

Chambre des Représentants.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1925.

PROPOSITION DE LOI RELATIVE A L'ASSURANCE EN VUE DE LA MALADIE ET DE L'INVALIDITÉ PRÉMATURÉE.

DÉVELOPPEMENTS

MESSIEURS,

La dissolution des Chambres ayant frappé de caducité la proposition déposée relativement à cet objet, le 23 février 1922, nous avons l'honneur d'en saisir à nouveau le Parlement.

Celui-ci estimera, nous en avons la certitude, qu'il importe d'ouvrir les voies à la réalisation intégrale des assurances sociales.

Nous souhaitons qu'il puisse trouver en ce texte une base utile à cette discussion.

L'assurance sociale contre les risques de maladie et d'invalidité n'ont point, depuis 1913, fait l'objet de proposition de loi organique. Le problème n'en demeure pas moins posé devant le Parlement. Il figure au programme de tous les partis; il s'est en quelque sorte dégagé des controverses de groupes pour devenir un problème national.

C'est aussi l'effort commun de tous qui devra, à une échéance que nous souhaitons proche, en assurer l'aboutissement. Si des contingences d'ordre financier ont jusqu'ici retardé cette réalisation depuis si longtemps annoncée en Belgique, et accomplie ailleurs de façon presque générale, il est permis de noter — en s'en félicitant — que le temps écoulé a été bien mis à profit et que les éléments de la solution sont actuellement réunis. Les études et les délibérations préparatoires ont été poussées au point que déjà peuvent s'entrevoir les grandes lignes d'une réforme d'ensemble qui ralliera l'adhésion unanime de tous ceux, hommes d'œuvres et mutualistes, sociologues, actuaire et législateurs, qui ont orienté leur activité pratique ou leurs spéculations théoriques vers cet aspect si immédiat et si intéressant de notre vie sociale.

On se rappellera qu'un projet de loi d'initiative gouvernementale fut présenté à la Chambre au cours de la session 1912-1913 et adopté par elle le 8 mai 1914.

H

Le texte voté, qui d'ailleurs péchait par des insuffisances et des lacunes évidentes, ne put venir en discussion au Sénat. Lorsque le Parlement, après la guerre, reprit ses travaux, il apparut nécessaire de remettre sur le chantier un texte trop hâtivement élaboré et qui s'avérait ne donner satisfaction à personne. C'est dans ces conditions que, par arrêté royal du 25 juin 1919, fut instituée, à l'initiative de M. J. Wauters, auprès du Ministère de l'Industrie, du Travail et du Ravitaillement, une Commission des Assurances sociales, chargée d'étudier à nouveau la question et de faire au Gouvernement des propositions pour la réglementation législative de l'assurance en vue de la maladie, de l'invalidité et de la vieillesse ⁽¹⁾.

(1) La Commission des Assurances sociales se trouvait composée ainsi qu'il suit :

Président :

M. 'T KINT DE ROODEBEKE (comte), Président du Sénat ; Président de la Commission permanente des Sociétés mutualistes.

Vice-Présidents :

MM. PELTZER DE CLERMONT, E., ancien sénateur, à Verviers ;
HALLET, M., membre de la Chambre des Représentants.

Membres :

MM. DE PIERPONT, membre de la Commission permanente des Sociétés mutualistes ;
MANSART, J., membre de la Chambre des Représentants ; membre de la Commission permanente des Sociétés mutualistes ;
PORINOT, L., ancien président et membre du Conseil d'administration de l'Union Nationale des Fédérations neutres de Belgique ;
JAUNIAUX, A., secrétaire de l'Union Nationale des Fédérations mutualistes socialistes de Belgique ;
VAN STRAELEN, C., vice-président de l'Alliance Nationale des Fédérations mutualistes chrétiennes de Belgique ;
STROOBANT, TH., membre du Conseil d'administration de l'« Algemeen Verbond der Vlaamsche mutualistische Vereenigingen van België » ;
LEFRANCO, E., ancien directeur de la Caisse de Retraite à la Caisse Générale d'Épargne et de Retraite ;
MAINGIE, L., actuaire ;
HERMAN, F., ancien président de la « Fédération médicale belge » ;
PATTOU, R., pharmacien, rapporteur du Comité exécutif des assurances sociales de la « Nationale Pharmaceutique » ;
MOYERSOEN, R., sénateur ;
HUYSMANS, C., membre de la Chambre des Représentants ;
PECHER, E., membre de la Chambre des Représentants ;
SERVAIS, E., ancien membre de la Chambre des Représentants ;
DE GHELLINCK D'ELSEGHEM (chevalier), sénateur ;
DE BRUYCKER, C., membre de la Chambre des Représentants ;
DELVIGNE, F., membre de la Chambre des Représentants ;
SOLVAY, A.
THÉATE, T., directeur général de l'Office de l'Assurance et de la Prévoyance sociales au Ministère de l'Industrie et du Travail ;
GLIBERT, D., inspecteur général, chef du Service médical du Travail au Ministère de l'Industrie et du Travail.

Secrétaires :

MM. MERCIER, N., directeur, et BISQUERER, L., sous-directeur à l'Office de l'Assurance et de la Prévoyance sociales au Ministère de l'Industrie et du Travail.

De ces travaux sont issus deux avant-projets : l'un relatif à l'assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré, dont notre honorable collègue, M. De Bruycker, saisit la Chambre par sa proposition de loi du 10 juin 1920 (*Documents*, n° 344) et qui fut, en ses dispositions caractéristiques, repris par le Gouvernement au cours de la session dernière : cet avant-projet est devenu la loi générale d'assurance-vieillesse et décès prématuré qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1926; l'autre, qui embrasse toute la matière des assurances contre la maladie, la maladie prolongée, l'invalidité et la tuberculose, l'assurance maternelle et l'assurance en vue des frais funéraires. C'est cette seconde partie de l'œuvre de la Commission, œuvre de conciliation entre des aspirations et des opinions souvent fort divergentes, qui fait l'objet de la présente proposition. Elle est d'ailleurs, dans sa structure générale et même dans sa rédaction, identique à celle que le soussigné eut l'honneur de déposer sur le Bureau de la Chambre, le 21 mai 1913 (*Documents*, n° 261) et qui fut examinée conjointement avec le projet gouvernemental en 1914. La Commission des Assurances sociales en a ratifié, en effet, tous les principes presque sans exception; certaines parties en ont été amendées et complétées de la façon la plus heureuse. C'est donc, revêtue de l'autorité que lui confère l'adhésion de cette Commission, qu'elle est actuellement renouvelée.

D'aucuns estimeront peut-être téméraire ou prématuré de soumettre à la Chambre une proposition de ce genre, à un moment où notre situation financière nous donne tant de soucis et semble exclure même, pour un temps donné, la possibilité d'une réforme nécessairement onéreuse pour le Trésor public : on voudra accorder à ses signataires que ce point de vue ne leur a pas échappé ! Ils ont considéré cependant que si même une solution intégrale du problème devait ne pouvoir être envisagée aujourd'hui, il appartenait néanmoins au Parlement de se saisir à nouveau de la question, d'en mettre définitivement au point les données essentielles, de fixer le cadre d'une législation qui pourrait entrer en application dès l'instant où les circonstances le permettraient, et d'examiner même si, par paliers successifs, au fur et à mesure de l'élargissement de nos ressources, on ne pourrait s'engager dans la voie de certaines réalisations. Tout est certes dominé par les possibilités actuelles; rien n'interdit de procéder par sériation méthodique et de parcourir une étape, au moins, sur le chemin qui mènera au but.

L'essentiel est d'arrêter dès à présent une orientation précise. Des modalités provisoires sont à envisager pour une période donnée. La fin de cet exposé fournit à cet égard des suggestions pratiques, accompagnées d'évaluations actuarielles très complètes.

Il importe, au moment où va entrer en application la loi nouvelle d'assurance vieillesse, de ne point laisser dans l'ombre les propositions formulées en ce qui concerne les autres branches d'assurance sociale qui en sont nécessairement connexes, toutes les parties de l'ensemble s'emboîtant et se liant de façon étroite. Il serait peu logique de légiférer en matière de pensions de vieillesse ou d'assurance du décès prématuré, sans connaître jusqu'au détail les solutions mises au point pour parer à la couverture des autres risques sociaux.

Il existe, enfin, des raisons sérieuses de ne pas postposer indéfiniment la date où un système d'assurances sociales pourra être instauré. Tout l'édifice de la prévoyance en vue de la maladie et de l'invalidité repose actuellement sur nos groupements mutualistes. Leur essor et leur action, si méritoires, soutenus par le dévouement de tant d'administrateurs, d'hommes d'œuvres et par l'esprit de solidarité qui les anime, désignent la mutualité pour être et rester dans l'avenir, plus que jamais, la pierre de base de toute notre organisation d'assurance. Or, nos mutualités et nos caisses d'invalidité traversent, en ce moment, une période d'instabilité et d'incertitude qui ne pourrait, sans danger, se prolonger. Elles sont menacées dans leur existence même par les difficultés qui se dressent sur leur chemin et qui procèdent toutes de ce qu'une organisation systématique et scientifiquement conçue fait défaut. Aussi, que d'obstacles à vaincre, que de sacrifices à consentir, pour assurer, dans de bonnes conditions, le fonctionnement du service médico-pharmaceutique, pour le maintenir à la hauteur des exigences actuelles en ce qui concerne les traitements spéciaux, la petite chirurgie, etc., pour conserver dans les budgets des sociétés primaires un certain équilibre de ressources et pour constituer les réserves mathématiquement nécessaires, alors que les indemnités ont dû être partout élevées et mises en rapport avec le coût de l'existence ! Quels périls n'y a-t-il pas à redouter pour l'avenir de bien des organismes, qui vivent de façon précaire et empirique sur des réserves insuffisantes, et nous visons ici plus particulièrement la majeure partie de nos caisses d'invalidité, qui ont continué à se développer et à assumer des charges nouvelles, alors que leurs bases financières n'ont pas la solidité technique qui doit les garantir contre l'accroissement continu du fardeau des risques. Il est urgent d'apporter à cette organisation l'étai indispensable qui lui fait défaut à l'heure présente et sans lequel aucun progrès durable ne pourra être accompli.

Nous avons tenu cependant à ne rien laisser dans l'ombre de tout ce qui concerne les charges financières de la réforme. C'est pourquoi nous avons demandé à l'actuaire éminent qu'est M. Maingie, d'autant plus qualifié pour ce travail qu'il a travaillé à l'élaboration du projet, d'en déterminer exactement le coût pour la période transitoire et en régime constant. Ces évaluations serviront de base d'appréciation et éclaireront la question de savoir dans quelle mesure et en quelles de ses parties le projet est immédiatement réalisable. L'essentiel est que si même les chiffres arrêtés par la Commission devaient être modifiés dans le sens d'une réduction temporaire ou définitive de l'intervention des pouvoirs publics, la charpente n'en doive aucunement s'en trouver transformée. Ainsi que l'observe M. Maingie, « les cadres en paraissent parfaits; ils peuvent sans modification s'adapter à toutes les situations. En d'autres termes, si le projet doit être remanié pour être mis en concordance avec les possibilités, il ne doit pas être modifié dans son texte, mais seulement dans les chiffres qu'il prévoit et dans la répartition des charges entre les intéressés, les patrons et les pouvoirs publics ».

Cet effort d'adaptation pourra être poursuivi, sur la base de la proposition que

nous vous soumettons, par la Section centrale ou la Commission chargée par la Chambre de l'examen de la question. A cet égard l'étude de M. Maingie présente un intérêt tout particulier; elle ne dissimule rien des difficultés à résoudre et suggère par là même les moyens à mettre en œuvre, les sacrifices à consentir sur l'ensemble de la réforme, pour arriver le plus directement à un résultat positif. S'en tenir rigoureusement à des visées trop ambitieuses, vouloir réaliser le maximum d'avantages sans égard aux charges corrélatives, ce serait se condamner à attendre indéfiniment le vote de la loi. Prendre comme objectif de principe le projet de la Commission des assurances sociales, et sans perdre de vue les engagements qu'il comporte, chercher à réaliser ce qui est acceptable actuellement, c'est accomplir une œuvre pratique et prudente, et il nous paraît que le moment est venu d'y mettre la main.

N'est-il pas raisonnable d'ailleurs, lorsqu'on suppose la dépense qu'entraînerait nécessairement une réforme comme celle que nous envisageons, d'avoir égard à tout le profit que la société en retirera tant au point de vue de la santé et de l'hygiène, que de la paix sociale et de la productivité du Pays? S'il y a une réforme susceptible d'accroître la richesse d'un peuple, n'est-ce pas celle qui protège l'intégrité physique du travailleur, facilite son prompt retour à l'usine ou au champ, lorsqu'il s'en trouve éloigné par l'incapacité temporaire, et lui garantit en tout temps cette sécurité d'existence qui, du point de vue moral lui-même, est un tel réconfort et un si précieux aiguillon à l'activité saine et féconde? S'il est une législation de sage conservation, n'est-ce pas celle qui, en assurant à tous un minimum de stabilité, *crée de la liberté* et fait disparaître jusqu'à l'éventualité même de ces misères trop cruelles qui accablent les foyers dévastés par la maladie ou l'invalidité du chef de famille, misères qui choquent et qu'une société moderne ne devrait point tolérer? N'est-elle pas un élément précieux d'équilibre et de rapprochement social, cette réforme qui concrétise l'idée solidariste en une grande institution nationale d'entr'aide et d'éducation sociale et qui fait rayonner jusque dans les milieux les plus déshérités les bienfaits d'une législation actuellement accessible aux seuls privilégiés? Peut-on négliger cette considération que dans une certaine mesure les charges à prévoir ne sont, pour partie, que des dépenses de remplacement qui, dès aujourd'hui, sont assumées déjà par la collectivité, soit sous forme de subsides à des œuvres similaires, soit comme intervention dans l'organisation de la bienfaisance ou des établissements hospitaliers? N'a-t-on pas souvent indiqué l'opportunité qu'il y aurait à orienter nos institutions publiques d'assistance vers la bienfaisance préventive? Et l'affectation, d'une part, des ressources actuelles de la bienfaisance au Fonds National des Assurances sociales ne se trouverait-elle pas amplement justifiée par l'allègement qui résulterait pour ces institutions du fonctionnement normal du régime nouveau?

Bref, il y a lieu d'établir le bilan complet de l'assurance sociale en débit, mais aussi en crédit, et sans se laisser hypnotiser uniquement par les sacrifices qui seront inéluctables dès que se trouvera accomplie une transformation d'aussi vaste envergure. Séparer l'un de l'autre ces deux aspects indivisibles de la question serait s'exposer presque certainement à de fortes exagérations dans le calcul des

charges; ce serait aussi s'interdire un jugement impartial et équitable du problème posé.

Désireux de condenser le plus possible cet exposé des motifs, nous nous permettons de nous référer, quant à toutes ces justifications de principe, à celui qui précédait notre proposition de 1913. Cette proposition, nous nous faisons un devoir de le rappeler ici, avait été préparée en collaboration avec M. G. Barnich et portait aussi les signatures de MM. Franck, Masson, Devèze, Huysmans et Vandervelde. La position théorique de la question n'a pas varié; il apparaît inutile de refaire ici des démonstrations à propos de notions universellement acceptées aujourd'hui, qui sont à la base même de toute doctrine démocratique, quelles qu'en soit les tendances, et que tous les pays modernes en ces dernières années ont incorporées à leur législation. En dehors des précédents classiques et déjà anciens que représente la législation germano-autrichienne, suivie de près par le grand-duché de Luxembourg, d'une part, et par l'expérience anglaise, de l'autre, voici que successivement, en cette dernière décade, un statut d'assurances sociales en matières de maladie et d'invalidité, à base d'obligation, a été admis en Roumanie, en Espagne, en Portugal, en Pologne, en Tchéco-Slovaquie, en Suède, en Norvège, en Russie, au Japon, aux Pays-Bas, où la loi votée attend le moment de sa mise en vigueur, tandis qu'en Italie la réforme réalisée pour la vieillesse, l'invalidité et la maternité va être étendue à la maladie; qu'en France, un projet d'ensemble est à l'examen de la Chambre des Députés, et qu'en Suisse, la réforme réalisée dans plusieurs cantons semble devoir être généralisée par une loi nationale à très bref délai.

Il ne semble pas excessif de souhaiter qu'en Belgique un projet de législation de ce genre soit pris en considération.

Le principe, auquel tous les partisans de la réforme sont aujourd'hui ralliés, est la notion de l'assurance obligatoire, qui apparaît comme le vrai moyen de faire œuvre sérieuse, réellement efficace quant au nombre des bénéficiaires atteints et quant à l'importance des avantages conférés. Le grand nombre, procédant de l'assurance obligatoire, comporte la répartition des risques, donc la sécurité — il réalise la concentration des efforts et des ressources, donc la possibilité d'assurer des satisfactions appréciables par une organisation répondant à tous les besoins et fortement charpentée. Ainsi que le rappelle l'exposé des motifs du projet français déposé le 22 mai 1921 sous la signature de MM. Aristide Briand, Président du Conseil, et Daniel-Vincent, Ministre du Travail, « l'assurance sociale est instituée, non pas seulement dans l'intérêt de chaque individu pris isolément, mais encore pour la sauvegarde de la collectivité à laquelle il appartient. L'individu n'a pas le droit, dans une société bien organisée, de se retrancher dans une imprévoyance qui le laisse à la charge de ses semblables. Sa liberté est limitée par les devoirs qu'il a envers ses concitoyens. S'il ne les remplit pas spontanément, la collectivité lui en doit imposer l'accomplissement, sous peine de devenir elle-même la victime de cette coupable négligence. » Idée que le rap-

porteur, M. le député Grinda, a commentée dans les termes suivants : « Loin d'attenter à la liberté individuelle, l'obligation affranchit l'ouvrier. Le malade, l'invalidé, le vieillard indigent, abandonnés à leur seule faiblesse, cessent d'être des hommes libres. Les réduire à mendier aux portes de l'assistance publique ou privée, c'est faire dépendre leur existence de l'arbitraire de commissions administratives, d'influences politiques, de la générosité capricieuse de philanthropes; c'est, dans une certaine mesure, abaisser leur dignité. Le travailleur assuré, en ne réclamant que son dû, ce qu'il a acquis par son travail, voit, avec le sentiment de son droit, s'exalter son indépendance personnelle. Envisagée du point de vue collectif, l'obligation se justifie avec encore plus de force. Comment dénier, en effet, à la collectivité le droit de défendre et de protéger le plus précieux de ses biens, le capital humain? Comment lui refuser de combattre et de prévenir la maladie, la misère? Le malade peut être un danger physique pour ses semblables; il constitue un déchet économique temporaire ou permanent; la collectivité a le devoir de défendre la race et d'accroître les forces productives. »

Mais le principe d'obligation comporte deux corollaires essentiels : C'est tout d'abord la notion de la garantie de secours; on ne conçoit pas que des travailleurs puissent être soumis au paiement obligatoire de cotisations parfois élevées, sans qu'il leur soit reconnu un *droit* à un avantage corrélatif et la *certitude mathématique* que cet avantage pourra être octroyé. Or, ce droit, cette garantie, cette certitude ne pourront résulter que de l'application stricte à l'assurance des règles scientifiques et celles-ci devront donc être une des assises de la législation nouvelle. Le second corollaire du principe d'obligation est la nécessité d'assurer à tous les bénéficiaires de l'assurance un traitement de justice, et ceci suppose que soient évitées les conséquences iniques du triage des risques, ainsi que du rejet des risques les moins bons vers les Conseils régionaux. C'était l'inconvénient du projet du Gouvernement, admis en 1914; l'accumulation fatale des risques défavorables devait conduire les Conseils régionaux à une faillite rapide, prévue d'ailleurs par les auteurs de ce projet, qui avaient eu soin de stipuler, en l'un de ses articles, que les Conseils régionaux ne seraient tenus de payer les indemnités que dans la mesure de leurs ressources! — Et les victimes de cette situation, ce devaient être nécessairement les refusés des mutualités, les déshérités, ceux à l'égard desquels l'entraide sociale eût pu s'exercer le plus utilement. — C'était de la solidarité à rebours, aberration injustifiable, qui devait être et qui fut d'ailleurs la condamnation de ce projet si boiteux. Ici encore, ce sera la législation nouvelle qui pourra réaliser les conditions de stabilité et d'équilibre de l'assurance.

Résumons-nous. L'obligation étant à la base du projet, la Commission des Assurances sociales a voulu faire :

- 1° Une œuvre mutualiste;
- 2° Une œuvre d'assurance véritable, qui crée de la sécurité et qui soit dès lors à base scientifique;
- 3° Une œuvre de justice, sans risque possible de voir sacrifier certaines catégories d'assurés;
- 4° Une œuvre de progrès social comportant l'octroi d'avantages matériels appréciables pour les travailleurs.

Il nous reste à caractériser par le détail les dispositions principales du projet de la Commission des Assurances sociales. Nous ferons suivre cet exposé tout simple et objectif, du texte de deux notes qu'a bien voulu rédiger à notre demande, M. l'actuaire Maingie, l'une pour justifier, du point de vue scientifique, certaines règles fondamentales que le projet a adoptées et qui en forment en quelque sorte l'armature actuarielle; l'autre, pour chiffrer les charges qu'entraînerait pour l'État son intégrale réalisation. On trouvera ces études en annexe.

Ainsi seront précisés avec netteté et de la façon la plus exacte les trois points qui, en la matière, nous paraissent mériter de retenir le plus particulièrement l'attention de ceux de nos collègues qui voudront bien s'intéresser à la réforme proposée.

1. — Bénéficiaires de l'Assurance.

L'obligation s'étend à tous les travailleurs des deux sexes, occupés moyennant rémunération pour le compte d'un chef d'entreprise ou de tout autre employeur, et gagnant moins de 10,000 francs par an. Cette limite pourra être modifiée par arrêté royal, et il serait désirable sans doute qu'elle tint compte du nombre de personnes de la famille vivant à la charge de l'assuré.

Peuvent être admis à bénéficier des avantages de la loi les autres travailleurs, à condition que, Belges et résidant en Belgique, ils n'aient pas un revenu soumis à la taxation, supérieur à 10,000 francs. Il est aussi prévu qu'un arrêté royal pourra modifier ce chiffre dans les conditions indiquées ci-dessus.

Le projet de 1914 admettait comme maximum à l'obligation 2,400 francs. — La limite a été élevée eu égard aux conditions économiques actuelles.

Les assurés facultatifs bénéficieront des subsides de l'État comme les assurés obligatoires, mais ils n'auront pas droit à l'intervention patronale; d'ailleurs, comme il s'agira dans la plupart de ces cas de travailleurs indépendants, artisans ou petits patrons, ils ne sont pas, en fait, au service d'un chef d'entreprise. Ils devront donc nécessairement supporter, en plus de la cotisation personnelle, le paiement de la cotisation patronale.

2. — Institutions de l'Assurance.

L'assurance maladie est organisée par les mutualités pour les mutualistes, et par les établissements régionaux pour les assurés qui n'auront pas été admis dans les mutualités. Il y aura un établissement régional par arrondissement.

Le risque maladie est supporté par ces organismes primaires de l'assurance pendant six mois. Qu'advient-il ensuite de l'assuré malade? Ici intervient une notion nouvelle introduite dans la législation par le projet de la Commission. Entre le risque maladie et le risque invalidité vient se placer le risque de maladie prolongée. L'assurance maladie prolongée est supportée pendant trois ans par les caisses mutualistes fédérales ou par les établissements régionaux.

Le troisième palier est constitué par l'assurance invalidité. Ce risque est en principe défini comme suit : est invalide complet l'assuré qui ne gagne plus et n'est plus en état de gagner, par une occupation en rapport avec ses forces et ses aptitudes, en tenant compte de son éducation professionnelle et de son métier antérieur, un tiers de ce qu'une personne de la même profession, d'une éducation égale, saine de corps et d'esprit, peut gagner dans la même région par son travail.

Est présumé partiellement invalide celui qui n'est plus en état de gagner la moitié de ce salaire normal. Voici encore une innovation intéressante : jusqu'à présent n'entrait en ligne de compte, pour l'octroi d'indemnités, que l'invalidité totale.

L'assuré accède au bénéfice de la rente d'invalidité quand il a épuisé ses droits dans les organismes primaire et secondaire (donc après six mois et trois ans) et que l'état d'invalidité est constaté.

L'assurance invalidité est réalisée par la Caisse nationale d'invalidité. Ici le projet consacre une transformation fondamentale, puisque les caisses fédérales d'invalidité actuellement existantes voient leur mission limitée à l'assurance de la maladie prolongée et n'auront plus à s'occuper du risque invalidité proprement dit. Étant donné le caractère spécial de celui-ci et les lourdes charges qu'il comporte, on a jugé utile de concentrer cette assurance et d'en confier la gestion à une seule Caisse nationale, qui sera le pendant de la Caisse de Retraite de l'État.

Le projet fixe les conditions d'agrégation des mutualités et des caisses fédérales. Ces conditions sont relatives, essentiellement, à l'import des indemnités dues (5 francs minimum, par jour pendant six mois, puis pendant trois ans), à la garantie de la prestation des soins médicaux et pharmaceutiques et au respect des règles scientifiques dans l'organisation de l'assurance.

Enfin, il est créé un Conseil supérieur des assurances sociales pour le pays entier, et, dans chaque province, une Commission provinciale dont nous préciserons les attributions dans la suite de cet exposé.

3. — Fonctionnement de l'assurance maladie.

La mutualité devra établir un budget séparé pour le service indemnités et pour le service médical et pharmaceutique.

Pour ces deux services, elle fixe librement les cotisations dues, mais de façon à maintenir dans chacun des deux budgets l'équilibre requis.

En ce qui concerne le service indemnité, elle devra établir un bilan technique et se conformer, quant au calcul des cotisations, au tarif que fixera le Conseil supérieur.

L'indemnité journalière à servir par jour de maladie doit, avons-nous dit, être d'au moins 5 francs. — Pour rendre possible ce paiement, il est estimé qu'une prime annuelle de fr. 37.50 est nécessaire.

La charge s'en répartit entre l'assuré et l'État. Le projet fixe la subvention de l'État à 14 francs par an et par assuré. L'avant-projet de la Commission avait

adopté le chiffre de 15 francs pour cette subvention de l'État; afin d'alléger quelque peu les charges des pouvoirs publics et d'harmoniser l'intervention globale des assurés et des patrons qu'un intérêt de principe commande de maintenir à égalité, nous avons rectifié sur ce point le texte de l'avant-projet et nous avons ramené à 14 francs le montant de la part de l'État dans la prime afférente à l'assurance maladie-indemnité. Il faudra que la cotisation du mutualiste voisine fr. 22.50, mais, comme nous l'avons dit, le chiffre exact en sera déterminé par les statuts de la mutualité et, pour les affiliés de l'établissement régional, par arrêté royal. Ces organismes pourraient admettre comme base le chiffre de 24 francs, sauf à le rectifier dans la suite.

L'application des règles techniques suppose que les mutualités se plient à une discipline assez rigoureuse et que les cotisations soient assez importantes, mais il est évident que c'est à ce prix seulement que le but poursuivi sera atteint, à savoir l'octroi à tout assuré d'une garantie absolue que les indemnités dues lui seront payées.

Ainsi que je l'ai dit, le chiffre de base de la cotisation sera déterminé conformément à un tarif du Conseil supérieur. Rappelons que d'après la table de morbidité de Kinkelin, il faut prévoir une prime annuelle approximative de 7 francs pour pouvoir assurer 1 franc par jour de maladie, étant entendu que l'assuré commencera à verser ses 7 francs à partir de 20 ans. Cela revient à dire que le nombre moyen de jours de maladie pour la généralité des cas pris à divers âges entre 20 et 65 ans est approximativement sept. Le nombre réel de jours de maladie est inférieur à cette moyenne générale au début de la vie — il est supérieur à un âge avancé.

Cette cotisation, pour 5 francs d'indemnité journalière, devrait être normalement de 35 francs — ce qui porte à croire que le chiffre de fr. 37.50 serait suffisant, étant donné que les menus frais de gestion devraient être couverts.

Le chiffre de base de la cotisation variera, dans les années subséquentes d'application de la loi, par l'application du coefficient spécial de la mutualité. Ce coefficient est le rapport entre le nombre effectif de journées de maladie que l'on relève dans la société et le nombre de journées de maladie attendues d'après la table. Si ce rapport est plus petit que l'unité 1, il se démontrera que la cotisation est trop forte et elle sera réduite en conséquence. Si ce rapport est plus grand que l'unité 1, la cotisation est trop faible et elle devra être renforcée. On atteindra donc ce résultat que chaque société paiera sa cotisation mathématique, adéquate aux risques, nécessaire et suffisante.

Pour que la cotisation reste toujours à niveau, il faudra que les personnes qui commenceront à verser, après la mise en vigueur de la loi, paient un droit d'entrée calculé d'après l'âge, toujours conformément au tarif du Conseil supérieur.

L'application de ces principes aura pour conséquence la formation automatique, par l'effet de la loi du nombre, dans la caisse de l'organe d'assurance, des réserves mathématiques pour chaque assuré. En cas de mutation d'un organe d'assurance à un autre, les réserves suivent l'assuré et sont transférées d'un organe à l'autre. Ainsi se résout le problème de la mutation des assurés. Et le

bilan technique ne cessant pas d'être à jour, une certitude absolue d'indemnisation existe pour tout assuré.

Voici donc l'équilibre financier réalisé, mais à une condition, c'est que l'assuré commence à verser sa cotisation à 20 ans, ou bien qu'entrant dans une mutualité dans le cours de l'application de la loi, il paie un droit d'entrée. Mais que faire des assurés qui auront dépassé 20 à 25 ans au moment de la mise en application de la loi ? Pour ces derniers on se trouve dès le début devant un déficit représentant ce qu'ils devraient verser à titre de droit d'entrée. Or, on ne peut les astreindre à payer ce droit, qui s'élèverait bien souvent à un montant assez considérable. Il faudrait donc qu'il fût versé pour les assurés du début, trop âgés, une prime supérieure à la prime uniforme de fr. 37.50. — Pour combler ce déficit il est prévu que les pouvoirs publics auront à mettre au crédit des organes d'assurance la différence entre la cotisation que ces assurés âgés auraient mathématiquement à payer et la cotisation qu'il payeront effectivement. Il est juste que ce sacrifice soit supporté par la collectivité, car les assurés ne peuvent être tenus responsables par répercussion, du retard que le législateur belge a mis à nous doter d'un système raisonnable et complet d'assurance. Cette charge, maxima au début, s'amortira progressivement et finira par disparaître, après quarante ans.

Il y a là, on le remarque, une sorte de volant compensateur au surcroît de risques qu'il faut inévitablement prévoir pour toute la période transitoire. L'avant-projet avait fait jouer cette intervention compensatrice pour tous les assurés qui, à l'entrée en vigueur de la loi, auraient dépassé 30 ans. Pour les raisons techniques indiquées dans les notes-annexes, nous avons cru sage et plus adéquat à la valeur exacte du surcroît de risques à prévoir, d'adopter comme début d'application de ces mesures transitoires l'âge de 25 ans.

Reste la situation des assurés qui ne pourront être admis dans les mutualités, soit à raison de leur état de santé, soit qu'ils ne trouvent pas dans la région où ils habitent de mutualités répondant à leurs vœux, à leurs convictions politiques, par exemple. Ils ne doivent pas cependant être abandonnés et sacrifiés.

L'inconvénient du projet de 1914 était de refouler ces risques, souvent moins favorables, vers les comités régionaux, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

La préoccupation de la Commission a été de faire disparaître ce cruel déséquilibre et cette injustice. Elle s'est appliquée à transformer le « salon des refusés » qu'était le Conseil régional de 1914 en une véritable institution d'assurance où chacun trouvera un traitement équitable et humain. A cet effet deux mesures ont été proposées :

1° Au point de vue de la comptabilité, le Conseil régional pourra opérer un triage. Il groupera les risques normaux dans une première section, qui sera à peu près ce qu'est une mutualité ordinaire. Les risques surélevés seront placés dans une section II qui sera fatalement en fort déficit, mais il est prévu que ce déficit devra être couvert par les pouvoirs publics. On ne peut demander aux assurés seuls de supporter ce surcroît de charges. La prévoyance touche ici à la bienfaisance publique et ce ne sont pas seulement des cotisations qui sont à cet égard nécessaires, mais de larges subventions. Ces subventions

spéciales seront supportées dans la proportion suivante : trois huitièmes par la commune, un huitième par la province, quatre huitièmes par l'État. Les hospices, les bureaux de bienfaisance sont tout indiqués pour intervenir, et c'est pourquoi la part des communes est assez considérable.

2° Un dernier élançon a paru indispensable à la solidité de notre édifice d'assurance. C'est celui qui résulte du nivellement général du risque. Il ne faut pas que certaines sociétés, à raison de la profession de leurs membres (sociétés d'employés de commerce, par exemple), à raison de la région où elles fonctionnent (sociétés d'ouvriers agricoles), tirent de cette circonstance un avantage trop marqué. Il ne faut pas non plus que les assurés qui seront placés dans la section I de l'établissement régional subissent de ce chef un préjudice. Ce qui doit tout dominer, c'est le principe de la solidarité qui unit tous les participants à une œuvre de mutualité nationale. Ce n'est pas trop demander aux vrais mutualistes que de souscrire à ce principe. Et c'est pourquoi il a été admis dans le projet que les sociétés et les établissements régionaux d'une même province auraient à se réassurer pour 50 % de leurs risques-indemnités à une caisse provinciale de réassurance. En pratique, chaque société aurait donc à verser dans cette caisse fr. 37.50 : 2 = fr. 18.25 par membre tous les ans, et cette caisse interviendrait donc pour 5 francs : 2 = fr. 2.50 par jour de maladie à indemniser.

La caisse de réassurance serait administrée par une Commission provinciale composée de sept membres : quatre délégués des mutualités, deux délégués des établissements régionaux, présidés par un délégué désigné par le Gouvernement.

4. — Organisation du service médical et pharmaceutique.

Les mutualités primaires et les établissements régionaux assurent à leurs membres la prestation des soins médicaux et pharmaceutiques.

Nous nous trouvons ici devant un des aspects les plus ardues du problème.

Deux considérations doivent être dominantes :

1° La nécessité d'assurer aux malades le libre choix du médecin.

La liberté de choix est un droit indiscutable du malade, droit que rien ne peut venir restreindre, surtout en régime d'assurance obligatoire. La confiance est un élément moral qui, dans bien des cas, est de nature à influencer directement la rapidité de la guérison.

2° La nécessité d'organiser un service médical et pharmaceutique sérieux, efficace, offrant toutes garanties. Il ne faut pas que le médecin de l'assurance soit une sorte de médecin des pauvres dont les soins soient moins attentifs, moins consciencieux, moins salutaires ou puissent être considérés comme tels. Or, cet objectif ne sera atteint que si l'on peut compter sur le concours absolu du corps médical et si donc on arrive à réaliser une collaboration intime entre les praticiens et tous ceux qui auront à participer à la mise en application du système de l'assurance. C'est dans le respect des droits mutuels que les conditions de cette collaboration doivent être débattues, étant entendu que les prestations fournies

par les médecins et les pharmaciens doivent être l'objet d'une juste rémunération, en rapport à la fois avec le travail fourni et la capacité de paiement des organes de l'assurance.

Cet accord doit résulter des conventions collectives qui se concluront, par régions, entre délégués des assurés et délégués des médecins et des pharmaciens, délibérant au sein de commissions paritaires. Des organismes de ce genre sont prévus dans chaque commission provinciale et au sein même du Conseil supérieur. Cette commission médicale du Conseil supérieur aura à trancher, par arbitrage, les difficultés qui surviendraient.

Le tarif ainsi arrêté sera publié par arrêté royal et sera obligatoire pour tous les organes d'assurance de la région et pour tous les praticiens qui déclareront vouloir apporter leur concours à l'application de la loi.

Les chiffres indiqués par les représentants des Fédérations de médecins et de pharmaciens au sein de la Commission, comme pouvant servir de base à ces tarifs, ont été les suivants :

Évaluation du coût du service médical et pharmaceutique pendant un an :

- a) pour la famille (assuré, conjoint et enfants de moins de 14 ans habitant avec lui) fr. 48 »
- b) pour l'assuré célibataire 16 » ⁽¹⁾.

Il a été admis que la charge aurait à se répartir comme suit : trois huitièmes pour l'assuré, trois huitièmes pour l'État, deux huitièmes pour le chef d'entreprise.

Le projet laisse aux mutualités le soin de fixer la cotisation de leurs membres. Les éléments dont nous disposons portent à croire que cette cotisation devra se rapprocher de 18 francs. Le patron interviendrait pour 12 francs ; l'État verserait une subvention calculée sur des bases analogues à celles que comportent les instructions actuellement en vigueur, à savoir fr. 1.50 mensuellement pour le ménage et 25 centimes par enfant, ce qui nous ramène au chiffre d'intervention annuelle de 18 francs, augmenté des suppléments versés en raison du nombre d'enfants.

Il serait désirable que cette cotisation globale, qui dépassera 48 francs, permit

(1) Ces évaluations datent de 1919-1920 et doivent être soumises actuellement à révision ; il est de notoriété, en effet, que les honoraires médicaux se sont élevés depuis ce moment et que surtout les produits pharmaceutiques ont fortement haussé de prix.

Le chiffre global de 48 francs semble donc devoir être porté à 60 francs.

Il en résulterait que les cotisations devraient être augmentées et mises, tout au moins transitoirement, aux taux de 24 francs (au lieu de 18 francs) pour l'assuré et de 18 francs (au lieu de 12 francs) pour le chef d'entreprise. L'économie du projet n'en serait aucunement dérangée.

Pour les mutualistes, les groupements auront à prendre les mesures nécessaires en arrêtant l'import de la cotisation, conformément à l'article 28.

En ce qui concerne la cotisation patronale, nous avons ajouté au texte de la Commission une disposition prévoyant qu'elle pourrait, à titre temporaire, être portée à un taux supérieur par arrêté royal. Le texte du projet se trouve ainsi exactement adapté aux contingences de la situation actuelle.

de faire face à toutes les dépenses du service médical et pharmaceutique pour la famille entière, en y comprenant les enfants vivant sous le même toit et âgés de moins de 18 ans.

Moyennant application des tarifs publiés par arrêté royal, les mutualités seront libres de traiter à forfait ou par visite, de fournir les soins gratuitement ou de faire payer une légère somme par l'assuré, à titre de contrôle.

Il est entendu que la comptabilité du service médical et pharmaceutique doit être complètement distincte de celle afférente au service des indemnités et que tout subside remis aux organes d'assurance pour le service médical et pharmaceutique ne peut être distrait de sa destination.

Le service médical et pharmaceutique est assuré gratuitement aux invalides et aux vieillards de plus de 65 ans. Les frais en seront supportés par deux fonds spéciaux créés à cet effet. Les mutualités se trouveront de ce chef débarrassées d'un gros souci et d'une charge appréciable, et ainsi se trouvera résolu un problème qui n'avait pas laissé que de susciter d'assez sérieuses difficultés dans le passé.

5. — Assurance maladie prolongée.

Nous avons dit que l'assurance de ce risque incombe aux caisses fédérales et aux établissements régionaux et qu'elle comporte l'attribution d'une indemnité minima de 5 francs pendant les trois ans qui suivent les six premiers mois de la maladie.

Le droit au secours s'ouvre dès le moment où le malade a épuisé ses droits dans la mutualité primaire.

Les caisses fédérales, dont il est question, remplaceront nos actuelles caisses fédérales mutualistes dites « de réassurance », qui ont mission d'organiser l'assurance contre l'invalidité, avec cette double différence que dans le régime que nous proposons d'instaurer la durée de l'intervention de la caisse se trouvera limitée à trois années, et que le risque sera qualifié du terme qui répond plus exactement que jadis à la réalité des choses : il s'agit, en effet, dans une infinité des cas actuellement prévus, bien plutôt de maladie prolongée que de véritable invalidité permanente.

La notion d'incapacité totale est définie comme en matière d'invalidité, à savoir le défaut de pouvoir gagner un tiers du salaire normal. Appliquée à l'assurance maladie, cette interprétation du risque représente un élargissement déjà notable des conditions d'indemnisation actuellement pratiquées et à la base desquelles figure la notion assez rigoureuse, mais admise par l'usage en Belgique, d'incapacité absolue au travail.

A ce second stade de l'assurance, le projet fait intervenir un critérium nouveau plus généreux, puisqu'on assimilera au malade tout à fait inapte le malade qui est encore susceptible de gagner au plus le tiers de son salaire.

La Commission des Assurances sociales avait été plus loin encore en transportant dans le domaine de l'assurance maladie prolongée la couverture de l'incapacité partielle, consacrée par elle, ainsi que nous l'avons noté pour l'assurance invalidité. Une disposition de son avant-projet portait qu'en cas d'incapacité

partielle, c'est-à-dire au cas où le malade, tout en étant capable de gagner plus du tiers de son salaire, ne serait pas en état de dépasser la moitié de celui-ci, il y aurait lieu encore à indemnisation, mais que l'indemnité serait réduite de 5 francs à fr. 3.50, fr. 2.50 ou fr. 1.50, suivant que l'assuré ne serait plus à même de gagner que 40 %, 45 % ou 50 % de son salaire normal. Une étude plus approfondie du problème, notamment en ce qui touche ses conséquences financières, nous a conduit à ne pas demander l'application immédiate de cette disposition relative à l'incapacité partielle. L'indemnisation de l'incapacité partielle doublerait, en effet, le coût de l'assurance maladie prolongée, proportion que des abus fort à craindre, à raison de fraudes, de simulation facile, d'entretien de psychoses, pourraient fortement aggraver. Au surplus, ce qui est différé n'est pas perdu. L'expérience du régime nouveau nous apportera, sans aucun doute, d'utiles renseignements et nous pourrions juger mieux, après quelques années d'essai, de l'opportunité qu'il y aurait à développer l'assurance maladie prolongée dans le sens de l'indemnisation de l'incapacité partielle. Plutôt que de créer un obstacle sérieux d'ordre financier à l'acceptation du projet, bornons-nous pour l'instant, en cette matière encore nouvelle et peu étudiée, à réaliser l'essentiel, quitte à compléter demain, si c'est possible, et tenons-nous-en aujourd'hui aux dispositions des articles 52 et 58.

La prime estimée nécessaire pour couvrir les frais de l'assurance maladie prolongée, comprenant exclusivement l'incapacité totale, est de 18 francs par an.

Le projet répartit cette cotisation par tiers entre l'assuré, le chef d'entreprise et l'État.

La Caisse fédérale ou l'établissement régional versera à la Caisse d'invalidité et à la Caisse de Retraite, en lieu et place de l'assuré atteint de maladie prolongée, les cotisations afférentes à la constitution de la rente d'invalidité et de la pension de vieillesse. Ainsi la soudure entre l'assurance maladie prolongée et les stades subséquents, invalidité et vieillesse, est parfaitement réalisée.

De même que les mutualités primaires, les caisses fédérales et les établissements régionaux, organes d'assurance de la maladie prolongée, se réassurent pour 50 % de ces risques à une caisse commune, confiée à l'administration de la Commission provinciale.

Enfin, pour stabiliser la situation des assurés qui au début de l'application de la loi auraient dépassé l'âge de 25 ans, il est prévu une mesure transitoire analogue à celle que nous avons vue intervenir en faveur des mutualités primaires : il est mis au crédit des organes de l'assurance des versements annuels représentant le supplément de cotisation nécessaire pour réaliser le taux normal de cotisation de ces assurés trop âgés. Le supplément de risque procédant de l'âge des assurés au début de la loi est ainsi amorti.

6. — Assurance invalidité.

Nous avons indiqué comment doivent s'entendre les notions d'invalidité totale et d'invalidité partielle et nous avons signalé que cette assurance incombe à la Caisse Nationale d'Invalidité. Celle-ci verse à tout invalide une rente de 3 francs

par jour, depuis le moment de la survenance de l'invalidité jusqu'à 65 ans. En cas d'invalidité partielle, l'indemnité de base de 3 francs est réduite à fr. 2.50, 2 ou 1.50, suivant que l'invalidé n'est plus en état de gagner que 40 %, 45 % ou 50 % de son salaire normal.

L'indemnité journalière versée à l'invalidé est augmentée en raison des charges de famille de l'intéressé : le supplément est de 50 centimes par jour, si l'invalidé est marié, et de 25 centimes par enfant âgé de moins de 16 ans. Il en résulte que l'invalidé marié et père de trois enfants touchera par jour $3 + 0.50 + (3 \times 0.25) = \text{fr. } 4.25$. Le coût de ces majorations sera couvert par une intervention spéciale de la province et de la commune où réside l'invalidé.

La cotisation estimée nécessaire pour le service des indemnités de base, y compris l'invalidité partielle, est estimée à 78 francs, et le projet la répartit comme suit : 18 fr. pour l'assuré, 48 fr. pour le patron, 12 francs pour l'État.

Cette répartition s'écarte légèrement de celle de l'avant-projet de la Commission qui demandait 8 francs à l'assuré, 48 fr. au patron et 24 fr. à l'État, mais elle ne paraît pas pouvoir être établie sur d'autres bases sous peine de créer un déséquilibre évident entre l'intervention globale des assurés et celle des chefs d'entreprise dans le régime d'assurance, intervention qu'il est désirable de maintenir à égalité (voir la note au bas de la page 17), ni sans créer pour l'État des charges telles que l'adoption du projet en ce qui concerne l'assurance en vue de l'invalidité devrait presque fatalement être postposée. Au surplus, la cotisation ouvrière de 18 fr., étant donnée la somme des avantages procurés (indemnité de base, suppléments pour charge de famille, indemnité pour invalidité partielle, service médical et pharmaceutique), n'est certes pas hors de proportion avec les facultés actuelles d'un budget de travailleur, même modeste.

