

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 1962-1963.

24 JULI 1963.

Ontwerp van wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
TEWERKSTELLING, ARBEID EN SOCIALE
VOORZORG (1) UITGEBRACHT
DOOR DE HH. **PEDE EN DEVUYST.**

DAMES EN HEREN,

INLEIDING.

Het ons door de Kamer van Volksvertegenwoordigers overgemaakt wetsontwerp werd door de commissie aldaar, na een langdurige en vruchtbare bespreking, met 17 stemmen en 1 onthouding goedgekeurd. Het maakte het voorwerp uit van een zeer gedocumenteerd en lijvig verslag, voorgedragen door de heren Depaepe en Brouhon. Het werd uiteindelijk door de Kamer, in haar vergadering van 27 juni 1963, na een grondig onderzoek, met 156 tegen 17 stemmen, bij 8 onthoudingen, goedgekeurd. Op haar beurt heeft Uw Commissie vijftien vergaderingen besteed aan de bespreking van dit ontwerp.

Het U thans voorgelegd wetsontwerp betekent ontegensprekelijk een grote stap vooruit op sociaal gebied, in de richting zoals zulks werd aangegeven door de besluitwet van 28 december 1944, betreffende de sociale zekerheid der arbeiders en met de bedoeling de sociaal verzekerden doelmatiger te beschermen wanneer zij door ziekte of invaliditeit worden getroffen.

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

De heren Troclet, voorzitter; Bertinchamps, Beulers, Bonjean, Carpels, Debucquoy, Derore, de Stexhe, Meij, Driessen, de heren Heylen, Houben, Robert, Mage, Merchiers, Remson, Simoens, Smet, Uselding, Vandeputte, Vreven, Wyn en Pedé en Devuyt, verslaggevers.

R. R 6520.

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

281 (Zitting 1962-1963) : Ontwerp overgezonden door de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1962-1963.

24 JUILLET 1963.

Projet de loi instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

RAPPORT

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

MESDAMES, MESSIEURS,

INTRODUCTION.

Le présent projet de loi, qui nous est transmis par la Chambre des Représentants, y fut adopté en Commission, après une discussion approfondie et fructueuse, par 17 voix et 1 abstention. Il fit l'objet d'un rapport volumineux fort documenté et rédigé par MM. De Paepe et Brouhon. Après un examen approfondi, le projet fut finalement voté par la Chambre des Représentants en sa séance publique du 27 juin 1963, par 156 voix contre 17 et 8 abstentions.

Votre Commission, saisie du projet, a consacré quinze réunions à l'examen du texte.

Sur le plan social, le projet qui vous est actuellement soumis constitue sans contredit un grand pas en avant dans la voie tracée par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs; il vise à protéger, d'une manière plus efficace, les assurés sociaux atteints de maladie ou d'invalidité.

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

MM. Troclet, président; Bertinchamps, Beulers, Bonjean, Carpels, Debucquoy, Derore, de Stexhe, Mlle Driessen, MM. Heylen, Houben, Robert, Mage, Merchiers, Remson, Simoens, Smet, Uselding, Vandeputte, Vreven, Wyn et Pedé et Devuyt, rapporteurs.

R. R 6520.

Voir :

Document du Sénat :

281 (Session de 1962-1963) : Projet transmis par la Chambre des Représentants.

Het wetsontwerp werd tevens geïnspireerd door het verslag opgesteld door de Parlementaire Werkgroep, die reeds in haar inleiding verklaarde :

« De uit de vertegenwoordigers van de drie traditionele partijen samengestelde Werkgroep was er om bezorgd de huidige toestand objectief te beschrijven, er de zwakheden van aan het licht te brengen, de onvolkomenheden aan te tonen en er ook de positieve zijden van te erkennen. Uitgaande van die diagnose was het er hem om te doen oplossingen voor te stellen die, alhoewel ze niet elk afzonderlijk eenstemmigheid hebben verworven, blijk geven van de wens samenhangende oplossingen te vinden om die zo belangrijke tak van onze sociale wetgeving, *te saneren en zijn doelmatigheid te verhogen*. » (wij onderlijnen).

De Parlementaire Werkgroep bleef in de lijn zoals deze reeds in 1944 werd omschreven en waarbij in de memorie van toelichting aan de Regent verklaard werd :

« ... dat de arbeider zich ongerust maakt voor de dag van morgen, de angst voor een ongeval of een ziekte, waaruit zou voortspuiten hetzij een tijdelijke onderbreking, hetzij een vermindering of vernietiging van de geschiktheid tot werken en, in elk geval, zelfs zo de geschiktheid tot werken niet onderbroken wordt, verpletterende lasten voor het gezinsbudget, dat zonder die onzekerheid reeds moeilijk in evenwicht is te brengen. »

Deze toelichting was het gevolg en voorzeker ingegeven onder invloed van het Atlantische Charter van augustus 1941 en waarin o.a. gezegd werd dat :

« ... De mensheid in alle landen moet gevrijwaard worden voor gebrek. De maatschappelijke zekerheid moet het deel zijn der volkeren. »

Zo de besluitwet van 28 december 1944 een mijlpaal betekende in de geschiedenis van de sociale wetgeving van ons land en een merkelijke verbetering bracht aan de toestand van de handarbeiders en bedienden, dan kan heden niet gezegd worden dat het door de wetgever vooropgezette doel volledig werd bereikt.

Steunende op de gegevens van de vrije verzekering, betekende de besluitwet van 28 december 1944 een proef, die, na de nodige elementen te hebben bijeengebracht, diende herzien om een definitieve vorm te verkrijgen. Achttien jaar zijn sinds voorbijgegaan. Pogingen tot hervorming werden gedaan (zie het verslag van de heren De Paepe en Brouhon), alle evenwel zonder positieve resultaten, die uiteindelijk geleid hebben tot de oprichting van de Parlementaire Werkgroep en tot het wetsontwerp dat U nu ter onderzoek wordt voorgelegd.

Naast het saneren en het doelmatiger maken van de verzekering, is het wetsontwerp er tevens in geslaagd het principe van de solidariteit nauwer te omlijnen, door een grotere compensatie in te voeren en een betere verdeling van de inkomsten van de verzekering vast te leggen.

De U voorgestelde hervorming zal een volledige wijziging teweegbrengen in de verdeling van de inkomsten en ieder van de landsbonden op dezelfde wijze bedelen, rekening houdend met de samenstelling van zijn ledental en de ziekterisico's er aan verbonden.

De scheiding van de verzekering in twee net afgekende sectoren :

a) de geneeskundige verstrekkingen;

Le projet s'inspire en outre du rapport rédigé par le Groupe de Travail parlementaire, qui déclarait déjà dans l'introduction de son rapport :

« Composé de représentants des trois partis traditionnels, le Groupe de Travail a eu le souci de décrire objectivement la situation actuelle, d'en dénoncer les faiblesses, d'en montrer les insuffisances et d'en reconnaître aussi les aspects positifs. Partant de ce diagnostic, il a voulu proposer des solutions qui, sans avoir nécessairement, dans chaque cas, réuni l'unanimité, témoignent chacune du désir de trouver des solutions d'ensemble en vue d'*assainir* ce secteur si important de notre législation sociale et d'*accroître l'efficacité*. » (C'est nous qui soulignons).

Le Groupe de Travail parlementaire s'est conformé à la ligne fixée dès l'année 1944 et que le Rapport au Régent commentait en ces termes :

« ... les principaux sujets d'inquiétude qui troublent le monde du travail sont le souci des vieux jours, la crainte d'un accident ou d'une maladie, suspendant, réduisant ou annulant la capacité de travail et imposant, même si la capacité de travail n'est pas interrompue, des charges écrasantes à un budget familial déjà difficile à équilibrer sans cet aléa. »

Ces considérations faisaient suite à la Charte de l'Atlantique d'août 1941 et s'en étaient certainement inspirées. La Charte proclamait notamment qu'il faut « garantir à tous les hommes de tous les pays une existence affranchie du besoin » et « garantir à toutes les nations ... la sécurité sociale ».

Si l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 a marqué une étape dans l'histoire de la législation sociale de notre pays et si elle représente une amélioration notable de la situation des ouvriers et des employés, on ne peut cependant prétendre aujourd'hui que l'objectif poursuivi par le législateur ait été complètement atteint.

Basé sur les données fournies par l'assurance libre, l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 était une expérience et le système devait être réétudié en vue de lui donner une forme définitive lorsqu'on aurait rassemblé les éléments nécessaires. Dix-huit années se sont écoulées depuis. Des tentatives de réforme ont été entreprises (voir à ce sujet le rapport de MM. De Paepe et Brouhon), qui sont toutefois restées sans résultats positifs et qui ont abouti finalement à la création du Groupe de Travail parlementaire et au dépôt du projet de loi qui est soumis à vos délibérations.

Ce projet de loi est de nature non seulement à assainir le régime de l'assurance et à le rendre plus efficace, mais en même temps à préciser le principe de la solidarité, en instaurant une compensation plus importante et en fixant une meilleure répartition des recettes de l'assurance.

La réforme qui vous est proposée amènera un changement complet dans la répartition des recettes et permettra de traiter de la même manière chacune des unions nationales, en tenant compte du nombre de ses membres et des risques de maladie y afférents.

La séparation de l'assurance en deux secteurs nettement distincts :

a) les prestations de santé;

b) de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor begrafenis kosten laat in de toekomst toe de financiële mogelijkheden van elke tak op voorhand te bepalen, de verantwoordelijkheid van ieder ervan beter te omlijnen, zonder dat de ene sector beïnvloed wordt door de financiële moeilijkheden van de andere.

Zij schept tevens de mogelijkheid, reeds vooropgezet in het verslag van de Parlementaire Werkgroep, om « een ziekteverzekering in te richten ten behoeve van sociale groepen, studenten, overheids personeel, zelfstandigen » en beantwoordt terzelfder tijd aan de inzichten van de besluitwet van 28 december 1944 « De maatschappelijke zekerheid moet aan allen gewaarborgd zijn, aan de zelfstandige arbeiders, ambachtslieden, handelaars of personen die een vrij beroep uitoefenen, zowel als aan de loonarbeiders... ».

Het ten laste nemen door de Staat van 50 % der uitgaven voor voortdurende ziekte en van 95 % van de invaliditeitsuitkering, laat aan deze sector toe die uitkeringen aan te passen aan de huidige toestand, de mogelijkheid latende volgens de financiële omstandigheden de vastgestelde minimumuitkering van 60 % van het ontbeerde loon te verhogen volgens de behoeften en noodzaken van het ogenblik.

De af te sluiten overeenkomsten met het geneeskorenkorps, de verplegingsinstellingen, de apothekers, de tandartsen, de vroedvrouwen, de verpleegsters, de kinesiherapeuten en de verstrekkers van prothesen en toestellen, laten de verzekering toe de ondoelmatigheid van het huidig stelsel uit de weg te ruimen, die de verzekerden ondraaglijke financiële lasten op de rug legde, door het betalen van niet te controleren, noch vastgelegde erelonen.

Door de zogenaamde sociale ziekten : tuberculose, kanker, geesteszieken, poliomyelitis, aangeboren aandoeningen en misvormingen, ten zijne laste te nemen heeft de Staat zijn inzicht te kennen gegeven niet alleen de kosten van deze kwalen te dragen, maar tevens de voorbehoedingsmaatregelen te treffen om ze te bestrijden. Voor de verzekerden is het een merkelijke verlichting gezien de over het algemeen lang aanslepende en dure verzorging, de gezinnen in armoede dompelt.

De doelmatigheid van het wetsontwerp komt insgelijks tot uiting in de bepalingen voorzien voor ziekenhuisverpleging. Het overeenkomstenstelsel zal toelaten, door het vastleggen van de wederzijdse rechten en plichten van de twee partijen, het grote verschil uit te schakelen dat ligt tussen de terugbetalingsbedragen van de verzekering en de kosten per verpleegdag aangerekend door de ziekenhuizen en klinieken. Bovendien worden aanvullende tegemoetkomingen voorzien in een door de Regering aangekondigd ontwerp van wet op de verplegingsinrichtingen.

Door een gelijktijdige inspanning van de betrokken departementen van Volksgezondheid, Economische Zaken en Sociale Voorzorg, zal het mogelijk zijn de door de geneesheren voorgeschreven en noodzakelijke specialiteiten, naar rata van 75 % van de gemiddelde prijs van alle gecontroleerde specialiteiten, forfaitair

b) les indemnités d'incapacité de travail et les allocations pour frais funéraires permettra désormais de déterminer d'avance les possibilités financières de chaque branche et de circonscrire plus nettement les responsabilités de chacune de celles-ci, sans que l'un des secteurs subisse le contre-coup des difficultés financières de l'autre.

Elle crée en même temps la possibilité, dont il est déjà question dans le rapport du Groupe de Travail parlementaire, « d'organiser une assurance-maladie pour des groupes sociaux — étudiants, agents des services publics, travailleurs indépendants » et elle rencontre en même temps les objectifs poursuivis par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 : « La sécurité sociale doit être garantie à tous, aux travailleurs indépendants, artisans, commerçants ou personnes de professions libérales, aussi bien qu'aux travailleurs salariés. »

La prise en charge par l'Etat de 50 % des dépenses pour maladies prolongées et de 95 % de l'indemnité d'invalidité permet à ce secteur d'adapter ses indemnités à la situation actuelle, tout en permettant d'augmenter l'indemnité minima de 60 % de la perte de salaire, dans les limites des possibilités financières et selon les besoins et les nécessités du moment.

Grâce aux conventions à passer avec le corps médical, les établissements hospitaliers, les pharmaciens, les praticiens de l'art dentaire, les accoucheuses, les infirmières, les kinésistes et les fournisseurs de prothèses et appareils, l'assurance sera en mesure de remédier au manque d'efficacité du régime actuel, qui imposait des charges financières excessives aux assurés, lesquels étaient obligés de payer des honoraires qui n'étaient ni fixes ni contrôlables.

En prenant à sa charge les maladies dites sociales, c'est-à-dire la tuberculose, le cancer, les maladies mentales, la poliomyélite, les affections et les malformations congénitales, l'Etat a manifesté l'intention non seulement de supporter les dépenses provoquées par ces affections, mais aussi de prendre des mesures préventives afin de les combattre. Pour les assurés, il s'agit là d'un allègement sensible, puisque les soins, généralement onéreux et prolongés, que nécessitent lesdites maladies, grèvent lourdement les budgets familiaux.

L'efficacité du projet de loi apparaît également dans les dispositions relatives à l'hospitalisation. Le régime conventionnel permettra, grâce à la détermination des droits et devoirs réciproques des deux parties, de supprimer la différence considérable qui existe entre les taux de remboursement de l'assurance et les taux de la journée d'entretien réclamés par les hôpitaux et les cliniques. De plus, des interventions supplémentaires sont prévues dans le projet de loi sur les hôpitaux qui est annoncé par le Gouvernement.

Grâce à un effort simultané des départements intéressés : Santé publique, Affaires économiques et Prévoyance sociale, il sera possible de fixer forfaitairement les spécialités nécessaires et prescrites par les médecins, à 75 % du prix moyen de toutes les spécialités contrôlées et de prévoir ainsi une intervention de

vast te leggen en aldus een tussenkomst te voorzien door de verzekering, zoals thans gebeurt voor de magistrale voorschriften.

Ten slotte zou de met het geneesherenkorps af te sluiten overeenkomst toelaten de minst begunstigde sociaal verzekerden, n.l. de gepensioneerden, weduwen, invaliden en wezen, te laten genieten van een bijzonder tarief, waarbij hun de kosteloze geneeskundige verzorging zou worden verzekerd. Dit bijzonder stelsel is gerechtvaardigd gezien de personen van deze categorieën geen deel meer hebben aan het actieve beroepsleven en over minder inkomsten beschikken dan de actieve verzekerden.

Het U voorgelegd wetsontwerp is het logisch gevolg van de meer dan een eeuw oude mutualistische beweging in ons land. Het beantwoordt in grote mate aan de verzuchtingen van degenen die, zoveel jaren terug, de kleine bonden van onderlinge bijstand hebben opgericht met de bedoeling hun zieke werkmakkers te helpen wanneer zij door het noodlot werden getroffen, en zodoende met eigen middelen de solidariteit wisten toe te passen. Het is deze solidariteit die aan de grondslag ligt van de huidige hervorming en die aldus, voor de eerste maal na de eerste wereldoorlog, in wettelijke termen zal worden vastgelegd.

Het is diezelfde solidariteit die Winston Churchill bezielde, wanner hij bij de instelling van de « National Health Service » verklaarde :

« De ontdekkingen van de medische wetenschap zijn gemeengoed, dat is zonneklaar. De ziekte, of zij nu de armste of de rijkste treft, moet bestreden worden heel eenvoudig omdat zij de vijand is; en zij moet bestreden worden met dezelfde spoed waarmee de brandweer hulp gaat bieden, zowel in de nederigste hut als in het rijkste paleis... ».

ALGEMENE BESPREKING.

Inleidende uiteenzetting van de Minister.

De inleidende uiteenzetting van de Minister kan als volgt worden samengevat :

Het wetsontwerp is niet het ontwerp van een minister, noch van een partij, noch van een regering. Het schraagt op de werkzaamheden van de Parlementaire Werkgroep die door de vorige regering is samengesteld toen de Minister van Sociale Voorzorg een ontwerp van wet tot hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering uitwerkte.

Bovendien houdt het wetsontwerp rekening met de vele raadplegingen die hebben plaatsgehad met de sociale groepen die bij de werking van de ziekte- en invaliditeitsverzekering betrokken zijn.

Afgezien van de bepalingen van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel met betrekking tot de geneeskundige controle, is het de eerste maal dat de organisatie van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het kader van de regeling voor sociale zekerheid, aan het Parlement wordt voorgelegd, aangezien deze organisatie sedert 1945 bij koninklijke besluiten is geregeld.

Het wetsontwerp steunt op de verzoening van twee opvattingen welke ogenschijnlijk tegenover elkaar staan, namelijk die inzake solidariteit en die inzake verantwoordelijkheid.

l'assurance, comme c'est actuellement le cas pour les prescriptions magistrales.

Enfin, la convention à passer avec le corps médical permettrait de faire bénéficier les assurés socialement les moins favorisés, c'est-à-dire les pensionnés, les veuves, les invalides et les orphelins, d'un tarif spécial leur assurant la gratuité des soins médicaux. Ce régime spécial se justifie par le fait que les personnes appartenant à ces catégories ne participent plus à la vie professionnelle active et que les revenus dont elles disposent sont moindres que ceux des assurés actifs.

Le projet de loi en discussion constitue l'aboutissement logique de plus d'un siècle de mouvement mutualiste dans notre pays. Il répond dans une large mesure aux aspirations de ceux qui créèrent, il y a des années, les petites sociétés de secours mutuel afin d'apporter une aide à leurs camarades de travail lorsqu'ils seraient atteints par la maladie et qui, de cette manière, ont su appliquer par leurs propres moyens le principe de la solidarité. C'est ce même principe qui est à la base de la présente réforme et qui va donc, pour la première fois depuis la première guerre mondiale, être consacré par des dispositions légales.

Et c'est le même sens de la solidarité qui animait Winston Churchill lorsqu'il déclara, à l'occasion de la création du « National Health Service » :

« Il est évident que les découvertes de la science médicale constituent un bien commun. Qu'elle frappe le plus pauvre ou le plus riche, la maladie doit être combattue, pour la simple raison qu'elle est l'ennemi, et elle doit l'être avec autant de diligence que les pompiers en mettent à venir en aide aussi bien dans la plus humble cabane que dans le palais le plus somptueux. »

DISCUSSION GENERALE.

Exposé introductif du Ministre.

L'exposé introductif du Ministre peut être résumé comme suit :

Le projet de loi n'est ni le projet d'un ministre, ni d'un parti, ni d'un gouvernement. Il est issu des travaux du Groupe de travail parlementaire qui a été constitué par le gouvernement précédent, à l'époque où le Ministre de la Prévoyance sociale élaborait un projet de loi de réforme de l'assurance maladie-invalidité.

De plus, le projet de loi tient compte des nombreuses consultations, qui ont eu lieu avec tous les groupes sociaux intéressés au fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité.

Abstraction faite des dispositions de la loi d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier du 14 février 1961, visant le contrôle médical, c'est la première fois que, dans le cadre du régime de sécurité sociale, l'organisation de l'assurance maladie-invalidité est soumise au Parlement, cette organisation étant depuis 1945 réglée par des arrêtés royaux.

Le fondement du projet de loi repose sur la conciliation de deux conceptions apparemment antagonistes : celle de la solidarité et celle de la responsabilité.

De Parlementaire Werkgroep heeft in haar verslag onderstreept dat de huidige regeling gekenmerkt is door wat men de onverantwoordelijkheid kan noemen.

Ieder jaar sloot de verzekering haar rekeningen af met een tekort dat achteraf door het Rijk werd gedekt.

Men kan zich op dat gebied afvragen of genoemde tekorten hieraan toe te schrijven waren dat de verzekeringsinstellingen niet gewettigde uitgaven deden, dan wel of ze daarentegen het onvermijdelijke gevolg waren van ontoereikende inkomsten.

Toen, bij het instellen van de sociale zekerheid, de inkomsten dienden geraamd waarover de ziekte- en invaliditeitsverzekering moest kunnen beschikken, kon enkel worden uitgegaan van de uitgaven van de vrijwillige verzekering. Doch tussen bedoelde uitgaven en die welke de verplichte verzekering ten laste diende te nemen, was er een even groot verschil als tussen de diagnose- en behandelingsmiddelen waarover de geneesheren vóór de oorlog en die waarover ze gelukkig na de oorlog hebben kunnen beschikken.

In de uitgaven van de vrijwillige verzekering van vóór 1940 kon uiteraard geen rekening worden gehouden met de aanzienlijke vorderingen die men na 1944 heeft gekend op het terrein van de anesthesie, en die vorderingen zelf hebben de mogelijkheden van de heekunde verruimd.

De antibiotica, de cortisone en andere doeltreffende geneesmiddelen bestonden niet en hun opdagen in het therapeutisch arsenaal is de prognose van buitengewoon ernstige aandoeningen volledig komen wijzigen, doch tevens zijn de uitgaven waaraan de verzekering het hoofd moest bieden, aanzienlijk gaan toenemen.

Bovendien hebben de vorderingen van de geneeskunde als gelukkig resultaat gehad dat de levensduur is gaan verlengen, wat voorts tot logisch gevolg had dat de uitgaven in de tak uitkeringen zijn verhoogd in dezelfde mate als het overleven van sommige aandoeningen zelf is verlengd.

Men kan aldus vaststellen dat de tekorten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering hoofdzakelijk toe te schrijven waren aan onvoldoende inkomsten.

De verdienste van het wetsontwerp is de werkelijke behoeften te meten welke met de geneeskundige vorderingen zijn gemoeid en daarvan voortdurend de inventaris op te maken, in de nodige inkomsten te voorzien om die behoeften te dekken, dus de regeling van meet af aan in evenwicht te houden en in die omstandigheden de verzekeringsinstellingen een financiële verantwoordelijkheid te verlenen.

De Parlementaire Werkgroep had ook met nadruk gewezen op de ondoeltreffendheid van de huidige regeling.

De vergoedingen welke de verzekering kon verlenen in de kosten van de geneeskundige verzorging waren over het algemeen onvoldoende.

Men heeft zich afgevraagd of het, aangezien men de verzekering voor geneeskundige verzorging nieuwe inkomsten had verstrekt welke met de werkelijke behoeften overeenstemmen, niet kon volstaan die vergoedingen te verhogen.

De tot vier of vijfmaal toe opgedane ervaring heeft echter geleerd dat, telkens als de verplichte verzekering

Dans son rapport, le Groupe de travail parlementaire a souligné que le régime actuel est caractérisé par ce qu'on peut appeler l'irresponsabilité.

Chaque année, l'assurance clôturait ses comptes avec un déficit qui était, après coup, couvert par l'Etat.

L'on peut, en cette matière, se demander si lesdits déficits étaient dus au fait que les organismes assureurs consentaient des dépenses non justifiées ou si au contraire ils étaient la conséquence inéluctable de recettes insuffisantes.

Lorsque, à l'époque de l'instauration de la sécurité sociale, il a fallu estimer les ressources dont l'assurance maladie-invalidité devrait pouvoir disposer, l'on ne pouvait se référer qu'aux dépenses faites par l'assurance libre. Mais entre ces dépenses et celles que l'assurance obligatoire était appelée à devoir supporter, il existait autant de différence qu'entre les moyens de diagnostic et de traitement dont disposaient les médecins avant la guerre et ceux qu'ils ont heureusement pu utiliser après.

Les dépenses faites avant 1940 par l'assurance libre ne pouvaient évidemment pas tenir compte des progrès considérables réalisés après 1944 dans le domaine de l'anesthésie, progrès qui ont eux-mêmes permis l'extension des possibilités de la chirurgie.

Les antibiotiques, la cortisone et d'autres médicaments efficaces n'existaient pas et leur apparition dans l'arsenal thérapeutique est venu modifier complètement le pronostic d'affections extrêmement graves, mais elle a en même temps augmenté sensiblement des dépenses que l'assurance se devait de consentir.

En outre, ces progrès de la médecine ont eu comme résultat heureux de prolonger la durée de la vie humaine, ce qui a, d'autre part, eu comme conséquence logique d'augmenter les dépenses dans le secteur des indemnités, dans la mesure où la survie à certaines affections a elle-même été prolongée.

On peut ainsi constater que les déficits qu'a connus l'assurance maladie-invalidité, furent essentiellement dus à des ressources insuffisantes.

Le mérite du projet de loi est de mesurer les besoins réels issus des progrès médicaux et d'en refaire constamment l'inventaire, de réaliser les ressources nécessaires pour couvrir ces besoins, d'équilibrer donc le régime au départ et de donner dans ces conditions une responsabilité financière aux organismes assureurs.

Le Groupe de travail parlementaire avait aussi souligné l'inefficacité du régime actuel.

Les remboursements que l'assurance était en mesure d'octroyer dans le coût des soins de santé, étaient généralement insuffisants.

On s'est posé la question de savoir s'il ne pouvait suffire, puisqu'on avait donné à l'assurance-soins de santé des ressources nouvelles correspondant aux besoins réels, d'augmenter ces remboursements.

Mais l'expérience faite à quatre ou cinq reprises, a appris que chaque fois que l'assurance obligatoire aug-

het bedrag van haar vergoedingen verhoogde, de geneesheren het bedrag van hun honoraria met ten minste evenveel verhoogden.

De verzekering liep dus, net als in het verleden, het gevaar zich uit te putten in een vergeefs achterlopen van het peil der honoraria welke door de geneesheren werkelijk worden aangerekend.

Om die reden voorziet het wetsontwerp in het overeenkomstenstelsel voor het vaststellen van de honoraria. De geneesheren, de apothekers, de ziekenhuizen en al degenen die verzorging verstrekken, zullen worden verzocht over overeenkomsten te onderhandelen in commissies die bij de Dienst voor geneeskundige verzorging zijn ingesteld en deze te sluiten: die overeenkomsten hebben ten doel het bedrag van de honoraria en van de prijzen, te vorderen van de verzekerden, in gemeen overleg vast te stellen en aldus wordt de verzekering de mogelijkheid geboden vergoedingen toe te kennen welke overeenstemmen met de werkelijk aangerekende honoraria en prijzen en niet meer met refertetarieven.

Die overeenkomsten hebben dus niet noodzakelijk ten doel de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging te verminderen, doch veeleer de doelmatigheid van de verzekering ten opzichte van de verzekerden te doen toenemen.

De Parlementaire Werkgroep heeft de wens uitgesproken dat de organisatie van de ziekte- en invaliditeitsverzekering haar plaats zou gaan innemen in een ruim gezondheidsbeleid.

Het ontwerp zoals het op het Bureau van de Kamer is ingediend, gaat voorts in op de aanbevelingen van de Parlementaire Werkgroep, in dier voege dat het in de mogelijkheid voorziet de verzekering uit te breiden tot de zelfstandigen, de ambtenaren en de studenten. De Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft in dat verband het ontwerp geamendeerd; daarin is thans bepaald dat de verzekering voor geneeskundige verzorging eveneens zal kunnen verruimd worden tot de dienstboden en het huispersoneel alsmede tot de gebrekkigen en verminkten die nog niet onder de ziekte- en invaliditeitsverzekering vallen.

Om deze verruiming mogelijk te maken is het dat het wetsontwerp de verzekering in twee afzonderlijke takken splitst, namelijk de uitkeringsverzekering en de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Doch deze scheiding in twee takken doet andere problemen ontstaan, met name een coördinatieprobleem.

Men had twee afzonderlijke parastatale instellingen kunnen oprichten, doch die oplossing had, benevens dat ze in een zekere mate de gewenste coördinatie had geschaad, tot een administratieve inflatie kunnen leiden aangezien men voor elk van die twee parastatale instellingen in hun eigen administratieve diensten had moeten voorzien.

De voorkeur is dan ook gegaan naar een enkele parastale instelling, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, beheerd door een Algemene Raad die belast is met het coördineren der verschillende problemen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Om dezelfde redenen is in deze parastatale instelling het huidige Instituut voor geneeskundige controle opgenomen, dat de Dienst voor geneeskundige controle

mentait le montant de ses remboursements, les médecins augmentaient d'au moins autant le montant de leurs honoraires.

L'assurance risquait donc, comme par le passé, de s'épuiser dans une vaine poursuite du niveau des honoraires réellement pratiqués par les médecins.

C'est pourquoi le projet de loi prévoit le régime conventionnel de fixation des honoraires. Les médecins, les pharmaciens, les hôpitaux et tous ceux qui dispensent des soins, seront appelés à négocier et à conclure des conventions au sein des commissions instituées auprès du Service des soins de santé: ces conventions auront pour but de fixer d'un commun accord le montant des honoraires et des prix à réclamer aux assurés et permettront à l'assurance de consentir des remboursements qui correspondent à des honoraires et prix réellement réclamés et non plus à des tarifs de référence.

Ces conventions n'ont donc pas nécessairement pour but de réduire les dépenses de l'assurance-soins de santé, mais plutôt d'augmenter l'efficacité de l'assurance vis-à-vis des assurés.

Le Groupe de travail parlementaire a émis le vœu que l'organisation de l'assurance maladie-invalidité s'inscrive dans une grande politique de santé.

Le projet, tel qu'il a été déposé au Bureau de la Chambre, répond d'autre part aux recommandations faites par le Groupe de travail parlementaire, en ce sens qu'il prévoit la possibilité d'étendre l'assurance aux travailleurs indépendants, aux fonctionnaires et aux étudiants. La Chambre des Représentants a, sur ce plan, amendé le projet qui prévoit maintenant que l'assurance-soins de santé pourra aussi être étendue aux travailleurs domestiques et gens de maison ainsi qu'aux estropiés et mutilés non encore bénéficiaires de l'assurance maladie-invalidité.

C'est pour permettre cette extension que le projet de loi scinde l'assurance en deux secteurs distincts: l'assurance-indemnités et l'assurance-soins de santé.

Mais cette séparation en deux secteurs crée d'autres problèmes, notamment un problème de coordination.

L'on aurait pu créer deux parastataux distincts, mais cette solution, outre qu'elle aurait, dans une certaine mesure, été nuisible à la coordination désirée, aurait pu provoquer une inflation administrative, puisque ces deux établissements parastataux auraient dû être pourvus, chacun, de leurs services administratifs propres.

Aussi a-t-on opté pour la formule d'un seul organisme parastatal, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, placé sous la gestion d'un Conseil général chargé de coordonner les différents problèmes qui se posent en assurance maladie-invalidité.

Dans ce parastatal a été intégré, pour les mêmes motifs, l'actuel Institut du Contrôle médical, qui deviendra le Service du contrôle médical, sans toutefois que

wordt; die opnemings doet echter geen afbreuk aan de autoriteit en de autonomie waarover het huidige Instituut voor geneeskundige controle beschikt.

Bovendien wordt in het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering een vierde bijzondere dienst opgericht: de Dienst voor administratieve controle, die technische autonomie geniet. Het wetsontwerp gaat wat dat betreft in op de aanbevelingen van de Parlementaire Werkgroep die van oordeel was dat de administratieve controle zelfstandig diende te staan van de beheersorganen der verzekering.

Inzake sociale voordelen waarin het ontwerp voorziet, past het de uitkeringen en de geneeskundige verzorging afzonderlijk te behandelen.

De bepalingen betreffende de uitkeringsverzekering schrijven voor dat de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid ten minste gelijk zijn aan 60 % van het loon waarop de inhoudingen voor de sociale zekerheid zijn verricht; wat dat betreft, verhelpt het wetsontwerp de huidige onregelmatigheid ingevolge welke de bijdragen kunnen berekend worden op een hoger loon dan dat, in aanmerking genomen voor de berekening van de uitkeringen.

Het Rijk verleent een tegemoetkoming in de financiering van de lasten voortvloeiende uit het toekennen van de uitkeringen: het draagt 50 % van de uitgaven voor de periode van voortdurende arbeidsongeschiktheid en 95 % van de uitgaven voor de invaliditeitsperiode.

Met betrekking tot de geneeskundige verzorging, moet worden onderstreept:

a) dat de uitgaven voor de sociale ziekten — tuberculose, kanker, poliomyelitis, geestesziekten, aangeboren aandoeningen en misvormingen — naar rata van 95 pct door het Rijk worden gedragen;

b) dat de vergoedingen van de verzekering voortaan berekend worden op basis van overeenkomsten-honoraria;

c) dat het wetsontwerp een aanzienlijke verbetering voorziet inzake vergoeding van de farmaceutische specialiteiten en dat bovendien maatregelen zullen getroffen worden in verband met de controle van de prijzen en het op de markt brengen van farmaceutische specialiteiten; de lijst van de terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten zal geleidelijk worden uitgebreid;

d) dat de verzekering het bedrag van haar vergoeding voor ziekenhuisverpleging zal verhogen en dat de Minister van Volksgezondheid bovendien maatregelen zal treffen om de tegemoetkoming van de verzekering aan te vullen;

e) dat het wetsontwerp voorziet in het kosteloos verstrekken van de verzorging aan weduwen, gepensioneerden, invaliden en wezen.

Het gaat aldus in op de wens van de Parlementaire Werkgroep en tevens op de stelling welke door het Geneesherenkorps in zijn Witboek werd uiteengezet.

Onder de bepalingen met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging dient inzonderheid de aandacht gevestigd op artikel 151.

cette intégration entame l'autorité et l'autonomie dont dispose l'actuel Institut du Contrôle médical.

De plus, il est créé au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité un quatrième service spécial: le Service du contrôle administratif, qui jouit d'une autonomie technique. Le projet de loi suit en cela les recommandations du Groupe de Travail parlementaire, qui a estimé qu'il fallait rendre le contrôle administratif indépendant des organes de gestion de l'assurance.

En matière d'avantages sociaux prévus par le projet, il faut examiner séparément les indemnités et les soins de santé.

Les dispositions concernant l'assurance-indemnités portent que les indemnités d'incapacité de travail sont au moins égales à 60 % de la rémunération sur laquelle les retenues de sécurité sociale ont été effectuées: en cela, le projet de loi remédie à l'anomalie actuelle qui permet de calculer les cotisations sur un salaire d'un niveau supérieur à celui qui est pris en considération pour le calcul des indemnités.

L'Etat intervient dans le financement des charges résultant de l'octroi des indemnités; il supporte 50 % des dépenses de la période d'incapacité prolongée et 95 % de celles de la période d'invalidité.

Quant aux soins de santé, il convient de souligner:

a) que les dépenses pour maladies sociales — tuberculose, cancer, poliomyélite, maladies mentales, affections et malformations congénitales — sont supportées à raison de 95 % par l'Etat;

b) que les remboursements de l'assurance se feront dorénavant sur base d'honoraires conventionnels;

c) que le projet prévoit une amélioration considérable en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques et qu'en outre, des mesures seront prises en matière de contrôle des prix et de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques; la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables sera progressivement étendue;

d) que l'assurance augmentera le montant de son remboursement pour l'hospitalisation et qu'en outre, le Ministre de la Santé publique prendra des mesures pour parfaire l'intervention de l'assurance;

e) que le projet de loi prévoit la gratuité des soins pour les veuves, les pensionnés, les invalides et les orphelins.

Il répond en cela au vœu exprimé par le Groupe de travail parlementaire et aussi à la thèse que le Corps médical a développée dans son Livre Blanc.

Parmi les dispositions relatives à l'assurance-soins de santé, il faut spécialement attirer l'attention sur l'article 151.

Aanvankelijk bepaalde dit artikel dat de verzorging, verstrekt door de geneesheren die niet tot een overeenkomst zouden zijn toegetreden, slechts gedurende een overgangperiode van één jaar zouden vergoed worden en dat bovendien, tijdens die overgangperiode, de door de verzekering toegekende vergoeding slechts 75 % zou bedragen van de vergoeding toegekend voor de verzorging verstrekt door geneesheren die wel een overeenkomst hadden gesloten.

Het Geneesherenkorps heeft die bepaling bekritiseerd.

Het was van mening dat de verzekerde niet het slachtoffer mocht zijn van de houding van zijn geneesheer die weigert tot een overeenkomst toe te treden : het Geneesherenkorps was van mening dat met die bepaling de vrije keuze van geneesheer door de zieke werd beperkt.

Rekening houdende met die overwegingen, heeft de Kamercommissie de tekst van artikel 151 gewijzigd en deze derwijze gesteld dat voortaan ook de verzorging, verstrekt door geneesheren die geen overeenkomst hebben gesloten, zal worden vergoed. De Kamercommissie heeft terzelfder tijd in artikel 151 het door artikel 32 van het oorspronkelijke ontwerp gehuldigde principe overgenomen, waarin werd verwezen naar artikel 52 van de verzamelwet, op grond waarvan de Koning, bij ontstentenis van overeenkomsten, verplicht toe te passen tarieven kan opleggen.

Artikel 151 is nochtans soepeler dan artikel 52 van de verzamelwet, omdat het ieder geneesheer te allen tijde toelaat tot de overeenkomst toe te treden en aldus niet langer onder het verplichte stelsel te blijven.

Inzake geneeskundige controle neemt het ontwerp de bepalingen over van de verzamelwet.

Met betrekking tot de financiering is reeds beklemtoond dat de huidige regeling gekenmerkt is door een chronisch tekort dat achteraf door het Rijk wordt gedekt.

De verdeling van de verzekeringsinkomsten geschiedt thans op basis van criteria welke overeenstemmen met een zeker aantal risico's eigen aan de verschillende groepen van verzekerden, met name die in verband met hun leeftijd en met hun beroep.

