiative du Gouvernement, certaines associations ont posé pour préalable à toute discussion, l'abrogation pure et simple des dispositions de la loi du 9 août 1963

Uiteenzetting van de Minister.

De Minister van Sociale Voorzorg wijst erop dat de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, werd goedgekeurd na een lang debat dat dertig commissievergaderingen in de Kamer van Volksvertegenwoordigers en twintig in de Senaat in beslag heeft genomen. Niettemin heeft men de Regering het verwijt gemaakt dat ze in de Senaat ieder amendement op de door de Kamer goedgekeurde tekst heeft geweigerd.

De Minister rechtvaardigt deze houding door de noodzaak waarvoor de Regering zich geplaatst zag de wet vóór het parlementair reces te doen goedkeuren ten einde de nodige maatregelen voor de toepassing ervan op 1 januari 1964 te kunnen nemen.

Hij vestigt er evenwel de aandacht op dat de Regering ermede ingestemd heeft onmiddellijk na de hervatting van de parlementaire werkzaamheden een wetsontwerp ter aanvulling van de wet van 9 augustus 1963 aan de Kamers voor te leggen; in dit ontwerp zou worden ingegaan op een bepaald aantal suggesties of zouden sommige bepalingen van bedoelde wet worden verduidelijkt.

In feite, verklaart hij, worden met de bij het Parlement ingediende tekst drie doeleinden nagestreefd :

- nauwkeurige omschrijving van de wijze van werken van het N.I.V.Z.I., waarvan algemeen wordt aanvaard dat het een parastatale instelling met een bijzondere structuur is;
- de wet van 9 augustus 1963 in overeenstemming brengen met de bepalingen van het wetsontwerp op de ziekenhuizen dat door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin is ingediend;
- het probleem van de betrekkingen met de geneesheren regelen.

De betrekkingen met de vertegenwoordigers van de geneesheren.

De Minister geeft vervolgens een overzicht van de inspanningen, die door de Regering werden gedaan om te komen tot een dialoog met de vertegenwoordigers van de geneesheren. Hij legt de nadruk op de moeilijkheden waarop men is gestuit.

In de maand juni, toen de Kamer haar goedkeuring aan de wet van 9 augustus 1963 hechtte, was er van een representatieve geneesherenvereniging praktisch geen sprake. Het is nog moeilijk zich op dit ogenblik een voorstelling te geven van de werkelijke representatieve aard van bepaalde organisaties, die ongetwijfeld talrijke leden tellen, doch die de wet verbeteren bestrijden zonder opbouwende voorstellen te doen.

De voornaamste weerstand van de geneesherenverenigingen is gekristalliseerd rond artikel 151 van de wet van 9 augustus 1963. Het is nu precies, merkt de Minister, om het hoofd te bieden aan mogelijke moeilijkheden en om tegemoet te komen aan bepaalde bezwaren, onder meer in verband met de vrije keuze, dat de oorspronkelijke tekst van artikel 151 door de Commissie voor de Sociale Voorzorg van de Kamer is gewijzigd.

Aanvankelijk was inderdaad voorzien dat de verzekering financieel alleen tussenbeide zou komen voor prestaties van geneesheren, die een overeenkomst zouden hebben ondertekend. Tegen een dergelijke regeling werd aangevoerd dat ze afbreuk deed aan het principe van de vrije keuze, zodat het begrip van het « verplicht tarief » wordt ingevoerd.

De Minister wijst er evenwel op dat het verschil van mening niet alleen op dit punt betrekking had. Toen de onderhandelingen op initiatief van de Regering werden hervat, hebben sommige verenigingen als voorwaarde voor ieder overleg gesteld dat de bepalingen in de wet van

ayant trait à la profession médicale, ce que, bien entendu, aucun Gouvernement n'aurait pu accepter.

Dès lors, la discussion s'est poursuivie avec deux associations : l'« Algemeen Syndikaat der Geneesheren » et l'Union professionnelle des Médecins socialistes. A tout moment, elle est demeurée ouverte à tous et l'on peut dire qu'elle fut positive.

Le Ministre conclut sur ce point en affirmant que, contrairement à l'opinion que l'on tente d'accréditer, la loi du 9 août 1963 n'a pas voulu réglementer la profession médicale : elle ne fait que déterminer le mode de fonctionnement et les techniques d'intervention de l'assurance.

Les « bons offices ».

Le Ministre évoque alors diverses interventions effectuées dans le but de rétablir le contact entre le Gouvernement et les associations médicales hostiles à la loi.

C'est ainsi qu'un groupe de professeurs des universités s'est prêté à une mission de « bons offices », faisant la navette entre le Gouvernement et le C.N.A.C.

C'est par l'intermédiaire de ce groupe des « bons offices » que le Gouvernement fut mis en possession d'un questionnaire auquel il a répondu par écrit.

Ses réponses ne furent pas contestées. Finalement, une rencontre eut lieu avec les représentants du C.N.A.C. mais sans résultat, les médecins défendant la thèse qu'ils doivent demeurer libres de fixer leurs honoraires et d'organiser eux-mêmes le contrôle, le rôle de l'A.M.I. étant limité au remboursement des prestations.

Autres initiatives.

Le Ministre signale encore la lettre par laquelle 142 médecins membres des Académies ou du corps professoral ou chefs de services hospitaliers ont demandé au Gouvernement de solliciter l'avis des deux Académies et du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins sur le projet de loi complémentaire et rectificatif avant qu'il soit soumis au vote du Parlement.

Le texte de cette lettre est communiqué aux membres de la Commission de même que les documents suivants :

- Réponse du Premier Ministre à la lettre du groupe de médecins membres des Académies ou du corps professoral ou chefs de services hospitaliers acceptant leur suggestion (21 novembre 1963);
- Lettre du Premier Ministre à M. F. Albert, président de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, sollicitant l'avis de l'Académie sur le projet complémentaire (22 novembre 1963);
- Lettre du Premier Ministre au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins sollicitant son avis sur le projet complémentaire (22 novembre 1963);
- Lettre adressée au Premier Ministre par l'Académie Royale de Médecine de Belgique contenant l'avis formulé par celle-ci au sujet du projet complémentaire (2 décembre 1963);
- Réponse du Premier Ministre aux avis de l'Académie Royale de Médecine de Belgique et de la « Koninklijke Vlaamse Academie voor Geneeskunde van België »

9 augustus 1963 ten aanzien van het medische beroep eenvoudigweg zouden komen te vervallen. Het spreekt vanzelf dat geen enkele Regering hiermede haar instemming had kunnen betuigen.

Het overleg werd derhalve voortgezet met twee verenigingen : het Algemeen Syndikaat der Geneesheren en de Beroepsvereniging der Socialistische Geneesheren. Op geen enkel ogenblik werd de deur voor de andere verenigingen dichtgedaan, en men kan gerust zeggen dat het overleg positieve resultaten heeft opgeleverd.

Tot besluit van dit punt bevestigt de Minister dat, in tegenstelling met hetgeen men poogt te doen geloven, de wet van 9 augustus 1963 geen reglementering van het medisch beroep heeft willen tot stand brengen : zij beperkt er zich toe de wijze van werken en de tussenkomsten van de verzekeringen te bepalen.

De « goede diensten ».

De Minister wijdt dan uit over de verschillende tussenkomsten die werden gedaan om het contact tussen de Regering en de geneesherenverenigingen die afwijzend ten opzichte van de wet staan, te herstellen.

Een groep universiteitsprofessoren heeft haar « goede diensten » aangeboden en is als verbindingsorgaan tussen de Regering en het N.C.C.A. opgetreden.

Door bemiddeling van deze groep van de « goede diensten » werd de Regering in het bezit gesteld van een vragenlijst, waarop zij schriftelijk geantwoord heeft.

De antwoorden werden niet aangevochten. Ten slotte had een bijeenkomst met de vertegenwoordigers van het N.C.C.A. plaats, die zonder resultaat bleef omdat de geneesheren zich op het standpunt plaatsen dat zij vrij moeten blijven om hun erelonen te bepalen en zelf de controle in te richten; de Z.I.V. zou zich enkel belasten met het terugbetalen van de prestaties.

Andere initiatieven.

De Minister maakt nog gewag van de brief, waarin 142 geneesheren die lid van de Academiën of van het professorencorps ofwel hoofden van hospitaaldiensten zijn, de Regering hebben verzocht het advies van de twee Academiën en van de Hoge Raad van de Orde der geneesheren over het aanvullings- en wijzigingsontwerp in te winnen alvorens het ter stemming aan het Parlement voor te leggen.

De tekst van deze brief wordt medegedeeld aan de leden van de Commissie, samen met de volgende stukken :

- Antwoord van de Eerste Minister op de brief van de groep geneesheren, die lid van de Academiën of van het professorencorps ofwel hoofden van hospitaaldiensten zijn en waarin hun suggestie wordt aanvaard (21 november 1963);
- Brief van de Eerste Minister aan de heer F. Albert, voorzitter van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, waarin het advies van de Academie over het aanvullingsontwerp wordt gevraagd (22 november 1963);
- Brief van de Eerste Minister aan de Hoge Raad van de Orde der geneesheren, waarin zijn advies over het aanvullingsontwerp wordt gevraagd (22 november 1963);
- Brief aan de Eerste Minister door de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, waarin ze haar advies met betrekking tot het aanvullingsontwerp geeft (2 december 1963);
- Antwoord van de Eerste Minister op de adviezen van de « Académie Royale de Médecine de Belgique » en de Koninklijke Vlaamse Academie voor Geneeskunde

mentionnant notamment les amendements que le Gouvernement compte présenter au Sénat (5 décembre 1963);

- Lettre de M. Belpaire, président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins à M. le Premier Ministre et contenant l'avis du Conseil supérieur de l'Ordre sur le projet de loi complémentaire;
- Réponse du Premier Ministre à l'avis du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins (10 décembre 1963).

La volonté du Gouvernement de ne négliger aucune possibilité de contact avec les associations et les institutions du corps médical a pour conséquence que le projet ne peut être discuté à la Chambre qu'en dernière minute. Mais, estime le Ministre, il convenait de faire le maximum pour éviter un conflit avec les médecins.

Considérations générales.

La dernière partie de l'exposé du Ministre est consacrée à des considérations d'ordre général sur la portée du projet de loi complémentaire.

Ce projet, insiste-t-il, ne met pas en cause les principes qui sont à la base de la loi du 9 août 1963. Il n'avait d'ailleurs pas à le faire car cette loi n'a jamais eu pour objet ou pour effet de porter atteinte à la liberté de thérapeutique, ni de brimer les droits du malade ou du médecin.

Le projet complémentaire ne touche pas non plus aux buts sociaux poursuivis par la loi du 9 août 1963. Il se borne à mettre certains de ses articles en concordance avec la loi sur la gestion paritaire et avec la loi sur les hôpitaux. Il répond également à des suggestions ne mettant pas en péril les fondements de la loi du 9 août 1963.

En ce qui concerne l'article 151 qui imposait le respect des tarifs à défaut de convention, il est proposé de le remplacer par un nouveau texte permettant l'organisation d'une période expérimentale pendant laquelle ceux qui, parmi les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les accoucheuses, les infirmières, les kinésistes et les fournisseurs de prothèses ou d'appareils, n'auraient pas adhéré à une convention nationale, régionale ou individuelle, peuvent faire un choix entre deux formules :

La première consiste en l'inscription sur une liste des personnes qui, tout en n'adhérant pas à la convention acceptent, à titre expérimental, de respecter les tarifs d'honoraires fixés dans la convention.

Le remboursement de l'assurance pour les prestations fournies par ces personnes est égal à celui prévu pour les prestations fournies par des personnes qui ont adhéré à la convention en vigueur.

La seconde consiste dans le refus pur et simple d'adhérer à la convention ou d'en respecter les tarifs d'honoraires.

Toutefois, les praticiens seront tenus de remettre aux malades une quittance mentionnant le montant des honoraires effectivement perçus. Ce n'est que sur présentation de cette quittance que le malade sera remboursé par l'assurance sur la base des tarifs actuellement en vigueur (facteur K 10).

De plus, les personnes refusant d'adhérer à la convention ou d'en appliquer les tarifs d'honoraires ne peuvent réclamer aux pensionnés, aux veuves, aux invalides et aux orphelins ainsi qu'aux personnes à leur charge, des honoraires ou des prix supérieurs à ceux de la nomenclature visée à l'article 24 de la loi et dont les valeurs relatives sont affectées d'un facteur de multiplication égal à 10.

van België, waarin onder meer melding wordt gemaakt van de amendementen die de Regering van zins is in de Senaat voor te stellen (5 december 1963);

- Brief van de heer Belpaire, voorzitter van de Hoge Raad van de Orde der geneesheren, aan de heer Eerste Minister, waarin het advies van de Hoge Raad van de Orde over het aanvullend wetsontwerp wordt gegeven;
- Antwoord van de Eerste Minister op het advies van de Hoge Raad van de Orde der geneesheren (10 december 1963).

De wil van de Regering om geen enkele mogelijkheid tot het leggen van contacten met de geneesherenverenigingen en -instellingen onbenut te laten, heeft tot gevolg dat het ontwerp slechts op het laatste ogenblik in de Kamer kan worden besproken. De Minister meent evenwel dat men tot het uiterste diende te gaan om een conflict met de geneesheren te vermijden.

Algemene overwegingen.

Het laatste gedeelte van de uiteenzetting van de Minister behelst enkele overwegingen van algemene aard over de draagwijdte van het aanvullend wetsontwerp.

Hij legt er de nadruk op dat dit ontwerp geen afbreuk doet aan de beginselen die tot grondslag dienen van de wet van 9 augustus 1963. Dit was trouwens niet nodig, want deze wet heeft nooit ten doel of tot gevolg gehad dat de vrijheid inzake geneeskundige verzorging aan banden werd gelegd of dat de rechten van de zieke of van de geneesheer werden beknot.

Het aanvullingsontwerp raakt evenmin aan de sociale doelstellingen die door de wet van 9 augustus 1963 worden nagestreefd. Het beperkt zich ertoe sommige artikelen in overeenstemming te brengen met de wet op het paritair beheer en met de wet op de ziekenhuizen. Het komt eveneens tegemoet aan suggesties, die de grondslagen van de wet van 9 augustus 1963 niet in gevaar brengen.

Met betrekking tot artikel 151, waarin was voorzien dat bij het ontbreken van een overeenkomst de tarieven dienden te worden nageleefd, wordt voorgesteld de tekst ervan te vervangen door een nieuwe. Hierdoor wordt de mogelijkheid geboden een proefperiode in te richten, gedurende welke de geneesheren, de tandheelkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegsters, de kinesitherapeuten en de verstrekkers van prothesen en toestellen, die niet tot een nationale overeenkomst zouden zijn toegetreden, kunnen kiezen tussen twee formules :

Ofwel worden ingeschreven op een lijst van personen, die zich weliswaar niet bij de overeenkomst aansluiten, doch die er in toestemmen bij wijze van proef de in de overeenkomst bepaalde ereloonarieven toe te passen.