Une mesure transitoire, identique à celle prévue pour l'assurance maladie et la maladie prolongée, à savoir l'inscription au crédit de l'institution d'assurance de suppléments de cotisations pour les assurés trop âgés au début de l'application de la loi, permet de créer dès le début l'équilibre technique indispensable au sein de la Caisse Nationale d'Invalidité. L'article 72 limite, il est vrai, ce versement à la moitié des suppléments de cotisations nécessaires ; mais il a été estimé que les réserves devenues libres par suite d'interruption de l'assurance, lorsque l'assuré arriverait à 65 ans, constitueront un profit sérieux pour la Caisse Nationale et suffiront à parfaire l'équilibre pour le surplus.

7. — Assurance spéciale contre la tuberculose.

Le projet donne une forme pratique à cette idée souvent préconisée : il décrète que l'effort solidaire de la nation sera mis au service de la lutte antituberculeuse. Innovation hardie et magnifique par les résultats qu'elle permet d'entrevoir.

Le programme à mettre en œuvre comporte deux parties bien distinctes :

Il y a lieu tout d'abord d'organiser l'institution d'assurance qui permettra de fournir l'aide pécuniaire indispensable à l'hospitalisation du tuberculeux : paiement de son entretien et de son traitement dans un sanatorium, octroi de

secours spéciaux au tuberculeux qui n'est pas sanatoriable et indemnités supplémentaires pour mettre, en ce cas, les enfants du malade en subsistance hors de la maison familiale et les soustraire à la contagion, continuation d'une aide au malade sorti du sanatorium et qui a besoin d'une nourriture plus fortifiante afin de revenir plus complètement à la santé.

Mais comment subvenir aux charges de ces services? Le projet prévoit la création de caisses nationales d'assurance contre la tuberculose au sein de chaque Union Nationale de Mutualités, pour les affiliés mutualistes, et au sein de la Caisse Nationale d'Invalidité pour les affiliés des établissements régionaux.

Ces caisses seront alimentées par une cotisation obligatoire de fr. 1.20 par an. Elles auront à pourvoir au paiement de la moitié des frais d'hospitalisation et de secours, l'autre moitié incombant par parts égales à l'État et à la province où est établie la mutualité ou l'établissement régional dont l'assuré fait partie.

Le second objectif à atteindre, et qui est évidemment indispensable à la réalisation du premier, est de mettre à la disposition des malades tuberculeux un nombre suffisant de sanatoria. L'État aura à y veiller, soit par la création, soit par l'agréation de sanatoria. La liberté d'initiative des groupements est pleinement sauvegardée : ils pourront assumer eux-mêmes la construction de sanatoria, l'État intervenant en ce cas pour les trois quarts de la dépense si l'établissement répond aux conditions prévues. Un crédit de dix millions est mis à la disposition du Gouvernement en vue de la création de ces établissements.

Il est permis de penser que l'organisation dont nous venons d'esquisser les grandes lignes est susceptible de répondre à toutes les exigences et d'apporter aux victimes du fléau d'inappréciables bienfaits.

8. — Assurance maternelle; assurance en vue des frais funéraires; dispensaires et propagande.

Nous groupons sous cette rubrique les services de l'assurance qui répondent à des formes plus particulières de l'entr'aide sociale :

C'est l'assurance maternelle qui permettra, par le fonctionnement d'une caisse nationale, de verser à l'assurée ou à la femme de tout assuré une indemnité en cas d'accouchement, indemnité dont le montant sera respectivement de 500 ou de 300 francs. L'octroi en sera subordonné à la condition que l'accouchée prenne un temps de repos suffisamment long avant et après la naissance.

C'est l'assurance en vue des frais funéraires qui rendra possible le versement d'une indemnité de 150 francs au décès d'un assuré.

C'est ensuite l'organisation, par la Commission provinciale, avec le concours des caisses fédérales et des établissements régionaux, de dispensaires anticancéreux et antisypilitiques, de services d'infirmières à domicile, de laboratoires d'analyses et de conférences publiques sur l'hygiène sociale.

Cette vue d'ensemble suffit à mettre en plein relief le souci de la Commission de réaliser une œuvre complète et large, cohérente et vraiment organique.

Nous y voyons pour la première fois prendre corps l'idée de « l'assurance intégrale des travailleurs », selon la forte expression d'Ernest Solvay. Saluons cet effort méritoire. Puisse-t-il être l'heureux annonciateur d'une grande et féconde réalisation sociale.

Des considérations qui précèdent ainsi que des deux notes-annexes, relatives à la structure actuarielle et à l'évaluation financière du projet, se dégagent trois conclusions :

1° La proposition que nous avons l'honneur de soumettre à la Chambre se présente comme une solution d'ensemble réaliste et cohérente, répondant à la fois aux nécessités pratiques actuelles, en ce sens qu'elle développe et fortifie les organisations existantes, et aux exigences les plus rigoureuses de la technique de l'assurance. On notera à cet égard l'appréciation de M. Maingie, qui la déclare impeccable du point de vue scientifique. (Cf. note-annexe I.)

Elle a rallié l'adhésion de la Commission des Assurances sociales, où se trouvaient représentées les Unions nationales mutualistes, la Fédération médicale belge, la Nationale pharmaceutique, l'actuariat, les fonctionnaires et les membres du Parlement qui se sont spécialisés en la matière.

2° Les charges que comporte sa réalisation sont dès à présent chiffrées (voir note-annexe II), mais elles peuvent être réduites à la mesure des engagements aujourd'hui acceptables pour le Trésor, la charpente de la proposition et ses dispositions de principe demeurant intangibles. Cette mise au point se fera aisément et devra être la tâche de la Commission parlementaire qui sera saisie de la question.

3° Le vote du projet, tel qu'il est ci-après libellé, entraînerait pour l'État une charge constante de 128 millions et pour les provinces et les communes une dépense à répartir entre elles de 36 millions, les subventions de la période transitoire ne faisant pas l'objet de versements immédiats, mais étant portées au crédit des organismes d'assurance.

Une réduction de ces charges est possible.

Elle peut s'effectuer par une diminution temporaire des indemnités. C'est le système indiqué par M. Maingie dans la deuxième note-annexe. En ce cas, l'intervention annuelle de l'État serait ramenée à 67 millions.

Elle pourrait être possible d'une autre façon, sans réduction des indemnités, mais par l'imposition temporaire d'une cotisation ouvrière et patronale supplémentaire; ce système, tout en étant peut-être moins scientifique, a toute notre préférence, puisqu'il permet d'emblée d'atteindre les divers buts que nous nous proposons et de réaliser dans leur plénitude les résultats envisagés. Nul doute qu'en vue de faire consacrer sans plus de délai une législation aussi largement bienfaisante, cet effort temporaire ne soit accepté volontiers, et par les assurés, et par les chefs d'entreprise. Quoi qu'il en soit, ces modalités pourront être arrêtées ultérieurement; les cadres de la proposition laissent à cet égard toute latitude. Nous nous sommes contenté, à l'exemple de la Commission, de tracer les voies où se trouvera — nous en avons la conviction — la solution

définitive, qui conciliera nos possibilités financières et les desiderata que, de façon si générale, on souhaite voir réaliser en ce domaine.

C'est dans cet esprit et avec la ferme confiance de rencontrer l'accueil sympathique de tous les groupes de l'assemblée que nous avons déposé la présente proposition. Puisse-t-elle faciliter et hâter l'avènement d'une réforme de justice et d'humanité, salutaire à l'avenir de la race, à la paix sociale, à la force productive et à la grandeur du Pays.

ÉDOUARD PECHER.

Tableau schématique des charges de l'assurance.

1° Répartition des ressources entre les trois services principaux :

	MALADIE			Invalidité.
	Service indemnité.	Service médical et pharmaceutique.	Maladie prolongée.	
Assuré.	24	18 (2)	6	18
Chef d'entreprise	»	12 (2)	6	48
État	14	18 (1)	6	12
TOTAUX.	38	48 (1)	18	78

2° Répartition des primes entre l'assuré, le chef d'entreprise et l'État :

	Assuré.	Chef d'entreprise.	État.
Service indemnité maladie	24	»	14
Service médical et pharmaceutique	18 (2)	12 (2)	18 (1)
Maladie prolongée.	6	6	6
Invalidité totale et partielle.	18	48	12
TOTAUX.	66	66	50

(1) Non compris les suppléments pour enfants.

(2) Ainsi qu'il a été exposé, les cotisations de l'assuré et du chef de l'entreprise devront, tout au moins temporairement, être portées à 24 francs et à 18 francs, le coût du service médical et pharmaceutique ayant subi une augmentation depuis 1919-1920, date à laquelle le chiffre global de 48 francs avait été arrêté par la Commission. Il en résulte qu'il faut prévoir pour ce service une prime globale de 60 francs et que les cotisations totales de l'assuré et du chef d'entreprise seront portées à 72 francs au lieu de 66 francs.

Note. — On voit que pour les services principaux, la charge de l'assurance en régime définitif est la même pour l'assuré et le chef d'entreprise. Elle est inférieure en ce qui concerne l'État, mais celui-ci intervient à d'autres titres, notamment pour le service médical et pharmaceutique des invalides et des vieillards, l'assurance maternelle, l'assurance tuberculose et la construction des sanatoria. Les communes et les provinces sont sollicitées pour chacun de ces trois derniers services, ainsi que du chef des suppléments accordés aux invalides pour charges de famille. Il y a lieu, enfin, de tenir compte des cotisations minimales requises de l'assuré pour l'assurance tuberculose, l'assurance maternelle et l'assurance en vue des frais funéraires. En sorte que, tout compte fait, l'égalité presque complète d'intervention se trouve virtuellement réalisée entre les trois groupes participants.

E. P.

ANNEXES

I

Considérations générales

de nature actuarielle justifiant les dispositions principales du projet.

Le projet de loi d'assurance contre la maladie et l'invalidité.

Le projet de loi élaboré par la Commission spéciale des assurances sociales est né, après de longues délibérations, du désir commun des membres de cette commission d'apporter aux divers problèmes de l'assurance maladie et invalidité les solutions les meilleures, compensatrices de tendances diverses souvent divergentes.

Car c'est la caractéristique de ce projet forgé en commun par des hommes que séparaient, parfois profondément, des opinions politiques différentes, et aussi, en matière de mutualité et d'assurance, des attaches et désirs nettement opposés ; il est fait du rapprochement de ces opinions, de concessions mutuelles, heureuses transactions entre des tendances qui paraissaient tout d'abord inconciliables.

I. — *Obligations.*

Dégageons les lignes de ce projet, afin d'en justifier le dessein.

Il étend par l'obligation, l'assurance maladie et invalidité à tous les travailleurs des deux sexes, âgés actuellement de moins de 65 ans, occupés moyennant rémunération pour le compte d'un chef d'entreprise ou de tout autre employeur, et dont le traitement ou le salaire ne dépasse pas 10,000 francs par an. (Cette limite pouvant être modifiée par arrêté royal.)

L'obligation s'étend aux travailleurs des entreprises publiques, à moins qu'en vertu de lois et règlements, ils ne soient garantis d'une manière au moins équivalente contre les risques précités.

Telle est la portée de la loi en projet ; elle ne pouvait guère être plus générale. Sous la réserve de la limite fixée pour le salaire, elle s'étend à tous les ouvriers, employés, domestiques.

II. — *Objets assurés.*

Elle vise en ordre principal la maladie et l'invalidité.

D'après cette division, il semble qu'elle ne devrait comprendre que deux espèces d'organes assureurs, des caisses « Maladie » et des caisses « Invalidité ».

Cependant, le projet crée trois institutions d'assurance distinctes et se rapportant à :

- a) La maladie pendant les six premiers mois ;
- b) La maladie prolongée pendant les trois années qui suivent les six premiers mois ;
- c) L'invalidité.

Pourquoi cette distinction?

L'organisation prévue par le projet dérive de l'organisation actuelle de la mutualité.

Dès ses premières séances, la Commission discuta la question suivante : Y a-t-il lieu de maintenir les organes actuels de l'assurance maladie, ou faut-il, innovant en cette matière, supprimer ces organes et en créer de nouveaux, mieux appropriés à l'étendue de la loi et au caractère d'obligation qu'elle doit revêtir?

Des membres préconisèrent la suppression des mutualités et la création de caisses communales contre la maladie.

On ne peut nier qu'une telle solution ne puisse convenir à l'assurance « maladie » devenant quasi générale par suite de l'obligation. Mais adopter cette solution, c'était supprimer des œuvres intéressantes, groupant déjà quelque 400,000 mutualistes.

Indépendamment d'autres motifs, ce fut la raison principale qui décida la majorité de la Commission à se prononcer en faveur du maintien des sociétés mutualistes, la loi ne devant pas tendre, à son avis, à supprimer les organes créés par l'initiative privée, mais plutôt à en seconder et à en parfaire l'action bienfaisante, tout en corrigeant leurs défauts qui sont surtout d'ordre technique.

Ce principe admis, la solution s'indiquait.

Les sociétés mutualistes sont maintenues et il peut s'en créer de nouvelles, sous la condition d'assurer, au minimum, les risques prescrits par la loi, sous la condition formelle de ne pouvoir exclure aucun membre pour des raisons politiques ou religieuses.

Mais, en même temps, il fallait créer des organes d'assurance où seraient obligatoirement affiliés tous ceux que la mutualité libre refuserait, tous ceux qui ne voudraient pas faire usage de la faculté que leur donnait la loi de se grouper pour former des mutualistes libres.

Pour ceux-là, la loi institue les *caisses régionales*.

Les deux organes sont indispensables à l'exécution de la loi.

Ces organes créés, il y a lieu de fixer les limites de leur action.

Celles-ci dépendent essentiellement du nombre des membres groupés en un même organisme.

La loi des grands nombres exerce ici un empire absolu.

Un organe d'assurance peut assumer des risques de probabilité d'autant plus faible qu'il compte plus de membres. La loi des grands nombres est une loi mathématique, mais c'est une loi *relative*.

Les risques s'équilibreront dans un organisme de faible effectif lorsque le risque est à grande répétition. Ils ne s'équilibreront lorsque l'organisme assure des risques à répétition peu fréquente que si ses effectifs sont de grande densité.

Or, le risque maladie de courte durée est élevé; faible est au contraire le risque de maladie de longue durée.

Dans ces conditions, on peut se contenter pour la maladie de courte durée d'effectifs restreints; la maladie prolongée ne peut être assurée que par des institutions à effectifs importants.

Il est dès lors apparu, à raison du fait que la plupart des membres désiraient permettre le groupement en vue de l'assurance maladie par petits effectifs, qu'il était indispensable de scinder le risque maladie.

On pouvait permettre, en effet, à des organismes de faible densité d'assurer le risque maladie pendant six mois; pour le risque de maladie prolongée, il ne pouvait être confié qu'à des institutions comportant de nombreux affiliés.

Encore fallait-il fixer des limites. La Commission trouva ses inspirations dans l'organisation actuelle de l'assurance maladie.

Des caisses assurent le risque maladie pendant trois ou six mois; des caisses spéciales, dites caisses fédérales ou caisses de réassurance, prennent à leur charge les maladies de plus de trois ou six mois.

Dès lors, étant donnée la nécessité d'une solution uniforme, il apparut utile de permettre

à des mutualités *primaires* d'assurer le risque maladie durant les six premiers mois et d'obliger ces caisses de s'affilier à des mutualités *secondaires*, nées de l'action fédérative, qui prendraient la charge des maladies de plus de six mois.

Quant à la durée des secours à dispenser par les *mutualités secondaires*, on se trouvait en pratique devant plusieurs solutions : certaines caisses fédérales existantes limitent les secours, d'autres ne les limitent pas. Pour des raisons que nous indiquerons plus loin et qui ressortent des nécessités de l'assurance contre l'invalidité, la Commission se rallia à la proposition de fixer à trois ans la durée des secours à accorder par les mutualités secondaires couvrant les risques de maladie prolongée.

Encore fallait-il fixer le nombre minimum de membres des mutualités primaires et secondaires, nécessaires pour que fût observée la loi des grands nombres.

Il n'est pas difficile de démontrer que 200 pour les mutualités primaires, 10,000 pour les mutualités secondaires sont des nombres au-dessous desquels il n'est pas souhaitable de descendre.

En effet, ces nombres peuvent à peine permettre d'espérer la compensation des risques, nécessaires à l'équilibre financier des organes de l'assurance. Ces nombres sont à peine suffisants pour justifier l'espoir que les événements réels seront conformes aux événements que les tables de morbidité permettent de prévoir.

Mais, d'autre part, il existe actuellement des mutualités à très faible effectif; d'autre part encore, la surveillance des malades s'exerce plus aisément dans de petites mutualités que dans des sociétés à effectif nombreux. Tenant compte de ces raisons, la Commission a fixé à 100 le nombre minimum des membres d'une mutualité primaire, à 1,000 celui des membres d'une mutualité secondaire.

Elle a eu tort, à notre sens. Ce qui importe, c'est de créer des organes d'assurance dont l'avenir financier soit certain. Que sous un régime de liberté, une société mutualiste se dissolve parce que les événements lui ont été contraires, cela n'a qu'une importance relative. Cela ne peut être dans un régime d'obligation où la déconfiture d'une seule institution crée une situation difficile et irrémédiable. Il faut, en effet, à moins d'admettre que le champ de l'obligation se restreigne chaque fois qu'une mutualité disparaît, que les réserves mathématiques relatives aux risques assurés soient partout existantes et ne puissent être absorbées par des effets discordants du hasard dus à l'inobservance de la loi des grands nombres.

Il faut que les organes de l'assurance obligatoire soient établis de façon à ce qu'aucun ne puisse périr. Le grand nombre seul peut rendre certain leur état d'équilibre. Il est donc à conseiller de respecter les conclusions que l'on en peut déduire.

Tels sont les organes libres de l'assurance.

En ce qui concerne les caisses régionales, il est inutile de créer une caisse couvrant le risque pendant six mois, une autre caisse couvrant le risque pendant les trois années suivantes.

Une ventilation des recettes et des dépenses du même établissement pour la maladie ordinaire et la maladie prolongée suffira. La loi des grands nombres est là suffisamment observée.

Reste l'assurance des risques maladie au delà de trois ans et demi, ou plutôt l'assurance *invalidité*.

Nous avons préconisé la création d'une seule caisse pour tout le pays, et c'est cette solution qui fut admise par la Commission. Nous savons que cette idée n'a pas rallié tous les suffrages et que d'aucuns se proposent d'attaquer le principe d'une caisse unique invalidité.

L'opposition part surtout des rangs mutualistes, où l'on voudrait dans des œuvres créées librement, mais renforcées par l'obligation de l'assurance, assurer tous les risques.

Nous sommes les premiers à les approuver, et nous l'avons démontré en appuyant les revendications mutualistes chaque fois qu'elles s'accordaient avec les données de la science des nombres.

Mais précisément cet accord cesse en ce qui concerne l'invalidité.

Mal instruits par une expérience insuffisante et d'ailleurs tronquée, des mutualistes qui ont géré des caisses de réassurance s'imaginent que ces caisses pourront assurer sans danger le risque « invalidité ».

Ce n'est pas le moment de faire le procès des caisses de réassurance; nous l'avons fait ailleurs, du reste, sans qu'on nous ait contredit. Mais ces organes créés et gérés d'une façon incertaine, à tâtons, sans une connaissance suffisante du risque invalidité, qu'elles ont restreint à celui de la maladie prolongée, n'ont aucune expérience sur laquelle elles puissent appuyer leur prétention de gérer, dans des mutualités agrandies, le risque redoutable de l'invalidité.

Un fait domine la question : le coût de l'assurance invalidité est grand, mais le risque invalidité lui-même est faible; il l'est à ce point qu'il n'est pas certain qu'une caisse qui compterait un million de membres obéisse assez à la loi des grands nombres pour obtenir le nivellement des événements qui la frapperont, d'avoir, en d'autres termes, des charges réelles sensiblement équivalentes aux charges présumées.

Que l'on crée des caisses de 100,000 membres. Que l'on calcule les primes le plus exactement possible en tenant compte du risque spécial à chaque caisse; que verra-t-on après quelques années de fonctionnement?

Les événements auront frappé d'une façon désordonnée par la raison que la loi des grands nombres n'est pas observée; 1.000 membres sont un grand nombre par rapport au risque maladie des six premiers mois; 100,000 affiliés est un petit nombre en regard du risque invalidité. Et alors il se produira que les événements ayant frappé là plus, là moins qu'il n'était prévu; des caisses d'invalidité seront trop riches, d'autres connaîtront le déficit, d'autres même auront dû liquider.

Cela est-il possible sous un régime d'obligation? Encore une fois, les organes d'assurance doivent être créés de façon à assurer leur pérennité. La seule façon d'obtenir ce résultat c'est de créer une caisse unique d'invalidité.

Laissons d'ailleurs la question ouverte. Nous reviendrons sur ce sujet et présenterons en faveur de notre thèse de nouveaux arguments à propos d'une autre question.

Le projet établit entre les caisses primaires et secondaires, d'une part, les caisses régionales, d'autre part, un lien de solidarité. Elles se réassurent pour moitié de leurs risques à un fonds commun moyennant des cotisations identiques.

C'est la rançon nécessaire de la liberté.

Expliquons-nous à cet égard, car du côté mutualiste, c'est la disposition du projet à laquelle il sera livré le plus rude assaut.

La loi prescrit l'obligation de s'assurer; mais elle permet à ceux qui ont des affinités, soit professionnelles, soit régionales, soit politiques, soit confessionnelles, de s'associer et de mettre leurs risques en commun. Elle permet même aux mutualités libres ainsi constituées de mettre à leur accès des barrières médicales aussi hautes qu'elles le voudront et de sélectionner ainsi les risques qu'elles admettront.

Cela est admissible sous un régime de liberté, et l'on ne s'est pas fait faute jusqu'à présent, avec raison jusqu'à un certain point, d'expurger la mutualité des risques trop dangereux.

Mais sous un régime d'obligation, conçoit-on que certains groupes, favorisés dans leurs desseins par le petit nombre de membres requis pour former une mutualité primaire, se mettent à l'écart, après avoir soigneusement pesé leurs chances de maladie, pour former un groupement à risques surbaissés, tout en jouissant à titre égal des subsides des pouvoirs publics.

L'assurance serait impossible si cette liberté de groupement ne connaissait aucun frein.

Les statistiques de la mutualité sont là pour prouver que pareille spéculation est possible et a de fait été poursuivie.

Il existe des mutualités dont les risques sont inférieurs au tiers de la normale.

Permettre cette sélection des risques sans aucun correctif, c'est aller à l'encontre du but que la loi poursuit. On verrait alors des sociétés primaires et secondaires ployer sous le

poids de la réparation et devoir exiger d'excessives cotisations, tandis que d'autres vivraient prospères d'un allègement de charges voulu, recherché et réalisé par une habile sélection des risques faibles.

Ce n'est point là de la mutualité. C'en est au contraire la négation même.

Il se conçoit que si les mutualités communales, qui n'ont pas ce défaut, sont écartées, que si l'on accorde la liberté d'association en vue de l'assurance contre la maladie, un correctif est nécessaire afin de limiter les abus.

Deux solutions paraissent également possibles.

Ou bien la participation patronale et des pouvoirs publics sera établie en raison du risque de chaque mutualité, en proportion des primes nécessaires pour couvrir leurs risques, de façon que partout les primes des affiliés soient sensiblement les mêmes.

Ou bien une disposition de la loi mettra en commun par grandes régions une partie du risque.

C'est à cette solution que la Commission s'est ralliée. La première est irréalisable ; elle aurait pour conséquence de faire intervenir le patronat et les pouvoirs publics bien au delà de la proportion qui convient.

A ce propos revenons à l'invalidité. La liberté d'association, qui est en même temps la liberté de sélection, aurait pour effet d'empêcher l'application de la loi.

Voit-on par exemple une vaste mutualité d'employés se former en vue de l'assurance-invalidité ? La résultante ? Un risque faible couvert par une prime minime, tandis que certaines mutualités d'ouvriers devraient demander pour couvrir le même risque une prime qu'en fait aucun de ces ouvriers ne pourrait payer.

Dans un régime d'obligation, la liberté a des bornes que l'on ne peut franchir sans qu'il en résulte de graves dangers.

Le projet les évite avec raison, en établissant un lien de solidarité entre les caisses régionales et les mutualités libres primaires et secondaires, en créant un lien de solidarité national, sans lequel l'assurance invalidité serait impossible, en proposant pour ce risque un établissement unique.

On voit à quels principes le projet obéit ; il en déduit les conséquences avec une logique uniforme et inflexible. Nous ne croyons pas que, sous ce rapport, on puisse faire œuvre plus complète et mieux compensée. Modifier sous ce rapport l'ordonnance du projet, ce serait en rompre l'harmonie et rendre dangereuse et aléatoire l'application d'une loi qui ne peut admettre la possibilité de la défaillance d'un seul des organes chargés de l'appliquer.

Ceci admis, une seconde question se pose : Comment assurer la vie de ces organes ? Comment rendre impossible toute défaillance financière ?

Nous l'avons dit déjà, la loi des grands nombres doit être observée ; il faut assurer dans chaque institution ses effets compensateurs.

Mais cela ne suffit pas : il faut aussi leur assurer une exacte péréquation de leurs ressources et de leurs charges ; en d'autres termes, fixer des cotisations à un niveau suffisant, adopter les règles scientifiques de l'assurance.

A cet égard, le projet a tout prévu ; les dispositions du projet relatives à l'assurance maladie, maladie prolongée ou invalidité, aux suppléments de cotisation pour la période transitoire, aux droits d'entrée, à la mutation, aux réserves mathématiques, sont complètes et directement inspirées de la technique de l'assurance.

Nous nous proposons de le montrer, sans toutefois entrer dans les détails de cette technique.

Lorsqu'un risque est croissant avec l'âge, et, pour employer le terme technique, une fonction croissante de l'âge, il en résulte que si l'on demandait à tout assuré la prime nécessaire pour couvrir le risque pendant une année, cette prime croîtrait pour cet assuré d'année en année.

Ainsi, pour l'assurance contre la maladie durant les six premiers mois, il faudrait demander à une personne âgée de :

20 ans, une prime de fr.	5.601	par franc de secours journalier.
25 id.	5.349	id. id.
30 id.	5.560	id. id.
40 id.	6.963	id. id.
50 id.	9.598	id. id.
60 id.	14.993	id. id.

De telle sorte qu'un assuré verrait croître sa prime chaque année depuis un minimum de fr. 5.601 jusqu'à un maximum de fr. 14.993.

On comprend qu'au lieu de demander à tout assuré une prime variable, on peut niveler ces primes et demander à chacun une prime uniforme, selon son âge, pour la durée de l'assurance.

Cette prime uniforme, qui est en quelque sorte une moyenne entre les primes variables couvrant le risque annuel croissant, sera trop forte au début, trop faible à partir d'un certain âge.

Il se comprend dans ces conditions que les excédents du début doivent être réservés pour compenser l'insuffisance de la prime constante lorsqu'elle deviendra inférieure à la valeur du risque annuel.

Ces excédents peuvent être déterminés par le calcul ; ils forment les *réserves mathématiques* que l'assureur doit posséder pour remplir les engagements contractés envers les assurés.

Dès lors, si l'on demande à tous les assurés une prime constante, la même pour tous, celle qui serait par exemple suffisante pour couvrir les risques d'un assuré de 20 ans, soit fr. 7.055, il s'ensuivra :

1° Que pour tout affilié dont l'âge à l'entrée est supérieur à vingt ans, la prime est trop faible. Pour un assuré affilié à partir de l'âge de 30 ans, la prime annuelle uniforme pouvant couvrir le risque maladie jusqu'à l'âge de 65 ans devrait être fr. 8.212 par franc de secours. Cet assuré ne versant que fr. 7.055, l'organe assureur ne peut garantir l'intégralité du secours maladie que s'il perçoit à une autre source la différence. C'est ainsi qu'au moment où le régime obligatoire de l'assurance contre la maladie s'établit, il est créé du même coup une période transitoire à laquelle des ressources spéciales doivent être affectées. Pour tous les assurés âgés de plus de 20 ans au moment de la mise en vigueur de la loi, la prime est insuffisante et d'autant plus que l'assuré est plus âgé à ce moment.

Le projet met à charge des pouvoirs publics ces insuffisances de primes.

Il est aisé de comprendre que le nombre d'assurés « transitants » diminue chaque année. Chaque année en effet disparaît la couche d'assurés transitants qui atteignent 65 ans et pour laquelle il y avait à verser un supplément de prime annuelle ; chaque année il apparaît une nouvelle couche d'assurés nouveaux, âgés de 20 ans, pour lesquels il n'est à verser aucun supplément de prime. Les charges de la période transitoire vont donc chaque année en décroissant, pour s'annuler après une période de quarante-cinq ans.

Telle est la raison de l'article 44, lequel prescrit :

« Il sera mis au crédit, soit des mutualités, soit des établissements régionaux, pour tous les assurés âgés de plus de 30 ans, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant annuel représentant le supplément de cotisation nécessaire pour réaliser le taux normal de cotisations correspondant à l'indemnité légale. »

Telle est aussi la raison d'articles similaires prévus pour l'assurance contre la maladie prolongée et l'invalidité, dont les lois mathématiques générales sont analogues à celles de l'assurance maladie.

On remarquera que cet article 44 porte que la disposition s'applique aux assurés âgés

de plus de 30 ans. Il y a là une anomalie. La disposition devrait s'appliquer à partir de 20 ans. Nous avons nous même proposé de l'appliquer à partir de 25 ans et de faire fixer la cotisation pour tous les assurés de 25 ans et au-dessus, égale à celle qu'il faut exiger pour un assuré entrant à 25 ans. Cette proposition avait une double portée : permettre aux organes assureurs, en demandant aux assurés au-dessous de 25 ans une cotisation quelque peu surélevée, de former un fonds de prévision, de donner ensuite plus d'élasticité aux finances de ces organismes.

Effrayée par le tableau des charges que le projet fait peser sur les pouvoirs publics, la Commission, en dernière lecture, par un vote précipité, a voulu les alléger en fixant à 30 ans l'âge à partir duquel les pouvoirs publics doivent verser un supplément. Il y a là une certaine exagération, car c'est par contre forcer les assurés jeunes à verser une cotisation (celle correspondante à l'âge de 30 ans), trop élevée (8.212 au lieu de 7.053).

Il est à conseiller de revenir à l'âge de 25 ans et de chercher, s'il y a lieu, dans une autre direction le moyen d'alléger le fardeau des pouvoirs publics.

2° Lorsque après la mise en vigueur de la loi un affilié ne tombe sous le régime de l'obligation qu'après l'âge de 25 ans (si celui-ci est adopté pour l'art. 44), lui demander la cotisation relative à la cotisation uniforme correspondante à l'âge d'entrée de 25 ans, c'est lui demander une cotisation trop faible. Il ne peut plus être question de mettre le supplément à charge des pouvoirs publics; ce serait maintenir indéfiniment une période transitoire. Le supplément ne peut être demandé qu'à l'intéressé, soit sous forme de versement unique égal à la réserve mathématique qui serait constituée pour lui s'il était entré à l'âge de 20 ans (droit d'entrée), soit par un accroissement suffisant de la cotisation annuelle.

Le paragraphe 3 de l'article 20 répond pour l'assurance maladie au cas signalé. Des dispositions semblables existent pour l'assurance maladie prolongée et invalidité. On le voit, elles sont directement inspirées de la technique de l'assurance.

3° Il en est de même lorsqu'un assuré passe d'un organe assureur à un autre. Il y a transport de la réserve mathématique d'un organe à l'autre. Mais, comme le coefficient de risques peut être différent, un supplément de droit d'entrée peut résulter de la mutation. (Art. 25.)

4° Si l'on ajoute que les organes assureurs sont tenus d'observer les règles techniques de la gestion scientifique de tout organe assureur dont les finances sont dominées par le fait de la croissance du risque avec l'âge et, en conséquence, de dresser un bilan technique d'après les règles et barèmes fixés par un arrêté royal sur avis du Conseil supérieur des institutions de prévoyance (art. 22), barème qui ne peut être fixé qu'en concordance avec les lois générales numériques de l'assurance, on constatera que la loi vise à faire des organes d'exécution de véritables assureurs, obéissant à la technique spéciale de l'assurance et y conformant strictement leur gestion et leur comptabilité.

On voit aussi que ces organes assureurs trouveront dans cette technique actuarielle précisément leur principal soutien; que leur avenir financier sera assuré d'une façon parfaite par l'obligation de s'y adapter, qu'ainsi, et de cette façon seulement, sera assurée l'exécution de la loi.

Nous l'avons dit déjà, la loi serait vouée à un échec certain, si des organes assureurs pouvaient s'effondrer et faire faillite à leurs obligations contractuelles. Il fallait avant tout assurer leur équilibre certain. C'est le but que le projet atteint tant pour l'assurance maladie que pour l'assurance maladie prolongée et invalidité par des prescriptions qui obligent au respect, à la stricte observance d'une technique actuarielle dont les lois sont impérieuses.

Si, d'autre part, la loi des grands nombres est suffisamment observée, cette technique même sera l'état solide qui consolidera la situation financière de tous les organes appelés à concourir à l'exécution de la loi. C'est pourquoi nous insistons ici pour que cette loi des grands nombres soit mieux observée que le projet ne le fait; c'est là le seul danger menaçant pour les mutualités à trop faible effectif. C'est pourquoi aussi il est de toute nécessité d'exiger un nombre suffisant d'adhérents pour la maladie prolongée et de maintenir l'unité de l'organe assureur de l'invalidité.

Nos conclusions indiquent ainsi que l'on ne pourrait sans danger modifier la tessiture du projet. Les cadres créés ne peuvent être modifiés et sont tels qu'ils peuvent s'adapter à toutes les suggestions relatives à l'étendue de l'assurance et à l'importance des secours. Nous nous proposons de rechercher les charges qu'entraînera le projet, tel qu'il est sorti des travaux de la Commission, pour les pouvoirs publics et les participants.

Dès à présent nous avons la conviction que la Commission spéciale a été très libérale des deniers publics et que, dans l'état actuel de nos finances, il serait impossible de la suivre dans toutes ses suggestions et d'adopter ses propositions.

Mais ce que nous voulons faire remarquer aussi dès à présent, c'est qu'il n'est pas nécessaire, pour restreindre à des propositions acceptables l'intervention des pouvoirs publics, de refondre le projet et d'en modifier la tessiture. Les cadres créés paraissent parfaits; ils peuvent sans modification s'adapter à toutes les situations. En d'autres termes, si le projet doit être remanié pour être mis en concordance avec les possibilités, il ne doit pas être modifié dans son texte, mais seulement dans les chiffres qu'il prévoit et dans la répartition des charges entre les intéressés, les patrons et les pouvoirs publics.

Les cadres scientifiques de la loi peuvent, dans toutes proportions, en assurer le jeu régulier et constant. On y a fait entrer, avec générosité, de fortes indemnités et de larges subventions. Ils joueront tout aussi bien si l'on restreint les unes et les autres à des dimensions plus modestes.

Dans ces conditions le travail de la Commission spéciale n'est pas perdu; il constitue une œuvre précieuse qu'il serait dangereux de modifier. Un travail d'évaluation des charges que le projet entraîne indiquera où l'économie doit porter, dans quelles proportions il faut restreindre ou élargir pour les uns et pour les autres des charges qu'il prescrit sans parcimonie.

C'est le seul travail utile; c'est celui qui indiquera les chiffres, compatibles avec les ressources des uns et des autres, qui peuvent être substitués à ceux que la Commission a prévus.

II

Évaluation des charges entraînées par le projet.

Évaluation des charges de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

L'indigence des éléments statistiques belges nécessaires à l'évaluation des charges d'une loi d'assurance contre la maladie et l'invalidité est complète. Nous ne possédons rien quant aux probabilités de maladie et de maladie prolongée; les résultats de l'expérience déjà longue des sociétés mutualistes et des caisses de réassurance n'ont pas été catalogués avec un soin suffisant pour que l'on puisse en déduire des tables de morbidité. En ce qui concerne l'invalidité, autant dire que nous ne possédons aucun élément relatif à la Belgique, à raison de l'expérience restreinte et incomplète poursuivie par certaines caisses.

Nous ne possédons même pas une loi de répartition par âges de la population ouvrière à laquelle s'appliquera l'obligation de l'assurance. Dans le numéro de mars 1913 du *Bulletin du Comité central industriel de Belgique* (pp. 301 et suiv.), nous avons indiqué pour quelles raisons, à notre sens, le recensement industriel de 1896 ne pouvait donner, à cet égard, que des indications erronées. Nous y avons tenté de combler cette lacune et, nous basant sur des hypothèses vraisemblables, nous avons dressé une table de la répartition par âges d'une population d'un million d'ouvriers mâles de 12 à 64 ans.

C'est cette table que nous prendrons comme l'une des bases de nos évaluations.

Nous laissons ainsi volontairement de côté la population féminine, non pas que la présence parmi les assurés obligatoires de l'élément féminin n'exerce pas une influence sur l'importance des charges financières de l'assurance: Mais il est presque impossible d'en tenir compte, d'une façon quelque peu précise, à raison surtout de l'ignorance où nous sommes du nombre probable de femmes qui seront soumises à l'obligation de l'assurance et de leur répartition par âges.

Il est certain d'ailleurs qu'en adoptant pour les assurés féminins la même loi de répartition que pour les assurés masculins, notre évaluation sera entachée d'une erreur par excès.

Dans quel sens sera finalement l'erreur de nos évaluations forcément imprécises? C'est ce qu'il serait téméraire de dire, à raison du fait que nous sommes forcés d'adapter à la Belgique des statistiques étrangères, encore incertaines et incomplètes.

Dans ces conditions, vouloir tenir compte d'une façon précise de la composition de la population féminine soumise à l'obligation de l'assurance, c'est chercher une précision qui ne peut être atteinte par ailleurs. L'erreur, de sens positif, que nous commettons ainsi peut être considérée comme un coefficient, minime, de sécurité.

Ainsi que nous venons de le dire, nous avons cherché à l'étranger les éléments statistiques nécessaires aux évaluations. C'est, pour la maladie, la *table anglaise* de morbidité adoptée en 1912 par l'*Actuarial advisory Committee*, chargé d'établir les bases actuarielles du calcul des réserves à inscrire au crédit des *Friendly Societies*. Cette table indique par âge le nombre de semaines de maladie frappant en moyenne un assuré, les maladies de plus de six mois n'étant comptées que pour ce terme de six mois.

Elle est une adaptation de la table dressée pour la période 1893-1897, d'après l'expérience de l'*Independent Order of Oddfellows*, Manchester Unity, par A. W. Watson, et convient à l'évaluation des charges des sociétés mutualistes primaires et des caisses communes prévues par le projet de loi belge.

Il est certain que cette table doit donner, relativement à l'ensemble des charges entraînées par la maladie pendant les six premiers mois, un résultat suffisamment précis. On peut constater, en effet, que les tables de morbidité connues ne présentent pas entre elles de grandes divergences.

En ce qui concerne la maladie prolongée, nous avons dressé nous-même une table de morbidité relative aux maladies d'une durée comprise entre six mois et trois ans six mois, au moyen des tables de Watson relatives à l'ensemble des groupes observés par lui. On trouvera les éléments qui ont servi à nos évaluations à la page 211 du livre qu'il publia en 1903 sur les résultats de ses recherches.

Enfin en ce qui concerne l'invalidité, nous nous sommes servi des probabilités d'invalidité et des probabilités d'extinction de rentes d'invalidité, déduites, pour la population masculine, de la statistique allemande (expérience de 1906-1908), et que l'on trouvera dans le numéro spécial que le *Bulletin des Assurances sociales* consacra en 1913 à la Statistique internationale de l'Invalidité.

Tels sont les éléments que nous avons mis en œuvre.

Nous donnerons, quant à leur emploi, des précisions dans une note technique spéciale, afin de ne pas encombrer l'exposé qui suit de formules techniques (1).

Période transitoire.

Nous nous occuperons tout d'abord de déterminer quelles sont les charges qui résultent pour les pouvoirs publics de l'application des divers articles du projet, qui visent la période transitoire.

L'avant-projet prévoit que tous les assurés paieront une prime uniforme, qui est celle relative à l'âge de 30 ans.

La Commission avait primitivement fixé la cotisation à celle qui correspond à l'âge de 25 ans. Au dernier moment, effrayée du montant global de la charge résultant pour les pouvoirs publics de la période transitoire, elle y substitua l'âge de 30 ans.

Le correctif était pire que le mal. C'était forcer tous les assurés à payer une prime notablement trop élevée et faire entrer dans les caisses mutualistes des recettes qui ne sont pas indispensables.

En effet, pour l'assurance maladie d'une durée de six mois, la cotisation par franc de secours journalier est à 16 ans fr. 6.90, à 25 ans fr. 7.54, à 30 ans fr. 8.20. Alors que dans l'avenir, lorsque la période normale sera atteinte, une cotisation uniforme, voisine de 7 francs par franc de secours, sera suffisante, il serait absurde d'exiger une cotisation de fr. 8.20

Si l'on estime que la cotisation des assurés fixée primitivement par la Commission est trop faible eu égard à la charge imposée aux pouvoirs publics, le remède n'est pas dans le relèvement de la cotisation de tous, qui permettrait aux sociétés mutualistes de thésauriser inutilement, mais dans un partage plus équitable de la charge exacte, entre l'assuré, l'employeur et les pouvoirs publics.

Nous sommes donc d'avis qu'il est indispensable d'en revenir à la cotisation uniforme, correspondante à l'âge de 25 ans. Cette cotisation de fr. 7.54 par franc versé est pour les entrants quelque peu forte. Elle comprend ainsi un chargement d'environ 50 centimes qui sera utilement employé à couvrir les frais de gestion des sociétés mutualistes et des caisses régionales.

Nous avons donc admis, pour la conduite de nos travaux d'évaluation, que l'on en reviendrait à la cotisation uniforme de l'âge de 25 ans. Ce faisant, pour tous ceux qui, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, seront âgés de plus de 25 ans, la cotisation sera insuffisante tant pour l'assurance maladie que pour la maladie prolongée et l'invalidité.

(1) Cette note technique n'a pu être reproduite, étant donnés son ampleur et l'intérêt trop spécial que présentent les calculs actuariels; elle est déposée au greffe de la Chambre.

Par exemple, pour l'assurance maladie (six mois), la prime constante pour un assuré entrant à

30 ans	est de fr.	8.21
35 ans	id.	9.05
40 ans	id.	10.06
50 ans	id.	12.70
60 ans	id.	16.49

toujours par franc de secours journalier.

Dans ces conditions, les organes assureurs ne recevant uniformément que fr. 7.50, ne pourraient couvrir les risques assumés que si la différence leur parvient de quelque côté. Cette différence est à charge des pouvoirs publics et constitue pour les trois assurances les charges spéciales à cette période transitoire, rançon de l'imprévoyance du passé, qui naît par l'instauration de tout régime d'assurance obligatoire. Les charges annuelles de cette période transitoire vont en décroissant durant une période de quarante ans, moment où elles s'annulent. Dans quarante ans, en effet, le régime de l'obligation ne s'étendra qu'à des assurés entrés au plus tard à 25 ans et pour lesquels il n'y aura plus de supplément de cotisation à verser.

Charges initiales de la période transitoire pour l'assurance maladie de moins de 6 mois.

Elles résultent du tableau I, dont la colonne (1) indique l'âge, la colonne (2), la prime constante que devrait payer par franc de secours un assuré soumis à l'obligation à partir de l'âge indiqué par la colonne (1). La colonne (3) est la différence entre cette cotisation et la cotisation uniforme de l'âge de 25 ans. La colonne (4) donne la répartition par âge d'une population d'un million de personnes âgées de 12 à 64 ans (table de population ouvrière). Enfin la colonne (5) donne le produit des nombres correspondants des colonnes (3) et (4).

Le total : fr. 2.277.883,26, indique les suppléments de cotisation à verser, la 1^{re} année, par les pouvoirs publics, par franc de secours journalier pour une population ouvrière d'un million d'individus de 12 à 64 ans, ou plutôt pour une population d'assurés de 909,858 individus, car il y a lieu de décompter du total de la population les nombres relatifs aux âges inférieurs à 16 ans.

Le secours journalier fixé par le projet étant de 5 francs, $2,277,883.26 \times 5 = 11,389,416.30$, est à la charge de la première année de la période transitoire pour la population considérée : 909,858 assurés.

Quel sera le nombre d'assurés ?

Nous adopterons ici les chiffres fixés par l'actuaire de l'Office du Travail, soit :

2,200,000 assurés obligatoires.

Un nombre d'assurés facultatifs égal au neuvième du nombre d'assurés obligatoires.

De telle sorte que la charge *initiale* de la période transitoire sera pour l'assurance maladie de moins de six mois :

$$\frac{11,389,416.30 \times 2,200,000}{909,858} \times \frac{10}{9} = 30,599,054.$$

Charges initiales de la période transitoire relatives à la maladie prolongée.