Die verdelingswijze, welke veel kost, biedt ook het bezwaar dat de verzekeringsinstellingen de ontvangsten, waarover zij voor een bepaald dienstjaar konden beschikken, pas op zijn vroegst twee jaar na het afsluiten van dat dienstjaar kennen.

Bovendien zijn die omslagcriteria onvolmaakt aangezien ze eensdeels geen rekening houden met alle elementen waarvan de verschillende risico's afhangen en anderdeels tot een onvolmaakte verdeling leiden van een ontoereikend volume van inkomsten, hetwelk a posteriori door de Staat wordt aangevuld met een buitengewone toelage welke de verzekeringsinstellingen met een boni, kunnen genieten.

De nieuwe regeling gaat uit van de bezorgdheid om de previsionele uitgaven vooraf te bestuderen; die uitgaven worden opgemaakt op basis van de werkelijke uitgaven gedaan in de loop van de jongste drie bekende dienstjaren en rekening houdende met de stijgende lijn welke inzake uitgaven wordt vastgesteld.

Initialement, cet article prévoyait que les soins donnés par les médecins qui n'auraient pas adhéré à une convention, ne seraient remboursés que pendant une période transitoire d'un an et que, de plus, pendant cette période transitoire, le remboursement octroyé par l'assurance ne s'élèverait qu'à 75 % du remboursement accordé pour les soins donnés par des médecins conventionnés.

Le Corps médical a critiqué cette disposition.

Il était d'avis que l'assuré ne pouvait être la victime de l'attitude qu'adoptait son médecin en refusant d'adhérer à une convention : le Corps médical estimait que cette disposition limitait le libre choix du médecin par le malade.

En tenant compte de ces considérations, la Commission de la Chambre a modifié le texte de l'article 151 et elle l'a rédigé de telle façon que dorénavant les soins donnés par des médecins non-conventionnés seront aussi remboursables. La Commission de la Chambre a en même temps repris dans l'article 151 le principe énoncé à l'article 32 du projet initial, article qui référerait à l'article 52 de la loi unique, permettant au Roi d'imposer, en l'absence de conventions, des tarifs d'application obligatoire.

L'article 151 est cependant plus souple que l'article 52 de la loi unique, parce qu'il permet à tout moment, à tout médecin, de sortir du régime d'obligation, en adhérant à la convention.

En matière de contrôle médical, le projet de loi reprend les dispositions de la loi unique.

Pour ce qui est du financement, il a déjà été souligné que le régime actuel est caractérisé par un déficit chronique, déficit qui est couvert après coup par l'Etat.

La répartition des ressources de l'assurance se fait actuellement sur base des critères correspondant à un certain nombre de risques que présentent les différents groupes d'assurés, en fonction notamment de leur âge et de leur profession.

Cette méthode de répartition, outre qu'elle est très coûteuse, présente l'inconvénient que les organismes assureurs ne connaissent les recettes dont ils pouvaient bénéficier pour un exercice déterminé, que deux ans au moins après la clôture de cet exercice.

De plus, ces critères de répartition sont imparfaits puisque, d'une part, ils ne tiennent pas compte de tous les éléments qui conditionnent les différences de risques, et qu'ils aboutissent, d'autre part, à répartir imparfaitement un volume de ressources insuffisant, que l'Etat complète a posteriori, par une subvention extraordinaire dont peuvent bénéficier les organismes assureurs en boni.

Le régime nouveau s'inspire de la préoccupation d'une étude préalable des dépenses provisionnelles; ces dépenses sont établies sur base des dépenses réelles effectuées au cours des trois dernières années et en tenant compte de la courbe ascendante constatée dans les dépenses.

Na de uitgavenvooruitzichten te hebben geraamd, zullen de ontvangsten van de verzekering worden geschat. Die ontvangsten bestaan uit de werkgevers- en werknemersbijdragen, de tegemoetkoming toegekend door het Rijk voor de werkloosheid en een tegemoetkoming van 27 % van de previsionele uitgaven.

Laatstgenoemde tegemoetkoming zal over de verzekeringsinstellingen worden verdeeld naar rata van het aantal weduwen, gepensioneerden en invaliden van elke verzekeringsinstelling, censdeels, en van de gemiddelde kosten van elk dier categorieën van gerechtigden, anderdeels. Die toelage dient dus niet alleen om de uitgaven te dekken welke de verzekeringsinstellingen voor de weduwen, de gepensioneerden en de invaliden moeten doen, doch ze is tevens bestemd om de ontoereikende inkomsten uit de bijdragen aan te vullen.

Wat bij de vergelijking van de raming der ontvangsten en der uitgaven niet gedekt is, zal moeten worden aangevuld door een algemene verhoging van de op de lonen ingehouden bijdrage. Aldus zal elke begroting van meet af aan in evenwicht zijn. Daarvan uitgaande worden de verzekeringsinstellingen verantwoordelijk voor hun beheer. In geval van mali zullen zij bijkomende bijdragen moeten innen; in geval van boni zullen zij, onder voorbehoud van de andere bepalingen met betrekking tot het aanwenden van die boni, bijkomende voordelen mogen verlenen, welke nochtans het bedrag van de in de wet bepaalde vergoedingen niet mogen verhogen.

De Regering wenst dat de wet vóór het einde van de huidige parlementaire zitting door de beide Kamers wordt gestemd. Indien dat niet het geval ware en het ontwerp pas in september of oktober zou worden gestemd, zou de wet niet in werking kunnen treden op 1 januari 1964, welke datum in artikel 159 is vastgesteld.

Men moet immers over de vereiste tijd beschikken om de verschillende voor de werking van de nieuwe regeling essentiële organen te installeren. Daarbij komt nog de tijd die nodig is om de begrotingen op te maken en over de overeenkomsten te onderhandelen.

Indien het ontwerp niet vóór het parlementair reces werd goedgekeurd, zou de wet pas op 1 januari 1965 in werking kunnen treden. En de benarde financiële toestand waarmee de ziekte- en invaliditeitsverzekering thans te kampen heeft alsmede de ondoelmatigheid van de huidige regeling voor de sociaal verzekerden, verplichten ons tot een maximale inspanning opdat de wet ten spoedigste in werking zou treden.

ALGEMENE BESPREKING.

Op voorstel van een lid beslist de Commissie dat de algemene bespreking per hoofdstuk zal plaats hebben.

De structuur.

De leden hebben de volgende vragen gesteld :

— 1° De nieuwe parastatale instelling die door de wet wordt opgericht, bestaat uit vier bijzondere diensten en beschikt bovendien over algemene diensten die gemeenschappelijk zijn voor de vier bijzondere diensten.

Après avoir évalué les prévisions de dépenses, on estimera les recettes de l'assurance. Ces recettes sont constituées par les cotisations patronales et ouvrières, par l'intervention qu'accorde l'Etat pour le chômage et par une intervention de 27 % des dépenses provisionnelles.

Cette dernière intervention sera répartie entre les organismes assureurs au prorata du nombre de veuves, pensionnés et invalides de chaque organisme assureur, d'une part, et du coût moyen de chacune de ces catégories de titulaires, d'autre part. Cette subvention ne sert donc pas uniquement à couvrir les dépenses qu'exposent les organismes assureurs pour les veuves, les pensionnés et les invalides, mais elle est également destinée à combler l'insuffisance des recettes provenant des cotisations.

Le découvert constaté en comparant l'évaluation des recettes et des dépenses devra être comblé par une augmentation générale de la cotisation prélevée sur les salaires. De cette façon, chaque budget sera équilibré au départ. A partir de là, les organismes assureurs deviennent responsables de leur gestion. En cas de mali, ils devront percevoir des cotisations complémentaires; en cas de boni, ils pourront, sous réserve des autres dispositions visant l'utilisation de ces bonis, accorder des avantages supplémentaires qui ne peuvent cependant augmenter le montant des remboursements prévus par la loi.

Le Gouvernement désire que la loi soit votée dans les deux Chambres avant la fin de l'actuelle session parlementaire. S'il n'en était pas ainsi et si le projet n'était voté qu'en septembre ou en octobre, la loi ne pourrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 1964, date fixée par son article 159.

Il faudra, en effet, disposer du temps nécessaire pour installer les différents organes essentiels au fonctionnement du nouveau régime. Il faudra aussi le temps d'élaborer les budgets et de négocier les conventions.

Si le projet n'était pas voté avant les vacances parlementaires la loi ne pourrait entrer en vigueur qu'au 1^{er} janvier 1965. La situation financière difficile dans laquelle se débat actuellement l'assurance maladie-invalidité et l'inefficacité du régime actuel pour les assurés sociaux nous obligent à faire le maximum d'efforts pour que la loi entre en vigueur au plus tôt.

DISCUSSION GENERALE.

Sur proposition d'un commissaire, la Commission décide de procéder à la discussion générale, par chapitre.

La structure.

Les questions suivantes ont été posées par les commissaires :

— 1° Le nouvel établissement parastatal qui sera institué par la loi, est composé de quatre services spéciaux et dispose, de plus, de services généraux communs aux quatre services spéciaux.

Het nieuw instituut wordt beheerd door een Algemene Raad.

Hoe zal de Algemene Raad zijn coördinatietaak uitvoeren en in hoeverre zal die coördinatie verenigbaar zijn met de zelfstandigheid die het ontwerp van wet aan de vier bijzondere diensten wil verlenen ?

Die vraag is vooral van belang voor de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor administratieve controle, die de wet onafhankelijk wenst te maken van de verzekeringsinstellingen.

— 2° Waarom wordt het Instituut voor geneeskundige controle opgeheven, hoewel de Parlementaire Werkgroep zulks niet heeft aanbevolen ?

— 3° Artikel 11 bepaalt dat de verzekeringsinstellingen en de geneesheren, apothekers, tandheelkundigen en verplegingsinrichtingen in gelijken getale vertegenwoordigd zijn in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging. Dit is ook het geval voor de vertegenwoordigers van de werkgevers en van de werknemers.

Dat de werkgevers en de werknemers in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging vertegenwoordigd zijn, is begrijpelijk, vermits de beslissingen van dat comité, ten gevolge van de verantwoordelijkheid waarmee het wordt bekleedt, onbetwistbaar een weerslag zullen hebben op de grootte van de bijdragen die vereist zijn voor de financiering van de verzekering-geneeskundige verzorging. Maar zal de aanwezigheid van die vertegenwoordigers de pariteit niet verbreken tussen de verzekeringsinstellingen, enerzijds, en de geneesheren, apothekers, tandheelkundigen en verplegingsinrichtingen, anderzijds, welke pariteit nochtans volstrekt moet worden gehandhaafd op het ogenblik waarop het beheerscomité zal moeten onderhandelen over de overeenkomsten met de medewerkers van de verzekering ?

Ware het, op grond van die overweging, niet beter in artikel 11 een soortgelijke bepaling op te nemen als in artikel 39, waar gesteld is dat de vertegenwoordigers van de werkgevers en de werknemers geen beslissende stem hebben over zaken die uitsluitend de betrekkingen betreffen tussen de verzekeringsinstellingen en degenen die geneeskundige verzorging verstrekken ?

Aan de andere kant laat het tweede lid van artikel 11 veronderstellen dat het aantal vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers kleiner zal zijn dan het aantal vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen, geneesheren, apothekers, tandheelkundigen en verplegingsinrichtingen. Is dat werkelijk de bedoeling en, zo ja, waarom wordt dit dan niet duidelijk in de tekst gezegd ?

— 4° Artikel 22 bepaalt dat de samenstelling van de algemene raad en van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging gewijzigd zal kunnen worden, wanneer de verzekering geneeskundige verzorging tot de zelfstandigen wordt uitgebreid.

Le nouvel institut sera géré par un Conseil général.

De quelle façon ce Conseil général exécutera-t-il sa mission de coordination et dans quelle mesure cette coordination sera-t-elle compatible avec l'autonomie que le projet de loi a l'intention d'accorder aux quatre services spéciaux ?

Cette question est surtout importante pour le Service du contrôle médical et le Service du contrôle administratif, que la loi tend à rendre indépendants des organismes assureurs.

— 2° Quelles sont les raisons qui justifient la suppression de l'Institut du contrôle médical, suppression qui n'avait pas été recommandée par le Groupe de travail parlementaire ?

— 3° L'article 11 dispose que les organismes assureurs et les médecins pharmaciens, dentistes et établissements hospitaliers, seront représentés en nombre égal au Comité de gestion du service des soins de santé. Une même disposition est prévue pour les représentants des employeurs et les représentants des travailleurs.

L'on conçoit la présence des représentants des employeurs et des travailleurs au Comité de gestion du service des soins de santé parce que, vu les responsabilités accordées au dit comité, les décisions qu'il prendra auront une répercussion certaine sur le montant des cotisations nécessaires pour financer l'assurance-soins de santé. Mais ne faut-il pas craindre que cette présence fera disparaître la parité prévue entre organismes assureurs d'une part, médecins, pharmaciens, dentistes et établissements hospitaliers d'autre part, parité qu'il est cependant absolument nécessaire de maintenir au moment où le Comité de gestion s'occupera des conventions à conclure avec les auxiliaires de l'assurance ?

Ne serait-il pas indiqué, en tenant compte de cette considération, de prévoir à l'article 11 une disposition analogue à celle de l'article 39 et qui prévoirait que les représentants des employeurs et des travailleurs n'auraient pas voix délibérative sur les objets qui concernent uniquement les relations entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins ?

Par ailleurs, le libellé du second alinéa de l'article 11 laisse supposer que le nombre des représentants des employeurs et des salariés sera inférieur au nombre de représentants des organismes assureurs et des médecins, pharmaciens, dentistes et établissements hospitaliers. Est-ce bien là ce que l'on veut et dans l'affirmative, pour quelle raison le texte ne traduit-il pas cette intention ?

— 4° L'article 22 prévoit que la composition du Conseil général et du Comité de gestion du Service des soins de santé pourra être modifiée lors de l'extension de l'assurance-soins de santé aux travailleurs indépendants.

Zal die gewijzigde samenstelling geen afbreuk doen aan de bij artikel 11 ingevoerde pariteit tussen de vertegenwoordigers van de werknemers en van de werkgevers ?

— 5° Wat is de juiste betekenis van artikel 3 ? Moet het worden verstaan in die zin dat alleen de thans bestaande landsbonden gemachtigd zullen worden of dat de bestaande landsbonden automatisch erkend zullen worden, maar dat de mogelijkheid openblijft om er nog andere op te richten, die nadien gemachtigd zouden kunnen worden ?

— 6° Ingeval artikel 3 de mogelijkheid zou uitsluiten om in de toekomst op te richten landsbonden te machtigen, dan zouden de zelfstandigen tot wie de verzekering geneeskundige verzorging later zal worden uitgebreid, verplicht zijn tot een van de bestaande landsbonden toe te treden, zelfs wanneer zij mochten wensen zich in een nieuwe landsbond te verenigen.

Het is bovendien de vraag of de in artikel 3 bepaalde afgrenzing verenigbaar is met onze democratische opvattingen en of zij rekening houdt met de mogelijke ontwikkeling van onze mutualistische opvattingen.

— 7° In de ons door de Kamer overgezonden tekst komt, onder artikel 22, niet het voorlaatste lid voor van het amendement van de heer Lavens, dat de Kamer nochtans heeft aangenomen en volgens hetwelk de Minister van Sociale Voorzorg en de Minister van Middenstand gezamenlijk bevoegd zijn voor de toepassing, op de zelfstandigen, van de bepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging.

— 8° Artikel 22 voorziet in de oprichting van een technisch comité dat bevoegd is ten opzichte van de zelfstandigen.

Artikel 16 voorziet in de oprichting van technische raden.

Beantwoordt aan dat verschil in benaming ook een verschil in bevoegdheid tussen die raden en dat comité ?

— 9° Is er geen tegenspraak tussen het bepaalde in artikel 2, dat een definitie geeft van « landsbond », het bepaalde in artikel 3, ingeval dat artikel de machtiging van nieuwe landsbonden mocht uitsluiten, en artikel 117 houdende dat de verbonden zich tot landsbond mogen groeperen en de aldus opgerichte landsbonden door de Regering erkend kunnen worden ?

— 10° In de regel wordt de machtiging van instellingen belast met de toepassing van de sociale wetten verleend door de uitvoerende macht.

Artikel 3 wijkt van deze traditie af, aangezien hier de machtiging van de landsbonden uitgaat van de wetgevende macht.

Artikel 4 bepaalt evenwel dat de machtiging door de Koning kan worden ingetrokken en verleent aan de

Ne faut-il pas craindre que la composition modifiée entamera la parité qui est prévue à l'article 11 entre les représentants des travailleurs et les représentants des employeurs ?

— 5° Quelle est la signification exacte de l'article 3 ? Faut-il comprendre cet article en ce sens que seules les unions nationales qui existent actuellement seront agréées ou bien que les unions nationales existantes seront automatiquement agréées mais que la possibilité d'en créer d'autres qui pourraient être agréées ultérieurement, reste ouverte ?

— 6° Au cas où l'article 3 excluerait la possibilité d'agrégation d'unions nationales qui se créeraient dans l'avenir, les travailleurs indépendants auxquels l'application de l'assurance-soins de santé sera étendue, se verront dans l'obligation de s'affilier à une des unions nationales existantes et ce, même au cas où ils désireraient se grouper dans une nouvelle union nationale.

L'on peut par ailleurs se poser la question de savoir si le cliçage prévu à l'article 3 est compatible avec nos conceptions démocratiques et s'il tient compte d'une évolution possible des conceptions mutuellistes.

— 7° Le texte qui nous a été transmis par la Chambre des Représentants ne reprend pas, à l'article 22, l'avant-dernier alinéa de l'amendement présenté par M. Lavens qui avait été adopté par cette Chambre et qui prévoyait que les Ministres de la Prévoyance sociale et des Classes Moyennes sont, collectivement, compétents en ce qui concerne l'application des dispositions relatives à l'assurance-soins de santé aux travailleurs indépendants.

— 8° L'article 22 prévoit la création d'un Comité technique compétent en matière des questions relatives aux travailleurs indépendants.

L'article 16 prévoit l'institution de Conseils techniques.

La différence de dénomination correspond-elle à une différence d'attributions qui seront confiées à ces conseils et comité ?

— 9° N'existe-t-il pas de contradiction entre les dispositions de l'article 2 qui donne la définition de « Union nationale », de l'article 3, au cas où cet article empêcherait l'agrégation ultérieure de nouvelles unions nationales, et de l'article 147 qui dispose que les fédérations peuvent se grouper en union nationale et que ces unions nationales peuvent être reconnues par le Gouvernement ?

— 10° Généralement, l'agrégation d'organismes chargés de l'application de lois sociales est confiée aux soins du pouvoir exécutif.

L'article 3 déroge à cette tradition puisqu'il prévoit l'agrégation des unions nationales par le pouvoir législatif.

Cependant, l'article 4 dispose que l'agrégation peut être retirée par le Roi et cet article ne donne pas au

Koning niet de bevoegdheid om de machtiging opnieuw toe te kennen aan een landbond waaraan zij krachtens dit artikel onttrokken mocht zijn.

Ware het dan niet logischer de machtiging van de landsbonden op te dragen aan de Koning, als men hierbij tevens in aanmerking neemt dat de huidige machtingvoorwaarden betrekkelijk streng zijn en als toereikend kunnen worden beschouwd ?

Met betrekking tot artikel 3 kan men zich verder afvragen of de versmelting van de twee landsbonden tot één enkele wel mogelijk wordt gemaakt.

— 11° Valt het niet te vrezen dat de instelling hetzij van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging hetzij van commissies waarin over de overeenkomsten zal worden onderhandeld en waarin deze zullen worden gesloten, onmogelijk wordt gemaakt door het bepaalde in de artikelen 11 en 27 ?

Luidens artikel 27 werken deze commissies immers in de Dienst voor geneeskundige verzorging, hetgeen inhoudt dat die dienst vooraf moet worden ingesteld en moet werken onder het gezag van zijn Beheerscomité, terwijl luidens artikel 11 de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren, apothekers, tandartsen en verplegingsinrichtingen, die ermede belast zijn over de overeenkomsten te onderhandelen, in het beheerscomité slechts vertegenwoordigd zijn ingeval zij hun medewerking verlenen aan de verzekering, met name door te onderhandelen over de overeenkomsten en ze te ondertekenen.

Wanneer men deze laatste bepaling van artikel 11 overschakelt in de wetgeving betreffende de paritaire comité's, dan zou men tot dit gevolg komen dat de werkgevers b.v. om in de paritaire comité's vertegenwoordigd te kunnen worden, zich vooraf zouden moeten verbinden om de akkoorden te aanvaarden die zouden worden gesloten.

Zou het derhalve niet normaler zijn in artikel 11 te bepalen dat de beroepsorganisaties van de geneesheren in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging vertegenwoordigd zullen zijn, met het voorbehoud dat vertegenwoordiging vervangen zou worden door personen op grond van hun bevoegdheid daartoe door de uitvoerende macht aangewezen, ingeval zij zouden verwaarlozen de hun opgedragen taak te vervullen ?

Zulk een bepaling zou trouwens het voordeel bieden de indruk niet te wekken dat de vertegenwoordigers van de medewerkers van de verzekering niet zullen medewerken aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en zij zou alleszins de vaststelling mogelijk maken dat de toestand in feite zo is.

— 12° De bepaling onder letter b) van het 1° lid van artikel 11 is te verklaren door het vooruitzicht dat de beroepsorganisaties van de geneesheren hun medewerking aan de verzekering niet zullen verlenen. Doch gesteld dat deze beroepsorganisaties na enige tijd van mening veranderen en aan een onderhandeling over de overeenkomsten deelnemen, hoe zal het dan mogelijk zijn hen toe te staan hun vertegenwoordigers aan te wijzen in het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, aangezien op dat ogenblik reeds geneesheren in hun persoonlijke hoedanigheid in het voornoemd Beheerscomité zitting zullen hebben ?

Roi le pouvoir de restituer l'agrégation à une union nationale qui en aurait été privée en application de cet article.

Ne serait-il pas plus logique dans ces conditions de confier au Roi l'agrégation des Unions nationales, compte tenu aussi du fait que les conditions d'agrégation que l'on connaît à l'heure actuelle sont relativement sévères et peuvent être considérées comme étant suffisantes ?

Au sujet de l'article 3 l'on peut se demander en outre si la fusion de deux unions nationales en une seule est rendue possible.

— 11° Ne faut-il pas craindre que les dispositions des articles 11 et 27 rendent impossible soit la constitution du service des soins de santé, soit la constitution des commissions au sein desquelles seront négociées et conclues les conventions ?

L'article 27 dispose en effet que ces commissions fonctionnent au sein du Service des soins de santé, ce qui implique que le dit service doit être institué préalablement et fonctionner sous l'autorité de son Comité de gestion, tandis que l'article 11 dispose que des organisations professionnelles représentatives des médecins, pharmaciens, dentistes et établissements hospitaliers, chargées de négocier les conventions ne seront représentées au Comité de gestion que dans le seul cas où elles apportent leur collaboration à l'assurance, notamment en négociant et en signant les conventions.

Lorsque l'on transpose cette dernière disposition de l'article 11 dans la législation concernant les commissions paritaires, on en arriverait à la conséquence que les employeurs, par exemple, pour pouvoir être représentés aux commissions paritaires, devraient au préalable s'engager à l'acceptation d'accords qui devraient être conclus.

Ne serait-ce, dès lors, pas plus normal de prévoir à l'article 11 que les organisations professionnelles des médecins seront représentées au Comité de gestion du Service des soins de santé, quitte à remplacer leur représentation par des personnes désignées par le pouvoir exécutif en raison de leur compétence au cas où elles négligeraient de remplir la mission qui leur est confiée ?

Une telle disposition aurait d'ailleurs l'avantage de ne pas donner l'impression que les représentants des collaborateurs de l'assurance n'apporteront pas leur collaboration à l'assurance-soins de santé et permettrait de toute façon de constater que telle est en effet la situation.

— 12° La disposition de l'article 11 b), s'explique par la prévision de ce que les organisations professionnelles des médecins n'apporteront pas leur collaboration à l'assurance. En supposant que, après quelque temps, ces organisations professionnelles se ravissent, et participent à une négociation des conventions, comment sera-t-il alors possible de leur permettre de désigner leurs représentants au Comité de gestion du service des soins de santé puisqu'aussi bien des médecins siègeront dès ce moment à titre individuel au dit Comité de gestion ?

—13° De Minister verklaart zich bereid opnieuw contact op te nemen met de geneesheren om de onderhandeling over de overeenkomsten in de hand te werken.

Krachtens artikel 27 moeten deze overeenkomsten tot stand komen na onderhandeling met de beroepsorganisaties van de geneesheren.

Valt het niet te vrezen dat letter *b)* van het eerste lid van artikel 11 en het vierde lid van dit artikel de geneesheren voor het hoofd stoten, te meer daar er in dit artikel geen soortgelijke bepalingen voorkomen ten aanzien van de werkgevers die nochtans sedert vele jaren weigeren zitting te hebben in het vast en nationaal comité van de R.V.Z.I. ?

— 14° Welk voordeel biedt letter *b)* van artikel 11 luidens hetwelk het Geneesherenkorps in het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging vertegenwoordigd wordt door individuele geneesheren, ingeval de beroepsorganisaties van de geneesheren hun medewerking aan de verzekering zouden weigeren ?

— 15° Een commissielid vraagt om in het bezit te worden gesteld van een nota over het verloop van de besprekingen met het Geneesherenkorps, waarop door een ander lid wordt geantwoord dat dit overzicht reeds voorkomt in het verslag van de Kamer.

— 16° Verscheidene leden dringen erop aan dat de Minister niets zou verwaarlozen om contact op te nemen met het Geneesherenkorps.

— 17° Is het mogelijk het aantal geneesheren te kennen die privé-kabinetten hebben en het aantal van diegenen die een gehele of gedeeltelijke wedde trekken ?

Welke was de houding van het Geneesherenkorps bij iedere verhoging van de terugbetalingsschaal van de verzekering in verband met de honoraria die de geneesheren vragen ?

**

De Minister beantwoordde de gestelde vragen als volgt :

1° De Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering coördineert de verschillende diensten van het Instituut; hiertoe waakt hij ervoor dat het statuut eenvormig wordt toegepast op alle personeelsleden, voert hij andere taken uit die hem inzake personeel zijn opgedragen, beheert hij de algemene administratieve diensten die gemeen zijn aan de vier bijzondere diensten, en zendt hij de dossiers door waarvoor de bijzondere diensten beslist hebben rechtsvorderingen in te stellen.

De coördinatietaak die aan de Algemene Raad is opgedragen, mag geenszins afbreuk doen aan de technische en administratieve autonomie van de vier bijzondere diensten.

De Algemene Raad heeft geenszins de bevoegdheid om aan de controlediensten onderrichtingen te geven inzake organisatie of uitvoering van deze controle welke de onafhankelijkheid van de voornoemde diensten in het geding zouden brengen.

— 13° Le Ministre a déclaré qu'il était disposé à reprendre contact avec les médecins pour promouvoir la négociation des conventions.

Ces conventions doivent être, au terme de l'article 27, négociées avec les organisations professionnelles des médecins.

Ne devons-nous pas craindre que l'article 11 *b)* et le 4° alinéa de cet article heurtent les médecins, d'autant plus que des dispositions analogues ne sont pas reprises à cet article vis-à-vis des employeurs qui refusent pourtant depuis de nombreuses années de siéger au Comité permanent et national du F.N.A.M.I. ?

— 14° Quel est l'avantage que présente l'article 11 *b)* prévoyant la représentation, au Comité de gestion du Service des soins de santé, du Corps médical par des médecins individuels, au cas où les organisations professionnelles des médecins refuseraient d'apporter leur collaboration à l'assurance ?

— 15° A la demande d'un commissaire d'être mis en possession d'une note donnant l'historique des entretiens qui ont eu lieu avec le Corps Médical, un autre Commissaire répond que cela se trouve dans le rapport de la Chambre.

— 16° Plusieurs commissaires insistent encore pour que le Ministre ne néglige rien pour prendre contact avec le Corps Médical.

— 17° Est-il possible de connaître le nombre de médecins qui ont des cabinets privés et le nombre de ceux qui sont partiellement ou complètement salariés ?

Quelle a été l'attitude du Corps Médical à chaque augmentation du barème de remboursement de l'assurance en rapport avec les honoraires demandés par lui ?

**

Le Ministre a répondu comme suit aux questions posées :

1° Le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité assure la coordination entre les différents services de l'Institut en veillant à l'application uniforme du statut à l'ensemble du personnel et en exécutant les autres missions qui lui sont confiées en matière de personnel; en gérant les services administratifs généraux communs aux quatre services spéciaux; en transmettant les dossiers pour lesquels les services spéciaux ont décidé d'intenter des actions en justice.

La mission de coordination qui est confiée au Conseil général ne peut d'aucune façon porter atteinte à l'autonomie technique et administrative dont disposent les quatre services spéciaux.

Le Conseil général n'a d'aucune façon la compétence pour donner aux services de contrôle des instructions en matière d'organisation ou d'exécution de ces contrôles, par lesquelles l'indépendance des dits services serait mise en péril.

2° De Parlementaire Werkgroep heeft inderdaad niet voorgesteld een eind te maken aan het bestaan van het Instituut voor geneeskundige controle als afzonderlijke openbare instelling. Maar hij heeft zich afgevraagd of, inzake administratieve controle, ook geen rekening moest worden gehouden met de argumenten die de oprichting hadden gerechtvaardigd van een dienst belast met de geneeskundige controle. Om op deze aanbeveling in te gaan had men een afzonderlijke dienst voor administratieve controle moeten oprichten. Dit zou ongetwijfeld aanleiding hebben gegeven tot een administratieve inflatie, aangezien, in dit geval, de met de administratieve controle belaste parastatale instelling eigen algemene diensten moest krijgen.

Daarom bleek het verkieslijker, de vier instellingen belast met het beheer van en het toezicht op de verzekering tegen ziekte en invaliditeit onder te brengen in één enkele parastatale instelling, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Hierdoor is ieder van deze vier lichamen ontlast van een deel administratieve bijkomstigheden.

3° De taak van het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging mag niet worden verward met die van de commissies belast met de onderhandelingen over en de afsluiting van de overeenkomsten.

In deze commissies zullen de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, enerzijds, en van degenen die zorgen verstrekken, anderzijds, in gelijken getale aanwezig zijn.

Maar voor het geval dat het beheerscomité zich uit te spreken heeft over de overeenkomsten welke de commissies na onderhandeling hebben afgesloten, sluit het bepaalde in artikel 11, luidens hetwelk dat de werkingsregelen de rechten van elk der vertegenwoordigende groepen moeten waarborgen, de mogelijkheid uit dat beslissingen genomen worden tegen de eenparige wil in van de vertegenwoordigers van degenen die zorgen verstrekken.

Wat betreft de vertegenwoordigers van elke groep die zitting zal hebben in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, is het immers de bedoeling voor de beroepsverenigingen van werkgevers en werknemers een kleiner aantal voor te behouden dan voor de verzekeringsinstellingen en degenen die zorgen verstrekken.

4° Die vrees is niet gegrond vermits er, tussen de door de werkgeversorganisaties aangewezen leden, ook vertegenwoordigers van de zelfstandigen kunnen voorkomen.

5° en 6° De Parlementaire Werkgroep heeft het mutualistisch pluralisme als een historisch feit aangenomen.

Het ontwerp van wet houdt hiermede rekening.

Het streeft er evenwel naar, dat pluralisme niet uit te breiden. De betekenis van artikel 3 is dan ook dat de bestaande landsbonden gemachtigd worden ter toepassing van de wet, maar dat het niet mogelijk zal zijn in de toekomst nog andere landsbonden te machtigen.

2° Le Groupe de travail parlementaire n'avait en effet pas suggéré de mettre fin à l'existence de l'Institut du contrôle médical comme établissement public distinct. Mais il s'était posé la question de savoir si, en matière de contrôle administratif, les arguments qui avaient justifié la création d'un service chargé du contrôle médical, ne devaient pas aussi être pris en considération. Il aurait fallu, pour donner suite à cette recommandation, créer un service du contrôle administratif distinct. Cette façon de faire aurait incontestablement donné lieu à une inflation administrative puisqu'aussi bien il aurait fallu doter, dans ce cas, l'établissement parastatal chargé du contrôle administratif, de services généraux propres.

Pour ce motif, il est apparu préférable de grouper au sein d'un seul établissement parastatal, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les quatre organismes chargés de la gestion et du contrôle de l'assurance maladie-invalidité. En agissant de la sorte, chacun de ces quatre organes a été débarrassé de contingences administratives.

3° Il faut éviter de confondre la mission dont est chargé le Comité de gestion du service des soins de santé et celle confiée aux commissions chargées de négocier et de conclure les conventions.

Au sein de ces dernières commissions, les représentants des organismes assureurs d'une part et des dispensateurs de soins d'autre part, se retrouveront en nombre égal.

Lorsque le Comité de gestion aura à se prononcer au sujet des conventions négociées et conclues par ces commissions, la disposition de l'article 11 prévoyant que les règles de fonctionnement doivent garantir les droits de chacun des groupes représentés, exclut l'éventualité que des décisions soient prises contre la volonté unanime des représentants des dispensateurs de soins.

En ce qui concerne le nombre de représentants de chacun des groupes qui siègeront au Comité de gestion du service des soins de santé, l'intention est en effet de réserver aux organisations professionnelles des employeurs et des travailleurs, un nombre de représentants inférieur à celui dont disposeront les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

4° Cette crainte n'est pas fondée puisque des représentants des travailleurs indépendants pourront prendre place parmi les membres présentés par les organisations des employeurs.

5° et 6° Le Groupe de travail parlementaire a reconnu le pluralisme mutuelliste comme un fait historique.

Le projet de loi tient compte de cette reconnaissance.

Il tend cependant à ne pas étendre ce pluralisme. Cette signification de l'article 3 est donc que les unions nationales existantes seront agréées pour l'application de la loi mais qu'il ne sera pas possible d'en agréer d'autres dans l'avenir.

Het is immers zo dat de zelfstandigen die van oordeel waren zich vrij te moeten verzekeren tegen ziekte en invaliditeit, tot dusver geen landsbonden hebben tot stand gebracht die uitsluitend voor zelfstandigen waren voorbehouden, maar dat zij integendeel tot de bestaande landsbonden zijn toegetreden.

De waaier van die landsbonden stemt trouwens overeen met de verschillende levensbeschouwelijke en politieke opvattingen van de bevolking.

7° Uit het beknopt verslag van de Kamervergadering van 25 juni (blz. 679) blijkt dat de heer Lavens het voorlaatste lid van zijn amendement heeft ingetrokken.

8° De Kamer heeft de tekst van artikel 22 gewijzigd door een amendement van de heer Lavens aan te nemen. Het « technisch comité » waarvan sprake is in dat amendement, moet op dezelfde voet worden geplaatst als de technische raden bedoeld in artikel 16.

Tegenover dat verschil in benaming staat geen verschil in bevoegdheid.

9° Die bepalingen zijn niet tegenstrijdig. Op grond van artikel 147 kan niet worden beweerd dat nieuwe landsbonden ter toepassing van de wet erkend zullen kunnen worden. Het strekt alleen tot aanvulling van de wet van 1894 en tot wettiging van een bestaande toestand. Zoals de wet van 1894 thans luidt, kunnen immers alleen verbonden worden opgericht en kunnen alleen die verbonden worden erkend.

Sindsdien hebben die verbonden evenwel landsbonden gevormd, maar geen enkele bepaling van de wet van 1894 verleende aan de regering de mogelijkheid om die landsbonden te erkennen.

Artikel 147 betreft dus niet de machtiging van de landsbonden met het oog op de toepassing van de bepalingen inzake verplichte verzekering, maar uitsluitend de erkenning van de landsbonden in het mutualistisch kader.

Artikel 2 geeft alleen de begripsbepaling van landsbond en artikel 3 sluit de mogelijkheid uit om andere landsbonden te erkennen dan die welke erkend zijn ter toepassing van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955.

10° Men heeft terecht het feit gehekeld dat de organisatie en de werking van de verplichte verzekering tot dusver geregeld zijn door koninklijke besluiten.

Het ontwerp van wet houdt rekening met die kritiek. Het is derhalve normaal dat de machtiging van de landsbonden geschiedt door de Wetgevende Macht en niet door de Uitvoerende Macht, zoals tot nu toe het geval was.

Op grond van artikel 3 zou een fusie van twee landsbonden niet verhinderd kunnen worden, omdat dit in ieder geval twee reeds gemachtigde landsbonden zijn.

11° De tegenstrijdigheid tussen artikel 11 en artikel 27 is slechts schijnbaar en het is onjuist dat het

En ce qui concerne les travailleurs indépendants, il faut constater que ceux d'entre eux qui ont estimé devoir s'assurer librement contre la maladie et l'invalidité n'ont jusqu'à présent pas créé d'unions nationales réservées aux seuls travailleurs indépendants, mais qu'ils ont au contraire choisi de s'affilier à une des unions nationales existantes.

L'éventail de ces unions nationales correspond d'ailleurs aux différentes conceptions philosophiques et politiques de la population.

7° Il résulte du compte-rendu analytique de la séance de la Chambre du 25 juin (page 662) que l'avant dernier alinéa de l'amendement introduit par M. Lavens a été retiré par son auteur.

8° Le texte de l'article 22 a été modifié par l'adoption par la Chambre d'un amendement introduit par M. Lavens. Bien que le texte de cet amendement fasse mention d'un « comité technique » il convient de mettre ce « comité » sur le même pied que les conseils techniques visés à l'article 16.

Cette différence de dénomination ne correspond pas à une différence d'attributions.

9° Il n'y a pas de contradiction entre ces dispositions. L'article 147 ne permet pas de prétendre que de nouvelles unions nationales pourront être agréées pour l'application de la loi. Il tend uniquement à compléter la loi de 1894 et à légaliser une situation existante. La loi de 1894, dans sa forme actuelle, ne va, en effet, pas plus loin que la constitution de fédérations et la possibilité de reconnaissance de ces fédérations.

Depuis lors, ces fédérations ont créé des unions nationales, mais aucune disposition de la loi de 1894 ne donnait pour le gouvernement la possibilité de reconnaître ces unions nationales dans le cadre mutualiste.

L'article 147 vise donc non pas l'agrégation des unions nationales pour l'application des dispositions en matière d'assurance obligatoire, mais uniquement la reconnaissance des unions nationales.