De prestaties gedaan door deze personen worden door de verzekering terugbetaald tegen hetzelfde tarief als datgene dat is voorzien voor de prestaties van personen die de vigerende overeenkomst hebben ondertekend.

Ofwel eenvoudig weigeren aan te sluiten bij de overeenkomst of de ereloonarieven ervan na te leven.

De beoefenaars zijn evenwel verplicht aan de zieken een kwijtschrift af te leveren, waarop het bedrag van de werkelijk geïnde erelonen is vermeld. Het is slechts na overlegging van dit kwijtschrift dat de zieke door de verzekering zal worden terugbetaald op basis van de huidige tarieven (factor K 10).

Daarenboven mogen de personen die weigeren bij de overeenkomst aan te sluiten of de ereloonarieven ervan toe te passen, aan de gepensioneerden, de invaliden en de wezen, alsmede aan de personen te hunnen laste, geen hogere erelonen of prijzen vragen dan die van de naamlijst bedoeld in artikel 24 van de wet en waarvan de relatieve waarden zijn voorzien van een vermenigvuldigingscoëfficiënt 10.

Pour ces catégories sociales l'intervention de l'assurance est fixée à 100 % des honoraires.

Le Ministre souligne encore qu'une formule de solidarité de la charge causée par la gratuité des prestations médicales ou pharmaceutiques accordées aux catégories sociales prévues par la loi a été trouvée. Et il conclut en donnant la garantie que les dispositions de la loi seront appliquées dès le 1^{er} janvier 1964.

Procédure suivie pour la discussion.

Au moment d'entamer la discussion générale, un membre propose par motion d'ordre de n'engager la discussion qu'en présence du Ministre. Celui-ci est retenu au Sénat. Mais, souligne ce membre, le projet à discuter ne comporte pas uniquement des aspects techniques mais aussi des aspects politiques qui sont de la compétence du Ministre. Le membre ne s'oppose pas à ce que les travaux de la Commission soient réglés de façon à ce que le projet de loi complémentaire soit examiné dans les délais prévus, mais il pense que la présence du Ministre est indispensable.

D'autres membres considèrent au contraire que la Commission peut siéger en l'absence du Ministre et examiner les différents articles du projet en première lecture. Tel est également l'avis du Président. Le membre qui a demandé la remise de la discussion par motion d'ordre ne peut se rallier à cette façon de voir et quitte la séance. Il déclare qu'il ne reprendra part aux travaux qu'en présence du Ministre.

La Commission décide de procéder à la discussion générale du projet et à un premier examen des articles. Il est entendu que le vote n'interviendra qu'en seconde lecture après que le Sénat se sera prononcé sur l'ensemble du projet. Ce n'est qu'au cours de la seconde lecture que les amendements éventuels seront discutés.

Discussion générale.

Un membre pose une série de questions :

- Il demande quelles sont les modifications que le projet de loi complémentaire apporte à la loi du 9 août 1963 par rapport à l'application de la loi sur la gestion paritaire;
- Il s'informe des modifications apportées par le projet complémentaire à la même loi en ce qui concerne la garantie du secret médical;
- Il demande quelle sera la situation des malades après le vote du projet de loi complémentaire et quels seront les tarifs appliqués après le 1^{er} janvier 1964 ?

Un autre membre voudrait savoir comment sera réalisée, avec le projet complémentaire, la gratuité des soins de santé aux pensionnés, veuves, invalides et orphelins. Ce même membre s'inquiète de la manière dont la gratuité de l'hospitalisation sera assurée.

La réponse à ces questions apporte les précisions suivantes :

1^o La gestion paritaire.

1. L'article 1^{er} étend la loi du 25 avril 1963 à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Voor deze sociale categorieën is de tussenkomst van de verzekering bepaald op 100 %.

De Minister vestigt er nog de aandacht op dat men het eens is geworden over een formule tot gelijkmatige verdeling van de lasten, die voortvloeien uit het feit dat aan de in de wet voorziene sociale categorieën kosteloze geneeskundige en farmaceutische zorgen worden toegekend. Tot besluit geeft hij de stellige verzekering dat de bepalingen van de wet vanaf 1 januari 1964 zullen worden toegepast.

Werkwijze gevolgd bij de bespreking.

Op het ogenblik dat de algemene bespreking een aanvang neemt, stelt een lid bij ordemotie voor, daarmede te wachten tot de Minister zal aanwezig zijn. Deze is in de Senaat weerhouden. Het lid wijst erop dat het ter bespreking voorgelegde ontwerp niet alleen technische kanten heeft, doch ook politieke, die tot de bevoegdheid van de Minister behoren. Hij verzet er zich niet tegen dat de werkzaamheden van de Commissie derwijze worden geregeld dat het aanvullend wetsontwerp binnen de gestelde termijn wordt onderzocht, doch acht de aanwezigheid van de Minister noodzakelijk.

Andere leden zijn daarentegen de mening toegedaan dat de Commissie bij afwezigheid van de Minister kan zetelen en de verschillende artikelen van het ontwerp in eerste lezing kan onderzoeken. De Voorzitter spreekt zich in dezelfde zin uit. Het lid dat bij ordemotie om de verdaging van de bespreking heeft verzocht, kan zich niet bij deze zienswijze aansluiten en verlaat de vergadering. Hij verklaart enkel opnieuw aan de werkzaamheden te zullen deelnemen wanneer de Minister zal aanwezig zijn.

De Commissie beslist over te gaan tot de algemene bespreking van het ontwerp en tot een eerste onderzoek van de artikelen. Overeengekomen wordt dat de stemming slechts in tweede lezing zal plaatsvinden, nadat de Senaat zich over het geheel van het ontwerp zal hebben uitgesproken. De gebeurlijke amendementen zullen pas tijdens de tweede lezing worden besproken.

Algemene bespreking.

Een lid stelt een aantal vragen :

- Hij vraagt welke wijzigingen het aanvullend wetsontwerp brengt in de wet van 9 augustus 1963, wat de toepassing van de wet op het paritair beheer betreft;
- Hij vraagt uitleg over de wijzigingen, die het ontwerp ter aanvulling van de wet van 9 augustus 1963 brengt met betrekking tot het waarborgen van het medisch geheim;
- Hij vraagt welke de toestand van de zieken zal zijn na de goedkeuring van het aanvullend wetsontwerp en welke tarieven na 1 januari 1964 zullen worden toegepast ?

Een ander lid wenst te vernemen op welke wijze het aanvullend ontwerp de kosteloze gezondheidszorgen aan gepensioneerden, weduwen, invaliden en wezen zal regelen. Hetzelfde lid spreekt zijn ongerustheid uit over de manier waarop de kosteloze opname in ziekenhuizen zal worden verwezenlijkt.

Het antwoord op deze vragen verstrekt de volgende toelichtingen :

1^o Paritair beheer.

1. Bij het eerste artikel wordt de wet van 25 april 1963 uitgebreid tot de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

2. L'article 2 (nouvel article 1^{er} du projet) précise quelles sont les dispositions de la loi du 25 avril 1963 qui seront d'application à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

2° *Le secret médical.*

1. L'article 22 (nouvel article 17 du projet) dispose que le médecin-spécialiste n'envoie le protocole de ses examens au médecin traitant qu'avec l'accord du malade et qu'il ne l'envoie au médecin-conseil de l'organisme assureur que lorsque ce dernier en fait la demande.

2. L'article 23 (nouvel article 18 du projet) modifie l'article 37 de la loi du 9 août 1963; la principale modification apportée par le nouveau texte consiste à préciser que les inscriptions au carnet doivent être faites par des médecins à l'exclusion de toute autre personne : ces inscriptions seront faites soit par le médecin qui donne ses soins, soit par le médecin qui prescrit des soins qui doivent être donnés par d'autres personnes.

3. L'article 32 (nouvel article 24 du projet) est modifié en ce sens que l'obligation de fournir les renseignements qui y sont visés, n'est pas imposée aux préposés ou mandataires des médecins. En outre, l'article 84 de la loi du 9 août 1963 précise que « la communication et l'utilisation de ces renseignements doivent se faire dans des conditions de nature à éviter la divulgation d'éléments couverts par le secret médical ».

4. L'article 33 (nouvel article 25 du projet) n'impose plus aux préposés ou mandataires des médecins l'obligation de fournir les renseignements visés par l'article 96 de la loi du 9 août 1963.

3° *La situation des assurés.*

1. Il est entendu que, à défaut de conventions conclues à la date du 1^{er} janvier 1964, c'est le Roi qui établit la nomenclature des prestations et des honoraires correspondants.

2. L'article 11 (nouvel article 7 du projet) prévoit que les frais de déplacement que le médecin est autorisé à porter en compte, conformément aux dispositions de l'article 15 (nouvel article 10 du projet), sont remboursés à raison de 75 %, lorsqu'il est établi que le malade se trouve dans l'impossibilité de se déplacer. Cette disposition ne vise cependant pas les frais de déplacement que peut réclamer le médecin-spécialiste lorsqu'il a été appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant; il n'est pas prévu de remboursement dans ce cas, parce qu'il s'agit d'une situation dans laquelle se trouve peu fréquemment un même assuré.

3. La modification qu'apporte à l'article 29, § 6, de la loi du 9 août 1963, l'article 15, § 2 (nouvel article 10 du projet) vise la solidarité de la charge du ticket modérateur dont sont dispensés les veuves, les pensionnés, les invalides et les orphelins.

4. L'article 9 (nouveau) du projet modifie l'article 23 de la loi du 9 août 1963 en faisant allusion à la médecine préventive; il complète cet article par des dispositions relatives à la prévention de la tuberculose, la protection de l'enfance contre la contagion tuberculeuse et les frais de voyage des malades hospitalisés en sanatorium pour tuberculeux pulmonaires ou traités ambulatoirement dans des centres anticancéreux.

5. L'article 20 (nouvel article 15 du projet) prévoit que les médecins qui n'adhèrent pas à la convention devront

2. Bij artikel 2 (nieuw artikel 1 van het ontwerp) worden de bepalingen van de wet van 25 april 1963 die zullen worden toegepast op het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, nader omschreven.

2° *Medisch geheim.*

1. In artikel 22 (nieuw artikel 17 van het ontwerp) wordt bepaald dat de geneesheer-specialist het protocol van zijn onderzoeken aan de huisarts slechts mededeelt met goedvinding van de zieken en dat hij het aan de adviserende geneesheer van de verzekeringsinstelling slechts overmaakt, wanneer deze hem daarom verzoekt.

2. In artikel 23 (nieuw artikel 18 van het ontwerp) wordt artikel 37 van de wet van 9 augustus 1963 gewijzigd; de voornaamste wijziging die door de nieuwe tekst wordt aangebracht bestaat erin dat de vermeldingen in het boekje dienen te worden gedaan door de geneesheren, met uitsluiting van alle andere personen; deze vermeldingen zullen gedaan worden door de dokter die de verzorging verstrekt of de dokter die de verzorging voorschrijft welke door andere personen moet worden verricht.

3. Artikel 32 (nieuw artikel 24 van het ontwerp) wordt gewijzigd in die zin dat de verplichting om de daarin bedoelde inlichtingen te verstrekken niet meer weegt op de aangestelden of de mandatarissen van de geneesheren. Bovendien bepaalt artikel 84 van de wet van 9 augustus 1963 « dat de mededeling en het gebruik dat van die inlichtingen wordt gemaakt geenszins het ruchtbaar maken van het geneeskundig geheim tot gevolg mag hebben ».

4. Artikel 33 (nieuw artikel 25 van het ontwerp) legt de verplichting niet meer op aan de aangestelden of de mandatarissen van de geneesheren de in artikel 96 van de wet van 9 augustus 1963 bedoelde inlichtingen te verstrekken.

3° *Toestand van de verzekerden.*

1. Het is wel verstaan dat bij gebreke aan overeenkomsten die op 1 januari 1964 zijn afgesloten, de Koning de lijst van de verstrekkingen en van de overeenkomstige honoraria vaststelt.

2. In artikel 11 (nieuw artikel 7 van het ontwerp) wordt bepaald dat de verplaatsingskosten die de geneesheer gerechtigd is in rekening te brengen, overeenkomstig het bepaalde in artikel 15 (nieuw artikel 10 van het ontwerp), terugbetaald worden ten belope van 75 %, wanneer vaststaat dat de zieke zich onmogelijk kan verplaatsen. Deze bepaling betreft echter niet de verplaatsingskosten die mogen geëist worden door de geneesheer-specialist, wanneer deze in consult wordt opgeroepen door de huisarts ten huize van de zieke; in dit geval is er geen terugbetaling voorzien, omdat het een toestand betreft waarin eenzelfde verzekerde zich niet vaak bevindt.

3. De wijziging die door artikel 15, § 2 (nieuw artikel 10 van het ontwerp) in artikel 29, § 6, van de wet van 9 augustus 1963 aangebracht wordt, strekt ertoe de last van het matigingsticket, waarvan de weduwen, de gepensioneerden, de invaliden en de wezen vrijgesteld zijn, te solidariseren.

4. Artikel 9 (nieuw) van het ontwerp wijzigt artikel 23 van de wet van 9 augustus 1963 door zinspeling op de voorbehoedende geneeskunde; het vult dit artikel aan met bepalingen die betrekking hebben op de voorbehoeding tegen tuberculose, de bescherming van het kind tegen tuberculosebesmetting en de reiskosten van de in een sanatorium voor longtuberculose opgenomen zieken of van patiënten die in antikankercentra ambuland worden behandeld.

5. Artikel 20 (nieuw artikel 15 van het ontwerp) bepaalt dat de geneesheren die niet toetreden tot de overeenkomst

donner une quittance pour les prestations qu'ils ont fournies, cette quittance devant mentionner le montant des honoraires réclamés et l'indication des prestations.

6. L'article 25 (*nouveau*) modifie l'article 50 de la loi du 9 août 1963 en précisant que les indemnités d'incapacité prolongée dues aux assurés qui n'ont pas de personne à charge, ne peuvent être inférieures à 40 % de la rémunération sur laquelle les cotisations de sécurité sociale ont été prélevées.

7. L'article 41 (*nouveau*) est modifié de façon à permettre de payer aux assurés qui se trouvent en incapacité de travail depuis moins de douze mois, à la date d'entrée en vigueur de la loi, et dont la rémunération journalière moyenne était plafonnée à 250 francs en application de l'article 104 de l'arrêté royal du 22 septembre 1955, l'indemnité qui correspondrait à la nouvelle rémunération journalière moyenne qui aurait été prévue par ledit article à partir du 1^{er} janvier 1964 sous l'influence de la hausse de l'indice des prix de détail du Royaume.

Les modifications apportées à l'article 149 de la loi du 9 août 1963 permettent en outre d'appliquer aux assurés qui y sont visés, les nouvelles dispositions en matière de cumul et de refus de prestations.