Elles résultent du tableau II, dont la composition est parallèle à celle du tableau I. La colonne (2) indique la prime constante que devrait payer pour la maladie prolongée, par franc de secours journalier, un assuré entrant à l'âge indiqué par la colonne (1). La colonne (3)

est la différence de cette prime avec celle correspondante à l'âge d'entrée de 25 ans. La colonne (4) décompose par groupes d'âges la population assurée. La colonne (5) donne le produit des nombres correspondants des colonnes (3) et (4). La somme des nombres de cette colonne étant 1,973,622.06, la charge initiale de la période transitoire est

$$\frac{1.973,622.06 \times 5 \times 2,200,000}{909.838} \times \frac{10}{9} = 26,538.744.$$

Nous avons le sentiment, appuyé par les constatations qui ont suivi partout l'instauration d'un régime d'obligation, que le chiffre indiqué est trop faible. Les nombres de Watson résultent de l'expérience recueillie par des sociétés mutualistes sous un régime de liberté. Si l'on tient compte :

1° que les sociétés mutualistes ont opposé à l'accroissement de leurs charges des barrières médicales;

2° que sous un régime d'obligation le risque, mieux défini, a tendance à s'augmenter dans une proportion notable, nous croyons ne pas exagérer en affirmant que le chiffre ci-dessus fixé doit être au moins multiplié par 1.25.

On peut ainsi fixer sans exagération la charge initiale de la période transitoire relative à la maladie prolongée à

$$26,538,744 \times 1.25 = 33,173,430.$$

D'autre part, l'avant-projet prévoit l'octroi des indemnités pour maladie prolongée dans une proportion réduite, lorsque l'assuré, par suite de la maladie, n'est pas capable de gagner telle proportion du salaire normal de sa profession.

Si, d'une part, on tient compte que cette disposition ouvre largement la porte à la simulation; si, d'autre part, on constate que l'incapacité partielle, pour laquelle l'importance des secours est amoindrie, présente, par contre, une probabilité de survenance notablement plus élevée que celle de la maladie entraînant l'incapacité totale, on peut estimer que la disposition du projet relative à l'incapacité partielle doublera les charges relatives à la maladie prolongée. Dans ces conditions la charge initiale de la période transitoire relative à la maladie prolongée peut être fixée en chiffres ronds à 66 millions de francs.

L'évaluation des charges relatives à l'incapacité partielle manque de bases scientifiques. On ne pourrait lui en donner à défaut de documents statistiques quelconques. Il faut donc là se borner à une estimation de sentiment quelque peu fantaisiste.

Charges initiales de la période transitoire relative à l'assurance invalidité.

Elles sont indiquées par le tableau III, dont la colonne (2) donne, pour une rente d'invalidité de 100 francs, la prime que devrait payer un assuré entrant à l'âge indiqué par la colonne (1). La prime à l'âge de 25 ans est de fr. 3.23, ce qui fait ressortir la prime, pour une rente annuelle de 1,093 francs, à 3.23×10.93 . Soit environ 36 francs. En adoptant un chargement pour frais de gestion de 10 %, lequel comporte un coefficient de sécurité, on pourrait estimer qu'en période normale une prime annuelle de 39 à 40 francs serait suffisante pour couvrir le risque invalidité et assurer à tout invalide total une indemnité journalière de 3 francs. Ceci sous réserve que le risque invalidité ne dépasse pas en intensité les constatations faites en Allemagne et relatives à l'investigation 1906-1908.

Ce chiffre est moins élevé que nous l'avions cru et est de nature à faciliter l'adoption d'une loi sur l'assurance invalidité.

Cette parenthèse fermée, revenons au tableau III. La colonne (3) indique la différence à chaque âge de la prime relative à cet âge et celle correspondante à l'âge d'entrée de 25 ans. La colonne (4) est relative à la répartition par âges de la population assurée.

Enfin la colonne (5) est le produit de 10.93 par les nombres correspondants des colonnes (3) et (4), de telle sorte que la somme des nombres de la colonne (5) donne pour 909,838 assurés la charge initiale de la période transitoire.

Cette somme étant de fr. 28,446,803.07, la charge initiale de la période transitoire pour l'assurance invalidité ressort ainsi à

$$\frac{28.446,803.07 \times 2,200,000}{909,838} \times \frac{10}{9} = 76,425,805.$$

Cette charge a été établie, ainsi que nous l'indiquerons dans une note technique complémentaire, en adoptant pour probabilités de devenir invalide celles qui résultent de l'investigation allemande 1906-1908. Les valeurs de rentes d'invalidité résultent des probabilités de sortie d'invalidité (par décès ou rentrée en validité) dérivant de la même expérience. Ce faisant nous avons introduit dans nos évaluations une cause de trouble.

En effet, d'après le projet belge, l'invalidité ne sera considérée qu'après que l'assuré aura été, durant trois ans et demi au total, à charge de l'assurance maladie.

En Allemagne on peut être déclaré invalide après six mois de maladie.

Il y a donc entre l'invalidité d'après la loi allemande et d'après le projet belge, une différence de définition. Quelle peut être, sur les charges de la loi, l'influence de cette différence?

En réalité, nous mettons ainsi à charge de l'invalidité une partie du risque qui a déjà été à charge des caisses assurant la maladie prolongée; mais, par contre, l'assuré secouru pendant trois ans par ces caisses deviendra nécessairement le commensal de la caisse d'invalidité. Il en résulte que la probabilité de devenir invalide sera en Belgique plus forte qu'elle l'est en Allemagne.

Il s'établit ainsi une sorte de compensation qui fait que nos évaluations en ce qui concerne l'invalidité se rapprochent de ce qu'on peut légitimement estimer.

Il nous paraît inutile de fixer pour la charge invalidité un coefficient de sécurité. Mais, s'il faut tenir compte de l'invalidité partielle, les charges doivent, à notre avis, être au moins doublées. Ici encore si l'importance du secours est moindre en cas d'invalidité partielle, par contre la probabilité de devenir invalide est plus grande et surtout la valeur de la rente d'invalidité par franc de rente sera notablement plus élevée.

L'article 72 ne met à charge des pouvoirs publics que le versement de la moitié des suppléments de cotisations nécessaires. Il faut donc prévoir, à titre transitoire, pour l'invalidité totale

$$\frac{76,425,805}{2} = 38,212,902$$

et autant pour l'invalidité partielle.

Primes d'assurance en période normale.

Avant de dresser le tableau des charges que l'assurance entrainera pour les pouvoirs publics, soulignons les résultats importants de notre étude :

En période normale, c'est-à-dire lorsque la période transitoire sera écoulee et que la généralité des assurés paieront la prime afférente à l'âge de 25 ans, ces primes pourront être :

a) pour l'assurance de maladie d'une durée de six mois :

fr. 7.50 par franc de secours, soit fr. 37.50 pour un secours journalier de 5 francs indépendamment des cotisations relatives au service médical et pharmaceutique.

b) pour la maladie prolongée, indépendamment de l'incapacité partielle :

fr. 3.50 par franc de secours, en chiffres ronds, soit 18 francs pour un secours journalier

de 5 francs, et sous la même réserve, pour la maladie prolongée indépendamment de l'invalidité partielle.

c) pour l'assurance invalidité totale et partielle, 78 à 80 francs, pour une rente de 3 francs par jour.

Ces résultats sont importants; ils sont inférieurs à ceux que l'on avait pu prévoir par une étude sommaire.

Peut-être le fonctionnement de l'assurance indiquera-t-il que ces chiffres devront être modifiés. Nous avons le sentiment que ce sont les plus exacts que l'on puisse fixer dans l'état actuel de nos connaissances statistiques.

Peut-être aussi faudra-t-il faire glisser une partie de la prime invalidité vers la maladie prolongée. L'avenir renseignera à cet égard. Nous croyons qu'édifiée sur les bases que nous indiquons, l'organisation de l'assurance pourra exiger plus tard des correctifs, mais offrira, au point de vue financier, une résistance suffisante.

La note technique, spéciale en annexe, renseigne sur la façon dont les calculs qui ont servi à la détermination des primes ci-dessus fixées et des charges de la période transitoire ont été conduits.

Des charges constantes de l'assurance maladie et invalidité.

En dehors des charges de la période transitoire, le projet prévoit, pour les pouvoirs publics, diverses interventions dans les dépenses nécessitées par l'assurance obligatoire.

Ce sont :

1° Une subvention pour l'assurance maladie (indemnités pécuniaires) de 14 francs par an et par assuré.

La charge qui en résulte est de

$$14 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 34,222,222 \text{ francs.}$$

2° Pour le service médical et pharmaceutique une subvention annuelle de 9 francs par assuré, de 9 francs pour la femme de l'assuré marié, de 3 francs par enfant d'un assuré marié.

Pour évaluer cette charge primitivement fixée à 18 francs par assuré, il faudrait connaître le nombre d'assurés mariés parmi les 2,200,000 affiliés obligatoires et le nombre d'enfants des assurés ou les moyens d'évaluer ces nombres. Toute évaluation à ce sujet serait fantaisiste. Il suffit d'estimer que la charge sera en moyenne de 18 francs par an et par assuré; d'où une charge annuelle de

$$18 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 44,000,000 \text{ de francs.}$$

3° Pour assurer les soins médicaux et pharmaceutiques aux travailleurs âgés de plus de 65 ans, suivant leur état de besoin, il est prévu une subvention annuelle de 15 francs par intéressé. Le nombre des pensions de vieillesse étant d'environ 200,000, la charge annuelle résultant de cette disposition (art. 42 du projet) atteint

3 millions de francs (soit 1,200,000 francs pour l'État et 1,800,000 francs pour les provinces et les communes).

4° La subvention de l'État en faveur de la maladie prolongée est de 6 francs par an et par assuré. La charge annuelle correspondante est

$$6 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 14,666,666 \text{ francs.}$$

5° La subvention de l'État en faveur de l'assurance invalidité est de 12 francs par an et par assuré. Il en résulte une charge annuelle de

$$12 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 29,333,333 \text{ francs.}$$

6° Les suppléments de secours pour invalidité accordés à l'invalidé qui a des charges de famille seront couverts par une subvention spéciale de 12 francs par an et par assuré (art. 68 du projet). La charge annuelle correspondante est

$$12 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 29,333,333 \text{ francs,}$$

à supporter par les provinces et les communes.

7° Un crédit de 10 millions est mis à la disposition de l'État pour la création de sanatoria (art. 79 du projet); il importe toutefois de remarquer qu'il s'agit là non de charges annuelles, mais de frais de premier établissement de nature extraordinaire. L'article 76 du projet met à charge des pouvoirs publics la moitié des frais d'hospitalisation des affiliés tuberculeux et des indemnités qui leur seront allouées. D'autre part, encore, l'assurance maternelle est en partie à charge des pouvoirs publics. Il est prévu de ces divers chefs une dépense voisine de 9 millions. Estimons, à défaut de bases d'évaluation, ces diverses subventions à 10 millions annuellement, à répartir par moitié entre l'État, d'une part, les provinces et les communes de l'autre.

Total des charges constantes.

Les charges annuelles constantes représentent donc :

Pour l'État :

1° Assurance maladie (indemnité)	fr.	34,222,222
2° Assurance maladie (service médico-pharmaceutique)		44,000,000
3° Service médico-pharmaceutique aux invalides et aux vieillards		1,200,000
4° Maladie prolongée, incapacité totale		14,666,666
5° Invalidité totale et partielle		29,333,333
6° Tuberculose et maternité		5,000,000
TOTAL	fr.	128,422,221

Pour les provinces et les communes :

1° Service médico-pharmaceutique aux invalides et aux vieillards	fr.	1,800,000
2° Suppléments aux invalides pour charges de famille		29,333,333
3° Tuberculose et maternité		5,000,000
TOTAL	fr.	36,133,333

Les charges dont il s'agit ici croîtront d'environ 1 % par an, suite de l'accroissement de la population.

Notons en outre que le projet met à charge de l'État ou des pouvoirs publics le déficit des sections spéciales qui, dans les caisses régionales et à la Caisse d'invalidité, recueillent les affiliés qu'un examen médical a révélés tarés.

Il est certain que ces sections spéciales seront en déficit. Ce déficit sera important si l'on ne prend pas des précautions élémentaires que le projet ne prévoit pas. Il faut

craindre, en effet, que les invalides reprennent pendant quelque temps une occupation pour se faire octroyer, quelque temps après, les secours de maladie prolongée et une rente d'invalidité. Si l'on ne met à cette spéculation une barrière efficace, la plupart des invalides existants seront dans quelque temps à charge de la Caisse d'invalidité. S'il en était ainsi, les dépenses, en fait inévaluables, seraient importantes et atteindraient annuellement un nombre appréciable de millions.

Nous ne citons ceci, au point de vue de l'évaluation des charges, que pour mémoire; les dépenses dépendront, en effet, à cet égard, de l'efficacité des barrières que l'on opposera aux appétits des aspirants invalides.

-Total des charges transitoires.

Si nous reprenons les chiffres relatifs à la période transitoire, abstraction faite des charges constantes chiffrées ci-dessus, nous obtiendrons pour la première année :

a) Pour la maladie, en chiffres ronds.	fr. 30,600,000
b) Pour la maladie prolongée (incapacité totale)	33,200,000
c) Pour l'invalidité (invalidité totale)	38,200,000
Id. (invalidité partielle)	38,200,000
TOTAL.	140,200,000

Il y aurait lieu enfin d'ajouter à ces dépenses celles qui résulteront de l'application des articles 43, dernier paragraphe, et 73 du projet, dépenses qui pourront varier d'après l'importance d'allocations budgétaires à consentir ou suivant l'ampleur du déficit à couvrir dans les sections II des établissements régionaux et de la Caisse nationale d'Invalidité (intervention des institutions et œuvres de bienfaisance).

Conclusions.

Lorsqu'on jette les yeux sur le tableau qui précède, on est effrayé de la charge que devraient supporter les pouvoirs publics si l'avant-projet de la Commission spéciale était adopté.

De fait, dans l'état actuel des finances de l'Etat, des provinces et des communes, il leur est impossible d'ajouter à leur Budget un tel total de dépenses nouvelles.

Heureusement le projet peut aisément être amendé.

Il est possible de réduire les charges normales et les charges transitoires dans une forte proportion.

En effet, reprenons les chiffres de notre étude. On peut admettre qu'une cotisation de francs :

- 37.50 est suffisante pour la maladie de courte durée pour un secours journalier de 5 francs.
- 18 » est suffisante pour la maladie de longue durée pour un secours journalier de 5 francs.
- 78 » est suffisante pour l'assurance invalidité totale et partielle pour un secours journalier de 3 francs.

Tout d'abord n'a-t-on pas fixé trop haut les indemnités journalières et la loi ne serait-elle pas déjà efficace si elle réduisait les secours journaliers à 3 francs, 3 francs et 2 francs.

Dès lors les primes seraient :

- 22.50 pour la maladie de moins de six mois.
- 10.80 pour la maladie prolongée.
- 54 » pour l'invalidité.

Le projet met à charge :

	de l'assuré.	du patron.	des pouvoirs publics.
Pour la maladie (courte durée)	24 »	»	14 »
Service médical	18 »	12 »	18 »
Pour la maladie prolongée	6 »	6 »	6 »
Pour l'invalidité totale et partielle	18 »	48 »	12 »
TOTAL.	66 »	66 »	50 »

Un partage différent peut être fait, et il semble qu'en fixant les indemnités aux chiffres que nous indiquons ci-dessus, on pourrait répartir les cotisations de la manière suivante :

	Affilié.	Patron.	État.
Maladie (indemnités)	18 »	»	4 50
Id. (service médical)	18 »	12 »	18 »
Maladie prolongée	4 »	6 »	1 »
Invalidité	12 »	34 »	8 »
TOTAL.	52 »	52 »	31 50

De cette façon l'intervention totale des pouvoirs publics serait de fr. 31.50 par assuré et la charge totale se réduirait à

$$31.50 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 77,000,000 \text{ francs,}$$

indépendamment de certaines charges accessoires (Maternité, Tuberculose, Section II) et de l'intervention des provinces et des communes chiffrée ci-dessus.

Il y aurait lieu d'y ajouter les charges de la période transitoire qui seraient :

1° Pour la maladie de courte et de longue durée, des trois cinquièmes de la charge prévue : 30,000,000 + 33,200,000, soit

$$63,800,000 \times \frac{3}{5} = \text{en chiffres ronds } 38,300,000;$$

2° Pour l'invalidité totale et partielle, des deux tiers de 76,500,000, soit 51 millions.

Les charges de la période transitoire se réduiraient donc à 89 millions de francs environ. D'où une charge pour la première année de 166 millions qui diminuera progressivement jusqu'à ne plus représenter, en période constante, que 77 millions.

Appliquons-nous à comprimer davantage encore en postposant pour le moment toute indemnisation en cas d'invalidité partielle. Dès lors une prime de 27 francs pour l'invalidité suffira; en la répartissant comme suit : 4 francs pour l'assuré, 19 francs pour le chef d'entreprise, 4 francs pour l'État, le tableau des cotisations se présentera comme suit :

	Assuré.	Patron.	État.
Maladie (indemnité) fr.	18 »	»	4 50
Maladie (service médical)	18 »	12 »	18 »
Maladie prolongée	4 »	6 »	1 »
Invalidité	4 »	19 »	4 »
TOTAL. fr.	44 »	37 »	27 50

Par le fait, l'intervention des pouvoirs publics se trouvera ramenée en période constante à

$$27.50 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 67,222,222 \text{ francs.}$$

Les charges transitoires se chiffreront par 64 millions de francs.

Au total il faudrait prévoir pour la première année une dépense de 131 millions.

Cette charge de 131 millions se réduira progressivement, durant quarante ans, pour s'amoin­drir à 67,200,000 francs, si la population restait constante.

Une remarque a ici son importance : Si les propositions que nous faisons étaient adop­ tées, il en résulterait pour l'État une dépense de 131 millions la première année, dépense qui s'amoin­drirait pour tomber dans quarante ans à environ 67 millions.

L'État a intérêt à unifier ses dépenses. Il peut le faire ici aisément en versant les charges de la période transitoire en titres d'une rente spéciale de 4 % inconvertible qu'il créerait à cet effet. Les organes de l'assurance auront à effectuer le placement de leurs réserves. Elles seraient aussi placées en titres de cette rente spéciale. De cette façon, l'État n'aurait à porter en dépenses que les subventions constantes et les intérêts des titres émis.

Semblable procédé serait de nature à faciliter l'adoption d'une loi d'assurance. Lorsqu'un organe d'assurance aurait à réaliser ces titres, dont le marché serait fermé, il les remettrait à l'État, qui en verserait le prix. L'État remplacerait les titres rachetés à d'autres organismes d'assurance.

Si nous avons une suggestion à faire, nous conseillerions au Gouvernement, au lieu de remettre en mains des institutions d'assurances les titres de cette émission spéciale, d'ouvrir un Grand Livre sur lequel elles seraient inscrites nominativement pour le montant des capitaux que l'État porterait à leur actif pour les versements de la période transitoire. Ces titres pourraient être transférés d'un organisme à un autre suivant accord entre ces deux organismes. Cela se présenterait chaque fois qu'il y aurait mutation.

De cette façon, les organismes d'assurance seraient délivrés du souci de placer leurs capitaux, et, avantage considérable, leurs réserves seraient gardées par l'État. Aucune surprise financière ne serait à redouter, surtout si l'on prévoit pour les sociétés mutualistes une disposition additionnelle disant qu'en cas de déficit les membres de la mutualité pour­raient être appelés à verser une cotisation annuelle supplémentaire tout au plus égale à la cotisation annuelle ordinaire.

L'adoption de ces deux propositions aurait pour résultat de mettre à l'abri les fonds de la prévoyance et d'empêcher toute défaillance. Elle constituerait l'étai définitif et solide de l'assurance obligatoire.

En disant que toutes les sommes à verser par l'État au titre de la période transitoire seront inscrites à un grand livre spécial de la Dette publique, il y a peut-être exagération. En fait, seules les réserves devraient y être inscrites. Une ventilation pourrait être opérée entre les sommes à porter au Grand Livre et les sommes à liquider en numéraire. Cette ventilation pourrait être opérée sur avis de la Commission Supérieure des Institutions de prévoyance.

Une dernière remarque; un article du projet prévoit que les suppléments de cotisation relatifs à l'assurance invalidité seront payés par les pouvoirs publics à concurrence de moitié. Cette disposition est évidemment empirique, car c'est l'entière­té et non la moitié de ces suppléments qui devrait être versée pour assurer l'équilibre technique des caisses en période transitoire. Mais un correctif existe : les réserves devenues libres, par suite d'interruption de l'assurance, et dont la liberté n'est acquise que lorsque l'intéressé a atteint 65 ans, feront retour à l'État et serviront à l'extinction progressive de la fraction des réserves de la Caisse d'invalidité qui serait inscrite au Grand Livre Spécial dont nous suggérons la création. Le projet est ainsi néanmoins équilibré.

Clôturent ici cette étude, nous croyons avoir montré que le projet, solidement char­penté, peut être adopté dans ses dispositions principales, dont l'enchaînement logique, justifié par des considérations actuarielles, ne pourrait sans danger être modifié. Nous croyons aussi avoir démontré que si le projet, tel qu'il a été rédigé par la Commission Spéciale, a pour conséquences des charges financières de nature à susciter quelque émoi, il peut être aisément modifié de façon à les ramener à des limites acceptables.

TABLEAU I

X	MALADIE (6 mois). — Prime annuelle.		NOMBRE D'ASSURÉS.	
	2	3	4	5
12	»	»	19,576	90,142
13	»	»	21,671	
14	»	»	23,557	
15	»	»	25,338	
16	6.902	»	26,804	»
17	6.924	»	27,852	»
18	6.954	»	28,271	»
19	6.996	»	27,956	»
20	7.055	»	26,490	»
21	7.129	»	26,031	»
22	7.218	»	25,572	»
23	7.318	»	25,135	»
24	7.425	»	24,737	»
25	7.540	»	24,320	»
26	7.660	0.120	23,903	2,868 36
27	7.788	0.248	23,485	5,824 28
28	7.923	0.383	23,068	8,835 04
29	8.064	0.524	22,651	11,869 12
30	8.212	0.672	22,233	14,940 58
31	8.367	0.827	21,858	18,076 57
32	8.527	0.987	21,482	21,202 73
33	8.695	1.153	21,107	24,336 37
34	8.867	1.327	20,731	27,510 04
35	9.048	1.508	20,355	30,695 34
36	9.237	1.697	19,980	33,906 06
37	9.431	1.891	19,604	37,071 16
38	9.634	2.094	19,229	40,265 53
39	9.842	2.302	18,853	43,399 61
40	10.057	2.517	18,477	46,506 61
41	10.277	2.737	18,102	49,545 17
42	10.505	2.965	17,726	52,557 59
43	10.741	3.201	17,351	54,540 55
44	10.986	3.446	16,975	58,495 85
45	11.243	3.703	16,599	61,466 10
46	11.512	3.972	16,224	64,441 73
47	11.793	4.253	15,848	67,401 54
48	12.005	4.545	15,473	70,324 79
49	12.387	4.847	15,139	73,378 73
50	12.700	5.160	14,805	76,393 80
51	13.024	5.484	14,429	79,128 64
52	13.359	5.819	14,054	81,780 23
53	13.708	6.168	13,678	84,365 90
54	14.074	6.534	13,303	86,921 80
55	14.451	6.911	12,885	89,048 24
56	14.839	7.299	12,468	91,003 93
57	15.236	7.696	12,051	92,744 50
58	15.642	8.101	11,633	94,250 57
59	16.059	8.519	11,216	95,549 10
60	16.489	8.949	10,799	96,640 25
61	16.927	9.387	10,381	97,446 45
62	17.364	9.824	9,964	97,886 34
63	17.804	10.264	9,505	97,559 32
64	18.250	10.690	9,046	96,701 74
			1,000,000	2,277,883 26

TABLEAU II

X	MALADIE PROLONGÉE.		NOMBRE D'ASSURÉS.	
	Prime annuelle.			
1	2	3		
12	»	»	19,576	90,142
13	»	»	21,671	
14	»	»	23,537	
15	»	»	25,338	
16	1.892	»	26,804	»
17	1.978	»	27,852	»
18	2.069	»	28,271	»
19	2.161	»	27,956	»
20	2.255	»	26,490	»
21	2.350	»	26,031	»
22	2.445	»	25,572	»
23	2.542	»	25,155	»
24	2.639	»	24,737	»
25	2.739	0.000	24,320	»
26	2.843	0.106	23,903	2,533 72
27	2.953	0.216	23,485	5,072 76
28	3.070	0.331	23,068	7,635 51
29	3.190	0.451	22,651	10,215 60
30	3.318	0.579	22,233	12,812 91
31	3.452	0.713	21,858	15,584 75
32	3.593	0.854	21,482	18,345 63
33	3.741	1.002	21,107	21,149 21
34	3.896	1.157	20,731	23,985 77
35	4.058	1.319	20,355	26,848 25
36	4.230	1.491	19,980	29,790 18
37	4.411	1.672	19,604	32,777 89
38	4.599	1.860	19,229	35,765 94
39	4.795	2.056	18,853	38,761 77
40	4.999	2.260	18,477	41,758 02
41	5.212	2.473	18,102	44,766 25
42	5.435	2.696	17,726	47,789 30
43	5.670	2.931	17,351	50,835 78
44	5.918	3.179	16,975	53,963 53
45	6.181	3.442	16,599	57,133 76
46	6.463	3.724	16,224	60,418 18
47	6.763	4.024	15,848	63,772 35
48	7.080	4.341	15,473	67,168 29
49	7.414	4.675	15,139	70,774 83
50	7.764	5.025	14,805	74,395 13
51	8.129	5.390	14,429	77,772 31
52	8.504	5.765	14,054	81,021 31
53	8.889	6.150	13,678	84,119 70
54	9.277	6.538	13,303	86,975 01
55	9.663	6.924	12,883	89,215 74
56	10.036	7.297	12,468	90,979 »
57	10.373	7.636	12,051	92,021 44
58	10.652	7.913	11,633	92,051 93
59	10.809	8.070	11,216	90,513 12
60	10.737	7.998	10,799	86,370 40
61	10.210	7.471	10,381	77,556 45
62	8.686	5.947	9,964	59,255 91
63	6.623	3.884	9,505	36,917 42
64	4.587	1.848	9,046	16,717 01
			1,000,000	1,975,622 06

TABLEAU III

AGES.	INVALIDITÉ. — Prime annuelle.		NOMBRE D'ASSURÉS.	
1	2	3	4	5
12	»	»	19,576	90,142
13	»	»	21,671	
14	»	»	23,557	
15	»	»	25,338	
16	2.11	»	26,804	»
17	2.21	»	27,852	»
18	2.32	»	28,271	»
19	2.44	»	27,956	»
20	2.56	»	26,490	»
21	2.69	»	26,031	»
22	2.82	»	25,572	»
23	2.95	»	25,155	»
24	3.09	»	24,737	»
25	3.23	»	24,320	»
26	3.38	0.45	23,903	39,260 68
27	3.53	0.30	23,485	77,148 23
28	3.69	0.46	23,068	116,493 52
29	3.85	0.62	22,651	153,777 64
30	4.02	0.79	22,233	192,326 57
31	4.19	0.96	21,858	229,771 30
32	4.38	1.15	21,482	270,312 09
33	4.57	1.34	21,107	309,703 01
34	4.78	1.55	20,731	351,856 90
35	5.00	1.77	20,355	394,510 43
36	5.23	2.00	19,980	437,562 00
37	5.48	2.25	19,604	482,993 55
38	5.74	2.51	19,229	528,499 45
39	6.02	2.79	18,853	573,968 58
40	6.31	3.08	18,477	623,155 29
41	6.62	3.39	18,102	671,955 29
42	6.94	3.71	17,726	720,109 89
43	7.28	4.05	17,351	769,473 47
44	7.64	4.41	16,975	819,714 26
45	8.02	4.79	16,599	870,625 85
46	8.42	5.19	16,224	922,018 03
47	8.84	5.61	15,848	973,533 72
48	9.27	6.04	15,473	1,023,353 27
49	9.70	6.47	15,139	1,072,545 16
50	10.13	6.90	14,805	1,118,591 78
51	10.54	7.31	14,429	1,154,962 09
52	10.96	7.73	14,054	1,189,579 75
53	11.39	8.16	13,678	1,222,156 66
54	11.82	8.59	13,303	1,251,286 83
55	12.23	9.00	12,885	1,269,816 75
56	12.62	9.39	12,468	1,281,965 99
57	12.92	9.69	12,051	1,278,677 38
58	13.07	9.84	11,633	1,253,432 48
59	13.02	9.79	11,216	1,202,360 81
60	12.64	9.41	10,799	1,112,723 56
61	11.58	8.35	10,381	949,160 78
62	10.11	6.88	9,964	750,647 90
63	8.23	5.00	9,505	520,398 75
64	5.90	2.67	9,046	264,473 38
			1,000,000	28,446,803 07

Kamer der Volksvertegenwoordigers.

VERGADERING VAN 2 JULI 1925.

WETSVOORSTEL BETREFFENDE DE VERZEKERING TEGEN ZIEKTE EN VROEGTIJDIGE INVALIDITEIT.

TOELICHTING.

MIJNE HEEREN,

Vermits, wegens de ontbinding der Kamers, het wetsvoorstel dat betreffende dit onderwerp den 23^e Februari 1922 werd ingediend, vervallen is, hebben wij de eer het opnieuw bij de Kamer aanhangig te maken.

Wij meenen dat deze overtuigd is van de noodzakelijkheid om de sociale verzekeringen geheel en onverminderd tot stand te brengen.

Wij wenschen dat deze tekst een deugdelijke grondslag voor de behandeling kunne wezen.

Sedert 1913, werd er geen wetsvoorstel meer ingediend tot regeling van de sociale verzekering tegen de risico's van ziekte en invaliditeit. Het vraagstuk blijft nochtans voor het Parlement gesteld. Het staat op het programma van al de partijen, het heeft zich om zoo te zeggen ontdaan van de groepsbetwistingen, om te worden : een nationaal vraagstuk.

Daarom zal ook de medewerking van allen noodig zijn, om binnen den korst mogelijken tijd, tot een practischen uitslag te komen. Zoo de factoren van financiëlen aard tot dusverre beletten tot eene oplossing te komen, al werd die reeds zoo lang in België aangekondigd en bijna overal elders doorgevoerd, mogen wij tevens met zelfvoldoening vaststellen, dat er nuttig gebruik werd gemaakt van den verloopenden tijd, en dat al de gegevens voor de oplossing nu bij de hand zijn. De voorbereidende studiën en besprekingen werden zoo grondig doorgezet dat men nu reeds de groote lijnen kan zien van eene algemeene hervorming waarbij zich zullen aansluiten al degenen, sociale werkers, mutualisten, sociologen, actuarissen en wetgevers, die hunne practische activiteit of hunne theoretische studiën hebben gericht naar deze onmiddellijke en interessante zijde van ons sociaal leven.

Men zal zich herinneren dat in het zittingsjaar 1912-1913 de Regeering een wetsontwerp indiende dat door de Kamer werd aangenomen op 8 Mei 1914. De

aangenomen tekst, waarin overigens vele klaarblijkende tekortkomingen en leemten voorkwamen, kon in den Senaat niet ter bespreking komen. Toen het Parlement na den oorlog zich weer aan het werk zette, bleek het noodzakelijk den al te haastig opgemaakte tekst, die klaarblijkelijk aan niemand voldoening schonk, opnieuw ter studie te leggen. Met het oog daarop werd bij Koninklijk besluit van 25 Juni 1919, door minister J. Wanters, in den schoot van het Departement van Nijverheid, Arbeid en Bevoorrading, eene Commissie van de Sociale Verzekeringen ingesteld, die het vraagstuk opnieuw zou onderzoeken en aan de Regeering voorstellen zou doen tot eene wettelijke regeling van de verzekering tegen ziekte, invaliditeit en ouderdom ⁽¹⁾.

(1) De Commissie voor de Sociale Verzekeringen was samengesteld als volgt :

Voorzitter :

M. 't KIST DE ROODEBEKE (graaf), Voorzitter van den Senaat, Voorzitter van de Bestendige Commissie der Mutualistische Maatschappijen.

Ondervoorzitters :

MM. PELTZER DE CLERMONT, E., gewezen Senator, te Verviers;
HALLET, M., lid van de Kamer der Volksvertegenwoordigers.

Leden :

MM. DE PIERPONT, lid van de Bestendige Commissie der Mutualistische Maatschappijen;
MANSART, J., Kamerlid, lid van de Bestendige Commissie der Mutualistische Maatschappijen;
PORINOT, L., gewezen voorzitter en lid van den Beheerraad van het Nationaal Verbond der Onzijdige Bonden van België;
JAUNIAUX, A., secretaris van het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualistische Bonden van België;
VAN STRAELEN, C., ondervoorzitter van het Nationaal Verbond der Christen Mutualistische Bonden van België;
STROOFANT, Th., lid van den Beheerraad van het Algemeen Verbond der Vlaamsche Mutualistische Vereenigingen van België;
LEFRANCO, E., gewezen bestuurder der Lijfrentekas bij de Algemeene Spaar- en Lijfrentekas;
MAINGIE, L., actuaire;
HERMAN, F., gewezen voorzitter van de « Fédération médicale belge »;
PATTOU, R., apotheker, verslaggever van het Uitvoerend Comité der Sociale Verzekeringen van de « Nationale Pharmaceutique »;
MOYERSOEN, R., Senator;
HUYSMANS, C., Kamerlid;
PECHER, E., Kamerlid;
SERVAIS, E., gewezen Kamerlid;
DE GHELLINCK D'ELSEHEM (ridder), Senator;
DE BRUYCKER, C., Kamerlid;
DELVIGNE, F., Kamerlid;
SOLVAY, A.;
THÉATE, T., algemeen bestuurder van den Dienst der Sociale Verzekering en Voorzorg in het Ministerie van Nijverheid en Arbeid;
GLIBERT, D., algemeen inspecteur, hoofd van den Geneeskundigen Dienst in het Ministerie van Nijverheid en Arbeid.

Secretarissen :

MM. MERCIER, N., bestuurder, en BISQUERET, L., onderbestuurder bij den Dienst der Sociale Verzekering en Voorzorg in het Ministerie van Nijverheid en Arbeid.

Deze werkzaamheden leiden tot twee voorontwerpen : het een betreft de verzekering tegen den ouderdom en den vroegtijdigen dood, hetwelk door onzen achtbaren collega de heer De Bruycker voor de Kamer werd gebracht door zijn wetsvoorstel van 10 Juni 1920 (*Doc. n^o 344*) en waarvan de Regeering, in den jongsten zittijd, de hoofdtrekken heeft overgenomen. Dit vóórontwerp is de algemeene verzekeringswet geworden tegen ouderdom en vroegtijdigen dood, welke wet in werking treedt op 1 Januari 1926; het andere omvat heel het vraagstuk van de verzekeringen tegen ziekte, langdurige ziekte, invaliditeit en tuberculose, moederschapsverzekering en verzekering van begrafeniskosten. Dit tweede deel van het werk der Commissie, waarin de vaak zeer uiteenlopende betrachtingen en meeningen worden samengebracht, is neergelegd in het onderhavig voorstel. Het is ten andere in zijne groote lijnen en zelfs in zijn tekst gelijk aan het voorstel dat ondergeteekende de eer had bij de Kamer in te dienen, op 21 Mei 1913 (*Doc. n^o 261*) en dat tegelijkertijd onderzocht werd met het voorstel van de Regeering in 1914. De Commissie voor de Sociale Verzekeringen heeft er inderdaad, bijna zonder uitzondering al de beginselen van goedgekeurd; sommige gedeelten werden op zeer gelukkige wijze geamendeerd en aangevuld. Het is dus bekleed met het gezag van de goedkeuring dezer Commissie, dat het voorstel thans opnieuw wordt ingediend.

Men zal wellicht beweren dat het gewaagd en voorbarig is aan de Kamer een dergelijk wetsvoorstel voor te leggen op het oogenblik dat onze financiën ons zooveel zorgen baren, en zelfs, voor een bepaalden tijd, de mogelijkheid schijnen uit te sluiten van een hervorming die noodzakelijkerwijze zeer bezwaarlijk is voor de Schatkist. Men zal wel willen aannemen dat ook de ondertekenaars daaraan hebben gedacht. Zij waren evenwel van gevoelen dat, zelfs wanneer aan eene integrale oplossing van het vraagstuk thans niet kon gedacht worden, het Parlement niettemin de kwestie opnieuw diende ter hand te nemen, de essentiele bestanddelen ervan definitief te bepalen, het kader vast te stellen van eene wetgeving die van toepassing zou worden van af het oogenblik waarop de omstandigheden het zouden toelaten, en zelfs te onderzoeken of men niet geleidelijk, naar gelang van de verbetering onzer financiën, sommige gedeelten ervan zou kunnen verwezenlijken. Alles wordt voorzeker beheerscht door de tegenwoordige mogelijkheden; niets belet te beginnen met eene methodische rangschikking en ten minste een gedeelte van den weg die naar het einddoel leidt af te leggen.

Hoofdzaak is van nu af juist te bepalen waar men naartoe wil. Voorloopige modaliteiten moeten voorzien worden voor een bepaald tijdperk. Het slot van deze inrichting verschaft daaromtrent praktische vingerwijzingen, vergezeld van zeer volledige schattingen van actuarissen.

Op het oogenblik dat de nieuwe wet op de ouderdomsverzekering gaat toegepast worden, zou het niet passen geen enkel woord te reppen over de voorstellen op het stuk der overige takken van de sociale verzekering die daarmede noodzakelijk verband houden, als in elkaar passende en innig vereenigde deelen van een geheel. Weinig logisch ware het wetten te maken inzake ouderdomsven-

sioenen of verzekering tegen vroegtijdig overlijden, zonder grondig de oplossingen te kennen die werden voorbereid om de overige sociale risico's te dekken.

Er zijn overigens ernstige redenen om het invoeren van een stelsel van sociale verzekeringen niet onbepaald uit te stellen. Het geheele gebouw van de voorzorg tegen ziekte en invaliditeit rust thans op onze mutualistische groepeeringsen. Hare zoo verdienstelijke opbloei en bedrijvigheid, in de hand gewerkt door de toewijding der beheerders en den solidariteitsgeest die hen bezielt, hebben bewezen dat de mutualiteit meer dan ooit in de toekomst moet zijn en blijven den hoeksteen van geheel ons verzekeringsgebouw. Onze mutualiteiten en invaliditeitskassen echter doorworstelen voor het oogenblik eene crisis van onvastheid en onzekerheid die, mocht zij voortduren, niet zonder gevaar zou zijn. Zij worden in haar bestaan zelve bedreigd door de moeilijkheden die op haar baan oprijzen en die allen het gevolg zijn van het gemis van eene stelselmatige en wetenschappelijke opgevatte organisatie. Wal al hinderpalen moeten niet worden overkomen, wat al offers niet gebracht om in goede voorwaarden den genees- en artsennkundigen dienst te doen werken, om hem op de hoogte te houden van de hedendaagsche vereischten op het stuk van bijzondere behandeling, kleine heelkunde enz... om in de begrootingen der primaire maatschappijen een zeker evenwicht met de inkomsten te behouden en om de vereischte wetenschappelijke reserves samen te stellen, wanneer overal de tegemoetkomingen moesten worden verhoogd en in verhouding gebracht tot de levensduurte! Aan welke gevaren staat de toekomst niet bloot van vele organismen die, op onzekere en empirische wijze, leven op ontoereikende reserves, en hier bedoelen wij inzonderheid de meerderheid van onze invaliditeitskassen die steeds meer uitbreiding hebben genomen en nieuwe lasten op zich nemen, alswanneer hare financieele grondvesten niet de technische hechtheid bezaten die hen moet beveiligen tegen den bestendigen aangroei van den last der risico's. Het is hoog tijd deze inrichting den noodigen schoor te geven die haar thans ontbreekt en zonder denwelken geen duurzame vooruitgang mogelijk is.

Wij stelden er echter prijs op niets onaangeroerd te laten op het stuk der financieele lasten van het ontwerp. Derhalve hebben wij den uitstekenden actuaris, den heer Maingie, die des te meer bevoegd is daar hij heeft medegewerkt aan het opmaken van het ontwerp, gevraagd de kosten te ramen voor het overgangstijdperk en voor het bestendig regiem. Op deze ramingen zal ons oordeel steunen en zij zullen ons aantoonen in welke mate en in welke deelen het ontwerp onmiddellijk kan verwezenlijkt worden. Hoofdzaak is dat, zelfs zoo de cijfers door de Commissie vastgesteld mochten worden gewijzigd in den zin van een tijdelijke of definitieve ondersteuning vanwege de openbare besturen, het geheele stelsel daardoor geen verandering zal ondergaan.

Zooals de heer Maingie het doet opmerken, « blijkt het geraamte uitstekend en kan het zonder wijziging aan al de toestanden worden aangepast. Met andere woorden, zoo het ontwerp moet gewijzigd worden om aan de behoeften te worden aangepast, daarom moet zijn tekst nog niet worden gewijzigd, doch

enkel de cijfers die het voorziet en de verdeeling van de lasten over de belanghebbenden, de werkgevers en de openbare besturen. »

Deze aanpassing zal kunnen nagestreefd worden, op grond van het voorstel dat wij U voorleggen, hetzij door de Middenafdeeling of de Commissie door de Kamer aangesteld om de zaak te onderzoeken. In dit opzicht is de studie van den heer Maingie van bijzonder belang; zij verduikt de op te lossen bezwaren niet en stelt aldus de middelen voor om die te verhelpen, alsook de toegevingen die moeten worden gedaan om meer rechtstreeks tot een stellig resultaat te komen. Met de zaak al te grootscheeps aan te vatten en een maximum voordeelen te willen beoogen, zonder rekening te houden met de daarmee in verband staande lasten, zou men de goedkeuring van de wet eindeloos verdagen. Zoo men zich echter voor doel stelt het beginsel van de Commissie voor Sociale Verzekeringen, zonder de verbintenissen uit het oog te verliezen die het bedraagt, en zoo men tracht iets tot stand te brengen dat onaanneembaar is, dan zal men praktisch en voorzichtig werk verrichten en het komt ons voor dat daarvoor het uur heeft geslagen.

Is het trouwens niet redelijk, wanneer men de noodzakelijke uitgave raamt van eene hervorming zooals wij beoogen, dat rekening wordt gehouden met al het voordeel dat de maatschappij daaruit halen zal, zoowel op het stuk van gezondheid en hygiene als op dit van den socialen vrede en het voortbrengstvermogen van het land? Zoo er eene hervorming is die den rijkdom van een volk kan verhoogen, dan is het wel die waarbij de lichamelijke kracht van den arbeider wordt beschermd, die waarbij hem den terugkeer naar de fabriek of het veld wordt vergemakkelijkt, wanneer eene tijdelijke onbekwaamheid hem daarvan verwijderd houdt, en waarbij hem steeds eene zekerheid van bestaan wordt gewaarborgd die, in zedelijk opzicht, eene aanmoediging en een prikkel is tot gezonden en vruchtbaren arbeid. Is het geene wijze wetgeving, die aan allen een minimum van vastheid waarborgt, *de vrijheid in het leven roept* en zelfs die mogelijkheid doet verdwijnen van die al te wreede ellenden, die neerstorten op de gezinnen welke door de ziekte of de invaliditeit van het hoofd werden ondermijnd, ellenden die tegen de borst stooten en die geene hedendaagsche maatschappij nog langer dulden kan? Is zij geen kostbaar element van sociale toenaadering en evenwicht, deze hervorming die het solidariteitsbegrip vastlegt in eene grootsche nationale instelling van hulpbetoon en sociale opvoeding en die, tot in de meest onterfde gezinnen, de weldaden doet doordringen van eene wetgeving, die thans slechts voor enkele bevoorrechten toegankelijk is? Mag men deze beschouwing uit het oog verliezen dat, in zekere mate, de geraamde lasten gedeeltelijk slechts vervangende uitgaven zijn die, thans reeds op de gemeenschap wegen, hetzij als toelagen aan soortgelijke werken, hetzij als tegemoetkoming bij de inrichting van de weldadigheid of van gasthuizen? Heeft men niet vaak gewezen op de gepastheid onze instellingen van openbaren onderstand den weg te zien opgaan van de voorbehoedende weldadigheid? En zou het toekennen van een deel van de tegenwoordige inkomsten van de weldadigheid aan het Nationaal Fonds voor Sociale Verzekeringen, niet ruim gebillijkt worden door de verlichting die deze instellingen zouden ondervinden bij de normale werking van het nieuwe stelsel?

Kortom, de volledige balans van de sociale verzekering moet worden vastgesteld in debet, doch ook in crediet, en zonder zich te laten beïnvloeden alleen door de opofferingen die zich zullen opdringen zooals een zoo omvangrijke hervorming zal voltrokken zijn. Mocht men deze twee onverdeelbare zijden van het vraagstuk van elkander scheiden, dan zou men zich nagenoeg zeker blootstellen aan erge overdrijvingen bij het berekenen van de lasten; tevens zou men niet meer onpartijdig en billijk kunnen oordeelen over het gestelde vraagstuk.