L'article 2 ne fait que donner la définition d'union nationale et l'article 3 exclut la possibilité d'agrégation d'autres unions nationales que celles qui étaient agréées par l'application de l'arrêté royal organique du 22 septembre 1955.

10° On a, à juste titre, critiqué le fait que l'organisation et le fonctionnement de l'assurance obligatoire ont été jusqu'à présent réglementés par des arrêtés royaux.

Le projet de loi tient compte de cette critique. Il est dès lors normal que dans cette optique l'agrégation des unions nationales se fasse par le pouvoir législatif et non pas par le pouvoir exécutif, comme cela a été le cas jusqu'à l'heure actuelle.

Le texte de l'article 3 ne s'opposerait pas à la fusion de deux unions nationales puisqu'il s'agirait de toute façon de deux unions nationales qui bénéficient de l'agrégation.

11° La contradiction entre l'article 11 et l'article 27 n'est qu'apparente et l'impossibilité de constitution soit

beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging of de commissies waar onderhandelingen over de overeenkomsten gevoerd zullen worden, niet opgericht zouden kunnen worden.

Krachtens artikel 159 kunnen sommige bepalingen van het ontwerp van wet, en met name die betreffende de oprichting van organen, diensten en commissies, vóór 1 januari 1964 in werking treden.

Dat artikel maakt het mogelijk het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Dienst voor geneeskundige verzorging op te richten en de commissie belast met de onderhandelingen over de overeenkomsten met het geneesherenkorps te installeren.

Het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging behoeft niet geïnstalleerd te zijn vooraleer die commissie kan worden ingesteld.

Dit betekent dat de beroepsverenigingen van geneesheren in de nationale commissie het bewijs kunnen leveren dat zij bereid zijn aan de verzekering voor geneeskundige verzorging mede te werken en er aldus toe komen hun vertegenwoordigers voor te dragen voor het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Artikel 11 eist dus niet dat de beroepsverenigingen van geneesheren vooraf de verbintenis aangaan om in te stemmen met de overeenkomsten die de verzekeringsinstellingen hun opleggen.

Aan de andere kant wijst niets erop dat de geneesheren waarvan sprake is in letter *b*) van artikel 11, niet de vertegenwoordigers mogen zijn van de beroepsverenigingen. Maar het zou toch niet redelijk zijn geen rekening te houden met de mogelijkheid dat de beroepsverenigingen van geneesheren hun medewerking met de verzekering voor geneeskundige verzorging weigeren. Het ware, onder die omstandigheden, ondenkbaar dat zij het recht zouden hebben vertegenwoordigd te zijn in het comité dat de verzekering voor geneeskundige verzorging beheert.

12° Sommige geneesheren met een onbetwistbare faam, die het standpunt van hun beroepsvereniging afkeuren, hebben reeds hun medewerking met de verzekering voor geneeskundige verzorging toegezegd.

Zulke geneeskundige personaliteiten zouden voorlopig zitting kunnen hebben in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, wat hun vooraf zal worden medegedeeld. Zij zelf zijn van oordeel dat het voor hen niet onbevredigend is door vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen vervangen te worden op het ogenblik dat deze hun standpunt mochten wijzigen.

13° De Minister verklaart dat hij bereid blijft alles in het werk te stellen om de onderhandelingen met het geneesherenkorps te kunnen beginnen.

Hij wijst er echter op dat de moeilijkheid hierin ligt dat het op dit ogenblik praktisch onmogelijk is geldige gesprekpartners te vinden die het gezamenlijke geneesherenkorps vertegenwoordigen.

Volgens hem verhindert de tekst van artikel 11, *b*), trouwens niet a priori dat het geneesherenkorps vertegenwoordigd wordt door personen voorgedragen door

du Comité de gestion du service des soins de santé, soit des commissions au sein desquelles seront négociées les conventions, n'est pas réelle.

Les dispositions de l'article 159 permettent en effet l'entrée en vigueur avant la date du 1^{er} janvier 1964 de certaines dispositions du projet de loi notamment celles qui concernent la création des institutions, services et commissions.

Cet article rend possible la création de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et du service des soins de santé ainsi que l'installation de la commission chargée de négocier les conventions avec le corps médical.

Pour que cette commission soit installée il n'est pas nécessaire que le Comité de gestion du service des soins de santé soit installé.

C'est dire que les organisations professionnelles des médecins peuvent, au sein de la commission nationale, donner la preuve de ce qu'elles sont disposées à collaborer à l'assurance-soins de santé et obtenir ainsi de proposer leurs représentants au Comité de gestion du service des soins de santé.

L'article 11 n'exige donc pas des organisations professionnelles des médecins l'engagement préalable d'accepter des accords qui leurs sont imposés par les organismes assureurs.

Par ailleurs, rien n'indique que les médecins dont il est question au *b*) de l'article 11 ne peuvent être des représentants des organisations professionnelles. Mais il ne serait d'autre part pas raisonnable de ne pas tenir compte de l'éventualité que les organisations professionnelles de médecins refuseraient de collaborer à l'assurance-soins de santé. Et il serait dans ces conditions, impensable qu'elles aient le droit d'être représentées au Comité qui gère l'assurance-soins de santé.

12° Des médecins dont la renommée est indiscutable et qui désapprouvent l'attitude que prend leur organisation professionnelle, ont déjà offert de collaborer à l'assurance-soins de santé.

De telles personnalités médicales pourraient siéger au Comité de gestion du service des soins de santé à titre provisoire ce dont ils seront informés préalablement. Ils considèrent eux-mêmes qu'il n'y a rien de déshonorant pour eux à ce qu'ils soient remplacés par des représentants des organisations professionnelles au moment où celles-ci changeraient d'attitude.

13° Le Ministre déclare qu'il reste disposé à mettre tout en œuvre pour que les négociations avec le Corps médical puissent être entamées.

Il signale toutefois que la difficulté réside dans le fait qu'il est, à l'heure actuelle, pratiquement impossible de trouver des interlocuteurs valables qui représenteraient l'ensemble du Corps médical.

Il rappelle par ailleurs que le texte de l'article 11 *b*) n'exclut pas a priori la représentation du Corps médical par des personnes proposées par les organi-

de beroepsverenigingen. De Minister zegt nadrukkelijk dat de algemene inrichting van het ontwerp inzake verzekering voor geneeskundige verzorging op overeenkomsten berust. Hij verbindt zich ertoe het Parlement te vragen om de wet te wijzigen indien de ene of andere bepaling een onoverkomelijke hinderpaal mocht zijn voor het afsluiten van overeenkomsten.

14° Een belangrijk element om het vertrouwen van het Geneesherenkorps te herstellen, is dat het te allen prijze vertegenwoordigd zou zijn in het beheerscomité.

Dit zal kunnen gebeuren dank zij de medewerking van geneesheren die in persoonlijke naam zullen handelen.

Bovendien zijn de beroepsverenigingen niet de uitsluitende vertegenwoordigers van het Geneesherenkorps; er bestaan ook academiën en universiteiten.

17° De Minister zal die inlichtingen vragen aan zijn collega van Volksgezondheid en van het Gezin.

Wat betreft de houding van het Geneesherenkorps kan moeilijk een antwoord worden verstrekt omdat de toestand van streek tot streek verschilt.

Controle en medisch beroepsgeheim.

Uit de Commissie werden de volgende vragen gesteld :

1° De beroepsverenigingen van de geneesheren hebben, via in de pers gepubliceerde moties en mededelingen, beweerd dat de bepalingen van het ontwerp betreffende controle het medisch beroepsgeheim in het gedrang brengen en strijdig zijn met de plichtenleer.

Zijn die beweringen verantwoord ?

2° De Minister heeft verklaard, dat de bepalingen van de verzamelwet betreffende de controle versoepeld werden.

Welke bepaling van het ontwerp beantwoordt aan die verklaring ?

Een lid is van mening, dat men de protesten van de geneesgeneesheren met betrekking tot het in het gedrang brengen van het beroepsgeheim niet dient te overdrijven. In een hem bekende kliniek heeft het bestuur de aldaar werkzame geneesheren ervan in kennis gesteld dat zij, gelet op de bezwaren welke zij tegen het ontwerp hadden geopperd op grond van het beroepsgeheim, voortaan zelve de door hen af te leveren geneeskundige getuigschriften zouden moeten overschrijven. Tegenover die beslissing van het bestuur hebben de geneesheren niet meer aangedrongen.

Een lid kan niet aanvaarden dat thans het beroepsgeheim te berde wordt gebracht, terwijl men reeds jaren lang op dezelfde wijze heeft te werk gegaan zonder dat er bezwaren werden geopperd.

Hij is van mening, dat men niettemin omzichtig behoort te zijn ten aanzien van de medelingen, want er is een onderscheid tussen medelingen onder geneesheren en mededelingen aan de administratie.

**

sations professionnelles. Le Ministre insiste sur le fait que l'économie générale du projet, en matière d'assurance-soins de santé, repose sur le régime conventionnel. Il s'engage à inviter le Parlement à modifier la loi s'il s'avérait que l'une ou l'autre de ses dispositions constituait un obstacle insurmontable à la conclusion de conventions.

14° Un élément important pour rétablir la confiance du Corps médical est qu'il soit à tout prix représenté au Comité de gestion.

Cela sera possible grâce à la collaboration de médecins qui agiront à titre individuel.

De plus, pour représenter le Corps médical il n'y a pas que les organisations professionnelles; il y a aussi les académies et les universités.

17° Le Ministre demandera ces renseignements à son collègue de la Santé et de la Famille.

En ce qui concerne l'attitude du Corps médical, il est difficile de donner une réponse car la question diffère de région à région.

Contrôle et secret médical.

Les questions suivantes ont été posées par des commissaires :

1° Les organisations professionnelles de médecins ont affirmé, au moyen de motions et ordres du jour qui ont été publiés par la presse, que les dispositions du projet en matière de contrôle, sont de nature à porter atteinte au secret médical et sont en contradiction avec la déontologie.

Ces affirmations sont-elles fondées ?

2° Le Ministre a déclaré que les dispositions de la Loi unique en matière de contrôle ont été assouplies.

Quelle est la disposition du projet qui correspond à cette déclaration ?

Un commissaire est d'avis qu'il ne faut pas exagérer les récriminations des médecins au sujet de la violation du secret médical. Il fait part de ce que dans une clinique qu'il connaît, la direction avait informé les médecins qui y travaillent, de ce que, compte tenu des objections que ces médecins avaient fait valoir contre le projet de loi en invoquant le secret médical, ils auraient dorénavant à reproduire eux-mêmes les rapports médicaux qu'ils ont à établir. Devant cette décision de la direction, les médecins n'ont pas insisté.

Un commissaire ne peut accepter qu'on invoque maintenant la question du secret médical alors que pendant des années on a travaillé de la même façon sans réclamations.

Il estime qu'il faut malgré tout être prudent dans les communications car il y a une différence entre les communications faites entre les médecins et celles faites à l'administration.

**

De Minister heeft de gestelde vragen als volgt beantwoord :

1° Artikel 84 luidt inderdaad als volgt :

« De werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de personen die de bij deze wet omschreven geneeskundige verstrekkingen mogen verlenen, de verzorgingsinrichtingen, de tarifieringsdiensten, alsmede hun aangestelden of mandatarissen en de rechthebbenden behoren de eerstaanwezende geneeshereninspecteurs en de geneesheren-inspecteurs alle inlichtingen te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controleopdracht behoeven en hun, ter plaatse, de registers, staten, briefwisselingen en andere bescheiden over te leggen ».

Die bepaling is niet nieuw. Zij is overgenomen uit de verzamelwet en wordt reeds meer dan twee jaar toegepast op het Instituut voor geneeskundige controle, dat werkt onder het gezag van een comité dat uitsluitend is samengesteld uit geneesheren, onder wie vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen en van de Hoge Raad van de Orde der Geneesheren.

In dit verband zij erop gewezen, dat de geneesheren nooit kritiek hebben geïfend op de werking van het Instituut voor geneeskundige controle; de enige opmerkingen welke binnen de Raad van het Instituut voor geneeskundige controle zijn uitgebracht in verband met de werkzaamheden van de geneesheren-inspecteurs die door de Raad gelaste onderzoeken moesten verrichten, golden het feit, dat de door die geneesheren verzamelde inlichtingen soms ontoereikend waren.

Belangrijk is dat, volgens het bepaalde in artikel 84, alleen geneesheren toegang zullen hebben tot inlichtingen van medische aard.

De Minister leest een antwoord voor dat hem is verstrekt door de Brabantse Raad van de Orde der Geneesheren, nadat hij deze om nadere uitleg had verzocht in verband met het aanplakbiljetje betreffende het medisch beroepsgeheim dat het Belgisch Geneesherenverbond aan de geneesheren had gestuurd.

De Brabantse Raad heeft hem geantwoord :

« De Raad van de Orde heeft slechts kunnen vaststellen dat de bepalingen betreffende het beroepsgeheim van de geneesheer, welke thans voorkomen in het ontwerp van wet op de Z.I.V., reeds in titel III van de verzamelwet bestonden.

» Opgemerkt zij dat de Raad van de Orde niet lijkt geraadpleegd te zijn nopens de bepalingen van titel III van de verzamelwet.

» Voorts kan men zich afvragen of er terzake van het gedeelde geheim nog sprake is van laakbare openbaring zo deze geschiedt aan andere personen die zelve gehouden zijn tot het medisch beroepsgeheim, bijvoorbeeld aan andere geneesheren of aan ambtenaren die, door de aard van hun werkzaamheden, aan een gelijksoortige regeling onderworpen zijn binnen de grenzen van geneeskundige handelingen. »

Ongetwijfeld mag men uit dit antwoord afleiden, dat de Brabantse raad van de Orde der Geneesheren oordeelt dat de bepalingen van artikel 84 niet van zulke aard zijn dat zij het medisch beroepsgeheim in het gedrang zouden brengen.

2° De oorspronkelijke tekst van artikel 96 stelde niet dat de bedoelde inlichtingen uitsluitend van administratieve aard zijn.

Le Ministre a répondu comme suit aux questions posées :

1° L'article 84 stipule effectivement que :

« Les employeurs, les organismes assureurs, les personnes autorisées à fournir les prestations de santé telles qu'elles sont définies par la présente loi, les établissements de soins, les offices de tarification ainsi que leurs préposés ou mandataires et les bénéficiaires sont tenus de donner aux médecins-inspecteurs tous les renseignements dont ils ont besoin pour exercer leur mission de contrôle et de leur communiquer, sans déplacement de pièces, les registres, états, correspondance et autres documents. »

Cette disposition n'est pas nouvelle. Elle est reprise à la Loi unique et elle est d'application depuis plus de 2 ans à l'Institut de Contrôle Médical qui fonctionne sous l'autorité d'un comité composé uniquement de médecins dont des représentants des organisations professionnelles et du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins.

Il importe, à ce sujet, de souligner que jamais le fonctionnement de l'Institut du Contrôle Médical n'a été critiqué par les médecins; les seules remarques qui, au sein du Conseil de l'Institut du Contrôle Médical, ont été formulées sur l'activité des médecins-inspecteurs chargés d'effectuer des enquêtes décidées par le Conseil, est que les renseignements rassemblés par ces médecins étaient parfois insuffisants.

Il est important d'attirer l'attention sur le fait que seuls des médecins ont, en application des dispositions de l'article 84, accès à des renseignements d'ordre médical.

Le Ministre donne connaissance d'une réponse qui lui a été fournie par le Conseil du Brabant de l'Ordre des Médecins qu'il a interrogé au sujet de l'affichette relative au secret médical que la Fédération Médicale Belge a adressée aux médecins.

Le Conseil du Brabant lui a répondu :

« Le Conseil de l'Ordre n'a pu que relever que les dispositions qui se trouvent actuellement dans le projet de loi sur l'A.M.I. en ce qui concerne le secret médical, existaient déjà dans la Loi unique — Titre III.

» Il est à noter que le Conseil de l'Ordre ne semble pas avoir été consulté en la matière sur les dispositions du Titre III de la Loi unique.

» D'autre part, on peut se demander, dans le domaine du secret partagé, s'il y a encore révélation condamnable lorsque celle-ci est faite à d'autres personnes qui sont elles-mêmes liées par le secret médical; par exemple, d'autres médecins ou des fonctionnaires que la nature de leurs fonctions assujettit à un régime analogue dans la limite d'actes médicaux. »

Il ne fait pas de doute qu'il est permis de déduire de cette réponse que le Conseil du Brabant de l'Ordre des Médecins estime que les dispositions de l'article 84 ne sont pas de nature à porter atteinte au secret médical.

2° Le texte initial de l'article 96 ne précisait pas que les renseignements qui sont visés sont uniquement d'ordre administratif.

Die precisering komt voor in de tekst van dit artikel zoals de Kamer het heeft geamendeerd.

Ontegensprekelijk blijkt daaruit dat inspecteurs die geen geneesheren zijn, generlei toegang hebben tot de inlichtingen van medische aard en dat, op grond van artikel 96, iedere geneesheer het recht heeft inlichtingen van medische aard te weigeren aan de inspecteurs die geen geneesheren zijn.

De verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Door de commissieleden werden de volgende vragen gesteld :

1° Waarom stemt, in artikel 23, de opsomming van de geneeskundige zorgen niet overeen met die welke voorkomt in het koninklijk besluit van 22 september 1955 en in de vroegere koninklijke besluiten en welke luidt als volgt :

« Artikel 60. — De bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoelde verzorging beoogt :

1° het voortdurende toezicht voor het behoud en de bevordering van de gezondheid;

2° de opsporing en de nauwkeurige diagnose van elke abnormale toestand met het oog op het toepassen van de gepaste behandeling om de gezondheid en de arbeidsbekwaamheid zo spoedig, zo volledig en met zo geringe kosten mogelijk, te herstellen;

3° de bij elke ziekte-toestand nodige behandeling;

4° alle vereiste maatregelen voor de functionele scholing en herscholing en de vakscholing en -herscholing.

De gerechtigde, enerzijds, degene die een geneeskundig of aanverwant beroep uitoefenen, alsook de verzorgingsinstellingen waarop hij een beroep doet, anderzijds, werken te dien einde zowel onderling als met het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte- en invaliditeit en de verzekeringsorganismen samen. »

Waarom strekt het ontwerp van wet zich niet tevens uit tot de zorgen van de preventieve geneeskunde ?

Moet daaruit worden afgeleid dat de verzekering voor geneeskundige verzorging voortaan de prestaties inzake preventieve geneeskunde niet meer zal dekken ?

2° Welke is de juiste strekking van artikel 23-6° in verband met de toestand van de in een krankzinnigengesticht geplaatste zieken ? Men kan moeilijk een onderscheid maken tussen de « gesloten afdeling » en « open afdeling ». Wat gebeurt er met het Onderstandsfonds ?

3° Tot dusverre beperkt het Speciaal Onderstandsfonds zijn tegemoetkomingen voor de plaatsing in een krankzinnigengesticht tot een bedrag dat overeenstemt met de uitkeringen van de verzekering.

Wordt die toestand door het ontwerp van wet verholpen ?

Le texte dudit article tel qu'il a été amendé par la Chambre apporte cette précision.

Il en résulte incontestablement que des inspecteurs, non médecins, n'ont aucunement accès aux renseignements d'ordre médical et que tout médecin est, sur base de l'article 96, en droit de refuser de fournir des renseignements d'ordre médical à des inspecteurs non médecins.

Les prestations de l'assurance-soins de santé.

Les questions suivantes ont été posées par les commissaires :

1° Pour quelle raison l'énumération des soins de santé figurant à l'article 23 ne correspond-t-elle pas à celle que l'on trouve dans l'arrêté royal du 22 septembre 1955 et dans les arrêtés royaux antérieurs et qui est libellé comme suit :

« Article 60. — Les soins visés par l'assurance-invalidité ont pour objet :

1° la surveillance continue en vue du maintien et du développement de la santé;

2° le dépistage et le diagnostic précis de tout état anormal en vue d'instituer le traitement susceptible de restaurer le plus rapidement, le plus complètement et le plus économiquement la santé et la capacité de travail;

3° le traitement nécessaire à tout état pathologique;

4° toutes mesures utiles en vue de l'éducation et de la rééducation fonctionnelles et professionnelles.

Le bénéficiaire, d'une part, les membres des professions médicales et paramédicales, ainsi que les établissements de soins auxquels il a recours, d'autre part, collaborent, à ces fins, entre eux comme avec le Fonds national d'assurance maladie-invalidité et les organismes assureurs. »

D'autre part, pour quelle raison le projet de loi ne vise-t-il pas les soins de médecine préventive ?

Faut-il en conclure que l'assurance-soins de santé ne couvrira plus dorénavant les prestations de médecine préventive ?

2° Quelle est la portée exacte de l'article 23-6° en rapport avec la situation des colloqués ? Il est difficile de faire la différence entre « section fermée » et « section ouverte ». Que devient le Fonds d'assistance ?

3° Jusqu'à présent, le Fonds spécial d'assistance réduit son intervention en cas de collocation, d'un montant égal à celui des prestations accordées par l'assurance.

Le projet de loi remédie-t-il à cette situation ?

1° In de inleidende uiteenzetting is gezegd dat het nutteloos zou zijn de uitkeringen van de verzekering voor geneeskundige verzorging eenvoudig te verhogen als men niet tegelijkertijd maatregelen nam om de honoraria vast te stellen, daar de ervaring heeft aangetoond dat in die omstandigheden moet worden verwacht dat de geneesheren hun honoraria zullen verhogen en aldus de inspanningen van de verzekering vergeefs zullen maken.

Kan een nota nadere gegevens verschaffen over wat vroeger is gebeurd ?

5° Welke is de betekenis van de betrekkelijke waarde die de nomenclatuur zal toekennen aan de geneeskundige verstrekkingen ?

6° In welke gevallen zullen de weduwen, de pensioentrekkers, de invaliden en de wezen niet gedeeltelijk de kosten van de pharmaceutische specialiteiten moeten dragen ? Zal dit alleen maar het geval zijn voor de niet erkende specialiteiten ?

7° In de inleidende uiteenzetting is gesteld dat het ontwerp moet worden gezien in het kader van een ruim gezondheidsbeleid. Hoe is dit het geval ? Is het mogelijk een nota daaromtrent te ontvangen ?

**

De Minister heeft de gestelde vragen als volgt beantwoord :

1° Juist is dat het koninklijk besluit van 22 september 1955 en de vroegere koninklijke besluiten nader bepaalden dat de door de ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoelde verzorging met name : *«het voortdurend toezicht voor het behoud van de gezondheid beoogt»*; juist is ook dat artikel 23 van het ontwerp van wet niet de opsomming van de geneeskundige verzorging overneemt welke voorkomt in de bewuste koninklijke besluiten.

In het verleden hebben de verzekeringsinstellingen ondanks de bepaling betreffende de preventieve verzorging, doorgaans betwist dat zij verplicht waren uitkeringen toe te kennen voor geneeskundige handelingen waarvan zij iersten dat zij preventief waren. Ook dient erop te worden gewezen dat het onderscheid tussen curatieve en preventatieve geneeskundige verzorging zeer moeilijk te maken valt. Welke zijn immers de essentiële vertrekkingen van de preventieve geneeskunde ? Het gaat om raadplegingen gevraagd door personen die ongerust zijn over hun gezondheidstoestand of die door een geneesheer wensen te horen bevestigen dat zij in goede gezondheid verkeren; voorts gaat het om onderzoeken en ontledingën welke die geneesheer noodzakelijk acht; er is ook nog sprake van preventieve geneeskunde als de geneesheer vroegtijdig een of andere aandoening behandelt teneinde te vermijden dat zij zou verergeren.

Men mag dus stellen dat de preventieve geneeskunde niet wezenlijk verschilt van de geneeskunde zonder meer. Door in artikel 23 de raadplegingen, de technische verstrekkingen voor diagnose, de bewarende tandheelkundige hulp, de opneming in een ziekenhuis ter observatie te vermelden bedoelt het ontwerp van wet impliciet de preventieve verzorging.

4° Dans l'exposé introductif, il a été dit qu'il ne servirait à rien d'augmenter purement et simplement les remboursements de l'assurance en matière de soins de santé sans prendre des mesures en matière de fixation des honoraires, puisque l'expérience a montré que dans ces conditions il faut prévoir que les médecins augmenteraient le montant de leurs honoraires et mettraient ainsi à néant l'effort accompli par l'assurance.

Est-il possible de recevoir une note détaillée au sujet de ce que s'est produit dans le passé ?

5° Quelle est la signification de la valeur relative qui sera attribuée, par la nomenclature, aux prestations de santé ?

6° Dans quels cas les veuves, les pensionnés, les invalides et les orphelins n'auront-ils pas à supporter une partie du coût des spécialités pharmaceutiques ? Ne sera-ce le cas que pour les seules spécialités non-reconnues ?

7° Dans l'exposé introductif il a été affirmé que le projet s'inscrit dans une grande politique de santé. Comment le fait-il ? Peut-on avoir une note écrite à ce sujet ?

**

Le Ministre a répondu comme suit, aux questions posées.

1° Il est exact que l'arrêté royal du 22 septembre 1955 et les arrêtés royaux antérieurs précisaient que les soins visés par l'assurance-invalidité *«ont notamment pour objet la surveillance continue en vue du maintien de la santé»*, il est exact aussi que l'article 23 du projet de loi ne reprend pas l'énumération des soins de santé que l'on trouve dans lesdits arrêtés royaux.

Outre qu'il convient de faire remarquer que les organismes assureurs ont dans le passé, et ce malgré la disposition visant les soins préventifs, généralement contesté l'obligation, pour eux, d'octroyer des prestations pour des actes médicaux qu'ils savaient être préventifs, il importe de souligner que la distinction entre prestations de médecine curative et prestations de médecine préventive est très difficile à faire.

Quelles sont, en effet, les prestations essentielles de la médecine préventive ? Il s'agit de consultations demandées par des personnes qui, inquiètes au sujet de leur état de santé ou désirant voir confirmer leur impression d'être bien portantes, s'adressent à un médecin; il s'agit aussi des examens et analyses auxquels ce médecin juge nécessaire d'avoir recours; mais il s'agit encore de médecine préventive lorsque le médecin traite de façon précoce telle affection dès son début pour éviter qu'elle ne s'aggrave.

L'on peut donc affirmer que la médecine préventive ne diffère pas essentiellement de la médecine tout court. En citant, à l'article 23, les consultations, les prestations techniques de diagnostic, les soins dentaires de conservation, l'hospitalisation pour mise en observation, le projet de loi vise implicitement les soins préventifs.

Artikel 35 van het ontwerp bevestigt dit standpunt trouwens, daar het zegt dat « de verzorging verstrekt wordt onder de zuinigste voorwaarden welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud van de gezondheid... ».

Uit het feit dat in artikel 23 geen bepaling voorkomt welke uitdrukkelijk de preventieve verzorging geldt mag men dus niet afleiden dat die verzorging niet meer zal behoren tot de verstrekkingen waarvan de verzekering voor geneeskundige verzorging de last draagt: juist is dat artikel 23 geen betrekking heeft op de stelselmatige organisatie van de preventieve geneeskunde, die trouwens onder de bevoegdheid valt van het departement van Volksgezondheid en die dus niet mag worden betrokken bij de verzekering voor geneeskundige verzorging, zo men niet wil dat vraagstukken rijzen als gevolg van een dubbele bevoegdheid.

In verband met de tekst van artikel 23 moet worden opgemerkt dat deze zodanig is gesteld dat andere artikelen er gemakkelijk kunnen naar verwijzen zonder dat de tekst ervan wordt verzwaaard: dit is met name het geval van artikel 121, 3°, dat de in artikel 23, 6° opgesomde sociale ziekten betreft, en voor de artikelen 25 en 29, die verwijzen naar de verstrekkingen van artikel 23 om voor sommige ervan bepalingen te preciseren die betrekking hebben hetzij op de vergoeding, hetzij op het bedrag van de in de overeenkomsten vast te stellen honoraria.

2° Het organiek koninklijk besluit van de ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaalt thans in artikel 62 dat « *geneeskundige verzorging wordt ontzegd aan de in een gesloten krankzinnigengesticht of in een gesloten afdeling van een krankzinnigengesticht geplaatste zieke* ».

Doorgaans worden de kosten van ziekenhuisverpleging en behandeling van in een krankzinnigengesticht geplaatste zieken ten laste genomen door het Speciaal Onderstandsfonds, zowel voor de sociaal verzekerden als voor de overige personen. Voor de verzekerden wier inkomen de armlastigheidsnormen overtreft, komen die kosten voor rekening van de zieke.

De bepalingen van het ontwerp van wet heffen het verbod op tot tegemoetkoming vanwege de verzekering voor geneeskundige verzorging in geval van plaatsing in een krankzinnigengesticht, zodat zij aan alle verzekerden een uitkering waarborgen.

Bovendien zijn de vergoedingsbedragen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor de kosten van ziekenhuisverpleging in de open afdeling of in de neuro-psychiatrische klinieken thans onvoldoende, zodat de verzekerden een persoonlijk aandeel in die kosten moeten dragen dat des te zwaarder weegt daar het over het algemeen om ziekenhuisverplegingen van lange duur gaat: deswege is het gezin van de geesteszieke, bij gebrek aan geldmiddelen, vaak verplicht de opname van de geesteszieke in een gesticht te aanvaarden of te vragen.

Het wetsontwerp, dat in een bijkomende tegemoetkoming van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin voorziet om de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de verpleegdag aan te vullen, vrijwaart aldus de verzekerde van die zware persoonlijke lasten welke hij tot nog toe in geval van ziekenhuisverpleging moest dra-

L'article 35 du projet de loi confirme d'ailleurs cette affirmation puisqu'il dispose que « les soins sont donnés dans les conditions les plus économiques et compatibles avec la nécessité du *maintien* de la santé... ».

Il est donc erroné de déduire de l'absence, à l'article 23, d'une disposition visant expressément les soins préventifs, que lesdits soins tomberont en dehors des prestations dont l'assurance-soins de santé assumera dorénavant la charge; ce qui est exact, c'est que l'article 23 ne concerne pas l'organisation systématique de la médecine préventive qui est d'ailleurs confiée au Ministère de la Santé publique et qui ne peut dès lors être visée par l'assurance-soins de santé sous peine de créer des problèmes résultant d'une dualité de compétence.

Au sujet du libellé de l'article 23 il convient enfin de préciser qu'il est conçu de telle façon qu'il permet, à d'autres articles, de s'y référer facilement sans alourdir le texte: tel est notamment le cas de l'article 121, 3°, qui vise les maladies sociales énoncées à l'article 23, 6°, tel est aussi le cas des articles 25 et 29 qui se réfèrent à des prestations de l'article 23, pour préciser, pour certaines d'entre elles, des dispositions qui concernent soit leur remboursement, soit le montant des honoraires qui devra être prévu dans les conventions.

2° Actuellement, l'arrêté royal organique de l'assurance maladie-invalidité dispose, en son article 62, que « *le malade placé dans un asile ou section d'asile d'aliénés fermé, est exclu du bénéfice des soins de santé* ».

En général, les frais d'hospitalisation et de traitement des malades colloqués sont, pour les assurés sociaux comme pour les autres personnes, pris en charge par le Fonds Spécial d'Assistance.

Pour les assurés dont les revenus dépassent les normes de l'indigence, ces frais sont à charge du malade.

Les dispositions du projet de loi lèvent cette interdiction d'intervention de l'assurance-soins de santé en cas de collocation et garantissent donc un remboursement à tous les assurés.

Par ailleurs, l'insuffisance des taux de remboursement de l'assurance maladie-invalidité, pour les frais d'hospitalisation dans les sections ouvertes ou dans les cliniques neuro-psychiatriques, laissent actuellement à charge de l'assuré, des interventions personnelles d'autant plus lourdes qu'il s'agit généralement d'hospitalisation de longue durée: de ce fait, la famille du malade mental est souvent contrainte d'accepter ou de demander la collocation, par manque de moyens financiers.

En prévoyant une intervention complémentaire du Ministère de la Santé publique et de la Famille pour parfaire l'intervention de l'assurance-soins de santé dans le coût de la journée d'entretien, le projet de loi libère l'assuré du poids des charges personnelles qu'il devait jusqu'à présent supporter en cas d'hospitalisation: cette libération permettra à la famille du malade

gen : deze vrijwaring stelt het gezin van de geesteszieke in de mogelijkheid af te zien van de niet onontbeerlijke plaatsing en voorwaarden voor ziekenhuisverpleging en behandeling te kiezen welke, op menselijk en sociaal vlak, meer stroken met zijn waardigheid.

In een ander verband bepaalt het wetsontwerp met betrekking tot de in artikel 23, 6°, opgesomde sociale ziekten, dat het Rijk 95 % ten laste neemt van de verzekeringsuitgaven voor de specifieke behandeling van die aandoeningen en voor de ziekenhuisverpleging in gespecialiseerde diensten van de door die aandoeningen aangetaste zieken : krachtens artikel 121, 3°, bepaalt de Koning wat onder « gespecialiseerde dienst » en onder « specifieke behandeling » dient te worden verstaan.

Het zou kunnen gebeuren dat de kosten gemoeid met sommige behandelingen — welke niet als specifiek worden beschouwd — van de geesteszieken, of dat de kosten van verpleging in sommige onvoldoend gespecialiseerde inrichtingen niet worden opgenomen onder de door het Rijk gedragen lasten : de uitgestrektheid van die tenlasteneming kan de verzekerde zelf geenszins deren, aangezien de verzekeringsinstelling hem, in alle gevallen, de verzorging zal vergoeden welke hem ambulante in een ziekenhuis of een kliniek wordt verstrekt.

De verzekeringsinstelling zal echter, in sommige gevallen, zelf door het Rijk worden vergoed tegen 95 % van de uitgaven welke ze heeft gedaan : gelet op haar financiële verantwoordelijkheid, heeft de verzekeringsinstelling er dus klaarblijkelijk belang bij de zieken naar de gespecialiseerde inrichtingen en naar de specifieke behandelingen te oriënteren. Ook deze overweging moet gezien worden in het kader van de maatregelen welke een degelijke beoefening van de geneeskunde ten goede komen.

Op een vraag in verband met de eventuele verschuiving van de lasten voortvloeiende uit de bepalingen van het wetsontwerp, past het in de eerste plaats te antwoorden dat de huidige tegemoetkoming van het Speciaal Onderstandsfonds voor de geplaatste zieken, in 80 % van de gevallen wordt verleend voor sociaal verzekerden wier behoeftige toestand voornamelijk hieruit voortspuit dat de ziekte- en invaliditeitsverzekering geen tegemoetkoming verleent.

Krachtens de in het wetsontwerp vervatte regeling zal het Speciaal Onderstandsfond niet langer tegemoetkomingen moeten verlenen voor de sociaal verzekerden : bedoeld Fonds zal de inkomsten waarover het beschikt kunnen verdelen over een beperkt aantal rechthebbenden, namelijk de behoeftigen die geen sociaal verzekerden zijn, en deswege zijn tegemoetkoming voor elk geval kunnen verhogen.

3. Het wetsontwerp bevat generlei bepaling op grond waarvan de verzekeringsinstellingen de verstrekkingen voor geneeskundige verzorging zouden kunnen weigeren aan de verzekerde geplaatste geesteszieken. Anders gezegd, de bijdrage van het Speciaal Onderstandsfonds ten behoeve van die verzekerden zal niet meer gevorderd worden.

4. Onderstaande tabel geeft het verloop van de tarieven inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering van 1945 tot op heden.

mental de renoncer à la collocation qui n'est pas indispensable et de choisir des conditions d'hospitalisation et de traitement plus compatibles, sur le plan humain et social, avec sa dignité.

Dans un autre ordre de considérations, le projet de loi prévoit, en ce qui concerne les maladies sociales énumérées à l'article 23, 6°, la prise en charge par l'Etat de 95 % des dépenses de l'assurance relatives au traitement spécifique de ces affections et à l'hospitalisation des malades qui en sont atteints, dans des services spécialisés : le Roi détermine, en vertu de l'article 121, 3°, ce qu'il faut entendre par « service spécialisé » et par « traitement spécifique ».

Il se pourrait que les frais afférents à certains traitements — non considérés comme spécifiques — des maladies mentales, ou que les frais d'hospitalisation dans certains établissements insuffisamment spécialisés ne soient pas repris parmi les charges supportées par l'Etat : l'étendue de cette prise en charge ne peut en rien affecter l'assuré lui-même puisque, en ce qui le concerne, l'organisme assureur lui remboursera, dans tous les cas, les soins qui lui seront donnés de façon ambulatoire dans un hôpital ou une clinique.

Mais l'organisme assureur sera, dans certains cas, lui-même remboursé par l'Etat, à raison de 95 % des dépenses qu'il aura envisagées : l'organisme assureur aura donc manifestement intérêt, étant donné sa responsabilité financière, à orienter les malades vers des établissements spécialisés et vers des traitements spécifiques. Cette considération s'inscrit elle aussi dans le cadre des mesures propres à favoriser une bonne médecine.

A une question concernant les déplacements éventuels de charges résultant des dispositions du projet de loi, il convient de répondre en faisant tout d'abord remarquer que l'intervention actuelle du Fonds Spécial d'Assistance pour les malades colloqués, concerne, dans 80 % des cas, des assurés sociaux dont l'indigence naît essentiellement du refus d'intervention de l'assurance maladie-invalidité.

Le régime décrit par le projet de loi dispensera le Fonds Spécial d'Assistance d'intervenir pour les assurés sociaux : ce Fonds pourra répartir les ressources dont il dispose, sur un nombre réduit de bénéficiaires — les indigents non assurés sociaux — et augmenter, par le fait même, son intervention dans chaque cas.

3° Le projet de loi ne contient aucune disposition qui permettrait aux organismes assureurs de refuser les prestations pour soins de santé aux assurés colloqués. C'est dire que l'intervention du Fonds spécial d'assistance en faveur de ces assurés ne sera plus requise.

4° La tableau reproduit ci-après donne l'évolution des tarifs de l'assurance maladie-invalidité depuis 1945 jusqu'à ce jour.