A la question relative à la gratuité des soins de santé en faveur de certaines catégories sociales, il est répondu que la loi du 9 août 1963 réglait ce problème notamment en ses articles 25, § 2, et 29, § 6. La formule arrêtée dans la loi précitée a fait l'objet d'une campagne de la part de certaines associations de médecins, qui ont fait valoir notamment que la suppression du ticket modérateur ne pourrait constituer une charge dont les médecins devraient supporter l'entière responsabilité. L'accent a été mis par ces associations sur la situation des médecins établis dans des régions qui, en fonction de l'évolution démographique, comptent un grand nombre de pensionnés. C'est pour rencontrer ces objections que le présent projet tend à modifier la rédaction de l'article 29, § 6, en ce sens que l'établissement, par voie de convention, d'honoraires préférentiels devient facultatif. En d'autres termes, lesdites conventions, tout en laissant subsister la possibilité de la prise en charge par les médecins d'une partie du ticket modérateur, peuvent fixer un tarif unique d'honoraires. Mais, dans cette éventualité, l'assurance remboursera aux catégories sociales concernées par la gratuité, 100 % du tarif ainsi fixé.

Des instructions ont été données aux organismes assureurs en date du 16 décembre 1963 afin que ceux-ci apposent dans les carnets des bénéficiaires susvisés un cachet attestant leur qualité de veuve, de pensionné, d'invalidé ou d'orphelin. Il s'agit en l'occurrence d'une première mesure d'exécution en vue de l'application de la loi aux intéressés à partir du 1^{er} janvier 1964.

En ce qui concerne l'hospitalisation, l'intervention de l'assurance se fera à raison de 100 % des tarifs normaux tels qu'ils sont prévus dans la loi sur les hôpitaux. Cette disposition sera également de stricte application à partir du 1^{er} janvier prochain. Ajoutons à ce propos que la Commission réunissant les représentants des organismes assureurs et des établissements hospitaliers sera installée le 19 décembre 1963 afin d'aboutir avant la fin de l'année encore à la conclusion d'une convention portant sur les tarifs d'hospitalisation.

Un membre demande des explications complémentaires au sujet du mécanisme des honoraires qui seront dus pour les soins donnés aux catégories sociales bénéficiaires des

een kwitantie zullen moeten uitreiken voor de verleende verstrekkingen, waarop het bedrag van de gevraagde honoraria en de vermelding van de prestaties voorkomen.

6. Artikel 25 (*nieuw*) wijzigt artikel 50 van de wet van 9 augustus 1963 door te bepalen dat de uitkeringen wegens voortdurende arbeidsongeschiktheid, die verschuldigd zijn aan de verzekerden die geen personen ten laste hebben, niet minder mogen bedragen dan 40 % van het loon waarop de bijdragen voor de sociale zekerheid geheven werden.

7. Artikel 41 (*nieuw*) wordt zodanig gewijzigd dat het mogelijk zal zijn aan de verzekerden, die sinds ten minste twaalf maanden arbeidsongeschikt zijn op het ogenblik dat de wet van kracht wordt en wier gemiddeld dagloon bepaald was op maximum 250 frank in toepassing van artikel 104 van het koninklijk besluit van 22 september 1955, de vergoeding uit te betalen die overeenstemt met het nieuw gemiddeld dagloon dat door dit artikel bepaald zou geweest zijn vanaf 1 januari 1964 onder invloed van de stijging van het indexcijfer der kleinhandelsprijzen van het Rijk.

De wijzigingen die aangebracht werden in artikel 149 van de wet van 9 augustus 1963 maken het bovendien mogelijk de nieuwe bepalingen inzake de samenvoeging en de weigering van verstrekkingen toe te passen op de verzekerden waarop het artikel betrekking heeft.

Op de vraag betreffende de kosteloosheid van de geneeskundige verzorging voor bepaalde sociale categorieën wordt geantwoord dat de wet van 9 augustus 1963 deze kwestie regelde, en wel in de artikelen 25, § 2, en 29, § 6. Tegen de in genoemde wet aangenomen formule is een campagne gevoerd door sommige verenigingen van geneesheren, die met name aanvoerden dat door de afschaffing van het matigingsticket geen last mag ontstaan die volledig door de geneesheren zou te dragen zijn. Die verenigingen legden de nadruk op de toestand der geneesheren die gevestigd zijn in streken waar ingevolge de demografische ontwikkeling veel gepensioneerden wonen. Om die bezwaren te ondervangen wil het nieuwe ontwerp de tekst van artikel 29, § 6, in die zin wijzigen, dat het vaststellen van preferente honoraria bij wege van overeenkomsten facultatief wordt. Dit betekent met andere woorden dat bedoelde overeenkomsten wel de mogelijkheid openlaten om het bedrag van het matigingsticket gedeeltelijk door de geneesheren te laten betalen, maar tevens een eenheidstarief voor de honoraria kunnen bepalen. In dit geval echter zal de verzekering 100 % van het aldus vastgestelde tarief terugbetalen aan de sociale categorieën die voor kosteloosheid in aanmerking komen.

Op 16 december 1963 hebben de verzekeringsinstellingen instructies gekregen om in de boekjes van bedoelde gerechtigden een stempel te drukken ten blijke van hun hoedanigheid van weduwe, gepensioneerde, invalide of wees. Het gaat hier om een eerste uitvoeringsmaatregel met het oog op de toepassing van de wet op de belanghebbenden vanaf 1 januari 1964.

Voor de opneming in het ziekenhuis zal de tegemoetkoming van de verzekering 100 % bedragen van de normale tarieven, zoals die in de wet op de ziekenhuizen zijn voorzien. Die bepaling zal eveneens strikte toepassing vinden vanaf de 1^{ste} januari 1964. Te dien aanzien voegen wij hier nog aan toe dat de Commissie waarin de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de verplegingsinrichtingen zitting hebben, op 19 december 1963 zal worden geïnstalleerd, ten einde nog vóór het einde van het jaar te komen tot een overeenkomst betreffende de tarieven voor de opneming in een ziekenhuis.

Een lid vraagt nadere bijzonderheden met betrekking tot de vaststelling van de honoraria die verschuldigd zullen zijn voor de geneeskundige verzorging van de categorieën

soins gratuits et il voudrait connaître la situation des intéressés en ce qui concerne leur intervention éventuelle dans les frais de déplacement.

Réponse : La qualité de pensionné, veuve, invalide ou orphelin ne confère pas le droit de réclamer indûment le déplacement d'un médecin. Si l'appel d'un médecin au domicile d'un malade appartenant à une de ces catégories sociales n'est pas justifié, le malade supportera la charge du montant forfaitaire du déplacement. Si, au contraire, l'appel du médecin était justifié, le forfait couvrant les frais de déplacement serait remboursé à 100 % par l'assurance.

En ce qui concerne la classification des médecins en trois catégories pendant la période transitoire d'un an prévue par le projet de loi complémentaire, elle s'effectuera comme suit :

1° Les médecins acceptant de signer une convention : ils appliqueront les honoraires prévus dans cette convention. L'intervention de l'assurance s'élèvera à 75 % des honoraires conventionnés pour les soins généraux et à 100 % de ces honoraires pour les soins spéciaux. Ces médecins pourront accéder au régime spécial du statut social prévu pour le corps médical. Les pensionnés, veuves, invalides et orphelins bénéficieront, ainsi que leurs ayants droit, du remboursement total des honoraires conventionnés.

2° Les médecins qui, tout en refusant de signer la convention, acceptent d'appliquer les tarifs conventionnels. Leurs prestations donnent lieu aux mêmes modalités de remboursement que celles prévues pour les praticiens visés au 1°. Ces médecins ne bénéficient pas du régime spécial prévu dans le statut social du corps médical.

3° Les médecins qui refusent de souscrire à la convention et d'en respecter les tarifs. Ces médecins seront tenus de délivrer aux malades une quittance mentionnant les honoraires effectivement réclamés. De toute façon, ces médecins dits « libres » auront l'obligation de respecter, pour les prestations données à des pensionnés, veuves, invalides et orphelins ou à leurs ayants droit, un tarif d'honoraires correspondant à l'application des valeurs relatives de la nomenclature d'un facteur de multiplication égal à 10 F., ce qui correspond aux honoraires actuellement pris en considération pour les tarifs de l'assurance.

Un membre pose la question de savoir à quel type de convention les pharmaciens-bandagistes, les pharmaciens-opticiens, les pharmaciens-acousticiens devront adhérer pour la délivrance des bandages, des lunettes et des appareils acoustiques ?

Il est répondu qu'ils devront adhérer à la convention entre les organismes assureurs d'une part, et les bandagistes ou les opticiens ou les acousticiens d'autre part. Cette adhésion sera indépendante de leur adhésion éventuelle à la convention entre les organismes assureurs et les pharmaciens.

Ce membre constate, d'autre part, que dans la loi il n'est pas fait allusion aux pharmaciens qui, jusqu'à présent, avaient été habilités à effectuer des analyses de laboratoire. Il se demande s'il ne s'agit pas là d'une lacune ?

Il est répondu qu'à la nomenclature des prestations, au chapitre des analyses de laboratoire, il sera précisé qu'outre les docteurs en médecine reconnus comme spécialistes en biologie clinique, les pharmaciens pourront également être

die om sociale redenen recht hebben op kosteloze verzorging en hij zou willen weten in hoeverre de belanghebbenden eventueel moeten bijdragen in de verplaatsingskosten van de geneesheer.

Antwoord : Als gepensioneerde, weduwe, invalide of wees, heeft men niet het recht om ongerechtvaardigd de verplaatsing van een dokter aan te vragen. Indien een dokter op ongerechtvaardigde wijze wordt geroepen naar de woning van een zieke die tot een van de voornoemde categorieën behoort, zal de zieke het forfaitaire bedrag van de verplaatsingskosten te zijne laste moeten nemen. Indien daarentegen blijkt dat terecht een beroep op de geneesheer is gedaan, zal het forfaitair bedrag van de verplaatsingskosten volledig door de verzekering worden terugbetaald.

Voor de indeling van de geneesheren in drie categorieën gedurende de overgangperiode van één jaar voorzien in het wetsontwerp, zal als volgt worden te werk gegaan :

1° Geneesheren die aanvaard hebben een overeenkomst te ondertekenen : zij zullen de in deze overeenkomst bepaalde erelonen toepassen. De tussenkomst van de verzekering zal voor de algemene verzorging 75 % van de bij overeenkomst vastgestelde erelonen en voor de speciale verzorging 100 % van deze erelonen bedragen. Bedoelde geneesheren kunnen worden opgenomen in de speciale regeling van het sociaal statuut dat voor het geneesherenkorps is voorzien. De gepensioneerden, weduwen, invaliden en wezen, alsmede hun rechthebbenden, genieten de volledige terugbetaling van de bij overeenkomst vastgestelde erelonen.

2° Geneesheren, die weliswaar weigeren de overeenkomst te ondertekenen, doch zich akkoord verklaren om de overeengekomen tarieven toe te passen : de terugbetaling van hun verstrekkingen geschiedt op dezelfde wijze als voor de onder 1° bedoelde beoefenaren. De speciale regeling voorzien in het sociaal statuut van het geneesherenkorps, is niet toepasselijk op deze geneesheren.

3° Geneesheren die weigeren de overeenkomst te ondertekenen en de erin opgenomen tarieven in acht te nemen : zij moeten aan de zieken een kwitantie uitreiken, waarop de werkelijk aangerekende honoraria zijn vermeld. In ieder geval zullen deze zogenaamde « vrije » geneesheren voor de verstrekkingen verleend aan gepensioneerden, weduwen, invaliden en wezen of aan hun rechthebbenden, een ere-loontarief in acht moeten nemen, hetwelk overeenstemt met de betrekkelijke waarden van de nomenclatuur waarop een vermenigvuldigingsfactor 10 F. is toegepast; dezelfde honoraria worden thans voor de tarieven van de verzekering in aanmerking genomen.

Een lid vraagt tot welke soort overeenkomst de apothekers-bandagisten, de apothekers-opticiens en de apothekers-akoestici zullen moeten toetreden voor het afleveren van verbanden, brillen en akoestische toestellen.

Geantwoord wordt dat ze moeten toetreden tot de overeenkomst gesloten tussen de verzekeringsinstellingen aan de ene kant, de bandagisten, opticiens of akoestici aan de andere kant. Deze toetreding staat los van hun gebeurlijke toetreding tot de overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de apothekers.

Dit lid vestigt er verder de aandacht op dat in de wet geen gewag wordt gemaakt van de apothekers, die tot nog toe laboratoriumanalyses mochten uitvoeren. Hij vraagt of het hier een leemte betreft.

Daarop werd geantwoord dat op de lijst van de verstrekkingen, in het hoofdstuk van de laboratoriumanalyses, nader zal bepaald worden dat naast de doctors in geneeskunde, die erkend zijn als specialist in klinische biologie,

reconnus compétents à la condition qu'ils soient agréés à cette fin par le Ministre de la Santé publique et de la Famille. Il sera en outre précisé que les pharmaciens qui étaient agréés par le I.N.A.M.I. à la date du 31 décembre 1963, continueront à être considérés comme compétents dans le cadre de la nouvelle loi.

Examen des articles en première lecture.

Art. 1^{er} et 2.

Pas d'observation.

Art. 3.

Il est signalé que cet article corrige une erreur qui s'était glissée dans la loi du 9 août 1963 et qui avait pour conséquence d'écarter du comité de direction un des fonctionnaires dirigeants d'un des services de l'I.N.A.M.I.

Art. 4.

L'amendement de M. D'haeseleer est réservé pour la seconde lecture. C'est également le cas pour les autres amendements déposés par ce membre aux articles 9, 11, 15, 18, 20 et 42.

Art. 5.

Un membre s'informe du processus d'établissement et de modification de la nomenclature.

Réponse : Le Roi établit la première nomenclature sans être tenu de consulter quelque instance que ce soit de l'I.N.A.M.I.

En cas de modification de cette nomenclature, les propositions émanent essentiellement du Conseil technique médical. Elles peuvent aussi émaner de la commission chargée de négocier les conventions entre les médecins et les organismes assureurs. Dans ce dernier cas, ces propositions sont transmises au Conseil technique médical. Dans tous les cas, les propositions du Conseil technique médical concernant les modifications de la nomenclature sont transmises au comité de gestion du Service des soins de santé, qui a l'obligation de les transmettre au Roi : ce comité de gestion ne peut pas modifier ces propositions, mais il peut donner au Roi son avis. Le Roi peut approuver ces propositions ou les rejeter, mais Il ne peut pas non plus les réformer. Dans le cas où le Roi ne peut marquer son accord, Il demande au Conseil technique médical de formuler une nouvelle proposition.

Art. 6.

Pas d'observation.

Art. 7.

Un membre s'informe de la signification qu'il y a lieu de donner à la notion des « chômeurs contrôlés » et des « personnes à charge », étant donné notamment que certains chômeurs sont légalement exemptés de contrôle.

Réponse : Ces problèmes sont réglés par l'article 164 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963.

ook de apothekers als bevoegd zullen kunnen worden erkend, op voorwaarde dat zij daartoe door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin zijn erkend. Boven-dien zal worden bepaald dat de apothekers die door het R.V.Z.I. op 31 december 1963 erkend zijn, verder bevoegd zullen geacht worden in het raam van de nieuwe wet.