Daar wij deze toelichting zooveel mogelijk willen inkorten, verwijzen wij, voor elke beginselwettiging, naar de toelichting van ons voorstel van 1913. Dit voorstel — wij achten ons verplicht dit hier in herinnering te brengen — werd opgemaakt met de medewerking van den heer G. Barnich en werd ook door de heeren Franck, Masson, Devèze, Huysmans en Vandervelde onderteekend. Het vraagstuk is in theoretisch opzicht hetzelfde gebleven: het komt nutteloos voor, opnieuw bewijzen aan te voeren betreffende begrippen die thans algemeen aangenomen zijn en ten grondslag zelf dienen aan elke democratische leer, welke de strekking daarvan ook zij, en die in de jongste jaren door al de moderne landen werden opgenomen in hunne wetgeving. Buiten de klassieke en reeds oude precedents, in de Duitsche-Oostenrijksche wetgeving, die kort daarop door het Groothertogdom Luxemburg, eenerzijde, en door de Engelsche proefneming, anderzijde, gevolgd werden, werd, in de afgelopen tien jaar, eene regeling der sociale verzekeringen in zake ziekte en invaliditeit, steunende op verplichting, aangenomen in Rumenië, Spanje, Portugal, Polen, Tscheko-Slowakije, Zweden, Noorwegen, Rusland, Japan, alsmede in Nederland waar de aangenomen wet binnenkort in werking treedt. Anderzijds zal de hervorming, in Italië tot stand gebracht voor den ouderdom, de invaliditeit en het moederschap, ook worden toegepast op de ziekte, terwijl, in Frankrijk, een algemeen ontwerp aan de Kamer der Afgevaardigden tot onderzoek is voorgelegd en, in Zwitserland, de hervorming, tot stand gekomen in onderscheidene kantons, weldra, naar het schijnt, zal algemeen gemaakt worden door eene Bondswet.

De wensch, dat een ontwerp van soortgelijke wetgeving in België in overweging genomen worde, komt niet overdreven voor.

Het beginsel, waarmee al de voorstaanders van de hervorming zich thans vereenigen, is het begrip van de verplichte verzekering; deze komt voor als het echte middel om ernstig, volkomen doelmatig werk te verrichten wat aangaat het getal deelnemende verzekerden en de belangrijkheid van de verleende voordeelen. Het groot getal, gevolg van de verplichte verzekering, brengt de verdeling der risico's, dus de veiligheid mede — daardoor worden de pogingen en de inkomsten vereenigd en zoo is het mogelijk, merkelyk voldoening te schenken door eene regeling, die aan al de behoeften voldoet en tevens sterk is ingericht. Zooals er aan herinnerd wordt in de Memorie van Toelichting van het Fransch ontwerp, den 22ⁿ Mei 1921 ingediend en onderteekend door de heeren Aristide Briand, Voorzitter van den Ministerraad, en Daniel-Vincent, Minister van

Arbeid, « is de sociale verzekering ingesteld niet alleen in het belang van elken persoon afzonderlijk, doch ook tot vrijwaring van de gemeenschap waartoe hij behoort. In eene goed geregelde samenleving heeft de eenling niet het recht, niet voor de toekomst te zorgen, zoodat hij ten laste van de overige leden der samenleving blijven zou. Zijne vrijheid is begrensd door de plichten, welke hij tegenover zijne medeburgers heeft. Vervult hij die plichten niet uit eigen beweging, dan moet de gemeenschap hem daartoe dwingen; zoo niet, zou zij zelf het slachtoffer worden van dit schuldig verzuim. » Dit werd door den verslaggever, den afgevaardigde Grinda, nader omschreven als volgt : « Verre van inbreuk te maken op de persoonlijke vrijheid, maakt de verplichting den werkman vrij. De zieke, de invalide, de behoeftige ouderling, aan hun eigen zwakheid overgelaten, zijn niet langer meer vrije mannen. Indien zij er toe gebracht worden, bij den openbaren of privaten onderstand te bedelen, doet men hun bestaan afhangen van de willekeur van bestuurscommissiën van politieke invloeden, van de grillige mildheid van menschevrienden; hunne waardigheid wordt daardoor in zekere mate verlaagd. Bij den verzekerden arbeider, die slechts eischt wat hem verschuldigd is, wat hij door zijnen arbeid heeft gewonnen, wordt het gevoel van zijn recht versterkt en tevens wordt zijne persoonlijke onafhankelijkheid gehuldigd. Ten opzichte van de gemeenschap is de verplichting nog meer gewettigd. Inderdaad, hoe zou men aan de gemeenschap het recht kunnen ontkennen om het kostbaarste harer goederen, het menschelijk kapitaal, te verdedigen en te beschermen? Hoe zou men haar kunnen weigeren, de ziekte, de ellende te bestrijden en te voorkomen? De zieke kan een stoffelijk gevaar voor den evenmenschen zijn; hij is een tijdelijke of bestendige onwaarde op economisch gebied; de gemeenschap heeft het recht, het ras te verdedigen en de productieve krachten te doen toenemen. »

Het beginsel der verplichting brengt twee hoofdzakelijke vereischen mede. In de eerste plaats dient de onderstand gewaarborgd te zijn; men begrijpt niet dat arbeiders kunnen gedwongen worden, soms hooge bijdragen te betalen, zonder dat zij tevens *recht* hebben op een overeenstemmend voordeel en hun de *mathematische zekerheid* gegeven wordt, dit voordeel te kunnen genieten. Nu, dit recht, die waarborg, die zekerheid kunnen slechts verstrekt worden door de trouwe toepassing op de verzekering, van de wetenschappelijke regelen, en deze zullen dus een van de grondslagen der nieuwe verzekering moeten zijn. Het tweede onvermijdelijk gevolg van het beginsel der verplichting is, dat het noodig is, al degenen, aan wie de verzekering ten goede komt, rechtvaardig te behandelen; dit onderstelt dat de onrechtvaardige gevolgen van de uitkiezing der risico's, alsmede van het overbrengen der minst goede risico's naar de Gewestelijke Raden, worden vermeden. Dat bezwaar werd opgeleverd door het ontwerp van de Regeering, aangenomen in 1914; door de onvermijdelijke vereeniging van de ongunstige risico's, moesten de Gewestelijke Raden het faillissement snel te gemoet gaan, welk faillissement overigens voorzien werd door de stellers van dit ontwerp, die niet nalieten, in een der artikelen daarvan, te bepalen dat de Gewestelijke Raden de vergoedingen slechts in de mate hunner inkomsten zouden moeten betalen! — Noodzakelijkerwijs moest dit ten nadeele

zijn van hen die door die mutualiteiten niet werden aangenomen, van de onderfden, van hen voor wie het wederkeerige sociaal hulpbetoon het meest nut zou opgeleverd hebben. — Dit was eene overrechtsche solidariteit, eene niet te verdedigen afwijking, welke overigens aanleiding gaf tot de afkeering van dit zoo gebrekkige ontwerp. Ook op dat gebied zal de nieuwe wetgeving aan de vereischten van vastheid en evenwicht der verzekering kunnen voldoen.

Vatten wij samen: met de verplichting als grondslag van het ontwerp heeft de Commissie voor de Sociale Verzekeringen willen tot stand brengen :

- 1^o Een mutualistisch werk;
- 2^o Een echt verzekeringswerk dat zekerheid geeft en dienvolgens op wetenschappelijken grondslag berust;
- 3^o Een werk van rechtvaardigheid, zonder enig gevaar dat sommige categorieën van verzekerden zouden terzij gelaten worden;
- 4^o Een werk van socialen vooruitgang dat aan de arbeiders merkbare stoffelijke voordeelen biedt.

* * *

Wij hebben nog de bijzonderste bepalingen van het ontwerp van de Commissie door de Sociale Verzekeringen van dichtbij te onderzoeken. Wij zullen deze eenvoudige en objectieve uiteenzetting laten volgen den tekst van twee nota's die de heer Maingie, actuaris, op ons verzoek wel heeft willen opmaken, de eene om, van een wetenschappelijk standpunt uit, enkele grondregels door het ontwerp aangenomen en die er om zoo te zeggen de actuariale omlijning van maken, te verklaren; de andere om de lasten te begrooten die de volledige verwezenlijking voor den Staat zou medebrengen. Deze studiën volgen als bijlagen.

Zoo zullen duidelijk en nauwkeurig de drie punten zijn bepaald die in deze, naar onze meening, de aandacht verdienen van degenen onzer collega's die belang stellen in de voorgestelde hervorming.

1. — Rechthebbenden tot de verzekering.

De verplichting strekt zich uit tot al de arbeiders van beide geslachten, werkzaam tegen bezoldiging voor rekening van een bedrijfshoofd of eender welk ander werkgever, en die minder dan 10,000 frank 's jaars verdienen. Deze beperking zal bij Koninklijk besluit kunnen gewijzigd worden, en het zou voorzeker wenschelijk zijn dat zij rekening hield met het getal personen van het gezin die ten laste van den verzekerde zijn.

De andere arbeiders kunnen tot de voordeelen van de wet toegelaten worden, mits zij, Belg zijnde en in België verblijvende, niet een van de taxatie onderhevig inkomen van meer dan 10,000 franken hebben. Er wordt ook voorzien dat een Koninklijk besluit dit cijfer zal kunnen veranderen op de hierboven aangeduide wijzen.

Het ontwerp van 1914 nam als maximum voor de verplichting 2,400 franken. Dit cijfer werd verhoogd met het oog op de tegenwoordige economische toestanden.

De facultatieve verzekerden zullen de Staatssubsidie trekken zooals de verplichte verzekerden, maar zij zullen geen recht hebben op de tusschenkomst der werkgevers; daar het ten andere in de meeste gevallen zal gelden onafhankelijke arbeiders, ambachtslieden en kleine werkgevers, zijn zij feitelijk niet in dienst van een bedrijfshoofd. Zij zullen dus, behalve de persoonlijke bijdrage, ook de werkgeversbijdrage hebben te storten.

2. — Instelling van verzekering.

De ziekte-verzekering wordt opgericht door de mutualiteiten voor de mutualisten en door de gewestelijke instellingen voor de verzekerden die niet in de mutualiteiten zullen toegelaten zijn. Er zal voor ieder arrondissement een gewestelijke instelling zijn.

Het ziekte-risico wordt gedragen door deze plaatselijke verzekeringsinstellingen gedurende zes maanden. Wat wordt er daarna van den verzekerde ziekte? Hier treedt een nieuwe factor in werking, welke door het Commissieontwerp in de wetgeving wordt ingevoerd. Tusschen het ziekte-risico en het invaliditeitsrisico plaatst zich het risico van de verlengde ziekte. De verlengde ziekteverzekering wordt gedurende drie jaar gedragen door de mutualistische bondskassen of door de gewestelijke instellingen.

De derde trap is de invaliditeitsverzekering. Dit risico is in beginsel omschreven als volgt : is geheel invalide, de verzekerde die, door eene bezigheid in verhouding tot zijn kracht en zijn bekwaamheid, daarbij rekening houdend met zijn beroepsopleiding en zijn vroeger vak, niet meer verdient of niet meer in staat is te verdienen één derde van wat iemand van hetzelfde beroep, met gelijke opleiding, gezond van lichaam en geest, door zijn werk in dezelfde streek kan verdienen.

Wordt als gedeeltelijk invalide beschouwd, hij die niet meer in staat is de helft van dit normaal salaris te verdienen. Dit is nog eene belangrijke nieuwigheid, vermits tot hiertoe, voor het verleenen van de vergoedingen, alleen de geheele invaliditeit telde.

De verzekerde krijgt de invaliditeitsrente wanneer hij zijne rechten in de plaatselijke en gewestelijke of federale instellingen heeft uitgeput (dus na zes maand en na drie jaar) en dat de staat van invaliditeit werd vastgesteld.

De invaliditeitsverzekering wordt gedragen door de Rijksinvaliditeitskas. Hier voert het ontwerp eene grondige verandering in, vermits de taak der bestaande federale invaliditeitskassen beperkt is tot de verzekering tegen de verlengde ziekte, en dat zij zich voortaan niet meer hebben te bekommeren om het eigenlijke invaliditeitsrisico. Met het oog op het bijzonder karakter van dit risico en op de zware lasten die het medebrengt, heeft men het nuttig geoordeeld deze verzekering te concentreeren en het beheer ervan toe te vertrouwen aan eene enkele Rijkskas, die de tegenhanger zal zijn van de Staatspensioenkas.

Het ontwerp bepaalt de voorwaarden tot toelating van de mutualiteiten en van de bondskassen. Deze voorwaarden betreffen uiteraard het bedrag van de verschuldigde vergoedingen (5 frank, minimum per dag gedurende zes maand,

daarna gedurende drie jaar), de waarborg voor de verleening van de genees- en artseneijkundige zorgen, en de naleving van de wetenschappelijke regelen in de verzekeringsinstelling.

Ten slotte wordt er voor het land een Hooqe Raad voor de Sociale Verzekeringen opgericht, en in elke provincie eene provinciale commissie waarvan wij de bevoegdheid in het verder verloop van deze toelichting zullen uiteenzetten.

3. — Werking van de ziekteverzekering.

De mutualiteit zal eene afzonderlijke begrooting moeten opmaken voor den dienst der vergoedingen, en voor den genees- en artseneijkundigen dienst.

Voor die twee diensten stelt zij de verschuldigde bijdragen vrijelijk vast, doch derwijze dat het vereischte evenwicht in elk van beide begrootingen behouden wordt.

Wat aangaat den dienstvergoeding, zal zij eene technische balans moeten opmaken en, tot het berekenen van de bijdragen, het tarief toepassen, dat de Hooqe Raad bepalen zal.

De dagelijksche vergoeding, uit te keeren voor elke dag ziekte, zooals wij reeds zegden, zal ten minste 5 frank bedragen. Om deze som te kunnen betalen, raamt men dat eene jaarlijksche globale premie van fr. 37.50 noodig is.

De last daarvan wordt verdeelt tusschen den verzekerde en den Staat. Door het ontwerp wordt de tegemoetkoming van den Staat bepaald op 14 frank per jaar en per verzekerde. Voor deze tegemoetkoming van den Staat had het voorontwerp van de Commissie het bedrag van 15 frank aangenomen; ten einde de lasten van de openbare machten in eenige mate te verminderen en overeenstemming te brengen in de globale bijdrage van de verzekerden en van de patroons, welke in beginsel dient te worden gelijkgesteld, hebben wij den tekst van het voorontwerp hieromtrent gewijzigd en het bedrag van 's Rijks aandeel in de premie voor de verzekering ziektevergoeding verminderd op 14 frank. De bijdrage van den mutualist zal omtrent fr. 22.50 belooopen, doch, zooals wij zegden, zal het juiste bedrag daarvan bepaald worden door de statuten der mutualiteit en, voor de aangeslotenen bij de gewestelijke instelling, bij Koninklijk besluit. Die inrichtingen zouden het cijfer van 24 frank tot grondslag kunnen nemen; later zouden zij het echter kunnen wijzigen.

De toepassing van de technische regelen onderstelt dat de mutualiteiten zich aan een nog al strenge tucht onderwerpen en dat de bijdragen nog al hoog zijn; het spreekt echter vanzelf dat het betrachte doel alleen op die wijze zal bereikt worden, namelijk het verleen, aan elken verzekerde, van een volstrekten waarborg dat de verschuldigde vergoedingen hem zullen betaald worden.

Het cijfer tot grondslag der bijdrage zal, ik zegde het reeds, bepaald worden overeenkomstig een tarief van den Hooqen Raad. Wij herinneren er aan, dat men volgens de ziekte tabel van Kinkelin een jaarlijksche premie van omtrent 7 frank moet voorzien om 1 frank voor elken dag ziekte te kunnen verzekeren; met dien verstaande dat de verzekerde zijne 7 frank zal beginnen te storten vanaf 20 jaar. Met andere woorden, het gemiddeld getal dagen ziekte moest al de

gevallen voorkomende op een verschillenden leeftijd tusschen 20 en 65 jaar, bedraagt omtrent zeven. Het werkelijk getal dagen ziekte bedraagt minder dan die algemeen gemiddeld getal in de eerste jaren van het leven — het is hooger op een gevorderden leeftijd.

Die bijdrage, voor eene vergoeding van 5 frank per dag, zou normaal 35 frank moeten bedragen; daaruit mag men afleiden dat het cijfer van fr. 37.50 toereikend zou zijn, met dien verstande dat de gewone kosten van beheer zouden moeten gedekt zijn.

Het cijfer tot grondslag der bijdrage zal, in de jaren volgende op de toepassing der wet, veranderen door de toepassing van het bijzonder coëfficiënt der mutualiteit. Dit coëfficiënt is de verhouding tusschen het werkelijk getal zieken, welke men in de maatschappij vaststelt, en het getal naar de tabel verwachte dagen ziekte. Is die verhouding beneden de eenheid 1, dan zal blijken dat de bijdrage te hoog is; in dit geval zal zij behoorlijk verminderd worden. Indien die verhouding boven de eenheid is, is de bijdrage te gering en zal zij moeten verhoogd worden. Men zal er dus toe komen, dat elke maatschappij de mathematische bijdrage, overeenstemmende met de risico's, noodig en toereikend betalen zal.

Opdat de bijdrage steeds voldoende zou zijn, zullen de personen, die beginn te storten na het in werking treden van de wet, een inkomrecht moeten betalen, berekend naar den leeftijd, steeds overeenkomstig het tarief van den Hoogen Raad.

Door het toepassen van die beginselen zullen, voor elken verzekerde, mathematische reserves ten gevolge van de wet van het getal tot stand komen in de kas van het verzekeringsorganisme. Wordt het verzekeringsorganisme vervangen door een anderen verzekeringsorganisme, dan volgen de reserves den verzekerde en gaan zij van een verzekeringsorganisme over naar een ander. Zoo is het vraagstuk van den overgang der verzekerden opgelost. En daar de technische balans steeds bijgehouden wordt, is elke verzekerde volkomen zeker, de verschuldigde vergoeding te ontvangen.

Het financieel evenwicht is dus bekomen, doch mits de verzekerde zijne bijdrage begint te storten op den leeftijd van 20 jaar, ofwel een inkomrecht betaalt, indien hij lid van eene mutualiteit wordt wanneer de wet reeds van toepassing is. Welks is echter de toestand van de verzekerden die meer dan 20 tot 25 jaar oud zijn bij de eerste toepassing der wet? Voor dezen is er, van den beginne af, een tekort van gelijk bedrag als dit, welk zij als inkomrecht zouden moeten storten. Men kan ze echter niet dwingen, dit recht te betalen, dat zeer dikwijls nog al hoog zijn zou. Voor de verzekerden, die in den beginne te oud zijn, zou dus eene premie moeten gestort worden welke hooger is dan de gelijkelijk bepaalde premie van fr. 37.50. Tot dekking van dit tekort wordt voorzien dat de openbare machten verplicht zijn, het verschil tusschen de bijdrage, welke die oude verzekerden mathematisch zouden moeten betalen, en die, welke zij werkelijk betalen zullen, op het crediet van de verzekeringsorganismen te brengen. Het is billijk dat die uitgave door de gemeenschap gedekt worde; immers, de verzekerden kunnen niet bij terugwerking aansprakelijk gesteld worden voor het feit, dat de Belgische wetgever zoo lang gewacht heeft om een redematig en volledig stelsel van verzekering in te voeren. Die last, bij den aanvang op het maximum

gebracht, zal geleidelijk verminderen en ten slotte, na een tijdsverloop van veertig jaar, verdwijnen.

Zooals men vaststelt, geldt het hier een soort van compensatie voor de meerdere risico's, welke men noodzakelijkerwijs moet voorzien voor de geheele overgangperiode. Het voorontwerp had die tusschenkomst tot compensatie aangenomen voor al de verzekerden die, bij het in werking treden van de wet, meer dan 30 jaar oud mochten zijn. Om die technische redenen, vermeld in de nota's opgenomen als bijlage, waren wij van meening, dat het wijselijk was en met de juiste waarde van de meerdere te voorziene risico's meer overeenstemde, den leeftijd van 25 jaar aan te nemen als eerste toepassing van die overgangsmatregelen.

Nu komen nog de verzekerden, die niet in de mutualiteiten zullen kunnen aangenomen worden, hetzij wegens hunnen gezondheidstoestand, hetzij omdat er in de door hen bewoonde streek geen mutualiteiten bestaan, die, bij voorbeeld, aan hunne wenschen, aan hunne politieke overtuiging niet beantwoorden. Die verzekerden mogen nochtans niet aan zich zelf overgelaten en afgewezen worden.

Het bezwaar van het ontwerp van 1914 bestond hierin, dat die dikwijls min gunstige risico's werden verwezen naar de gewestelijke comiteiten, zooals wij hierboven gezegd hebben.

De Commissie wilde dit pijnlijke gebrek aan evenwichtigheid en die onrechtvaardigheid doen verdwijnen. Zij heeft er zich op toegelegd dit « Salon van geweigerden », zooals de Gewestelijke Raad in 1914 was, te veranderen in eene ware verzekeringsinstelling, waar iedereen eene billijke en menschelijke behandeling zal vinden. Met het oog daarop werden twee maatregelen voorgesteld :

1^o Wat betreft de comptabiliteit zal de gewestelijke Raad eene schifting mogen doen. Hij zal de normale risico's in eene eerste afdeling bijeenbrengen, welke zoo ongeveer zal zijn als eene gewone mutualiteit. De verhoogde risico's zullen geplaatst worden in eene afdeling II, die onvermijdelijk een groot deficit zal hebben, er wordt echter voorzien dat dit deficit door de openbare machten gedragen wordt. Men kan niet aan de verzekerden alleen vragen deze vermeerdering van lasten te dragen. De voorzorg benadert hier de openbare weldadigheid, en te dien aanzien zijn er niet enkel bijdragen noodig, maar wel ruime tegemoetkomingen. Deze bijzondere tegemoetkomingen zullen in de volgende verhouding gedragen worden : drie achtste gedeelten door de gemeente, een achtste gedeelte door de provincie, vier achtste gedeelten door den Staat. De godshuizen, de weldadigheidsbureelen zijn de aangewezen instellingen om daartoe bij te dragen, en daarom is het aandeel der gemeente nogal aanzienlijk.

2^o Aan de hechtheid van dit verzekeringswerk bleek ons een laatste steun noodig : deze welke voortvloeit uit eene algemeene gelijkmaking van het risico. Het mag niet gebeuren dat sommige vereenigingen, op grond van de betrekking van hare leden (bij voorbeeld vereenigingen van handelsbedienden), op grond van de streek waar zij werkzaam zijn (vereenigingen van landbouwarbeiders), uit deze omstandigheid een al te merkkelijk voordeel trekken. Het mag evenmin gebeuren dat de verzekerden, die in de afdeling I van de gewestelijke instelling worden geplaatst, uit dien hoofde eenig nadeel lijden. Wat alles moet beheer-

schen is het solidariteitsbeginsel, dat al de deelnemers aan een werk van nationale mutualiteit vereenigt. Wij gaan niet te ver door aan de mutualisten te vragen dit beginsel te onderschrijven. Daarom werd in het ontwerp aangenomen dat de maatschappijen en de gewestelijke instellingen van een zelfde provincie zich voor 50 t. h. van hun vergoedingsrisico moeten herverzekeren bij eene provinciale herverzekeringskas. In de praktijk zou elke maatschappij in deze kas te storten hebben $\text{fr. } 37.50 : 2 = \text{fr. } 18.25$ per lid en per jaar, en deze kas zou dus voor $5 : 2 \text{ fr.} = \text{fr. } 2.50$ tusschenkomen voor elken dag ziekte waarvoor moet uitbetaald worden.

De herverzekeringskas zou beheerd worden door eene Provinciale Commissie van zeven leden : vier afgevaardigden van de mutualiteiten, twee afgevaardigden van den gewestelijke instellingen, voorgezeten door een afgevaardigde aangeduid door de Regeering.

4. — Inrichting van den genees- en artseneijkundigen dienst.

De plaatselijke mutualiteiten en de gewestelijke instellingen verzekeren aan hunne leden de genees- en artseneijkundige zorgen.

Hier staan wij voor een der moeilijkste punten van het problema.

Twee beschouwingen moeten hier overheerschen

1^o De noodzakelijkheid aan de zieken de vrije keuze van den geneesheer te verzekeren.

De vrijheid van keuze is een onbetwistbaar recht van den zieke, recht dat door niets mag beperkt worden vooral in zake verplichte verzekering. Het vertrouwen is een moreele factor die, in vele gevallen, rechtstreeks tot eene spoedige genezing leidt ;

2^o De noodzakelijkheid een ernstigen, doelmatigen genees- en artseneijkundigen dienst in te richten die alle waarborgen biedt. De geneesheer van de verzekering mag niet een soort armendokter zijn die met minder zorg, minder toewijding of minder goed gevolg zijn ambt verricht, of mag niet als dusdanig beschouwd worden. En dit kan enkel gebeuren wanneer men op de geheele medehulp van de dokters rekenen kan, en wanneer men tot eene innige samenwerking komen kan tusschen de dokters en al degenen die aan de toepassing van het verzekeringsstelsel moeten deelnemen. Met eerbiediging van de wederzijdsche rechten moeten de voorwaarden van die samenwerking geregeld worden, met dien verstande dat het werk van dokters en apothekers behoorlijk bezoldigd wordt, in verhouding én tot het geleverde werk én tot het betaalvermogen van de verzekeringsinstellingen.

Dit akkoord moet voortvloeien uit de collectieve overeenkomsten die zullen gesloten worden, voor elke streek, tusschen de afgevaardigden van de verzekerden en de afgevaardigden van dokters en apothekers, die beraadslagen in den schoot van de paritaire Commissiën. Organismen van dien aard worden voorzien in elke provinciale commissie en zelfs in den schoot van den Hoogen Raad. Deze genees-

kundige commissie van den Hoogen Raad zal scheitsrechterlijk over de eventueele moeilijkheden moeten uitspraak doen.

Het aldus vastgesteld tarief zal bij Koninklijk besluit openbaar gemaakt worden en zal verplichtend zijn voor alle verzekeringsinstellingen van de streek en voor al de dokters die verklaren aan de toepassing der wet te willen medehelpen.

De cijfers aangegeven door de vertegenwoordigers van de Verbonden van geneesheeren en apothekers in den schoot van de Commissie, cijfers die voor die tarieven als grondslag kunnen dienen, zijn de volgende :

Schatting van de kosten van den genees- en artseneijkundigen dienst gedurende één jaar :

- a) Voor het gezin (verzekerde, echtgenoot en kinderen van minder dan 14 jaar bij hem inwonend. . fr. 48 »
- b) Voor den ongehuwden verzekerde. 16 » (1)

Er werd aangenomen dat de last als volgt zou verdeeld worden : drie achtsten voor den verzekerden, drie achtsten voor den Staat, twee achtsten voor het bedrijfshoofd.

Het ontwerp laat aan de mutualiteiten de zorg over de bijdragen van hare leden te bepalen. De gegevens waarover wij beschikken doen ons denken dat deze bijdrage zoo wat 18 frank zal zijn. De werkgever zou tusschenkomen voor 12 frank; de Staat zou eene tegemoetkoming storten berekend op de grondslagen die gelijk zijn aan deze in zwang volgens de thans bestaande onderrichtingen, namelijk fr. 4.50 per maand voor het gezin en 25 centiemen per kind, wat een jaarlijks cijfer uitmaakt van 18 frank, vermeerderd met den toeslag gestort volgens het getal kinderen.

Het zou wenschelijk zijn dat deze globale bijdrage, die meer dan 48 frank zal bedragen, voldoende ware om al de kosten van den genees- en artseneijkundigen dienst te dekken, voor heel het gezin, met inbegrip van de kinderen die onder hetzelfde dak leven en niet 18 jaar oud zijn.

Door de toepassing van de tarieven openbaar gemaakt bij Koninklijk besluit, kunnen de mutualisten een vaster prijs stellen, of per bezoek rekenen, kunnen

(1) Deze ramingen dagteekenen 1919-1920 en moeten thans herzien worden; het is inderdaad algemeen bekend dat de cereelonen sindsdien zijn verhoogd en dat vooral de prijs van de artseneijkundige producten in groote mate is geklomen.

Het globaal cijfer van 48 frank schijnt dus te moeten gebracht worden op 60 frank.

Daaruit zou volgen dat de bijdragen zouden moeten verhoogd en, althans tijdelijk, gebracht worden op 24 frank (in plaats van 18 frank) voor de verzekerde en op 18 frank (in plaats van 12 frank voor het bedrijfshoofd). De samenhang van het ontwerp zou daardoor hoegenaamd niet gewijzigd werden.

Wat betreft de mutualisten, zullen de groepeeringsen de noodige maatregelen moeten nemen door het beloop der bijdrage te bepalen overeenkomstig artikel 28.

Wat aangaat de bijdrage der werkgevers, hebben wij aan den tekst der Commissie eene bepaling, waarbij wordt voorzien dat zij, tijdelijk op een hooger bedrag zou kunnen vastgesteld worden bij Koninklijk besluit. Aldus wordt de tekst van het ontwerp volkomen aangepast aan de vereischten van den huidige toestand.

zij kosteloos dokter en apotheker verschaffen of door den verzekerde, voor de controle, een kleine som doen betalen.

Het is wel verstaan dat de rekeningen voor den genees- en artseneeskundigen dienst heel en al moeten afgescheiden zijn van de rekeningen voor den dienst der vergoedingen, en dat elke subsidie, aan de verzekeringsinstellingen overgemaakt voor den genees- en artseneeskundigen dienst, niet van hare bestemming mag afgeleid worden.

De genees- en artseneeskundige dienst wordt kosteloos verstrekt aan de invaliden en aan de ouderlingen van meer dan 65 jaar. De kosten daarvan zullen gedragen worden door twee bijzondere fondsen met dit doel opgericht. De mutualiteiten zullen daardoor ontlast zijn van een groote zorg en van een merkelijken last, en aldus zal het vraagstuk, dat in 't verleden telkens groote moeilijkheden deed oprijzen, opgelost worden.

5. - Verzekering tegen verlengde ziekte.

Zooals wij zegden, valt de verzekering tegen dit risico ten laste van de bondskassen en van de gewestelijke inrichtingen, en behelst eene vergoeding van minstens 5 frank gedurende de drie jaren die volgen op de eerste zes maanden der ziekte.

Het recht op onderstand begint zoodra de rechten ophouden in de plaatselijke mutualiteit.

De bondskassen waarvan sprake vervangen onze bestaande bondskassen « van herv verzekering » die de verzekering tegen invaliditeit ten doel hebben, met dit dubbel onderscheid dat in de voorgestelde nieuwe regeling de duur van den onderstand, door de kas verleend, op drie jaren wordt beperkt en dat de bepaling van het risico juist is dan eertijds met de werkelijkheid der zaken overeenkomt : in een aantal thans voorziene gevallen geldt het inderdaad veeleer verlengde ziekte dan werkelijk bestendige invaliditeit.

De volkomen onbekwaamheid wordt bepaald zooals in zake invaliditeit, het is namelijk het gebrek een derde van het gewoon loon te kunnen verdienen. Toegepast op de verzekering tegen ziekte geeft deze verklaring eene reeds merkelijke verruiming aan de thans van kracht zijnde vereischten tot vergoeding welke tot grondslag hebben de tamelijke strenge doch in België door het gebruik aangenomen voorwaarde, dat men volstrekt onbekwaam zij tot den arbeid.

Hier doet ons voorstel een nieuw en milden criterium tusschen beide komen, vermits met den volkomen onbekwamen zieke wordt gelijkgesteld de zieke die nog in staat is ten hoogste het derde van zijn loon te verdienen.

De Commissie der Sociale verzekeringen is nog verder gegaan met binnen het domein der verzekering tegen verlengde ziekte te brengen de vergoeding wegens gedeeltelijke onbekwaamheid die door verzekering wordt gedekt, zooals wij deden opmerken voor de verzekering tegen invaliditeit. Krachtens eene bepaling van het voorontwerp wordt ook vergoeding toegekend bij gedeeltelijke onbekwaamheid, dat is in geval de zieke in staat is meer dan het derde maar niet meer dan de helft van zijn loon te verdienen ; de vergoeding zou dan van 5 frank op

3 fr. 50, 2 fr. 50 of 1 fr. 50 worden gebracht volgens de verzekerde in staat wezen zou niet meer dan 40 t. h., 45 t. h. of 50 t. h. van zijn gewoon loon te verdienen. Als besluit van eene grondiger studie van het vraagstuk, inzonderheid wat de geldelijke gevolgen ervan betreft, zijn wij ertoe gekomen niet van stonde aan de toepassing te vragen van deze bepaling betreffende de gedeeltelijke onbekwaamheid. Deze vergoeding voor gedeeltelijke werkonbekwaamheid zou, inderdaad, de kosten van de verzekering tegen verlengde ziekte verdubbelen, en deze stijging der kosten zou wellicht nog worden opgedreven wegens te vreezen misbruiken in zake bedrog, veinzerij, ingebeeelde ziekte. Trouwens, uitgesteld is niet verloren. De ervaring zal ons ontgetwijfeld nuttige wenken aanbrengen in zake deze nieuwe regeling, en na enkele jaren zullen wij beter kunnen oordeelen of het al dan niet gepast is de verzekering tegen verlengde ziekte uit te breiden in de richting van vergoeding voor gedeeltelijke werkonbekwaamheid. Laten wij, liever dan het ontwerp wegens geldelijke redenen onaannemelijk te maken, ons vooralsnu in deze nog nieuwe en weinig ingestudeerde zaak bepalen bij het hoofdzakelijke met het voornemen de kwestie zoodra mogelijk te volledigen; bepalen wij ons dus vooralsnu bij de artikelen 52 en 58.

De noodig geachte premie om de kosten der verzekering tegen verlengde ziekte te dekken, wat betreft uitsluitend de algeheele werkonbekwaamheid, bedraagt 18 franks jaars.

Naar luid van het ontwerp wordt deze bijdrage verdeeld op last van den verzekerde, den werkgever en den Staat, ieder voor een derde.

De bondskas of de gewestelijke inrichting zal in de Invaliditeitskas en in de Lijfrentekas, in de plaats van den verzekerde die door verlengde ziekte is aangetast, de bijdragen storten welke worden vereischt tot samenstelling van het invaliditeits- en van het ouderdomspensioen. Op deze wijze wordt de aansluiting gelegd tusschen de verzekering tegen verlengde ziekte en de daarop volgende stadiums, invaliditeit en ouderdom.

Evenals de plaatselijke mutualiteiten, worden de bondskassen en de gewestelijke kassen, die organismen tot verzekering tegen verlengde ziekte zijn, herverzekerd voor 50 t. h. van deze risico's in eene gemeenschappelijke kas welke toevertrouwd is aan het bestuur van de Provinciale Commissie.

Ten slotte, om den toestand te vestigen der verzekerden die, bij den aanvang der toepassing van de wet den leeftijd van 25 jaar hebben overschreden, wordt een overgangsmaatregel voorzien in den aard van dezen die tusschenbeide komt voor de plaatselijke mutualiteiten : op crediet van de verzekeringsinstellingen worden jaarlijks aanvullende stortingen gedaan tot het bedrag van de normale bijdrage dezer te oud geworden verzekerden. Aldus wordt, vanaf de toepassing der wet, het risico, voortspruitende uit den leeftijd, aangevuld.

6. — Invaliditeitsverzekering.

Wij hebben er reeds op gewezen wat men moet verstaan door geheele invaliditeit en door gedeeltelijke invaliditeit, en wij hebben gezegd dat deze verzekering mocht gedragen worden door de Rijksinvaliditeitskas. Deze betaalt aan den

invalide eene rente van 3 frank per dag, van af het oogenblik dat de invaliditeit begint tot 65 jaar. Bij gedeeltelijke invaliditeit is de grondslagvergoeding van 3 franken gebracht op fr. 2.50, 2 of 1.50, naar gelang dat de invalide nog enkel 40 t. h., 45 t. h. of 50 t. h. van zijn normaal loon kan verdienen.

De dagelijkse vergoeding aan den invalide uitgekeerd wordt verhoogd in verhouding tot de gezinslasten van den verzekerde : de bijslag is 50 centiemen per dag voor den gehuwden invalide, en 25 centiemen per kind van minder dan 16 jaar. Zoo zal de gehuwde invalide, vader van drie kinderen per dag trekken :

$$3 + 0.50 + (3 \times 0.25) = \text{fr. } 4.25.$$

Het beloop van deze verhooging zal gedekt worden door eene bijzondere tusschenkomst van de provincie en van de gemeente waar de invalide verblijft.

De bijdrage, noodig geoordeeld als grondslag voor den dienst der vergoedingen, met inbegrip van de gedeeltelijke invaliditeit, wordt geschat op 78 frank, en het ontwerp verdeelt ze als volgt : 18 frank voor den verzekerde, 48 frank voor den werkgever en 12 frank voor den Staat.

Deze verdeeling wijkt lichtelijk af van deze van het voorontwerp van de Commissie waarin gevraagd werd 8 frank van den verzekerde, 48 frank van den werkgever en 24 frank van den Staat, maar zij bleek niet op andere grondslagen te kunnen vastgesteld worden, wilde men een klaarblijkend gebrek aan evenwicht vermijden tusschen de globale tusschenkomst van den verzekerden en van de bedrijfshoofden in het verzekeringsstelsel, tusschenkomst die het wenschelijk is op gelijken voet te behouden (zie de nota onderaan bladz. 13), en wilde men vermijden den Staat zoodanige lasten op te leggen dat de aanneming van het ontwerp, wat betreft de invaliditeitsverzekering, bijna heelmaal zou moeten uitgesteld worden, de bijdrage van 18 frank is bovendien, ten aanzien van de vele voordeelen (grondslagvergoeding, toeslag voor gezinslasten, vergoeding voor gedeeltelijke invaliditeit, genees- en artseneijkundige dienst) zeker niet boven de krachten van een tegenwoordig, zelfs bescheiden, werkmansinkomen.

Een overgangsbepaling, gelijk aan deze voorzien door de ziektevereeniging en de verzekering tegen langdurige ziekte, namelijk de inschrijving op het crediet van de verzekeringsinstelling van bijkomende bijdragen voor de verzekerden, die te oud zijn bij den aanvang van de toepassing der wet, laat toe van den beginne af het noodzakelijk technisch evenwicht tot stand te brengen in den schoot van de Rijksinvaliditeitskas. Artikel 72 beperkt weliswaar deze storting tot op de helft van de noodige aanvullende bijdragen; men was echter van meening dat de reserven die vrij komen tengevolge van de onderbreking van de verzekering, wanneer de verzekerde den leeftijd van 65 jaar zou bereiken, een ernstige aanwinst zouden uitmaken voor de Rijkskas en toereikend zouden zijn om voor het overige het evenwicht tot stand te brengen.

7. — Bijzondere verzekering tegen tuberculose.

Het ontwerp geeft een practischen vorm aan deze zoo vaak voorgestelde gedachte : het bepaalt dat de gansche natie solidaire zal zijn in den strijd tegen

de tuberculose, het is een moedige en prachtige daad, met het oog op de uitslagen die het laat verhoopen.

Het programma dat moet uitgevoerd worden omvat twee verschillende deelen :

Men dient vooreerst de verzekeringsinstelling tot stand te brengen waardoor het mogelijk zal zijn het noodige geld te vinden voor het onder dat brengen van de toringlijders : betaling van zijn onderhoud en van zijn behandeling in een sanatorium, verleening van bijzondere zorgen aan den toringlijder die niet in een sanatorium kan opgenomen worden, en aanvullende tegemoetkomingen om in dit geval de kinderen van den zieke onder te brengen buiten het gezin en ze aan de besmetting te onttrekken, voortgezette hulp aan den zieke die het sanatorium heeft verlaten en die sterker voedsel nodig heeft om spoediger zijn gezondheid terug te winnen.

Hoe zal men echter de lasten van deze diensten dekken? Het ontwerp voorziet het oprichten van nationale verzekeringskassen tegen tuberculose in den schoot van elk Nationaal Verbond van Mutualiteiten, voor de aangesloten mutualisten, en in den schoot van de Rijksinvaliditeitskas voor de aangeslotenen van de gewestelijke instellingen.

Deze kassen zullen onderhouden worden door eene verplichte bijdrage van fr. 1.20 par jaar. Zij zullen moeten voorzien in de betaling van de helft der kosten van ziekenhuis en onderstand, in de andere helft wordt in gelijke deelen betaald door den Staat en door de provincie, in dewelke de mutualiteit of de gewestelijke instelling, waarvan de verzekerde deel uitmaakt, is gevestigd.

Het tweede doel dat moet nagestreefd worden, en dat natuurlijk onmisbaar is om het eerste te bereiken, is, dat er ter beschikking van de toringlijders een voldoende getal sanatoria wordt gesteld. De Staat zal daar voor te zorgen hebben hetzij door het aannemen, hetzij door het oprichten van sanatoria. De vrijheid van initiatief van de groepeeringsinstellingen is heel en al gewaarborgd : zij kunnen zelf het bouwen van sanatoria op zich nemen, en de Staat komt in dit geval tusschen voor de drie vierden van de uitgave, indien de inrichting beantwoordt aan de voorziene voorwaarden. Een crediet van 10 miljoen wordt ter beschikking van de Regeering gesteld voor het oprichten van sanatoria.

Wij durven hopen, dat de inrichting welke wij in breede trekken hebben geschetst, van zulkdanigen aard is dat zij aan al de eischen kan beantwoorden en aanzienlijke weldaden verschaffen aan de slachtoffers der kwaal.

8. — Moederschapsverzekering, verzekering tegen begrafeniskosten, dispensaria en propaganda.

Onder deze rubriek groepeeren wij de verzekeringsdiensten die aan meer bijzondere toestanden der onderlinge sociale hulp beantwoorden :

De moederschapsverzekering verschaft, door middel van eene nationale kas, aan den verzekerde of aan de vrouw van den verzekerde eene vergoeding bij de bevalling, waarvan het bedrag respectievelijk 500 of 300 frank belooft. De

toekenning dezer som is afhankelijk van deze vereischte, dat de kraamvrouw een zekeren tijd rust neemt voor en na de geboorte.

Door de verzekering tegen begrafenis-kosten wordt eene vergoeding van 150 frank gestort bij het overlijden van een verzekerde.

Ten slotte worden door de Provinciale Commissie, in overleg met de bondskassen en de gewestelijke kassen, verpleeghuizen opgericht voor kanker- en syphilislijders, instellingen voor verpleegsters ten huize, laboratoria en openbare voordrachten over volksgezondheid.

*
* *

Uit deze algemeene uiteenzetting blijkt klaar, dat de Commissie getracht heeft een volledig en ruim opgevat, een regelend en samenhangend werk in het leven te roepen.

Voor het eerst kunnen wij vaststellen dat, volgens het kernachtig woord van Ernest Solvay, de *integrale* verzekering der arbeiders in werkdadigen vorm wordt omgezet. Begroeten wij deze verdienstvolle poging. Moge deze de voorbode wezen van eene ruime en vruchtbare sociale wezenlijkheid.

*
* *

Uit de voorgaande beschouwingen alsmede uit de beide toegevoegde nota's betreffende den tegenwoordigen toestand en de financieele raming van het ontwerp, komen drie besluiten naar voren :

1° Het voorstel dat wij de eer hebben aan de Kamer voor te leggen, vertoont zich in zijn geheel als eene realistische en samenhangende oplossing en tevens beantwoordt aan de practische eischen van den dag, met dien verstande dat het de bestaande instellingen uitbreidt en versterkt, alsmede aan de strengste technische eischen der verzekering. Het oordeel van den heer Maingie die het in wetenschappelijk opzicht onaantastbaar heet, is desbetreffende van beteekenis. (Zie nota, bijlage I.)

Het voorstel werd goedgekeurd door de Commissie voor de Sociale Verzekeringen waarin waren vertegenwoordigd de Nationale Mutualistenverenigingen, de Belgische Bond van geneesheeren, de Nationale Bond van apothekers, het actuariaat, de ambtenaren en de Parlementsleden die zich op dit vraagstuk bijzonder hebben toegelegd.

2° De geldelijke lasten zijn nu reeds berekend (zie nota, bijlage II), maar zij kunnen verminderd worden naar de mate van de thans voor de Schatkist aanneembare verbintenissen, terwijl de groote lijnen van het voorstel en deszelfs principiele bepalingen onaantastbaar blijven. Deze ordening zal gemakkelijk te regelen zijn en moet de taak wezen van de parlementaire Commissie aan dewelke de kwestie zal onderworpen worden.

3° De goedkeuring van het voorstel, zooals wij het verder laten volgen, zou voor den Staat een doorlopenden last van 128 miljoen medebrengen, en voor de provinciën en de gemeenten eene uitgave, onder beide te verdeelen, van

36 millioen; de tegemoetkomingen voor de overgangperiode vergen geene onmiddellijk stortingen, maar worden gebracht op het crediet van de verzekeringsinstellingen.

Eene vermindering van deze lasten is mogelijk.

Zij kan geschieden door eene tijdelijke vermindering van de vergoedingen. Dit stelsel wordt uiteengezet door den heer Maingie in de tweede nota (Bijlage). In dit geval, zou de jaarlijksehe Staatstusschenkomst gebracht worden op 67 millioen.

De vermindering zou in zekeren zin ook kunnen geschieden zonder vermindering van de vergoedingen, namelijk door tijdelijk eene aanvullende bijdrage te vragen van arbeiders en werkgevers, en naar dit stelsel, al is het misschien minder wetenschappelijk, gaat onze voorkeur, omdat het toelaat ineens de verschillende doeleinden te bereiken die wij ons voorstellen, en de nagestreefde resultaten ten volle te verwezenlijken. Om zonder verwijl eene zoo heilzame wet tot stand te doen komen, zal deze tijdelijke bijdrage ongetwijfeld volle instemming vinden en bij de verzekenden én bij de bedrijfshoofden. Wat er ook van zij, deze modaliteiten zullen later kunnen vastgesteld worden, de samenhang van het voorstel laat te dien opzichte ruime vrijheid. Naar het voorbeeld der Commissie hebben wij ons bepaald bij het aanduiden van den weg die, naar onze overtuiging, tot de definitieve oplossing leidt, oplossing die de financieele mogelijkheden en de desiderata, welke men op dit gebied wenscht te verwezenlijken, zal weten overeen te brengen.