*Verloop van de tarieven van de
ziekte- en invaliditeitsverzekering.*

*Evolution des tarifs de
l'assurance-maladie-invalidité.*

Datum van het Ministerieel besluit — <i>Date de l'Arrêté Ministériel</i>	Raadpleging in de spreek- kamer van de geneesheer — <i>Consultation au cabinet du médecin</i>		Bezoek ten huize van de zieke — <i>Visite au domicile du malade</i>	Heelkunde — <i>Chirurgie</i>				
	algemene geneeskunde — <i>médecine générale</i>	geneesheer- specialist — <i>médecin spécialiste</i>		4 ^e cat.	3 ^e cat.	2 ^e cat.	1 ^e cat.	Supercat. — <i>Supercat.</i>
19 april 1945 <i>19 avril 1945</i>	15 F	25 F	20 F	350 F	650 F	1.000 F	1.350 F	
				anesthesie inbegrepen — <i>anesthésie comprise</i>				
26 december 1945 <i>26 décembre 1945</i>	20 F	50 F (1 ^e raadpl. (1 ^e consult.) 35 F (2 ^e raadpl. en daarop- volgende) (2 ^e consult. et suivantes)	30 F	400 F	750 F	1.350 F	1.800 F	
				anesthesie inbegrepen — <i>anesthésie comprise</i>				
21 maart 1947 <i>21 mars 1947</i>	23 F	50 F	35 F	400 F	750 F	1.350 F	1.800 F	
				anesthesie inbegrepen — <i>anesthésie comprise</i>				
21 juli 1947 <i>21 juillet 1947</i>	30 F	55 F	40 F	400 F	750 F	1.350 F	1.800 F	
				anesthesie inbegrepen — <i>anesthésie comprise</i>				
15 oktober 1947 <i>15 octobre 1947</i>	30 F	55 F	40 F	850 F	1.300 F	2.000 F	2.500 F	4.500 F
				anesthesie inbegrepen — <i>anesthésie comprise</i>				
26 oktober 1948 <i>26 octobre 1948</i>	30 F	30 F	40 F	850 F	1.300 F	2.000 F	2.500 F	4.500 F
	Afschaffing van de bijzondere hono- raria voor de specialisten wegens het gebrek aan reglementaire maatregelen om de ware specialisten te onderschei- den en wegens het misbruik dat van die titel werd gemaakt — <i>Suppression des honoraires spéciaux pour les spécialistes en raison de l'absence de mesures régle- mentaires permettant de discerner les vrais spécialistes, et de l'abus qui a été fait de ce titre.</i>			anesthesie inbegrepen — <i>anesthésie comprise</i>				
2 maart 1951 <i>2 mars 1951</i>	30 F	30 F	40 F	750 F +250 (An)	1.170 F +400 (An)	1.800 F +600 (An)	2.250 F +800 (An)	3.850 F +2000 (An)
				1.000 F	1.570 F	2.400 F	3.050 F	5.850 F
4 oktober 1956 <i>4 octobre 1956</i>	40 F	80 F	60 F	1.000 F	1.570 F	2.400 F	3.050 F	5.850 F
	De vergoedingsbedragen belopen 75 % van de basishonorariumtarieven welke door de ziekte- en invaliditeitsverzeke- ring in aanmerking worden genomen — <i>Les taux de remboursements correspon- dent à 75 % des tarifs d'honoraires de base pris en considération par l'assurance maladie-invalidité.</i>			De vergoedingsbedragen belopen 100 % van die basishonorariumtarieven welke door de ziekte- en invaliditeitsverzekering in aanmerking worden genomen — <i>Les taux de remboursements correspondent à 100 % des tarifs d'honoraires de base pris en considération par l'assurance maladie-invalidité.</i>				

doch bij gebrek aan overeenkomsten, zijn de geneesheren er met toe gehouden die basistarieven toe te passen — *mais en l'absence de conventions, les médecins ne sont pas tenus d'appliquer ces tarifs de base.*

5. In de nomenclatuur zal elke geneeskundige verstrekking een kenteken toegewezen krijgen dat de waarde van de verstrekking in vergelijking met al de andere verstrekkingen weergeeft. In de te sluiten overeenkomsten zal de hoegrootheid van de op die kentekens toe te passen vermenigvuldigingscoëfficiënt, uitgedrukt in franken, vastgesteld worden; de uitkomst van die vermenigvuldiging is het bedrag van de honoraria welke de geneesheren en andere verstrekkers van geneeskundige zorgen zullen vorderen.

6. Het beginsel van de kosteloze farmaceutische specialiteiten voor de gepensioneerden, de weduwen, de invaliden en de wezen kon in de wet niet opgenomen worden op dezelfde wijze als inzake de overige soorten van hulp; het is inderdaad nodig gebleken dit beginsel te begrenzen om reden van eventuele misbruiken die men moet kunnen bestrijden. Het ontwerp van wet biedt nochtans de mogelijkheid deze kosteloosheid toe te staan in bepaalde gevallen waaromtrent de geneeskundige adviseur zal moeten optreden, of ook voor bepaalde welomschreven specialiteiten die voor welbepaalde aandoeningen gebruikt worden.

7. a) *Met het overeenkomstenstelsel*, dat de mogelijkheid biedt het bedrag van de honoraria voor de geneeskundige verzorging vooraf te bepalen en de vergoedingen van de verzekering niet meer vast te stellen op grond van fictieve honorariumbedragen, doch wel van werkelijk aangerekende honoraria, worden de persoonlijke lasten van de verzekerde afgeschaft of verminderd binnen bekende grenzen teruggebracht: aldus ruimt het overeenkomstenstelsel de hinderpalen van financiële aard uit de weg welke, tot nog toe, de zieken konden beletten de vereiste verzorging te vorderen of ze zolang het nodig is te ontvangen.

b) *Thans zijn de bepalingen inzake farmaceutische specialiteiten* zo, dat de verzekering ofwel geen tegemoetkoming verleent omdat het geneesmiddel niet voorkomt op de lijst van de door het R.V.Z.I. aangenomen specialiteiten, ofwel slechts tegemoetkomt voor 75 % van de *richtprijs* van de aangenomen specialiteiten: die op basis van een fictieve prijs berekende tegemoetkoming laat een deel ten laste van de verzekerde zelf, ten bedrage van 25 à 50 % van de *publiek-prijs* der geneesmiddelen. Die publiekprijs nu kan voor sommige zeer doeltreffende doch tevens zeer dure geneesmiddelen oplopen tot 300, 400 of 500 frank per recept; dit is met name het geval voor sommige antibiotica of voor desoxycorticosterone (cortisone).

Zulks betekent, dat de verzekerde 75 à 250 frank per voorgeschreven recept voor zijn rekening moet nemen en men weet dat wegens de aard zelf van de aandoeningen waarvoor die geneesmiddelen zijn aangewezen, bedoelde behandelingen verscheidene weken lang moet voortgezet worden.

Door de mogelijkheid te bieden de tegemoetkoming van de verzekering te berekenen op de publiekprijs van de specialiteiten, bieden de bepalingen van het wetsontwerp reeds de gelegenheid het persoonlijk aandeel van de verzekerde te verminderen. Doch bovendien bepaalt artikel 25, § 3, dat bedoeld aandeel *eenvormig mag gewaardeerd worden op 25 %*

5° La nomenclature attribuera un indice à chaque prestation de santé, reflétant la valeur de la prestation comparativement à toutes les autres prestations. Les conventions à négocier fixeront la hauteur du coefficient de multiplication exprimée en francs à appliquer à ces indices; le produit de cette multiplication est le montant des honoraires que les médecins et autres dispensateurs de soins réclameront.

6° Le principe de la gratuité des spécialités pharmaceutiques pour les pensionnés, les veuves, les invalides et les orphelins n'a pu être inscrit dans la loi de la même façon que pour les autres soins; il est en effet apparu nécessaire de le limiter en raison d'abus éventuels qu'il faut être en mesure de combattre. Le projet de loi permet cependant d'accorder cette gratuité dans certains cas au sujet desquels le médecin-conseil aura à intervenir ou aussi pour certaines spécialités bien définies utilisées pour des affections bien déterminées.

7° a) *Le régime conventionnel*, qui permet de fixer préalablement le montant des honoraires pour les soins médicaux, et de baser les remboursements de l'assurance, non pas sur des taux d'honoraires fictifs, mais sur les honoraires effectivement réclamés, supprime les charges personnelles de l'assuré ou les réduit dans des limites connues: de cette façon, le régime conventionnel fait disparaître les obstacles d'ordre financier qui jusqu'à présent pouvaient empêcher les malades, soit de réclamer des soins nécessaires, soit de les poursuivre pendant toute la période utile.

b) *Les dispositions en matière de spécialités pharmaceutiques* sont telles, actuellement que, ou bien l'assurance n'accorde aucune intervention parce que le médicament ne figure pas sur la liste des spécialités agréées par le F.N.A.M.I., ou bien l'assurance n'intervient que pour 75 % du *prix de référence* des spécialités agréées: cette intervention calculée sur la base d'un prix fictif laisse à l'assuré une charge personnelle de l'ordre de 25 à 50 % du *prix public* du médicament. Or ce prix public, pour certains médicaments particulièrement efficaces mais aussi très coûteux, peut atteindre 300, 400 ou 500 francs par conditionnement: c'est notamment le cas de certains antibiotiques ou du desoxycorticostérone (cortisone).

Cela signifie que l'assuré doit intervenir pour 75 à 250 francs pour chaque conditionnement prescrit et l'on sait que la nature même des affections pour lesquelles ces médicaments sont indiqués, fait que ces traitements doivent être prolongés pendant plusieurs semaines.

En calculant l'intervention de l'assurance sur le prix public des spécialités, les dispositions du projet de loi permettent déjà de réduire l'intervention personnelle de l'assuré. Mais en outre, l'article 25, § 3, dispose que cette intervention personnelle *peut être uniformément estimée à 25 % du coût moyen des spécialités pharmaceutique remboursées*: cette disposition

van de gemiddelde kosten van de vergoede farmaceutische specialiteiten: met die bepaling wordt het mogelijk voor de specialiteiten dezelfde modaliteiten inzake het aandeel van de verzekerde in te voeren als die welke sedert 1945 van kracht zijn voor de volgens recept bereide geneesmiddelen.

De gemiddelde kosten van de vergoede farmaceutische specialiteiten belopen thans 80 frank, weshalve het aandeel van de verzekerde 20 frank (25 %) zou bedragen van de kosten der farmaceutische specialiteiten, welke ook hun prijs is.

Ook dit is ontegensprekelijk een maatregel waardoor voor de verzekerde de nodige voorwaarden tot stand komen om, ongeacht zijn bestaansmiddelen, de geneesmiddelen therapie te ontvangen welke voor het herstel van zijn gezondheidstoestand noodzakelijk is.

c) Ook de samengevoegde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin om de prijs van de verpleegdag in de ziekenhuizen en klinieken te dekken, maakt het mogelijk dat de verzekerde zich in een ziekenhuis kan laten opnemen telkens als dat nodig is, waardoor wordt vermeden dat hij zijn toevlucht moet nemen tot lastige, onvolledige en ondoelmatige ambulante behandelingen, waaraan nochtans niet te ontkomen is alleen naar omdat de verzekerde niet zelf de toeslagen van 50, 100 of 150 frank daags kan betalen die hem thans door de verplegingsinrichtingen worden aangerekend.

d) De afschaffing van het matigend ticket voor de gewone verzorging waar het gaat om gepensioneerden, weduwen en invaliden ruimen voor de meesten onder hen die alleen over hun pensioen, rente of wettelijk uitkering beschikken, de onmogelijkheid uit de weg om de nodige verzorging te verkrijgen welke zij des te vaker behoeven wegens de fysiologische behoeften van hun leeftijd (gepensioneerden) of wegens de aard zelf van hun aandoening (invaliden).

e) Het concept zelf van de financiering der verzekering voor geneeskundige verzorging is een belangrijke factor voor een gezondheidsbeleid.

Tot nog toe, immers, heeft de ziekte- en invaliditeitsverzekering gepoogd haar uitgaven binnen het kader te houden van een volume van ontoereikende ontvangsten welke in 1944 werden berekend op grond van de uitgaven van de vrijwillige verzekering vóór de oorlog, waarin dus geen rekening was gehouden met de enorme vorderingen op geneeskundig gebied van de jongste twintig jaar en met de stijging van de behoeften welke daaruit voor de bevolking zijn voortgevloeid.

Het wetsontwerp schrijft daarentegen voor, dat de begrotingsramingen voor elk dienstjaar zullen opge maakt worden op basis van een studie over de evolutie van de geneeskundige behoeften van de verzekerden en van een nomenclatuur van de verstrekkingen, aangepast aan de evolutie van de geneeskunde.

Het opmaken van die uitgavenramingen sluit in, dat voor overeenstemmende ontvangsten wordt gezorgd, met name door een gelijktijdige verhoging van de op de lonen ingehouden bijdragen. Dit concept inzake de

rend possible d'appliquer pour les spécialités, les modalités d'intervention de l'assuré, en vigueur depuis 1945, pour les prescriptions magistrales.

Le coût moyen des spécialités pharmaceutiques remboursées étant actuellement de l'ordre de 80 francs, l'assuré interviendrait donc uniformément à raison de 20 francs (25 %) dans le coût des spécialités pharmaceutiques, quel que soit leur prix.

Il s'agit incontestablement là aussi, d'une mesure mettant l'assuré dans des conditions telles qu'il puisse, quelles que soient ses possibilités matérielles, bénéficier de la thérapeutique médicamenteuse nécessaire pour restaurer son état de santé.

c) L'intervention cumulée de l'assurance-soins de santé et du Ministère de la Santé publique et de la Famille pour couvrir le prix de la journée d'entretien dans les hôpitaux et cliniques, doit, elle aussi, permettre à l'assuré de bénéficier du secours de l'hospitalisation chaque fois que celle-ci est nécessaire et d'éviter de recourir à des traitements ambulatoires difficiles, incomplets et inefficaces, mais qui s'imposent néanmoins par le seul fait que l'assuré ne peut pas personnellement supporter les suppléments journaliers de 50, 100 ou 150 francs, qui lui sont actuellement réclamés par les établissements hospitaliers.

d) La suppression du ticket modérateur pour les soins courants, en ce qui concerne les pensionnés, les veuves et les invalides, lève pour la majorité d'entre eux, qui ne disposent que de leur pension, rente ou indemnité légale, l'impossibilité de recourir aux soins nécessaires rendus plus fréquents par les besoins physiologiques de leur âge (pensionnés) ou par la nature même de leur affection (invalides).

e) La conception même du financement de l'assurance-soins de santé est un élément important d'une politique de santé.

Jusqu'à présent en effet, l'assurance maladie-invalidité a essayé de limiter ses dépenses au cadre d'un volume de recettes insuffisantes, calculées en 1944, sur la base des dépenses de l'assurance libre avant la guerre, qui ne connaissait pas les énormes progrès médicaux des vingt dernières années et l'accroissement des besoins qu'ils ont fait naître dans la population.

Le projet de loi prévoit au contraire que les prévisions budgétaires pour chaque exercice seront établies sur la base d'une étude de l'évolution des besoins médicaux des assurés et d'une nomenclature des prestations réadaptée en fonction de l'évolution de la médecine.

L'établissement de ces prévisions de dépense implique la réalisation des recettes correspondantes, notamment par un relèvement simultané des cotisations prélevées sur les salaires. Cette conception du finance-

financiering maakt het mogelijk dat, voor elk dienstjaar, kan worden voorzien in de behoeften van een gezondheidsbeleid dat aan de evolutie van de voorde- ringen op geneeskundig gebied is aangepast.

f) *De uitbreiding van de verzekering voor genees- kundige verzorging* tot andere groepen van de bevol- king wordt mogelijk gemaakt door de bepalingen van het artikel 22 van het ontwerp. (Zelfstandige arbeiders — studenten — ambtenaren — huispersoneel — verminkten en gebrekkigen).

Door het in toepassing brengen van deze bepalingen zal schier de gehele bevolking verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging genieten.

Overeenkomsten.

Door de commissieleden werden de volgende vragen gesteld :

1. Moet uit de tekst van de artikelen 28 en 33 wor- den afgeleid dat het ontwerp van wet geen termijn vaststelt binnen welke de streekovereenkomsten na onderhandeling moeten worden gesloten ?

2. Om welke redenen heeft de Commissie van de Kamer van Volksvertegenwoordigers de tekst van arti- kel 151 van het ontwerp grondig gewijzigd ?

Moet dit artikel 151 begrepen worden in die zin dat het aan de geneesheren die niet tot een overeenkomst zijn toegetreden, verbiedt hogere honoraria te vragen dan die welke voortvloeien uit artikel 151, of zal de tegemoetkoming van de verzekering beperkt worden tot 75 % van die honoraria, welke de niet toegetreden geneesheren echter niet zouden verplicht zijn in acht te nemen ?

3° Zullen de werkingsregelen waarvan sprake is in artikel 27, bepalingen bevatten zoals die welke gel- den voor de werking van de paritaire comités, zodat deze commissies slechts beslissingen zullen kunnen nemen bij een bepaalde meerderheid van elk van de betrokken partijen ?

Kan men het bovendien als vaststaand beschouwen dat de nationale overeenkomsten na onderhandelingen gesloten zullen worden door vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van geneesheren en andere verstrekkers van verzorging, met uitsluiting, bijvoor- beeld, van geneesheren die er in hun persoonlijke hoe- danigheid zitting in hebben, zoals zulks het geval kan zijn in het Beheerscomité van de Dienst voor genees- kundige verzorging ?

Dezelfde vraag kan worden gesteld in verband met de streekovereenkomsten.

Voorts behoeven de termen « de verzekeringsinstel- lingen samen » in artikel 28 een nadere toelichting.

Wat ten slotte de individuele overeenkomsten betreft, welke instantie stelt er de tekst van op en onder welke voorwaarden zal deze worden voorbe- reid ?

ment permet de rencontrer, pour chaque exercice, les besoins d'une politique de santé adaptée à l'évolution des progrès médicaux.

f) *L'extension de l'assurance-soins de santé* à d'au- tres groupes de la population est rendue possible par les dispositions de l'article 22 du projet. (Travailleurs indépendants — étudiants — fonctionnaires — tra- vailleurs domestiques — estropiés et mutilés).

Par la mise en application de ces dispositions, la quasi totalité de la population bénéficiera des presta- tions de l'assurance-soins de santé.

Conventions.

Les questions suivantes ont été posées par les Com- missaires :

1° Faut-il déduire du texte des articles 28 et 33 que le projet de loi ne fixe aucun délai endéans lequel les conventions régionales doivent être négociées et con- clues ?

2° Quelles sont les raisons qui ont amené la Commis- sion de la Chambre des représentants à modifier fon- damentalement le texte de l'article 151 du projet ?

Faut-il comprendre le dit article 151 en ce sens qu'il interdit aux médecins non-conventionnés de réclamer des honoraires supérieurs à ceux qui résul- tent de l'article 151 ou bien que l'intervention de l'as- surance sera limitée à 75 % de ces honoraires, que les médecins non-conventionnés ne seraient cependant pas obligés de respecter ?

3° Les règles de fonctionnement dont il est question à l'article 27 reprendront-elles des dispositions com- parables à celles qui régissent le fonctionnement des commissions paritaires, de façon à ce que les décisions prises par ces commissions ne pourront l'être qu'à une majorité déterminée de chacune des parties en présence ?

De plus, peut-on considérer comme acquis que les conventions nationales devront être négociées et con- clues par des représentants des organisations profes- sionnelles des médecins et autres dispensateurs de soins à l'exclusion, par exemple, de médecins qui y siégeront à titre individuel, comme cela peut être le cas au Comité de gestion du Service des soins de santé ?

La même question se pose en ce qui concerne les conventions régionales.

D'autre part, les termes « l'ensemble des organis- mes assureurs » de l'article 28 devraient être expli- cités.

Enfin, en ce qui concerne les conventions indivi- duelles, quelle est l'instance qui en établit le texte et dans quelles conditions sera-t-il élaboré ?

1. Het ontwerp van wet voorziet in drie soorten van overeenkomsten :

- de nationale overeenkomst,
- de streekovereenkomsten,
- de individuele overeenkomsten.

Zal de grondslag van elk van deze overeenkomsten dezelfde zijn en wat is het verschil tussen die overeenkomsten ?

5. Bij het lezen van artikel 28 krijgt men de indruk dat als vaststaand beschouwd wordt dat er met het Geneesherenkorps geen nationale overeenkomst zal worden gesloten. De goedkeuring van artikel 151, zoals dit door de Kamer werd gewijzigd, kan trouwens alleen in het licht van deze overweging worden verklaard.

Maar moet men thans niet vaststellen dat het sluiten, na onderhandeling over een nationale overeenkomst met het geneesherenkorps onmogelijk wordt gemaakt, aangezien de termijn van één maand, vastgesteld bij artikel 28, daartoe volstrekt onvoldoende is.

Waarom werd de oorspronkelijke termijn van zes maanden vervangen door een maand ?

Niet alleen is er het feit dat het afsluiten na onderhandeling van de voornoemde overeenkomst onmogelijk is gemaakt, men kan zich ook afvragen of het ontbreken van een termijnbepaling voor de onderhandelingen over de streekovereenkomsten niet onvermijdelijk tot gevolg zal hebben dat men zich, onmiddellijk na de inwerkingtreding van de wet, in het 3^e stadium zal bevinden, d.w.z. het stadium van de individuele overeenkomsten, maar waarin tevens de bepalingen van artikel 151 toepasselijk zijn.

6. De Minister heeft verklaard dat alles zou worden gedaan om de overeenkomsten met het Geneesherenkorps te kunnen sluiten.

Meent hij niet dat de goedkeuring van artikel 151 de onderhandelingen over deze overeenkomsten in de weg staat ?

7. Rekening houdend met al deze gebeurlijkheden, kan men zich voorstellen dat het niet sluiten van overeenkomsten niet zou te wijten zijn aan de houding van het Geneesherenkorps, maar wel aan andere omstandigheden.

Daar er tussen de inwerkingtreding van de wet en het tijdstip waarop individuele overeenkomsten door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging aan de geneesheren zullen worden voorgesteld, ten minste 5 of 6 maanden zullen verlopen gedurende welke artikel 151 op de geneesheren toepasselijk moet zijn, kan men zich afvragen of in het ontwerp van wet geen bepaling zou moeten voorkomen met betrekking tot een overgangperiode gedurende welke bedoeld artikel 151 niet van toepassing zou zijn.

8. Sluit het ontbreken van een nationale overeenkomst of van streekovereenkomsten de mogelijkheid uit om onmiddellijk na de inwerkingtreding van de wet individuele overeenkomsten tot stand te brengen ?

9. Op de opmerking van een commissielid dat de geest van artikel 52 van de verzamelwet niet overeen-

4^e Le projet de loi prévoit trois genres de conventions :

- la convention nationale,
- les conventions régionales,
- les conventions individuelles.

La base de chacune de ces conventions sera-t-elle identique et quelle est la différence entre lesdites conventions ?

5^e De la lecture de l'article 28 se dégage l'impression que l'on tient pour certain que la convention nationale avec le Corps médical ne pourra être conclue. Ce n'est d'ailleurs que sur base de cette considération que l'adoption du texte de l'article 151, tel qu'il a été modifié par la Chambre des Représentants, s'explique.

Mais, ne faut-il pas constater actuellement que la négociation et la conclusion de la convention nationale avec le Corps médical, sont rendues impossibles puisque le délai de un mois fixé par l'article 28 est absolument insuffisant pour les permettre.

Pour quelle raison le délai de six mois qui était initialement prévu a-t-il été remplacé par le délai de un mois ?

Outre que la négociation et la conclusion de ladite convention nationale est rendue impossible, l'on peut se demander si le fait que le projet ne fixe pas le délai pour la négociation des conventions régionales n'aura pas comme conséquence inévitable que l'on se trouvera, immédiatement dès l'entrée en vigueur de la loi, dans la 3^e phase des conventions, c'est-à-dire celle visant les conventions individuelles, mais celle aussi pendant laquelle les dispositions de l'article 151 sont d'application.

6^e Le Ministre a déclaré que tout serait mis en œuvre pour que les conventions puissent être conclues avec le Corps médical.

N'estime-t-il pas que d'adoption de l'article 151 est un obstacle à la négociation de ces conventions ?

7^e En tenant compte de toutes les éventualités qui pourraient se présenter, l'on pourrait s'imaginer que la non conclusion de conventions ne serait pas due à l'attitude du Corps médical, mais à d'autres circonstances.

Considérant qu'entre la date d'entrée en vigueur de la loi et le moment où des conventions individuelles seront soumises par le Comité de gestion du service des soins de santé à l'attention des médecins, s'écoulera une période d'au moins 5 ou 6 mois pendant laquelle les médecins devront subir les effets de l'article 151, l'on peut se demander si le projet de loi ne devrait pas contenir une disposition relative à une période transitoire pendant laquelle le dit article 151 ne serait pas d'application.

8^e L'absence de convention nationale ou de conventions régionales exclut-elle la possibilité de conclure, immédiatement après l'entrée en vigueur de la loi, des conventions individuelles ?

9^e A un commissaire qui a fait remarquer que l'esprit de l'article 52 de la Loi unique ne correspond pas

stemt met die van artikel 151 van het ontwerp van wet, antwoordt een ander lid, dat het door artikel 52 nagestreefde doel niet alleen was besparingen te verwezenlijken en misbruiken te bestrijden, maar ook de mogelijkheid te scheppen om de geneesheren en andere verstrekkers van geneeskundige verzorging de bij koninklijk besluit vastgestelde honoraria en prijzen te doen in acht nemen.

Dit commissielid vestigt er bovendien de aandacht op dat de Parlementaire Werkgroep de aanbeveling had gedaan, de geneesheren die zouden weigeren tot een overeenkomst toe te treden, uit de verzekering uit te sluiten. Bepalingen die met deze aanbeveling zouden overeenstemmen, zouden trouwens het gelukkig gevolg hebben de controle aanzienlijk te vergemakkelijken.

Hetzelfde lid wijst erop dat de Parlementaire Werkgroep voorstellen heeft gedaan die veel verder reiken dan wat bepaald is in het huidige ontwerp van wet, met name inzake het invoeren van een abonnementsregeling of van een stelsel inzake forfaitaire betaling, domiciliëring bij een huisarts en verwijzing naar een specialist.

Volgens hem heeft men wellicht ongelijk gehad zich niet aan de aanbevelingen van de Parlementaire Werkgroep te houden en toegevingen te doen aan het Geneesherenkorps die ten grondslag liggen aan het ontwerp van wet, zoals het thans is gesteld.

Nu deze toegevingen toch eenmaal gedaan zijn, is hij van oordeel dat, in de huidige stand van zaken, de drie onderstaande punten van primair belang zijn :

a) het is niet voldoende dat het ontwerp van wet door het Parlement wordt aangenomen; de Regering moet bovendien alle vereiste maatregelen nemen om de nodige gelden ter financiering van de uitgaven in verband met de bij het ontwerp bepaalde verstrekkingen ter beschikking te stellen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

In dit verband brengt hij in herinnering dat goede hervormingen op andere gebieden in het verleden schipbreuk hebben geleden om financiële redenen;

b) het vraagstuk van de ziekenhuisverpleging moet worden opgelost;

c) daar de medewerking van het Geneesherenkorps noodzakelijk is, moet alles worden in het werk gesteld om ze te verkrijgen.

Daartoe moet onverwijld opnieuw contact worden opgenomen. De indruk moet worden uitgewist dat het ontwerp alles doet om de verzekeraars te verenigen en de geneesheren te verdelen.

Spreker geeft toe dat het ongewenst zou zijn in de huidige omstandigheden, de bepalingen van artikel 151 te wijzigen, doch hij onderstreept het verschil tussen artikel 52 van de verzamelwet en artikel 151 van het ontwerp van wet : het eerste kan slechts worden toegepast wanneer vastgesteld is dat er geen overeenkomst bestaat, het tweede is in feite de grondslag waarop de overeenkomsten zullen worden opgebouwd, welke nochtans het fundament van de nieuwe regeling zijn.

à celui de l'article 151 du projet de loi, un autre commissaire répond que le but envisagé par l'article 52 n'était pas uniquement de réaliser des économies et de combattre les abus, mais aussi de créer la possibilité d'imposer aux médecins et autres dispensateurs de soins le respect d'honoraires et de prix fixés par arrêté royal.

Ce commissaire fait en outre remarquer que le Groupe de travail parlementaire avait recommandé d'exclure de l'assurance les médecins qui refuseraient d'adhérer à une convention. Des dispositions qui correspondraient à cette recommandation auraient d'ailleurs eu comme conséquence heureuse de rendre le contrôle considérablement plus facile.

Ce commissaire rappelle que le Groupe de travail parlementaire a fait des propositions qui allaient beaucoup plus loin que les dispositions de l'actuel projet de loi, notamment en matière d'instauration d'un système d'abonnement ou de paiement à forfait, de domiciliation du malade chez un médecin de famille et de renvoi au spécialiste.

Il considère que l'on a peut être eu tort de ne pas s'en tenir aux recommandations qui ont été faites par le Groupe de travail parlementaire et de faire au Corps médical les concessions qui ont mené à la forme actuelle du projet de loi.

Ces concessions étant faites et les choses étant ce quelles sont, il estime que les trois préoccupations suivantes sont d'importance capitale :

a) il ne suffit pas que le projet de loi soit voté par le Parlement; il faut encore que le Gouvernement prenne toutes les mesures voulues pour mettre à la disposition de l'assurance maladie-invalidité les fonds nécessaires destinés à financer les dépenses afférentes aux prestations que le projet prévoit.

Il rappelle à ce sujet que dans le passé, en d'autres domaines, de bonnes réformes ont échoué pour des raisons financières;

b) le problème hospitalier doit être résolu;

c) la collaboration du Corps médical étant indispensable, tout doit être mis en œuvre pour que cette collaboration soit assurée.

Dans ce but des contacts doivent être repris sans autre retard. L'impression doit être effacée que le projet fait tout pour unir les assureurs et pour diviser les médecins.

Tout en admettant qu'il serait contre-indiqué dans les circonstances actuelles de modifier les dispositions de l'article 151, ce commissaire souligne la différence entre l'article 52 de la Loi unique et l'article 151 du projet, le premier ne pouvant être appliqué que lorsque l'absence de convention était constatée, tandis que le second constitue en réalité la base d'où partiront les conventions qui sont cependant le fondement du nouveau régime.

10°. Voorziet het ontwerp van wet in de middelen om de bij artikel 151 opgelegde tarieven te doen toepassen door de niet toegetreden geneesheren ?

**

De Minister verstrekt het volgende antwoord op de gestelde vragen :

1° Het ontwerp van wet stelt inderdaad geen termijn waarbinnen de streekovereenkomsten afgesloten moeten worden.

2° Artikel 151 moet inderdaad worden verstaan als een verbod voor de geneesheren die tot de overeenkomst weigeren toe te treden, om hogere honoraria te vragen dan die welke voortvloeien uit de toepassing van dat artikel.

De voornaamste reden waarom de Kamercommissie de tekst van artikel 151 heeft gewijzigd, is de kritiek die het Geneesherenkorps op de oorspronkelijke tekst van artikel 151 heeft uitgebracht.

Dit artikel bepaalde dat de zorgen verstrekt door niet toegetreden geneesheren slechts vergoed zouden worden gedurende een overgangstijdvak van een jaar en dan nog maar tegen 75 % van de vergoedingstarieven voor de zorgen verstrekt door toegetreden geneesheren.

Tegen die bepaling heeft het Geneesherenkorps aangevoerd, dat de verzekerden het slachtoffer zouden zijn van een beslissing waarvoor de verantwoordelijkheid alleen zou berusten op de geneesheren tot wie zij zich zouden wenden.

Het Geneesherenkorps was bovendien van oordeel dat het bepaalde in de oorspronkelijke redactie van artikel 151 de vrije keuze van de geneesheer door de zieke beperkte.

Om die bezwaren te ondervangen en de vergoeding door de verzekering met de werkelijk gevraagde honoraria te doen overeenstemmen, verplicht artikel 151 de niet toegetreden geneesheren de opgelegde tarieven na te leven; in die omstandigheden zullen alle verzekerden worden vergoed, onverschillig welke dokter zij kiezen.

3° De nationale overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en het Geneesherenkorps zal inderdaad, wat betreft het Geneesherenkorps, afgesloten moeten worden door vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties.

Het is dus uitgesloten dat het Geneesherenkorps in de commissie vertegenwoordigd zal zijn door geneesheren die er in hun persoonlijke naam zitting hebben.

Hetzelfde geldt voor de streekovereenkomsten.

De werkingsregelen van de nationale commissies zullen stellen dat een bepaalde meerderheid vereist is om de overeenkomst als geldig te kunnen beschouwen.

Op te merken valt trouwens dat de overeenkomst, om toegepast te kunnen worden, voor individuele toetreding aan ieder geneesheer moet worden voorgelegd.

De woorden « de verzekeringsinstellingen samen » van artikel 28, betekenen dat het uitgesloten is dat één enkele verzekeringsinstelling over een streekovereenkomst met de verstrekkers van geneeskundige zorgen uit een bepaalde streek onderhandelt, ze afsluit en in toepassing brengt.

10° Le projet de loi prévoit-il les moyens pour faire respecter par des médecins non-conventionnés, les tarifs que l'article 151 leur impose ?

**

Le Ministre répond comme suit aux questions posées :

1° Le projet de loi ne fixe en effet aucun délai endéans lequel les conventions régionales doivent être négociées et conclues.

2° L'article 151 doit en effet être compris comme une interdiction pour les médecins qui refuseraient d'adhérer à une convention de réclamer des honoraires supérieurs à ceux qui résultent de l'application dudit article.

La principale raison qui a amené la Commission de la Chambre des Représentants à modifier le texte de l'article 151 réside dans les critiques formulées par le Corps médical contre le texte initial de l'article 151.

Cet article prévoyait en effet que les soins donnés par des médecins non conventionnés ne seraient remboursables que pendant une période transitoire de un an et encore à raison de 75 % seulement des remboursements accordés pour des soins donnés par des médecins conventionnés.

Le Corps médical a invoqué contre cette disposition que les assurés seraient la victime d'une décision pour laquelle seuls les médecins auxquels ils s'adresseraient étaient responsables.

Il a estimé en outre que les dispositions de l'article 151 dans sa forme initiale limitaient le libre choix du médecin par le malade.

C'est pour répondre à ces critiques et pour obtenir, en même temps, que le remboursement accordé par l'assurance corresponde à des honoraires réclamés réellement que l'article 151 impose aux médecins qui n'adhéreraient pas à une convention, l'obligation de respecter les tarifs imposés; dans ces conditions tous les assurés seront remboursés quel que soit le médecin qu'ils choisissent.

3° La convention nationale entre les organismes assureurs et le Corps médical devra, en effet, en ce qui concerne le Corps médical, être négociée et conclue par des représentants des organisations professionnelles.

Il est donc exclu que le Corps médical soit représenté au sein de la commission par des médecins qui y siègeraient à titre individuel.

Il en est de même en ce qui concerne les conventions régionales.

Les règles de fonctionnement des commissions nationales prévoient qu'une majorité déterminée sera requise pour que la convention puisse être considérée comme conclue valablement.

Il y a d'ailleurs lieu de souligner que la convention devra être soumise à l'adhésion individuelle de chaque médecin pour qu'elle puisse être appliquée.

Les termes « l'ensemble des organismes assureurs » de l'article 28 signifient qu'il est exclu qu'un seul organisme assureur négocie, conclut et applique une convention régionale avec les dispensateurs de soins d'une région déterminée.

De streekovereenkomsten zullen, voor de verzekeringsinstellingen, afgesloten moeten worden door de landsbonden en de Hulpkas, de enige door de wet gemachtigde verzekeringsinstellingen.

Het is evenwel niet uitgesloten dat de landsbond zich doet verleggenwoordigen door mandatarissen die de leiding hebben van de een of andere bond of mutualiteit.

De individuele overeenkomsten worden opgesteld door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Bij de voorbereiding van die overeenkomsten zal het beheerscomité rekening houden met de ervaring en met de aanwijzingen die het zal afleiden uit de onderhandelingen die eerst op het nationale vlak en vervolgens op het gewestelijk vlak zijn gevoerd.

4° De grondslag van iedere overeenkomst zal inderdaad dezelfde zijn. Het verschil tussen de drie soorten van overeenkomsten ligt in hun ruimtelijke werkingssfeer.

5° De reden waarom de oorspronkelijk bepaalde termijn van 6 maanden voor het afsluiten van de overeenkomsten op het nationale zowel als op het gewestelijke vlak, op één maand werd gesteld, is dat uit de reacties van het Geneesherenkorps tegen het ontwerp van wet kon worden afgeleid dat geen enkele nationale organisatie van het Geneesherenkorps bereid was tot een overeenkomststelsel toe te treden.

Indien men de termijn van tweemaal 6 maanden had gehandhaafd, dan zou men een jaar hebben moeten wachten vooraleer de geneesheren verzocht konden worden tot individuele overeenkomsten toe te treden.

Bovendien zij opgemerkt dat de termijn van 1 maand, die bepaald is voor het afsluiten van de nationale overeenkomst, slechts ingaat op de dag van de bekendmaking van de wet.

Het is dus niet juist dat de verzekering slechts een maand tijd heeft om over de nationale overeenkomst te onderhandelen, aangezien de tijd tussen de datum van aanneming en van bekendmaking van de wet gebruikt kan worden om met de beroepsorganisaties van de geneesheren contacten op te nemen welke, althans naar gehoopt wordt, tot het afsluiten van de nationale overeenkomst zullen leiden.

Blijft het Geneesherenkorps evenwel weigeren over een nationale overeenkomst te onderhandelen, dan maken de huidige bepalingen van het ontwerp van wet het mogelijk, binnen een vrij korte termijn en in ieder geval vóór 1 januari 1964, individuele overeenkomsten af te sluiten met geneesheren die zich niet verenigen met het standpunt van hun beroepsorganisaties.

6° Het beginsel neergelegd in artikel 52 van de verzamelwet en dat men terugvindt in artikel 151, kon niet worden prijsgegeven : het is een vrijwaringsmaatregel om een vacuum in de wetgeving te voorkomen.

Het voorstel om de tekst van artikel 151 te wijzigen werd door de Kamercommissie niet met een licht gemoed voorgedragen.

Deze wijziging is het onvermijdelijk gevolg van de houding van het Geneesherenkorps. Wanneer zal blijken dat de overeenkomsten een onbetwistbaar succes

Les conventions régionales devront en ce qui concerne les organismes assureurs être négociées par les unions nationales et la Caisse auxiliaire, seuls organismes assureurs agréés par la loi.

Il n'est cependant pas exclu que l'Union nationale se fasse représenter par des mandataires dirigeant l'une ou l'autre fédération ou mutualité.

En ce qui concerne les conventions individuelles, l'instance qui en établit le texte est le comité de gestion du Service des soins de santé.

Le Comité de gestion tiendra compte pour établir ces textes de l'expérience et des indications qu'il tirera des négociations qui ont été menées d'abord sur le plan national et ensuite sur le plan régional.