Bespreking van de artikelen in eerste lezing.

Artt. 1 en 2.

Zonder opmerking.

Art. 3.

Er wordt aangestipt dat dit artikel een vergissing goed-maakt die in de wet van 9 augustus 1963 was geslopen en die met zich bracht, dat één van de leidende ambtenaren van één der diensten van het R.V.Z.I. uit het directiecomité is geweest.

Art. 4.

Het amendement van de heer D'haeseleer wordt aangehouden voor de tweede lezing. Hetzelfde geldt voor de andere amendementen, door dit lid voorgesteld op de arti-kelen 9, 11, 15, 18, 20 en 42.

Art. 5.

Een lid wenst inlichtingen te vernemen over de wijze waarop de lijst zal worden opgesteld en gewijzigd.

Antwoord : De Koning stelt de eerste lijst vast zonder een andere instelling dan het R.V.Z.I. te moeten raad-plegen.

Bij wijziging van deze lijst, gaan de voorstellen hoofd-zakelijk uit van de Technische Geneeskundige Raad. Zij kunnen ook uitgaan van de commissie die belast is met de onderhandelingen over de overeenkomsten tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen. In dit laatste geval worden deze voorstellen overgemaakt aan de Tech-nische Geneeskundige Raad. In elk geval worden de voor-stellen van de Technische Geneeskundige Raad betreffende de wijzigingen in de lijst aan het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging overgemaakt, welke deze aan de Koning dient over te zenden : dit beheers-comité mag in deze voorstellen geen wijzigingen aanbren-gen, doch het mag de Koning adviseren. De Koning kan deze voorstellen goedkeuren of verwerpen, maar ook Hij kan ze niet wijzigen. Indien de Koning zijn instemming niet kan betuigen, verzoekt Hij de Technische Geneeskundige Raad om een nieuw voorstel.

Art. 6.

Geen opmerking.

Art. 7.

Een lid vraagt welke betekenis dient te worden gegeven aan het begrip « gecontroleerde werklozen » en « personen ten laste ». Sommige werklozen immers zijn wettelijk van controle vrijgesteld.

Antwoord : Deze problemen worden geregeld in artikel 164 van het koninklijk besluit van 4 november 1963 hou-dende uitvoering van de wet van 9 augustus 1963.

Un membre demande s'il y a lieu de ranger parmi les personnes à charge la femme qui travaille ?

Réponse : Ne doit être considérée comme bénéficiaire que la personne qui n'a pas un titre personnel aux prestations de l'assurance. En fait, l'article 7 du présent projet a pour but de permettre une définition par le Roi de la notion d'orphelin de père et mère en songeant notamment aux cas de certains enfants qui, après avoir perdu leur père et leur mère, perdent aussi les personnes qui les avaient recueillis, et de certains orphelins enfants naturels qui ne peuvent avoir perdu à la fois leur père et leur mère.

Art. 8.

Cette modification a pour but de lever l'équivoque au sujet des termes « soins spéciaux donnés durant l'hospitalisation »; certains en ont déduit que les soins spéciaux ne seraient remboursés que s'ils sont fournis en milieu hospitalier. Telle n'était évidemment pas l'intention. Le nouveau texte permet d'étendre le champ d'application de l'assurance à tout ou partie des soins spéciaux, moyennant respect des formes prévues au premier alinéa de l'article 22.

Art. 9.

Lors de la discussion de l'article 9, un membre attire l'attention sur ce qui suit :

L'article 23, 6°, de la loi dispose que les prestations de santé comprennent notamment le traitement des maladies mentales. Le fait que les maladies mentales ont été mentionnées en même temps que d'autres plaies sociales, permet d'espérer que l'intervention de l'assurance-maladie ne sera dorénavant plus limitée à une brève période — comme c'est le cas actuellement — mais qu'elle portera sur toute la durée de la maladie.

Il pose à ce sujet les questions suivantes :

1. Cette intervention dépendra-t-elle de la nature de l'établissement où le malade mental est en traitement ?
2. L'intervention se fera-t-elle également au profit de tout malade mental faisant l'objet d'une mesure de collocation ainsi que de toute personne qui, sans devoir être colloquée, doit cependant être soignée dans une institution comme malade chronique ?
3. L'intervention comprendra-t-elle à la fois le traitement et le séjour, ou l'un des deux seulement ?
4. Les établissements psychiatriques devront-ils réunir des conditions déterminées pour que les malades mentaux qui y ont été admis puissent bénéficier de l'intervention en question ?

Réponse : La durée du traitement des maladies mentales, visée à l'article 23, 6°, de la loi du 9 août 1963, n'est pas limitée dans le temps.

Le malade pourra être hospitalisé soit dans un service ouvert de neuro-psychiatrie, soit dans un service fermé.

Jusqu'à présent, l'assurance maladie-invalidité n'intervenait pas dans les frais d'hospitalisation des malades mentaux colloqués : à partir du 1^{er} janvier 1964, les organismes assureurs remboursent les frais de cette collocation et des mesures seront prises, par arrêté royal, pour que l'intervention de l'assurance soit maintenue aussi longtemps que dure la collocation.

Een lid vraagt of de vrouw, die uit werken gaat, tot de personen ten laste moet worden gerekend ?

Antwoord : Als gerechtigde is alleen diegene te beschouwen die niet persoonlijk aanspraak kan maken op de verzekeringsprestaties. In feite is artikel 7 van het ontwerp bedoeld om de Koning het begrip wees derwijze te laten omschrijven dat met name gedacht wordt aan de gevallen van sommige kinderen die, nadat zij vader en moeder hebben verloren, ook de personen verliezen bij wie zij zijn opgenomen, alsook aan de gevallen van sommige natuurlijke kinderen die wees zijn, maar niet zowel hun vader als hun moeder kunnen verloren hebben.

Art. 8.

Deze wijziging heeft tot doel de twijfel weg te nemen die is gerezen omtrent de uitdrukking « speciale zorgen verleend tijdens de ziekenhuisverpleging »; sommigen hebben eruit afgeleid dat de speciale geneeskundige verzorging slechts wordt vergoed, indien zij in een verplegingsinrichting wordt verstrekt. Zulks was natuurlijk niet de bedoeling. De nieuwe tekst maakt het mogelijk de toepassings sfeer van de verzekering uit te breiden tot de gehele of de gedeeltelijke speciale geneeskundige verzorging, mits de in lid 1 van artikel 22 bedoelde vormen in acht genomen worden.

Art. 9.

Bij de bespreking van artikel 9 vestigt een lid de aandacht op het volgende :

Artikel 23, 6°, van de wet bepaalt dat de gezondheidszorgverstrekingen o.m. betrekking hebben op de behandeling van geestesziekten. De vermelding van geestesziekten samen met andere sociale kwalen wettigt de hoop dat de tussenkomst van de ziekteverzekering voortaan niet beperkt zal zijn tot een korte periode — zoals thans het geval is — maar betrekking zal hebben op de ganse duur van de ziekte.

In dit verband stelt hij de volgende vragen :

1. Zal deze tegemoetkoming afhankelijk gesteld worden van de aard van de inrichting, waar de geesteszieke behandeld wordt ?
2. Zal de tegemoetkoming ook gelden voor een geesteszieke die het voorwerp is van een « collocatiemaatregel » alsmede voor hem die, zonder « gecolloceerd » te moeten worden, toch als chronische geesteszieke in een inrichting moet verpleegd worden ?
3. Zal de tegemoetkoming slaan op de behandeling en het verblijf of enkel op één van beide ?
4. Zullen de psychiatische inrichtingen aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen opdat de er opgenomen geesteszieken de bedoelde tegemoetkoming zouden kunnen genieten ?

Antwoord : De duur van de behandeling van de geestesziekten bedoeld bij artikel 23, 6°, van de wet van 9 augustus 1963, is niet beperkt in de tijd.

De zieke zal kunnen opgenomen worden hetzij in een open, hetzij in een gesloten neuro-psychiatische dienst.

Tot nu toe kwam de ziekteverzekering niet tussen in de hospitalisatiekosten van de « gecolloceerde » geesteszieken : vanaf 1 januari 1964 zullen de verzekeringsinstellingen de kosten van die « collocatie » terugbetalen, en er zullen bij koninklijk besluit maatregelen genomen worden opdat de tussenkomst van de verzekering zou behouden blijven zolang de « collocatie » duurt.

Sur le plan social, cet ensemble de dispositions, résultant à la fois de la législation sur l'assurance soins de santé et de la loi sur les hôpitaux, aura des répercussions importantes.

Actuellement, les familles des malades mentaux doivent demander la collocation ou la prolongation de celle-ci, parce qu'elles ne disposent pas des moyens matériels pour supporter les compléments réclamés par les services ouverts de neuro-psychiatrie. A partir du 1^{er} janvier prochain, l'hospitalisation dans de tels services sera gratuite pour les assurés sociaux et les familles des malades mentaux ne seront plus contraintes de demander le maintien d'une mesure de collocation.

L'article 154 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963, a déjà précisé que, par service spécialisé dans le traitement des maladies mentales, il fallait entendre tout établissement hospitalier agréé par le Ministre de la Santé publique et de la Famille au titre de service de neuro-psychiatrie ou d'établissement psychiatrique fermé ou ouvert.

Le coût de ces traitements est supporté par l'Etat à concurrence de 95 % en application de l'article 121, 3^o, de la loi du 9 août 1963.

Un autre membre fait observer que, au regard de l'intervention du Ministère de la Santé publique, la loi sur les hôpitaux distingue les malades colloqués des autres malades mentaux.

Il lui est répondu qu'en vertu de la loi du 9 août 1963, les maladies mentales sont rangées parmi les maladies sociales. La loi sur les hôpitaux ne concerne pas les sections fermées pour malades mentaux : ceux-ci sont couverts désormais par la législation relative à l'assurance maladie-invalidité.

Art. 10.

Pas d'observation.

Art. 11.

Un membre demande, en ce qui concerne le § 7, que la Commission émette le vœu qu'en aucun cas, le malade ne soit victime de la disposition mettant à sa charge une partie des frais de déplacement des médecins pour les visites à domicile. La Commission se rallie unanimement à ce vœu. Il est précisé que les frais de déplacement feront l'objet de forfaits lesquels seront négociés en même temps que les autres points de la convention.

Art. 12.

A propos de cet article, il est précisé que le texte actuel de l'article 26 de la loi du 9 août 1963 dispose que les rapports entre les bénéficiaires, d'une part, et les personnes qui donnent des soins, d'autre part, sont régis par des conventions. Les médecins ont fait observer que cette disposition avait une portée trop générale et qu'il conviendrait de la limiter.

C'est la portée même de l'article 12 qui précise qu'il s'agit des seuls rapports d'ordre financier et administratif.

Art. 13

Pas d'observation.

Op sociaal gebied zal dit geheel van bepalingen, dat terzelfder tijd voortvloeit uit de wetgeving op de ziekteverzekering en uit de wet betreffende de ziekenhuizen, een belangrijke weerslag hebben.

Thans zijn de gezinnen van de geesteszieken genoodzaakt de « collocatie » te vragen of de verlenging daarvan, omdat zij niet over de materiële middelen beschikken om de bijkomende kosten die door de open diensten van de psychiatrische inrichtingen worden geëist, te dekken. Vanaf 1 januari e.k. zal de opneming in dergelijke diensten kosteloos geschieden voor de sociaal verzekerden, en de gezinnen van geesteszieken zullen niet meer verplicht zijn om het behoud van een opsluitingsmaatregel te verzoeken.

In artikel 154 van het koninklijk besluit van 4 november 1963, genomen ter uitvoering van de wet van 9 augustus 1963, werd reeds bepaald dat onder gespecialiseerde dienst in de behandeling van de geestesziekten moet worden verstaan elke verplegingsinrichting welke door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin is erkend als neuro-psychiatrische dienst of als gesloten of open psychiatrische inrichting.

De kosten van deze behandelingen worden door de Staat ten belope van 95 % gedragen, bij toepassing van artikel 121, 3^o, van de wet van 9 augustus 1963.

Een ander lid merkt op dat ten aanzien van de overheidsbemoeiing van het Ministerie van Volksgezondheid de wet op het ziekenhuiswezen een onderscheid maakt tussen de « gecollocerde » zieken en de andere geesteszieken.

Hem wordt geantwoord, dat krachtens de wet van 9 augustus 1963, de geestesziekten gerangschikt worden onder de sociale ziekten. De wet op het ziekenhuiswezen slaat niet op de gesloten afdelingen voor geesteszieken : deze worden voortaan door de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering gedekt.

Art. 10.

Zonder opmerking.

Art. 11.

Een lid vraagt in verband met § 7, dat de Commissie de wens zou uitspreken dat de zieke in geen geval het slachtoffer zou worden van de bepaling waarbij een gedeelte van de verplaatsingskosten van de geneesheren voor de huisbezoeken ten zijnen laste wordt gelegd. De Commissie stemt eenparig in met deze wens. Er wordt verder aangestipt dat de verplaatsingskosten bij forfait zullen worden geregeld, tegelijkertijd met de andere punten van de overeenkomst.

Art. 12.

In verband met dit artikel wordt erop gewezen dat het in de huidige tekst van artikel 26 van de wet van 9 augustus 1963 luidt, dat de betrekkingen tussen de rechthebbenden, eensdeels, en de personen die zorgen verstrekken, anderdeels, met overeenkomsten worden geregeld. De geneesheren betogen, dat deze bepaling te algemeen is en dat de draagwijdte ervan dient beperkt te worden.

Dit is overigens de draagwijdte van artikel 12, waarin bepaald wordt dat het enkel de financiering en administratieve betrekkingen geldt.

Art. 13.

Geen opmerking.

Art. 14.

Un membre s'inquiète de la situation qui pourrait résulter de l'opposition systématique d'un organisme assureur à la conclusion d'une convention.

Réponse : L'article 43 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 précise qu'au sein des commissions de convention, les décisions sont généralement prises à la majorité simple des membres participant au vote, mais que la conclusion finale de la convention n'est acquise que si le vote réunit les trois quarts des voix dans chacun des deux groupes, ce qui exclut la possibilité pour un seul organisme assureur de faire échec à la conclusion de la convention.

Art. 15.

Au § 5, un membre fait observer que d'après la loi du 9 août 1963, les prestations de l'assurance seraient accordées sans restrictions aux malades placés en chambre particulière sur indication formelle du médecin.

Le § 5 de l'article 15 du projet de loi complémentaire ne met-il pas ce principe en cause ?

Réponse : Non. La portée de l'article 15 n'est pas restrictive. Mais l'article 29, § 9, de la loi du 9 août 1963 donne la possibilité aux conventions de fixer dans le chef des bénéficiaires, un plafond de ressources au-delà duquel les tarifs d'honoraires ne doivent plus être respectés.

Mais pour ce qui est du respect des prix normaux d'hospitalisation, la loi sur les hôpitaux n'a pas prévu un tel plafond de ressources.