In dien geest, en met de vaste overtuiging een gunstig onthaal te zullen ontmoeten bij al de Kamerleden, hebben wij dit voorstel ingediend. Moge het de oplossing van eene rechtvaardige en menschelijke hervorming vergemakkelijken en bespoedigen. Het zal een weldaad zijn voor ons ras in de toekomst, voor den socialen vrede, voor de productieve kracht en de grootheid van het vaderland.

ÉDOUARD PÉCHER.

Schematische tafel van de verzekeringslasten.

1^o Verdeeling van de inkomsten onder de drie hoofddiensten :

	ZIEKTE.			
	Vergoe- dingsdienst.	Genees- en artsenijs- dienst.	Verlengde ziekte.	Invalideit.
Verzekerde	24	18 (2)	6	18
Bedrijfshoofd	»	12 (2)	6	48
Staat	14	18 (1)	6	12
TE ZAMEN	38	48 (1)	18	78

(Vervolg der nota, bladz. 21.)

2° Verdeeling van de premieën onder den verzekerde, het bedrijfshoofd en den Staat :

	Verzekerde.	Bedrijfshoofd.	Staat.
	—	—	—
Dienst ziekte-vergoeding	24	»	14
Genees- en artseneijkundige dienst	18 (2)	12 (2)	18 (1)
Verlengde ziekte	6	6	6
Geheele of gedeeltelijke invaliditeit . . .	18	48	12
	—	—	—
TE ZAMEN.	66	66	50

(1) De toeslagen voor kinderen niet inbegrepen.

(2) Zooals werd uiteengezet, zullen de bijdragen van den verzekerde en van het bedrijfshoofd, ten minste tijdelijk, gebracht worden op 24 frank en 18 frank, daar de kosten van den genees- en artseneijkundigen dienst eene verhooging ondergaan hebben sedert 1919-1920, tijdstip op hetwelk het globale cijfer van 48 frank aangenomen werd door de Commissie. Daaruit vloeit voort dat voor dezen dienst eene globale premie van 60 frank moet voorzien worden en dat de totale bijdragen van den verzekerde en van het bedrijfshoofd gebracht zullen worden op 72 frank in plaats van 66 frank.

* * *

Nota. — Men kan vaststellen dat voor de voornaamste diensten de last der verzekering ten slotte op hetzelfde neerkomt voor den verzekerde en voor den werkgever. De bijdrage is verminderd voor den Staat, doch deze komt tusschenbeide in andere omstandigheden, inzonderheid voor den genees- en artseneijkundigen dienst der invaliden en der ouderlingen, voor de moederschapsverzekering, de verzekering tegen tuberculose en het bouwen van sanatoria. Bij gemeenten en provinciën wordt onderstand gevraagd voor elk dezer drie laatste diensten, alsmede voor de aanvullende bijdragen ten voordeele der invaliden wegens gezinslast. Ten slotte moet rekening worden gehouden met de geringe bijdragen van den verzekerde wegens verzekering tegen tuberculose, tegen moederschapszorg en tegen begrafeniskosten. Het mag dus gezegd dat ten slotte feitelijk schier volkomen gelijkheid van bijdrage bestaat voor de drie deelnemende groepen.

E. P.

(99)

BIJLAGEN

I

Algemeene beschouwingen, steunend op actuarieele berekeningen, ter verklaringen van de hoofdpunten van het ontwerp.

Het wetsontwerp betreffende ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het wetsontwerp, door de bijzondere Commissie voor de Sociale verzekeringen opgemaakt, is voortgesproken, na lange beraadslagingen, uit het eensgezind verlangen van al de leden dezer Commissie, voor de vraagstukken van de ziekte- en invaliditeitsverzekering de beste oplossingen te vinden die tevens de vaak uiteenlopende strekkingen kunnen doen samengaan.

Want dat is het kenmerk van dit ontwerp, dat gemeenschappelijk werd gesmeed door mannen, tusschen wier politieke opvattingen vaak een diepe kloof gaapte en die ook, op in zake mutualiteit en verzekering, tegenstrijdige meeningen er op nahouden; dit ontwerp is geboren uit de samenbrenging van die meeningen, uit wederzijdsche toegevingen en minnelijke schikkingen tusschen schijnbaar onverzoenbare strekkingen.

I. — *Verplichtingen.*

Wij moeten eerst de breede trekken van het ontwerp onderzoeken. Door de verplichting breidt het de ziekte- en invaliditeitsverzekering uit tot al de arbeiders van beide geslachten, die thans min dan 63 jaar oud zijn, mits bezoldiging zijn te werk gesteld voor rekening van een bedrijfshoofd of van *elken anderen werkgever*, en wier wedde of loon niet 10,000 frank per jaar overschrijdt. (Deze grens kan bij Koninklijk besluit worden gewijzigd.)

De verplichting strekt zich uit tot de arbeiders der openbare bedrijven, tenzij, krachtens wetten en verordeningen, zij tegen hoogerbedoelde risico's op een tenminste gelijkwaardige wijze zijn verzekerd.

Dit is de omvang van het wetsontwerp; meer algemeen kon het niet zijn. Onder voorbehoud van de loongrens, slaat het op al de arbeiders, bedienden en dienstboden.

II. — *Aard der verzekering.*

Het ontwerp slaat hoofdzakelijk op ziekte en invaliditeit.

Deze indeeling schijnt aan te geven dat er slechts twee soorten van verzekeringsorganismen kent: ziektefondsen en invaliditeitsfondsen.

Nochtans richt het ontwerp drie afzonderlijke verzekeringsinstellingen in met betrekking tot:

- a) Ziekte gedurende de eerste zes maanden;
- b) Voortdurende ziekte tijdens de drie jaar volgend op de eerste zes maanden;
- c) Invaliditeit.

Waarom dit onderscheid?

De inrichting door het ontwerp voorzien vloeit voort uit de tegenwoordige inrichting van de mutualiteit.

In hare eerste vergaderingen reeds had de Commissie het over volgende vraag : Dienen de tegenwoordige instellingen van ziekteverzekering te worden behouden, of moet men iets nieuws tot stand brengen, deze instellingen afschaffen en er nieuwe in het leven roepen die zich beter aanpassen aan den omvang der wet en haar verplichtenden aard?

Sommige leden stelden de afschaffing der mutualiteiten voor en het oprichten van gemeentefondsen tegen ziekte.

Onloochenbaar past zulke oplossing voor de ziekteverzekering die, tengevolge van de verplichting bijna algemeen wordt. Maar zulke oplossing staat gelijk met de afschaffing van belangwekkende instellingen die ruim 400,000 mutualisten tellen.

Onaangezien andere redenen, was dit de hoofdreden die de meerderheid van de Commissie won voor het behoud der mutualiteiten, want, naar hare meening, had de wet niet voor doel de organismen van het privaat initiatief af te schaffen maar veeleer haren weldoenden invloed te steunen en te volmaken en tevens vooral hare technische gebreken te verbeteren.

Eens, dit beginsel aangenomen, lag de oplossing voor de hand.

De mutualiteiten blijven bestaan en nieuwe mogen stand komen, mits, ten minste, tegen de door de wet voorgeschreven risico's te verzekeren en onder uitdrukkelijk voorbehoud geen enkel lid om godsdienstige of staatkundige redenen uit te sluiten.

Maar tevens moesten verzekeringsorganismen opgericht worden met verplichte aansluiting van al degenen die de vrije mutualiteit zou weigeren op te nemen, en van al degenen die geen gebruik willen maken van het recht hun door de wet verleend eene vrije mutualiteit te vormen. Voor deze laatste richt de wet de gewestelijke kassen op.

Beide organismen zijn noodzakelijk tot de uitvoering der wet.

Eens tot stand gebracht, moet haar werkring worden omschreven.

Deze hangt hoofdzakelijk af van het aantal leden in een organisme vereenigd.

De wet der groote getallen is hier alleenheerschend.

Een verzekeringsorganisme kan des te zwakkere waarschijnlijkheidsrisico's dekken, dat het meer leden telt. De wet der groote getallen is een wiskundige wet, maar eene *betrkkelijke* wet.

De risico's wegen tegen elkaar op in een organisme met weinig leden wanneer het risico zich herhaaldelijk voordoet.

Wanneer het organisme risico's dekt die zich zelden voordoen, dan wegen de risico's tegen elkaar slechts op, zoo de leden zeer talrijk zijn.

Het risico van kortstondige ziekte is hoog, daarentegen is het risico van langdurige ziekte laag.

In die voorwaarden kan men voor de kortstondige ziekte zich tevreden stellen met een beperkt ledental; tegen de langdurige ziekte kunnen slechts instellingen met groot aantal leden verzekeren.

Het bleek dus, wegens het feit dat de meeste leden de groepeerings van ziektenverzekering met klein aantal leden wenschen toe te laten, dat het noodzakelijk was het ziekterisico af te scheiden :

Men kan inderdaad, aan organismen met klein aantal leden toelaten tegen zes maand ziekte te verzekeren; maar het risico van langere ziekte kon slechts worden gedekt door instellingen met talrijke leden.

Dan nog diende men grenzen te bepalen. Die Commissie liet zich leiden door de huidige inrichting van de ziektenverzekering.

Kassen dekken het ziekterisico gedurende drie of zes maand; bijzondere kassen gezegd bondskassen of herverzekeringkassen nemen te haren laste de ziekten van meer dan drie of zes maand.

Gelet dus op de noodzakelijkheid van eene gelijke oplossing, bleek het nuttig aan plaatselijke mutualiteiten toe te laten het ziekterisico gedurende de eerste zes maanden

te dekken en deze kassen te verplichten zich aan te sluiten bij mutualiteiten voor herverzekering, geboren uit bondswerking en die de ziekten van meer dan zes maand te haren laste zouden nemen.

Wat betrefte de duur der hulpelden door deze *mutualiteiten van herverzekering* uit te betalen, kwam men practisch voor verscheidene oplossingen te staan : sommige bestaande bondskassen beperken de hulpelden, andere niet. Om redenen die wij later opgeven en die steunen op de behoeften van de invaliditeitsverzekering, sloot de Commissie zich aan bij het voorstel op drie jaar den duur te bepalen van het te verleenen hulpgeld door de secundaire mutualiteiten die risico's van langdurige ziekte dekken.

Dan nog moest men het minimum-aantal leden bepalen van de primaire en secundaire mutualiteiten, dat noodzakelijk was om de wet der groote getallen na te leven.

Het is niet moeilijk te bewijzen dat 200 voor de primaire, 10,000 voor de secundaire mutualiteiten, getallen zijn beneden de welke men niet dalen mag.

Deze getallen laten nauwelijks toe de vergelding van risico's te verhoopen, die noodzakelijk is voor het financieel evenwicht der verzekeringsorganismen. Deze getallen volstaan ternauwernood om *de hoop te billijken dat de werkelijke gebeurtenissen zullen overeenstemmen met de gebeurtenissen die de ziekte-tabellen laten voorzien*.

Maar anderzijds bestaan er tegenwoordig mutualiteiten met zeer gering ledental; anderzijds nog is het toezicht over de zieken gemakkelijker in de kleine mutualiteiten dan in die met aanzienlijk ledental. Rekening houdend met die overwegingen, heeft de Commissie op 100 het minimum-aantal leden eener primaire mutualiteit bepaald en op 1,000 dit der leden eener secundaire mutualiteit.

Naar onze meening had zij ongelijk. Het komt er vooral op aan verzekeringsorganismen in het leven te roepen wier financieele toekomst zeker zij. Het is van minder belang dat, onder een stelsel van vrijheid, een mutualiteit tot ontbinding kome omdat het haar tegenging. Maar zoo iets gaat niet op, onder een stelsel van verplichting, wanneer de ondergang van een enkele instelling een moeilijken en reddeloozen toestand voor gevolg heeft. Tenzij men aanneemt dat het veld der verplichting vermindert telkens eene mutualiteit verdwijnt, is het noodzakelijk dat de wetenschappelijke reserves voor de verzekerde risico's steeds voorhanden wezen en niet kunnen worden opgeslorpt door toevallige omstandigheden te wijten aan het niet naleven van de wet der groote getallen.

De organismen der verplichte verzekering moeten derwijze worden opgericht, dat geen enkel kan ten onder gaan. Enkel het groote getal kan haar evenwicht bestendig maken. Het is raadzaam de gevoltrekkingen daarvan te eerbiedigen.

Dit namelijk zijn de vrije verzekeringsorganismen. Op het stuk van gewestelijke kassen is het nutteloos eene kas aan te leggen om het risico gedurende zes maand te dekken, terwijl eene andere kas het risico gedurende de drie daarop volgende jaren dekt.

Het zal volstaan een onderscheid te maken tusschen de ontvangsten en uitgaven van eenzelfde instelling, voor de gewone ziekte en de langdurige ziekte. De wet der groote getallen wordt dan voldoende in acht genomen.

Blijft dan nog de verzekering tegen ziekterisico's langer dan drie en een half jaar, of liever de *invaliditeitsverzekering*.

Wij hebben de oprichting voorgesteld van een enkele kas voor het gansche land en de Commissie heeft deze oplossing aangenomen. Wij weten wel dat niet allen zich bij dit denkbeeld hebben aangesloten en dat sommigen voornemens zijn tegen het beginsel eener enkele invaliditeitskas storm te loopen.

Het verzet komt enkel van de mutualisten die al de risico's willen zien dekken in vrije instellingen versterkt door de verplichte verzekering.

Wij zijn de eersten om hen goed te keuren en wij hebben het bewezen met de eischen te steunen als zij strookten met de gegevens van de cijferwetenschap.

Maar juist op het gebied van invaliditeit stroken zij niet meer.

Door eene onvoldoende en trouwens misvormde ervaring slecht ingelicht, meenen mutualisten, die kassen van herverzekering hebben beheerd, dat deze kassen zonder gevaar tegen de « invaliditeit » kunnen verzekeren.

't Is niet het geschikt oogenblik om de kassen van herverzekering aan te vallen; dit hebben wij overigens elders gedaan zonder tegengesproken te worden. Deze instellingen, op onzekere wijze tastend en zonder voldoende kennis van het risico « invaliditeit », opgericht en beheerd, risico dat zij hebben beperkt bij de verlengde ziekte, bezitten geene ervaring hoegenaamd waarop zij hunne bewering het geduchte risico der invaliditeit in uitgebreide mutualiteiten te beheeren, kunnen steunen.

Het vraagstuk wordt door dit feit beheerscht : de kosten van verzekering tegen de invaliditeit staan hoog, doch het risico-invaliditeit is gering, en wel in zulke mate, dat eene kas met een millioen aangesloten leden niet zeker is in zooverre aan de wet der getallen te voldoen, dat de mogelijke gebeurtenissen met haren toestand zullen gelijken tred houden, met andere woorden dat hare lasten feitelijk nagenoeg overeenkomen met de werkelijkheid.

Laten wij veronderstellen : kassen met 100,000 aangesloten leden. Laten wij de premiën zoo juist mogelijk berekenen met inachtneming van het bijzonder risico van elke kas; wat zal men dan, na enkele jaren werking, vaststellen?

Door het feit dat de wet op de groote getallen niet werd nageleefd, hebben de gebeurtenissen onregelmatige uitslagen opgeleverd; 1,000 leden vertegenwoordigen een groot getal ten opzichte van het ziekte-risico over de eerste zes maanden; 100,000 aangesloten leden vertegenwoordigen een gering getal ten opzichte van het risico-invaliditeit. En dan zal er dit gebeuren dat, naar gelang der omstandigheden, sommige invaliditeitskassen te rijk, andere in tekort zullen zijn, en enkele zelfs hunne zaken zullen moeten schorsen.

Is zulks mogelijk, wanneer de verzekering-verplichtend is? Nogmaals weze het gezegd, dat de verzekeringen op zoodanige wijze moeten worden ingericht, dat zij van blijvenden aard zijn. De eenige manier om dit doel te bereiken is ééne enkele invaliditeitskas op te richten.

Laten wij de zaak hangende laten. Wij zullen daarop terugkomen en, bij gelegenheid van een ander vraagstuk, onze stelling met nieuwe beweegredenen steunen.

Het ontwerp stelt een band tusschen de plaatselijke en hulpkassen, van den eenen kant, de gewestelijke kassen, van den anderen kant. Deze kassen worden bij de helft verzekerd door een gemeenschappelijk fonds, mits gelijke bijdragen.

Dat is de noodzakelijke vereischte om vrij te zijn.

Laten wij desbetreffende de zaak opklaren, want vanwege de mutualisten zal deze bepaling het heftigst worden besprongen.

Door de wet wordt men verplicht zich te verzekeren; doch wie beroepsbelangen, gewestelijke, politieke of godsdienstige belangen heeft, is toegelaten zijn risico in de gemeenschap te bergen. Aan de aldus opgerichte vrije mutualiteiten laat de wet toe hun toegang af te sluiten door middel van medischen hinder dien zij zoo streng maken als zij willen, en aldus het aangenomen risico naar willekeur te beperken.

Met de vrijheid is zulks mogelijk en daarom heeft men ook niet gearzeld — en in zekere mate terecht — uit de mutualiteit het al te gevaarlijk risico te weren.

Doch kan men, onder het verplichte stelsel, zich verbeelden dat sommige groepen, in hunne bedoelingen begunstigd door het gering getal leden dat wordt vereischt om eene plaatselijke mutualiteit te vormen, zich afzonderen, na hunne kansen van zich te zorgvuldig te hebben overwogen, om eene groepeerings te vormen met minder risico, terwijl zij nochtans tot gelijk bedrag de toelagen der openbare machten ontvangen.

De verzekering ware onmogelijk, moest deze vrijheid van groepeerings geenszins worden betoomd.

Uit de statistiek der mutualiteiten blijkt, dat dergelijke spekulering mogelijk is en feitelijk werd nagestreefd.

Er zijn mutualiteiten waarvan het risico beneden het derde van het gewone peil staat.

Wordt deze schifting van het risico zonder eenige verbetering toegelaten, dan gaat men regelrecht tegen het nagestreefte doel dezer wet in. Dan zouden sommige plaatselijke en gewestelijke maatschappijen gebukt gaan onder de zware lasten en verplicht zijn overdreven

bijdragen te eischen, terwijl anderen in voorspoed zouden bloeien, dank zij eene gezoekte uitlezing van de geringe risico's die vermindering van lasten tot gevolg hebben.

Niet aldus moet de mutualiteit worden verstaan; 't is juist het tegenovergestelde.

Indien de gemeentelijke mutualiteiten, die aan dit gebrek niet lijden, worden geweerd, indien ten aanzien van de verzekering tegen ziekte de vrijheid van vereeniging wordt verleend, dan begrijpt men dat er toch een toom noodig is om de misbruiken te beperken.

Twee oplossingen staan hier op gelijken voet.

Ofwel wordt de bijdrage van werkgever en openbare macht vastgesteld in verhouding tot het risico van elke mutualiteit, in verhouding tot de vereischte premien om hun risico te dekken, in zooverre dat de premien der leden overal nagenoeg dezelfde zijn.

Ofwel wordt krachtens eene wetsbepaling een gedeelte van het risico de gemeenschap van gansch een gewest.

Bij deze laatste onderstelling heeft de Commissie zich aangesloten. De eerste immers is niet uitvoerbaar; zij doet den werkgever en de openbare macht optreden in veel ruimer mate dan behoort.

Dienaangaande, komen wij terug tot de invaliditeit. De vrijheid van vereeniging die terzelve tijd de vrijheid van keus is, zou de toepassing der wet onmogelijk maken.

Veronderstellen wij eene sterke mutualiteit van bedienden die de verzekering tegen invaliditeit ten doel heeft. Wat is daarvan het gevolg? Het risico is gering en wordt dus door eene geringe bijdrage gedekt, terwijl, anderzijds, sommige werklieden mutualiteiten, om hetzelfde risico te dekken, bijdragen zouden moeten eischen, welke feitelijk geen enkel dezer werklieden zou kunnen betalen.

In verplichte stelsels moeten aan de vrijheid grenzen worden gesteld, welke niet zonder groot gevaar kunnen overschreden worden.

Door ons ontwerp worden deze terecht geweerd, zoodat een band van solidariteit wordt gesteld tusschen de gewestelijke kassen en de vrije, plaatselijke en hulpkassen, alsmede door het oprichten van eene eenige kas voor het risico waardoor een band van nationale solidariteit wordt tot stand gebracht, zonder denwelke de verzekering tegen de invaliditeit onmogelijk is.

* *

Dit zijn dus de beginselen waarop het ontwerp berust; het leidt daaruit de gevolgen met een eenzijdige en onbuigzame logica af. Wij meenen niet dat men in dit opzicht meer volledig en meer evenwichtig werk kunne voorleggen. Moest men in dit opzicht de regeling van het ontwerp wijzigen, dan ware de samenhang gebroken en de toepassing eener wet in gevaar gebracht, toepassing die de afbreuk van geen enkel der organismen dulden kan.

Thans rijst eene tweede vraag: Op welke wijze wordt het leven dezer instellingen gevrijwaard? Hoe wordt elke financiële slinking onmogelijk?

Zooals wij het reeds zegden, dient de wet der groote gevallen te worden nageleefd; in elke instelling moet de vergoeding worden verzekerd.

Dat is echter niet voldoende; ook moet eene juiste maat van inkomsten en lasten worden verzekerd; met andere woorden, de bijdragen moeten op het vereischte peil staan, de verzekering moet op wetenschappelijke gronden rusten.

Ook op dat gebied heeft het ontwerp alles voorzien; de bepalingen van het ontwerp betreffende de verzekering tegen ziekte, tegen verlengde ziekte of invaliditeit, betreffende de aanvullende bijdragen voor de overgangperiode, de inkomgelden, de overdracht op de reserves, zijn volledig en rechtstreeks gesteund op de techniek der verzekering.

Zonder in al de onderdeelen dezer techniek te treden, zullen wij nochtans trachten zulks te bewijzen.

Wanneer een risico met den leeftijd stijgt, zou ook de bijdrage van den verzekerde van jaar tot jaar stijgen, wel te verstaan indien men van den verzekerde de noodzakelijke premie eischte om het risico gedurende een jaar te dekken.

Aldus zou men voor de verzekering tegen ziekte gedurende de eerste zes maanden, moeten eischen van een persoon van :

20 jaar eene premie van fr.	5.601	per frank dagelijkschen onderstand.
25 id.	5.319	id. id.
30 id.	5.560	id. id.
40 id.	6.963	id. id.
50 id.	9.598	id. id.
60 id.	14.993	id. id.

In zoo verre dus dat de premie elk jaar zou stijgen vanaf een minimum van 5.601 frank tot een maximum van 14.993 frank.

In plaats dus van aan elken verzekerde eene verschillende premie te vragen, kan men de premiën gelijk maken en van iedereen eene bijdrage eischen die dezelfde is volgens den leeftijd voor den duur der verzekering.

Deze gelijkvormige premie, die om zeggens de gemiddelde bijdrage is der veranderlijke premiën om het jaarlijks stijgend risico te dekken, zal bij den aanvang te hoog en vanaf zekeren leeftijd te laag wezen.

Daaruit volgt, dat het overschot van de eerste jaren moet *voorbehouden* worden om de ontoereikendheid der bestendige premie aan te vullen, wanneer deze lager komt te staan dan de waarde van het jaarlijksch risico.

Dit overschot kan in cijfers worden berekend en wordt de *wiskundige reserve* genoemd, welke de verzekeraar moet bezitten om zijne verbintenissen tegenover de verzekerden na te leven.

Vraagt men nu aan al de verzekerden eene zelfde bestendige premie, die b. v. noodig is om het risico van een 20-jarigen verzekerde te tekken, dan volgt daaruit :

1^o Dat voor alwie lid wordt boven den leeftijd van 20 jaar, de premie te laag is. Wie lid wordt op 30-jarigen leeftijd, zou jaarlijks 8.212 frank per frank onderstand moeten betalen, zijnde de jaarlijksche eenvormige premie om het risico tegen ziekte te dekken tot den leeftijd van 65 jaar. Vermits deze verzekerde slechts 7.035 frank stort, moet de verzekering het tekort elders zoeken. Op deze wijze wordt er, van het oogenblik af dat de verzekering tegen ziekte verplichtend wordt, eene overgangperiode ingesteld, die over bijzondere inkomsten moet kunnen beschikken. Voor al de verzekerden boven de 20 jaar op het oogenblik dat de wet in voege treedt, is de premie onvoldoende en des te meer ontoereikend naar gelang de verzekerde op dat tijdstip ouder is.

Deze ontoereikendheid wordt krachtens het ontwerp aangevuld door de openbare machten.

Men begrijpt echter gemakkelijk dat het getal verzekerden van dit overgangstijdperk van jaar tot jaar vermindert. Elk jaar vermindert inderdaad het getal verzekerden van dien aard die den leeftijd van 65 jaar bereiken en voor wie jaarlijks eene aanvullende premie diende te worden gestort; en elk jaar treedt eene nieuwe reeks nieuwe verzekerden op van 20 jarigen leeftijd, voor wie geene aanvullende premie dient te worden gestort. De lasten van het overgangstijdperk verminderen dus van jaar tot jaar om gansch te verdwijnen na een tijdverloop van 45 jaar.

Aldus is de beteekenis van artikel 44 dat luidt als volgt :

« Op het crediet van de mutualiteiten of van de gewestelijke inrichtingen wordt voor al de verzekerden, die meer dan 25 jaar oud zijn op het oogenblik dat deze wet van kracht wordt, een jaarlijksch bedrag ingeschreven, dat geldt als bijkomende bijdrage ter bereiking van het normale bedrag der bijdrage welke met de geheele vergoeding overeenkomt. »

Dat is insgelijks de bedoeling van gelijkaardige artikelen voorzien in zake verzekering tegen verlengde ziekten en invaliditeit, waarvan algemeene mathesis overeenkomt met die der verzekering tegen ziekte.

Men zal opmerken dat dit artikel 44 van toepassing komt op de verzekerden boven 30 jaar.

Daarin ligt eene onregelmatigheid. De bepaling zou moeten toepasselijk zijn vanaf 20 jaar. Wij zelf hebben voorgesteld haar toe te passen vanaf 25 jaar en de bijdrage voor al de verzekerden van 25 jaar en daarboven gelijk te doen stellen met deze die moet vereischt worden voor een verzekerde die op 25 jaar intreedt. Dit voorstel had een dubbel doel : door een eenigzins verhoogde bijdrage te vragen aan de verzekerden minder dan 25 jaar, aan de verzekeraars toe te laten een voorzorgsfonds samen te stellen en daardoor meer ruimte te geven aan de financiën van die organismen.

Getroffen door de lijst der lasten die het ontwerp door de openbaren machten doet dragen, heeft de Commissie, in laatste lezing, haar tijdens een overijlde stemming willen verlichten door den ouderdom, vanaf denwelken de openbare machten een verhooging mochten storten, op 30 jaar te bepalen. Daarin ligt een zekere overdrijving, want de jonge verzekerden worden zoo verplicht eene te hooge bijdrage, 8.212 in plaats van 7.055 die overeenstemt met den dertigjarigen ouderdom, te storten.

Het is geraadzaam tot den ouderdom van 25 jaar weer te komen en desnoods een ander middel te zoeken om den last van de openbare machten te verminderen.

2^o Aan den verzekerde wordt een te lage bijdrage gevraagd als hij na het van kracht worden der wet onder het stelsel der verplichting valt na den ouderdom van 25 jaar (indien deze wordt aangenomen voor art. 44) en hem de bijdrage gevraagd wordt die gelijk staat met de gelijkvormige bijdrage voor de intrede op 25 jaar. Het gaat niet meer op de verhooging ten laste van de openbare machten te leggen, want alzoo zou een overgangstijdperk bestendigd worden. Alleen aan den betrokkene mag de verhooging gevraagd worden, hetzij als eenige storting gelijk aan het bebrag van de wetenschappelijke reserve die hij zou verkregen hebben indien hij op 20 jaar ware ingeschreven (inkomgeld), hetzij door eene voldoende vermeerdering van de jaarlijksche bijdrage.

Paragraaf 3 van artikel 20 beantwoordt dit geval voor ziekteverzekering. Gelijksortige bepalingen bestaan voor de verzekering tegen langdurige ziekte en invaliditeit. Men ziet dat zij rechtstreeks ingegeven zijn door de verzekeringstechniek.

3^o Hetzelfde geldt wanneer een verzekerde overgaat van een verzekeraar tot een anderen. De wiskundige reserve wordt overgedragen van den eenen verzekeraar op den anderen. Doch, daar het coëfficiënt der risico's kan verschillen, kan een bijgevoegd inkomgeld uit de verandering voortspruiten. (Art. 25.)

4^o Voegt men daarbij dat de verzekeraars verplicht zijn de technische regelen na te leven van het wetenschappelijk beheer van elke verzekeringsonderneming waarvan de financiën beheerscht worden door het feit dat de risico's toenemen met den ouderdom, en bijgevolg eene technische balans moeten opmaken volgens de voorschriften en roosters bij Koninklijk besluit vastgesteld op advies van den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen (art. 22), rooster die slechts kan vastgesteld worden volgens de algemeene wetten der getalsterkte van de verzekering, dan stelt men vast dat de wet voor doel heeft van degenen die haar moeten toepassen echte verzekeraars te maken, die de bijzondere verzekerings-techniek, het beheer en de boekhouding die daarbij behooren, moeten naleven.

Men ziet ook dat die verzekeraars juist in die actuarische techniek hun voornaamsten steun zullen vinden; dat hun financieele toekomst volkomen zal verzekerd zijn door de verplichting er zich bij aan te passen; dat aldus en enkel op die wijze de uitvoering der wet zal verzekerd zijn.

Wij zegden reeds dat de wet stellig zou mislukken indien sommige verzekeraars konden bezwijken en de aangegane verplichtingen niet konden naleven. Vóór alles moest hun stevig evenwicht verzekerd worden. Het ontwerp bereikt dat doel zoowel voor de verzekering tegen ziekte als voor de verzekering tegen langdurige ziekte en invaliditeit door voorschriften die de actuarische techniek, met hare gebiedende wetten, doen eerbiedigen en naleven.

Indien daarbij de wet der groote getalsterkte genoegzaam nageleefd wordt, dan zal deze

techniek zelf een stevige steun zijn voor den geldelijken toestand van al de organismen die te zorgen hebben voor de toepassing van de wet. Wij dringen hier daarom aan opdat de wet der groote getalsterkte beter zou nageleefd worden dan door dit ontwerp; daarin ligt het eenig gevaar dat de kleine mutualiteiten bedreigt. Het is dan ook hoogst noodzakelijk voor de langdurige ziekte een voldoende aantal bijtreeders te vereischen en de eenheid te behouden van den verzekeraar tegen invaliditeit.

Onze gevolgtrekkingen bewijzen alzoo dat men den samenhang van het ontwerp niet zonder gevaar zou wijzigen. De aangestelde kaders kunnen niet gewijzigd worden en zijn van dien aard dat zij zich kunnen aanpassen bij alle voorstellen betreffende de uitbreiding van de verzekering en het bedrag der hulpelden. Wij nemen ons voor op te zoeken welke lasten het ontwerp, zooals het uit de Commissie gekomen is, zal naslepen voor de openbare machten en voor de aangeslotenen.

Reeds nu zijn wij overtuigd dat de Bijzondere Commissie zeer vrijgevig is geweest met de openbare fondsen en dat het niet mogelijk is, in den huidige toestand onzer financiën, al hare voorstellen aan te nemen.

Wij willen er echter van nu af er op wijzen dat het niet noodig is het ontwerp gansch te wijzigen om de tusschenkomst der openbare machten tot aanneembare verhoudingen te herleiden. De bestaande kaders zijn volkomen goed, zij kunnen zich zonder wijziging bij alle toestanden aanpassen. Met andere woorden, indien het ontwerp moet gewijzigd worden en in verband gebracht met de mogelijkheden, dan moet niet het opstel veranderen, doch slechts de cijfers die het voorziet in de verdeeling der lasten tusschen de belanghebbenden, de werkgevers en de openbare machten.

De wetenschappelijke kaders van de wet kunnen er in al de verhoudingen den regelmatig en bestendigen gang van verzekeren. Hooge vergoedingen worden er met vrijgevigheid ingelascht. De gang zal even goed zijn zoo deze laatsten tot geringere verhoudingen worden herleid.

In dievoorwaarden is de taak van de Bijzondere Commissie niet verloren; zij vormt een kostbaar werk, dat niet zonder gevaar zou gewijzigd worden. Eene ramping van de lasten die het ontwerp veroorzaakt zal aantoonen waar moet bezuinigd worden en in welke verhoudingen de sommen met kwistige hand voorgeschreven voor de eenen en voor de anderen moeten besnoeid of verhoogd worden.

Het eenig nuttig werk bestaat in de aanduiding der cijfers die vereenigbaar zijn met de inkomsten van de eenen en van de anderen en die de cijfers van de Commissie kunnen vervangen.

II

Raming van de lasten door het ontwerp veroorzaakt.

Raming van de lasten van verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

De Belgische statistische gegevens die noodig zijn voor de raming der lasten van eene verzekeringswet tegen ziekte en invaliditeit zijn voldomen ontoereikend. Wij beschikken over niets inzake waarschijnlijkheden van ziekte en langdurige ziekte; de uitslagen van de reeds lange ondervinding der mutualiteitsverenigingen en herverzekeringskassen werden niet zorgvuldig genoeg opgeteekend om er ziekte-tabellen te laten uitsleiden. Wat de invaliditeit betreft kunnen wij zeggen dat wij geen enkel gegeven hebben voor België, ten gevolge van de beperkte en onvolledige ondervinding door sommige kassen opgedaan.

Wij bezitten zelfs geene wet over de verdeeling per ouderdom van de arbeidsbevolking waarop de verplichte verzekering toepasselijk is. In het Maartnummer van 1913 van het *Bulletin du Comité central industriel de Belgique* (bl. 301 en vlg.) wezen wij er op waarom, naar onze meening, de nijverheidsopstelling van 1896 in dat opzicht slechts verkeerde aanwijzingen kan geven. Wij hebben getracht die leemte aan te vullen en, steunend op waarschijnlijke veronderstellingen, hebben wij een tabel opgemaakt van de verdeeling per ouderdom voor eene bevolking van een millioen mannelijke werklieden van 12 tot 64 jaar oud.

Deze tabel dienen als een der grondslagen voor onze ramingen.

Wij laten de vrouwelijke bevolking vrijwillig ter zijde, doch niet opdat de aanwezigheid van dit element geen invloed zou hebben op het bedrag van de financieele lasten der verzekering. Het is echter bijna onmogelijk er rekening van te houden op eenigszins juiste wijze, omdat wij werkelijk niet weten hoeveel vrouwen ongeveer aan de verplichte verzekering zullen onderworpen worden, noch hoe zij volgens den ouderdom worden verdeeld.

Het is overigens zeker dat onze raming onjuist zou zijn door overdrijving, indien wij voor de vrouwelijke verzekerden dezelfde verdeelingswet als voor de mannen zouden aannemen.

Van welken aard zal ten slotte de missing zijn van onze uiteraard onnauwkeurige schattingen? Het zou gevaarlijk zijn het te zeggen, daar wij nog onzekere en onvolledige statistieken aan België moeten aanpassen. In die voorwaarden zoekt men eene onmogelijk te verkrijgen juistheid, door nauwkeurig rekening te willen houden van de vrouwelijke aan verplichte verzekering onderworpen bevolking. De positieve missing die wij aldus begaan kunnen moet als een zeer gering zekerheidscoëfficiënt beschouwd worden.

Zooals wij het daareven gezegd hebben zochten wij in het buitenland de noodige statistische gegevens. Voor onze berekeningen voor de ziekte namen wij de *Engelsche tabel* in 1922 aangenomen door de *Actuarial advisory Committee*, gelast met het vaststellen der actuarische grondslagen voor de berekening der reserves die moeten ingeschreven worden op het crediet van de *Friendly Societies*. Deze tabel geeft per ouderdom het aantal weken ziekte op, die een verzekerde gemiddeld doorstaat; de ziekten die langer dan zes maand duren, tellen maar voor dit termijn van zes maand.

Het is eene aanpassing van de tabel voor het tijdperk 1893-1897 volgens de ondervinding van het *Independant Order of Oldfellows*, Manchester Unity, opgemaakt door

A. W. Watson, en het past voor de raming van de lasten der primaire mutualiteiten en der gemeene kassen door het Belgisch wetsontwerp voorzien.

Gewis moet deze tabel een tamelijk juiste uitkomst geven betreffende het geheel der lasten welke gedurende de eerste zes ziektemaanden geleden worden. Men kan inderdaad vaststellen dat de gekende sterftetabels onder elkaar weinig verschillen.

Wat de langdurige ziekte betreft, hebben wij zelf eene sterftetabel opgemaakt, aangaande de ziekten welker duur gaat van zes maanden tot drie jaar en half, door middel van de Watson-tabels betreffende het geheel der groepen door hem waargenomen. De gegevens welke voor onze schatting hebben gediend staan vermeld op bladzijde 211 van het door hem in 1903 uitgegeven boek over de uitslagen van zijne opzoekingen.

Eindelijk, voor wat de invaliditeit betreft, hebben wij ons bediend van de invaliditeitsprobabiliteiten en van de uitdelingsprobabiliteiten van invaliditeitsrenten, voor de mannelijke bevolking afgeleid van de Duitsche statistiek (profneming van 1906-1908), en die men kan vinden in het bijzonder nummer van het *Bulletin des Assurances sociales*, van 1903, gewijd aan de Internationale Statistiek der Invaliditeit.

Ziedaar van welke gegevens wij ons bediend hebben. Omtrent hun gebruik, zullen wij in eene bijzondere technische nota nadere aanduidingen geven, ten einde de toelichting welke op de technische formules volgt niet te overladen (¹).

Overgangperiode.

Wij zullen ons eerst bezig houden met te bepalen welke de lasten zijn die voor de openbare machten voortvloeien uit de toepassing van de onderscheidene wetsartikelen in zake overgangstermijn.

Het voorontwerp voorziet dat al de verzekerden een eenvormige premie zullen betalen, die welke betrekking heeft op den leeftijd van 30 Juni.

Het heelmiddel was erger dan de kwaal zelf. Het dwong al de verzekerden een veel hoogere premie te doen betalen en door de mutualiteitskassen ontvangsten te doen innen, welke niet onontbeerlijk waren.

Inderdaad, voor de ziekteverzekering van een duur van zes maanden, bedraagt de bijdrage per frank dagelijkschen onderstand, op 16 Juni, fr. 6.90; op 23 Juni, fr. 7.54; op 30 Juni, fr. 8.20. Wanneer in de toekomst, de normale termijn zal bereikt zijn, eene eenvormige bijdrage van ongeveer 7 frank van elken frank onderstand zal voldoende zijn, ware het ongehoord eene bijdrage te eischen van fr. 8.20.

Acht men dat de bijdrage der verzekerden, in den beginne door de Commissie bepaald, te zwak is voor den aan de openbare machten opgelegden last, dan ligt het redmiddel niet in de verhooging van eenieders bijdrage, welke aan de mutualiteiten zou toelaten, onnoodig te « potten », maar wel in eene meer billijke verdeling van den juisten last tusschen den verzekerde, den werkgever en de openbare machten.

Wij zijn dus van meening dat het onontbeerlijk is terug te komen tot de eenvormige bijdrage, overeenstemmende met den leeftijd van 25 jaar. Deze bijdrage van fr. 7.54 per gestorten frank is voor de nieuw leden iets te hoog. Zij begrijpt zoo een last van ongeveer 50 centiemen welke degelijk zal aangewend worden om de beheerkosten te dekken van de mutualiteitsverenigingen en van de gewestelijke kassen.

Wij hebben dus aangenomen, voor de leiding van onze schattingswerken, dat men zou terugkeeren tot de eenvormige bijdrage van den vijf en twintigjarigen leeftijd. Dit doende voor al degenen die, op het oogenblik dat de wet van kracht wordt, meer dan 25 jaar oud zullen zijn, zal de bijdrage ontoereikend zijn zoowel voor de ziekteverzekering als voor de langdurige ziekte en de invaliditeit.

(¹) Deze technische nota, gezien haren omvang en het al te bijzonder belang welke de berekeningen van de actuarissen aanbieden, kan niet gegeven worden; zij is ter Griffie van de Kamer neergelegd.

Zoo, b. v., voor de ziekteverzekering (zes maanden) bedraagt de bestendige premie voor een verzekerde die intreedt op den leeftijd van

30 jaar :	fr. 8.21
35 jaar :	9.03
40 jaar :	10.06
50 jaar :	12.70
60 jaar :	16.49

altijd per frank dagelijkschen onderstand.

In deze omstandigheden zouden de verzekeringsorganen, die slechts eenvormig fr. 7.50 ontvangen, de opgenomen risico's slechts kunnen dekken wanneer het verschil van eenige zijde word bijgelegd. Dit verschil is ten laste van de openbare machten, en maakt voor de drie verzekeringen de lasten uit die bijzonder zijn voor dien overgangstermijn, losgeld voor het gemis aan voorzorg in 't verleden, welke door de invoering van in het regiem van verplichte verzekering ontstaat. De jaarlijksche lasten van dien overgangstermijn nemen geleidelijk af gedurende een tijdsverloop van veertig jaar, op welk tijdstip zij te niet gaan. Inderdaad, binnen veertig jaar zal de regel der verplichting noch slechts gelden voor de verzekerden die uiterlijk op vijf en twintigjarigen leeftijd zijn ingetreden en die geen bijkomende bijdrage te storten hebben.

**Aanvankelijke lasten van de overgangsperiode voor de verzekering
van ziekten die min dan 6 maanden duren.**

Die lasten blijken uit tabel I, wier kolom (1) den leeftijd aangeeft, kolom (2) de bestendige premie te betalen voor elken frank onderstand door een verzekerde, aan de verplichting onderhevig vanaf den leeftijd aangegeven in kolom (1). Kolom (3) geeft het verschil tusschen deze bijdrage en de eenvormige bijdrage van den 23jarigen leeftijd. Kolom (4) geeft de verdeling per leeftijd van eene bevolking van een millioen personen tusschen 12 en 64 jaar oud (tabel van arbeidersbevolking). Eindelijk geeft kolom (5) het totaal der overeenstemming getallen in de kolommen (3) en (4).

Het totaal fr. 2,277,883.26 geeft aan de te storten bijkomende bijdragen, het eerste jaar, door de openbare machten per frank dagelijksche onderstand voor een arbeidersbevolking van een millioen personen tusschen 12 en 65 jaar, of liever voor eene bevolking verzekerden van 909,858 personen, daar het noodig is van het gezamenlijk getal der bevolking af te trekken de getallen betreffende de leeftijden beneden 16 jaar.

De dagelijksche onderstand door het ontwerp bepaald zijnde op 5 frank, is $2,277,883.26 \times 5 = 11,389,416.30$ de last van het eerste jaar der overgangsperiode voor de bevolking genomen op 909,858 verzekerden.

Welk zal het aantal verzekerden zijn?

Wij zullen hier de cijfers nemen van den actuaire van het arbeidsambt, of :

2,200,000 verplichte verzekerden.

Een aantal niet verplichte verzekerden gelijk aan het negende van het getal verplichte verzekerden.

Zoodanig dat de *aanvankelijke* last van den overgangstermijn voor de verzekering der ziekten die minder dan 6 maand duren zal zijn :

$$\frac{11,389,416.30 \times 2,200,000}{909,858} \times \frac{10}{9} = 30,599.034.$$

**Aanvankelijke lasten van de overgangsperiode betreffende
de langdurige ziekte.**

Deze blijken uit de tabel II wier samenstelling strookt met die van tabel I. Kolom (2) geeft de bestendige premie aan welke, voor de langdurige ziekte, voor elken frank dagelijkschen onderstand moet betalen een verzekerde die is ingetreden op den leeftijd in de kolom (1) aangegeven. Kolom (3) is het verschil van deze premie met die overeenstemmende met den aanvangsleeftijd van 25 jaar. Kolom (4) verdeelt de verzekerde bevolking per leeftijdsgroepen. Kolom (5) geeft het totaal aan de overeenstemmende cijfers der kolommen (3) en (4). De som van de getallen dezer kolom zijnde 1,975,622,06, zoo is de aanvankelijke last van het overgangstermijn :

$$\frac{1,975,622.06 \times 5 \times 2,200,000}{909.858} \times \frac{10}{9} = 26,538.744.$$

Na de vaststellingen die overal werden gedaan na het invoeren van het verplichtingsregiem, hebben wij het gevoel dat het aangegeven cijfer te zwak is. De getallen van Watson blijken uit de ervaring de mutualiteitsverenigingen opgedaan onder een vrijheidsregiem. Zoo men er mede rekening houdt :

1^o Dat de mutualiteitsverenigingen geneeskundige hinderpalen hebben opgeworpen tegen den aangroei hunner lasten ;

2^o Dat onder een verplichtingsregiem het beter bepaalde risico neiging heeft om toe te nemen in een aanzienlijke mate, wij niet denken te overdrijven met te beweren dat bovenstaand cijfer ten minste met 1,25 moet vermenigvuldigd worden.

Zoo kan men den aanvankelijken last van het overgangstermijn, betreffende de langdurige ziekte, zonder overdrijving bepalen op :

$$26,538,744 \times 1,25 = 33,173,430.$$

Anderzijds, voorziet het voorontwerp de toekenning van de toelagen voor langdurige ziekte in eene geringe verhouding wanneer de verzekerde, ten gevolge van ziekte, niet in staat is een gegeven evenredigheid te winnen van het normaal loon van zijn beroep.