4° La base de chacune de ces conventions sera en effet identique. La différence qui existe entre les trois genres de conventions réside dans leur champ d'application géographique.

5° La raison pour laquelle le délai de 6 mois qui était initialement prévu pour la négociation et la conclusion de conventions tant nationales que régionales a été ramené à un mois est que précisément des réactions du Corps médical contre le projet de loi il pouvait être déduit qu'aucune organisation nationale du Corps médical n'était disposée à entrer dans un régime conventionnel.

Si le délai de deux fois 6 mois avait été maintenu il aurait fallu attendre un an avant de pouvoir inviter les médecins à adhérer à des conventions individuelles.

Par ailleurs il convient de souligner que le délai de 1 mois fixé pour la conclusion de la convention nationale ne prend cours qu'à la date de publication de la loi.

Il n'est donc pas exact de prétendre que l'assurance ne disposera que de 1 mois pour négocier cette convention nationale puisque aussi bien le délai qui s'écoulera entre la date du vote de la loi et la date de sa publication pourra être mis à profit pour prendre avec les organisations professionnelles des médecins les contacts dont on espère néanmoins qu'ils amèneront la conclusion de la convention nationale.

Si, cependant, le Corps médical persiste dans son refus de négocier une convention nationale, les dispositions actuelles du projet de loi permettront de conclure, dans un délai relativement court, et de toute façon pour le 1^{er} janvier 1964, des conventions individuelles avec des médecins qui ne se rallieront pas à l'attitude prise par leurs organisations professionnelles.

6° Le principe contenu dans l'article 52 de la Loi unique et que l'on retrouve dans l'article 151 ne pouvait être abandonné : c'est une disposition de sauvegarde pour éviter le vide législatif.

Ce n'est pas de gaité de cœur que la Commission de la Chambre a proposé de modifier le texte de l'article 151.

Cette modification est la conséquence inévitable de l'attitude prise par le Corps médical. Au moment où il s'avérera que les conventions auront connu un suc-

hebben gekend, zal een herziening van het bepaalde in artikel 151 overwogen kunnen worden, maar het ware een vergissing thans de tekst ervan te wijzigen. Alleen positief handelen van het Geneesherenkorps zal een wijziging van artikel 151 mogelijk maken.

7° De Minister herinnert eraan dat de tijd tussen de dag van goedkeuring en van bekendmaking van de wet ten nutte kan worden gemaakt voor het onderhandelen over en het afsluiten van de overeenkomst.

8° Deze mogelijkheid is niet uitgesloten, maar wanneer besprekingen zullen aan gang zijn met het oog op het sluiten van hetzij nationale hetzij streekovereenkomsten, zal men vanzelfsprekend vermijden dat de totstandkoming van deze overeenkomsten belemmerd wordt door het sluiten van individuele overeenkomsten.

9° De Minister is het eens met die beschouwingen.

Hij is van oordeel dat de bepalingen inzake financiering de verzekering in staat zullen stellen haar taak volledig te vervullen.

Hij verklaart dat de Minister van Volksgezondheid een ontwerp van wet voorbereidt dat het ziekenhuisprobleem moet oplossen en hij onderstreept dat hij alles in het werk zal stellen om de medewerking van het Geneesherenkorps te verkrijgen.

10° De strafsancities gesteld bij artikel 103 kunnen worden toegepast op de niet toetgetreden geneesheren die de bij artikel 151 verplicht gestelde tarieven niet in acht nemen.

Aan een commissielid dat vroeg om het Geneesherenkorps documentatie in verband met de te sluiten overeenkomsten te bezorgen, antwoordt de Minister dat het nodige is gedaan (deze documentatie is in bijlage afgedrukt).

Het vraagstuk van de opnemings in een ziekenhuis.

Door de commissarissen werden de volgende vragen gesteld :

1° Een lid stelt vast, dat de aan de in een ziekenhuis opgenomen verzekerden toe te kennen vergoeding een financieel verband in het leven roept tussen de verplichte verzekering en het stelsel dat inzake ziekenhuizen zal ingevoerd worden.

De Parlementaire Werkgroep had met aandrang gevraagd dat de verzekering de kosten van de verpleegdag beter zou dekken.

Spreker vraagt welke oplossing het ontwerp van wet op dit gebied brengt.

Hij stelt vast dat, luidens artikel 31, de prijs van de verpleegdag moet worden vastgesteld, doch dat dit artikel niet zegt wie dit zal moeten doen en dat buitendien het begrip « verpleegdag » niet nader is omschreven; verder stelt hij vast, dat de Minister van Sociale Voorzorg het tegemoetkomingsbedrag van de verzekeringsinstelling zal vaststellen.

Hij vraagt of er een verschil zal blijven bestaan tussen het bedrag van de verpleegdag en van de tegemoet-

cès certain, l'on pourra envisager de revoir les dispositions de l'article 151, mais l'on commettrait une erreur de modifier son texte à l'heure actuelle.

Modifier l'article 151 ne sera possible qu'à la suite d'actions positives de la part du Corps médical.

7° Le Ministre rappelle que le délai s'écoulant entre la date du vote de la loi et sa date de publication pourra être mis à profit pour la négociation et la conclusion de la convention.

8° Cette possibilité n'est pas exclue mais il est évident que lorsque des pourparlers seront en cours en vue de la conclusion de conventions soit nationale, soit régionales, il conviendra d'éviter que la réalisation de ces conventions soit entravée par la conclusion de conventions individuelles.

9° Le Ministre marque son accord sur les considérations émises.

Il estime que les dispositions en matière de financement mettront l'assurance en mesure d'accomplir entièrement sa mission.

Il signale que le Ministre de la Santé Publique prépare un projet de loi qui doit résoudre le problème hospitalier et il rappelle qu'il mettra tout en œuvre pour que la collaboration du Corps médical soit assurée.

10° Les sanctions pénales prévues à l'article 103 peuvent être appliquées aux médecins non conventionnés qui ne respectent pas les tarifs imposés par l'article 151.

Un commissaire, ayant demandé que le Corps médical soit mis en possession d'une documentation relative aux conventions à conclure, le Ministre répond que le nécessaire a été fait (cette documentation est reproduite en annexe).

Le problème de l'hospitalisation.

Les questions suivantes ont été posées par les commissaires :

1° Un commissaire constate que le remboursement à accorder aux assurés hospitalisés crée un lien financier entre l'assurance obligatoire et le régime qui sera instauré en matière d'hôpitaux.

Le Groupe de travail parlementaire avait insisté pour une meilleure couverture, par l'assurance, du prix de la journée d'entretien.

Ce commissaire pose la question de savoir quelle solution le projet de loi apporte en ce domaine.

Il constate que l'article 31 dispose que le prix de la journée d'entretien devra être fixé mais que cet article ne désigne pas l'autorité qui devra fixer ce prix et qu'en outre, le « taux de la journée d'entretien » est une notion non précisée; il constate aussi que le Ministre de la Prévoyance sociale fixera le montant de l'intervention de l'assurance.

Il demande s'il subsistera une différence entre le prix de la journée d'entretien et le montant de l'in-

koming van de verzekering en hij is van oordeel dat, mocht zulks het geval zijn, er aan de aanbeveling van de Parlementaire Werkgroep niet is tegemoet gekomen;

2° Onder verwijzing naar een verklaring die de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin in openbare vergadering in de Kamer heeft afgelegd merkt een commissaris op dat de Minister niet formeel verklaard heeft dat het verschil tussen de normale prijs van de verpleegdag en het tegemoetkomingsbedrag van de verzekeringsinstelling totaal zal gedekt worden door de toelage welke aan de verplegingsinrichtingen zal toegekend worden.

Hij wenst bovendien uitleg te krijgen over de maatstaven van vaststelling van het verpleegdagbedrag.

3° In de Memorie van Toelichting wordt aangekondigd dat de verzekering het bedrag van haar tegemoetkoming in de prijs van de verpleegdag zal verhogen.

Een lid wenst te weten of, na die verhoging, de tegemoetkoming van de verzekering dezelfde bestanddelen van de prijs van de verpleegdag zal dekken als die waarvoor de terugbetaling thans wordt toegekend.

Hij merkt op dat de verhoging geen echte betekenis zal hebben, tenzij geen enkel ander bestanddeel wordt toegevoegd aan die welke thans door de terugbetaling van de verzekering worden gedekt.

4° Een lid wijst erop dat de toestand van de particuliere klinieken, vergeleken met die van de ziekenhuizen welke van de commissies van openbare onderstand afhangen, nog moeilijker zal worden ten gevolge van de maatregelen die de Minister van Volksgezondheid zal nemen inzake het verlenen van toelagen aan de ziekenhuizen.

Hij vreest namelijk dat het verschil tussen de normale prijs van de verpleegdag en het bedrag van de terugbetaling van de verzekering, niet geheel door de voornoemde toelage zal worden gedekt; dit verschil is kleiner voor de ziekenhuizen die van de commissies van openbare onderstand afhangen dan voor de particuliere klinieken; de laatstgenoemde kunnen bovendien hun tekort niet door de gemeentekassen laten dekken.

Voorts mag men zich geen verkeerde voorstelling maken van de maatregelen die de Minister van Binnenlandse Zaken overweegt om te voorkomen dat de commissies van openbare onderstand steun verlenen aan personen die niet werkelijk behoeftig zijn. De zieke die in een particuliere kliniek zal worden opgenomen, zal aldus onmogelijk een beroep kunnen doen op de commissie van openbare onderstand.

Spreker vreest dat een en ander de verzekerde kan aanzetten om zich bij voorkeur te laten opnemen in een ziekenhuis dat afhangt van een commissie van openbare onderstand.

5° Een lid wenst nadere uitleg over de bewoordingen « die tegemoetkoming kan verschillen volgens de klassen van inrichtingen... erkend », die voorkomen in artikel 31, § 2.

intervention de l'assurance et estime, si tel est le cas, qu'il n'a pas été répondu à la recommandation faite par le Groupe de travail parlementaire.

2° Un commissaire, faisant allusion à la déclaration faite par le Ministre de la Santé publique et de la Famille à la tribune de la Chambre, fait remarquer que le Ministre n'a pas déclaré formellement que la différence entre le prix normal de la journée d'entretien et le montant de l'intervention de l'assurance sera totalement couverte par le subside qui sera alloué aux établissements hospitaliers.

Il désire, en outre, recevoir des informations au sujet des critères de fixation du prix de la journée d'entretien.

3° L'exposé des motifs annonce que l'assurance augmentera le montant de son intervention dans le prix de la journée d'entretien.

Un commissaire désire savoir si l'intervention de l'assurance, après qu'elle aura été augmentée, couvrira les mêmes éléments du prix de la journée d'entretien que ceux pour lesquels le remboursement est actuellement accordé.

Il fait en effet remarquer que l'augmentation n'aura de signification réelle qu'au cas où aucun autre élément ne serait ajouté à ceux que couvre actuellement le remboursement de l'assurance.

4° Un commissaire fait remarquer que la situation des cliniques privées, en comparaison avec celle des hôpitaux relevant des commissions d'assistance publique, deviendra encore plus difficile par l'application des mesures que prendra le Ministre de la Santé publique en matière d'octroi de subsides aux hôpitaux.

Il craint en effet que la différence entre le prix normal de la journée d'entretien et le montant du remboursement de l'assurance ne soit pas complètement couverte par ledit subside; cette différence est moins élevée pour les hôpitaux relevant des assistances publiques que pour les cliniques privées; ces dernières n'ont, de plus, pas la ressource de faire combler leur déficit par les Caisses communales.

Il y a lieu, d'autre part, de ne pas se méprendre sur les mesures qu'envisage le Ministre de l'Intérieur pour éviter que les commissions d'assistance publique n'octroient des secours à des personnes qui ne sont pas réellement indigentes. Le malade qui aura été hospitalisé dans une clinique privée se trouvera ainsi dans l'impossibilité de faire appel à la commission d'assistance publique.

Ce commissaire craint que ces considérations ne soient de nature à inciter les assurés à se faire hospitaliser de préférence dans les hôpitaux relevant des commissions d'assistance publique.

5° Un commissaire désire recevoir de plus amples informations au sujet des termes « cette intervention peut varier suivant les catégories d'établissements agréés » de l'article 31, §.

Hij vraagt of ook de normale prijs van de verpleegdag volgens de klassen van inrichtingen zal worden vastgesteld.

6° Een lid wenst te vernemen of de verzekeringsinstellingen voor de ziekenhuisverpleging bedragen kunnen terugbetalen die hoger zijn dan de tegemoetkoming vastgesteld met toepassing van artikel 31, § 2.

7° Een lid merkt op dat de Minister van Sociale Voorzorg, wanneer hij het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen in de prijs van de verpleegdag vaststelt, ook zal moeten bepalen wat gedekt wordt door dit bedrag van de verpleegdag, om te voorkomen dat in de overeenkomsten de huidige lijst van de bestanddelen die voor de vaststelling van dit bedrag in aanmerking komen, beperkt zou worden.

Hij vraagt welke de juiste draagwijdte is van de overeenkomst die moet gesloten worden tussen de verzekeringsinstellingen en de verplegingsinrichtingen.

Het staat immers vast dat de normale prijs van de verpleegdag door de Minister van Volksgezondheid zal worden vastgesteld en het lid begrijpt dan ook niet waarom de verplegingsinrichtingen overeenkomstig artikel 31, § 1, tegenover de verzekeringsinstellingen nog de verbintenis zouden moeten aangaan het bovengenoemde bedrag toe te passen.

8° Een lid herinnert eraan dat de Parlementaire Werkgroep erop aangedrongen heeft dat de verzekering de kosten in verband met de ziekenhuisverpleging geheel zou dekken voor diegenen die terzake geen enkele bijzondere eis stellen, d.w.z. voor de verzekerden die zich in een gemeenschappelijke kamer laten opnemen.

Hij constateert dat het ontwerp van wet niet helemaal op deze aanbeveling ingaat, aangezien de bijdrage van het Ministerie van Volksgezondheid zal nodig zijn om de terugbetaling van de verzekering aan te vullen tot het beloop van het verpleegdagbedrag, ofschoon het nog niet volstrekt zeker is dat de toelage van het Ministerie van Volksgezondheid geheel het verschil zal dekken tussen het bedrag van de verpleegdag en de vergoeding van de verzekering.

Hij vraagt waarom de Regering haar keuze heeft laten vallen op een oplossing welke de tussenkomst van de Minister van Volksgezondheid vereist en verklaart dat er, zijns inziens, geen argumenten van financiële aard kunnen worden ingeroepen, aangezien de Staat in ieder geval toch op de ene of andere manier zal betalen.

Het ware volgens hem eenvoudiger dat de Staat aan de verzekering voor geneeskundige verzorging een bijzondere tegemoetkoming zou verlenen om de vergoeding die zij uit de opbrengst van de bijdragen voor de ziekenhuisverpleging betaalt, tot het verpleegbedrag aan te vullen.

9° Een lid merkt op dat de prijs van de farmaceutische specialiteiten niet in het verpleegbedrag is begrepen. Hij vraagt op de bepalingen van het ontwerp de mogelijkheid openlaten om de last van de farmaceutische specialiteiten die aan sommige verzekerden zijn verstrekt, op de een of andere manier over alle ver-

Il pose la question de savoir si le prix normal de la journée d'entretien sera lui aussi fixé suivant les catégories d'établissements ?

6° Un commissaire demande si les organismes assureurs pourront accorder des remboursements, pour l'hospitalisation, supérieurs à l'intervention fixée en application de l'article 31, § 2.

7° Un commissaire fait remarquer que le Ministre de la Prévoyance sociale en fixant le montant de l'intervention des organismes assureurs dans le taux de la journée d'entretien, devra aussi déterminer ce que couvre le taux de la journée d'entretien dans le but d'éviter que les conventions limiteraient la liste actuelle des éléments pris en considération pour la fixation dudit taux.

Il demande quelle est la portée exacte de la convention à conclure entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers.

En effet, il est établi que le prix normal de la journée d'entretien sera fixé par le Ministre de la Santé publique et il ne comprend dès lors pas pourquoi les établissements hospitaliers devraient encore, conformément aux dispositions de l'article 31, § 1, souscrire l'engagement vis-à-vis des organismes assureurs de respecter le dit taux.

8° Un commissaire rappelle que le Groupe de travail parlementaire avait insisté pour que l'assurance couvre complètement les frais inhérents à l'hospitalisation pour ceux qui ne posaient aucune exigence particulière en cette matière, c'est-à-dire pour les assurés qui se font hospitaliser en chambre commune.

Il constate que le projet de loi ne répond pas entièrement à cette recommandation puisque l'intervention du Ministère de la Santé publique sera nécessaire pour parfaire le remboursement de l'assurance jusqu'à concurrence du prix de la journée d'entretien, encore qu'il ne soit pas absolument certain que le subsidie du Ministère de la Santé publique couvrira complètement la différence entre le taux de la journée d'entretien et le remboursement de l'assurance.

Il demande pour quel motif le Gouvernement a opté pour une solution impliquant l'intervention du Ministère de la Santé publique et souligne qu'à son avis des arguments d'ordre financier ne peuvent être invoqués puisque l'Etat, en tout état de cause, paiera d'une façon ou de l'autre.

Il estime qu'il eût été plus simple que l'Etat octroie une intervention spéciale à l'assurance-soins de santé, destinée à parfaire le remboursement qu'elle accorde, pour l'hospitalisation, à charge des cotisations, jusqu'au montant du prix de la journée d'entretien.

9° Un commissaire rappelle que le prix des spécialités pharmaceutiques n'est pas compris dans le taux de la journée d'entretien.

Il demande si les dispositions du projet de loi laissent ouverte la possibilité de répartir d'une façon ou de l'autre la charge des spécialités pharmaceutiques

pleegde zieken om te slaan, ten einde ze niet uitsluitend te moeten aanrekenen aan de verzekerden die zulke specialiteiten nodig hadden.

10° Een lid vraagt of de afschrijving van het materieel en de apparatuur in het verpleegbedrag begrepen is.

11° Een lid vestigt de aandacht op de thans geldende bepalingen, krachtens welke de verzekerden die zich in het buitenland laten verplegen om er zorgen te ontvangen die ze niet in even gunstige omstandigheden in ons land kunnen genieten, lagere vergoedingen ontvangen dan die waarop zij aanspraak hebben als zij in België verpleegd worden.

Hij vraagt of het ontwerp van wet dit bezwaar verhelpt.

**

De Minister antwoordt op de gestelde vragen als volgt :

1° De Parlementaire Werkgroep zegt inderdaad in zijn verslag dat « de terugbetalingsvoet van de verzekering zou moeten herzien worden » en dat « een overeenkomst, per instelling, in de totale kostendeckking zou moeten voorzien mits aan de hand van een voorafgaande studie van de boekhouding der instelling de werkelijke prijs van de verpleging kan worden vastgesteld per klasse van inrichtingen en volgens van tevoren aangelegde objectieve maatstaven. »

Bovendien heeft de Werkgroep vastgesteld « dat zich met de academische ziekenhuizen bijzondere problemen voordoen ».

De memorie van toelichting van het ontwerp van wet antwoordt op deze aanbevelingen in die zin dat zij de verhoging aankondigt van het bedrag van de tegemoetkoming die de verzekering zal verstrekken en dat « parallel met die maatregel, het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin de erkenning van elke verplegingsinrichting zal doen samengaan met het vermelden van de normale kostprijs van de verpleegdag. Deze kostprijs zal steunen op de klasse van de inrichting en op de aard van de verstrekkingen welke zij verleent. De academische ziekenhuizen zullen, wegens de hun eigen opdracht, als een bijzondere klasse worden beschouwd ».

Er zal dus een verschil bestaan tussen de normale prijs van de verpleegdag, die door de Minister van Volksgezondheid zal worden bepaald, en het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering, dat vastgesteld zal worden door de Minister van Sociale Voorzorg.

Maar het Ministerie van Volksgezondheid bereidt thans een ontwerp van wet voor, dat binnenkort in Ministerraad en vervolgens in het Parlement zal worden behandeld, en dat tot doel heeft dat verschil goed te maken door middel van een toelage die de Minister van Volksgezondheid aan de verplegingsinrichtingen zal verlenen.

fournies à certains assurés, sur tous les malades hospitalisés, dans le but de ne pas devoir les porter en compte aux seuls assurés à qui ces spécialités ont été délivrées.

10° Un commissaire demande si l'amortissement du matériel et des appareils est compris dans le prix de la journée d'entretien.

11° Un commissaire attire l'attention sur les dispositions qui sont actuellement en vigueur et en application desquelles les assurés qui se font hospitaliser à l'étranger pour y recevoir des soins qu'ils ne peuvent obtenir en d'aussi bonnes conditions dans notre pays, reçoivent des remboursements inférieurs à ceux qu'ils auraient obtenus s'ils s'étaient fait hospitaliser en Belgique.

Il demande si le projet de loi remédie à cet inconvénient.

**

Le Ministre répond comme suit aux questions posées :

1° Le Groupe de travail parlementaire a en effet consigné dans son rapport que « le taux de remboursement de l'assurance devrait être réétudié » et que « dans chaque cas une convention devrait prévoir la couverture totale des frais moyennant une étude préalable de la comptabilité de l'établissement, permettant d'établir le coût réel de la journée d'entretien par catégorie d'établissement et selon les critères objectifs préétablis. »

Le Groupe de travail a en outre constaté que « les hôpitaux universitaires posent des problèmes particuliers ».

L'exposé des motifs du projet de loi répond en ce sens à ces recommandations qu'il annonce l'augmentation du montant de l'intervention qu'accordera l'assurance et que « parallèlement à cette mesure le Ministère de la Santé publique et de la Famille inclura dans l'agrégation de chaque établissement hospitalier la mention du prix normal de la journée d'entretien. Ce prix sera établi en tenant compte de la catégorie à laquelle appartient l'établissement et de la nature des prestations qu'il assure. Les hôpitaux universitaires seront, en raison de leur mission propre, considérés comme une catégorie particulière ».

Il subsistera donc une différence entre le prix normal de la journée d'entretien que fixera le Ministre de la Santé publique et le montant de l'intervention de l'assurance qui sera fixé par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Mais, un projet de loi qui est en préparation au Ministère de la Santé publique et qui sera examiné prochainement, d'abord par le Conseil des Ministres, puis par le Parlement, tend à couvrir cette différence au moyen d'un subside qu'accordera le Ministère de la Santé publique aux établissements hospitaliers.

2° Naar aanleiding van deze vraag, wenst de Commissie dat de Minister zijn collega van Volksgezondheid zou verzoeken om voor haar de verklaring te bevestigen die hij ter openbare vergadering van de Kamer heeft afgelegd.

Zij is evenwel van oordeel dat de aanvullende inlichtingen die zij van de Minister van Volksgezondheid wenst te verkrijgen, dienstig verstrekt kunnen worden na dat het aangekondigde ontwerp van wet in de Ministerraad onderzocht zal zijn.

Het verpleegbedrag omvat thans de gezamenlijke algemene onkosten, de kosten van verwarming, verlichting en voeding, van verplegend, administratief en werkliedenpersoneel, van linnen, gebruik, onderhoud en afschrijving van geneeskundige instrumenten, materieel, meubelen en gebouwen, operatiezalen, van verdovingsmiddelen, gewone verbandmiddelen en geneesmiddelen met uitsluiting van de farmaceutische specialiteiten.

3° Het is niet de bedoeling wijzigingen te brengen in de lijst van de bestanddelen die thans in aanmerking worden genomen bij het vaststellen van het verpleegbedrag.

4° Die overwegingen zouden gegrond zijn indien de gezamenlijke maatregelen die inzake verpleging genomen zullen worden, niet ten gevolge mochten hebben dat het verpleegbedrag geheel wordt betaald: door de vergoeding die de verzekering uitkeert, eensdeels en de toelage die de Minister van Volksgezondheid zal verlenen, anderdeels.

Die maatregelen zullen de particuliere klinieken op een voet van volledige gelijkheid plaatsen met de ziekenhuizen die onder de Commissies voor de Volksgezondheid ressorteren. Aangezien de verzekerde zelf geen persoonlijke bijdrage zal moeten betalen, noch wanneer hij in een particuliere kliniek wordt verpleegd, noch wanneer hij zich laat verzorgen in een ziekenhuis dat onder de Commissie voor de Volksgezondheid ressorteert, is het meteen ook duidelijk dat zijn keuze voortaan niet meer zal worden bepaald op grond van de persoonlijke bijdrage die hij moest betalen.

5° Zowel de normale prijs van de verpleegdag als het bedrag van de terugbetaling van de verzekering zullen worden vastgesteld op grond van de diensten georganiseerd door de verplegingsinrichtingen en van de aard van de verstrekkingen die zij verlenen.

Bij wijze van inlichting verklaart de Minister dat het bedrag van de terugbetaling van de verzekering tot 200 frank zal worden verhoogd en dat deze som uiteraard een gemiddelde is van de terugbetalingen die verschillen naar gelang van de diensten die in de verplegingsinrichtingen zijn verenigd.

Het gemiddelde van de toegekende terugbetalingen beloopt thans 175 frank.

Onderstaand staatje geeft nadere bijzonderheden over deze terugbetalingen:

H (eenvoudige ziekenhuisverpleging)	140 F
D (inwendige geneeskunde)	155 F

2° Suite à cette question, la Commission demande au Ministre d'inviter son collègue de la Santé publique à confirmer devant elle la déclaration qu'il a faite à la tribune de la Chambre des Représentants.

Elle estime toutefois que les renseignements complémentaires qu'elle désirerait obtenir de la part du Ministre de la Santé publique pourraient être utilement fournis après l'examen du projet de loi envisagé par le Conseil des Ministres.

En ce qui concerne le montant du prix de la journée d'entretien, ce montant comprend actuellement l'entière des frais généraux, de chauffage et d'éclairage, d'alimentation, du personnel infirmier, administratif et ouvrier, de linge, d'utilisation, d'entretien et d'amortissement des instruments médicaux, du matériel, du mobilier et des bâtiments, de salles d'opérations et de produits anesthésiques, de pansements courants et de médicaments à l'exclusion des spécialités pharmaceutiques.

3° L'intention n'existe nullement d'apporter des modifications à la liste des éléments constitutifs pris en considération actuellement pour fixer le prix de la journée d'entretien.

4° Ces considérations seraient fondées si précisément l'ensemble des mesures qui seront prises en matière d'hospitalisation, n'aboutissaient pas au paiement intégral du prix de la journée d'entretien: par le remboursement octroyé par l'assurance d'une part, et par le subside qu'accordera le Ministère de la Santé publique, d'autre part.

Ces mesures mettront les cliniques privées sur un pied d'absolue égalité avec les hôpitaux relevant des commissions d'assistance publique; puisque l'assuré n'aura à supporter aucune intervention personnelle ni lorsqu'il est hospitalisé dans une clinique privée ni lorsqu'il se fait soigner dans un hôpital relevant d'une Commission d'assistance publique, il est évident qu'une intervention personnelle de sa part disparaît comme élément déterminatif de son choix.

5° Tant le prix normal de la journée d'entretien que le montant du remboursement de l'assurance, seront fixés en fonction des services organisés par les établissements hospitaliers et la nature des prestations qu'ils assurent.

A titre d'information le Ministre signale que le montant du remboursement de l'assurance sera porté à 200 francs, cette somme constituant évidemment une moyenne des remboursements qui différeront selon les services réunis dans les établissements hospitaliers.

La moyenne des remboursements accordés, à l'heure actuelle s'élève à 175 francs.

Le détail de ces remboursements est repris dans le tableau ci-après:

H (hospitalisation simple)	140 F
D (médecine interne)	155 F

C (heelkunde)	175 F
S (gespecialiseerde diensten)	175 F
M (bevalling)	195 F
N (te vroeg geboren kinderen)	250 F
L (lijders aan besmettelijke ziekten)	170 F

C (chirurgie)	175 F
S (services spécialisés)	175 F
M (maternité)	195 F
N (prématurés)	250 F
L (contagieux)	170 F

De verhoging tot 200 F zal tot stand komen in twee etappen : de eerste treedt reeds op 1 juli 1963 in werking; om de verplegingsinrichtingen onmiddellijk te helpen, werd het volume van de uitgaven over de periode van 1 januari 1964 tot 1 juli 1964 dat uit de verhoging van de terugbetaling tot 200 frank zou voortvloeien, over de periode van 1 juli 1963 tot 1 juli 1964 gespreid; aldus kon het nationaal interziekenfondscollege de overeenkomsten verlengen die per 30 juni 1963 kwamen te vervallen, terwijl er een verhoging van de terugbetaling met 2,5 % werd bepaald.

Het gemiddelde van de verleende terugbetalingen zal hierdoor vanaf 1 juli 1963 circa 195 frank bedragen.

6° Het is de verzekeringsinstellingen verboden ten laste van de verplichte verzekering hogere tegemoetkomingen toe te kennen dan het bij de wet bepaalde bedrag. Alle verzekeringsinstellingen moeten zich dus houden aan het terugbetalingsbedrag dat door de Minister van Sociale Voorzorg voor de ziekenhuisverpleging wordt vastgesteld.

7° Het ontwerp van wet betreffende de ziekenhuizen, dat bij het Ministerie van Volksgezondheid in aanmaak is, stelt wel de normale prijs van de verpleegdag vast, doch het verplicht de verplegingsinrichtingen niet deze prijs toe te passen.

De tussen de verzekering en de verplegingsinrichtingen te sluiten overeenkomsten hebben juist ten doel te verkrijgen dat de verplegingsinrichtingen zich verplichten geen hogere prijzen aan te rekenen dan die welke door de Minister van Volksgezondheid zijn vastgesteld.

Er is dus geen sprake van een dubbele verbintenis; de enige verbintenis die de verplegingsinrichtingen onderschrijven, wordt geregeld in de overeenkomst die met de verzekering wordt gesloten. Het belang dat de verzekeringsinrichtingen er zullen bij hebben om deze overeenkomsten te sluiten, ligt in de bepaling van het ontwerp van wet betreffende de ziekenhuizen die stelt dat de toelage, verleend door de Minister van Volksgezondheid, uitsluitend toegekend wordt aan de verplegingsinrichtingen die een overeenkomst hebben gesloten met de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Een lid voegt hieraan toe dat nog andere aspecten van het nut van de overeenkomsten volgens hem zijn :

— de verbintenis die de verplegingsinrichtingen aangaan om de verschillende administratieve stukken binnen de voorgestelde termijn naar de verzekeringsinstellingen door te zenden;

— de regeling van de betaling volgens de methode van de derde betaler;

L'augmentation jusqu'à concurrence de 200 francs sera réalisée en deux étapes : la première entre en vigueur au 1^{er} juillet 1963 déjà; en effet, pour venir en aide immédiatement aux établissements hospitaliers, le volume des dépenses qu'aurait entraîné une augmentation du remboursement porté à 200 francs pour la période du 1^{er} janvier 1964 au 1^{er} juillet 1964, a été réparti sur la période du 1^{er} juillet 1963 au 1^{er} juillet 1964, ce qui a permis au Collège intermutualiste national de reconduire les conventions avec les établissements hospitaliers, qui venaient à échéance le 30 juin 1963, en y prévoyant une augmentation du remboursement accordé de 2,5 %.

La moyenne des remboursements accordés s'élèvera de ce fait, à partir du 1^{er} juillet 1963 à environ 195 F.

6° Il est interdit aux organismes assureurs d'accorder à charge de l'assurance obligatoire des interventions dont le montant est supérieur à celui qui est prévu par la loi. Tous les organismes assureurs doivent donc s'en tenir au montant du remboursement fixé, pour l'hospitalisation, par le Ministre de la Prévoyance sociale.

7° Si le projet de loi sur les hôpitaux en préparation au Ministère de la Santé publique, prévoit la fixation du prix normal de la journée d'entretien, ce projet de loi n'impose cependant pas aux établissements hospitaliers de respecter obligatoirement le dit prix.

La portée des conventions à conclure entre l'assurance et les établissements hospitaliers, est précisée: d'obtenir que les établissements hospitaliers s'engagent à ne pas porter en compte des prix supérieurs aux prix fixés par le Ministre de la Santé publique.

Il n'est donc pas question d'un double engagement; le seul engagement que prennent les établissements hospitaliers font l'objet de la convention conclue avec l'assurance. L'intérêt qu'auront les établissements hospitaliers à conclure ces conventions réside dans la disposition du projet de loi sur les hôpitaux qui prévoit que le subside accordé par le Ministère de la Santé publique sera réservé aux seuls établissements hospitaliers qui ont conclu une convention avec l'assurance-soins de santé.

Un commissaire ajoute qu'à son avis d'autres aspects de l'utilité des conventions sont :

— l'engagement que prennent les établissements hospitaliers à acheminer dans les délais prévus vers les organismes assureurs, les divers documents administratifs;

— le règlement du paiement suivant la méthode du tiers-payant;

— de bekendmaking van het maximumoverschrijdingsbedrag bepaald in artikel 29, § 8.

8° De Minister van Sociale Voorzorg beschikt niet over de technische gegevens om de normale prijs van de verpleegdag vast te stellen.

Om deze normale prijs, die voortaan in de machting zal worden vermeld, te kunnen vaststellen, moet aan de verplegingsinrichtingen de verplichting worden opgelegd een type-boekhouding te voeren.

Het Ministerie van Volksgezondheid is normaal belast met het toezicht op het naleven van deze verplichting.

Daarom heeft de Regering de oplossing gekozen welke de tussenkost van het Ministerie van Volksgezondheid noodzakelijk maakt.

9° Het bepaalde in artikel 32, § 2, 2° lid, komt aan deze bezorgdheid tegemoet.

10° Men moet twee toestanden onderscheiden :

— ofwel laten de geneesheren die in een verplegingsinrichting werken, zich betalen per verstrekking en gebruiken zij de toestellen die aan de verplegingsinrichting toebehoren en die deze te hunner beschikking stelt. Het bedrag van de honoraria dekt normaal de afschrijving van de toestellen. De verplegingsinrichtingen kunnen dus van de geneesheer een retributie vragen voor het gebruik van de apparaten;

— ofwel ontvangen de geneesheren die in verzorgingsinstellingen werkzaam zijn, met hun instemming een forfaitair salaris; de betaling door de verzekering van forfaitaire bedragen die de werkings- en onderhoudskosten dekken, kan in dit geval geschieden met toepassing van artikel 29, § 4.

11° Met toepassing van de verordeningen n^o 3 en 4 van de Europese Economische Gemeenschap kunnen de verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven, zich aldaar laten verzorgen en hebben zij in dit geval aanspraak op de terugbetalingen die de regeling van het land van verblijf toekent.

Bovendien kan de voorwaarde inzake territorialiteit, gesteld bij artikel 70, § 1, worden verzacht door uitzonderingen die door de Koning moeten worden bepaald.

Financiering.

1° Het vraagstuk van de financiering, aldus een lid, vertoont een tweeledig aspect : er is de wijze van financiering van de verzekeringsregeling, enerzijds, en de interne werking van de financiering, d.i. de verdeling van de ontvangsten over de verzekeringsinstellingen, anderzijds.

Hij vraagt een uiteenzetting van de methode volgens welke de uitgaven en de ontvangsten zullen worden geraamd, alsmede van de wijze waarop de ontvangsten over de verzekeringsinstellingen zullen worden verdeeld.

— la publication du montant maximum du dépassement prévu à l'article 29 § 8.

8° Le Ministre de la Prévoyance sociale ne dispose pas des éléments techniques pour établir le prix normal de la journée d'entretien.

La fixation de ce prix normal qui sera désormais incluse dans l'agrément, nécessite l'imposition aux établissements hospitaliers de l'obligation de tenir une comptabilité type.

Le contrôle du respect de cette obligation est normalement confié au Ministère de la Santé publique.

C'est pour ce motif que le Gouvernement a opté pour la solution qui nécessite l'intervention du Ministère de la Santé publique.

9° Les dispositions de l'article 32, § 2, alinéa 2, répondent à cette préoccupation.

10° Il y a lieu de distinguer deux situations :

— ou bien les médecins, travaillant dans un établissement hospitalier, se font payer à la prestation et utilisent les appareils appartenant à l'établissement hospitalier et que celui-ci met à leur disposition. Le montant des honoraires couvre normalement l'amortissement des appareils. Les établissements hospitaliers peuvent donc exiger du médecin une redevance pour l'utilisation des appareils.

— ou bien les médecins travaillant dans des institutions de soins, y sont rémunérés forfaitairement avec leur accord; dans ce cas le paiement par l'assurance de sommes forfaitaires, couvrant les frais de fonctionnement et d'entretien, peut être effectué en application des dispositions de l'article 29 § 4.

11° En application des règlements n^{os} 3 et 4 de la Communauté économique européenne, les assurés qui résident temporairement à l'étranger peuvent y recourir aux soins de santé et y ont droit dans ce cas aux remboursements prévus par la réglementation du pays de la résidence.

En outre, la condition de territorialité prévue à l'article 70, § 1, peut être atténuée par des exceptions qui devront être définies par le Roi.

Le Financement.

1° Un commissaire est d'avis que le problème du financement présente un double aspect : d'une part, le mode de financement du régime de l'assurance et d'autre part le fonctionnement interne du financement c'est à dire la répartition des ressources entre les organismes assureurs.

Il demande que soient exposés, d'une part, la méthode selon laquelle s'établiront les prévisions des dépenses et des recettes et d'autre part, le mode de répartition des ressources entre les organismes assureurs.

2° Een lid wenst te vernemen hoe groot, in cijfers, de bijkomende financiële inspanning van het Rijk ten gunste van de verzekering zal zijn.

3° Een lid brengt in herinnering dat de Minister in zijn inleidende uiteenzetting erop heeft gewezen dat de nieuwe verzekeringsregeling onbetwistbaar een weerslag zal hebben op de toestand van de vrijwillige verzekering.

Het lid meent te weten dat de vrijwillig verzekerden thans bijdragen betalen die ten minste 3.000 frank per jaar belopen en in sommige gevallen tot 4.000 frank gaan. Wordt de verzekering b.v. tot de zelfstandigen uitgebreid, dan zal een deel van deze bijdrage van de vrijwillige verzekering, dat overeenstemt met de risico's die door de verplichte verzekering gedekt zullen worden, niet meer moeten worden betaald; op dat ogenblik zal een deel van de toelage welke het Rijk aan de vrijwillige verzekering toekent, naar de verplichte verzekering wordt overgeheveld. Bovendien valt het te vreezen dat het aantal vrijwillig verzekerden zal afnemen.

Het een en het ander zal tot gevolg hebben dat de toestand voor de vrijwillige verzekering uiterst moeilijk wordt. Spreker vraagt in hoeverre het wetsontwerp een oplossing brengt voor de vraagstukken die hieruit zullen ontstaan.