Le § 5 du présent article 15 permet de coordonner ces deux dispositions en prévoyant que les dérogations aux honoraires conventionnels ne peuvent jamais s'appliquer à des malades hospitalisés en chambre commune même s'ils disposent de ressources dépassant le plafond à fixer par convention.

Au § 10, un membre désire savoir ce qu'il faut entendre par les « personnes qui accordent des prestations dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité ». S'agit-il uniquement des médecins ou bien cette notion couvre-t-elle d'autres collaborateurs de l'assurance ? Qui déterminera, demande encore ce membre, les avantages sociaux en question ? Après quelles consultations ? L'application d'un statut social particulier aux collaborateurs de l'assurance maladie-invalidité dispense-t-elle ceux-ci de leur devoir de solidarité à l'égard des autres indépendants, notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations destinées au financement des pensions, des allocations familiales, etc. ?

Réponse : Il convient de préciser qu'il s'agit non pas d'un statut social mais d'un régime spécial dans le cadre du statut des indépendants qui ne peut en rien porter préjudice au jeu de la solidarité des médecins dans le financement de ce statut. D'autre part, ce régime spécial ne concerne pas uniquement les médecins, il peut concerner toutes autres personnes qui donnent des soins aux assurés sociaux. Par ailleurs il y a lieu de faire observer que le texte même de l'article 15 précise qu'« il peut être tenu compte de ce régime spécial lors de la fixation du montant des honoraires

Art. 14.

Een lid maakt zich bezorgd over de toestand die zou kunnen voortvloeien uit het stelsmatig verzet van een verzekeringsinstelling tegen het afsluiten van een overeenkomst.

Antwoord : In artikel 43 van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 wordt bepaald dat in de commissies, ingesteld voor het afsluiten van de overeenkomsten, de beslissingen doorgaans bij eenvoudige meerderheid van de leden die aan de stemming deelnemen worden genomen, maar dat de uiteindelijke sluiting van de overeenkomst slechts verworven is indien ze door ten minste 3/4 van de stemmen in elk van beide groepen is goedgekeurd. Daardoor wordt aan één enkele instelling de mogelijkheid ontnomen het afsluiten van de overeenkomst te verhinderen.

Art. 15.

In verband met § 5 merkt een lid op dat, volgens de wet van 9 augustus 1963, de verstrekkingen van de verzekering zonder beperking worden verleend aan zieken die op uitdrukkelijk voorschrift van de geneesheer in een afzonderlijke kamer verblijven.

Brengt § 5 van artikel 15 van het aanvullend wetsontwerp dit principe niet in het gedrang ?

Antwoord : Neen. Artikel 15 heeft geen beperkende draagwijdte. Artikel 29, § 9, van de wet van 9 augustus 1963 laat evenwel de mogelijkheid open in de overeenkomsten een maximumgrens voor de inkomsten van de rechthebbenden te bepalen; boven deze grens moeten de honorariumtarieven niet meer in acht worden genomen.

In de wet op de ziekenhuizen is evenwel geen sprake van een gelijkaardig maximuminkomen wat de normale verplegingskosten betreft.

Paragraaf 5 van het onderhavige artikel 15 maakt het mogelijk deze twee bepalingen met elkaar in overeenstemming te brengen. Daaruit blijkt inderdaad dat de afwijkingen van de bij overeenkomst vastgestelde honoraria nooit kunnen worden toegepast op zieken die in een gemeenschappelijke kamer verblijven, zelfs indien hun inkomsten hoger liggen dan het maximum dat door de overeenkomst zal worden bepaald.

In verband met § 10 wenst een lid te weten wat dient verstaan te worden onder « personen die prestaties verlenen in het raam van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit ». Zijn dat alleen de geneesheren of worden daar nog andere medewerkers aan de verzekering mede bedoeld ? Wie, vraagt dat lid verder, zal bedoelde voorstellen bepalen ? Welke adviezen dienen daartoe eerst te worden ingewonnen ? Heeft de toepassing van een bijzonder sociaal statuut op de medewerkers aan de verzekering tegen ziekte en invaliditeit tot gevolg dat deze medewerkers geen solidariteitsplicht meer hebben tegenover de andere zelfstandige arbeiders, met name in verband met het betalen van bijdragen voor de financiering van de pensioenen, de kinderbijslag, enz. ?

Antwoord : Het moet gezegd dat het niet gaat om een sociaal statuut, maar om een speciale regeling in het kader van het statuut van de zelfstandigen, dat in geen enkel opzicht afbreuk mag doen aan de medewerking van de geneesheren aan de financiering van dat statuut. Aan de andere kant heeft die speciale regeling niet slechts betrekking op de dokters; zij kan betrekking hebben op alle andere personen die geneeskundige verzorging aan de sociaal verzekerden verstrekken. Voorts zij opgemerkt dat de tekst zelf van artikel 15 preciseert dat « bij het bepalen van de

conventionnels », ce qui implique que les commissions chargées de négocier les conventions doivent nécessairement donner un avis sur la portée de ce régime.

Un autre membre revient sur le § 1^{er} et s'inquiète du mode de calcul des frais de déplacement, lequel, estime-t-il, devrait tenir compte des distances à parcourir.

Réponse : Il est prévu que ces frais feront l'objet d'un forfait dont le montant peut varier selon les régions. Ce forfait doit constituer une moyenne des frais de déplacement en relation avec le nombre des visites effectuées. Dans la pratique, il devra être calculé de manière telle que les 25 % du montant des frais de déplacement supportés par les malades ne constituent pas une charge pour ceux-ci.

Art. 16.

Pas d'observation.

Art. 17.

A une question d'un membre au sujet de la portée de l'article 17, il est répondu que cet article tend à mettre en concordance les termes utilisés dans la loi sur les hôpitaux avec les termes utilisés dans la loi concernant l'assurance maladie-invalidité : la notion de « chambre particulière » dans la loi sur les hôpitaux vise, dans le régime définitif, les chambres à un lit; mais dans la période transitoire de deux ans cette notion de « chambre particulière » couvre également les chambres à deux lits.

Etant donné que l'article 17 concerne le taux de la journée d'entretien dans les hôpitaux, il convenait d'utiliser la même expression dans la loi sur l'assurance maladie-invalidité.

Art. 18.

Etant donné que la convention entre les organismes assureurs et les pharmaciens, qui sera probablement d'application à partir du 1^{er} janvier 1964, sera en fait la reconduction de la convention actuellement en vigueur, un membre demande si les dispositions concernant le régime spécial à accorder aux personnes qui adhèrent à une convention à partir du 1^{er} janvier 1964, seront appliquées aux pharmaciens, ceux-ci n'ayant pas véritablement souscrit à une nouvelle convention.

La réponse est affirmative.

Art. 19.

A une question d'un membre, il est précisé que le nombre d'adhésions individuelles aux conventions, est établi en principe, sur le plan national : le quorum est atteint lorsque 60 % du nombre total des médecins, réunissant au moins 50 % de l'ensemble des médecins de médecine générale et 50 % de l'ensemble des médecins-spécialistes, ont adhéré à la convention.

Lorsque ce quorum est atteint sur le plan national, le Roi peut réduire le montant des remboursements aux bénéficiaires qui s'adressent à des médecins n'ayant pas adhéré à la convention, cette réduction ne pouvant toutefois dépasser 25 %.

Ce pouvoir donné au Roi n'est pas altéré par le fait que, le quorum étant atteint sur le plan national, ce même quorum ne serait pas atteint dans certaines régions du pays.

bedragen van de overeenkomstenhonoraria, met bedoelde speciale regeling rekening kan worden gehouden », wat impliceert dat de commissies die gelast zijn over de overeenkomsten te onderhandelen, noodzakelijkerwijze een advies over de strekking van die regeling moeten verstrekken.

Een ander lid komt terug op § 1 en maakt zich bezorgd over de wijze van berekening van de verplaatsingskosten waarbij naar zijn mening de af te leggen afstanden in aanmerking dienen te komen.

Antwoord : Er is bepaald dat die kosten door een forfaitair bedrag gedekt zullen worden, dat volgens de streek kan verschillen. Dit forfaitair bedrag moet het gemiddelde van de verplaatsingskosten vormen, berekend in verhouding tot het aantal gedane huisbezoeken. In de praktijk dient het derwijze te worden berekend, dat de door de zieken betaalde 25 % van dit bedrag aan verplaatsingskosten voor deze zieken geen last is.

Art. 16.

Zonder opmerking.

Art. 17.

Op de vraag van een lid betreffende de draagwijdte van artikel 17 wordt geantwoord dat dit artikel ertoe strekt de in de wet op de ziekenhuizen gebruikte terminologie in overeenstemming te brengen met die van de wet betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het begrip « afzonderlijke kamer », dat in de wet op de ziekenhuizen voorkomt, heeft in het definitieve stelsel betrekking op de kamers met één bed; maar tijdens de overgangperiode van twee jaar dekt het begrip « afzonderlijke kamer » eveneens de kamers met twee bedden.

Aangezien artikel 17 betrekking heeft op de prijs van één dag onderhoud in de ziekenhuizen, dient dezelfde uitdrukking te worden gebruikt in de wet betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Art. 18.

Aangezien de overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de apothekers, die wellicht van toepassing zal zijn vanaf 1 januari 1964, in feite de verlenging zal zijn van de thans geldende overeenkomst, vraagt een lid of de bepalingen betreffende de speciale regeling die moet worden getroffen voor de personen die toetreden tot een overeenkomst vanaf 1 januari 1964, zullen toegepast worden op de apothekers, aangezien de laatsten in feite niet tot een nieuwe overeenkomst toegetreden zijn.

Het antwoord luidt bevestigend.

Art. 19.

Op een vraag van een lid wordt verduidelijkt dat het aantal individuele toetredingen tot de overeenkomsten in principe op het nationaal vlak wordt vastgesteld : het quorum is bereikt wanneer 60 % van het totaal aantal geneesheren, waaronder ten minste 50 % van alle geneesheren voor algemene geneeskunde en 50 % van alle geneesheren-specialisten verenigen, tot de overeenkomst toegetreden zijn.

Wanneer dit nationaal quorum is bereikt mag de Koning het bedrag van de terugbetalingen aan de rechthebbenden die zich wenden tot geneesheren die niet tot de overeenkomst zijn toegetreden, verminderen; deze vermindering mag nochtans niet meer dan 25 % bedragen.

Deze bevoegdheid van de Koning wordt niet beïnvloed door het feit dat, hoewel het quorum op nationaal vlak is bereikt, ditzelfde quorum in sommige gewesten van het land niet zou worden bereikt.

Le quorum atteint dans chaque région du pays n'est pris en considération que lorsque le quorum n'est pas atteint sur le plan national : dans ce cas, le Roi peut réduire le montant des remboursements dans les seules régions où le quorum est atteint.

Mais il faut remarquer que le texte même de l'article 19 du projet laisse au Roi la faculté de décider ou non de cette réduction : cette réduction n'est donc pas automatique et le texte permet de tenir compte de cas particuliers qui pourraient être créés par la situation imaginée par un commissaire, dans laquelle 80 % des médecins auraient adhéré à la convention sur le plan national et où, dans certaines régions cependant, aucun médecin n'y aurait adhéré.

Etant donné que le quorum de 60 % a été fixé en tenant compte du fait que cette proportion de médecins permet aux bénéficiaires d'exercer leur libre choix parmi des médecins respectant les tarifs, il conviendrait en effet de considérer que ce choix n'est pas possible pour les bénéficiaires qui, dans une région déterminée, ne pourraient s'adresser à aucun médecin ayant adhéré à une convention : le pouvoir d'appréciation donné au Roi permet de rencontrer ces situations.

Un membre demande si le texte de l'article 19 exclut la possibilité de régler les situations qui peuvent se présenter sur le plan local, par des arrêtés royaux répondant à chacune d'elles ?

Réponse : Non ! La chose est possible.

Suite à la question d'un autre membre, il est précisé que l'article 104 de la loi du 9 août 1963 prévoyait des sanctions pénales à l'égard de ceux qui ne respectaient pas la loi. Les médecins ne pouvaient admettre que de telles sanctions puissent être prononcées, même à l'égard de ceux de leurs confrères qui feraient preuve de bonne volonté en souscrivant à la convention.

Dès lors, le projet complémentaire stipule que les conventions prévoient des clauses pénales en remplacement des sanctions pénales dont il était question dans la loi du 9 août 1963. Ces clauses pénales relèvent du Code civil.

La convention stipulera le montant des pénalités qui peuvent être prononcées.

Art. 20.

Un membre s'informe de ce qui adviendra si un médecin mentionne sur la quittance qu'il doit remettre au malade, un montant d'honoraires inférieur à celui qu'il a effectivement réclamé.

Réponse : La remise d'une quittance mentionnant le montant des honoraires effectivement perçus constitue une obligation légale. Y transgresser, de quelque façon que ce soit, entraînera pour le médecin contrevenant l'application des dispositions de l'article 104 de la loi du 9 août 1963.

Art. 21.

Un membre demande quelles sanctions peuvent être prises par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Réponse : Ces sanctions peuvent aller du simple blâme à la radiation définitive, en passant par la suspension temporaire de l'autorisation d'exercer l'art de guérir.

Het quorum dat in elk gewest van het land werd bereikt, wordt slechts in aanmerking genomen wanneer het nationaal quorum niet werd bereikt : in dit geval kan de Koning, alleen in de gewesten waar het quorum werd bereikt, het bedrag van de terugbetalingen verminderen.

Doch er zij opgemerkt dat de tekst zelf van artikel 19 van het ontwerp aan de Koning de mogelijkheid overlaat, al of niet tot deze vermindering te besluiten : deze vermindering geschiedt derhalve automatisch, en de tekst maakt het mogelijk rekening te houden met bijzondere gevallen die zouden kunnen ontstaan ingevolge de door het lid uitgedachte toestand, waarin 80 % van de geneesheren nationaal tot de overeenkomst zouden zijn toegetreden en waarbij, in sommige gewesten, geen enkele geneesheer zou toegetreden zijn.

Daar het quorum 60 % werd vastgesteld, rekening houdende met het feit dat deze verhouding van geneesheren het de rechthebbenden mogelijk maakt hun keuze vrij te doen onder de geneesheren die de tarieven eerbiedigen, dient men aan te nemen dat deze keuze niet openstaat voor de rechthebbenden die zich, in een bepaald gewest, niet zouden kunnen wenden tot een geneesheer die tot de overeenkomst is toegetreden; door de aan de Koning verleende beoordelingsbevoegdheid wordt het mogelijk aan deze bijzondere toestanden tegemoet te komen.

Een lid vraagt of de tekst van artikel 19 de mogelijkheid uitsluit om door koninklijke besluiten, die op ieder van die gevallen betrekking hebben, de toestanden te regelen die zich op het plaatselijk vlak kunnen voordoen ?

Antwoord : Neen ! Dit is mogelijk.

Ingevolge de vraag van een ander lid, wordt gepreciseerd dat artikel 104 van de wet van 9 augustus 1963 voorzag in de mogelijkheid van strafsancities ten opzichte van diegenen die de wet niet zouden naleven. De geneesheren konden niet aanvaarden dat zulke sancities konden uitgesproken worden, zelfs tegen diegenen van hun confraters die hun goede wil zouden betonen door tot de overeenkomst toe te treden.