Zoo men er, eenerzijds, rekening mede houdt dat deze schikking ruimschoots aanleiding geeft voor ontveinzing, zoo men, anderzijds, vaststelt dat de gedeeltelijke onbekwaamheid, waarvoor de belangrijkheid van den onderstand verminderd is, daarentegen een waarschijnlijkheid aanbiedt van veel hoger onverwachte tussenkomst dan die der ziekte welke volkomen onbekwaamheid medebrengt, kan men schatten dat de beschikking van het ontwerp betreffende de gedeeltelijke onbekwaamheid de lasten zal verdubbelen betreffende de langdurige ziekte.

In deze omstandigheden kan de aanvankelijke last van de overgangsperiode betreffende de langdurige ziekte *in globo* worden bepaald op 66 miljoen frank.

De schatting van de lasten betreffende de gedeeltelijke onbekwaamheid berust op geene wetenschappelijke gronden. Daar moet men zich dus beperken bij eene ietwat grillige gevoelsschatting.

**Aanvankelijke lasten van de overgangsperiode betreffende
de invaliditeitsverzekering.**

Zij worden aangegeven door tabel III wier kolom (2) voor eene invaliditeitsrente van 100 frank, de premie aangeeft welke zou moeten betalen een verzekerde die den leeftijd bereikt vermeld in kolom (1). De premie op den leeftijd van 25 jaar is fr. 3.23, hetgeen de premie, voor eene jaarrente van 1,095 frank, doet komen op 3.23×10.95 of ongeveer

36 frank. Een verhooging aannemende van 10 t. h. wegens kosten van beheer, omvattende een zekerheidscoëfficiënt, zou men kunnen schatten dat, in gewone tijd, een jaarlijksche premie van 39 tot 40 frank zou volstaan om het invaliditeitsrisico te dekken en aan iederen groot-invaliden een dagelijksche vergoeding van 3 frank te verzekeren. Dit laat ons verhoppen dat het invaliditeitsrisico niet in aanzienlijkheid de in Duitschland gedane bevindingen betreffende de onderzoekingen 1906-1908 zal overschrijden.

Dit cijfer is minder hoog dan wij hadden gedacht en van aard om de goedkeuring te vergemakkelijken van eene wet op de invaliditeitsverzekering.

Deze parenthesis gesloten zijnde, komen wij tot de tabel III terug. Kolom (3) geeft aan het verschil op elken leeftijd van de premie betreffende dezen leeftijd en die welke overeenstemt met den aanvangsleeftijd van 25 jaar. Kolom (4) betreft de verdeling voor elken leeftijd van de verzekerde bevolking. Ten slotte is kolom (5) het product van 10.93 door de overeenstemmende getallen der kolommen (3) en (4) zoodanig, dat de som der getallen van kolom (5) voor 969,858 verzekerden den aanvangslast geeft van den overgangstermijn.

Deze som zijnde fr. 28,446,803.07, komt de aanvangslast van den overgangstermijn voor de invaliditeitsverzekering te staan op :

$$\frac{28,446,803.07 \times 2,200,000}{909,858} \times \frac{10}{9} = 76,425,805.$$

Zooals wij het zullen aanduiden in een aanvullende technische nota, werd deze last berekend met aanneming voor de invaliditeitsmogelijkheden en die welke voortspruiten uit het Duitse onderzoek van 1906-1908. De waarden van de invaliditeitsrenten blijken uit de waarschijnlijkheden van ophouden der invaliditeit (wegens overlijden of gen-zing), afgeleid uit dezelfde proefneming. Zoo hebben wij in onze ramingen een oorzaak van stoornis gebracht.

Inderdaad, volgens het Belgisch ontwerp, zou de invaliditeit enkel in aanmerking genomen worden nadat de verzekerde, gedurende drie jaar en half na het geheel, ten laste zal geweest zijn van de ziekteverzekering.

In Duitschland kan men na zes maanden ziekte-invalidite worden verklaard.

Tusschen de invaliditeit volgens de Duitse wet en die volgens de Belgische wet is dus een verschil van definitie. Welke kan, op de lasten der wet, de invloed zijn van dit verschil?

In werkelijkheid leggen wij zoo ten laste van de invaliditeit een gedeelte van het risico dat reeds ten laste is geweest van de kassen die de langdurige ziekte verzekeren; maar daarentegen, zal de verzekerde, die gedurende drie jaar door die kassen werd gesteund, noodzakelijkerwijze de deelgenoot worden van de invaliditeitskas. Daaruit volgt dat de waarschijnlijkheid van invalide te worden in België sterker zal zijn dan zij het in Duitschland is.

Zoo vormt zich een soort van compensatie die maakt dat onze schattingen voor wat de invaliditeit betreft, benaderen hetgeen men wettelijk mag verwachten.

Het schijnt ons nuttig voor den last, invaliditeit een zekerheidscoëfficiënt te bepalen, doch zoo men moet rekening houden met de gedeeltelijke invaliditeit, moeten de lasten, ons inziens, ten minste verdubbeld worden. Hier ook nog, zoo de belangrijkheid van den onderstand minder is in geval van gedeeltelijke invaliditeit, is daarentegen de waarschijnlijkheid van invalide te worden grooter en zal vooral de waarde der invaliditeitsrente per frank rente aanmerkelijk hooger zijn.

Artikel 72 stelt slechts ten laste van de openbare machten de storting van de helft der noodige bijkomende bijdragen. Men moet dus, bij wijze van overgang, voor de volledige invaliditeit voorzien :

$$\frac{76,425,805}{2} = 38,212,902$$

en evenveel voor de gedeeltelijke invaliditeit.

Verzekeringspremiën in normaal tijdperk.

Alvorens de tabel der lasten op te maken, welke de verzekering zal veroorzaken aan de openbare machten, willen wij de belangrijke uitslagen van onze studie onderlijnen.

In normaal tijdperk, te weten wanneer de vervangstermijn zal verstreken zijn en dat de algemeenheid der verzekerden de premie behorende tot den 25jarigen leeftijd zullen betalen, kunnen deze premiën bedragen :

a) *Voor de verzekering eenen ziekte met een duur van zes maanden :*

fr. 7.50 per frank onderstand, of fr. 37.50 voor een dagelijkschen onderstand van 5 frank onverminderd de bijdragen betreffende den genees- en artseneijkundigen dienst.

b) *Voor langdurige ziekte, onverminderd de gedeeltelijke onbekwaamheid :*

fr. 3.50 per frank onderstand, in globbo, dus 18 franken voor een dagelijkse onderstand van 5 franken, en, mits hetzelfde voorbehoud, voor de langdurige ziekte onverminderd de gedeeltelijke invaliditeit.

c) *Voor de verzekering tegen geheele of gedeeltelijke invaliditeit, 78 tot 80 frank voor eene rente van 3 frank daags.*

Deze uitkomsten zijn van beteekenis, zij zijn lager dan eene oppervlakkige studie had laten veronderstellen.

Wellicht zal uit de werking der verzekering bijkomen, dat deze cijfers dienen gewijzigd te worden. Wij zijn echter van gevoelen dat zij de meest nauwkeurige zijn welke uit den tegenwoordigen stand der statistiek kunnen opgemaakt worden.

Misschien ook zal een gedeelte der premie tegen invaliditeit op de verzekering tegen ziekte moeten gebracht worden. De toekomst zal het uitwijzen. Wij meenen dat de verzekering op de door ons aangeduide grondslagen ingericht later weliswaar wijzigingen kan ondergaan, doch op financieel gebied voldoende weerstandsvermogen zal bezitten.

De technische nota in de bijlage, vermeldt de wijze waarop de berekeningen werden gemaakt tot vaststelling der hooger gemelde premiën en der lasten van de overgangsperiode.

De bestendige lasten der verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Buiten de lasten der overgangsperiode voorziet het ontwerp de tusschenkomst van onderscheiden aard vanwege de openbare machten in de uitgaven waartoe de verplichte verzekering aanleiding geeft.

Het zijn :

1^o Eene tegemoetkoming van 14 frank per jaar en per verzekerde voor de verzekering tegen ziekte (geldelijke steun).

De daaruit voortspuitende last bedraagt :

$$14 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 34,222,222 \text{ frank.}$$

2^o Voor den genees- en artseneijkundigen dienst, eene jaarlijksche tegemoetkoming van 9 frank per verzekerde, van 9 frank voor de vrouw van den gehuwden verzekerde, van 3 frank per kind van den gehuwden verzekerde.

Om het bedrag van dezen last, die eerst op 18 frank per verzekerde werd gesteld, te ramen, diende men het getal gehuwden te kennen onder de 2,200,000 verplichte verzekerden, alsmede het getal kinderen der verzekerden of de middelen om deze getallen op te maken. Elke schatting op dit gebied slaat thans in den blinde. Het volstaat te zeggen dat

de last gemiddeld 18 frank per jaar en per verzekerde zal bedragen tot een jaarlijksch totaal beloop van

$$18 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 44,000,000 \text{ frank.}$$

3° Voor de genees- en artseneijkundige zorgen ten behoeve der arbeiders boven de 65 jaar wordt, volgens hunne behoeften, eene jaarlijksche tegemoetkoming van 15 frank per lid voorzien. Vermits het getal ouderdomspensioenen ongeveer 200,000 bedraagt, is de jaarlijksche last uit dien hoofde (art. 42 van den ontwerp) 3 miljoen frank (waarvan 1,200,000 frank ten laste van de Staat en 1,800,000 frank ten laste der provinciën en der gemeenten).

4° Staatstusschenkomst ten behoeve van de verlengde ziekte bedraagt 6 frank 's jaars per lid, dat is in het geheel :

$$6 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 14,666,666 \text{ frank.}$$

5° De toelage van den Staat ten gunste van de invaliditeitsverzekering bedraagt 12 frank per jaar en per verzekerden. Dit maakt een jaarlijkschen last van :

$$12 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 29,333,333 \text{ frank.}$$

6° De aanvullende hulp gelden wegens invaliditeit verleend aan den invalide die gezinslasten heeft, zullen gedekt worden door een bijzondere tegemoetkoming van 12 frank per verzekerde (art. 68 van het ontwerp). De jaarlijkschen last daarvan bedraagt dus :

$$12 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 29,333,333 \text{ frank,}$$

te dragen door provinciën en gemeenten.

7° Een crediet van 10 miljoen wordt ter beschikking van den Staat gesteld voor het oprichten van sanatoria (art. 79 van het ontwerp); op te merken valt echter dat het geen jaarlijksche lasten geld maar wel buitengewone kosten van eerste inrichting. Artikel 76 van het ontwerp legt ten laste van de openbare besturen de helft van de verplegingskosten der aangeslotenen die aan tuberculose lijden, en van de vergoedingen die hun worden toegekend. Daarbij nog valt de moederschapsverzekering gedeeltelijk ten laste van de openbare besturen. Voor die verschillende posten wordt eene uitgave van bij de 9 miljoen aanzien. Bij gemis van nauwkeurige gegevens mogen wij deze verschillende toelagen op 10 miljoen per jaar schatten, te verdeelen tussehen den Staat enerzijds en de provinciën en gemeenten anderzijds.

Totaal der bestendige lasten.

De bestendige jaarlijksche lasten vertegenwoordigen dus :

Voor den Staat :

1° Ziekteverzekering (vergoeding)	fr.	31,222,222
2° Ziekteverzekering (genees- en artseneijkundige dienst)		44,000,000
3° Genees- en artseneijkundige dienst aan invaliden en ouderlingen		1,200,000
4° Langdurige ziekte, volslagen onbekwaamheid		14,666,666
5° Volledige en gedeeltelijke invaliditeit		29,333,333
6° Tuberculose en moederschap		5,000,000

TOTAAL fr. 128,422,221

Voor de provinciën en de gemeenten :

1° Genees- en artsenijunkundige dienst aan invaliden en ouderlingen.	fr. 1,800,000
2° Toeslag aan de invaliden met gezinslasten.	29,333,333
3° Tuberculose en moederschap	5,000,000
TOTAAL.	fr. 36,133,333

Deze lasten zullen elk jaar met ongeveer 1 t. h. stijgen wegens de toeneming van de bevolking.

Op te merken valt bovendien dat het ontwerp ten laste van den Staat of van de openbare besturen het tekort oplegt van de bijzondere afdelingen die, bij de gewestelijke kassen en de Invaliditeitskas, de aangeslotenen opnemen, die na geneeskundig onderzoek, bleken ziek te zijn.

Het staat vast dat deze bijzondere afdelingen een tekort zullen hebben. Dit tekort zal belangrijk zijn zoo men de elementaire voorzorgen niet neemt die het ontwerp niet voorziet. Het is inderdaad te vreezen dat de invaliden voor korten tijd hunne bezigheid zullen hervatten, om wat later zich het hulpgeld voor langdurige ziekte en eene invaliditeitsrente te doen toekennen. Zoo men zulke speculatie niet doelmatig te keer gaat, dan zullen de meeste invaliden eerlang ten laste van de Invaliditeitskas vallen. Ware dit het geval, dan zouden de feitelijk niet te schatten uitgaven zeer hoog loopen en jaarlijks een merkelyk aantal millioenen bedragen.

Wij stippen dit enkel voor memorie aan met het oog op de schatting der kosten; de uitgaven zullen inderdaad afhangen van de doelmatigheid waarmede men paal en perk stelt aan de hebzucht der candidaten van de invaliditeit.

Totaal der lasten van het overgangstijdperk.

Zoo wij de cijfers hernemen van het overgangstijdperk, afgezien van de hooger berekende bestendige lasten, dan krijgen wij voor het eerste jaar :

a) Voor de ziekte, in ronde cijfers	fr. 30,600,000
b) Voor de langdurige ziekte (volslage onbekwaamheid).	33,200,000
c) Voor de invaliditeit (totale invaliditeit)	38,200,000
Id. (gedeeltelijke invaliditeit)	38,200,000
TOTAAL.	fr. 140,200,000

Bij die uitgaven dient men die te voegen welke het gevolg zijn van de toepassing der artikelen 43, laatste paragraaf en 73 van het ontwerp, uitgaven die kunnen verschillen volgens het bedrag der op de Begrooting uit te trekken toelagen of volgens het bedrag van het tekort dat moet worden aangevuld in de afdelingen der gewestelijke inrichtingen en der Nationale Invaliditeitskas (bijdrage van de weldadigheidswerken en instellingen).

Besluit.

Zoo men een blik slaat op hoogerstaande tabel, dan staat men verbaasd over den last die de openbare besturen zullen te dragen hebben, zoo het voorontwerp van de Bijzondere Commissie mocht aangenomen worden.

In den huidige stand der financiën van Staat, provinciën en gemeenten, is het hun onmogelyk zulk een totaal aan nieuwe uitgaven op hunne begrooting uit te trekken.

Gelukkig is het ontwerp licht voor wijziging vastbaar.

Het is mogelijk de normale lasten en die van het overgangstijdperk merklijk te verminderen.

Inderdaad, laten wij even de cijfers van onze studie hernemen. Men mag aannemen dat eene bijdrage van :

Fr. 37.50 volstaat bij kortstondige ziekte voor een dagelijksch hulpgeld van 5 frank.

18 » volstaat bij langdurige ziekte voor een dagelijksch hulpgeld van 5 frank.

78 » volstaat bij totale of gedeeltelijke invaliditeitsverzekering voor een dagelijksch hulpgeld van 5 frank.

Maar eerst en vooral heeft men die dagelijksche vergoedingen niet te hoog bepaald en ware de wet niet reeds doelmatig, zoo zij de dagelijksche vergoeding verlaagde tot 3 frank, 3 frank en 2 frank.

In dit geval zouden de premien bedragen :

Fr. 22.50 voor ziekten van min dan zes maand.

18.80 voor langdurige ziekte.

54 » voor invaliditeit.

Het ontwerp legt ten laste :

	Van den verzekerde.	Van den werkgever.	Van de open- bare besturen
Voor kortstondige ziekte	24 »	»	14 »
Geneeskundige dienst	18 »	12 »	18 »
Voor langdurige ziekte	6 »	6 »	6 »
Voor totale en gedeeltelijke invaliditeit. . .	18 »	48 »	12 »
TOTAAL.	66 »	66 »	50 »

Een andere verdeeling is mogelijk en het komt voor dat, met de verhoogingen op hoogerstaande cijfers te bepalen, men de bijdragen als volgt zou kunnen verdeelen :

	Verzekerde.	Werkgever.	Staat.
Ziekte (vergoedingen)	18 00	»	4 50
Id. (geneeskundige dienst)	18 »	12 »	18 »
Langdurige ziekte	4 »	6 »	1 »
Invaliditeit.	12 »	34 »	8 »
TOTAAL.	52 »	52 »	31 50

Aldus zou de totale bijdrage van de openbare besturen fr. 31.50 bedragen per verzekerde en de totale last zou zich beperken tot :

$$31.50 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 77,000,000 \text{ frank}$$

onaangezien sommige bijkomende lasten (van moederschap, tuberculose, Afdeling II) en de bijdrage van provinciën en gemeenten hierboven berekend. Daarbij dienen gevoegd de lasten van het overgangstijdperk die bedragen :

1^o Voor de kortstondige en langdurige ziekte de drie vijfde van de voorzienen last, 30,000,000 + 33,200,000 maakt;

$$63,800,000 \times \frac{3}{5} = \text{in ronde cijfers } 38,300,000 ;$$

2° Voor de totale en gedeeltelijke invaliditeit de twee derde van 76,500,000 maakt 51 miljoen.

De lasten van het overgangstijdperk zouden zich dus kunnen bepalen tot ongeveer 89 miljoen frank. Vandaar een last voor het eerste tijdvak van 166 miljoen, die geleidelijk zal verminderen om, in het normale tijdperk, nog slechts 77 miljoen te bedragen.

Leggen wij ons toe om nog meer te bezuinigen, met voor het oogenblik, elke vergoeding in geval van gedeeltelijke invaliditeit uit te stellen. Voor de invaliditeit zal dus eene premie van 27 frank volstaan; met haar als volgt te verdeelen: 4 frank voor den verzekerde, 19 frank voor het bedrijfshoofd, 4 frank voor den Staat, dan zal de tabel der bijdragen zich als volgt voordoen:

	Verzekerde.	Werkgever.	Staat.
Ziekte (vergoeding) fr.	18 »	»	4 50
Ziekte (geneeskundige dienst)	18 »	12 »	18 »
Langdurige ziekte	4 »	6 »	1 »
Invaliditeit	4 »	19 »	4 »
TOTAAL. fr.	44 »	37 »	27 50

Door het feit zelve zal de bijdrage der openbare besturen in normalen tijd nog enkel bedragen:

$$27.50 \times 2,200,000 \times \frac{10}{9} = 67,222,222 \text{ frank.}$$

De lasten van het overgangstijdperk zullen 64 miljoen frank bedragen.

Als totaal zal men dus eene uitgave moeten voorzien van 131 miljoen voor het eerste jaar.

Deze last van 131 miljoen zal geleidelijk afnemen gedurende veertig jaren tot op 67,200,000 frank, indien de bevolking dezelfde blijft.

* * *

Er valt hier op te wijzen dat, bij het gebeurlijk aannemen van onze voorstellen, de Staat voor het eerste jaar een uitgave zou te dragen hebben van 156 miljoen, uitgave die zou afnemen, om binnen veertig jaar ongeveer 67 miljoen te bedragen.

De Staat heeft er belang bij zijne uitgaven gelijk te maken. Hier kan hij het gemakkelijk doen door de lasten van de overgangperiode te storten in titels van eene bijzondere onverwisselbare rente aan 4 t. h., met dat doel ingesteld. De verzekeraars zullen hunne reserves moeten doen rendeeren. Zij zouden ook geplaatst zijn in titels van die bijzondere rente. Op die wijze zou de Staat enkel de vaste toelagen en de interesten der uitgegeven titels als uitgaven te dragen hebben.

Dergelijke handelwijze zou de aanneming van eene verzekeringswet vergemakkelijken. Wanneer een verzekeraar de titels, waarvan de verhandeling zou gesloten zijn, zou moeten verwezenlijken, dan zou hij ze overhandigen aan den Staat die er de waarde van zou betalen. De Staat zou de opgekochte titels bij andere verzekeraars plaatsen.

Indien wij een voorstel mochten doen zouden wij de Regeering aanraden, in plaats van aan de verzekeraars de titels van die bijzondere uitgifte te overhandigen, een Grootboek op te leggen waarin zij bij name zouden ingeschreven staan voor het bedrag der kapitalen, die de Staat op hun actief zou brengen voor de stortingen der overgangperiode. Deze titels zouden mogen overgemaakt worden van het een organisme op het andere, volgens akkoord tusschen beide. Dit zou gebeuren bij elke verandering.

Derwijze zouden de verzekeringsondernemingen hunne kapitalen niet meer zelf moeten beleggen en hunne reserves zouden door den Staat bewaard worden, wat een groot voordeel is. Geen enkele financiële verrassing zou te vreezen zijn, vooral indien voor de

mutualiteiten een bepaling wordt toegevoegd, waarbij de leden, bij een gebeurlijk tekort, een bijkomende jaarlijksche bijdrage ten hoogste gelijk aan de gewone jaarlijksche bijdrage zouden storten.

De goedkeuring van die twee voorstellen zou voor gevolg hebben dat de voorzorgsfondsen in goede bewaring komen en elken afval zou vermeden worden. Zij zouden een bepaald en stevig steun zijn voor de verplichte verzekering.

Zeggen dat al de voor de overgangsperiode door den Staat te storten sommen op een bijzonderen Grootboek van de Openbare Schuld zouden gebokt worden, is misschien overdreven. Feitelijk zouden slechts de reserves moeten ingeschreven worden. Er zou een ruimte kunnen blijven tusschen de sommen die in haar geld moeten uitgekeerd worden. Deze ruimte zou bepaald worden door de Hooge Commissie der Voorzorgsinstellingen.

* * *

Een laatste aanmerking; een artikel van het ontwerp voorziet dat de bijkomende bijdragen betreffende de invaliditeitsverzekering voor de helft door de openbare machten betaald worden. Deze bepaling steunt stellig op de ervaring, want bijkomende bijdragen zouden niet voor de helft, doch voor een volle bedrag moeten gestort worden om het technisch evenwicht der kassen gedurende het overgangstijdperk te verzekeren. Doch er is een hulpmiddel: de wegens onderbreking van de verzekering vrijgekomen reserves, die niet gansch vrij zijn zoo lang de betrokkene niet 65 jaar oud is, gaan terug naar den Staat en dienen voor de gelidelijke aanvulling van het gedeelte der reserves van de Invaliditeitskas, op het door ons voorgestelde Bijzonder Grootboek ingeschreven. Alzoo komt het ontwerp toch in evenwicht.

Hier maken wij een einde aan deze studie en meenen aangetoond te hebben dat het stevig ineengezet ontwerp kan aangenomen worden in zijne hoofdbepalingen, waarvan de logische aaneenschakeling, door actuarische beschouwingen gebillijkt, niet zonder gevaar kan gewijzigd worden. Wij meenen ook bewezen te hebben dat, indien het ontwerp zooals het door de Bijzondere Commissie werd opgesteld wellicht te groote financiële gevolgen heeft, de bepalingen gemakkelijk kunnen gewijzigd worden om die gevolgen aannemelijk te maken.

TABEL I

X	ZIEKTE (6 maand. — Jaarpremie.		GETAL. VERZEKERDEN.	
1	2	3	4	5
12	»	»	19,576	90,142
13	»	»	21,671	
14	»	»	23,537	
15	»	»	25,338	
16	6.902	»	26,804	»
17	6.924	»	27,852	»
18	6.954	»	28,271	»
19	6.996	»	27,956	»
20	7.035	»	26,490	»
21	7.129	»	26,031	»
22	7.218	»	25,572	»
23	7.318	»	25,155	»
24	7.425	»	24,737	»
25	7.540	»	24,320	»
26	7.660	0.120	23,903	2,868 36
27	7.788	0.248	23,485	5,824 28
28	7.923	0.383	23,068	8,835 04
29	8.064	0.524	22,651	11,869 12
30	8.212	0.672	22,233	14,940 58
31	8.367	0.827	21,858	18,076 57
32	8.527	0.987	21,482	21,202 73
33	8.695	1.153	21,107	24,336 37
34	8.867	1.327	20,731	27,510 01
35	9.048	1.508	20,355	30,695 34
36	9.237	1.697	19,980	33,916 06
37	9.431	1.891	19,601	37,071 16
38	9.634	2.094	19,229	40,265 53
39	9.842	2.302	18,853	43,399 61
40	10.057	2.517	18,477	46,506 61
41	10.277	2.737	18,102	49,545 17
42	10.505	2.965	17,726	52,557 59
43	10.741	3.201	17,351	54,540 55
44	10.986	3.446	16,975	58,495 88
45	11.243	3.703	16,599	61,466 10
46	11.512	3.972	16,224	64,441 73
47	11.793	4.253	15,848	67,401 54
48	12.005	4.545	15,473	70,324 79
49	12.387	4.847	15,139	73,378 73
50	12.700	5.160	14,805	76,391 80
51	13.024	5.484	14,429	79,128 64
52	13.359	5.819	14,054	81,780 23
53	13.708	6.168	13,678	84,365 90
54	14.074	6.534	13,303	86,921 80
55	14.451	6.911	12,885	89,048 24
56	14.839	7.299	12,468	91,003 93
57	15.236	7.696	12,051	92,744 50
58	15.642	8.101	11,633	94,250 57
59	16.059	8.519	11,216	95,549 10
60	16.489	8.949	10,799	96,640 25
61	16.927	9.387	10,381	97,446 45
62	17.364	9.824	9,961	97,886 34
63	17.804	10.264	9,505	97,559 32
64	18.230	10.690	9,046	96,701 74
			1,000,000	2,277,883 26

TABEL II

X	LANGDURIGE ZIEKTE — Jaarpremie.		GETAL. VERZEKERDEN.	
1	2	3	4	5
12	»	»	19,576	90,142
13	»	»	21,671	
14	»	»	23,557	
15	»	»	25,338	
16	1.892	»	26,804	»
17	1.978	»	27,852	»
18	2.069	»	28,271	»
19	2.161	»	27,956	»
20	2.255	»	26,490	»
21	2.350	»	26,031	»
22	2.445	»	25,572	»
23	2.542	»	25,155	»
24	2.639	»	24,737	»
25	2.739	0.000	24,320	»
26	2.845	0.106	23,903	2,533 72
27	2.955	0.216	23,485	5,072 76
28	3.070	0.331	23,068	7,635 51
29	3.190	0.451	22,651	10,215 60
30	3.318	0.579	22,233	12,872 91
31	3.452	0.713	21,858	15,584 75
32	3.593	0.854	21,482	18,345 63
33	3.741	1.002	21,107	21,149 21
34	3.896	1.157	20,731	23,985 77
35	4.058	1.319	20,355	26,848 28
36	4.230	1.491	19,980	29,700 18
37	4.411	1.672	19,604	32,777 89
38	4.599	1.860	19,229	35,765 94
39	4.795	2.056	18,853	38,761 77
40	4.999	2.260	18,477	41,758 02
41	5.212	2.473	18,102	44,766 25
42	5.435	2.696	17,726	47,789 30
43	5.670	2.931	17,351	50,855 78
44	5.918	3.179	16,975	53,963 53
45	6.181	3.442	16,599	57,133 76
46	6.463	3.724	16,224	60,418 18
47	6.763	4.024	15,848	63,772 35
48	7.080	4.341	15,473	67,168 29
49	7.414	4.675	15,139	70,774 83
50	7.764	5.025	14,805	74,395 13
51	8.129	5.390	14,429	77,772 31
52	8.504	5.765	14,054	81,021 31
53	8.889	6.150	13,678	84,119 70
54	9.277	6.538	13,303	86,975 01
55	9.663	6.924	12,885	89,215 74
56	10.036	7.297	12,468	90,979 »
57	10.375	7.636	12,051	92,021 44
58	10.652	7.913	11,633	92,051 93
59	10.809	8.070	11,216	90,513 12
60	10.737	7.998	10,799	86,370 40
61	10.210	7.471	10,381	77,556 45
62	8.686	5.947	9,964	59,255 91
63	6.623	3.884	9,505	36,917 42
64	4.587	1.848	9,046	16,717 01
			1,000,000	1,975,622 06

TABEL III

LEEFTIJD.	INVALIDITEIT. — Jaarpremie.		GETAL VERZEKERDEN.	
1	2	3	4	5
12	»	»	19,576	90,142
13	»	»	21,671	
14	»	»	23,557	
15	»	»	25,338	
16	2.11	»	26,804	»
17	2.21	»	27,852	»
18	2.32	»	28,271	»
19	2.44	»	27,956	»
20	2.56	»	26,490	»
21	2.69	»	26,031	»
22	2.82	»	25,572	»
23	2.95	»	25,155	»
24	3.09	»	24,737	»
25	3.23	»	24,320	»
26	3.38	0.15	23,903	39,260 68
27	3.53	0.30	23,485	77,148 23
28	3.69	0.46	23,068	116,193 52
29	3.85	0.62	22,651	153,777 64
30	4.02	0.79	22,233	192,326 57
31	4.19	0.96	21,858	229,771 30
32	4.38	1.15	21,482	270,512 09
33	4.57	1.34	21,107	309,703 01
34	4.78	1.55	20,731	351,856 90
35	5.00	1.77	20,355	394,510 43
36	5.23	2.00	19,980	437,562 00
37	5.48	2.25	19,604	482,993 55
38	5.74	2.51	19,229	528,499 45
39	6.02	2.79	18,853	575,968 58
40	6.31	3.08	18,477	623,155 29
41	6.62	3.39	18,102	671,955 29
42	6.94	3.71	17,726	720,109 89
43	7.28	4.05	17,351	769,473 47
44	7.64	4.41	16,975	819,714 26
45	8.02	4.79	16,599	870,623 85
46	8.42	5.19	16,224	922,018 03
47	8.84	5.61	15,848	973,533 72
48	9.27	6.04	15,473	1,023,353 27
49	9.70	6.47	15,139	1,072,545 16
50	10.13	6.90	14,805	1,118,591 78
51	10.54	7.31	14,429	1,154,962 09
52	10.96	7.75	14,054	1,189,579 75
53	11.39	8.16	13,678	1,222,156 66
54	11.82	8.59	13,303	1,251,286 83
55	12.23	9.00	12,885	1,269,816 75
56	12.62	9.39	12,468	1,281,965 99
57	12.92	9.69	12,051	1,278,577 38
58	13.07	9.84	11,633	1,253,432 48
59	13.02	9.79	11,216	1,202,360 81
60	12.64	9.41	10,799	1,112,723 56
61	11.58	8.35	10,381	949,160 78
62	10.41	6.88	9,964	750,647 90
63	8.23	5.00	9,505	520,398 75
64	5.90	2.67	9,046	264,473 38
			1,000,000	28,446,803 07

CHAMBRE
des Représentants.

KAMER
der Volksvertegenwoordigers.

Proposition de loi relative à l'assurance
en vue de la maladie et de l'invalidité
prématurée.

Wetsvoorstel tot verzekering tegen
ziekte en vroegtijdige invaliditeit.

TITRE I.

DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE.

ARTICLE PREMIER.

Seront soumis obligatoirement à l'assurance en vue de la maladie et de l'invalidité, tous les travailleurs des deux sexes occupés moyennant rémunération pour le compte d'un chef d'entreprise ou de tout autre employeur.

Cette disposition s'applique aux travailleurs des entreprises publiques, à moins qu'en vertu de lois ou de règlements spéciaux, ils ne soient garantis d'une manière au moins équivalente contre les risques précités.

Elle ne s'applique pas :

1° Aux travailleurs âgés de plus de 65 ans;

2° A ceux dont le traitement ou le salaire est supérieur à 10,000 francs par an. Cette limite pourra être modifiée par arrêté royal.

ART. 2.

Pourront être admis, sur leur demande, à bénéficier des avantages de la présente loi :

1° Les travailleurs non obligatoirement soumis à l'assurance aux termes

TITEL I.

AAN WIE DE VERZEKERING TEN GOEDE KOMT.

EERSTE ARTIKEL.

Al de arbeiders van beide geslachten, die werken tegen loon voor rekening van een hoofd van onderneming of van eenig anderen werkgever, zijn verplicht zich te verzekeren tegen ziekte en invaliditeit.

Deze bepaling is van toepassing op de werklieden bij openbare ondernemingen, tenzij deze, uit kracht van bijzondere wetten of reglementen, ten minste op gelijke wijze tegen voornoemde risico's zijn gewaarborgd.

Zij is niet van toepassing :

1° Op de arbeiders die meer dan 65 jaar oud zijn;

2° Op hen, waarvan de wedde of loon meer dan 10,000 frank per jaar bedraagt. Deze grens kan bij Koninklijk besluit worden gewijzigd.

ART. 2.

Kunnen, op hunne aanvraag, tot de voordeelen van deze wet worden toegelaten :

1° De werklieden, voor wie de verzekering niet verplichtend is gemaakt

H.

de la présente loi, à la condition que Belges et ayant leur résidence en Belgique, ils ne disposent pas d'un revenu global admis comme base de taxation supérieur à 10,000 francs; cette limite pourra être également modifiée par arrêté royal;

2° Les travailleurs étrangers ayant leur résidence en Belgique et appartenant à un pays qui accorde des avantages analogues aux Belges. Un arrêté royal règlera les conditions d'application de la présente loi aux étrangers.

ART. 3.

L'effet obligatoire des dispositions ci-après est temporairement suspendu :

1° Pour les assurés appelés sous les drapeaux pendant la durée de leur service;

2° Pour les assurés qui travaillent temporairement ou périodiquement à l'étranger, pendant la durée de leur séjour en dehors du pays.

TITRE II.

DES ORGANISMES DE L'ASSURANCE.

ART. 4.

L'assurance en vue de la maladie est réalisée dans les conditions ci-après déterminées et au choix des assurés, soit par les mutualités et les caisses fédérales agréées pour ce service par le Gouvernement, soit par les établissements régionaux des Institutions de prévoyance.

ART. 5.

L'assurance en vue de l'invalidité est réalisée par la Caisse nationale d'invalidité instituée aux termes de l'article 64 ci-après.

naar luid van deze wet, mits zij. Belg zijnde en in België verblijvende, niet beschikken over een globaal inkomen, tot grondslag der belasting aangenomen, van meer dan 10,000 frank; deze grens kan insgelijks bij Koninklijk besluit worden gewijzigd;

2° De vreemde werklieden, die in België verblijven en tot een land behoren dat gelijksoortige voordeelen aan de Belgen verleent. Een Koninklijk besluit zal de wijze regelen waarop deze wet op de vreemdelingen zal worden toegepast.

ART. 3.

De bindende werking van de navolgende bepalingen wordt tijdelijk geschorst :

1° Voor de verzekerden die onder de wapens zijn geroepen, en wel voor den duur van hunnen dienst;

2° Voor de verzekerden die tijdelijk of periodiek in den vreemde arbeiden, en wel voor den duur van hun verblijf in het buitenland.

TITEL II.

VERZEKERINGSINRICHTINGEN.

ART. 4.

De verzekering tegen ziekte geschiedt in de hierna bepaalde voorwaarden, naar keuze van de verzekerden, hetzij door de mutualiteiten en de voor dezen dienst door de Regeering aangenomen bondskassen, hetzij door de gewestelijke inrichtingen der Voorzorgsinstellingen.

ART. 5.

De verzekering tegen invaliditeit geschiedt door de Nationale Invaliditeitskas, opgericht naar luid van navolgend artikel 64.

ART. 6.

Il est créé un Conseil supérieur des Institutions de prévoyance. Le Conseil est composé de 25 membres nommés par arrêté royal de la manière suivante :

a) 7 membres désignés par le Gouvernement dont un délégué de l'Inspection médicale du Travail et 2 représentants de l'Industrie et du Commerce;

b) 2 actuaire désignés sur proposition de l'Association des actuaire belges;

c) 2 médecins et 2 pharmaciens désignés sur proposition des fédérations nationales légalement reconnues de médecins et de pharmaciens;

d) 12 délégués des unions nationales mutualistes et Conseils des établissements régionaux répartis entre ces deux catégories d'organismes au prorata du nombre total de leurs assurés obligatoires ou admis au bénéfice de la loi.

ART. 7.

La désignation de ces délégués s'opérera comme suit : un délégué par union nationale groupant au moins 75,000 assurés, les autres délégués étant attribués jusqu'à due concurrence à raison d'un délégué par tranches de 100,000 membres et par ordre successif en commençant par les Unions les plus nombreuses; les délégués des conseils des établissements régionaux sont désignés par le Gouvernement sur une liste de candidats dressée par les dits conseils à raison d'un candidat par établissement régional.

Pour la première fois dix délégués

ART. 6.

Een Hooge Raad der Voorzorgsinstellingen wordt opgericht. De Raad bestaat uit 25 leden, die bij Koninklijk besluit worden benoemd op de volgende wijze :

a) 7 leden aangewezen door de Regeering, waarvan een afgevaarde van het Geneeskundig Arbeidstoezicht en 2 afgevaardigden van Nijverheid en Koophandel;

b) 2 actuarissen aangewezen op voorstel van de Vereeniging der Belgische actuarissen;

c) 2 geneesheeren en 2 apothekers aangewezen op voorstel van de wettelijk erkende nationale bonden van geneesheeren en apothekers;

d) 12 afgevaardigden van de nationale mutualiteitsverenigingen en Raden der gewestelijke inrichtingen, onder deze beide categoriën van inrichtingen ingedeeld naar evenredigheid van het geheel getal hunner verplichte of tot het voordeel der wet toegelaten verzekeren.

ART. 7.

De aanwijzing van deze afgevaardigden geschiedt als volgt : één afgevaardigde voor elke Nationale Vereeniging met ten minste 75,000 verzekeren; de overige afgevaardigden worden aangewezen tot het getal volledig is, naar evenredigheid van één afgevaardigde voor elke 100,000 leden en, naar volgorde, te beginnen met de talrijkste Vereenigingen; de afgevaardigden van de raden der gewestelijke inrichtingen worden door de Regeering benoemd uit eene lijst van kandidaten, door gemelde Raden opgemaakt, op voet van één kandidaat per gewestelijke inrichting.

Voor de eerste maal worden tien afge-

seront désignés par le Gouvernement sur présentation de toutes les Unions nationales reconnues depuis cinq ans au moins lors de la promulgation de la loi et deux autres seront nommés directement par le Gouvernement en vue de représenter plus spécialement les conseils régionaux.

ART. 8.

Le Conseil exerce les attributions lui confiées par la présente loi et les arrêtés royaux pris en exécution de celle-ci. Il nomme en son sein un comité médico-pharmaceutique de 7 membres parmi lesquels 2 médecins et 1 pharmacien et 3 délégués des organismes assureurs.

Ce comité est chargé d'étudier les conditions d'organisations du service médical et pharmaceutique, d'en contrôler l'exécution et d'aplanir par conciliation ou arbitrage les différends qui pourraient surgir relativement à ce service. Il veille au bon fonctionnement des sous-comités provinciaux médico-pharmaceutiques composés eux aussi de 7 membres, dont 1 délégué du Gouvernement, président, 2 médecins et 1 pharmacien et 3 délégués des organismes assureurs; ces sous-comités seront investis de la même mission chacun pour son ressort respectif.

Les règlements établis par le Comité médico-pharmaceutique ne seront applicables, qu'après approbation ministérielle, le Conseil supérieur entendu.

ART. 9.

Il est créé dans chaque province une Commission provinciale des institutions

vaardigden door de Regeering benoemd op voorstel van al de Nationale Vereenigingen die, sinds het afkondigen der wet, ten minste sedert vijf jaar zijn erkend; de Regeering benoemt er rechtstreeks twee anderen ten einde op meer bijzondere wijze de gewestelijke Raden te vertegenwoordigen.

ART. 8.

De Raad heeft de bevoegdheden hem toegekend bij deze wet en bij de Koninklijke besluiten genomen ter uitvoering daarvan. Hij benoemt onder zijne leden een genees- en artsenijkundig comiteit van 7 leden, waaronder 2 geneesheeren en 1 apotheker, alsmede 3 afgevaardigden der verzekeringsinrichtingen.

Dit comiteit is gelast te onderzoeken onder welke voorwaarden de genees- en artsenijkundige dienst kan worden ingericht, de uitvoering er van na te gaan en door vergelijk of bemiddeling de geschillen te slechten, welke omtrent dezen dienst zouden kunnen oprijzen. Het zorgt voor de goede werking der provinciale genees- en artsenijkundige subcomiteiten, die insgelijks uit 7 leden zijn samengesteld, waaronder 1 afgevaardigde der Regeering, voorzitter, 2 geneesheeren en 1 apotheker alsmede 3 afgevaardigden der verzekeringsinrichtingen; deze subcomiteiten hebben, ieder voor zijn onderscheidenlijk gebied, dezelfde opdracht.

De door het genees- en artsenijkundig comiteit vastgestelde reglementen zijn slechts van toepassing na de ministerieele goedkeuring, de Hooge Raad gehoord zijnde.

ART. 9.

In elke provincie wordt eene provinciale Commissie der Voorzorgsinstel-

de prévoyance composée de membres du sous-comité médico-pharmaceutique provincial et de la sous-commission technique provinciale institués respectivement aux termes des articles 8 et 27.

lingen opgericht, bestaande uit de leden van het provinciaal genees- en artsenijkundig sub-comiteit en uit de provinciale technische sub-commissie, onderscheidenlijk ingesteld naar luid van de artikelen 8 en 27.

SECTION I.

Des associations mutualistes.

ART. 10.

Seront agréées pour l'organisation en vue de la maladie aux fins de la présente loi, les sociétés mutualistes reconnues par le Gouvernement et satisfaisant statutairement aux conditions suivantes :

1° Garantir en cas de maladie la prestation des soins médicaux et pharmaceutiques à leurs membres et leur famille, le mot famille désignant le conjoint et les enfants vivant sous le même toit, à l'exclusion des enfants de plus de 18 ans et de ceux d'un âge moindre assurés obligatoirement;

2° Leur assurer, en outre, une indemnité d'au moins 5 francs par jour à partir du troisième jour de la constatation de l'incapacité de travail au plus tard, et pendant six mois. L'indemnité pourra n'être que de 3 francs par jour pour les membres âgés de moins de 21 ans.

Le montant minimum requis d'indemnité pourra être modifié par arrêté royal, le Conseil supérieur entendu en son avis;

3° Réassurer leurs membres contre le risque prévu au 2° ci-dessus jusqu'à concurrence de 50 % de l'indemnité

AFDEELING I.

Mutualiteitsverenigingen.

ART. 10.

Worden toegelaten voor de inrichting der verzekering tegen ziekte, bij deze wet voorzien, de door de Regeering erkende mutualiteiten die, overeenkomstig de statuten, aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° In geval van ziekte, het verstrekken van genees- en artsenijkundige zorgen verzekeren aan hunne leden en dezer huisgenooten; het woord « huisgenooten » omvat den echtgenoot en de onder hetzelfde dak verblijvende kinderen, met uitzondering van de kinderen boven 18 jaar en van die welke, jonger zijnde, verplicht waren zich te verzekeren;

2° Hun, daarenboven, eene vergoeding verzekeren van ten minste 5 frank per dag, ten laatste vanaf den derden dag waarop de arbeidsonbekwaamheid werd vastgesteld en dit gedurende zes maanden. Voor de leden, die minder dan 21 jaar oud zijn, mag de vergoeding slechts 3 frank per dag bedragen.

Het vereischte minimum van het vergoedingsbedrag kan bij Koninklijk besluit worden gewijzigd, na het advies van den Hoogen Raad te hebben ingewonnen;

3° Hunne leden tegen het in bovenvermeld n° 2° voorziene risico, tot een beloop van 50 t. h. der uitgekeerde

servie et durant six mois à un fonds commun dans les conditions prévues à l'article 27;

4° S'affilier à une caisse fédérale d'assurance reconnue, en vue de la maladie prolongée, à charge de laquelle sera payée aux membres malades, à partir de l'expiration du sixième mois et jusqu'à guérison ou expiration d'un délai de trois ans, une indemnité journalière minima fixée ainsi qu'il est dit au 1° de l'article suivant;

5° S'affilier à la Caisse nationale d'invalidité à charge de laquelle sera payée aux membres invalides jusqu'à l'âge de 65 ans ou jusqu'à l'âge de la pension, pour les catégories de travailleurs qui ont droit à la pension avant cet âge, une rente conformément aux articles 65 et 68;

6° S'affilier à une caisse nationale d'assurance contre la tuberculose à charge de laquelle sera payée pour tout assuré ou membre de sa famille une indemnité d'hospitalisation conformément aux articles 74 et suivants;

7° S'affilier à la Caisse nationale d'assurance maternelle à charge de laquelle sera payée à la femme de l'assuré ou à l'assurée une indemnité conformément aux articles 80 et suivants;

8° Verser en cas de décès d'un assuré 150 francs pour couvrir les frais funéraires;

9° Compter 100 membres au moins et se conformer quant au calcul des cotisations, à la gestion financière et technique et à l'organisation du service de mutation, aux règles prévues par les articles 22 à 25 inclus;

10° Pourvoir au contrôle de leurs

vergoeding en gedurende 6 maanden, herv verzekeren in een gemeen fonds op de bij artikel 27 gestelde voorwaarden;

4° Zich aansluiten bij eene erkende bondsverzekering tegen langdurige ziekte, met last aan de zieke leden te betalen, vanaf het verstrijken der zesde maand en tot de genezing toe of tot het verstrijken van een termijn van drie jaar, eene dagelijkse minimum-vergoeding bepaald zooals wordt gezegd bij n° 1° van het volgend artikel;

5° Zich aansluiten bij de Nationale Invaliditeitskas, met last aan de invalide leden te betalen tot den ouderdom van 65 jaar of tot den pensioensouderdom, voor die categorieën arbeiders die reeds vroeger recht hebben op het pensioen, eene rente overeenkomstig de artikelen 65 en 68;

6° Zich aansluiten bij eene Nationale Verzekeringskas tegen tuberculose, met last aan ieder verzekerde of aan ieder zijner huisgenooten eene vergoeding te betalen wegens verblijf in een hospitaal, overeenkomstig de artikelen 74 en volgende;

7° Zich aansluiten bij de Nationale Verzekeringskas voor kraamvrouwen, met last aan de vrouw van den verzekerde of aan de verzekerde vrouw te betalen eene vergoeding overeenkomstig de artikelen 80 en volgende;

8° Bij overlijden van een verzekerde, 150 frank storten tot dekking der begrafenis-kosten;

9° Ten minste 100 leden tellen en zich gedragen, aangaande de berekening der bijdragen, naar het financieel en technisch beheer en, aangaande de inrichting van den dienst van overgang, naar de regelen voorzien bij de artikelen 22 tot en met 25;

10° Voorzien in het toezicht van

divers services par des commissaires-visiteurs désignés en assemblée générale;

11° Déposer de la manière déterminée par arrêté royal sur avis du Conseil supérieur des Institutions de prévoyance, une garantie de trois francs par membre effectif;

12° Résoudre les conflits relatifs à l'assurance par une juridiction arbitrale;

13° N'autoriser, après le stage, aucune exclusion pour le motif que les conditions d'ordre politique, religieux ou professionnel requises à l'admission auraient cessé d'exister, sans préjudice aux sanctions qui viseraient des actes contraires au but de l'association ou de nature à troubler son fonctionnement régulier;

14° S'engager à reprendre son stage et après sa guérison, tout membre qui a été à la charge de la caisse fédérale à laquelle sa mutualité est affiliée ou à la charge de la Caisse nationale d'invalidité.