Rekening houdende met de bepalingen van artikel 22, volgens hetwelk de arbeiders het voordeel van de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging van 1 juli 1964 af zullen genieten, wat naar zijn oordeel meebrengt dat zij vanaf 1 januari 1964 verzekeringsplichtig zullen zijn, is het lid van oordeel dat de nodige maatregelen inzake vrijwillige verzekeringen onverwijld overwogen moeten worden.

4° Een lid verklaart dat hij, op grond van de ervaring uit het verleden, zeer sceptisch staat tegenover de toekomst.

Volgens hem werden de begrotingen in het verleden nooit op een ernstige basis berekend.

Hij vraagt hoe de ramingen voortaan zullen worden vastgesteld en hoe de stijging van de uitgaven en dus ook van de tekorten zal worden afgeremd.

5° Een lid vraagt welk percentage van de uitgaven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering door het Rijk zal worden gedragen.

6° Een lid meent te begrijpen dat de bijdragen van jaar tot jaar en van verzekeringsinstelling tot verzekeringsinstelling zullen kunnen verschillen.

Hij vraagt of dit zo is.

Een lid komt terug op het vraagstuk van de zelfstandigen, in verband met de te betalen bijdragen. Wordt er voor hen een wachttijd ingevoerd of zullen zij van de eerste dag af hun rechten kunnen doen gelden? Welke bijdragen zullen de zelfstandigen, na hun opnemings in de verplichte verzekering, moeten betalen in de vrijwillige verzekering voor de verstrekkingen die door de verplichte verzekering niet gedekt worden?

Hieromtrent ontspringt een gedachtenwisseling waaruit blijkt dat artikel 22, laatste lid, duidelijk is: « De verzekeringstegemoetkomingen zullen aanvangen ten laatste binnen 6 maanden na de inwerkingtreding van onderhavige wet ».

2° Un commissaire désire connaître le chiffre indiquant l'ampleur de l'effort financier supplémentaire que l'Etat fera en faveur de l'assurance.

3° Un commissaire rappelle que dans son exposé introductif le Ministre a souligné que le nouveau régime d'assurance aura une influence certaine sur la situation de l'assurance libre.

Il croit savoir que les assurés libres paient actuellement des cotisations que s'élèvent à 3.000 francs au moins par an et qui dans certains cas vont jusqu'à 4.000 francs. En cas d'extension de l'assurance aux travailleurs indépendants par exemple, une partie de cette cotisation d'assurance libre correspondant aux risques qui seront couverts par l'assurance obligatoire ne devra plus être payée; une partie du subside que l'Etat accorde à l'assurance libre sera à ce moment retirée à l'assurance libre et payée à l'assurance obligatoire. De plus, il faut craindre que le nombre d'assurés libres diminuera.

Tous ces éléments créeront pour l'assurance libre une situation extrêmement difficile. Il demande en quelle mesure le projet de loi répond aux problèmes qui seront créés par cette situation.

Compte tenu que l'article 22, dispose que les travailleurs bénéficieront des prestations de l'assurance-soins de santé à partir du 1^{er} juillet 1964, ce qui implique à son avis, qu'ils seront assujettis à partir du 1^{er} janvier 1964, ce commissaire estime que les mesures à prendre en matière d'assurance libre doivent être envisagées sans autre retard.

4° Sur base de l'expérience du passé, un commissaire déclare qu'il est très sceptique pour l'avenir.

A son avis, dans le passé, les budgets n'ont jamais été sincèrement établis.

Il demande sur quoi les prévisions seront établies dans l'avenir, et comment l'accroissement des dépenses, et donc des déficits, sera arrêté.

5° Un commissaire demande quel pourcentage des dépenses de l'assurance maladie-invalidité est pris à charge par l'Etat.

6° Un commissaire a cru comprendre que les cotisations pourront différer d'année en année et d'organisme assureur à organisme assureur.

Il demande si tel est en effet le cas.

Un commissaire revient sur la question des indépendants, en rapport avec les cotisations à payer. Auront-ils un stage à accomplir ou auront-ils droit à partir du 1^{er} jour? Quelles seront, après incorporation des indépendants dans l'assurance obligatoire, les cotisations à payer par eux dans l'assurance libre pour les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire?

Un échange de vues a lieu à ce sujet, duquel il ressort que les dispositions de l'article 22, dernier alinéa, disent clairement: « les interventions de l'assurance seront octroyées au plus tard dans les 6 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi ».

Voor de zelfstandigen die thans bij een vrijwillige verzekering zijn aangesloten en die blijk hebben gegeven van vooruitziendheid, moet een passende maatregel worden genomen. Zij moeten onmiddellijk hun rechten kunnen uitoefenen. Voor de overigen zijn bijzondere maatregelen nodig, doch volgens een verklaring van de Minister, moet dit vraagstuk worden geregeld door contacten die met de betrokkenen nog moeten worden opgenomen.

De bijdragen voor de vrijwillige verzekering worden door de ziekenfondsen zelf vastgesteld; de Regering heeft zich hiermede niet in te laten.

Een ander lid merkt hierbij op dat de toestand van de zelfstandigen juist dezelfde is als toen de verplichte verzekering werd ingevoerd. Volgens de toenmalige bepalingen behoefden de leden van ziekenfondsen geen wachttijd te vervullen, terwijl voor de werklieden, die in de verplichte verzekering werden opgenomen bij de inwerkingtreding van die regeling, een maand wachttijd werd gesteld.

Thans geldt voor alle nieuwe sociaal verzekerden een wachttijd van 3 of 6 maanden, volgens de leeftijd.

7° Een lid stelt vast dat de bepalingen van het wetsontwerp inzake de financiering uitsluitend op de verzekeringsinstellingen slaan en niet op de verbonden en ziekenfondsen, en wenst te vernemen om welke reden de verbonden en ziekenfondsen blijk zouden geven van een goed beheer. Hij vraagt tevens over welke dwangmiddelen de landsbonden beschikken ten aanzien van de verbonden en ziekenfondsen die anders zouden handelen.

8° Een lid vraagt of de bepalingen in verband met de financiering zo moeten worden opgevat dat, in geval van een algemeen tekort, d.w.z. ingeval al de verzekeringsinstellingen een jaar met een tekort afsluiten, dit tekort moet worden gedekt door een verhoging van de bijdragen op de lonen en een verhoging van de Rijks-tegemoetkoming, terwijl wanneer één enkele landsverbond met een tekort afsluit, dit moet worden gedekt uit aanvullende bijdragen welke de betrokken landsbond gehouden is van zijn aangeslotenen te eisen.

9° Een lid is van oordeel dat het billijker zou zijn toe te laten dat de bijdrage op de lonen wordt verminderd, in plaats van een regeling te stellen voor het gebruik van de batige saldi.

10° Een lid is van oordeel dat, aangezien de begrotingsramingen van de uitgaven worden berekend op grond van de werkelijke uitgaven van de jongste drie bekende dienstjaren, en dat deze bepaling, op het eerste gezicht, alle verzekeringsinstellingen ertoe zou kunnen aanzetten om hun uitgaven op te drijven, het enige middel om deze neiging in te dijken te vinden is in de bepaling betreffende de toekenning door het Rijk van een toelage van 27 % op de geraamde uitgaven. Met nadruk wijst hij erop dat aan dit middel niet mag worden geraakt.

11° De Rijks-tegemoetkoming was aanvankelijk vastgesteld op 32 % van de uitgavenramingen; zij werd

Il y aura une disposition à prendre pour les indépendants actuellement déjà affiliés à une assurance libre et qui ont fait acte de prévoyance. Ceux-là doivent avoir droit immédiatement. Pour les autres des dispositions particulières sont à prendre, mais cela doit être réglé suivant une déclaration du Ministre, par les contacts qui doivent avoir lieu avec les intéressés.

En ce qui concerne les cotisations de l'assurance libre, celles-ci sont fixées par les mutualités elles-mêmes; le Gouvernement n'a pas à intervenir.

Un autre commissaire fait remarquer que la situation pour des indépendants est exactement celle qu'on a connue au moment de l'instauration de l'assurance obligatoire. Des dispositions étaient prévues, par lesquelles les anciens mutualistes ne devaient pas faire de stage tandis que les ouvriers incorporés dans l'assurance obligatoire au moment de son application, ont dû faire un stage d'un mois. A l'heure actuelle, tous les nouveaux assurés sociaux doivent accomplir un stage de 3 ou de 6 mois, suivant l'âge.

7° Constatant que les dispositions du projet de loi en matière de financement ne visent que les organismes assureurs et non leurs fédérations et mutualités, un commissaire désire connaître les raisons que pourraient avoir ces fédérations et mutualités pour faire preuve de bonne gestion. Il demande en outre de quels moyens de coercition disposent les unions nationales vis-à-vis de leurs fédérations et mutualités qui agiraient autrement.

8° Un commissaire demande si les dispositions en matière de financement doivent être comprises en ce sens qu'en cas de déficit général c'est-à-dire au cas où tous les organismes assureurs clôturent une année en mali, ce déficit doit être couvert par une augmentation des cotisations prélevées sur les salaires et d'une augmentation du subside accordé par l'Etat, tandis qu'en cas de déficit d'une seule union nationale, ce déficit doit être résorbé au moyen de cotisations complémentaires que cette union nationale est tenue de réclamer à ses affiliés.

9° Un commissaire estime qu'une disposition permettant la diminution du montant des cotisations prélevées sur les salaires serait plus équitable que la disposition réglementant l'utilisation des bonis.

10° Relevant que les prévisions budgétaires des dépenses seraient établies sur les dépenses réelles des trois derniers exercices connus, disposition qui à première vue pourrait inciter tous les organismes assureurs à augmenter le volume de leurs dépenses, un commissaire estime que le seul moyen dont on dispose pour endiguer cette tendance est la disposition concernant l'octroi par l'Etat d'un subside de 27 % des dépenses prévues. Il insiste sur la nécessité absolue de maintenir ce moyen intact.

11° Le subside de l'Etat était initialement fixé à 32 % des dépenses prévisionnelles; il a été ramené à

tot 27 % verminderd, terwijl tevens in de wet een nieuwe bepaling werd opgenomen in verband met de tegemoetkoming ter vervanging van de bijdragen van de werklozen. Hoe zal het Rijk hierbij tewerkgaan ?

12° Een lid heeft begrepen dat de ontvangsten van de verzekering voor gezondheidszorgen als volgt zullen worden verdeeld : iedere verzekeringsinstelling zal de tegenwaarde ontvangen van de bijdragebons van haar eigen aangesloten leden; de verzekeringsinstelling zal van het Rijk voor iedere werkloosheidsdag een tegemoetkoming ontvangen gelijk aan de gemiddelde dagelijkse bijdrage van haar aangesloten; de Rijkstegemoetkoming ten bedrage van 27 % van de uitgavenramingen zal over de verzekeringsinstellingen worden verdeeld op grond van het aantal gepensioneerden, weduwen en invaliden, aangesloten bij iedere verzekeringsinstelling, eensdeels, en van de gemiddelde kosten voor elke groep van gerechtigden, anderdeels.

13° Zullen de uitgavenramingen voor een bepaalde periode van drie jaar opgemaakt worden op de grondslag van het gemiddeld bedrag der uitgaven voor de drie laatste bekende dienstjaren ?

14° Blijft het percentage in artikel 121, 8°, een vast percentage ?

15° Een lid gelooft dat de openbare opinie niet heeft opgemerkt dat de financiering waarin het wetsontwerp voorziet, tot gevolg kan hebben dat de bijdragen ieder jaar kunnen worden verhoogd.

16° Het wetsontwerp onderscheidt twee soorten van bijdragen. Het lid meent dat, buiten het onderscheid dat moet gemaakt worden tussen bedienden, werklieden en mijnwerkers, de bijdrage geheven op de lonen dezelfde is voor alle werknemers, ongeacht de verzekeringsinstelling waarbij zij zijn aangesloten. De bijdrage die moet betaald worden in het geval van een nadelig saldo, kan van de ene verzekeringsinstelling tot de andere verschillen of kan worden betaald door de aangesloten leden van een enkele verzekeringsinstelling — die een tekort heeft geboekt — en niet door de aangesloten leden van al de verzekeringsinstellingen — die geen tekort boekt. Is dit juist ?

17° Zullen de bepalingen van het wetsontwerp, volgens welke het Rijk de uitgaven in verband met de sociale ziekten ten laste neemt, geen weerslag hebben op de uitgaven van het Speciaal Onderstandsfonds ?

18° Een lid vraagt waarom vroeger geen uitgavenramingen konden worden opgemaakt en hoe dit voortaan wel mogelijk zal zijn ?

**

De Minister beantwoordt de gestelde vragen als volgt :

1. De uitgaven zullen geraamd worden als volgt :

a) *Inzake de uitkeringsverzekering* : bij de raming van de last van de uitkeringen voor primaire onge-

27 % de ces dépenses en même temps qu'une nouvelle disposition, visant le subside pour remplacer les cotisations des chômeurs a été insérée dans la loi. De quelle façon l'Etat va-t-il intervenir en cette matière ?

12° Le commissaire a compris que la répartition des recettes de l'assurance-soins de santé se fera comme suit : chaque organisme assureur recevra la contre-valeur des bons de cotisation réunis par ses propres affiliés; il recevra, de l'Etat, pour chaque jour de chômage, un subside égal à la cotisation journalière moyenne de ses affiliés; le subside de l'Etat, égal à 27 % des prévisions de dépenses sera réparti entre les organismes assureurs sur base, d'une part, des nombres de pensionnés, veuves et invalides affiliés à chaque organisme assureur et, d'autre part, du coût moyen de chacune de ces catégories de titulaires.

13° Les dépenses prévisionnelles d'une période déterminée de trois ans, seront-elles établies sur base de la moyenne des dépenses des trois derniers exercices connus ?

14° Le pourcentage prévu à l'article 121, 8°, reste-t-il fixe ?

15° Un commissaire croit que l'opinion n'a pas remarqué que le mode de financement prévu par le projet de loi peut avoir pour conséquence que, chaque année, le montant des cotisations pourra être augmenté.

16° Le projet de loi fait la distinction entre deux genres de cotisations. A l'avis du commissaire, la cotisation précomptée sur les salaires est la même pour tous les travailleurs, abstraction faite de la distinction à faire entre employés, ouvriers et mineurs, quel que soit l'organisme assureur auquel ils sont affiliés. La cotisation à payer en cas de mali peut différer d'un organisme assureur à l'autre ou peut être payée par les affiliés d'un seul organisme assureur — qui a clôturé en mali — et pas par les affiliés de tous les autres organismes assureurs — qui n'auraient pas clôturé en mali. — Est-ce exact ?

17° Les dispositions du projet de loi relatives à la prise en charge par l'Etat des frais afférents aux maladies sociales n'auront-elles pas une influence sur les dépenses du Fonds Spécial d'Assistance ?

18° Un commissaire demande pourquoi les prévisions de dépenses n'ont pu être établies dans le passé et comment il sera possible, dans l'avenir, de les établir.

**

Le Ministre répond comme suit aux questions posées :

1° Les prévisions de dépenses s'établiront de la façon suivante :

a) *En matière d'assurance-indemnités* : la charge des indemnités d'incapacité primaire sera évaluée en

ongeschiktheid zal rekening worden gehouden met de trend van het ziektecijfer, zoals die blijkt uit de vaststellingen tijdens de vorige dienstjaren en het verloop van de invaliditeit;

b) Inzake de gezondheidszorgen : op grond van de werkelijke uitgaven tijdens de drie laatste bekende dienstjaren, waarbij evenwel rekening zal worden gehouden met de stijgende kurve van deze uitgaven en met de verbeteringen die het gevolg zijn van de beslissingen welke het beheerscomité gemachtigd is te nemen op grond van zijn autonomie.

Voor de raming der ontvangsten uit de bijdragen zal rekening worden gehouden met het verloop van het aantal arbeidsdagen en van de lonen.

Bij de ontvangsten uit de bijdragen op de lonen komt vanzelfsprekend de Rijkstegemoetkoming tot dekking van het gemis van de bijdragen der werklozen, alsmede de toelage van 27 % op de geraamde uitgaven.

Voor de verdeling van de inkomsten, zal de volgende methode worden aangenomen :

a) iedere verzekeringsinstelling ontvangt de tegenwaarde van de bijdragebons afgegeven door de aangesloten werknemers;

b) iedere verzekeringsinstelling ontvangt voor elke dag gecontroleerde werkloosheid een tegemoetkoming gelijk aan de gemiddelde dagelijkse bijdrage van haar aangesloten werknemers;

c) de Rijkstegemoetkoming van 27 % wordt over de verzekeringsinstellingen verdeeld op basis van het aantal gepensioneerden, weduwen en invaliden, aangesloten bij iedere verzekeringsinstelling, enerzijds, en de gemiddelde kostprijs van elke groep van gerechtigden anderzijds.

2° de bijkomende financiële inspanning van het Rijk ten gunste van de verzekering wordt voor het jaar 1964 op 1.300 miljoen geraamd.

3° Het wetsontwerp betreft uitsluitend de verplichte verzekering.

Het is derhalve normaal dat het ontwerp geen oplossing brengt voor de vraagstukken die onvermijdelijk voor de vrijwillige verzekering zullen rijzen, met name als gevolg van de uitbreiding van de werkingssfeer van de wet tot bepaalde categorieën van personen die thans vrijwillig verzekerd zijn.

De bepaling van artikel 22, waarbij aan de zelfstandigen de toekenning van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vanaf 1 juli 1961 wordt gewaarborgd, moet niet noodzakelijk betekenen dat de zelfstandigen van 1 januari 1964 af onder de wet zullen vallen.

Het is immers billijk dat de zelfstandigen, op 1 juli 1961 vrijwillig verzekerd zijn, zonder wachttijd de verstrekkingen kunnen genieten.

Voor de overigen, die niet vrijwillig verzekerd zijn, kan men zich voorstellen dat zij de tegemoetkomingen

tenant compte du trend des taux de morbidité dégagé des constatations faites au cours des exercices révolus et de l'évolution constatée en matière d'invalidité;

b) en matière de soins de santé : sur base des dépenses réelles effectuées au cours des trois derniers exercices connus en tenant compte toutefois de la courbe ascendante que présentent ces dépenses et des améliorations résultant des décisions que le comité de gestion est autorisé à prendre en fonction de son autonomie.

Les prévisions de recettes s'établiront, en ce qui concerne les cotisations, en tenant compte de l'évolution du nombre de journées de travail et des salaires.

Aux recettes constituées par la cotisation prélevée sur les salaires s'ajoutera évidemment le subside que l'Etat accordera pour combler l'absence de cotisations des travailleurs en chômage et le subside égal à 27 % des prévisions de dépenses.

En ce qui concerne la répartition des ressources, la méthode suivante sera adoptée :

a) chaque organisme assureur reçoit la contre-valeur des bons de cotisation remis par le travailleur qui y est affilié;

b) chaque organisme assureur reçoit pour chaque jour de chômage contrôlé un subside qui est égal à la moyenne de la cotisation journalière des travailleurs qui y sont affiliés;

c) le subside de l'Etat de 27 % est réparti entre les organismes assureurs sur base d'une part, du nombre des pensionnés, veuves et invalides affiliés à chacun d'eux et d'autre part, du coût moyen de chacune de ces catégories de titulaires.

2° L'effort financier supplémentaire de l'Etat en faveur de l'assurance est évalué à 1.300 millions pour l'année 1964.

3° Le projet de loi ne concerne que l'assurance obligatoire.

Il est, dès lors, normal qu'il n'apporte pas la solution aux problèmes qui se posent inévitablement pour l'assurance libre notamment par l'extension de l'application de la loi à des catégories de personnes qui sont actuellement affiliées à l'assurance libre.

La disposition de l'article 22 qui garantit aux travailleurs indépendants l'octroi des interventions de l'assurance-soins de santé à partir du 1^{er} juillet 1961 ne doit pas nécessairement vouloir signifier que ces travailleurs indépendants seront assujettis à la loi à partir du 1^{er} janvier 1964.

En effet, il est équitable d'admettre, sans accomplissement de stage, au bénéfice des prestations ceux d'entre eux qui à la date du 1^{er} juillet 1961 sont affiliés comme assurés libres.

Pour les autres qui n'auraient pas la qualité d'assuré libre l'on peut imaginer que les interventions de l'as-

van de verzekering ontvangen op voorwaarde dat zij erin toestemmen, met terugwerkende kracht op 1 januari 1964, de bijdrage van de verplichte verzekering te betalen welke bij toepassing van artikel 22 moet worden vastgesteld. Wie weigert deze bijdrage te betalen, zou normalerwijze eerst op 1 januari 1965 het voordeel van de tegemoetkomingen mogen genieten.

4° De tekorten waarmee de ziekte- en invaliditeitsverzekering haar rekeningen heeft afgesloten, mogen niet worden beschouwd als een bewijs dat de begrotingen nooit ernstig werden opgemaakt, men dient dus wel te aanvaarden dat, zo de balansen nooit sluitend gemaakt konden worden, de enige reden daarvan was dat de inkomsten waarover de verzekering beschikte, kennelijk ontoereikend waren.

In de nieuwe regeling moeten de uitgaven geraamd worden op basis van de werkelijke bekende uitgaven. Hieruit blijkt al het belang van het nauwgezet opmaken van de begrotingen, vermits de rekening betreffende de jaren waarvoor de begrotingen zijn opgemaakt, achteraf als grondslag voor de begrotingen van de eerstvolgende dienstjaren dienen.

Als gevolg van de in het ontwerp van wet bepaalde financieringswijze zal stijging van de uitgaven niet langer synoniem zijn met stijging van de tekorten. Immers, al is de stijging van de uitgaven een normaal verschijnsel, toch bepaalt het ontwerp van wet dat iedere begroting van bij het beginstadium sluitend moet zijn en dat in de benodigde ontvangsten voor het dekken van de geraamde uitgaven moet worden voorzien.

De bijdragen die thans op de lonen worden geheven worden door het wetsvoorstel van het beginstadium af gesplitst en bepaalde gedeelten ervan worden aan elk van beide verzekeringstakken toegewezen.

Het deel dat bestemd is voor de uitkeringsverzekering, is zodanig berekend dat de opbrengst van deze bijdragen volstaat tot dekking van de uitgaven in verband met de betaling van uitkeringen gelijk aan 60 % van de in aanmerking genomen lonen.

Het Rijk draagt niet bij tot de uitkeringen voor primaire ongeschiktheid. Het zal de uitkeringen wegens voortdurende ongeschiktheid te zijnen lasten nemen naar rato van 50 % en de invaliditeitsuitkeringen en de uitkeringen voor begrafenis kosten naar rato van 95 %.

Het beheerscomité van de dienst der uitkeringen moet er bestendig voor waken dat de opgemaakte begrotingen sluiten : overeenkomstig de bepalingen van artikel 138 moet het comité voorzien in de ontvangsten tot dekking van een tekort of overeenstemmend met verhogingen van uitkeringen, waartoe het zou besluiten.

De ontvangsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging bestaan uit de bijdragen, welke de voornaamste inkomsten van de financiering vormen, de Rijkstegemoetkoming voor de werkloosheid, de Rijkstegemoetkoming ten bedrage van 27 pct. van de uitgavenramingen en een Rijkstegemoetkoming ten bedrage van 95 pct. van de uitgaven voor de sociale ziekten.

surance leur seront garanties à la condition qu'ils consentent à payer avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964 la cotisation d'assurance obligatoire qui devra être fixée en application de l'article 22. Les personnes qui refuseraient d'effectuer le paiement de cette cotisation ne devraient normalement être admises au bénéfice des interventions qu'à la date du 1^{er} janvier 1965.

4° Les déficits avec lesquels l'assurance maladie-invalidité a clôturé ses comptes ne peuvent être invoqués comme une preuve de ce que les budgets n'ont jamais été établis sincèrement; il faut se résoudre à admettre que les bilans n'ont jamais pu être équilibrés pour le seul motif que les ressources dont disposait l'assurance étaient manifestement insuffisantes.

Dans le nouveau régime les prévisions de dépenses devront être établies sur base des dépenses réelles connues. C'est dire l'importance que revêt l'établissement consciencieux des budgets puisque les comptes afférents à des années déterminées pour lesquelles ces budgets sont établis, serviront ultérieurement de base aux budgets relatifs à des années suivantes.

Le mode de financement prévu par le projet de loi aura comme résultat que l'accroissement des dépenses ne sera plus synonyme d'accroissement des déficits. En effet, si l'accroissement des dépenses est un phénomène normal, le projet de loi prévoit qu'au départ chaque budget doit être équilibré et que les recettes nécessaires pour couvrir les dépenses prévues doivent être créées.

Le projet de loi fractionne au départ les cotisations actuellement prélevées sur les salaires et en affecte des parts déterminées à chacun des deux secteurs d'assurance.

La partie réservée à l'assurance-indemnité a été calculée de telle façon que le produit de ces cotisations suffit à couvrir les dépenses résultant du paiement d'indemnités égales à 60 % des salaires précomptés.

L'Etat n'accordera aucune intervention pour les indemnités d'incapacité primaire. Il supportera à raison de 50 % les dépenses afférentes aux indemnités d'incapacité prolongée et à raison de 95 % celles afférentes au paiement des indemnités d'invalidité et de l'allocation pour frais funéraires.

Le comité de gestion du service des indemnités doit constamment veiller sur l'équilibre des budgets qu'il établit : il doit, conformément aux dispositions de l'article 138 prévoir les recettes destinées à combler un déficit ou correspondantes à des augmentations d'indemnités qu'il déciderait.

Les recettes de l'assurance-soins de santé sont constituées par les cotisations, qui sont ses moyens essentiels de financement, par le subside de l'Etat pour le chômage, par le subside de l'Etat égal à 27 % des dépenses prévisionnelles et d'un subside de l'Etat égal à 95 % des dépenses afférentes aux maladies sociales.

Blijven de geraamde ontvangsten beneden de geraamde uitgaven, dan moet het tekort gedekt worden door een verhoging van de bijdragen.

Juist omdat de begroting van het beginstadium af moet sluiten, is het mogelijk de verzekeringsinstellingen verantwoordelijk te stellen voor hun beheer. Deze verantwoordelijkheid heeft logischerwijze tot gevolg dat de verzekeringsinstelling die een dienstjaar met een tekort afsluit, dat tekort moet dekken door aanvullende bijdragen te innen en dat de verzekeringsinstelling die een dienstjaar met een boni afsluit, na het vormen van de reserves als bedoeld in artikel 126, het boni kan aanwenden voor het toekennen van bijkomende voordelen.

Men hoeft niet te vrezen dat de methode, volgens welke de begrotingen opgemaakt worden op grond van de werkelijke uitgaven, de sanering van de financiële toestand in de weg zal staan.

De verzekeringsinstelling die er een dergelijke redering mocht op nahouden, zou zich inderdaad onmiddellijk blootstellen aan het gevaar een dienstjaar met een tekort te moeten sluiten, wat haar zou verplichten aanvullende bijdragen te innen, hetgeen, voor iedere verzekeringsinstelling, in het kader van de pluralistische organisatie van de verzekering, een werkelijk gevaar is.

Bovendien worden de begrotingsramingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging niet voor iedere verzekeringsinstelling afzonderlijke opgemaakt, doch voor de verzekering in haar geheel, zodat het tekort dat één enkele verzekeringsinstelling door een onvoorzichtig beheer zou hebben doen ontstaan, niet aan deze verzekeringsinstelling alleen, doch aan alle verzekeringsinstellingen samen ten goede zou komen, vermits de begrotingsramingen van de volgende uitgaven met een gelijkwaardig bedrag moet worden verhoogd en de hogegrootheid van de ontvangsten waarin tot dekking van deze uitgaven moet worden voorzien, over alle verzekeringsinstellingen worden verdeeld.

Ten slotte zij gewezen op een andere gelukkige uitwerking van de in het wetsontwerp opgenomen financieringswijze : door de begroting te doen sluiten zal men ontkomen aan de thesauriemoeilijkheden die het gevolg zijn van de huidige financiële toestand en die een onaangename sfeer veroorzaken in de betrekkingen tussen de verzekering en de apothekers, de ziekenhuizen en, over het algemeen al wie de betaling volgens het stelsel van de derde betalende aanvaardt.

5° Het deel van de uitgaven van de beide verzekeringstakken dat met de verschillende Rijkstegemoetkomingen wordt gedekt, zal ca 35 pct. bedragen van het totaal der uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging van de uitkeringsverzekering.

6° Het percentage van de bijdragen op de lonen zal van jaar tot jaar kunnen verschillen, doch het zal hetzelfde jaar voor alle werknemers — afgezien van het onderscheid dat moet gemaakt worden tussen bedienden, werklieden en mijnwerkers — ongeacht de verzekeringsinstelling waarbij zij zijn aangesloten.

De bijdrage die van jaar tot jaar en van de ene verzekeringsinstelling tot de andere kan verschillen, is

Si les recettes prévisionnelles sont inférieures aux dépenses prévisionnelles, le découvert doit être comblé par une augmentation du montant des cotisations.

C'est parce que le budget doit être équilibré au départ qu'il est possible de donner aux organismes assureurs la responsabilité de leur gestion. Cette responsabilité entraîne comme conséquence logique que l'organisme assureur qui clôture un exercice en mali doit couvrir ce mali par la perception de cotisations complémentaires et que l'organisme assureur qui clôture un exercice en boni peut, après la constitution des réserves prévues à l'article 126, utiliser son boni pour accorder des avantages complémentaires.

Il n'y a pas lieu de craindre que la méthode selon laquelle les prévisions budgétaires seront établies sur base des dépenses réelles sera incompatible avec l'assainissement de la situation financière.

En effet l'organisme assureur qui tiendra pareil raisonnement s'exposera immédiatement au risque de clôturer un exercice avec un mali; ce qui l'obligerait à percevoir des cotisations complémentaires : ce qui constituerait pour tout organisme assureur un danger réel, dans le cadre de l'organisation pluraliste de l'assurance.

De plus les prévisions budgétaires de l'assurance-soins de santé ne s'établissent pas pour chaque organisme assureur séparément mais pour l'ensemble de l'assurance, tant et si bien que le mali qu'un seul organisme assureur aurait provoqué par une gestion imprudente ne profiterait pas à ce seul organisme assureur, mais à l'ensemble des organismes assureurs puisqu'il faudrait augmenter d'autant les prévisions budgétaires des dépenses suivantes et que le volume des recettes qui devront être prévues pour couvrir ces dépenses prévues seront réparties entre tous les organismes assureurs.

Signalons enfin qu'une autre conséquence heureuse du mode de financement prévu par le projet de loi est que par l'équilibre des budgets il écartera les difficultés de trésorerie qui sont la suite de la situation financière actuelle et qui crée un climat désagréable dans les rapports qu'entretient l'assurance avec les pharmaciens, les hôpitaux et en général tous ceux qui acceptent d'être payés selon le système du tiers-payant.

5° La partie des dépenses des deux secteurs d'assurance qui sera couverte par les différentes interventions de l'Etat s'élèvera environ à 35 % du total des dépenses de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnités.

6° Le taux des cotisations prélevées sur les salaires pourra différer d'année en année mais il sera identique pour tous les travailleurs — abstraction faite des distinctions à faire entre employés, ouvriers et mineurs — quel que soit l'organisme assureur auquel ils sont affiliés.

La cotisation qui peut différer d'année en année et d'organisme assureur à organisme assureur est la coti-

de aanvullende bijdrage welke de verzekeringsinstellingen van hun aangesloten moeten eisen met toepassing van de bepalingen van artikel 128, de dekking van de tekorten betreffende.

7° De vraag doet het probleem van de inwendige organisatie van de landsbonden rijzen.

Het ontwerp van wet beoogt alleen de betrekkingen tussen de verzekering, enerzijds, en de verzekeringsinstellingen, anderzijds. Het wil zich niet bemoeien met de inwendige organisatie van de landsbonden. Stelt een landsbond vast dat een van zijn verbonden of ziekenfondsen in strijd met de wettelijke bepalingen handelt, dan kan hij op eigen gezag alle maatregelen nemen die hij nodig acht.

8° Het gaat hier om twee aspecten die in werkelijkheid samenvallen.

Wanneer een tekort algemeen is, d.w.z. wanneer bij al de verzekeringsinstellingen een tekort wordt vastgesteld, dienen al deze instellingen de bepalingen van artikel 128 toe te passen : zij moeten aanvullende bijdragen innen om het tekort te dekken. Is het tekort te wijten aan een slecht beleid, dan dient hiermede nochtans in de eerstvolgende begrotingsraming rekening te worden gehouden. Ingeval slechts één landsbond een tekort boekt, moet deze alleen alle tekorten dekken door aanvullende bijdragen, aan zijn leden te vragen.

9° Op deze suggestie kan onmogelijk worden ingegaan.

Een verhoging of een vermindering van de bijdragen bestemd tot dekking van de uitgavenramingen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging is immers van toepassing op de lonen van alle werknemers, ongeacht de verzekeringsinstelling waarbij zij zijn aangesloten, en het is uiteraard onmogelijk het volume van de ontvangsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging herkomstig uit de bijdragen, te verminderen met een bedrag dat gelijk zou zijn aan het batig saldo van één enkele verzekeringsinstelling, aangezien dit volume van ontvangsten over alle verzekeringsinstellingen moet worden verdeeld.

10° De Minister betuigt zijn instemming met deze zienswijze.

Hij vestigt er nochtans de aandacht op dat een overschatting van de begrotingsramingen inzake uitgaven met het uitsluitend doel van een grotere Rijks-tegemoetkoming te krijgen, als gevolg zou hebben dat de op de lonen te heffen bijdrage moet worden verhoogd, alvorens die verhoogde tegemoetkoming wordt uitgekeerd.

11° Op de begroting komen ontvangstenramingen voor.

Het totaal van de geraamde ontvangsten « bijdragen » en « tegemoetkoming-werkloosheid » moet overeenstemmen met het bedrag van de gemiddelde dagelijkse bijdragen, vermenigvuldigd met het aantal werknemers; dit bedrag moet op zijn beurt vermenigvuldigd worden met het totaal aantal werkdagen in de loop van een jaar.

sation complémentaire que les organismes assureurs sont tenus de réclamer à leurs affiliés en application des dispositions de l'article 128 qui visent la couverture des malis.

7° La question pose le problème de l'organisation interne des unions nationales.

Le projet de loi ne vise que les rapports entre l'assurance d'une part et les organismes assureurs d'autre part. Il ne prétend pas s'immiscer dans l'organisation interne des unions nationales. Lorsqu'une union nationale constate qu'une de ses fédérations ou mutualités agit en opposition avec les dispositions légales, elle est habilitée à prendre d'autorité toute mesure quelle juge nécessaire.

8° Il s'agit ici de deux aspects qui sont en réalité identiques.

Lorsqu'un déficit est général, c'est-à-dire est constaté auprès de tous les organismes assureurs, les dispositions de l'article 128 doivent être appliquées par tous ces organismes assureurs : ils devront prélever des cotisations complémentaires pour résorber les malis. Cela n'empêche que, si le déficit est le résultat d'une mauvaise gestion, il faudra en tenir compte dans le budget prévisionnel suivant. Au cas où une seule union nationale est en déficit, cette seule union nationale doit couvrir tout mali au moyen de cotisations complémentaires à percevoir de ses affiliés.

9° Il serait impossible de réaliser cette suggestion.

En effet, l'augmentation ou la diminution du montant des cotisations destinées à couvrir les dépenses prévisionnelles de l'assurance-soins de santé s'applique sur les salaires de tous les travailleurs quel que soit l'organisme assureur auquel ils sont affiliés et il est évidemment impossible de réduire le volume des ressources de l'assurance-soins de santé provenant des cotisations, d'un montant égal au boni réalisé par un seul organisme assureur puisque ce volume de ressources doit être réparti entre tous les organismes assureurs.

10° Le Ministre marque son accord sur cette manière de voir.

Il attire toutefois l'attention sur le fait que la surestimation des prévisions budgétaires des dépenses dans le seul but d'obtenir une plus grande subvention de l'Etat entraînerait comme conséquence préalable au paiement de cette plus grande subvention, l'obligation de relever le taux des cotisations à prélever sur les salaires.

11° Au budget seront inscrites des prévisions de recettes.

Le total des prévisions de recettes « cotisations » et « subside chômage » doit correspondre au produit de la cotisation journalière moyenne, multiplié par le nombre de travailleurs, ce produit devant à son tour être multiplié par le nombre total de jours ouvrables au cours d'une année.

De Rijkstegemoetkoming voor de werkloosheid hangt af van het werkelijk aantal vastgestelde werkloosheidsdagen. Dat dit aantal hoger is dan voorzien, kan geen weerslag hebben op de geraamde ontvangsten, noch op de werkelijke ontvangsten, vermits het aantal werkelijke arbeidsdagen in dit geval lager zal geweest zijn dan het voorziene aantal; de lagere ontvangsten « bijdragen » zal evenwel een tegengewicht vinden in een meeropbrengst van de ontvangsten « toelage werkloosheid ».

12° De ontvangsten bestemd voor de verzekering voor geneeskundige verzorging zullen inderdaad zo worden verdeeld.

13° Er zal rekening worden gehouden met het bedrag van de uitgaven voor de drie laatste bekende dienstjaren om daaruit de stijgende curve van de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging op te maken.

14° Jawel, het percentage blijft vastgesteld op 27 pct. Maar het bedrag van de Rijkstegemoetkoming zal vanzelfsprekend de schommelingen volgen van het bedrag der uitgaven geraamd van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

15° Uit het feit dat iedere begroting noodzakelijkerwijze van het beginstadium af moet sluiten, volgt dat de bijdragen moeten worden verhoogd telkens wanneer de geraamde uitgaven niet gedekt zijn door de totale ontvangsten herkomstig van de bijdragen, de toelage voor werkloosheid en de toelage gelijk aan 27 pct. van de uitgavenramingen.

Deze methode brengt mede dat de bijdragen verhoogd worden wanneer nieuwe voordelen worden toegekend.

Het ontwerp van wet wijkt nochtans enigszins van dit beginsel af, wanneer het erom gaat een tekort te dekken dat het gevolg is van een ernstige epidemie, van uitzonderlijke aard.

16° Jawel.

17° Het is zeker dat het aantal gevallen die thans ten laste van dit fonds komen, zal afnemen.

18° In het verleden was het zeer goed mogelijk uitgavenramingen op te maken; dit werd evenwel niet gedaan om de goede reden dat deze ramingen hoegenaamd tot niets dienden, aangezien de Staat het tekort stelselmatig aanvulde.