Het aanvullend ontwerp bepaalt dan ook dat de overeenkomsten in strafbepalingen zullen voorzien ter vervanging van de strafsancities waarvan sprake is in de wet van 9 augustus 1963. Die strafbepalingen behoren tot het domein van het burgerlijk recht.

De overeenkomst zal het bedrag bepalen van de straffen die mogen uitgesproken worden.

Art. 20.

Een lid vraagt wat er zal gebeuren indien een geneesheer op de kwitantie die hij aan de zieke moet overhandigen, een lager honorariumbedrag vermeldt dan hetgeen hij in werkelijkheid geëist heeft.

Antwoord : De uitreiking van een kwitantie, met vermelding van het bedrag van het werkelijk ontvangen honorarium, is een bij de wet opgelegde verplichting. Het niet-naleven hiervan, op welke wijze ook, zal tot gevolg hebben dat op de overtredende geneesheer artikel 104 van de wet van 9 augustus 1963 wordt toegepast.

Art. 21.

Een lid vraagt welke sancities door de Tuchtraad van de Orde der geneesheren mogen getroffen worden.

Antwoord : Deze sancities kunnen bestaan in de gewone berisping, de tijdelijke schorsing van de vergunning tot het beoefenen van de geneeskunst en zelfs de definitieve schrapping.

Art. 22.
Pas d'observation.

Art. 23.

Un membre craint que la mention de toutes les interventions médicales dans le carnet de prestations n'entraîne des situations gênantes pour le malade qui aurait fait appel à plusieurs praticiens.

Réponse : Le projet complémentaire a précisément pour effet de restreindre le nombre des prestations à mentionner dans le carnet. Mais il est intéressant que le médecin ait connaissance de certains traitements subis par le malade qui le consulte, par exemple les traitements physiothérapeutiques.

Art. 24.
Pas d'observation.

Art. 25.
Pas d'observation.

Art. 26.
Un membre ayant demandé que la portée de cet article soit précisée, il lui est répondu qu'en principe aucune décision portant sur l'incapacité de travail ne peut être prise avec effet rétroactif.

Mais on a voulu rencontrer le cas d'assurés qui, frauduleusement, après avoir marqué leur accord sur une décision reconnaissant leur capacité de travail, invoquent à nouveau et immédiatement une incapacité de travail et escomptent que le délai nécessaire au Conseil médical de l'invalidité pour prendre une décision, leur permettra de retomber à charge de l'assurance maladie-invalidité. C'est pour disposer de moyens d'action contre ces tentatives de fraude que le présent article permet au Conseil médical de l'invalidité de prendre une décision refusant la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail, avec effet rétroactif à la date à laquelle le médecin-conseil a lui-même estimé que l'intéressé n'était plus incapable de travailler. Il faut cependant préciser que le médecin-conseil est tenu de notifier au titulaire l'avis qu'il transmet au Conseil médical de l'invalidité et selon lequel il n'est plus dans les conditions de bénéficier de l'incapacité de travail.

Un autre membre relève à ce propos la situation difficile dans laquelle se trouvent des travailleurs frappés d'un certain degré d'incapacité de travail inférieur au pourcentage généralement admis pour l'invalidité. Il craint que ces travailleurs ne jouissent ni de la réglementation relative à l'indemnisation du chômage ni de celle couvrant l'invalidité.

Réponse : Il faut constater que, dans les cas où l'état d'incapacité de travail est constaté, il appartient aux juridictions contentieuses de trancher le litige.

Art. 27.
Pas d'observation.

Art. 28.
Pas d'observation.

Art. 29.
Pas d'observation.

Art. 30.
Pas d'observation.

Art. 22.
Geen opmerking.

Art. 23.

Een lid vreest dat het vermelden van alle geneeskundige tussenkomsten op het verstrektingsboekje de zieke, die op verscheidene huisdokters beroep zou gedaan hebben, in verlegenheid zou brengen.

Antwoord : Het aanvullende ontwerp heeft juist ten doel het aantal in het boekje te vermelden verstrekkingen te beperken. Het kan echter wel zijn nut hebben dat de geneesheer kennis neemt van bepaalde behandelingen die de hem raadplegende zieke ondergaat, b.v. van de fysiotherapeutische behandelingen.

Art. 24.
Geen opmerking.

Art. 25.
Geen opmerking.

Art. 26.

Daar een lid heeft gevraagd de strekking van dit artikel te preciseren, wordt hem geantwoord dat in principe geen enkele beslissing betreffende de arbeidsongeschiktheid met terugwerkende kracht genomen mag worden.

Zodoende heeft men willen vermijden dat verzekerden, die zich akkoord hadden verklaard met een beslissing in verband met hun arbeidsongeschiktheid, ten onrechte en onmiddellijk een nieuwe arbeidsongeschiktheid zouden invoeren door erop te rekenen dat de Geneeskundige Raad voor invaliditeit zoveel tijd nodig heeft om een beslissing te nemen, dat zij opnieuw ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zouden kunnen vallen. Om gewapend te zijn tegen deze pogingen tot bedrog, stelt dit artikel de Geneeskundige Raad voor invaliditeit in staat een beslissing te nemen, waardoor de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid wordt geweigerd met terugwerkende kracht op de datum waarop naar de mening van de adviseerende geneesheer zelf de betrokkene niet langer arbeidsgeschikt was. De adviseerende geneesheer dient evenwel de gerechtigde kennis te geven van het advies, dat hij aan de Geneeskundige Raad voor invaliditeit overmaakt, en waarin hij verklaart dat de gerechtigde niet meer voor de arbeidsongeschiktheid in aanmerking komt.

Een ander lid wijst in dit verband op de moeilijke toestand van de arbeiders die wel een bepaalde graad van arbeidsongeschiktheid hebben, maar minder dan het percentage dat doorgaans voor de invaliditeit wordt aangenomen. Hij vreest dat die arbeiders evenmin de voordelen van de regeling inzake werkloosheidsuitkering als van de verzekering tegen invaliditeit zullen genieten.

Antwoord : Hierbij valt op te merken dat betwistingen over de staat van arbeidsongeschiktheid te beslechten zijn door de rechtscollages voor geschillen.

Art. 27.
Geen opmerking.

Art. 28.
Geen opmerking.

Art. 29.
Geen opmerking.

Art. 30.
Geen opmerking.

Art. 31.

Des membres s'informent de la portée de l'opposition que peut faire le médecin traitant et de la manière dont celle-ci doit être faite.

Réponse : Il s'agit d'une disposition de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, qui a été reprise à la suite d'observations formulées par le corps médical. Il convient, en outre, de faire remarquer que l'opposition faite par le médecin traitant a pour conséquence de permettre le paiement des indemnités d'incapacité de travail, étant donné que dans ce cas, la décision qui interviendra ultérieurement ne peut pas avoir d'effet rétroactif.

Art. 32.

La portée de cet article a été exposée au début de ce rapport, en réponse à une question posée dans le cadre de la discussion générale.

Art. 33.

Un membre fait observer que ce sont les caisses primaires et leurs préposés, plutôt que les fédérations de mutualités, qui sont en rapport direct avec les membres. Dès lors, le fait que les documents administratifs et les pièces justificatives des dépenses doivent être rassemblés au niveau des fédérations, ne constitue-t-il pas une entrave au bon fonctionnement de l'assurance ?

Réponse : Il est exact que les contacts entre les assurés et leurs organismes assureurs se font avant tout par l'intermédiaire de la caisse primaire ou de ses préposés. Sont donc en cause, les documents relatifs aux prestations consenties par l'assurance; le but poursuivi par le deuxième alinéa de l'article 33 est d'obtenir que tous les documents concernant une même opération soient rassemblés à un même niveau. En vue de permettre aux caisses primaires de fixer les taux de remboursement et de l'indemnité d'incapacité de travail, il n'y a pas d'inconvénient à ce qu'un exemplaire de la fiche d'assuré soit conservée au siège de la caisse. Il est à noter que certains services, tels que celui du cancer ou de la tuberculose, sont, dans tous les organismes assureurs, organisés à l'échelon national. Une instruction de l'Institut national de l'assurance maladie-invalidité sera envoyée incessamment à tous les organismes assureurs pour préciser que les documents qui sont relatifs à ces services, peuvent être rassemblés au même échelon.

Art. 34.

Pas d'observation.

Art. 35.

Un membre demande s'il ne serait pas souhaitable d'adoucir le texte du littéra c) de manière à ne sanctionner que les personnes qui refuseraient *systématiquement* de remettre au bénéficiaire les documents prescrits par la loi et ses arrêtés d'exécution.

Réponse : C'est aux tribunaux qu'il appartiendra d'apprécier, si le fait est habituel ou accidentel.

Art. 36.

Pas d'observation.

Art. 37.

Il est précisé que cet article a pour objet de souligner le droit pour les handicapés d'occuper certains emplois qui

Art. 31.

Sommige leden vragen inlichtingen over de draagwijdte van het verzet dat de behandelende geneesheer kan doen gelden en over de wijze waarop dit dient te geschieden.

Antwoord : Het betreft een bepaling van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel. Deze bepaling werd opgenomen ingevolge de door de geneesheren gemaakte opmerkingen. Bovendien zij opgemerkt dat het verzet door de behandelende geneesheer de betaling van vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid mogelijk maakt, aangezien in dit geval de beslissing, die later zal worden genomen, geen terugwerkende kracht mag hebben.

Art. 32

De draagwijdte van dit artikel werd bij het begin van dit verslag, in antwoord op een vraag die gesteld werd in het kader van de algemene bespreking, uiteengezet.

Art. 33.

Een lid merkt op dat het meer de primaire kassen en hun aangestelden dan de federaties van mutualiteiten zijn die in rechtstreeks contact staan met de leden. Is het feit dat de administratieve documenten en de verantwoordingsstukken van de uitgaven moeten verzameld worden op het vlak van de federaties dan ook geen hinder voor de goede werking van de verzekering ?

Antwoord : Het is juist dat de contacten tussen de verzekerden en hun verzekeringsinstellingen vooral gebeuren door tussenkomst van de primaire kas of van de aangestelden ervan. Het betreft dus de documenten met betrekking tot de door de verzekering toegestane verstrekkingen; het door het tweede lid van artikel 33 beoogde doel is ertoe te komen dat alle documenten, die betrekking hebben op dezelfde verrichting, op hetzelfde niveau verzameld worden. Om de primaire kassen in de mogelijkheid te stellen de bedragen der terugbetaling en van de ongeschiktheidsvergoeding vast te stellen, bestaat er geen enkel bezwaar dat een exemplaar van de steekkaart voor de verzekeraarheid berust in de zetel van de kas. Te noteren valt dat zekere diensten zoals die voor kanker of tuberculose in alle verzekeringsinstellingen op nationaal vlak georganiseerd zijn. Eerlang zal een instructie, uitgaande van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aan alle verzekeringsinstellingen gezonden worden om te preciseren dat de documenten die op die diensten betrekking hebben, op hetzelfde niveau gegroepeerd mogen worden.

Art. 34.

Geen opmerking.

Art. 35.

Een lid vraagt of het niet wenselijk is de tekst van littéra c) te verzachten, zodat slechts die personen zullen worden gestraft welke *stelselmatig* mochten weigeren aan de rechthebbende de door de wet en de bijhorende uitvoeringsbesluiten voorgeschreven documenten ter hand te stellen.

Antwoord : De rechtbanken zullen zich moeten uitspreken of het feit als gewoonlijk of toevallig beschouwd kan worden.

Art. 36.

Geen opmerking.

Art. 37.

Er wordt gepreciseerd, dat dit artikel ten doel heeft de nadruk te leggen op het recht van de minder-validen om,

leur sont réservés, sans préjudice de ceux auxquels ils pourraient accéder en fonction de leur compétence ou de leurs capacités.

Art. 38.
Pas d'observation.

Art. 39.
Pas d'observation.

Art. 40.
Pas d'observation.

Art. 41.
Pas d'observation.

Art. 42.

Un membre s'informe de la signification qu'il convient de donner à la période transitoire et de la situation qui se présentera à l'échéance de celle-ci pour les médecins qui n'auront pas adhéré à une convention.

Réponse : Il est rappelé que pendant la période transitoire, dont la durée sera d'un an au maximum, il faudra distinguer, parmi les personnes qui donnent des soins aux bénéficiaires de l'assurance, trois catégories : celles qui ont adhéré à une convention, celles qui, sans adhérer à une convention, auront fait connaître leur engagement de respecter les tarifs conventionnels et, enfin, les personnes qui n'ont pris aucun engagement. Ces dernières pourront pendant cette période d'un an appliquer des tarifs dont elles seront seules à décider du montant sauf en ce qui concerne les veuves, pensionnés, invalides et orphelins. Après cette période transitoire il n'y aura plus que deux catégories de personnes donnant des soins : celles qui auront adhéré à la convention et celles qui n'y auront pas adhéré; pour ces dernières, le tarif des honoraires sera imposé.

Un membre profite de l'occasion qui lui est offerte par la discussion de cet article, pour constater que le projet de loi complémentaire constitue le maximum de concessions susceptibles d'être faites au corps médical. La Commission se rallie à cet avis.

Un autre membre veut mettre le présent article en parallèle avec l'article 4 du projet complémentaire. Quel sera le rôle des observateurs ? Disposeront-ils de pouvoirs ?

Réponse : A la demande même des membres des Académies de Médecine et du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, les observateurs désignés par eux au sein du conseil général et du comité de gestion du Service des soins de santé n'useront pas de leur droit de vote. Etant donné, d'autre part, que l'absence d'usage du droit de vote et l'absence de médecins autres que ceux désignés par les Académies et l'Ordre des médecins, ont pour effet de ne pas permettre que se dégage une majorité de médecins opposée à une décision du comité de gestion, l'article 4 n'a pas de portée en ce qui concerne la protection de l'avis des minorités.

Art. 44.
Pas d'observation.

Art. 45.

Il est précisé que cet article a pour objet de permettre aux commissions fonctionnant actuellement au sein de l'Institut de contrôle médical de continuer jusqu'au 31 mars

buiten de betrekkingen waartoe zij wegens hun bevoegdheid of hun bekwaamheid zouden kunnen toegelaten worden, bepaalde, aan hen voorbehouden betrekkingen te bekleden.

Art. 38.
Geen opmerking.

Art. 39.
Geen opmerking.

Art. 40.
Geen opmerking.

Art. 41.
Geen opmerking.

Art. 42.

Een lid vraagt ingelicht te worden over de betekenis die dient gehecht te worden aan de overgangperiode en aan de toestand die zich, bij het einde hiervan, zal voordoen voor de geneesheren die tot geen overeenkomst zijn toegetreden.