ART. 11.

Seront agréées pour l'organisation de l'assurance en vue de la maladie prolongée aux fins de la présente loi les caisses fédérales mutualistes reconnues par le Gouvernement et satisfaisant statutairement aux conditions suivantes :

1° Assurer à leurs affiliés, par l'intermédiaire des mutualités primaires, à partir de l'expiration du sixième mois de maladie et jusqu'à guérison ou jusqu'à expiration d'un nouveau délai de trois ans, une indemnité journalière minima de 3 francs en cas d'incapacité de travail réputée complète aux termes de l'article 52.

hunne verschillende diensten door commissarissen-bezoekers, daartoe in algemeene vergadering aangewezen;

11° Storten, op de wijze bepaald bij Koninklijk besluit en na advies van den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen, een waarborg van drie frank voor elk werkend lid;

12° De geschillen aangaande de verzekering doen oplossen door een scheids-gerecht;

13° Na den proeftijd, geene uitsluiting toelaten om reden dat de politieke, godsdienstig of beroepsvoorwaarden tot de toelating gesteld zouden opgehouden hebben te bestaan, onverminderd de strafbepalingen betreffende handelingen strijdig met het doel der vereeniging of geschikt om hare geregelde werking te storen;

14° Zich verbinden, ieder lid, dat ten laste is geweest van de bondskas, waarbij zijne mutualiteit is aangesloten, of ten laste van de Nationale Invaliditeitskas, zonder proeftijd en na genezing over te nemen.

ART. 11.

Worden aangenomen tot het inrichten van de verzekering tegen de langdurige ziekte, bij deze wet voorzien, de mutualiteitskassen, door de Regeering erkend en die, overeenkomstig de statuten, aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° Aan hunne aangesloten leden, door tusschenkomst van de plaatselijke mutualiteiten, vanaf het verstrijken der zesde ziektemaand en tot de genezing toe of tot het verstrijken van een nieuwen termijn van drie jaar, eene dagelijksche minimum-vergoeding verzekeren van 5 frank in geval van arbeids-onbekwaamheid die, naar luid van artikel 52, voor volledig wordt aangezien.

Le montant minimum requis d'indemnité pourra être modifié par arrêté royal, le Conseil supérieur entendu en son avis;

2° Réassurer les affiliés contre le risque prévu au 1°, jusqu'à concurrence de 50 % de l'indemnité servie et durant trois ans au fonds commun prévu à l'article 54;

3° Verser à la Caisse d'invalidité et à la Caisse de retraite en lieu et place de l'assuré malade les cotisations incombant à ce dernier et au chef d'entreprise en vue de l'assurance invalidité, vieillesse et décès prématuré;

4° Compter mille affiliés au moins et se conformer quant au calcul de la cotisation exigée, à la gestion financière et technique de la Caisse et à l'organisation du service de mutation, aux règles prévues par les articles 22 à 25 inclus;

5° Déposer de la manière déterminée par le Conseil supérieur des institutions de prévoyance, une garantie de trois francs par membre effectif;

6° Résoudre les conflits relatifs à l'assurance par une juridiction arbitrale;

7° N'autoriser après le stage aucune exclusion pour le motif que les conditions d'ordre politique, religieux ou professionnel requises à l'admission auraient cessé d'exister, sans préjudice aux sanctions qui viseraient des actes contraires au but de l'association ou de nature à troubler son fonctionnement régulier.

ART. 12.

L'agrément est accordée par le Gouvernement, le Conseil supérieur des

Het vereischte minimum-bedrag der vergoeding kan bij Koninklijk besluit worden gewijzigd, na het advies van den Hoogen Raad te hebben ingewonnen;

2° De aangesloten leden herverzekeren tegen het bij n° 1° voorziene risico, tot beloop van 50 t. h. der uitgekeerde vergoeding en gedurende drie jaar, bij het in artikel 54 voorziene gemeen fonds;

3° In de Invaliditeitskas en in de Lijfrentekas, in de plaats van den verzekerden zieke, de bijdragen te storten, waartoe deze en het hoofd van onderneming verplicht zijn met het oog op de verzekering tegen invaliditeit, ouderdom en vroegtijdig overlijden;

4° Ten minste duizend leden tellen en zich gedragen, aangaande de berekening van de vereischte bijdrage, naar het financieel en technisch beheer der kas en de inrichting van den dienst van overgang, volgens de regelen voorzien in de artikelen 22 tot en met 25;

5° Op de door den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen bepaalde wijze een waarborg van drie frank voor elk werkend lid storten;

6° De geschillen aangaande de verzekering doen oplossen door een scheids-gerecht;

7° Na den proeftijd, geene uitsluiting toegelaten om reden dat de politieke, godsdienstige en beroepsvoorwaarden tot de toelating gesteld niet meer zouden bestaan, onverminderd de strafbe-palingen betreffende handelingen strij-dig met het doel der vereeniging of geschikt om hare geregelde werking te storen.

ART. 12.

De toelating wordt verleend door de Regeering, na het advies van den Hoogen

institutions de prévoyance entendu en son avis. Elle ne peut être retirée qu'en cas d'infraction aux conditions ci-dessus et de l'avis conforme du Conseil supérieur.

SECTION II.

Des établissements régionaux.

ART. 13.

Il est institué dans chaque arrondissement administratif un établissement régional ayant pour objet d'organiser l'assurance contre la maladie et la maladie prolongée pour les intéressés domiciliés dans la circonscription et qui ne font pas partie d'une association mutualiste agréée.

ART. 14.

L'établissement régional possède comme organe de l'assurance la personification civile. Les articles 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16 et 17 de la loi du 23 juin 1894 lui sont applicables. Son siège social est fixé au chef-lieu de l'arrondissement.

ART. 15.

L'établissement régional est administré par un conseil de 11 membres désignés de la manière suivante : 5 par les assurés directement affiliés à l'établissement, 5 par les fédérations mutualistes reconnues ayant leur siège social dans l'arrondissement au prorata du nombre de leurs membres, 1 par le Gouvernement. A défaut de désignation par les affiliés de l'établissement des 5 membres dont le choix leur est dévolu

Raad der Voorzorgsintellingen te hebben ingewonnen. Zij mag niet worden ingetrokken, tenzij bij tekortkoming aan bovengemelde vereischten en op eensluidend advies van den Hoogen Raad.

AFDEELING II.

Gewestelijke inrichtingen.

ART. 13.

In ieder bestuurlijk arrondissement wordt eene gewestelijke inrichting tot stand gebracht, met het doel de verzekering tegen ziekte en langdurige ziekte voor de belanghebbenden die in hun gebied wonen en geen deel uitmaken van eene aangenomen mutualiteits-vereening in te richten.

ART. 14.

De gewestelijke inrichting bezit, als verzekeringsorganisme, de rechtspersoonlijkheid. De artikelen 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16 en 17 der wet van 23 Juni 1894 zijn op haar van toepassing. Haar maatschappelijke zetel is gevestigd in de hoofdplaats van het arrondissement.

ART. 15.

De gewestelijke inrichting wordt beheerd door een raad van 11 leden die op de volgende wijze worden benoemd : 5 door de verzekerden die rechtstreeks bij de inrichting zijn aangesloten; 5 door de erkende mutualiteitsbonden, die hun maatschappelijken zetel hebben in het arrondissement, naar rato van het getal hunner leden; 1 door de Regeering. Bij gebrek aan aanwijzing, door de bij de inrichting aange-

au sein du Conseil, il sera pourvu à ces nominations par le Gouvernement.

Les membres du Conseil sont nommés pour un temps ne dépassant pas cinq ans. Leur mandat peut être renouvelé. Leurs fonctions sont gratuites, sauf remboursement des frais éventuels de déplacement et de séjour qui restent à charge de l'établissement régional.

ART. 16.

Le Conseil délèguera trois de ses membres pour assurer la gestion journalière de l'établissement régional. Les membres ainsi désignés forment le Comité directeur; ils sont rémunérés et leurs émoluments fixés par arrêté royal.

Les autres dispositions relatives à la désignation des membres et à l'exécution de leur mandat seront fixées par arrêté royal.

Chaque année la liste des membres du Conseil avec indication de leurs nom, prénoms, profession et domicile, sera publiée au *Moniteur belge* dans la première quinzaine de janvier.

ART. 17.

Le Conseil d'administration de chaque établissement régional arrêtera les dispositions réglementaires et d'ordre intérieur relatives à son fonctionnement. Celles-ci seront approuvées par le Conseil supérieur.

ART. 18.

Les règles relatives à la gestion des établissements régionaux seront déterminées par arrêté royal.

slotenen, van de 5 leden die zij in den raad hebben te kiezen, worden deze benoemingen door de Regeering gedaan.

De leden van den Raad worden benoemd voor een termijn die vijf jaar niet overschrijdt. Hun mandaat kan vernieuwd worden. Zij nemen hun ambt kosteloos waar, behalve dat de gebeurlijke reis- en verblijfskosten hun worden terugbetaald door de gewestelijke inrichting.

ART. 16.

De Raad vaardigt drie zijner leden af om het dagelijksch beheer der gewestelijke inrichting te verzekeren. De aldus aangewezen leden vormen het Bestuurscomité; zij worden bezoldigd en hunne wedde wordt bij Koninklijk besluit vastgesteld.

De overige bepalingen betreffende de aanwijzing der leden en de uitvoering van hun mandaat worden bij Koninklijk besluit vastgesteld.

Elk jaar, in de eerste helft van Januari, wordt de lijst der leden van den raad in het *Staatsblad* bekend gemaakt, met aanduiding van hunne namen en voornamen, beroep en woonplaats.

ART. 17.

De Beheerraad van elke gewestelijke inrichting stelt de reglementsbepalingen en het reglement van inwendige orde betrekkelijk zijne werking vast. Beide worden goedgekeurd door den Hoogen Raad.

ART. 18.

De regelen betreffende het beheer der gewestelijke inrichtingen worden bij Koninklijk besluit vastgesteld.

TITRE III.

DU FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE.

CHAPITRE I.

L'Assurance contre la Maladie.

§ 1. DISPOSITION GÉNÉRALE.

ART. 19.

Le droit au secours prévu par la présente section de la loi s'ouvre au profit des bénéficiaires de l'assurance dans les limites fixées ci-après.

Les victimes d'accident sont assimilées aux assurés malades pour autant que la réparation de l'accident ne tombe pas sous l'application de la loi du 24 décembre 1903.

§ 2. RESSOURCES DE L'ASSURANCE.

A. — *Service des indemnités.*

ART. 20.

La cotisation obligatoire des assurés affiliés à une association mutualiste pour le service des indemnités assurance-maladie est fixée par les statuts de l'association, conformément à un tarif établi par Arrêté royal sur avis du Conseil supérieur des institutions de Prévoyance et en tenant compte du coefficient de risques de la société.

La cotisation obligatoire des assurés affiliés à un établissement régional pour le service des indemnités assurance-maladie est fixée par Arrêté royal, conformément au tarif susdit, sur avis conforme du Conseil supérieur des institutions de Prévoyance et en tenant compte

TITEL III.

WERKING DER VERZEKERING.

HOOFDSTUK I.

Verzekering tegen Ziekte.

§ 1. ALGEMEENE BEPALING.

ART. 19.

Het recht op onderstand, bij deze afdeeling der wet voorzien, wordt, binnen de hierna bepaalde grenzen, toegekend aan hen die het voordeel van de verzekering genieten.

De slachtoffers van ongevallen worden met de verzekerde zieken gelijkgesteld in zoover de vergoeding van het ongeval niet valt onder de toepassing der wet van 24 December 1903.

§ 2. INKOMSTEN DER VERZEKERING.

A. — *Dienst der vergoedingen.*

ART. 20.

De verplichte bijdrage der verzekerden, aangesloten bij eene mutualiteits-vereeniging voor den dienst der vergoedingen wegens ziekte verzekering, wordt door de statuten der vereeniging vastgesteld overeenkomstig een tarief, bij Koninklijk besluit bepaald na advies van den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen en rekening houdend met het coëfficiënt der risico's van de maatschappij.

De verplichte bijdrage der verzekerden, aangesloten bij eene gewestelijke inrichting voor den dienst der vergoedingen wegens ziekte verzekering, wordt bij Koninklijk besluit vastgesteld overeenkomstig bovengemeld tarief na eensluidend advies van den Hoogen Raad der

du coefficient spécial de risques de l'établissement régional.

Il sera dû par toute personne qui, s'assurera soit à une mutualité, soit à un établissement régional un droit d'entrée ou un supplément de cotisation calculé d'après l'âge conformément à un tarif fixé par Arrêté royal sur avis du Conseil supérieur et en tenant compte du coefficient spécial de risque de l'organe assureur.

ART. 21.

La subvention de l'État en faveur de l'assurance-maladie est de 14 francs par an et par assuré.

ART. 22.

Chaque année les organes assureurs établiront leur bilan technique et le communiqueront au Ministère de l'Industrie et du Travail. Ce bilan sera dressé d'après les règles et barèmes fixés par un arrêté royal pris sur avis du Conseil supérieur des institutions de prévoyance. Le Ministre, sur avis du Conseil supérieur, peut contraindre l'organe assureur à prendre les mesures qu'il estimerait nécessaires à l'équilibre de la situation financière.

ART. 23.

Lorsqu'un organe assureur couvre d'autres risques que les risques légaux, il doit, pour l'organisation de ces assurances, suivre les règles techniques, tant en ce qui concerne le calcul des cotisations et la fixation des avantages accor-

Voorzorgsinstellingen en rekening houdend met het bijzonder coefficient der risico's van de gewestelijke inrichting.

Alwie, na het in werking treden van deze wet, zich verzekert bij eene mutualiteit of bij eene gewestelijke inrichting, moet een inkomgeld of eene bijkomende bijdrage betalen, berekend naar den leeftijd overeenkomstig een tarief, bij Koninklijk besluit vastgesteld na advies van den Hoogen Raad en rekening houdend met het bijzonder coefficient der risico's van het verzekeringsorganisme.

ART. 21.

De tegemoetkoming van den Staat ten bate van de verzekering tegen ziekte bedraagt 14 frank per jaar en per verzekerde.

ART. 22.

De verzekeringsorganismen maken elk jaar hunne technische balans op en deelen deze mede aan het Ministerie van Nijverheid en Arbeid. Deze balans wordt opgemaakt volgens de regels en de barèmes, bij Koninklijk besluit bepaald na advies van den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen. De Minister, na advies van den Hoogen Raad, kan het verzekeringsorganisme dwingen de maatregelen te nemen, welke hij noodig acht om evenwicht te brengen in den financiëleen toestand.

ART. 23.

Wanneer een verzekeringsorganisme nog andere dan de wettige risico's dekt, moet het, voor de inrichting zijner verzekeringen, de technische regels volgen, zoowel wat betreft de berekening der bijdragen en de vaststelling der verleende

dès, que la formation des réserves. L'agrération peut lui être refusée ou retirée, si cette prescription n'est pas observée.

ART. 24.

Les opérations de l'organe assureur feront l'objet d'une gestion et d'une comptabilité spéciales suivant qu'elles concernent l'organisation de l'assurance obligatoire ou celle d'assurances supplémentaires ou facultatives. De même la comptabilité afférente au service des indemnités doit être nettement distincte de celle afférente au service médical et pharmaceutique.

ART. 25.

En cas de passage d'un assuré d'un organe d'assurance à un autre, la réserve mathématique afférente à cet assuré est transférée d'un organe à l'autre et constitue un droit d'entrée. Un supplément du droit d'entrée peut éventuellement être exigé.

ART. 26.

Les établissements régionaux consacreront une comptabilité particulière à l'assurance des risques jugés surélevés au moment de l'affiliation. Ceux-ci seront en conséquence, au point de vue de l'administration des ressources de l'assurance, groupés en une section spéciale, dénommée ci-après section 2 de l'établissement régional, la section 1 groupant les risques normaux.

En cas d'insuffisance de ressources, il sera pourvu à l'équilibre financier de la section 2 de l'établissement régional par

voordeelen, als de vorming der reserves. Zoo dit voorschrift niet wordt nageleefd, kan de toelating hem worden geweigerd of teruggetrokken.

ART. 24.

De verrichtingen van het verzekeringsorganisme staan onder een bijzonder beheer en hebben eene bijzondere boekhouding, naar gelang zij de inrichting van de verplichte verzekering of die van bijgevoegde of niet verplichte verzekeringen betreffen. Zoo ook moet de boekhouding van den dienst der vergoedingen gansch afgezonderd zijn van die, welke tot den genees- en artsenijkundigen dienst behoort.

ART. 25.

Wanneer een verzekerde overgaat, van een verzekeringsorganisme naar een ander wordt de voor dezen verzekerde bestemde wiskundige reserve overgedragen van het eene verzekeringsorganisme op het andere en vormt zij een inkomgeld. Desnoods, mag een bijgevoegd inkomgeld worden geëischt.

ART. 26.

Voor de verzekering der risico's, die, bij de aansluiting te hoog worden geacht, houden de gewestelijke inrichtingen eene bijzondere boekhouding. Deze risico's worden bijgevolg, wat het beheer betreft van de inkomsten der verzekering, gegroepeerd in eene bijzondere afdeeling, hierna omschreven onder afdeeling 2 der gewestelijke inrichting : afdeeling 1 groepeert de normale risico's.

Zijn de inkomsten ontoereikend, dan wordt in het financieel evenwicht van de afdeeling 2 der gewestelijke inrich-

l'intervention des pouvoirs publics. Les charges résultant de cette intervention seront réparties comme suit : État $\frac{5}{8}$, province $\frac{3}{8}$.

ART. 27.

Les mutualités et les établissements régionaux (section I) de chaque province se réassureront pour 50 % de leur charge-indemnité à une caisse commune. Celle-ci sera administrée par une sous-commission provinciale technique composée de sept membres dont un délégué du Gouvernement, président, quatre délégués des associations mutualistes reconnues et deux délégués des conseils des établissements régionaux intéressés désignés par arrêté royal sur proposition des organismes assureurs.

B. — Service médical et pharmaceutique.

ART. 28.

La contribution obligatoire des assurés affiliés à une association mutualiste pour le service médical et pharmaceutique est fixée par les statuts de l'association, après avis du sous-comité médico-pharmaceutique, prévu à l'article 8 et du comité médico-pharmaceutique établi au sein du Conseil supérieur des Institutions de prévoyance.

La contribution obligatoire des assurés affiliés à un établissement régional, pour le service médical et pharmaceutique est fixée par arrêté royal et dans les mêmes conditions qu'à l'alinéa précédent.

Les assurés non obligatoirement assurés, mais admis au bénéfice de la loi, verseront à la mutualité ou à l'établissement régional une cotisation supplé-

ting voorzien door de tusschenkomst der openbare machten. De daaruit voortvloeiende lasten worden verdeeld als volgt : Staat $\frac{5}{8}$, provincie $\frac{3}{8}$.

ART. 27.

De mutualiteiten en de gewestelijke inrichtingen (afdeeling I) van iedere provincie herverzekeren zich voor 50 t. h. van hun vergoedingslast bij eene gemeene kas. Deze wordt beheerd door eene provinciale technische subcommissie bestaande uit zeven leden, waarvan één Regeeringsafgevaardigde, voorzitter, vier afgevaardigden der erkende mutualiteiten en twee afgevaardigden van de raden der betrokken gewestelijke inrichtingen, daartoe, op voorstel van de verzekeringsorganismen, bij Koninklijk besluit benoemd.

B. — Genees- en artsenijkundige dienst.

ART. 28.

De verplichte bijdrage der verzekerden, aangesloten bij eene mutualiteit voor den genees- en artsenijkundigen dienst, wordt vastgesteld door de statuten der vereeniging na het advies te hebben ingewonnen van het genees- en artsenijkundig subcomiteit, voorzien bij artikel 8, en van het genees- en artsenijkundig comiteit dat in den schoot van den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen bestaat.

De verplichte bijdrage der verzekerden, aangesloten bij eene gewestelijke inrichting voor een genees- en artsenijkundigen dienst, wordt vastgesteld bij Koninklijk besluit en in dezelfde voorwaarden als in de vorige alinea.

De niet gedwongen verzekerden, die echter tot de voordeelen der wet toegelaten worden, storten bovendien in de bondskas of in de gewestelijke inrich-

mentaire équivalente à la cotisation patronale.

La contribution reste due pendant le temps où l'assuré est secouru du chef de maladie et jusqu'à expiration des six premiers mois de maladie.

ART. 29.

La contribution obligatoire du chef d'entreprise pour le service médical et pharmaceutique est de 12 francs par an et par travailleur qu'il emploie, de l'un ou de l'autre sexe, assujetti à la présente loi.

Elle pourra, à titre temporaire, être fixée à un taux supérieur, par arrêté royal.

Les conditions dans lesquelles s'exercera l'intervention patronale au profit des employés ou ouvriers travaillant à domicile ou pour le compte de plus d'un chef d'entreprise, seront déterminées par arrêté royal.

La contribution ci-dessus ne cessera pas d'être due si l'assuré est secouru du chef de maladie et jusqu'à expiration des six premiers mois de maladie.

ART. 30.

La subvention mensuelle de l'État pour le service médical et pharmaceutique est de fr. 0.75 si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé sans enfants. Cette subvention est majorée comme suit à raison des charges de famille de l'intéressé : fr. 0.75 si l'assuré est marié; fr. 0.25 par enfant vivant sous le même toit, âgé de moins de 18 ans ou non assuré obligatoirement.

ting eene bijkomende bijdrage, gelijkstaande met de bijdrage der werkgevers.

De bijdrage is verschuldigd gedurende gansch den tijd dat de verzekerde uit hoofde van ziekte wordt gesteund en tot het verstrijken van de eerste zes maanden der ziekte.

ART. 29.

De verplichte bijdrage van het hoofd van onderneming voor den genees- en artseneijkundigen dienst bedraagt 12 frank per jaar en per arbeider, van een of ander geslacht, die voor hem werkt en aan deze wet is onderworpen.

Het percent er van kan tijdelijk worden verhoogd bij Koninklijk besluit.

De vereischten voor de tussekkomst van den werkgever ten bate van de bedienden of werklieden die huisarbeid verrichten of die arbeiden voor meer dan één hoofd van onderneming, worden bij Koninklijk besluit vastgesteld.

Bovengemelde bijdrage blijft verschuldigd, indien de verzekerde gesteund wordt wegens ziekte en tot het verstrijken van de eerste zes maanden der ziekte.

ART. 30.

De maandelijksche tegemoetkoming van den Staat voor den genees- en artseneijkundigen dienst bedraagt fr. 0.75, indien de verzekerde ongehuwd is, weduwnaar of uit den echt gescheiden zonder kinderen. Wegens familielast van den betrokkene, wordt deze tegemoetkoming verhoogd als volgt : fr. 0.75 indien de verzekerde gehuwd is; fr. 0.25 voor elk onder hetzelfde dak verblijvend kind, minder dan 18 jaar oud of dat niet verplichtend verzekerd is.

ART. 31.

La subvention de l'État est payable jusqu'au moment où l'assuré a atteint l'âge de 65 ans.

ART. 32.

Les recettes relatives au service médical et pharmaceutique ne pourront être distraites de leur destination et y seront affectées par privilège. Chaque année les organes assureurs dresseront leur relevé de compte relatif à ce service et le communiqueront au Ministère de l'Industrie et du Travail. Le Conseil supérieur proposera au Ministre de l'Industrie et du Travail, sur avis du Comité médico-pharmaceutique institué par l'article 8, les mesures de consolidation financière à imposer aux organismes assureurs.

§ 3. ADMINISTRATION DES SECOURS.

A. — *Service des indemnités.*

ART. 33.

Les mutualités fixeront statutairement le montant de l'indemnité journalière qu'elles garantissent à leurs membres en cas de maladie.

L'établissement régional versera à tout assuré affilié une indemnité journalière de 5 francs durant six mois à compter du troisième jour de la constatation de l'incapacité de travail. Le montant de cette indemnité sera de 3 francs pour les assurés âgés de moins de 21 ans. Le taux de l'indemnité pourra être modifié par arrêté royal.

ART. 31.

De tegemoetkoming van den Staat is betaalbaar tot op het oogenblik dat de verzekerde 65 jaar oud is geworden.

ART. 32.

De ontvangsten betreffende den genees- en artsenijkundigen dienst mogen van hunne bestemming niet worden afgeleid en worden bij voorrecht daarvoor bestemd. De verzekeringsorganismen maken ieder jaar den staat op van dezen dienst en zenden hem aan het Ministerie van Nijverheid en Arbeid. De Hooge Raad, na het advies van het bij artikel 8 ingestelde genees-artsenijkundig comité ingewonnen, te hebben, stelt aan den Minister van Nijverheid en Arbeid de maatregelen voor tot financieele bevestiging, welke aan de verzekeringsorganismen moet opgelegd worden.

§ 3. TOEKENNING VAN DEN ONDERSTAND.

A. — *Dienst der vergoedingen.*

ART. 33.

De mutualiteiten bepalen in hare statuten het bedrag der dagelijksche vergoeding welke zij aan hare leden in geval van ziekte waarborgen.

De gewestelijke inrichting betaalt aan ieder aangesloten verzekerde eene dagelijksche vergoeding van 5 frank gedurende zes maanden vanaf den derden dag waarop de arbeidsonbekwaamheid werd vastgesteld. Deze vergoeding bedraagt 3 frank voor de verzekerden van minder dan 21 jaar. Het beloop der vergoeding kan bij Koninklijk besluit worden gewijzigd.

ART. 34.

Les indemnités et secours prévus dans la présente section ne seront alloués par l'établissement régional que trois mois après le paiement par l'assuré de sa première cotisation.

ART. 35.

Aucune indemnité n'est due par l'établissement régional aux affiliés :

1° S'il est établi par le médecin que le malade ou le blessé ne suit pas le traitement imposé par le médecin ;

2° Si l'assuré est atteint de blessures ou autres lésions, suite d'intempérance ou produites par une rixe lorsqu'il est prouvé qu'il était l'agresseur ;

3° S'il est en retard de paiement de sa cotisation depuis au moins trois mois. Il peut toutefois être sursi par le Conseil à l'application de cette mesure lorsque l'assuré prouve que le retard est occasionné par des circonstances indépendantes de sa volonté.

ART. 36.

Il est entendu que :

1° Toute maladie qui se déclare dans les soixante jours de la reprise du travail est considérée comme la continuation de la maladie précédente pour le règlement de la durée pendant laquelle le paiement des indemnités est obligatoire ;

2° Tout assuré qui reprend son travail sans l'autorisation écrite du médecin traitant ne pourra prétendre, en cas de rechute dans les quatre-vingt-dix jours,

ART. 34.

De vergoedingen en hulp gelden, voorzien in deze afdeeling, worden door de gewestelijke inrichting slechts toegerekend, drie maanden nadat de verzekerde zijne eerste bijdrage heeft betaald.

ART. 35.

Geene vergoeding is door de gewestelijke inrichting verschuldigd aan de aangeslotenen :

1° Indien het bewezen is door den geneesheer dat de zieke of de gewonde de hem door den geneesheer opgelegde behandeling niet volgt ;

2° Indien de verzekerde wonden of eenig ander letsel kreeg ten gevolge van onmatigheid of in eene vechtpartij, als het bewezen is dat hij de aanvaller was ;

3° Als hij zijne bijdrage niet betaalde sinds ten minste drie maanden. Nochtans kan, in dit geval, door den Raad worden gewacht met de toepassing van dezen maatregel, wanneer de verzekerde bewijst dat de niet-betaling het gevolg is van omstandigheden onafhankelijk van zijnen wil.

ART. 36.

Er dient te worden verstaan dat :

1° Eene ziekte, die zich openbaart binnen de zestig dagen na het hernemen van het werk, wordt beschouwd als de voortzetting der vorige ziekte voor het regelen van den tijd, gedurende den welke de betaling der vergoedingen verplichtend is ;

2° Elke verzekerde, die zijn werk herneemt zonder schriftelijke toelating van den verplegenden geneesheer, heeft, ingeval van hiernieuwden aanval binnen

aux indemnités, que pendant le temps nécessaire pour achever le terme de six mois prévu pour la durée du droit à l'indemnité. Le Conseil de l'établissement régional pourra prescrire telle enquête qu'il jugera convenable pour s'assurer de l'état réel du malade et du bien-fondé de son droit à l'indemnité.

ART. 37.

Les organes d'assurance sont autorisés à faire subir un examen médical à tout assuré mutualiste ou autre qui désire être porté sur leurs rôles. En cas de maladie ou d'invalidité constatée, ils pourront mettre l'intéressé en subsistance dans la société ou à l'établissement dont ce dernier faisait partie.

B. — *Service médical et pharmaceutique.*

ART. 38.

Les mutualistes et les établissements régionaux assurent, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un organisme agréé, le service médical et pharmaceutique à tout assuré et à sa famille, ce dernier terme désignant le conjoint et les enfants habitant avec l'assuré, à l'exclusion des enfants âgés de plus de 18 ans et de ceux d'un âge moindre assurés obligatoirement.

ART. 39.

Le service médical et pharmaceutique sera organisé sur la base du libre choix parmi les praticiens agréés.

negentig dagen, enkel recht op de vergoedingen gedurende den tijd noodig om den termijn van zes maanden, voorzien als duur van het recht op vergoeding, te voleindigen. De raad van de gewestelijke inrichting kan zoodanig onderzoek voorschrijven, als hij geschikt acht, om zich te vergewissen van den werkelijken staat van den zieke of van de gegrondheid van zijn recht op vergoeding.

ART. 37.

De verzekeringsorganismen zijn gemachtigd een geneeskundig onderzoek te doen ondergaan aan ieder verzekerde, mutualist of niet, die verlangt bij hen ingeschreven te worden. Ingeval van vastgestelde ziekte of invaliditeit, kunnen zij in het levensonderhoud van den belanghebbende doen voorzien door de maatschappij of de inrichting waarvan deze deel uitmaakte.

B. — *Genees- en artsenijkundige dienst.*

ART. 38.

De mutualiteiten en de gewestelijke inrichtingen verstrekken, rechtstreeks of door tussenkomst van een aangenomen organisme, den genees- en artsenijkundigen dienst aan ieder verzekerde en aan diens huisgenooten; dit laatste woord omvat den echtgenoot en de met den verzekerde samenwonende kinderen, ter uitzondering van de kinderen boven 18 jaar en van lie, welke jonger zijnde, verplicht waren zich te verzekeren.

ART. 39.

De genees- en artsenijkundige dienst wordt ingericht op grond van de vrije keus onder de voor de verzekering toegelaten geneesheeren.

Seront agréés les médecins et pharmaciens qui auront déclaré par écrit, accepter les conditions du tarif et autres, prévues par un arrêté royal pris sur avis du Conseil supérieur des institutions de prévoyance.

A la requête des organismes assureurs ou des Unions professionnelles de médecins ou de pharmaciens, le Conseil supérieur peut, la Commission médicale provinciale et l'intéressé entendus, retirer l'agrément à un praticien pour des motifs graves d'ordre privé ou professionnel.

ART. 40.

Un règlement général, pris par arrêté royal sur avis du Conseil supérieur, fixera toutes les dispositions relatives à l'organisation du service médical et pharmaceutique des établissements régionaux conformément aux stipulations de la présente loi.

ART. 41.

Le service médical et pharmaceutique est assuré aux invalides et à leur famille par la mutualité primaire ou l'établissement régional. Les frais résultant de l'organisation de ce service seront couverts :

1° Par une cotisation mensuelle de fr. 0.50 à charge de l'intéressé;

2° Par le surplus disponible de la cotisation des chefs d'entreprise, prévue à l'article 26 lorsque l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé sans enfants;

Worden toegelaten de geneesheeren en apothekers, die schriftelijk verklaren de voorwaarden van het tarief en andere te aanvaarden, voorzien bij een Koninklijk besluit genomen na advies van den Hoogen Raad der verzorgingsinstellingen.

Op verzoek van de verzekeringsorganismen of van de beroepsverenigingen van geneesheeren of apothekers, kan de Hooge Raad, na de provinciale geneeskundige commissie en den betrokkene te hebben gehoord, aan een geneesheer en zijne toelating ontnemen wegens ernstige redenen van privaten of professioneelen aard.

ART. 40.

Een algemeene verordening, bij Koninklijk besluit genomen na advies van den Hoogen Raad, bepaalt al de maatregelen betreffende de inrichting van den genees- en artsenijkundigen dienst der gewestelijke inrichtingen overeenkomstig de bepalingen dezer wet.

ART. 41.

De genees- en artsenijkundige dienst wordt verzekerd aan de invaliden en aan hunne huisgenooten door de plaatselijke mutualiteit of de gewestelijke inrichting. De kosten, uit de inrichting van dezen dienst voortvloeiende, worden gedekt :

1° Door eene maandelijksche bijdrage van 50 centiem ten laste van den betrokkene;

3° Door het beschikbaar overblijvend gedeelte van de bijdrage der hoofden van onderneming, voorzien bij artikel 26, wanneer de verzekerde ongehuwd weduwnaar is of uit den echt gescheiden zonder kinderen;

3° Par les cotisations des chefs d'entreprise lorsqu'il n'y aura pas lieu à application de l'article 2, 2°, en faveur des travailleurs étrangers;

4° Par une intervention éventuelle de la Caisse nationale d'invalidité.

ART. 42.

La prestation des soins médicaux et pharmaceutiques est assurée aux travailleurs âgés de plus de 65 ans à la condition qu'ils aient été soumis à l'assurance obligatoire pendant les dix dernières années ou qu'ils ne disposent pas de ressources dépassant, rente non comprise, 720 francs. Pour le calcul de ces ressources il sera fait application des principes énoncés à l'article 6 de la loi sur les pensions de vieillesse. Les frais résultant de l'organisation de ce service seront couverts par :

1° Une cotisation mensuelle de fr. 0.50 à charge de l'intéressé;

2° Un subside à charge de la commune de 9 francs par an et par intéressé;

3° Un subside à charge de l'État de fr. 0.50 par mois et par intéressé.

ART. 43.

Les commissions provinciales des institutions de prévoyance assurent, avec le concours des caisses fédérales et des établissements régionaux, l'organisation dans chaque arrondissement administratif, notamment :

1° De dispensaires anti-tuberculeux, anti-cancéreux et anti-syphilitiques;

2° De services d'infirmières chargées des soins à donner au domicile des malades;

3° De laboratoires d'analyses;

3° Door de bijdragen der hoofden van onderneming, wanneer er geen reden is om artikel 2, 2°, toe te passen ten bate van de vreemde arbeiders;

4° Door eene mogelijke tegemoetkoming van de Nationale Invaliditeitskas.

ART. 42.

De genees- en artsenijkundige dienst wordt verzekerd aan de arbeiders van meer dan 65 jaar, onder voorwaarde dat zij, gedurende de laatste tien jaren, aan de verplichte verzekering werden onderworpen of dat zij geen inkomsten genieten welke, de rente niet inbegrepen, 720 frank overschrijden. Om deze inkomsten te berekenen, gelden de beginselen vermeld in artikel 6 der wet op de ouderdomspensioenen. De onkosten wegens de inrichting van dezen dienst worden gedekt door :

1° Eene maandelijksche bijdrage van 50 centiem ten laste van den betrokkene;

2° Eene toelage van 9 frank per jaar en per betrokkene, ten laste van de gemeente;

3° Eene toelage van 50 centiem per maand en per betrokkene, ten laste van den Staat.

ART. 43.

De provinciale commissiën der voorzorgsinstellingen zorgen, met de medehulp van de bondskassen en van de gewestelijke inrichtingen, voor het inrichten in elk bestuursarrondissement van :

1° Verpleeghuizen tot genezing van tuberculose, kanker en syphilis;

2° Diensten voor ziekenverpleegsters, belast met het geven van zorgen ten huize der zieken;

3° Laboratoria voor onderzoekingen;

4° De conférences publiques sur l'hygiène sociale et l'alcoolisme et de cours gratuits sur l'hygiène préventive des maladies professionnelles.

Ces institutions seront accessibles aux assurés et à leur familles, aux mutualistes, aussi bien qu'aux affiliés des établissements régionaux, dans les conditions prévues par un arrêté royal à prendre sur avis du Conseil supérieur.

Une subvention spéciale et annuelle sera portée au Budget du Ministère de l'Industrie et du Travail, pour être répartie dans les conditions à déterminer par arrêté royal entre les diverses commissions organisatrices, en tenant compte du nombre des bénéficiaires et de l'importance des services accessoires organisés.

§ 4. — MESURE TRANSITOIRE.

ART. 44.

Il sera inscrit au crédit, soit des mutualités, soit des établissements régionaux, pour tous les assurés âgés de plus de 25 ans, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant annuel représentant le supplément de cotisation nécessaire pour réaliser le taux normal de cotisation correspondant à l'indemnité totale.

ART. 45.

Les charges résultant de ce versement seront réparties comme suit : $\frac{4}{8}$ pour l'État, $\frac{1}{8}$ pour les provinces, $\frac{3}{8}$ pour les communes.

La liquidation s'en effectuera à l'in-

4° Openbare voordrachten over maatschappelijke gezondheidsleer, alcoholisme en kosteloze leergangen over de gezondheidsleer tot voorkoming van beroepsziekten.

Deze instellingen zijn toegankelijk zoowel voor de verzekerden en hunne huisgenooten, voor de mutualisten als voor de aangeslotenen bij de gewestelijke inrichtingen, onder de voorwaarden voorzien bij een Koninklijk besluit te nemen op advies van den Hoogen Raad.

Eene bijzondere en jaarlijksche tegemoetkoming wordt op de Begrooting van het Ministerie van Nijverheid en Arbeid uitgetrokken ten einde, op de wijze aan te duiden bij Koninklijk besluit, te worden verdeeld onder de verschillende inrichtingscommissiën, met inachtneming van het getal harer aangeslotenen en de belangrijkheid der bijhooiige diensten die tot stand gebracht werden.

§ 4. — OVERGANGSMAATREGEEL.

ART. 44.

Op het crediet van de mutualiteiten of van de gewestelijke inrichtingen wordt voor al de verzekerden, die meer dan 25 jaar oud zijn op het oogenblik dat deze wet van kracht wordt, een jaarlijksch bedrag ingeschreven, dat geldt als bijkomende bijdrage ter bereiking van het normale bedrag der bijdrage welke met de geheele vergoeding overeenkomt.

ART. 45.

De lasten wegens deze storting worden verdeeld als volgt : $\frac{4}{8}$ voor den Staat, $\frac{1}{8}$ voor de provinciën, $\frac{3}{8}$ voor de gemeenten.

De uitkeering daarvan geschiedt door

tervention du Département de l'Industrie et du Travail. La part des provinces et des communes sera récupérée sur la partie des impôts qui lui sont attribués par l'État.

CHAPITRE II.

L'assurance contre la maladie de longue durée.

§ 1. — DISPOSITION GÉNÉRALE.

ART. 46.

Le droit aux secours prévus par la présente section de la loi et dans les limites des dispositions ci-après est garanti aux bénéficiaires de l'assurance à partir de l'expiration du sixième mois de la maladie jusqu'à guérison ou jusqu'à expiration d'un nouveau délai de trois ans.

Les victimes d'accidents bénéficient de ces secours pour autant que la réparation de l'accident ne tombe pas sous l'application de la loi du 24 décembre 1903.

§ 2. — RESSOURCES DE L'ASSURANCE.

ART. 47.

La cotisation obligatoire des assurés affiliés à une caisse fédérale mutualiste pour le service des indemnités maladie prolongée, est fixée par les statuts de la caisse fédérale, conformément à un tarif établi par arrêté royal sur avis du Conseil supérieur et en tenant compte du coefficient spécial de risques de la caisse. Cette cotisation sera perçue par la mutualité primaire et versée par elle dans la caisse fédérale.

La cotisation obligatoire des assurés

tusschenkomst van het Departement van Nijverheid en Arbeid. Het aandeel der provinciën en der gemeenten wordt afgetrokken van het hun door den Staat toegekende deel in de belastingen.

HOOFDSTUK II.

Verzekering tegen langdurige ziekte.

§ 1. — ALGEMEENE BEPALING.

ART. 46.

Het recht op onderstand, bij deze afdeeling der wet voorzien en binnen de grenzen der nagemelde bepalingen, wordt toegekend aan hen die het voordeel van de verzekering genieten vanaf het verstrijken van de zesde maand der ziekte tot de genezing toe of tot het verstrijken van een nieuwen termijn van drie jaren.

De slachtoffers van ongevallen genieten dezen onderstand in zooverre de vergoeding van het ongeval niet valt onder de toepassing der wet van 24 December 1903.

§ 2. — INKOMSTEN DER VERZEKERING.

ART. 47.

De verplichte bijdrage der verzekerden, aangesloten bij eene bondsmutualiteitskas voor den dienst der vergoedingen wegens langdurige ziekte, wordt door de statuten der bondskas vastgesteld overeenkomstig een tarief, bij Koninklijk besluit bepaald op advies van den Hoogen Raad en met inachtneming van het bijzonder coëfficiënt van risico der kas. Deze bijdrage wordt geïnd door de plaatselijke mutualiteit en door haar gestort in de bondskas.

De verplichte bijdrage van de aange-

affiliés à un établissement régional pour le service des indemnités maladie prolongée est fixée pour la première fois par arrêté royal. Cette cotisation pourra être modifiée par arrêté royal, conformément au tarif susdit et en tenant compte du coefficient spécial de risque de l'établissement régional.

Les assurés non obligatoirement assurés, mais admis au bénéfice de la loi, verseront en outre à la caisse fédérale ou à l'établissement régional, une cotisation supplémentaire équivalente à la cotisation patronale ci-après.

Il sera dû pour toute personne qui, après la mise en vigueur de la loi, s'assurera soit à une caisse fédérale, soit à un établissement régional, un droit d'entrée ou un supplément de cotisation calculé d'après l'âge, conformément à un tarif fixé par arrêté royal du Conseil Supérieur et en tenant compte du coefficient spécial de l'organe assureur.

ART. 48.

La cotisation obligatoire du chef d'entreprise pour le service de l'assurance maladie prolongée est de 6 francs par an et par travailleur qu'il emploie, de l'un ou de l'autre sexe assujetti à la présente loi.

Les conditions dans lesquelles s'exercera l'intervention patronale au profit des ouvriers employés travaillant à domicile ou pour compte de plus d'un chef d'entreprise, seront déterminées par arrêté royal.

slotenen bij eene gewestelijke inrichting voor den dienst der vergoedingen wegens langdurige ziekte, wordt, voor de eerste maal, bij Koninklijk besluit vastgesteld. Deze bijdrage kan bij Koninklijk besluit gewijzigd worden overeenkomstig het bovengemeld tarief en met inachtneming van het bijzonder coëfficiënt van risico der gewestelijke inrichting.

De niet verplichte verzekerden, die echter tot de voordeelen der wet toegelaten worden, storten bovendien in de bondskas of in de gewestelijke inrichting eene bijkomende bijdrage, gelijkstaande met de hiernagemelde bijdrage der werkgevers.

Ieder persoon, die, na het in werking treden van deze wet, zich verzekert bij een bondskas of bij eene gewestelijke inrichting, is gehouden een inkomgeld of een bijkomende bijdrage te betalen, berekend naar den leeftijd, overeenkomstig een tarief, bij Koninklijk besluit bepaald na advies van den Hoogen Raad en met inachtneming van het bijzonder coëfficiënt van het verzekeringsorganisme.

ART. 48.

De verplichte bijdrage van het hoofd van onderneming voor den dienst der verzekering tegen langdurige ziekte bedraagt 6 frank per jaar en per arbeider van een of ander geslacht, die voor hem werkt en aan deze wet is onderworpen.

De voorwaarden voor de tusschenkomst van den werkgever ten bate van de arbeiders of bedienden die huisarbeid verrichten of die arbeiden voor meer dan één hoofd van onderneming, zullen bij Koninklijk besluit vastgesteld worden.