Voortaan zullen de uitgavenramingen opgemaakt worden op grond van de uitgaven vastgesteld in de loop van de drie laatste bekende dienstjaren en met inachtneming eensdeels van de coëfficiënt van jaarlijkse verhoging die daaruit wordt afgeleid, anderdeels, van de weerslag welke de nieuwe door de bevoegde instanties uitgevaardigde bestuursrechtelijke bepalingen op het volume van de uitkeringen (bijvoorbeeld verhoging van de terugbetalingen, verruiming van de lijst der rechthebbenden, enz.) kunnen uitoefenen.

De Commissie heeft vervolgens de wens uitgesproken een mededeling te horen van Minister van Volksgezondheid en van het Gezin, over het toekomstig statuut van de ziekenhuizen, en dit in verband met de bepalingen van deze wet.

Le subside que l'Etat paye pour le chômage est fonction du nombre réel de jours de chômage constatés. Si ce nombre est plus élevé que le nombre prévu, cela ne peut avoir aucune influence sur la prévision « recettes » ni sur les recettes réelles puisque le nombre de jours de travail effectif aura été, dans ce cas, inférieur au nombre prévu; mais la recette « cotisations » moindre sera compensée par une recette « subside chômage » plus élevée.

12° C'est en effet ainsi que seront réparties les recettes destinées à l'assurance-soins de santé.

13° Il sera tenu compte du montant des dépenses des trois derniers exercices connus pour en dégager l'importance de la courbe ascendante que présentent les dépenses de l'assurance-soins de santé.

14° Oui, il reste fixé à 27 %. Mais le montant de l'intervention de l'Etat suivra évidemment les fluctuations du montant des dépenses prévisionnelles de l'assurance-soins de santé.

15° Puisque chaque budget doit nécessairement être équilibré au départ, il s'en suit que le montant des cotisations devra être augmenté chaque fois que le montant des dépenses prévisionnelles n'est pas couvert par le total des recettes provenant des cotisations, du subside accordé pour le chômage et du subside égal à 27 % des dépenses prévues.

Cette méthode implique l'augmentation des cotisations lorsque des avantages nouveaux seront accordés.

Le projet de loi déroge cependant d'une certaine façon à ce principe lorsqu'il s'agit de couvrir un déficit résultant d'une épidémie grave, de caractère exceptionnel.

16° Oui.

17° Il est certain que le nombre de cas qui sont actuellement à charge dudit Fonds, diminuera.

18° Il était parfaitement possible d'établir, dans le passé, les prévisions de dépenses; mais on ne le faisait pas pour la bonne raison que ces prévisions ne servaient strictement à rien, l'Etat intervenant systématiquement pour combler le déficit.

Pour l'avenir les prévisions de dépenses seront établies en partant des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices connus et en tenant compte, d'une part, du coëfficiënt de majoration annuelle qui s'en dégage, d'autre part, de l'influence que peuvent avoir les nouvelles dispositions réglementaires décidées par les instances compétentes sur le volume des prestations (p. ex. augmentation du montant du remboursement, extension de la liste des bénéficiaires, etc.).

La Commission a ensuite exprimé le désir d'entendre le Ministre de la Santé et de la Famille, faire une communication relative aux futurs statuts hospitaliers et cela en rapport avec les dispositions prévues dans la présente loi.

Verklaring van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin.

Na de algemene bespreking heeft de Minister van Volksgezondheid voor uw Commissie de onderstaande uiteenzetting gehouden in verband met de inrichting van het ontwerp van wet op de ziekenhuizen.

Dit ontwerp moet het mogelijk maken tegelijkertijd tegemoet te komen aan de zorgen van de Minister van Binnenlandse Zaken (sanering van de gemeentelijke financiën), van de Minister van Sociale Voorzorg (hervorming van de Z.I.V.) en van de Minister van Volksgezondheid (organisatie van de ziekenhuizen).

Het ontwerp werd in Kabinetsraad onderzocht, maar sommige opties dienen nog te worden genomen wat betreft de financiële aspecten ervan.

1° In de optiek van de volksgezondheid moet eenzelfde oplossing worden toegepast voor de privé-sector en voor de overheidssector. De ziekenhuizen van beide sectoren hebben, uit het oogpunt van de volksgezondheid, dezelfde rol. Alleen de academische ziekenhuizen vormen een categorie apart, omdat zij ook een taak te vervullen hebben van wetenschappelijke vorming en onderzoek.

Het ontwerp heeft alleen betrekking op de verzorgingsinstellingen en handelt niet over de huisvestingsinstellingen noch over de medisch-pedagogische instellingen; het is evenmin toepasselijk op de gesloten psychiatrische inrichtingen, wegens de bijzondere aard van de verzorging die er wordt verstrekt.

2° Het ontwerp voorziet allereerst in verschillende reglementaire maatregelen :

a) Het legt aan de verzorgingsinstellingen minimumnormen op zowel wat betreft de technische installatie als inzake personeel. Dergelijke normen gelden in feite thans reeds bij de erkenning die vereist wordt door de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voortaan zullen deze normen worden vastgesteld op grond van gezondheids-eisen, en wanneer wordt vastgesteld dat zij worden nageleefd zal het Ministerie van Volksgezondheid en het Gezin machtiging verlenen, zoals trouwens wordt bepaald in het ontwerp van wet van de Minister van Sociale Voorzorg dat voor de Commissie wordt besproken.

b) Krachtens het ontwerp is bovendien iedere verzorgingsinstelling gehouden tot een afzonderlijk beheer en een afzonderlijke boekhouding. Deze verplichting bestaat reeds voor de ziekenhuizen die beheerd worden door de commissies van openbare onderstand, op grond van een bepaling van de wet voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel en krachtens een koninklijk besluit dat de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin in 1961 heeft genomen.

Dit koninklijk besluit legt aan de C.O.O. de verplichting op een Beheerscomité in te stellen voor iedere verzorgingsinrichting en voorziet in het bijhouden van een boekhoudkundig plan dat voor geheel het land eenvormig is en dat o.m. een betrouwbare vergelijking van de verschillende bestanddelen van de prijs per dag verpleging mogelijk moet maken.

Wanneer die verplichting met toepassing van de nieuwe wet zal worden uitgebreid tot de ziekenhuizen van de privésector, kan het Bestuur van het Ministerie van Volksgezondheid de bestanddelen van de prijs per

Déclaration du Ministre de la Santé publique et de la Famille.

A la suite de la discussion générale, votre commission a entendu l'exposé suivant du Ministre de la Santé publique au sujet de l'économie du projet de loi hospitalière.

Ce projet doit permettre de trouver en même temps une solution aux préoccupations du Ministre de l'Intérieur (assainissement des finances communales), du Ministre de la Prévoyance Sociale (réforme de l'A.M.I.) et du Ministre de la Santé publique (organisation des hôpitaux).

Il a été examiné en Conseil de Cabinet, mais certaines options doivent encore être prises quant à ses aspects financiers.

1° Dans l'optique de la santé publique, une solution identique doit être adoptée pour le secteur privé et pour le secteur public. Le rôle des hôpitaux de ces deux secteurs est le même au point de vue de la santé publique. Seuls les hôpitaux universitaires constituent une catégorie spéciale, parce qu'ils assument en outre une tâche de formation et de recherche scientifiques.

Le projet ne concerne que les établissements de soins et ne vise pas les établissements d'hébergement ni les établissements médico-pédagogiques; il n'est pas applicable non plus aux établissements psychiatriques fermés, en raison du caractère spécial des soins qui y sont prodigués.

2° Le projet prévoit tout d'abord diverses mesures réglementaires :

a) Il impose aux établissements de soins des normes minima tant pour ce qui concerne les installations techniques que le personnel. Pratiquement, de telles normes existent déjà actuellement en fonction de l'agrégation requise par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité. Dorénavant, ces normes seront fixées sur la base d'impératifs sanitaires et la constatation de leur respect donnera lieu à une agrégation de la part du Ministère de la Santé publique et de la Famille, ainsi que le prévoit d'ailleurs le projet de loi du Ministre de la Prévoyance sociale, actuellement en discussion devant la Commission.

b) Le projet imposera en outre à tout établissement de soins une gestion distincte et une comptabilité distincte. Cette obligation existe déjà pour les hôpitaux gérés par les commissions d'assistance publique, sur la base d'une disposition de la loi d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier et d'un arrêté royal pris en 1961 par le Ministre de la Santé publique et de la Famille.

Cet arrêté royal impose aux C.A.P. la constitution d'un Comité de gestion pour chaque établissement de soins et la tenue d'un plan comptable uniforme pour tout le pays, ce plan devant, entre autres, permettre une comparaison valable des différents éléments constitutifs du prix de la journée d'entretien.

Lorsqu'en application de la nouvelle loi, cette obligation sera étendue aux hôpitaux du secteur privé, l'Administration du Ministère de la Santé publique pourra déterminer les éléments du prix de la journée

dag verpleging bepalen aan de hand objectievere, algemenere en vollediger gegevens.

c) In verband met de prijs per dag verpleging bevat het ontwerp van wet op de Z.I.V. het begrip « normale prijs » die door de Minister van Volksgezondheid wordt vastgesteld. In de Memorie van Toelichting wordt gezegd dat deze prijs geheel gedekt wordt voor alle sociaal verzekerde zieken die worden opgenomen in een gemeenschappelijke kamer of zelfs in een eenpersoonskamer wanneer dit om medische redenen noodzakelijk is.

Het ontwerp van wet op de ziekenhuizen voorziet in de vaststelling van de normale prijs per categorie van ziekenhuisdiensten, d.w.z. per categorie van erkende diensten, zoals dit thans reeds geschiedt. Deze techniek lijkt namelijk praktischer dan het vaststellen van een prijs per categorie van inrichtingen.

De normale prijs moet alle kosten dekken, met uitsluiting van de honoraria van de geneesheren en van het paramedisch personeel, met uitsluiting ook van de kosten van de geneesmiddelen die op voorschrift van de geneesheer worden toegediend. De normale prijs zal een maximumprijs zijn voor de opname in een gemeenschappelijke kamer; de dagprijs voor een privé-kamer zal vrij blijven.

De normale prijs wordt gekoppeld aan het indexcijfer en de inrichtingen moeten hun prijzen aanplakken.

De inrichtingen die op grond van speciale en uitzonderlijke redenen kunnen aantonen dat de vastgestelde normale prijs niet hoog genoeg is om hun werkelijke kostprijs te dekken, zullen een afwijking kunnen verkrijgen na onderzoek over hun beheer en hun boekhouding en op advies van de Raad van de ziekenhuizen.

d) De afschrijvingen in de berekening van de normale prijs zijn gebonden aan de regeling inzake toelagen voor de bouw en de uitrusting van ziekenhuizen. Die toelagen verschillen thans naargelang het gaat om de overheidssector (60 %) of om de particuliere sector (maximum 15 %).

e) Het ontwerp van wet op de ziekenhuizen stelt een adviserend lichaam in, dat « Raad van de Ziekenhuizen » wordt genoemd. Deze Raad zal bestaan uit een algemene afdeling en uit een bijzondere afdeling voor de academische ziekenhuizen.

3° Financieel aspect.

In de definitieve regeling zal de Staat een toelage per verpleging toekennen, evenredig aan de vastgestelde normale prijs, terwijl het overige gedeelte van die prijs voor rekening komt ofwel van de verzekeringsinstellingen in het kader van de Z.I.V., ofwel van de C.O.O. voor de behoeftigen, ofwel van het Bijzonder Onderstandsfonds wanneer dit Fonds een bijdrage verleent.

Bovendien wordt een aanvullende vaste toelage betaald per dag verpleging in een academisch ziekenhuis.

Er wordt een overgangsregeling getroffen voor de jaren 1961 en 1965, tijdens welke de Staatstoelage niet evenredig zal zijn aan de normale prijs, maar wel

d'entretien sur des bases plus objectives, plus générales et plus complètes.

c) A propos du prix de la journée d'entretien, le projet de loi sur l'A.M.I. comporte la notion du prix normal fixé par le Ministre de la Santé publique. L'exposé des motifs fait état de la couverture intégrale de ce prix en faveur de tous les malades assurés sociaux hospitalisés en chambre commune ou même en chambre particulière lorsque ceci s'impose pour des raisons médicales.

Le projet de loi hospitalière prévoit la fixation du prix normal par catégorie de services hospitaliers, c'est-à-dire par catégorie de services agréés, comme cela se fait déjà actuellement; une telle technique se révèle en effet plus pratique que la fixation d'un prix par catégorie d'établissements.

Le prix normal doit couvrir tous les frais, à l'exclusion des honoraires médicaux et paramédicaux ainsi que du coût des médicaments administrés sur prescription médicale. Il constituera un prix maximum pour le séjour en chambre commune; le prix de la journée en chambre privée restera libre.

Le prix normal sera lié à l'index et les établissements devront afficher leurs prix.

Les établissements qui, pour des raisons particulières et exceptionnelles, pourraient justifier que le prix normal fixé ne suffit pas à couvrir leur prix de revient réel, pourront obtenir une dérogation après enquête sur leur gestion et leur comptabilité, et sur avis du Conseil des Hôpitaux.

d) Le problème de l'introduction des amortissements dans le calcul du prix normal est lié à celui du système de subvention pour la construction et l'équipement des hôpitaux qui, actuellement, diffère suivant qu'il s'agit du secteur public (60 %) ou du secteur privé (maximum 15 %).

e) Le projet de loi hospitalière institue un organisme consultatif appelé Conseil des Hôpitaux, qui comprendra une section générale et une section particulière pour les hôpitaux universitaires.

3° Aspect financier.

Dans le régime définitif, l'Etat accordera un subside par journée d'entretien, proportionnel au prix normal fixé, la partie restante de ce prix étant prise en charge soit par les organismes assureurs, dans le cadre de l'A.M.I., soit par les C.A.P. pour les indigents, soit par le Fonds Spécial d'Assistance lorsque ce Fonds intervient.

En outre, un subside forfaitaire complémentaire est attribué par journée d'entretien dans un hôpital universitaire.

Un régime transitoire est prévu pour les années 1964 et 1965, pendant lesquelles le subside de l'Etat ne sera pas proportionnel au prix normal, mais forfaitaire.

vast bepaald zal zijn. Het ontwerp van wet zal aldus tegelijkertijd met de wet op de Z.I.V. in werking kunnen treden en de financiële moeilijkheden van de verplegingsinrichtingen voorlopig oplossen totdat de definitieve oplossing per 1 januari 1966 wordt toegepast.

4° Toezicht en sancties.

Het ontwerp voert administratieve sancties in die kunnen gaan tot het sluiten van inrichtingen, ingeval zij de bepaalde normen niet mocht nemen. Het voorziet ook in strafsancties voor de overtreding van de dwingende bepalingen van het ontwerp.

De grootte van de tegemoetkomingen in de definitieve regeling zowel als in de overgangsregeling werd nog niet vastgesteld en op een vergadering van de kabinetschefs van de verschillende betrokken departementen zal een oplossing worden uitgestippeld die aan de Ministerraad zal worden voorgelegd. De laatstgenoemde zal zich dan definitief kunnen uitspreken om het te kunnen indienen bij het Parlement, en wel vermoedelijk bij de Senaat, alvorens de wet op de Z.I.V. wordt goedgekeurd. Aldus zou de Commissie het ontwerp vóór de hervatting van de parlementaire werkzaamheden kunnen onderzoeken en kunnen beide Kamers het vóór januari 1964 goedkeuren.

**

Na het betoog van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin stelden de commissieleden volgende vragen, waarop de Minister, rekening houdend met de stand van de voorbereiding van het ontwerp van wet op het ogenblik van de bespreking, de hiernavolgende inlichtingen verstrekke.

1^{ste} VRAAG :

De prijs per dag dekt allerlei kosten, behoudens de honoraria van de dokter en de voorgeschreven geneesmiddelen. Maar in deze prijs is niets berekend voor de afschrijving van de gelden die belegd zijn in de gebouwen en de uitrusting. Dergelijk stelsel is onaanvaardbaar vooral voor de private instellingen. Voor deze instellingen is immers slechts een subsidie van 15 % voorzien voor bouw- en herstellingswerken (60 % voor de openbare ziekenhuizen). Deze werken kunnen slechts bekostigd worden indien de prijs per dag een boni zou overlaten.

ANTWOORD :

Dit probleem moet niet noodzakelijk bij deze wet geregeld worden. Aangezien de Minister van Financiën het stelsel van de afschrijving verwerpt, zal het probleem waarschijnlijk moeten geregeld worden langs de weg der subsidiëring. Trouwens in de overeenkomsten betreffende de honoraria van de geneesheren wordt rekening gehouden met de afschrijving van de uitrustingskosten. Dit is een zaak die tussen de instelling en de dokters moet geregeld worden.

2° VRAAG :

Wat wordt verstaan onder gemeenschappelijke zaal ?

ANTWOORD :

Een zaal met minstens twee bedden.

taire. Le projet de loi pourrait ainsi entrer en vigueur en même temps que la loi sur l'A.M.I. et apporter aux difficultés financières que rencontrent les établissements hospitaliers, une solution provisoire, en attendant l'entrée en vigueur de la solution définitive au 1^{er} janvier 1966.

4° Contrôle et sanctions.

Le projet prévoit des sanctions administratives pouvant aller jusqu'à la fermeture des établissements en cas de non respect des normes établies. Il prévoit aussi des sanctions pénales pour les infractions aux dispositions impératives du projet.

La hauteur des interventions tant en régime définitif qu'en régime transitoire n'a pas encore été établie et une réunion des Chefs de Cabinet des divers départements intéressés esquissera une solution qui sera présentée au Conseil des Ministres, lequel pourra alors se prononcer définitivement afin que le projet puisse être déposé au Parlement, probablement au Sénat, avant le vote de la loi sur l'A.M.I. Ceci permettrait un examen en Commission avant la rentrée parlementaire et le vote dans le deux Chambres avant le 1^{er} janvier 1964.

**

A la suite de l'exposé du Ministre de la Santé Publique et de la Famille, les questions suivantes ont été posées par les commissaires. Eu égard à l'état de préparation dans lequel son projet de loi se trouve au moment de cette discussion, le Ministre a fourni les renseignements supplémentaires suivants.

1^{re} QUESTION :

Le prix de la journée d'entretien couvre des frais divers, sauf les honoraires du médecin et les médicaments prescrits. Mais ce prix ne comprend rien pour l'amortissement des sommes investies dans les bâtiments et dans l'équipement. Pareil système est inacceptable, surtout pour les établissements privés. En effet, pour ces derniers, il n'est prévu qu'un subside de 15 % pour les travaux de construction et de réparation (60 % pour les hôpitaux publics). Ces travaux ne pourront être payés que si le prix de la journée d'entretien laisse un boni.

REPONSE :

Ce problème ne doit pas nécessairement être réglé par la présente loi. Puisque le Ministre des Finances repousse le système de l'amortissement, il devra sans doute être résolu par la voie des subventions. D'ailleurs, dans les conventions relatives aux honoraires des médecins, il est tenu compte de l'amortissement des frais d'équipement. C'est là une question à régler entre l'établissement et les médecins.

2° QUESTION :

Qu'entend-on par chambre commune ?

REPONSE :

Une chambre où il y a au moins deux lits.

3° VRAAG :

De Minister van Volksgezondheid en van het Gezin heeft, in zijn uiteenzetting, verwezen naar de conventies. Blijkens artikel 11 van het ontwerp betreffende de verzekering tegen ziekte en invaliditeit zetelen geen vertegenwoordigers van de verpleeginstellingen in het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging. Hoe kunnen dan behoorlijke conventies worden afgesloten ?

ANTWOORD :

(verstrekt door de Minister van Sociale Voorzorg)

Er bestaan geen eigenlijke beroepsorganisaties van de verpleeginrichtingen; wel bestaan er verbonden van die inrichtingen en het zijn die verbonden waarop een beroep zal gedaan worden. Dat was tot nu toe reeds het geval en de verlenging van de bestaande conventies is trouwens voorzien bij § 4 van artikel 152.

4° VRAAG :

De Minister van Volksgezondheid zal de prijs per dag vaststellen. Is die prijs verplicht en ten aanzien van wie ?

ANTWOORD :

De vastgestelde prijs geldt voor iedereen : voor de verzekerden, voor de behoeftigen die de steun van de C.O.O. genieten en voor diegenen die door het Speciaal Fonds worden gesteund.

5° VRAAG :

Voor wie geldt die prijs *niet* ?

ANTWOORD :

Voor zieken die, zo hun behandeling dit niet vergt, in een afzonderlijke kamer wensen verpleegd te worden.

6° VRAAG :

Wordt de volledige kostprijs voor de sociaal verzekerden gedekt door de tussenkomst van de Staat en van de verzekering ?

ANTWOORD :

Ja. Er is geen bijslag.

7° VRAAG :

Wat kan dan nog bij overeenkomst geregeld worden ? Kan bij die conventie een lagere prijs bedongen worden ? De vergoeding wordt slechts toegekend ingeval de verpleeginrichting een conventie heeft afgesloten. Hoe kan een inrichting, die geen conventie afsluit, blijven bestaan ? Welk is het statuut van een inrichting die geen conventie afsluit ? Welk is het lot van de verzekerde die verpleegd wordt in een inrichting die geen conventie heeft afgesloten ?

3° QUESTION :

Dans son exposé, le Ministre de la Santé publique et de la Famille a fait allusion aux conventions. D'après l'article 11 du projet relatif à l'assurance maladie-invalidité, aucun représentant des établissements hospitaliers ne siège au comité de gestion du Service des soins de santé. Comment, dans ces conditions, pourrait-on conclure des conventions sérieuses ?

REPONSE :

(faite par le Ministre de la Prévoyance sociale) :

A vrai dire, il n'existe pas d'organisations professionnelles des établissements hospitaliers; cependant, il existe des fédérations de ces établissements et c'est à elles qu'il sera fait appel. C'était déjà le cas jusqu'ici et la prorogation des conventions existantes est d'ailleurs prévue par le § 4 de l'article 152.

4° QUESTION :

Le Ministre de la Santé publique fixera le prix de la journée d'entretien. Ce prix est-il obligatoire et à l'égard de qui ?

REPONSE :

Le prix imposé est applicable à tous : aux assurés, aux indigents qui bénéficient du soutien des commissions d'assistance publique et à ceux qui sont aidés par le Fonds spécial.

5° QUESTION :

Pour qui ce prix n'est-il *pas* applicable ?

REPONSE :

Pour les malades qui désirent être soignés dans une chambre particulière alors que leur traitement ne l'exige pas.

6° QUESTION :

Le prix de revient complet est-il couvert pour les assurés sociaux par l'intervention de l'Etat et de l'assurance ?

REPONSE :

Oui. Il n'y a pas de supplément.

QUESTION :

Dès lors, que reste-t-il à régler par voie de convention ? Celle-ci pourrait-elle prévoir un prix moins élevé ? L'indemnité n'est allouée que lorsque l'établissement hospitalier a conclu une convention. Comment un établissement qui n'en conclut aucune peut-il subsister ? Quel est le statut de pareil établissement ? Quel est le sort de l'assuré dans un établissement qui n'a pas conclu de convention ?

ANTWOORD :

Bij overeenkomst kan een lagere prijs bedongen worden indien de vastgestelde prijs als een maximum-prijs zou worden beschouwd. De toelage van de Staat wordt alleen toegekend aan verpleeginrichtingen die een conventie hebben afgesloten. Dit is trouwens het geval voor 95 % van de inrichtingen.

De Minister van Sociale voorzorg voegt aan dit antwoord toe dat de verzekering een vast bedrag van $\pm$ 200 frank zal betalen. De rest wordt betaald ten laste van het Ministerie van Volksgezondheid. Indien een verzekerde verpleegd wordt in een inrichting die geen conventie heeft afgesloten, zal hij recht hebben op een vergoeding van 113 of 125 frank, zoals thans reeds het geval is.

8° VRAAG :

Welk belang hebben de inrichtingen er bij een conventie af te sluiten ?

ANTWOORD :

(verstrekt door de Minister van Sociale Voorzorg)

Te vermijden dat aan hun patiënten door de verzekering slechts 125 frank zou worden terugbetaald. De Minister van Volksgezondheid en van het Gezin voegt er aan toe dat de instellingen die geen overeenkomst afsluiten, geen recht zullen hebben op een toelage van het Ministerie van Volksgezondheid.

9° VRAAG :

De Minister verklaart dat de tussenkomst van Volksgezondheid en van de Mutualiteit percentsgewijs berekend worden. De Minister van Sociale Voorzorg heeft ons gesproken over forfaitaire tussenkomsten. Is hier geen tegenspraak ?

ANTWOORD :

(verstrekt door de Minister van Sociale voorzorg)

Het forfaitair stelsel geldt dadelijk voor de overgangperiode. Voor de definitieve regeling is er niet noodzakelijkerwijze tegenspraak tussen een forfaitair en een percentsgewijze vastgestelde tegemoetkoming.

10° VRAAG :

Waarom twee stelsels ? Een forfaitair en één op percentage ?

ANTWOORD :

Het stelsel op percentage is het eenvoudigste. De prijs per dag wordt vastgesteld per dienst. Er zullen dus verschillende bedragen zijn.

11° VRAAG :

Zal het ontwerp op de ziekenhuizen vóór 1 januari 1964 wet geworden zijn ?

REPONSE :

Un prix moins élevé peut être prévu par convention si le prix établi est considéré comme un prix maximum. La subvention de l'Etat n'est allouée qu'aux établissements hospitaliers qui ont conclu une convention. Tel est d'ailleurs le cas de 95 % des établissements.

Le Ministre de la Prévoyance sociale ajoute à cette réponse que l'assurance paiera un montant déterminé de $\pm$ 200 francs. Le reste est pris en charge par le Ministère de la Santé publique. L'assuré soigné dans un établissement qui n'a pas conclu de convention aura droit à une indemnité de 113 ou de 125 francs, comme c'est déjà le cas actuellement.

8° QUESTION :

Quel intérêt les établissements ont-ils à conclure une convention ?

REPONSE :

(faite par le Ministre de la Prévoyance sociale) :

Celui d'éviter à leurs patients de ne se voir rembourser que 125 francs par l'assurance. Le Ministre de la Santé publique et de la Famille ajoute que les établissements non conventionnés n'auront droit à aucune subvention du Ministère de la Santé publique.

9° QUESTION :

Le Ministre déclare que les interventions de la Santé publique et de la Mutualité sont calculées en pourcentages. Or, le Ministre de la Prévoyance sociale nous a parlé d'intervention forfaitaire. N'y a-t-il pas contradiction entre ces deux déclarations ?

REPONSE :

(faite par le Ministre de la Prévoyance sociale) :

Le régime forfaitaire est immédiatement applicable, dès la période transitoire. Pour le régime définitif, il n'y aura pas nécessairement contradiction entre une intervention forfaitaire et une intervention calculée en pourcentage.

10° QUESTION :

Pourquoi deux systèmes ? Un système forfaitaire et un système basée sur le pourcentage ?

REPONSE :

Le système basé sur le pourcentage est le plus simple. Le prix de la journée d'entretien se calcule par service. Il y aura donc des montants différents.

11° QUESTION :

Le projet de loi sur les hôpitaux aura-t-il acquis force de loi avant le 1^{er} janvier 1964 ?

ANTWOORD :

Ja. Indien beide ontwerpen niet terzelfdertijd in voege treden, zullen wij met grote moeilijkheden af te rekenen hebben.

12° VRAAG :

Voor de conventies met de geneesheren zijn er drie stadia voorzien : een nationale conventie, gewestelijke en individuele conventies. Voor de verplegingsinrichtingen is er slechts één stadium.

De bestaande conventie zal verlengd worden. Is dat voldoende ? Zou het niet nuttig zijn ook gewestelijke conventies te voorzien, bv. betreffende toekomstige zaken ?

ANTWOORD :

Een commissaris doet ingevolge deze vraag opmerken dat er thans ook slechts één nationale conventie is en dat voor het overige de mutualiteiten op gewestelijk vlak afspreken over andere problemen. Dit heeft tot nu toe geen moeilijkheden opgeleverd.

13° VRRAG :

Sedert 1961 bestaat, in de schoot van de C.O.O., een bijzonder comité voor het beheer van de verpleeginrichtingen. Welke zal, wanneer het ontwerp wet zal zijn geworden, de positie zijn van het bestuur van de C.O.O. ? Welke de positie van het bijzonder comité ? Zal het nog ondergeschikt zijn ? Wie zal het voorwerp zijn van eventuele sancties ?

ANTWOORD :

Dit probleem valt volledig buiten de draagwijdte van het ontwerp. Het koninklijk besluit van 1961 blijft van kracht. Alleen wordt beoogd dat afzonderlijk zou worden boek gehouden inzake beheer en financiering. Er werd gevraagd dat de Voorzitter van de C.O.O. ook zou zetelen in het bijzonder Comité. Dit is toegestaan.

De strafrechtelijke sancties gelden de artikelen betreffende de normen der verpleeginrichtingen. Zij beogen diegenen die de verpleeginrichtingen besturen.

14° VRRAG :

Indien geen afschrijving wordt toegestaan maakt men de private verpleeginrichtingen het leven onmogelijk. De prijs per dag moet toegekend worden aan de publieke en de private verpleeginrichtingen. Aan de private verpleeginrichtingen die een conventie afsluiten moeten bijkomende toelagen gegeven worden voor de afschrijving van de uitrusting. De toelagen van bouw- en uitrusting van de private inrichtingen bedragen 15 %. 85 % moet dus met eigen middelen worden opgebracht. Indien een verzekeringsorganisme een boni maakt, moet dit besteed worden aan bijkomende voordelen. In de prijs per dag is niets voorzien voor de afschrijving. Deze prijs is trouwens van hogerhand

REPONSE :

Oui. Si les deux projets n'entrent pas simultanément en vigueur, nous irons au-devant de graves difficultés.

12° QUESTION :

Pour les conventions avec les médecins, trois phases sont prévues : une convention nationale ainsi que des conventions régionales et individuelles. Pour les établissements hospitaliers, il n'y a qu'une seule phase.

La convention en vigueur sera prorogée. Est-ce suffisant ? Ne serait-il pas utile de prévoir également des conventions régionales, par exemple pour des choses accessoires ?

REPONSE :

A propos de cette question, un commissaire fait observer qu'actuellement déjà, il n'y a qu'une convention nationale et que, pour le surplus, les mutualités nouent entre elles des ententes régionales sur d'autres problèmes. Jusqu'ici, ce système n'a pas entraîné la moindre difficulté.

13° QUESTION :

Depuis 1961, il existe, au sein des C.A.P., un comité spécial pour la gestion des établissements hospitaliers. Lorsque le projet sera entré en vigueur, quelle sera la position de la direction des C.A.P. ? Et celle du comité spécial ? Sera-t-il encore dans une position de subordination ? Qui sera l'objet de sanctions éventuelles ?

REPONSE :

Ce problème dépasse entièrement le cadre du projet. L'arrêté royal de 1961 reste en vigueur. Le seul but visé est de séparer la comptabilité de la gestion et celle du financement. Les C.A.P. ont demandé que leur Président siège également au Comité spécial. Ce qui a été accordé.

Les sanctions pénales concernant les articles relatifs aux normes auxquelles les établissements hospitaliers doivent se conformer. Elles visent ceux qui gèrent ces établissements.

14° QUESTION :

Si l'inclusion de l'amortissement n'est pas accordée, on rendra la vie impossible aux hôpitaux privés. Le prix de la journée d'entretien doit être payé par subsides aux hôpitaux publics et privés. Les hôpitaux privés conventionnés doivent bénéficier de subsides complémentaires en vue de l'amortissement de l'équipement. Le subside pour la construction et l'équipement des établissements privés est de 15 %. Ils doivent donc trouver dans leurs propres moyens les 85 % restants. Si un organisme assureur réalise un boni, celui-ci devra être affecté à l'octroi d'avantages supplémentaires. Dans le prix de la journée d'entretien, rien n'est prévu pour l'amortissement. Ce prix est d'ailleurs éta-

vasgesteld. En weldra zullen alle patiënten sociaal verzekerd zijn. Hebben de verpleeginrichtingen van de mutualiteiten en de private inrichtingen dan nog een levenskans ?

ANTWOORD :

De afschrijving is een element van de vernieuwing. Dit probleem kan opgelost worden door toelagen of door werkingskosten. Dit laatste wordt niet aanvaard voor de Minister van Financiën. Dus moet de zaak geregeld worden door de toelagen.

15° VRAAG :

Indien men deze oplossing verwerpt kan er dan een bijkomende bijdrage gevraagd worden ?

ANTWOORD :

Voor het ogenblik niet. Dat zou een derde oplossing kunnen zijn.

16° VRAAG :

Het is geboden de afschrijving in de prijs per dag op te nemen. Zoniet moeten de toelagen de investeringen voor 100 % dekken. Is de vastgestelde prijs een gemiddelde prijs per dienst ?

ANTWOORD :

Ja.

17° VRAAG :

Wat gebeurt er met de inrichtingen die een hogere prijs vragen ? Men kan een lagere prijs vragen, bij conventie. Is het die conventie waarvan sprake in artikel 31 ?

ANTWOORD :

Ja.

18° VRAAG :

Maar die conventie slaat toch alleen op de betrekkingen tussen de inrichting en de patient.

ANTWOORD :

In het definitief stelsel wordt de staatstoelage percentageswijz op de normale prijs per dag berekend. Indien deze prijs bij conventie wordt vastgesteld, is het op die prijs dat de Staatstoelage berekend wordt.

19° VRAAG :

Mag bij conventie de prijs per dag verlaagd worden ? Welke conventie ? Er is slechts ene, de nationale, voorzien bij artikelen 26 en 27.

Indien de verpleeginrichting geen conventie heeft afgesloten, kan de patient persoonlijk terugbetaling bekomen ? Waar vindt men daarvan een spoor in de tekst van het wetsontwerp betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering ?

ANTWOORD :

(verstrekt door de Minister van Sociale voorzorg)

Dat is de bestaande toestand. Hij wordt geregeld bij alinea 2 van § 4 van artikel 152.

*
**

bli par les autorités supérieures. Et bientôt, tous les patients bénéficieront de l'assurance sociale. Les établissements hospitaliers des mutualités et les établissements privés auront-ils encore, dans ces conditions, le moyen de subsister ?

REPONSE :

L'amortissement est l'un des éléments du renouvellement. Ce problème peut être résolu par l'octroi de subsides ou par le remboursement des frais de fonctionnement. Cette dernière solution n'est pas admise par le Ministre des Finances. Par conséquent, la question doit être réglée par la voie des subventions.

15° QUESTION :

Si l'on rejette cette solution, pourra-t-on encore demander une participation complémentaire ?

REPONSE :

Pas pour le moment. Ce pourrait être une troisième solution.

16° QUESTION :

Il est nécessaire d'inclure l'amortissement dans le prix de la journée d'entretien. Sinon, les subsides devront couvrir les investissements à 100 %. Le prix fixé est-il un prix moyen par service ?

REPONSE :

Oui.

17° QUESTION :

Quel sera le sort des établissements qui demandent un prix supérieur ? Il est loisible de demander un prix moins élevé, par voie de convention. S'agit-il de la convention visée à l'article 31 ?

REPONSE :

Oui.

18° QUESTION :

Mais cette convention ne s'applique qu'aux rapports entre l'établissement et le patient.

REPONSE :

Dans le régime définitif, les subsides de l'Etat sont calculés suivant un pourcentage du prix normal de la journée d'entretien. Si ce prix est fixé conventionnellement, c'est sur cette base que sera calculé le subside de l'Etat.

19° QUESTION :

Le prix de la journée d'entretien peut-il être réduit par voie de convention ? Par quelle convention ? Il n'y en a qu'une, la convention nationale prévue par les articles 26 et 27.

Si l'établissement hospitalier n'a pas conclu de convention, le patient pourra-t-il obtenir personnellement le remboursement ? Où trouve-t-on trace de cela dans le texte du projet de loi relatif à l'assurance maladie-invalidité ?

REPONSE :

(faite par le Ministre de la Prévoyance sociale) :

C'est la situation actuelle. Elle est réglée par l'alinéa 2 du § 4 de l'article 152.

*
**

Artikelsgewijze bespreking.**Eerste artikel.**

De Minister van Sociale Voorzorg merkt op dat in dit artikel het grondbeginsel is neergelegd dat de Parlementaire Werkgroep in zijn verslag heeft voorgesteld, namelijk de splitsing van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in twee afzonderlijke sectoren.

Artikel 1 wordt aangenomen met 17 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 2.

Een lid vraagt of het wel nut heeft in artikel 2 een begripsbepaling van « verbond » op te nemen.

Indien het woord « verbond » in geen ander artikel van het ontwerp van wet voorkomt, is de begripsbepaling onder b) van dit artikel overbodig. De Minister antwoordt dat in artikel 135 van het ontwerp een bepaling voorkomt betreffende de verbonden.

Een lid dient het volgende amendement in :

« De woorden « rechthebbende » en « gerechtigde » te doen vervallen en ze te vervangen door « verzekerde ».

Een lid vraagt of ook de kinderverzorgsters bedoeld zijn in artikel 2, h).

De Minister antwoordt hierop ontkennend.

Een lid merkt op dat de Minister tijdens het onderzoek van het ontwerp van wet in de Kamercommissie verklaard heeft dat hij zijn collega van Volksgezondheid zou raadplegen over de tekst van artikel 2, h). Hij vraagt of die raadpleging plaatsgehad heeft.

De Minister antwoordt dat zijn collega van Volksgezondheid akkoord gaat met artikel 2, h).

Het amendement om de woorden « rechthebbende » en « gerechtigde » te doen vervallen en ze te vervangen door « verzekerde » wordt door de indiener ingetrokken.

Artikel 2 wordt aangenomen met 17 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 3.

Een lid verdedigt zijn amendement op artikel 3, luidende :

« Dit artikel te vervangen als volgt :

« Voor de toepassing van de bepalingen van deze wet worden erkend :

» a) de landsbonden die erkend waren voor de toepassing van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

» b) de landsbonden die in de toekomst onder de wettelijke voorwaarden opgericht worden ».

Hij voert aan dat artikel 3 van het ontwerp een inbreuk is op het pluralisme en in strijd is met de vrijheid van vereniging die door de Grondwet is gewaar-

Discussion des articles.**Article premier.**

Le Ministre de la Prévoyance sociale souligne que cet article contient le principe de base suggéré, dans son rapport, par le Groupe de travail parlementaire qui avait recommandé de scinder l'assurance maladie-invalidité en deux secteurs distincts.

L'article est adopté par 17 voix et deux abstentions.

Article 2.

Un commissaire demande s'il est utile de donner la définition de « fédération » à l'article 2.