Antwoord : Er wordt aan herinnerd dat gedurende de overgangperiode, welke ten hoogste één jaar zal duren, drie categorieën zullen moeten onderscheiden worden onder de personen die verzorging verstrekken aan de verzekerden : zij die tot een overeenkomst zijn toegetreden; zij die geen overeenkomst hebben ondertekend, maar wel de verbintenis hebben aangegaan om de bij overeenkomst bepaalde tarieven in acht te nemen, en tenslotte zij die geen verbintenis hebben aangegaan. Tijdens die periode van één jaar mogen laatstgenoemde tarieven toepassen waarvan het bedrag uitsluitend door hen wordt bepaald, behalve wat betreft de weduwen, gepensioneerden, invaliden en wezen. Na die overgangperiode zullen er nog maar twee categorieën verzorging verstrekken zijn : zij die wel en zij die niet tot de overeenkomst zijn toegetreden; voor deze laatsten zal het honorariumtarief worden opgelegd.

Een lid maakt gebruik van de gelegenheid, die hem door de bespreking van dit artikel wordt geboden, om vast te stellen dat het aanvullend wetsontwerp het maximum aan toegevingen bevat, die aan de geneesheren kunnen worden gedaan. De Commissie is het hiermee eens.

Een ander lid wenst dit artikel in verband te brengen met artikel 4 van het aanvullend ontwerp. Welke opdracht zullen de waarnemers vervullen ? Zullen zij over werkelijke bevoegdheden beschikken ?

Antwoord : Op verzoek van de leden van de Academiën voor Geneeskunde en van de Hoge Raad van de Orde van de geneesheren, zullen de door hen aangewezen waarnemers in de algemene raad en het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging geen gebruik maken van hun stemrecht. Daar bovendien het niet gebruik maken van het stemrecht en de afwezigheid van andere geneesheren dan die welke aangewezen worden door de Academiën en de Orde van de geneesheren met zich brengt dat een meerderheid van geneesheren die vijandig staan tegenover een beslissing van het beheerscomité, niet kan gevormd worden, is artikel 4 zonder betekenis wat de vrijwaring van de mening der minderheden betreft.

Art. 44.
Geen opmerking.

Art. 45.

Er wordt gepreciseerd dat dit artikel tot doel heeft de commissies, die thans in het Instituut voor geneeskundige controle bestaan, de gelegenheid te geven tot 31 maart

1964 à traiter des cas dont elles ont commencé l'examen avant l'application de la loi du 9 août 1963.

Un membre désire savoir si l'Institut de contrôle médical a déjà pris des sanctions à l'égard de médecins ?

Réponse : Effectivement, ce service a déjà pris de nombreuses mesures de suspension de médecins pour une durée variant entre 1 et 3 mois. Une peine de suspension de 6 mois a également été prononcée. Il faut noter que l'Institut s'est trouvé dans l'impossibilité, dans certains cas, de prononcer une mesure de suspension de remboursement étant donné que la faute commise ne permettait pas de prononcer la peine minimum de suspension d'un mois. Cette situation a eu pour effet de faire apparaître indirectement que la faute commise n'était pas dommageable puisqu'elle n'avait pas donné lieu à sanction. C'est la raison pour laquelle l'article 40 du présent projet ramène le minimum des peines de suspension de remboursement de un mois à un jour. Cette disposition permettra au Service du contrôle médical de prendre des sanctions mineures dans des cas où jusqu'à présent il avait dû s'en abstenir.

Art. 46.

Il est fait observer que cet article tend à permettre au Roi de coordonner les textes législatifs concernant l'assurance maladie-invalidité en tenant compte des modifications apportées par le présent projet.

*
**

Discussion des articles en seconde lecture.

Au début de la réunion, le Ministre de la Prévoyance sociale s'excuse de son absence à la première réunion; il était en effet retenu en séance publique au Sénat. Il remercie également les membres d'avoir terminé la discussion en première lecture durant son absence.

*
**

Article premier.

Lors de l'examen de l'article, le membre qui aurait refusé de prendre part aux activités dans les circonstances évoquées au début du rapport, a formulé tout d'abord un certain nombre de considérations générales. Il constate que seule une petite minorité de médecins s'est ralliée à la nouvelle législation sur l'assurance contre la maladie et l'invalidité.

Il regrette qu'au cours des débats sur le premier projet, le Gouvernement ait refusé obstinément d'admettre certains amendements de l'opposition susceptibles d'améliorer les rapports avec le corps médical. Par exemple, les amendements tendant à répartir la charge des soins gratuits en faveur de certaines catégories sociales entre, d'une part, les médecins et les pharmaciens, pour les assurés dont les revenus sont inférieurs à 50 000 francs, et, d'autre part, l'assurance pour les assurés dont les revenus sont supérieurs à 50 000 francs, ou encore sa proposition tendant à instituer une période transitoire d'un an.

1964 verder de gevallen te behandelen met het onderzoek waarvan zij begonnen zijn vóór de toepassing van de wet van 9 augustus 1963.

Een lid wenst te weten of het Instituut voor geneeskundige controle reeds sancties getroffen heeft tegen geneesheren ?

Antwoord : Deze dienst heeft inderdaad reeds talrijke beslissingen genomen, waarbij geneesheren voor een periode van 1 tot 3 maanden werden geschorst. Daarnaast werd één schorsing van 6 maanden uitgesproken. In dit verband dient erop te worden gewezen dat het Instituut in bepaalde gevallen de terugbetaling niet heeft kunnen opleggen, omdat de begane fout te licht was om de minimumstraf, d.w.z. een schorsing van één maand, uit te spreken. Een onrechtstreeks gevolg van het uitblijven van een sanctie is dat de indruk werd gewekt dat de begane fout geen schade had berokkend. Om deze reden wordt in artikel 40 van dit ontwerp de minimumstraf inzake schorsing van terugbetaling van één maand op één dag gebracht. Deze bepaling zal het de Dienst voor geneeskundige controle mogelijk maken kleine sancties te nemen in die gevallen waar hij zich tot nu toe afzijdig diende te houden.

Art. 46.

Er wordt aangestipt dat dit artikel de Koning de mogelijkheid biedt om de wetteksten in verband met de ziekte- en invaliditeitsverzekering te coördineren in het licht van de wijzigingen die door het huidige ontwerp worden ingevoerd.

*
**

Bespreking van de artikelen in tweede lezing.

Bij de aanvang van de vergadering verontschuldigt de heer Minister van Sociale Voorzorg zich om zijn afwezigheid tijdens de eerste vergadering; hij was namelijk weerhouden in de openbare vergadering van de Senaat. Hij dankt tevens de commissieleden omdat zij tijdens zijn afwezigheid de bespreking in eerste lezing hebben beëindigd.

*
**

Eerste artikel.

Bij het eerste artikel heeft het lid, dat weigerde in de omstandigheden, die vooraan in het verslag zijn vermeld, aan de werkzaamheden deel te nemen, vooreerst een aantal algemene beschouwingen ten beste gegeven. Spreker stelt vast dat slechts een kleine minderheid van de geneesheren haar instemming met de nieuwe wetgeving op de ziekteverzekering heeft betuigd.

Hij betreurt dat reeds bij de beraadslaging over het eerste ontwerp de Regering halsstarrig heeft geweigerd bepaalde amendementen van de oppositie te aanvaarden, die de verhoudingen met het geneesherenkorps hadden kunnen verbeteren. Zo bv. de amendementen met betrekking tot de spreiding van de last van de kosteloze verzorging van bepaalde sociale categorieën over, eensdeels de geneesheren en apothekers voor de verzekerden met een inkomen van minder dan 50 000 frank, en anderdeels de verzekering voor de verzekerden met een inkomen van meer dan 50 000 frank, en ook zijn voorstel strekkende tot de invoering van een overgangperiode van één jaar.

Le Gouvernement a repris dans le présent projet certains de ces amendements et, sur d'autres points, il a même fait de bien plus grandes concessions aux médecins : honoraires préférentiels, majoration des tarifs, statut social, revalorisation de la nomenclature, frais de déplacement, etc.

On peut se demander ce qu'il adviendra dans de telles circonstances de l'équilibre financier du régime ?

Quant au statut social des médecins, l'orateur estime qu'il convient de lui donner un caractère obligatoire. Existe-t-il une raison pour ne pas laisser le choix aux médecins conventionnés, moyennant adaptation des honoraires respectifs, selon ce choix ?

Ensuite le membre renvoie à l'article 22 de l'arrêté royal du 9 août 1963 et à l'article 9 du présent projet : il constate que la loi est applicable à tous les travailleurs indépendants qui sont soumis à la législation sur la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants.

A ce propos, il pose une série de questions :

1° Le Ministre peut-il dès maintenant dire quel sera approximativement le montant de la cotisation à payer :

a) en vue de bénéficier des avantages mentionnés aux alinéas 1 à 5, à savoir les gros risques;

b) en vue d'y inclure les soins spéciaux :

— lors de la dispensation totale des soins spéciaux;

— lors de la dispensation partielle des soins spéciaux;

Dans ce cas, quels seront les soins spéciaux ?

2° Les cotisations seront-elles fixées forfaitairement ou d'après un certain pourcentage du revenu ?

3° Comment seront perçues ces cotisations ?

4° Le Ministre peut-il déjà communiquer le montant des subventions de l'Etat ?

5° La loi ne dit pas à partir de quelle date les travailleurs indépendants devront payer leur cotisation, mais dispose que la prestation des interventions de l'assurance prendra cours au plus tard six mois après l'entrée en vigueur de la loi, ce qui revient à dire, au 1^{er} juillet 1964.

a) Les dispositions nécessaires ont-elles été prises en vue du paiement des prestations d'assurance ?

b) A partir de quelle date le paiement de la cotisation prendra-t-il cours ?

c) Faudra-t-il respecter encore un délai d'attente ? Dans l'affirmative, quelle en sera la durée ?

6° Une réglementation différente sera-t-elle établie en faveur des travailleurs indépendants, actuellement déjà affiliés en qualité d'assurés libres ? Dans l'affirmative, ces derniers seront-ils immédiatement admis, sans délai d'attente, au bénéfice des prestations d'assurance ?

7° La loi s'applique à tous les travailleurs indépendants assujettis à la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants.

a) Les personnes exerçant une profession accessoire y seront-elles également assujetties ?

b) L'épouse aidante, qui n'est pas assujettie à la législation sur les pensions, le sera-t-elle à l'assurance-maladie obligatoire ? Dans l'affirmative, devra-t-elle s'acquitter de l'entièreté de la cotisation ou seulement d'une minime cotisation de solidarité, compte tenu du fait qu'elle bénéficie dès à présent de l'assurance obligatoire à charge de son époux salarié ou appointé ?

De Regering heeft in het huidige ontwerp sommige van die amendementen overgenomen, om op andere punten zelfs veel grotere toegevingen aan de geneesheren te doen : preferentiële honoraria, verhoging van de tarieven, sociaal statuut, revalorisatie van de nomenclatuur, verplaatsingskosten, enz.

De vraag rijst wat er in dergelijke omstandigheden van het financiële evenwicht van het stelsel zal worden.

Wat het sociaal statuut van de geneesheren betreft, acht spreker het verkeerd hieraan een verplicht karakter te geven. Waarom zou men de geneesheren onder overeenkomst geen keuze laten met aanpassing van de respectieve honoraria volgens die keuze ?

Het lid verwijst vervolgens naar artikel 22 van het koninklijk besluit van 9 augustus 1963 en naar artikel 9 van het voorliggende wetsontwerp en stelt vast dat de wet van toepassing is op alle zelfstandigen die vallen onder de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen voor zelfstandigen.

Hij stelt in dit verband een reeks vragen :

1° Kan de Minister nu reeds bij benadering zeggen welk het bedrag zal zijn van de bijdrage :

a) voor het genot van de in de leden 1 tot 5 opgesomde voordelen, dit zijn de zware risico's;

b) voor de uitbreiding van de voordelen tot de speciale verzorging :

— bij gehele toepassing van de speciale verzorging;

— bij gedeeltelijke toepassing van de speciale verzorging;

Waarin zal in dit geval de speciale verzorging bestaan ?

2° Zullen de bijdragen vastgesteld worden op een forfaitaire basis of volgens een zeker percent op het inkomen ?

3° Op welke wijze zullen die bijdragen geïnd worden ?

4° Kan de Minister reeds het bedrag mededelen van de Staatstoelagen ?

5° De wet vermeldt niet met ingang van welke datum de zelfstandigen hun bijdrage zullen moeten betalen, wel dat de tegemoetkomingen van de verzekeringen zullen ingaan uiterlijk binnen zes maanden na de inwerkingtreding van de wet, dit zou dus zijn met ingang van 1 juli 1964.

a) Zijn de nodige schikkingen genomen om de verzekeringstoekenningen uit te keren ?

b) Op welke datum zal de betaling van de bijdrage ingaan ?

c) Zal er nog een wachttermijn worden in acht genomen ? Zo ja, hoe lang zal die wachttermijn zijn ?

6° Zal er een onderscheid gemaakt worden ten voordele van de zelfstandigen, die nu reeds als vrije verzekerden aangesloten zijn ? Zo ja, zullen deze laatsten onmiddellijk en zonder wachttermijn de door de verzekering uitgekeerde tegemoetkomingen genieten ?

7° De wet is toepasselijk op alle zelfstandigen die vallen onder de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen voor zelfstandigen.

a) Zullen degenen die een bijberoep uitoefenen, eveneens onder de toepassing ervan vallen ?

b) Zal de vrouw-helpster, die niet onderworpen is aan de pensioenwetgeving, wel onderworpen worden aan de ziekteverzekering ? Zo ja, zal zij, rekening houdend met het feit dat zij reeds in genot is van de verplichte verzekering ten laste van de loon- of weddetrekkende echtgenoot, de volledige bijdrage of een kleine solidariteitsbijdrage moeten betalen ?

c) L'indemnité de maladie, indemnité primaire, sera-t-elle appliquée aux travailleurs indépendants ?

d) Les pensionnés, les veuves de travailleurs indépendants, les invalides et les orphelins seront-ils assujettis à l'assurance obligatoire ? Dans l'affirmative, ces catégories sociales bénéficieront-elles également des avantages gratuits ?

Aux questions posées par l'honorable membre, le Ministre répond ce qui suit :

Question qui concerne le financement :

La participation personnelle des personnes qui dispensent des soins en vue de réaliser le financement d'un régime spécial dans le cadre de leur statut social, dépendra essentiellement de négociations qui seront menées en vue de fixer le montant des honoraires conventionnels.

Questions qui concernent les indépendants :

En ce qui concerne le montant des cotisations qui devront être réclamées aux indépendants pour la couverture des gros risques, un groupe de travail a été constitué précisément pour faire des propositions à ce sujet en se basant sur l'expérience de l'assurance obligatoire pour les travailleurs salariés. Le rapport qu'il a déposé traite de la modalité de la cotisation et notamment de la question de savoir si celle-ci doit être forfaitaire ou proportionnelle aux revenus. Quant au montant des subsides de l'Etat, il sera, pour l'assurance soins de santé des indépendants, proportionnel à l'assurance soins de santé des salariés.