ART. 49.

Les cotisations de l'assuré et du chef d'entreprise cessent d'être dues pendant tout le temps où l'assuré malade est à charge d'une caisse fédérale mutualiste.

ART. 60.

La subvention de l'État en faveur de l'assurance maladie prolongée est de 6 francs par an et par assuré.

ART. 51.

Il sera fait application aux organismes assureurs de la maladie prolongée des règles prévues aux articles 22 à 27 inclusivement.

§ 3. — ADMINISTRATION DES SECOURS.

ART. 52.

Les caisses fédérales fixent statutairement le montant de l'indemnité qu'elles garantissent à leurs membres en cas de maladie prolongée entraînant une incapacité de travail.

L'établissement régional verse à tout assuré affilié, en cas d'incapacité de travail réputée complète aux termes de l'article 58, une indemnité journalière de 5 francs jusqu'à guérison ou jusqu'à expiration du délai de trois ans. Le montant de l'indemnité pourra être modifié par arrêté royal.

ART. 53.

La caisse fédérale ou l'établissement régional verse en outre à la Caisse d'In-

ART. 49.

De bijdragen van den verzekerde en van het hoofd van onderneming zijn niet meer verschuldigd gedurende al den tijd dat de verzekerde zieke ten laste is van eene bondsmutualiteitskas.

ART. 50.

De tegemoetkoming van den Staat ten bate van de verzekering tegen langdurige ziekte bedraagt 6 frank per jaar en per verzekerde.

ART. 51.

Op de verzekeringsorganismen tegen langdurige ziekte worden de regelen, voorzien bij de artikelen 22 tot en met 27, toegepast.

§ 3. — TOEKENNING VAN DEN ONDERSTAND.

ART. 52.

De bondskassen bepalen in hare statuten het bedrag der vergoeding welke zij aan hare leden waarborgen in geval van langdurige ziekte die arbeidsonbekwaamheid tot gevolg heeft.

De gewestelijke inrichting betaalt aan elken aangeslotene, in geval van arbeidsonbekwaamheid die geacht is volledig te zijn naar luid van artikel 58, eene dagelijkse vergoeding van 5 frank tot de genezing toe of tot het verstrijken van den termijn van drie jaar. Het beloop der vergoeding kan bij Koninklijk besluit worden gewijzigd.

ART. 53.

De bondskas of de gewestelijke inrichting stort daarenboven in de invalidi-

validité et à la Caisse de Retraite en lieu et place de l'assuré malade les cotisations incombant à ce dernier et au chef d'entreprise en vue de l'assurance invalidité, vieillesse et décès prématuré.

ART. 54.

Les caisses fédérales et les établissements régionaux (section 1) de chaque province, se réassureront pour 50 % de leurs charges à une caisse commune. Celle-ci sera administrée par la commission provinciale technique instituée par l'article 27.

§ 4. — MESURE TRANSITOIRE.

ART. 55.

Il sera inscrit au crédit soit des caisses fédérales, soit des établissements régionaux, pour tous les assurés âgés de plus de 25 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant annuel représentant le supplément de cotisation nécessaire pour réaliser le taux normal de cotisation correspondant à l'indemnité légale.

ART. 56.

Les charges résultant de ce service seront réparties comme suit : $\frac{4}{8}$ pour l'État, $\frac{1}{8}$ pour les provinces, $\frac{3}{8}$ pour les communes. La liquidation s'en effectuera à l'intervention du Département de l'Industrie et du Travail. La part des provinces et des communes sera récupérée sur la partie des impôts qui leur sont attribués par l'État.

teitskas en in de lijfrentekas, in plaats van den verzekerden zieke, de bijdragen, die ten laste van dezen laatste en van het hoofd van onderneming komen met het oog op de verzekering tegen invaliditeit, ouderdom en vroegtijdig overlijden.

ART. 54.

De bondskassen en de gewestelijke inrichtingen (afdeeling 1) van elke provincie herverzekerden zich voor 50 t. h. van hunne lasten bij eene gemeene kas. Deze wordt beheerd door de provinciale technische commissie ingesteld bij artikel 27.

§ 4. — OVERGANGSMAATREGEL.

ART. 55.

Voor al de verzekerden, die meer dan 25 jaar oud zijn op het oogenblik dat deze wet in werking treedt, wordt op het crediet van de bondskassen of van de gewestelijke inrichtingen een jaarlijksch bedrag ingeschreven dat geldt als bijkomende bijdrage ter bereiking van het normale bedrag der bijdrage welke met de wettelijke vergoeding overeenkomt.

ART. 56.

De lasten wegens deze storting worden verdeeld als volgt : $\frac{4}{8}$ voor den Staat, $\frac{1}{8}$ voor de provincie, $\frac{3}{8}$ voor de gemeente. De uitkeering daarvan geschiedt door tusschenkomst van het Departement van Nijverheid en Arbeid. Het aandeel der provinciën en der gemeenten wordt afgetrokken van het hun door den Staat toegekende deel in de belastingen.

CHAPITRE III.

L'assurance contre l'invalidité.

§ 1. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ART. 57.

Le bénéfice de la rente d'invalidité s'ouvre au profit de l'assuré lorsqu'il a épuisé ses droits dans les organismes primaires et secondaires de l'assurance et que l'état d'invalidité est constaté.

Les victimes d'accident ont droit à la rente d'invalidité pour autant que la réparation de l'accident ne tombe pas sous l'application de la loi du 24 décembre 1903.

ART. 58.

Est présumé invalide, l'assuré qui ne gagne plus et n'est plus en état de gagner par une occupation en rapport avec ses forces et ses aptitudes, en tenant compte de son éducation professionnelle et de son métier antérieur, un tiers de ce qu'une personne de la même profession, d'une éducation égale, saine de corps et d'esprit, peut gagner dans la même région par son travail.

Est présumé partiellement invalide l'assuré qui n'est plus en état de gagner 50 % du salaire défini ainsi qu'il est dit ci-devant.

ART. 59.

L'existence de l'invalidité totale et éventuellement le pourcentage d'invalidité partielle seront décrétés par décision du Conseil d'administration de la Caisse nationale d'invalidité sur rapport

HOOFDSTUK III.

Verzekering tegen invaliditeit.

§ 1. — ALGEMEENE BEPALINGEN.

ART. 57.

Het voordeel der invaliditeitsrente wordt toegekend aan den verzekerde wanneer hij zijne rechten heeft uitgeput bij de plaatselijke en gewestelijke verzekeringsinrichtingen en wanneer de staat van invaliditeit is vastgesteld.

De slachtoffers van ongevallen hebben recht op de invaliditeitsrente in zoverre de vergoeding van het ongeval niet onder de toepassing valt van de wet van 24 December 1903.

ART. 58.

Wordt geacht invalide te zijn, de verzekerde die niet meer wint en, door eene bezigheid in verhouding tot zijne krachten en zijne geschiktheid, met inachtneming van zijne beroepsopleiding en zijn vorig ambacht, niet meer in staat is te winnen een derde van wat een persoon, in hetzelfde beroep, en met eene gelijke opleiding en gezond van lichaam en geest, in dezelfde streek door zijn werk kan winnen.

Wordt geacht gedeeltelijk invalide te zijn, de verzekerde die niet meer in staat is 50 t. h. van het hiërboven bepaald salaris te winnen.

ART. 59.

Het bestaan van de algeheele invaliditeit en, zoo noodig, het percentage van gedeeltelijke invaliditeit worden vastgesteld bij besluit van den Beheerraad der Nationale Invaliditeitskas op verslag

d'un médecin agréé par cette institution.

Les contestations seront portées, soit par l'intéressé, soit à l'initiative du Conseil d'administration de la Caisse nationale devant la Commission provinciale des institutions de prévoyance instituée par l'article 9.

Un recours est ouvert à chacune des deux parties devant le Conseil supérieur des institutions de prévoyance qui décide en dernier ressort. Un arrêté royal déterminera les formalités et délais à observer dans les procédures susdites.

§ 2. — RESSOURCES DE L'ASSURANCE.

ART. 60.

La cotisation obligatoire des assurés en vue de l'invalidité est de 18 francs par an. Cette cotisation sera perçue par les mutualités ou les établissements régionaux et versée à la Caisse nationale d'invalidité.

Les assurés non-obligatoirement soumis à la loi, mais admis au bénéfice de celle-ci, verseront outre leur cotisation personnelle, une cotisation supplémentaire équivalente à la cotisation patronale.

Il sera dû par toute personne qui, après la mise en vigueur de la loi s'assurera en vue de l'invalidité, un droit d'entrée ou un supplément de cotisation calculé d'après l'âge conformément à un tarif fixé par arrêté royal sur avis du Conseil supérieur.

ART. 61.

La cotisation obligatoire du chef d'entreprise pour le service de l'assurance-invalidité est de 48 francs par an

van een door deze instelling toegelaten geneesheer.

De geschillen worden, hetzij door den belanghebbende, hetzij op initiatief van den Beheerraad der Nationale Kas, onderworpen aan de provinciale commissie der bij artikel 9 tot stand gebrachte verzorgsinstellingen.

Elk der beide partijen kan in beroep gaan bij den Hoogen Raad der verzorgsinstellingen, welke in hoogsten aanleg beslist. Een Koninklijk besluit bepaalt welke rechtsvormen en termijnen bij voornoemde rechtspleging moeten in acht genomen worden.

§ 2. — INKOMSTEN DER VERZEKERING.

ART. 60.

De verplichte bijdrage van de verzekerden tegen invaliditeit bedraagt 18 frank per jaar. Deze bijdrage word geïnd door de mutualiteiten of de gewestelijke inrichtingen en gestort in de Nationale Invaliditeitskas.

De aan deze wet niet verplicht onderworpen, doch tot het voordeel er van toegelaten verzekerden storten, buiten hunne persoonlijke bijdrage, eene bijkomende bijdrage van gelijke waarde als die van den werkgever.

Ieder persoon die, na het in werking treden van deze wet, zich verzekert tegen invaliditeit, is gehouden een inkomgeld of een bijkomende bijdrage te betalen, berekend naar den leeftijd overeenkomstig een tarief, bij Koninklijk besluit op advies van den Hoogen Raad vastgesteld.

ART. 61.

De verplichte bijdrage van het hoofd van onderneming voor den dienst der invaliditeitsverzekering bedraagt

et par travailleur qu'il emploie, assujetti à la présente loi.

Les conditions dans lesquelles s'exercera l'intervention patronale au profit des ouvriers ou employés travaillant à domicile ou pour le compte de plus d'un chef d'entreprise, seront déterminées par arrêté royal.

ART. 62.

La cotisation de l'assuré et du chef d'entreprise cessent d'être dues dès la survenance et pendant toute la durée de l'invalidité.

ART. 63.

La subvention de l'État pour l'assurance en vue de l'invalidité est de 12 francs par an et par assuré.

§ 3. — ADMINISTRATION DES SECOURS.

ART. 64.

Il est institué une Caisse nationale chargée de l'organisation de l'assurance en vue de l'invalidité. Cette caisse est placée sous la garantie de l'État.

La Caisse nationale d'invalidité jouit de la personnification civile : elle est gérée par un conseil d'administration de six membres assistés d'un directeur et désignés par le Gouvernement. Leur mandat est de cinq ans et peut être renouvelé. Un arrêté royal déterminera les émoluments afférents à ces fonctions ainsi que le mode de gestion et le fonctionnement de la caisse à l'égard des institutions affiliées. Chaque année, dans la première quinzaine de janvier, les nom, prénoms, profession et domicile des membres du Conseil d'administration seront publiés au *Moniteur*.

48 frank per jaar en voor elken aan deze wet onderworpen arbeider die voor hem werkt.

De vereischen voor tusschenkomst der werkgevers, ten voordeele van de arbeiders of bedienden die huisarbeid verrichten of die voor meer dan één hoofd van onderneming werken, worden bij Koninklijk besluit vastgesteld.

ART. 62.

De bijdrage van den verzekerde en van het hoofd van onderneming is niet meer verschuldigd zoodra de invaliditeit aanvangt en voor gansch den duur daarvan.

ART. 63.

De tegemoetkoming van den Staat voor de invaliditeit bedraagt 12 frank per jaar en per verzekerde.

§ 3. — TOEKENNING VAN DEN ONDERSTAND.

ART. 64.

Er wordt eene Nationale Kas ingesteld belast met de inrichting van de verzekering tegen invaliditeit. Deze kas staat onder den waarborg van den Staat.

De Nationale Invaliditeitskas bezit de rechtspersoonlijkheid : zij wordt beheerd door een beheerraad van zes leden bijgestaan door een bestuurder en door de Regeering benoemd. Hun mandaat duurt vijf jaar en is hernieuwbaar. Bij Koninklijk besluit wordt bepaald welke bezoldiging aan deze bediening is gehecht, evenals de wijze van beheer en de werking der kas ten opzichte van de aangesloten instellingen. Ieder jaar, in de eerste helft van Januari, worden de namen, voornamen, beroep en woonplaats der leden van den Beheerraad in het *Staatsblad* bekendgemaakt.

ART. 65.

La Caisse nationale alloue, à tout assuré invalide, à l'intervention des mutualités affiliées ou des établissements régionaux, une indemnité journalière de 3 francs.

En cas d'invalidité partielle, l'indemnité est fixée à fr. 2.50, 2.00 et 1.50, suivant que l'assuré n'est plus en état de gagner que les quotités respectives suivantes du salaire normal défini à l'article 58 : 40 %, 45 %, 50 %.

ART. 66.

Toutefois l'indemnité sera réduite à raison des cotisations que tout assuré soumis à l'obligation n'aurait pas versées. La réduction correspondante sera déterminée suivant un barème à fixer par arrêté royal sur avis du Conseil supérieur.

ART. 67.

Le droit de revision est ouvert en tout temps pour les deux parties.

ART. 68.

L'indemnité d'invalidité susdite est majorée comme suit à raison des charges de famille éventuelles de l'assuré assujetti ou admis au bénéfice de la loi : fr. 0.50 si l'invalide est marié; fr. 0.25 par enfant âgé de moins de 16 ans si l'invalide est père de famille.

Les charges de cette majoration seront couvertes par une intervention spéciale de 12 francs par assuré, payée à la Caisse nationale d'invalidité, moitié par la com-

ART. 65.

Door tusschenkomst van de aangesloten mutualiteiten of van de gewestelijke inrichtingen, verleent de Nationale Kas aan elken verzekerden invalide eene dagelijksche vergoeding van 3 frank.

In geval van gedeeltelijke invaliditeit, wordt de vergoeding bepaald op fr. 2.50, 2 frank en fr. 1.50, naar gelang de verzekerde nog slechts de volgende onderscheidenlijke gedeelten van het normaal salaris, omschreven door artikel 58, te weten : 40 t. h., 45 t. h., 50 t. h., kan winnen.

ART. 66.

Echter zal de vergoeding verminderd worden naar mate van de bijdragen welke ieder verplichtend verzekerde niet zou hebben gestort. De overeenstemmende vermindering wordt vastgesteld volgens een bij Koninklijk besluit, na advies van den Hoogen Raad te bepalen barema.

ART. 67.

Beide partijen zijn te allen tijde gerechtigd om de herziening aan te vragen.

ART. 68.

Bovengemelde vergoeding wegens invaliditeit wordt verhoogd als volgt, naar mate van de mogelijke gezinslasten van den verzekerde die aan de wet is onderworpen of tot het voordeel derzelve is toegelaten : fr. 0.50 indien de invalide gehuwd is; fr. 0.25 voor elk kind van minder dan 16 jaar, indien de invalide huisvader is.

De lasten van deze verhooging worden gedekt door eene bijzondere tegemoetkoming van 12 frank per verzekerde, betaald aan de Nationale Invaliditeitskas,

mune, moitié par la province où réside l'intéressé.

ART. 69.

La Caisse nationale verse, en outre, à la Caisse de retraite, en lieu et place de l'assuré, pendant toute la durée de l'invalidité, les cotisations obligatoires incombant à ce dernier et au chef d'entreprise en vue de l'assurance vieillesse et décès prématuré.

ART. 70.

Le Conseil d'administration de la Caisse nationale d'invalidité fera éventuellement des propositions de revision du calcul des diverses cotisations et subventions prévues au présent chapitre au Ministre de l'Industrie et du Travail. Le tarif nouveau ne pourra entrer en vigueur qu'en vertu d'un arrêté royal pris sur avis du Conseil supérieur.

ART. 71.

La Caisse nationale d'invalidité consacrerá une comptabilité particulière aux invalides provenant de la Section II des établissements généraux. Ces invalides seront groupés, au point de vue de l'administration des ressources de l'assurance, en une section spéciale dénommée Section II de la Caisse nationale d'invalidité, la Section I groupant les autres invalides.

En cas d'insuffisance de ressources, il sera pourvu à l'équilibre financier de la Section II de la Caisse nationale d'invalidité par l'intervention de l'État.

voor de helft door de gemeente, voor de helft door de provincie waar de betrokkene zijne verblijfplaats heeft.

ART. 69.

De Nationale Kas stort daarenboven in de Lijfrentekas, in plaats van den verzekerde, zoolang de invaliditeit duurt, de verplichte bijdragen die ten laste komen van dezen laatste en van het hoofd van onderneming met het oog op de verzekering tegen ouderdom en vroegtijdig overlijden.

ART. 70.

De Beheerraad van de Nationale Invaliditeitskas doet, zoo noodig, aan den Minister van Nijverheid en Arbeid voorstellen ter herziening van de berekening der onderscheidene bijdragen en tegemoetkomingen in dit hoofdstuk voorzien. Het nieuwe tarief treedt eerst in werking krachtens een na advies van den Hoogen Raad genomen Koninklijk besluit.

ART. 71.

De Nationale Invaliditeitskas zal eene bijzondere boekhouding hebben voor de invaliden overgekomen uit de Afdeeling II der gewestelijke inrichtingen. Deze invaliden worden, wat het beheer van de inkomsten der verzekering betreft, gegroepeerd in eene bijzondere afdeeling, genaamd : Afdeeling II van de Nationale Invaliditeitskas, terwijl de Afdeeling I de overige invaliden groepeerd.

Zijn de inkomsten ontoereikend, dan wordt het financieel evenwicht van de Afdeeling II der Nationale Invaliditeitskas verzekerd door de tusschenkomst van den Staat.

§ 4. — MESURE TRANSITOIRE.

ART. 72.

Il sera inscrit au crédit de la Caisse nationale pour tous les assurés âgés de plus de 25 ans au moment de l'entrée en vigueur de la loi, un montant annuel représentant la moitié du supplément de cotisation nécessaire pour atteindre le taux de cotisation normal correspondant à la rente de 1,095 francs eu égard à l'âge de l'assuré. Les charges résultant de ce service seront couvertes par les subventions des pouvoirs publics, suivant les règles tracées aux articles 45 et 56.

ART. 73.

La Caisse nationale d'invalidité prendra immédiatement à sa charge tous les invalides qui seront, au moment de la mise en vigueur de la présente loi, à charge des caisses fédérales d'invalidité; ces malades seront versés dans la section II de la Caisse nationale.

CHAPITRE IV.

L'assurance contre la tuberculose et l'organisation des sanatoria.

ART. 74.

L'assurance contre la tuberculose a pour objet de garantir à tout assuré obligatoire ou admis au bénéfice de la présente loi, ainsi qu'aux membres de sa famille, les avantages suivants :

1^o S'il est atteint de tuberculose et jugé sanatoriale par un médecin agréé pour le service de l'assurance tubercu-

§ 4. — OVERGANGSMAATREGEL.

ART. 72.

Voor al de verzekerden die meer dan 25 jaar oud zijn op het oogenblik dat deze wet in werking treedt, wordt op het crediet van de Nationale Kas een jaarlijksch bedrag ingeschreven, dat de helft vertegenwoordigt van de bijkomende bijdrage die noodig is om het normale bedrag te bereiken, dat met de rente van 1,095 frank overeenkomt, den leeftijd van den verzekerde in aanmerking nemende. De lasten wegens dezen dienst worden gedekt door de tegemoetkomingen van de openbare machten, naar de regelen bepaald bij de artikelen 45 en 56.

ART. 73.

De Nationale Invaliditeitskas zal dadelijk te haren laste nemen al de invaliden die, op het oogenblik dat deze wet van kracht wordt, ten laste zijn van de bondskassen voor invaliditeit; deze zieken gaan naar de Afdeeling II van de Nationale Kas over.

HOOFDSTUK IV.

Verzekering tegen tuberculose en inrichting van de sanatoria.

ART. 74.

De verzekering tegen tuberculose heeft ten doel, aan alwie verplichtend is verzekerd of tot het voordeel van deze wet is toegelaten, evenals aan de leden van zijn gezin, de volgende voordeelen te waarborgen :

1^o Indien hij door tuberculose is aangetast en door een geneesheer, toegelaten voor den dienst der verzekering

lose par le Conseil supérieur des Institutions de prévoyance, il aura droit à l'entretien et au traitement gratuit dans un sanatorium pour une durée d'au moins trois mois chaque année. La durée du séjour annuel dans le sanatorium peut être prolongée de l'avis conforme du Comité de patronage du sanatorium et d'un médecin agréé ;

2° Si l'intéressé ne peut, en raison du degré avancé de la maladie, être admis dans un sanatorium, des secours temporaires lui seront versés par les soins de l'établissement d'assurance auquel il est affilié conformément à un règlement spécial à élaborer par le Conseil supérieur des Institutions de prévoyance ;

3° Enfin, dans la mesure où les ressources le permettront et sur avis d'un médecin agréé, des indemnités supplémentaires pourront être accordées, le cas échéant, à l'effet de mettre les enfants du malade en subsistance en dehors de la maison familiale et les soustraire ainsi à la contagion.

L'octroi des avantages spécifiés ci-dessus ne préjudicie pas au versement des indemnités de maladie, de maladie prolongée et d'invalidité, dues en conformité des dispositions des chapitres I, II et III du titre III.

- ART. 75.

Il sera créé au sein de chaque union nationale mutualiste ainsi qu'au sein de la Caisse nationale d'invalidité, une caisse nationale d'assurance contre la tuberculose dotée de la personnification

tegen tuberculose door den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen, geschikt is bevonden om in een sanatorium te worden opgenomen, heeft hij recht op onderhoud en kosteloze verpleging in een sanatorium voor een duur van ten minste drie maanden ieder jaar. De duur van het jaarlijksch verblijf in het sanatorium kan worden verlengd op eensluidend advies van het Beschermingscomiteit van het sanatorium en van een toegelaten geneesheer ;

2° Indien de belanghebbende, wegens den gevorderden staat der ziekte, niet in een sanatorium kan worden opgenomen, worden hem, door toedoen van de verzekeringsinrichting waarbij hij is aangesloten, tijdelijke tegemoetkomingen uitbetaald overeenkomstig een bijzonder, door den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen op te maken reglement ;

3° Eindelijk, naarmate de geldmiddelen het toelaten en na advies van een toegelaten geneesheer, kunnen bijkomende vergoedingen worden verleend ten einde, bij voorkomend geval, de kinderen van den zieke buiten het ouderlijk huis te doen besteden en ze alzoo aan de besmetting te onttrekken.

De toekenning van de bovengemelde voordeelen geschiedt niet ten nadeele van de storting der vergoedingen voor ziekte, langdurige ziekte en invaliditeit, verschuldigd naar luid van de bepalingen der hoofdstukken I, II en III van titel III.

ART. 75.

In den schoot van elke nationale mutualiteitsvereeniging, alsmede in den schoot van de Nationale Invaliditeitskas, wordt eene nationale verzekeringskas opgericht tegen tuberculose ; deze kas

civile. Ces caisses nationales seront l'organe de l'assurance-tuberculose respectivement pour les mutualistes et pour les assurés affiliés aux établissements régionaux. Un arrêté royal en déterminera le fonctionnement ainsi que le mode d'administration et de gestion.

ART. 76.

En cas de survenance dûment constatée de tuberculose dans l'un des groupements affiliés, la Caisse nationale intéressée assume pour chaque malade, à concurrence de moitié, le paiement des frais d'hospitalisation et des autres indemnités allouées. L'autre moitié est, par parties égales, à charge de l'État et de la province où est établi la mutualité ou l'établissement régional dont l'assuré fait partie. Un arrêté royal fixera le coût de la journée d'hospitalisation ainsi que le montant allouable des indemnités de secours temporaires et de mise en subsistance.

ART. 77.

En vue de l'organisation de cette assurance, il sera versé par tout assuré obligatoire ou admis au bénéfice de la loi, une cotisation annuelle de fr. 1.20. Cette cotisation sera perçue par la mutualité de l'établissement régional et transférée à la Caisse nationale chargée de l'assurance. Elle pourra être révisée par arrêté royal sur avis du Conseil supérieur des institutions de prévoyance.

ART. 78.

L'État assure, sous le contrôle médical de l'Œuvre nationale de la lutte

geniet de rechtspersoonlijkheid. Deze nationale kassen zijn het orgaan van de verzekering tegen tuberculose onderscheidenlijk voor de mutualisten en voor de aangeslotenen bij de gewestelijke inrichtingen. Een Koninklijk besluit bepaalt hunne werkwijze alsmede hunne wijze van bestuur en van beheer.

ART. 76.

Indien een behoorlijk vastgesteld geval van tuberculose zich in een der aangesloten groepeeringsen voordoet, neemt de betrokken Nationale Kas voor elken zieke, ten bedrage van de helft, op zich de betaling van de verplegingskosten en van de overige toegekende vergoedingen. De andere helft komt, in gelijke verhouding, ten laste van den Staat en van de provincie waar de mutualiteit of de gewestelijke inrichting, waarvan de verzekerde deel uitmaakt, gevestigd is. Een Koninklijk besluit bepaalt den prijs van elken dag verblijf in een ziekenhuis, alsmede het toekennaar gedeelte der tijdelijke vergoedingen voor onderstand en uitbesteding.

ART. 77.

Om deze verzekering in te richten, stort ieder verplichte verzekerde of die welke tot het voordeel der wet is toegelaten, eene jaarlijksche bijdrage van fr. 1.20. Deze bijdrage wordt geïnd door de mutualiteit of de gewestelijke inrichting en overgestort in de Nationale Kas die met de verzekering is belast. Zij kan worden herzien bij Koninklijk besluit na advies van den Hoogen Raad der verzorgingsinstellingen.

ART. 78.

Onder het geneeskundig toezicht van het Nationaal Werk tot bestrijding van

contre la tuberculose, l'hospitalisation des malades tuberculeux bénéficiaires de la présente loi, par la création et l'agréation de sanatoria. Tous ces établissements jouissent des subsides des pouvoirs publics d'après des bases identiques.

Les malades choisissent librement parmi ceux-ci le lieu de leur hospitalisation.

En vue de promouvoir la création de sanatoria par des groupements mutualistes, des subventions de premier établissement s'élevant aux trois quarts de la dépense peuvent être accordées à ceux-ci. Parmi les sanatoria créés par l'État il en sera mis un nombre suffisant à la disposition de la Caisse nationale d'invalidité.

ART. 79.

Un crédit de 10 millions de francs est mis à la disposition du Gouvernement en vue de la création de sanatoria. Une allocation annuelle est fixée par le Budget ordinaire du Ministère de l'Industrie et du Travail, pour la participation de l'État dans les frais de traitement des assurés dans les sanatoria.

CHAPITRE V.

Assurance maternelle.

ART. 80.

L'assurance maternelle a pour objet de garantir le versement : a) d'une indemnité de 300 francs à la femme de tout assuré en cas d'accouchement moyennant justification qu'elle a chômé pendant au moins trente jours; b) d'une

tuberculose, verzekert de Staat de opnemings der tuberculeuzen, die de voordelen dezer wet genieten, door het oprichten en het toelaten van sanatoria. Al deze inrichtingen genieten, volgens eenvormige grondslagen toelagen van openbare machten.

De zieken kiezen vrijelijk in welke dezer inrichtingen zij willen opgenomen worden.

Ten einde de oprichting van sanatoria door mutualistische groepeerings te bevorderen, kunnen daaraan tegemoetkomingen van eerste inrichting, die drie vierden van de uitgaven mogen bedragen, toegekend worden. Een behoorlijk aantal der door den Staat opgerichte sanatoria wordt ter beschikking gesteld van de Nationale Invaliditeitskas.

ART. 79.

Een crediet van tien millioen frank wordt ter beschikking gesteld van de Regeering voor de oprichting van sanatoria. Door de gewone Begrooting van het Ministerie van Nijverheid en Arbeid wordt eene jaarlijksche tegemoetkoming bepaald voor de bijdrage van den Staat in de kosten van verpleging der verzekerden in de sanatoria.

HOOFDSTUK V.

Moederverzekering.

ART. 80.

De moederverzekering heeft ten doel, de storting te waarborgen : a) van eene vergoeding van 300 frank aan de vrouw van iederen verzekerde in geval van kraambed, mits men bewijst dat zij gedurende ten minste dertig dagen

indemnité de 500 francs à toute assurée obligatoire qui chômera pendant dix semaines.

ART. 81.

Il est institué une Caisse nationale d'assurance maternelle dotée de la personnification civile et annexée à la Caisse nationale d'invalidité. Sa gestion est assumée par le Conseil d'administration de celle-ci.

ART. 82.

La caisse d'assurance maternelle sera alimentée :

1° Par une cotisation uniforme de fr. 3.60 par assuré et par an, perçue à l'intervention des mutualités ou des établissements régionaux ;

2° Par une subvention du même import à charge, par parts égales, de l'État et de la province où est établie la mutualité dont l'assuré fait partie.

L'indemnité d'accouchement sera liquidée à l'intervention de la mutualité ou de l'établissement régional où l'assuré est affilié.

CHAPITRE VI.

Assurance en vue des frais funéraires.

ART. 83.

Une indemnité de 150 francs est versée en cas de décès d'un assuré pour couvrir les frais funéraires.

ART. 84.

Les conditions techniques dans lesquelles cette assurance sera organisée,

werkloos is gebleven; b) van eene vergoeding van 500 frank aan elke verplichtend verzekerde vrouw die gedurende tien weken werkloos blijft.

ART. 81.

Er wordt eene nationale verzekeringskas voor kraamvrouwen opgericht. Deze kas geniet de rechtspersoonlijkheid en wordt gehecht aan de Nationale Invaliditeitskas. De Beheerraad dezer kas neemt het beheer er van waar.

ART. 82.

De verzekeringskas voor kraamvrouwen wordt gespijsd :

1° Door eene eenvormige bijdrage van fr. 3.60 per verzekerde en per jaar, geïnd door tussenkomst van de mutualiteiten of de gewestelijke inrichtingen ;

2° Door eene toelage van een gelijk bedrag ten laste, bij gelijke deelen, van den Staat en van de provincie waar de mutualiteit is gevestigd, bij dewelke de verzekerde is aangesloten.

De vergoeding wegens kraambed wordt uitbetaald door tussenkomst van de mutualiteit of de gewestelijke inrichting waarbij de verzekerde is aangesloten.

HOOFDSTUK VI.

Verzekering tegen begrafenis-kosten.

ART. 83.

Bij overlijden van een verzekerde wordt eene vergoeding van 150 frank gestort voor de begrafenis-kosten.

ART. 84.

De technische wijze van regeling, wat de inrichting dezer verzekering

notamment le montant des cotisations payables et l'intervention du fonds destiné à fonctionner pendant la période transitoire seront fixés par un arrêté royal pris sur avis du Conseil supérieur des Institutions de prévoyance.

CHAPITRE VII.

Dispositions complémentaires.

ART. 85.

Nul ne pourra cumuler le bénéfice des avantages assurés aux termes de la présente loi, par les mutualités ou caisses fédérales et par les établissements régionaux.

ART. 86.

Les secours, rentes et pensions alloués aux termes de la présente loi, sont incessibles et insaisissables.

ART. 87.

Les organes assureurs tiendront un compte spécial des réserves mathématiques relatives à l'assurance-maladie prolongée et invalidité des assurés qui cessent d'être soumis obligatoirement ou volontairement à la loi.

Il sera tenu compte à ces derniers de ces réserves suivant barème à fixer par arrêté royal sur avis du Conseil supérieur des institutions de prévoyance dans le cas où ils seraient à nouveau soumis à l'obligation de l'assurance.

Les organes assureurs ne pourront disposer de ces réserves qu'en cas de décès de l'intéressé ou au moment où il

betreft, inzonderheid het bedrag der betaalbare bijdragen en de tussenkomst van het fonds dat gedurende het overgangstijdperk moet werken, wordt bepaald bij Koninklijk besluit, genomen na advies van den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen.

HOOFDSTUK VII.

Aanvullende bepalingen.

ART. 85.

Niemand mag tegelijkertijd de voordelen genieten, naar luid van deze wet toegekend door de mutualiteiten of de bondskassen en door de gewestelijke inrichtingen.

ART. 86.

De onderstandsgelden, renten en pensioenen, naar luid van deze wet toegekend, kunnen noch afgestaan noch in beslag genomen worden.

ART. 87.

De verzekeringsorganismen houden eene bijzondere rekening van de wiskundige reserves betreffende de verzekering tegen ziekte, tegen langdurige ziekte en invaliditeit der verzekerden die ophouden verplichtend of niet verplichtend aan de wet onderworpen te zijn.

Voor deze laatste wordt rekening gehouden van deze reserves volgens een bij Koninklijk besluit, na advies van den Hoogen Raad der Voorzorgsinstellingen te bepalen barema, ingeval zij opnieuw aan de verplichting der verzekering onderworpen werden.

De verzekeringsorganismen mogen over deze reserves niet beschikken dan bij overlijden van den belanghebbende of op

atteindra 65 ans. En ce qui concerne l'assurance-invalidité, le bénéfice qui en résultera sera destiné en premier lieu à combler le déficit résultant de l'insuffisance des ressources de la période transitoire; en second lieu à combler s'il y a lieu le déficit de la gestion normale ou à former un fonds de prévision.

Lorsque le fonds de prévision atteindra 100 millions de francs, ce bénéfice viendra en déduction des charges assurées par l'État du chef de l'assurance contre l'invalidité.

ART. 88.

Les règles et formes d'après lesquelles s'effectueront le versement des cotisations des assurés et des patrons, la liquidation des subventions et primes d'État ainsi que le paiement des indemnités revenant aux assurés, seront déterminées par arrêté royal.

ART. 89.

Aucune retenue ne peut être opérée pour les services d'assurance par le chef d'entreprise ou l'employeur sur le salaire de l'assuré qui justifie avoir fait les versements requis.

En vue de cette justification, la mutualité ou l'établissement régional remettra à l'assuré un certificat qui vaudra décharge vis-à-vis du patron jusqu'à révocation par la mutualité ou l'établissement auquel il est affilié. Ces organismes sont responsables, jusqu'à révocation, des versements obligatoires.

het oogenblik dat hij den leeftijd van 65 jaar bereikt. Wat de invaliditeitsverzekering betreft, wordt de opgeleverde winst bestemd, eerstens om het tekort aan te vullen voortvloeiende uit ontoereikende inkomsten gedurende het overgangstijdperk; tweedens, om, zoo noodig, het tekort aan te vullen van het normaal beheer of om een voorzieningsfonds te vormen.

Zoodra het voorzieningsfonds 100 miljoen frank bereikt, komt deze winst in mindering van de door den Staat op zich genomen lasten wegens de verzekering tegen invaliditeit.

ART. 88.

De regels en wijzen, volgens welke de storting van de bijdragen der verzekerden en der werkgevers gedaan wordt, alsook de uitkeering der toelagen en premiën van den Staat en de betaling van de vergoedingen die aan de verzekerden toekomen, worden vastgesteld bij Koninklijk besluit.

ART. 89.

Voor de verzekeringsdiensten mag door het hoofd van onderneming of den werkgever geene afhouding worden gedaan van het loon van den verzekerde, die bewijst dat hij de vereischte stortingen heeft gedaan.

Met het oog op dit bewijs, verstrekt de mutualiteit of de gewestelijke inrichting aan den verzekerde een bewijs-schrift dat ter ontlasting dient tegenover den werkgever, tot herroeping toe door de mutualiteit of de inrichting waarbij hij is aangesloten. Deze inrichtingen zijn, tot herroeping toe, aansprakelijk voor de verplichte stortingen.

ART. 90.

A défaut des justifications prévues par l'article précédent, le chef d'entreprise ou l'employeur est tenu de prélever sur le salaire des assurés, les cotisations obligatoires et de les verser au nom de l'assuré à la mutualité choisie par ce dernier ou à l'établissement régional. Si le chef d'entreprise ou l'employeur manque à cette obligation, il est tenu de payer personnellement le montant des cotisations dues depuis cinq ans et non versées. Le juge de paix statue à cet égard et sans frais.

ART. 91.

Nul ne peut obliger l'assuré à faire partie d'un organisme d'assurance déterminé, ni l'empêcher de s'affilier à l'institution qu'il aura choisie.

Les nominations des administrateurs auront toujours lieu au scrutin secret et il sera loisible aux membres de voter pour les affiliés dont la candidature n'aurait pas été présentée.

Lorsqu'une mutualité est composée en majorité de personnes occupées dans une entreprise déterminée, les assemblées ne peuvent être tenues dans un local dépendant de l'entreprise.

ART. 92.

Les mutualités, caisses fédérales et établissements régionaux ainsi que la Caisse nationale d'invalidité, les caisses nationales d'assurance contre la tuberculose et la Caisse nationale d'assurance maternelle peuvent, outre ce qui est prévu par la loi du 24 juin 1894,

ART. 90.

Bij gebrek aan de bewijzen, in voorgaand artikel voorzien, is het hoofd van onderneming of de werkgever verplicht, van het loon der verzekerden de verplichte bijdragen af te houden en ze te storten, op naam van den verzekerde, bij de door dezen gekozen mutualiteit of bij de gewestelijke inrichting. Komt het hoofd van onderneming of de werkgever aan deze verplichting te kort, dan is hij persoonlijk gehouden het bedrag der bijdragen, die sedert vijf jaar zijn verschuldigd en niet gestort werden, te betalen. Te dien opzichte vonnist de vrederechter en zonder kosten.

ART. 91.

Niemand kan den verzekerde verplichten, van een bepaalde verzekering deel uit te maken, noch hem beletten zich aan te sluiten bij de door hem verkozen instelling.

De benoemingen van de beheerders geschieden altijd bij geheime stemming en het staat de leden vrij te kiezen voor de aangeslotenen wier candidatuur niet werd voorgedragen.

Wanneer eene mutualiteit voor het grootste gedeelte samengesteld is uit personen die in eene bepaalde onderneming arbeiden, mogen de vergaderingen niet gehouden worden in een lokaal van die onderneming afhangende.

ART. 92.

De mutualiteiten, bondskassen en gewestelijke inrichtingen, evenals de Nationale Invaliditeitskas, de Nationale verzekeringskassen tegen tuberculose en de Nationale kas voor Moederverzekering kunnen, buiten wat is voorzien door de wet van 24 Juni 1894, hunne reserves

placer leurs réserves relatives aux indemnités et au service médical et pharmaceutique : 1^o en obligations de la Société nationale des habitations à bon marché et des sociétés agréées par elle ou par la Caisse générale d'Épargne et de Retraite; 2^o en valeurs belges ou congolaises figurant au portefeuille de la Caisse générale d'Épargne et de Retraite et admises par le Conseil supérieur des Institutions de Prévoyance; 3^o en premières hypothèques sur tous immeubles, sans que le montant de chaque prêt puisse dépasser quinze fois le revenu cadastral des biens donnés en garantie. Pour le surplus de leur avoir, les mutualités, caisses fédérales et établissements régionaux auront la faculté d'opérer tout placement utile en rapport avec la réalisation de leur but social. Les placements prévus au 3^o ne pourront excéder 40 % de l'actif et devront être autorisés par le Conseil supérieur. Les réserves mathématiques sont affectées par privilège au paiement des indemnités dues aux assurés obligatoires.

ART. 93.

Le Conseil supérieur, la Caisse nationale d'invalidité, les établissements régionaux et les sociétés mutualistes agréées jouissent, pour leurs envois postaux d'ordre administratif, de la franchise postale.

CHAPITRE VIII.

Dispositions pénales.

ART. 94.

Sans préjudice de l'application éventuelle des articles 198 et 203 à 209

betreffende de vergoedingen en den genees- en arsepijkundigen dienst beleggen : 1^o in obligatiën van de Nationale maatschappij voor goedkoope woningen en van de door haar of door de Algemeene Spaar- en Lijfrentekas toegelaten maatschappijen; 2^o in Belgische of Congoleesche waarden, behoorende tot het portefeuille der Algemeene Spaar- en Lijfrentekas en door den Hoogen Raad van de Voorzorgsinstellingen aangenomen; 3^o in eerste hypotheeken op alle onroerende goederen, zonder dat het bedrag van elke leening vijftien maal het kadastraal inkomen der als waarborg gegeven goederen mag overschrijden. Voor het overschietende gedeelte in hun bezit, zijn de mutualiteiten, de bondskassen en de gewestelijke inrichtingen vrij alle nuttige beleggingen te verrichten, in verband met de nastreving van hun maatschappelijk doel. De bij n^o 3^o voorziene beleggingen mogen niet 40 t. h. van het actief overschrijden en moeten door den Hoogen Raad gemachtigd zijn. De wiskundige reserves worden bij voorrecht bestemd voor de betaling van de vergoedingen aan de verplichte verzekerden.

ART. 93.

Voor hunne dienstverzendingen over de post genieten de Hooge Raad, de Nationale Invaliditeitskas, de gewestelijke inrichtingen en de toegelaten mutualiteiten portvrijdom.

HOOFDSTUK VIII.

Strafbepalingen.

ART. 94.

Onverminderd de mogelijke toepassing van de artikelen 198 en 203 tot

inclus du Code pénal, sont punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de 26 à 3,000 francs ou d'une de ces peines seulement, ceux qui consignent, sciemment ou volontairement, des déclarations inexactes dans les livres de comptabilité, comptes, bordereaux, certificats ou écrits justificatifs quelconques, prescrits par la présente loi ou par les arrêtés pris pour son exécution.

ART. 95.

Sans préjudice de l'application des articles 207, 208 et 209 du Code pénal, sont punis des mêmes peines ceux qui, sciemment ou volontairement, auront fait usage de ces écrits contenant des déclarations inexactes.

ART. 96.

Sous réserve d'application de l'article 495 du Code pénal, sont punis des mêmes peines, ceux qui font, aux organismes d'assurance prévus par la présente loi, de fausses déclarations, aux fins de se soustraire eux-mêmes ou de soustraire un tiers aux obligations prescrites par la présente loi ou par les arrêtés pris pour son exécution ou aux fins d'obtenir des indemnités ou des avantages alloués en vertu de la présente loi ou des arrêtés d'exécution.

ART. 97.

Les chefs d'entreprise qui font obstacle au contrôle indispensable pour assurer l'application de la loi seront punis d'une amende de 26 à 200 francs, sans préjudice, s'il y a lieu à l'application des peines comminées par les articles 269 à 274 du Code pénal. La même amende

en met 209 van het Strafwetboek, worden met eene gevangenisstraf van eene maand tot 5 jaar en met eene geldboete van 26 tot 3,000 frank of met slechts een dezer straffen gestraft zij, die wetens en willens, onnauwkeurige verklaringen opnemen in de boeken, de rekeningen, borderellen, getuigsschriften of welkdanige bewijsschriften ook, voorgeschreven door deze wet of door de besluiten te harer uitvoering genomen.

ART. 95.

Onverminderd de toepassing van de artikelen 207, 208 en 209 van het Strafwetboek, worden met dezelfde straffen gestraft zij, die, wetens en willens, gebruik hebben gemaakt van deze geschriften welke onnauwkeurige verklaringen inhouden.

ART. 96.

Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 495 van het Strafwetboek, worden met dezelfde straffen gestraft zij, die aan de bij deze wet voorziene verzekeringsorganismen valsche verklaringen doen, ten einde zichzelf of een derde te onttrekken aan de verplichtingen voorgeschreven door deze wet of door de besluiten te harer uitvoering genomen, of ten einde vergoedingen of voordeelen te bekomen, krachtens deze wet of de besluiten ter uitvoering toegekend.

ART. 97.

De hoofden van onderneming, die zich verzetten tegen het toezicht dat volstrekt noodzakelijk is om de toepassing van de wet te verzekeren, worden gestraft met eene geldboete van 26 tot 200 frank, onverminderd, zoo er grond voor is, de toepassing van de straffen

est appliquée pour chaque infraction à l'article 91.

ART. 98.

Sera puni d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de huit jours à trois mois, quiconque par menaces, dons, promesses d'argent, ristournes à l'assuré sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, aura porté atteinte à la liberté de l'assuré de choisir son médecin ou son pharmacien.

ART. 99.

L'article 85 du livre I du Code pénal est applicable aux infractions prévues ci-dessus.

voorzien bij de artikelen 269 en 274 van het Strafwetboek. Dezelfde boete wordt toegepast voor elke overtreding van artikel 91.

ART. 98.

Wordt gestraft met eene geldboete van 100 tot 500 frank en met eene gevangenisstraf van acht dagen tot drie maanden, alwie, door bedreigingen, giften, beloften van geld, terugbetalingen aan den verzekerde op de honoraria van geneesheeren of de leveringen van artsenijen, inbreuk heeft gemaakt op de vrijheid van den verzekerde om zijn geneesheer of zijn apotheker te kiezen.

ART. 99.

Artikel 85 van Boek I van het Strafwetboek is toepasselijk op de hierboven voorziene misdrijven.

ED. PECHER.

FULG. MASSON.

ALB. DEVÈZE.

ALF. AMELOT.

H. DE SELYS-LONGCHAMPS.

A. BUYL.