Le fait qu'un groupe de travail spécialisé a déjà été chargé de donner son avis sur l'extension de l'application de l'assurance soins de santé aux travailleurs indépendants, démontre que l'on a déjà commencé à prendre toutes dispositions utiles pour permettre la mise en application, dès le 1^{er} juillet 1964, de l'article 22 de la loi du 9 août 1963.

Il est évident par ailleurs que l'incorporation des travailleurs indépendants dans le cadre de l'assurance obligatoire, pose automatiquement un problème pour l'assurance libre. D'autre part, bien que la loi du 9 août 1963 ne concerne que l'assurance obligatoire, elle pose indirectement le problème de l'assurance libre pour laquelle des solutions seront examinées à brève échéance.

Les pensionnés, les veuves et les invalides anciens travailleurs indépendants pourraient bénéficier de l'assurance soins de santé à partir du 1^{er} juillet 1964. Cela dépendra des conclusions auxquelles on sera arrivé.

La loi du 9 août 1963 permet d'étendre l'assurance indemnités aux travailleurs indépendants, mais il faut préciser que dans ce domaine aucune date n'a été explicitement mentionnée.

L'article premier est adopté à l'unanimité.

Art. 2 et 3.

Les articles 2 et 3 sont adoptés à l'unanimité.

Art. 4.

Un amendement de M. D'haeseleer relatif aux activités du comité de gestion est repoussé.

Cet article est adopté à l'unanimité.

c) Zal de ziektevergoeding, een primaire vergoeding, worden toegepast op de zelfstandigen ?

d) Zullen de gepensioneerden, de weduwen van de zelfstandigen, de invaliden, de wezen onderworpen worden aan de verplichte verzekering ? Zo ja, zullen ook deze sociale categorieën de kosteloze voordelen genieten ?

Op de door het lid gestelde vragen antwoordt de Minister het volgende :

Vraag betreffende de financiering :

Hoeveel de personen, die verzorging verstrekken, persoonlijk zullen bij te dragen hebben in de financiering van een speciale regeling in verband met hun sociaal statuut, zal hoofdzakelijk afhangen van de onderhandelingen welke zullen worden gevoerd om het bedrag vast te stellen dat volgens de overeenkomsten voor de honoraria zal gelden.

Vragen betreffende de zelfstandigen :

Met betrekking tot het bedrag der bijdragen welke van de zelfstandigen zullen moeten worden geëist voor het verzekeren van de zware risico's, is een werkgroep samengesteld juist om daarover voorstellen te doen in het licht van de ervaring in verband met de verplichte verzekering voor loontrekkenden. Het verslag dat hij heeft ingediend handelt over de bijdrageregeling, en met name over de vraag of de bijdrage forfaitair zal zijn dan wel evenredig met de inkomsten. De rijkssubsidie zal voor de verzekering voor geneeskundige verzorging van de zelfstandigen proportioneel zijn aan de verzekering voor geneeskundige verzorging der loontrekkenden.

Het feit dat reeds een gespecialiseerde werkgroep werd gelast advies uit te brengen over de uitbreiding van de verzekering voor geneeskundige verzorging tot de zelfstandigen, toont aan dat men reeds begonnen is met het nemen van alle dienstige maatregelen voor het in toepassing brengen van artikel 22 van de wet van 9 augustus 1963 vanaf 1 juli 1964.

Overigens spreekt het vanzelf dat de opnemings van de zelfstandigen in de verplichte verzekeringsregeling automatisch een probleem voor de vrije verzekering doet rijzen. Anderzijds is het zo, dat hoewel de wet van 9 augustus 1963 slechts betrekking heeft op de verplichte verzekering, zij indirect het vraagstuk van de vrijwillige verzekering doet rijzen, waarvoor op korte termijn een oplossing dient te worden gevonden.

De gepensioneerden, weduwen en invaliden die gewezen zelfstandigen zijn, zouden het genot kunnen bekomen van de verzekering voor geneeskundige verzorging van 1 juli 1964 af. Dit hangt af van de besluiten waartoe men zal gekomen zijn.

De wet van 9 augustus 1963 maakt het mogelijk de uitkeringsverzekering tot de zelfstandigen uit te breiden, maar er dient te worden gepreciseerd dat op dit gebied geen datum uitdrukkelijk werd vermeld.

Het eerste artikel wordt eenparig goedgekeurd.

Artt. 2 en 3.

Eenparig goedgekeurd.

Art. 4.

Een amendement van de heer D'haeseleer, dat betrekking heeft op de werkzaamheden van het beheerscomité, wordt afgewezen.

Het artikel wordt eenparig goedgekeurd.

Art. 5.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 5bis.

Afin d'examiner un vœu du corps académique, le Gouvernement a présenté un nouvel article lors de l'examen au Sénat.

Votre Commission a adopté cet article à l'unanimité.

Art. 6, 7 et 8.

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 9.

Un amendement de M. D'haeseleer tendant à donner une énumération complète des prestations médicales, est repoussé.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 10.

Adopté à l'unanimité.

Art. 11.

Un amendement de M. D'haeseleer tombe à la suite du rejet de l'amendement à l'article 4.

L'article est adopté à l'unanimité.

Art. 12, 13 et 14.

Adoptés à l'unanimité.

Art. 15.

Un amendement de M. D'haeseleer tendant à rendre facultatif le statut social est repoussé.

Un membre s'informe au sujet de la possibilité de prévoir une pension de retraite. Il estime que les médecins qui exercent leur profession jusqu'à un âge avancé, n'ont pas tellement besoin d'une pension de retraite. Il voudrait savoir si, en l'occurrence, sont visées essentiellement les autres personnes dispensant des prestations médicales.

Réponse : Si le besoin devait s'en faire sentir, l'application de cette disposition serait étendue, par voie légale, à toutes les personnes dispensant des prestations médicales. Le législateur en décidera au moment opportun.

L'article est adopté à l'unanimité.

Art. 16 et 17.

Adoptés à l'unanimité.

Art. 18.

Un amendement de M. D'haeseleer se rattachant à un amendement similaire à l'article 15, § 6, est repoussé.

L'article est adopté à l'unanimité.

Art. 5.

Eenparig goedgekeurd.

Art. 5bis.

Ten einde tegemoet te komen aan een wens van het Academisch corps, werd door de Regering in de Senaat een nieuw artikel voorgesteld.

Het werd door uw Commissie eenparig goedgekeurd.

Artt. 6, 7 en 8.

Eenparig goedgekeurd.

Art. 9.

Een amendement van de heer D'haeseleer, dat tot doel heeft een volledige opsomming te geven van de geneeskundige verstrekkingen, wordt afgewezen.

Het artikel wordt eenparig goedgekeurd.

Art. 10.

Eenparig goedgekeurd.

Art. 11.

Een amendement van de heer D'haeseleer vervalt wegens het verwerpen van het amendement op artikel 4.

Het artikel wordt eenparig goedgekeurd.

Artt. 12, 13 en 14.

Eenparig goedgekeurd.

Art. 15.

Een amendement van de heer D'haeseleer, dat ertoe strekt het sociaal statuut facultatief te maken, wordt afgewezen.

Een lid vraagt nadere uitleg omtrent de mogelijkheid in een rustpensioen te voorzien. Dit lid is van mening dat de geneesheren, die tot op een gevorderde leeftijd hun beroep uitoefenen, minder behoefte hebben aan een rustpensioen. Hij wenst te weten of hier hoofdzakelijk de andere personen, die geneeskundige prestaties verstrekken, worden bedoeld.

Antwoord : Indien mocht blijken dat dit aan een noodzakelijkheid beantwoordt, zal deze bepaling later bij wet worden toepasselijk gemaakt op alle personen, die geneeskundige verstrekkingen presteren. De wetgever zal hierover op het gepaste ogenblik moeten oordelen.

Het artikel wordt eenparig goedgekeurd.

Artt. 16 en 17.

Eenparig aangenomen.

Art. 18.

Een amendement van de heer D'haeseleer, dat in verband staat met een gelijkaardig amendement op artikel 15, § 6, wordt afgewezen.

Het artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 19.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 20.

Un amendement de M. D'haeseleer prévoyant que, pendant la période transitoire, le montant des honoraires perçus ne doit pas figurer sur la quittance, est repoussé.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 21 à 32.

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 33.

Un membre demande si parmi les documents qui doivent être rassemblés, au niveau des fédérations ou des caisses primaires dont l'effectif est suffisamment important, il y a lieu de ranger les documents financiers. Il serait rationnel, déclare ce membre, que les factures et autres documents financiers soient rassemblés au niveau fédéral.

Réponse : Les documents financiers doivent être rassemblés à la fédération qui effectue les paiements.

L'article est adopté à l'unanimité.

Art. 34 et 35.

Adoptés à l'unanimité.

Art. 36.

Adopté à l'unanimité.

Art. 36bis à 41.

Adoptés par 15 voix et 1 abstention.

Art. 42.

M. D'haeseleer, par voie d'amendement, propose qu'après la période transitoire et pour les personnes qui n'auraient pas adhéré à une convention, le remboursement de l'assurance soit de 75 % de celui consenti par les conventions.

Réponse : L'article 154 a été aménagé. L'amendement de M. D'haeseleer est incompatible avec le but poursuivi par le projet complémentaire et la loi du 9 août 1963.

L'amendement est combattu par un membre qui estime que le libre choix des malades est garanti par le fait que la convention ne sera valable que si 60 % du corps médical y souscrit.

L'amendement de M. D'haeseleer est repoussé.

L'article est adopté par 14 voix et 1 abstention.

Art. 43 à 46.

Adoptés par 14 voix et 1 abstention.

**

Art. 19.

Eenparig aangenomen.

Art. 20.

Een amendement van de heer D'haeseleer, volgens hetwelk het bedrag van de ontvangen honoraria tijdens de overgangperiode niet moet voorkomen op de kwitantie wordt afgewezen.

Het artikel wordt eenparig goedgekeurd.

Artt. 21 tot en met 32.

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 33.

Een lid vraagt of de financiële bescheiden dienen te worden gerangschikt onder de stukken die op het niveau van de landsbonden of van de primaire verzekeringskassen met een voldoende ledenaantal ingezameld worden. Het ware een rationele werkwijze, verklaart hij, de rekeningen en andere financiële bescheiden op het niveau van de landsbond in te zamelen.

Antwoord : De financiële bescheiden dienen te worden ingezameld op het niveau van de landsbond die de uitbetalingen verzekert.

Het artikel wordt eenparig aangenomen.

Artt. 34 en 35.

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 36.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Artt. 36bis tot 41.

Deze artikelen worden aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 42.

Door middel van een amendement stelt de heer D'haeseleer voor dat na de overgangperiode en voor de personen die niet tot een overeenkomst zouden togetreden zijn, de terugbetaling door de verzekering 75 % van die welke in de overeenkomsten is toegestaan zou bedragen.

Antwoord : Artikel 154 werd gewijzigd. Het amendement van de heer D'haeseleer strookt niet met het door het aanvullende ontwerp en de wet van 9 augustus 1963 nagestreefde doel.

Het amendement wordt door een lid bestreden, die van oordeel is dat de vrije keuze van de zieken gegarandeerd wordt door het feit dat de overeenkomst slechts geldig zal zijn indien 60 % van de geneesheren toetreedt.

Het amendement van de heer D'haeseleer wordt afgewezen.

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

Artt. 43 tot 46.

Deze artikelen worden aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

**

Après le vote du dernier article, un membre pose une série de questions relatives :

- au plan de financement du régime d'assurance maladie-invalidité tel qu'il est instauré par la loi du 9 août 1963 et par le présent projet;
- aux dépenses qui découleront de l'établissement de la nouvelle nomenclature;
- aux dépenses qu'entraînera la création d'un régime spécial dans le cadre du statut social en faveur des personnes qui fournissent des prestations et qui adhèrent aux conventions;
- aux dépenses supplémentaires qui résulteront de la couverture des frais de déplacement;
- à l'incidence financière de l'adaptation du remboursement des prestations à l'évolution de l'indice du coût de la vie.

Réponse : Les mesures nécessaires ont été prises en relation avec les dispositions nouvelles de la loi.

Le Ministre précise que les effets de la nomenclature adoptée comme ceux du régime spécial du statut social seront fonction de la convention qui interviendra pour fixer la valeur à attribuer au facteur de multiplication.

Pour ce qui est des charges qu'entraîne l'application du régime spécial du statut social, elles dépendront en outre du nombre de praticiens qui adhéreront à la convention.

A la question relative aux conséquences de l'indexation, le Ministre répond qu'il s'agit en l'occurrence de l'application d'une disposition générale ayant force de loi. Il faut souligner que l'indexation s'applique également aux salaires sur lesquels s'appliquent les retenues pour la sécurité sociale.

Enfin, les prévisions financières tiennent compte des dispositions prévues dans le projet en matière de remboursement des frais de déplacement.

**

La Commission a adopté l'ensemble du projet par 16 voix et 1 abstention.

Les Rapporteurs,
Pl. DE PAEPE.
H. BROUHON.

Le Président,
J. DECONINCK.

Na de goedkeuring van het laatste artikel stelt een lid een reeks vragen met betrekking tot :

- een financieringsplan voor de regeling inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering, zoals zij ingevoerd werd door de wet van 9 augustus 1963 en het huidig ontwerp;
- de uitgaven die zullen voortvloeien uit de vaststelling van de nieuwe lijst;
- de uitgaven die door de invoering van een speciale regeling, in het kader van het sociaal statuut ten gunste van de personen die verstrekkingen verschaffen en tot de overeenkomsten toetreden, zullen veroorzaakt worden;
- de bijkomende uitgaven die zullen voortvloeien uit het dekken van de verplaatsingskosten;
- de financiële weerslag van de aanpassing van de terugbetaling der verstrekkingen aan de evolutie van het indexcijfer van de kosten van levensonderhoud.

Antwoord : In verband met de nieuwe bepalingen van de wet werden de nodige maatregelen genomen.

De Minister verduidelijkt dat de uitwerking van de goedgekeurde lijst en van de speciale regeling inzake het sociaal statuut zal afhangen van de overeenkomst, die zal worden gesloten om de aan de vermenigvuldigingsfactor te hechten waarde te bepalen.

Wat de lasten betreft, die uit de toepassing van de speciale regeling inzake het sociaal statuut zullen voortvloeien, deze zullen bovendien afhangen van het aantal geneesheren die tot de overeenkomst zullen toetreden.

Met betrekking tot de gevolgen van de koppeling aan het indexcijfer, antwoordt de Minister dat daarmee de toepassing is gemoeid van een algemeen geldende maatregel. Er zij onderstreept dat de koppeling aan het indexcijfer eveneens van toepassing is op de lonen, waarop afhoudingen voor sociale zekerheid geschieden.

Ten slotte houdt de financiële prognose rekening met de in het ontwerp opgenomen bepalingen inzake terugbetaling van de verplaatsingskosten.

**

De Commissie heeft het gehele ontwerp aangenomen met 16 stemmen en 1 onthouding.

De Verslaggevers,
Pl. DE PAEPE.
H. BROUHON.

De Voorzitter,
J. DECONINCK.