Si aucun autre article du projet de loi n'utilise le terme « fédération » la définition donnée au b) serait superflue. Le Ministre répond que l'article 135 du projet contient une disposition relative aux fédérations.

Un membre dépose l'amendement suivant :

« Supprimer les mots « bénéficiaire » et « titulaire » et les remplacer par le mot « assuré ».

Un commissaire demande si les puéricultrices sont visées par l'article 2, h).

Le Ministre répond par la négative.

Un commissaire rappelle que le Ministre a déclaré lors de l'examen du projet de loi par la Commission de la Chambre, qu'il consulterait son Collègue de la Santé publique au sujet de la rédaction de l'article 2, h). Il demande si cette consultation a eu lieu.

Le Ministre répond que l'article 2, h) a l'accord de son collègue de la Santé publique.

L'amendement tendant à supprimer les termes « bénéficiaires » et « titulaires » et à les remplacer par le mot « assurés » est retiré par son auteur.

L'article 2 est adopté par 17 voix et 2 abstentions.

Article 3.

Un commissaire défend son amendement présenté à l'article 3 et libellé comme suit :

« Remplacer le texte de cet article par ce qui suit :

» Sont agréées pour l'application des dispositions de la présente loi :

» a) les unions nationales qui l'étaient pour l'application de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité;

» b) les unions nationales qui se formeraient à l'avenir dans le cadre des conditions légales ».

Il invoque que l'article 3 du projet constitue une atteinte au pluralisme et est contraire à la liberté d'association garantie par la Constitution et que, de plus,

borgd; bovendien bepaalt artikel 22 dat, bij de uitbreiding van de werkingssfeer van de wet tot andere bevolkingsgroepen, een koninklijk besluit de bepalingen van deze wet kan aanpassen zodat moet worden verondersteld dat het besluit ook artikel 3 zal kunnen aanpassen in die zin dat de erkenning van nieuw opgerichte landsbonden mogelijk wordt.

De Minister antwoordt dat er sinds 1927 geen nieuwe landsbond meer tot stand is gekomen, zodat mag worden aangenomen dat thans, op mutualistisch gebied, een bestending is ingetreden en dat artikel 22 niet in die zin mag worden uitgelegd dat het de aanpassing van artikel 3 mogelijk maakt. Volgens de Regering betekent artikel 3 dat geen nieuwe landsbonden kunnen gemachtigd worden. Om nieuwe landsbonden te machtigen is een wet nodig.

Een ander lid is van oordeel dat over de betekenis van artikel 3 geen twijfel heerst. Hij deelt evenwel niet de mening van de Minister omtrent de draagwijdte van artikel 22.

Hij is van oordeel dat de huidige Regering aan artikel 22 wel de betekenis geeft die de Minister heeft uiteengezet, maar dat een andere regering het artikel ruimer zou kunnen opvatten. Juist omdat de formule van artikel 22 hem zo soepel lijkt, is hij van oordeel dat het moet worden aangenomen zoals het luidt.

Het amendement wordt verworpen met 16 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

Een lid heeft zich onthouden omdat hij meent dat de tekst van de wet de oprichting van nieuwe landsbonden mogelijk maakt. Hij kan zich echter niet akkoord verklaren met de interpretatie die de Minister heeft gegeven. Indien geen nieuwe landsbonden kunnen gemachtigd worden, betekent dit een aanslag op de vrijheid van organisatie. Het is in feite een *numerus clausus* ten gunste van de bestaande landsbonden. Op het ogenblik dat duizenden nieuwe verzekerden — met name de zelfstandigen — in de verplichte verzekering worden opgenomen, wordt hun de vrijheid van organisatie ontnomen. Moest geen dergelijke maatregel ingeschreven worden in de nieuwe pensioenwet voor de zelfstandigen die thans in behandeling is, dan zou de pensioenkas voor zelfstandigen die pas door de socialisten is opgericht niet kunnen erkend worden. Hij acht het normaal dat de socialisten in dit geval gebruik gemaakt hebben van de vrijheid van organisatie, maar hij acht het abnormaal dat die vrijheid aan de organisaties voor zelfstandigen geweigerd wordt inzake de ziekteverzekering.

Artikel 3 wordt aangenomen met 17 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 4.

Twee leden hebben een amendement ingediend, luidende :

« Dit artikel aan te vullen als volgt :

« Het beroep voor de gewone rechtbanken of voor de Raad van State, al naar het geval, wordt hierdoor niet opgeheven. »

Dit amendement wordt verantwoordt als volgt :

« De tekst van het ontwerp schijnt te betekenen dat de landsbond slechts verweermiddelen zou kunnen aanwenden die buiten de bevoegdheid van de gewone

l'article 22 qui dispose que lors de l'extension du champ d'application à d'autres groupes de la population, un arrêté royal peut adapter les dispositions de la présente loi, laisse supposer que cet arrêté pourra aussi adapter les dispositions de l'article 3 en ce sens que le dit article permettrait l'agrégation d'unions nationales nouvellement constituées.

Le Ministre souligne qu'aucune nouvelle union nationale ne s'est créée depuis 1927 ce qui permet de prétendre qu'en matière mutualiste nous connaissons à l'heure actuelle une stratification certaine et que l'article 22 ne peut être interprété en ce sens qu'il permettrait une adaptation de l'article 3.

D'après le Gouvernement, l'article 3 signifie qu'aucune nouvelle union nationale ne pourra plus être agréée. Pour agréer de nouvelles unions nationales, il faut une intervention du législateur.

Un autre commissaire estime qu'il n'existe aucun doute au sujet de la signification de l'article 3. Il ne partage cependant pas l'opinion du Ministre sur la portée des dispositions de l'article 22.

A son avis, si l'actuel Gouvernement donne à l'article 22 la signification exposée par le Ministre, un autre gouvernement pourrait lui donner une signification plus large. Mais c'est précisément parce que la formule de l'article 22 lui paraît souple qu'il estime qu'elle doit être adoptée telle quelle.

L'amendement est rejeté par 16 voix contre 2 et 1 abstention.

Un membre s'est abstenu parce qu'il estime que le texte proposé permet la création de nouvelles unions nationales. Il ne peut toutefois marquer son accord sur l'interprétation donnée à cet article par le Ministre. Si aucune nouvelle union nationale ne pouvait être agréée, on porterait atteinte à la liberté d'association. Cela consisterait en fait à fixer un « *numerus clausus* » en faveur des unions nationales existantes. Au moment où des milliers d'assurés nouveaux — notamment les indépendants — sont assujettis à l'assurance obligatoire, la liberté d'association leur est ôtée. Si pareille règle était inscrite dans la nouvelle loi sur les pensions des travailleurs indépendants, actuellement à l'examen la caisse des pensions pour travailleurs indépendants qui vient d'être créée par les socialistes ne pourrait être agréée. A son avis, il est normal que les socialistes aient dans ce cas, fait usage de la liberté d'association, mais il n'est pas équitable que ce droit soit refusé aux organisations de travailleurs indépendants en matière d'assurance-maladie.

L'article 3 est adopté par 17 voix moins 2 abstentions.

Article 4.

Deux membres ont signé l'amendement suivant :

« Ajouter in fine de cet article :

» Cette défense ne supprime pas le recours devant les juridictions ordinaires ou devant le Conseil d'Etat, selon le cas. »

Cet amendement est justifié comme suit :

Il semble résulter du texte du projet que les seuls moyens de défense que pourrait présenter l'Union nationale le seraient en dehors de la compétence des

rechtbanken en de Raad van State vallen. Is deze uitleg juist, dan valt het te vrezen dat erkenningen ingetrokken worden op grond van politieke overwegingen. De nieuwe regeling is immers zo ingewikkeld dat het, althans gedurende een beginperiode, niet mogelijk zal zijn de talloze bepalingen van de wet en de vele uitvoeringsbesluiten en -verordeningen strikt na te leven. Men zou dus al te gemakkelijk een voorwendsel kunnen vinden om de erkenning in te trekken. »

Dit amendement en een ander amendement om, vóór het woord « advies », het woord « eensluidend » in te voegen, worden verworpen met 9 tegen 2 stemmen bij 7 onthoudingen.

Bij de behandeling van het amendement is erop gewezen dat artikel 12 van het organiek koninklijk besluit van de ziekte- en invaliditeitsverzekering van 22 september 1955 de erkenningsvoorwaarden bepaalt waaraan de landsbonden moeten voldoen en dat een landsbond die op een gegeven ogenblik niet meer voldoet aan de eisen die gesteld zijn om erkend te worden, toch erkend blijft omdat de enige grond waarop de intrekking van de erkenning kan berusten bepaald is in artikel 4 van het ontwerp van wet.

Een lid verdedigt een ander amendement, dat luidde als volgt :

« Dit artikel te wijzigen als volgt :

» De erkenning kan worden ingetrokken of opgeschort door de Koning, op voorstel van de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De opgeschorte erkenning kan worden hersteld door de Koning op advies van de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. »

De Minister antwoordt dat de opschorting van de erkenning niet in aanmerking kan komen. Hij vestigt ter rechtvaardiging van zijn antwoord, de aandacht op de toestand van de leden van een landsbond, waartegen zulk een maatregel zou worden genomen gedurende de schorsing. Gedurende die tijd zouden de betrokkenen niet in staat zijn hun rechten te doen gelden. Hij merkt op dat de intrekking van de erkenning niet de enige sanctie is, die krachtens het ontwerp van wet kan worden genomen tegen de landsbonden die het bepaalde in de wet of de uitvoeringsbesluiten en verordeningen niet mochten naleven.

Artikel 99 voorziet immers in straffen tegen de landsbonden die zich schuldig mochten maken aan overtreding van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen.

Natuurlijk zal eerst de mogelijkheid worden aangewend die artikel 99 biedt, maar de Minister is van oordeel dat in het ergste geval wel de intrekking van de erkenning als straf moet worden toegepast.

Aan de andere kant moet artikel 3 ook voorzien in de mogelijkheid dat de erkenning van een landsbond anders wordt ingetrokken dan op voorstel van de algemene raad van het R.I.Z.I.V. Men dient immers rekening te houden met de mogelijkheid dat de Algemene Raad zulk een voorstel niet doet en de uitvoerende macht in dat geval in staat te stellen op eigen initiatief te handelen.

juridictions ordinaires et du Conseil d'Etat. Si cette interprétation était la bonne, il est certain que l'on pourrait craindre des retraits d'agrément justifiés par des considérations d'ordre politique. En effet, la complexité du nouveau système est telle qu'il sera impossible, tout au moins pendant une certaine période de « rodage », d'observer strictement les prescriptions innombrables de la loi et de ses nombreux arrêtés et règlements d'exécution. Le prétexte de retrait d'agrément serait donc trop facile à trouver.

Cet amendement ainsi qu'un autre amendement visant à ajouter le mot « conforme » après le mot « avis » sont repoussés par 9 voix contre 2 et 7 abstentions.

Lors de l'examen de cet amendement, il a été précisé que l'article 12 de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité, prévoit les conditions d'agrément que doivent remplir les unions nationales et il a été souligné en outre qu'une union nationale qui a, un moment donné, ne remplit plus les conditions qu'elle devait remplir, pour obtenir son agrément, reste cependant agréée, la seule raison pouvant modifier un retrait d'agrément étant celle qui est prévue par l'article 4 du projet de loi.

Un commissaire défend un autre amendement libellé comme suit :

« Modifier cet article comme suit :

» L'agrément peut être retirée ou suspendue par le Roi sur proposition du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. L'agrément suspendue peut être rétablie par le Roi sur avis ou sur proposition du Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. »

Le Ministre répond que la suspension d'agrément ne peut être envisagée. Il justifie sa réponse en attirant l'attention sur la situation, pendant cette période de suspension, des affiliés d'une union nationale qui aurait fait l'objet d'une telle mesure. Pendant ladite période les intéressés n'auraient aucune possibilité de faire valoir leurs droits. Il fait remarquer que le retrait d'agrément n'est pas la seule sanction que le projet de loi permet de prendre contre les unions nationales qui n'observeraient pas les dispositions de la loi ou de ses arrêtés et règlements d'exécution.

L'article 99 prévoit en effet des sanctions applicables aux unions nationales qui se rendraient coupables d'infractions aux dispositions légales et réglementaires.

Il est évident qu'il sera d'abord fait usage de la possibilité offerte par l'article 99, mais le Ministre estime que dans l'éventualité la plus grave, la sanction qui devra être appliquée est le retrait d'agrément.

D'autre part, la possibilité de retrait d'agrément d'une union nationale autrement que sur proposition du Conseil général de l'INAMI, doit être donnée par l'article 3. Il faut en effet envisager l'éventualité où le Conseil général ne ferait pas pareille proposition et donner au pouvoir exécutif la possibilité d'agir d'initiative.

Daarom bepaalt artikel 4 van het ontwerp dat de erkenning kan worden ingetrokken op advies van de algemene raad.

De Minister geeft aan de Commissie evenwel akte dat het koninklijk besluit, waarbij de erkenning van een landsbond wordt ingetrokken, het behoorlijk met redenen omklede advies van de Algemene Raad zal dienen te bevatten en bovendien ook de consideransen van de genomen beslissing, wanneer die beslissing niet mocht overeenstemmen met het advies dat de meerderheid van de Algemene Raad heeft uitgebracht.

Na deze verklaring trekt het lid zijn amendement in.

Artikel 4 wordt aangenomen met 14 tegen 2 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 5.

Op dit artikel is een amendement ingediend, dat ertoe strekt de eerste twee leden van dit artikel aan te vullen als volgt :

« De hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bij het Ministerie van Sociale Voorzorg werkt door bemiddeling van gewestelijke diensten die de Koning instelt; de gewestelijke diensten genieten geen van de hulpkas losstaande rechtspersoonlijkheid ».

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Het is overbodig te zeggen dat de Hulpkas een openbare instelling is met rechtspersoonlijkheid, aangezien dit reeds bepaald is in § 3 van artikel 6 van de besluitwet van 28 december 1944. De voorgestelde tekst maakt artikel 5 minder zwaar.

De Minister antwoordt dat bij artikel 143 van het ontwerp artikel 6 van bedoelde wet wordt opgeheven. Die bepaling moet derhalve in dit ontwerp worden overgenomen.

Het amendement wordt ingetrokken.

Een ander amendement strekt er toe het 3^e, 4^e en 5^e lid te vervangen door volgende tekst :

« De Hulpkas wordt beheerd door een beheerscomité, samengesteld uit een voorzitter en een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties. Alleen de leden hebben beslissende stem.

» De Koning benoemt de voorzitter.

» Hij bepaalt het aantal werkende en plaatsvervangende leden na raadpleging van de hierboven bedoelde organisaties en benoemt de leden op dubbele lijsten, door die organisaties voorgedragen.

» De organisatie en de werkingsregeling van de Hulpkas worden door de Koning bepaald in het raam van de regelen vastgesteld bij de wet van 15 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut en de wet betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor maatschappelijke zekerheid en sociale voorzorg. »

C'est pourquoi l'article 3 du projet prévoit que l'agrégation peut être retirée sur avis donné par le Conseil général.

Le Ministre donne cependant acte à la Commission de ce que l'arrêté royal retirant l'agrégation à une union nationale devra contenir l'avis dûment motivé émis par le Conseil général et de plus la motivation de la décision prise au cas où cette décision ne correspondrait pas à l'avis émis par la majorité du Conseil général.

Tenant compte de ces déclarations, le Commissaire retire son amendement.

L'article 4 est adopté par 14 voix contre 2 et 2 abstentions.

Article 5.

A cet article, des commissaires déposent un amendement tendant à remplacer les deux premiers alinéas par le texte suivant :

« La Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, instituée auprès du Ministère de la Prévoyance sociale, fonctionne par l'intermédiaire d'offices régionaux institués par le Roi; les offices régionaux n'ont pas de personnalité juridique distincte de celle de la Caisse auxiliaire. »

Cet amendement est justifié comme suit :

« Il est superfétatoire de dire que la Caisse auxiliaire est un établissement public doté de la personnalité civile puisque la chose est déjà prévue au paragraphe 3 de l'article 6 de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944. Le texte présenté allège l'article 5. »

Le Ministre répond que l'article 6 de cette loi est abrogé par l'article 143 du projet. La disposition à laquelle il est fait allusion devait donc figurer dans le projet.

L'amendement est retiré.

Un autre commissaire dépose un amendement, tendant à remplacer les alinéas 3, 4 et 5 par le texte suivant :

« La Caisse auxiliaire est gérée par un comité de gestion composé d'un président et d'un nombre égal de représentants des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs. Seuls les membres ont voix délibérative.

» Le Roi nomme le président.

» Il fixe le nombre des membres effectifs et suppléants, après consultation des organisations visées ci-dessus et nomme les membres sur des listes doubles présentées par ces organisations.

» L'organisation et les règles de fonctionnement de la Caisse auxiliaire sont déterminées par le Roi dans le cadre des règles fixées par la loi du 15 mars 1954, relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, et de la loi sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Onder n° III van de algemene opmerkingen bij het ontwerp van wet, stelt de Raad van State wat volgt :

« Uit sommige bepalingen van het ontwerp blijkt, dat de stellers uitgegaan zijn van de zekerheid dat het wetsontwerp betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging, vóór het onderhavige ontwerp zal worden goedgekeurd.

» Zo regelt geen bepaling van het ontwerp de duur van de mandaten der leden van de bij de wet ingestelde comités en raden, de wijze waarop die leden worden voorgedragen, of de voorwaarden waaronder de comités en raden op geldige wijze kunnen beraadslagen. Er wordt nergens gezegd, aan welke voorwaarden de voorzitters van de bij de wet ingestelde beheerscomités moeten voldoen, en bijvoorbeeld evenmin dat de Koning als voorzitter moet kiezen iemand die buiten de in het beheerscomité van de instelling vertegenwoordigde organisaties en tevens niet onder het hiërarchisch gezag van een Minister staat.

» Al die zaken zijn geregeld in het wetsontwerp n° 506.

» Maar dat ontwerp is opgemaakt voor instellingen aan wier hoofd een beheerscomité staat dat voor de werking van alle diensten van de instelling verantwoordelijk is en zal dus niet zonder meer kunnen worden toegepast op het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, waar ten minste twee beheerscomités van speciale diensten over een zeer ruime zelfstandigheid zullen beschikken, hetgeen de stellers van het ontwerp n° 506 niet hadden voorzien.

» Als dat ontwerp ooit wet wordt, moet in artikel 1 de benaming « Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte- en invaliditeit » worden vervangen door « Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ». Er moeten dan echter heel wat bijzondere bepalingen betreffende dat Instituut, en vooral betreffende de beheerscomités van de bijzondere diensten, worden vastgesteld.

» Mocht het ontwerp dat de Kamer van Volksvertegenwoordigers de 9^e februari 1961 heeft aangenomen, door de Senaat niet worden goedgekeurd, dan zal het onderhavige ontwerp moeten worden aangevuld wat de hiervorenvermelde punten betreft. »

Welnu dat ontwerp is definitief aangenomen door de Senaat en vervolgens ook door de Kamer, omdat in de tekst van de Senaat sommige wijzigingen zijn aangebracht.

Het lijkt geen twijfel dat de bepalingen van de zgn. « wet op het paritair beheer » ook toepasselijk zijn op de organen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering : het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit wordt genoemd in artikel 1 en de artikelen 4, 16 en 21 stellen meer in het bijzonder de organen in van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Aan de andere kant vertoont het huidige ontwerp van wet leemten — de Raad van State heeft erop gewezen — die slechts te verklaren zijn door verwijzing naar de wet op het « paritair beheer ».

Cet amendement est justifié comme suit :

« Au point III de ses observations générales sur le projet de loi, le Conseil d'Etat constate ce qui suit : « Il résulte de certaines dispositions du projet que ses auteurs ont élaboré celui-ci tenant pour constant que le projet de loi sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale sera voté avant le présent projet.

» Ainsi, par exemple, aucune des dispositions du projet ne régleme la durée des mandats des membres des comités et conseils créés par la loi, les modalités de présentation de ces membres, les conditions dans lesquelles les comités et conseils peuvent valablement délibérer. Aucune disposition non plus ne précise les conditions que doivent remplir les présidents des comités de gestion créés par la loi et, par exemple, rien n'impose au Roi de choisir comme président une personne qui, à la fois, soit indépendante des organisations représentées au comité de gestion de l'organisme et ne relève pas du pouvoir hiérarchique d'un Ministre.

» Ces problèmes sont tranchés par le projet n° 506 précité.

» Encore faut-il observer que ce projet a été élaboré pour des organismes ayant à leur tête un comité de gestion responsable du fonctionnement de tous les services de l'institution et que, en conséquence, il ne sera pas applicable tel quel à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité où deux comités de gestion de services spéciaux, au moins, bénéficieront d'une indépendance très large que n'avaient pas prévue les auteurs du projet n° 506.

» Si ce projet devait être voté, il y aurait lieu de remplacer en son article premier, les mots « Fonds national d'assurance maladie-invalidité », par les mots « Institut national d'assurance maladie-invalidité ». Mais il conviendrait de prévoir de nombreuses dispositions spéciales concernant cet Institut et notamment les comités de gestion des services spéciaux.

» D'autre part, si le projet adopté par la Chambre des Représentants en sa séance du 9 février 1961 n'était pas voté par le Sénat, il conviendrait de compléter le présent projet sur les points qui ont été cités ci-dessus ».

Or, le projet de loi dont il s'agit a été adopté définitivement par le Sénat et ensuite encore par la Chambre, certaines modifications ayant été apportées au texte par le Sénat.

Il n'est pas douteux que les dispositions de cette loi dite « sur la gestion paritaire » doivent s'appliquer aussi aux organes de l'assurance maladie-invalidité : le Fonds national d'assurance maladie-invalidité est nommé à l'article premier et les articles 4, 16 et 21 créent les organes de l'assurance maladie-invalidité de façon particulière. D'autre part, le projet de loi actuel contient des lacunes — le Conseil d'Etat l'a constaté — qui ne s'expliquent que par référence à la loi sur la « gestion paritaire ».

Men dient sommige bepalingen van het ontwerp derhalve aan te passen en vooral nader uit te werken, des te meer daar — ook dit heeft de Raad van State opgemerkt — het Nationaal Instituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering thans een geheel van instellingen vormt waarvan sommige een ruime zelfstandigheid genieten.

Het amendement wil elke tegenstrijdigheid tussen de teksten vermijden en de nodige klaarheid brengen om alle dubbelzinnigheid te voorkomen.

Dit heeft zijn nut, onverschillig of al dan niet naar de wet op het paritair beheer verwezen wordt.

Het amendement heeft echter niet tot doel alle bepalingen van de wet op het paritair beheer in het ontwerp over te nemen. Het is derhalve nuttig naar die wet te verwijzen en de wetgever heeft dit trouwens normaal gedaan toen hij de beheersregelen voor de gezamenlijke instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg heeft vastgesteld.

Zou men naar die wet niet verwijzen, dan zou het ontwerp op verschillende punten moeten worden aangevuld, zoals de Raad van State heeft gezegd.

De Minister is van mening dat het probleem dat hier wordt opgeworpen alleen een formele moeilijkheid betekent. Het ontwerp voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering werd ingediend vooraleer de wet op het paritair beheer door het Parlement werd aangenomen. Inmiddels was het evenwel nodig de huidige voor de Hulpkas geldende regelen te wijzigen; die regelen bepalen inderdaad dat de directeur-zaakvoerder de Hulpkas beheert en dat hij bijgestaan wordt door een beheerscomité en door de voorzitter van dat comité. Zodra de wet op het paritair beheer bekendgemaakt is en deze wet goedgekeurd is, zal de benodigde aanpassing doorgevoerd worden.

Een commissaris dringt er op aan dat de wet op het paritair beheer onverwijld zou gepubliceerd worden.

De Minister antwoordt dat de toepassing van de wet betreffende het paritair beheer op de organen waarin dit ontwerp voorziet zal geschieden bij koninklijk besluit krachtens artikel 23 van eerstgenoemde wet.

De Commissie bespreekt dan volgend amendement :

« Het vierde lid van dit artikel te vervangen als volgt :

« De leden van het beheerscomité zijn werkende of plaatsvervangende leden. Zij worden benoemd door de Koning, na beraadslaging in de Ministerraad. Hun voorzitter wordt eveneens benoemd door de Koning, die de bevoegdheid van de voorzitter en de leden van het Comité bepaalt. Het mandaat van de voorzitter en van de werkende of plaatsvervangende leden van het beheerscomité is onverenigbaar met één van de mandaten bedoeld in deze wet of in haar uitvoeringsbesluiten en -verordeningen ».

De indiener van het amendement stelt voor de eerste drie zinnen van het amendement te laten vervallen.

Il convient dès lors d'adapter et surtout de préciser certaines dispositions du présent projet, d'autant plus que — cela aussi le Conseil d'Etat l'a constaté — l'Institut national d'assurance maladie-invalidité se présente maintenant comme un agglomérat d'établissement dont certains obtiennent une large indépendance.

L'amendement tend à éviter toutes contradictions entre les textes et à adopter la clarté voulue pour éviter toute équivoque.

Ceci est utile, qu'il y ait ou non référence à la loi sur la gestion paritaire.

Cependant l'amendement ne tend pas transcrire dans le présent projet toutes les dispositions de la loi sur la gestion paritaire. Il demeure dès lors utile de s'y référer, ce qui est d'ailleurs conforme à la méthode adoptée par le législateur lorsqu'il a fixé les règles de la gestion pour l'ensemble des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

S'il n'y avait pas de référence à cette loi, le projet serait à compléter sur différents autres points, ainsi que l'a constaté le Conseil d'Etat.

Le Ministre estime que la question qui vient d'être soulevée, ne porte que sur une difficulté de forme. Le projet relatif à l'assurance maladie-invalidité obligatoire a été déposé avant que le Parlement n'eût adopté la loi sur la gestion paritaire. Dans l'entre-temps, il était cependant nécessaire de modifier les règles actuelles applicables à la Caisse auxiliaire; en effet, ces règles prévoient que le directeur gérant a la gestion de la Caisse auxiliaire et qu'il est assisté par un comité de gestion et par le président de ce comité. Dès que la loi sur la gestion paritaire aura été publiée et que la présente loi sera votée, l'aménagement nécessaire sera réalisé.

Un commissaire insiste pour la loi sur la gestion paritaire soit publiée sans délai.

Le Ministre répond que l'application de la loi sur la gestion paritaire aux organismes prévus par le présent projet se fera par arrêté royal, en vertu de l'article 23 de la loi précitée.

La Commission examine alors l'amendement suivant :

« Remplacer le 4^e alinéa de cet article par le texte suivant :

« Les membres du Comité de gestion sont effectifs ou suppléants. Ils sont nommés par le Roi, après délibération du Conseil des Ministres. Leur président est également nommé par le Roi qui détermine la compétence du président et des membres du Comité. Le mandat du président et des membres, effectifs ou suppléants, du Comité de gestion est incompatible avec l'exercice de l'un des mandats prévus par la présente loi ou par ses arrêtés et règlements d'exécution ».

L'auteur de l'amendement propose de supprimer les trois premières phrases de celui-ci.

Artikel 5 wordt aangehouden, evenals de laatste zin van het derde amendement. Het eerste gedeelte van dit amendement werd door zijn auteur ingetrokken.

Artikel 6.

Op dit artikel is volgend amendement ingediend er toe strekkend aan dit artikel een vierde lid toe te voegen, luidend :

« Het Rekenhof oefent toezicht op de financiële verrichtingen bepaald in het vorige lid. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Het ware ondenkbaar dat er geen toezicht zou zijn op de overmaking van het actief en het passief van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit en van het Instituut voor geneeskundige controle.

Het Rekenhof lijkt bijzonder bevoegd te zijn om dat toezicht uit te oefenen, waarvan het nut voor de hand ligt.

De Minister doet opmerken dat aangezien zowel het Rijksfonds als het Rijksinstituut gerangschikt zijn in de lijst B van de parastatalen vermeld in de wet van 1954, zij aan de controle van het Rekenhof onderworpen zijn.

Het amendement wordt ingetrokken.

Een amendement strekt er toe het tweede lid van dit artikel aan te vullen als volgt :

« Alsmede onder de regelen van de wet betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg ».

Het artikel en het laatst vermeld amendement worden aangehouden.

Artikel 7.

Op dit artikel is volgend amendement ingediend :

« A. — Het eerste lid van letter d) van dit artikel te vervangen als volgt :

» d) vertegenwoordigers van de doctors in de genees, heel- en verloskunde, apothekers, tandheekundigen en beheerders van verplegingsinrichtingen voorgesteld door de onderscheidenlijke representatieve beroepsverenigingen die hun medewerking verlenen aan de ziekteverzekering — geneeskundige verzorging door met name deel te nemen aan het tot stand komen van de overeenkomsten bedoeld in artikel 27, deze te ondertekenen en aan hun leden aan te bevelen in te gaan op het verzoek tot individuele toetreding, onder de voorwaarden bepaald in de artikelen 30 en 34, § 3 ».

« B. — Het tweede lid te vervangen als volgt :

» Alle leden hebben beslissende stem. De Koning stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden van de algemene raad vast en benoemt ze; hij regelt de werking van de algemene raad en benoemt de voorzitter en de drie ondervoorzitters. Hij regelt de orde van voorrang van de ondervoorzitters. »

L'article 5 est réservé, ainsi que la dernière phrase du troisième amendement. La partie de cet amendement a été retirée par son auteur.

Article 6.

A cet article, il a été déposé un amendement tendant à y ajouter un quatrième alinéa, rédigé comme suit :

« La Cour des Comptes exerce le contrôle des opérations financières prévues par l'alinéa précédent ».

Cet amendement est justifié comme suit :

Il serait inconcevable que la transmission de l'actif et du passif du Fonds national d'assurance maladie-invalidité et de l'Institut du Contrôle médical échappe à tout contrôle.

La Cour des Comptes apparaît comme étant spécialement habilitée pour procéder à ce contrôle dont l'utilité est évidente.

Le Ministre fait observer que, puisque le Fonds national et l'Institut national figurent tous deux dans la liste B des parastataux énumérés dans la loi de 1954, ils sont soumis au contrôle de la Cour des Comptes.

L'amendement est retiré.

Un autre amendement vise à compléter l'alinéa 2 de cet article comme suit :

« Ainsi qu'aux règles fixées par la loi sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale ».

L'article et le dernier amendement sont réservés.

Article 7.

A cet article a été déposé l'amendement suivant :

« A. — Remplacer le 1^{er} alinéa du littéra d) par le texte suivant :

» d) des représentants des doctors en médecine, chirurgie et accouchements, de pharmaciens, de praticiens de l'art dentaire et de gestionnaires d'établissements hospitaliers proposés par les organisations professionnelles représentatives et respectives apportant leur collaboration à l'Assurance maladie-soins de santé, notamment en négociant et en signant les conventions visées à l'article 27 et en recommandant à leurs membres de répondre à l'invitation à y adhérer individuellement dans les conditions prévues aux articles 30 et 34, § 3 ».

« B. — Remplacer l'alinéa 2 par le texte suivant :

» Tous les membres ont voix délibérative. Le Roi détermine le nombre des membres effectifs et des membres suppléants du Conseil général et il les nomme; il règle le fonctionnement du Conseil général dont il nomme le président et les trois vice-présidents. Il règle l'ordre de préséance des vice-présidents ».

Dit amendement is als volgt verantwoord :

De voorgestelde tekst is eens te meer correcter en nauwkeuriger dan die van het ontwerp.

Op hetzelfde artikel is volgend amendement ingediend :

« C. — Het derde lid van dit artikel te vervangen als volgt :

» De Koning benoemt drie regeringscommissarissen, op de respectieve voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg, de Minister van Volksgezondheid en het Gezin en de Minister van Financiën. De regeringscommissarissen wonen de vergaderingen van de algemene raad bij met raadgevende stem. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Ook dit is een kwestie van vorm en vooral van nauwkeurigheid.

Een commissaris meent dat littera d) van dit artikel kwetsend is voor de geneesheren aangezien het hun organisaties over het hoofd ziet.

De Minister herinnert aan de uitleg die hij desaan gaande reeds gaf. Het is gevaarlijk het amendement te aanvaarden zolang men niet zeker is van de medewerking van de beroepsverenigingen van de geneesheren.

Wij moeten vermijden dat de negatieve houding van de beroepsverenigingen ons helet voor de werking van het Comité een beroep te doen op de medewerking van geneesheren die niet instemmen met de zienswijze van hun verenigingen.

Een commissaris vraagt of het advies van de orde der geneesheren zal gevraagd worden betreffende die geneesheren die in de algemene raad zullen zetelen.

De Minister geeft de verzekering dat bekwame geneesheren zullen gekozen worden.

Het amendement wordt verworpen met 14 stemmen tegen 1 en 1 onthouding.

Amendement B wordt verworpen met 14 stemmen tegen 1.

Amendement C.

De Minister vestigt er de aandacht op dat de bevoegdheid van de regeringscommissaris vastgesteld is bij de wet van 16 maart 1954 waar artikel 119 van het ontwerp naar verwijst.

Het amendement wordt ingetrokken.

Op hetzelfde artikel is nog een amendement ingediend er toe strekkend het artikel te doen luiden als volgt :

« Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt beheerd door een algemene raad die bestaat uit :

» 1° een voorzitter en ondervoorzitters;

» 2° een gelijk aantal leden :

» a) vertegenwoordigers... (ongewijzigd);

» b) vertegenwoordigers... (ongewijzigd);

» c) vertegenwoordigers... (ongewijzigd);

Cet amendement est justifié comme suit :

La formule présentée est, une fois de plus, plus correcte dans son expression et plus précise que celle du projet.

Au même article a été déposé l'amendement suivant :

« C. — Remplacer le 3° alinéa de l'article par le texte suivant :

» Le Roi nomme trois commissaires du Gouvernement sur la présentation respective du Ministre de la Prévoyance sociale, du Ministre de la Santé publique et de la Famille et du Ministre des Finances. Les Commissaires du Gouvernement assistent aux réunions du Conseil général avec voix consultative. »

Cet amendement est justifié comme suit :

Il s'agit ici encore d'une question de forme et surtout de précision.

Un commissaire estime que littéra d) de cet article a un caractère vexatoire pour les médecins, car il ne reconnaît pas leurs organisations.

Le Ministre rappelle les explications qu'il a déjà fournies à ce sujet. Il est dangereux d'adopter l'amendement aussi longtemps que l'on n'est pas certain du concours des associations professionnelles des médecins.

Nous devons éviter que l'attitude négative des associations professionnelles puisse nous empêcher de faire appel, pour le fonctionnement du Comité, à la collaboration de médecins qui se dissocient de leurs associations.

Un commissaire demande si l'avis de l'Ordre des Médecins sera sollicité au sujet des médecins qui siègeront au conseil général.

Le Ministre donne l'assurance que le choix portera sur des médecins qualifiés.

L'amendement est rejeté par 14 voix contre 1 et 1 abstention.

L'amendement B est rejeté par 14 voix contre 1.

Amendement C.

Le Ministre fait observer que les pouvoirs du commissaire du Gouvernement sont fixés par la loi du 16 mars 1954 à laquelle il est renvoyé par l'article 119 du projet.

L'amendement est retiré.

Un commissaire dépose un autre amendement tendant à rédiger l'article comme suit :

« L'Institut national d'assurance maladie-invalidité est géré par un conseil général composé :

» 1° d'un président et de vice-présidents;

» 2° de membres, en nombre égal :

a) représentants... (sans modification);

b) représentants... (sans modification);

c) représentants... (sans modification);

» *d)* vertegenwoordigers van de representatieve verenigingen van doctors in de genees-, heel- en verloskunde, apothekers, tandheelkundigen en beheerders van verplegingsinrichtingen.

» Alle leden, maar alleen de leden, hebben beslissende stem.

» De Koning benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters.

» Hij stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden vast en benoemt ze overeenkomstig de regelen bepaald in artikel 11, 5°, 6° en 7° lid. Hij bepaalt de werkingsregelen van de algemene raad onder de voorwaarden bepaald in artikel 11, 6° lid.

» Drie regeringscommissarissen... (ongewijzigd).

» De Minister van Sociale Voorzorg... (ongewijzigd).»

Dit amendement en het artikel worden aangehouden.

Artikel 8.

Bij artikel 8 verdedigt een commissielid twee amendementen, luidende :

a) « Letter *b)* van het n° 1° van dit artikel te vervangen als volgt :

» *b)* het voordragen van regels die opgenomen zullen worden in de voorontwerpen van koninklijke besluiten, waarover in Ministerraad zal worden beraadslaagd, betreffende alle wijzigingen in het personeelskader van de algemene diensten en, op voorstel van hun comité, in dat van de bijzondere diensten. »

De verantwoording van dit amendement luidt aldus :

Het ware ondenkbaar dat, in zulk een belangrijke aangelegenheid als deze, de kaderwijzigingen en bijgevolg ook de benoemingen in het raam van die wijzigingen uitsluitend van de Minister van Sociale Voorzorg zouden afhangen. Op te merken valt immers dat op dit gebied niet verwezen wordt naar een regel van het statuut van het rijkspersoneel of naar een andere regel die een waarborg zou zijn tegen zuiver partijdige benoemingen.

« *b)* Letter *c)* van dit artikel te vervangen als volgt :

« *c)* onder de in het statuut gestelde voorwaarden, welke niet minder streng mogen zijn dan die van het statuut van het rijkspersoneel, uitspraak te doen over aanwerving, benoeming, diensaanwijzing, bevordering en afzetting van het personeel van de algemene diensten, en, op voorstel van hun comité, van dat van de bijzondere diensten. »

De Minister verklaart dat het bij koninklijk besluit van 14 februari 1961 vastgestelde statuut op de ambtenaren van de R.I.Z.I.V. moet worden toegepast.

De indiener trekt zijn amendementen in.

Een commissielid vraagt nadere bijzonderheden over 2°, 4° en 5° van artikel 8.

d) représentants des organisations représentatives des docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, pharmaciens, praticiens de l'art dentaire et gestionnaires d'établissements hospitaliers.

» Tous les membres, mais seuls les membres, ont voix délibérative.

» Le Roi nomme le président et les vice-présidents.

» Il fixe le nombre des membres effectifs et suppléants et les nomme conformément aux règles prévues à l'article 11, alinéas 5, 6 et 7. Il fixe les règles de fonctionnement du conseil général dans les conditions prévues à l'alinéa 6 de l'article 11.

» Trois commissaires... (sans modification).

» Le Ministre de la Prévoyance sociale... » (sans modification).

Cet amendement ainsi que l'article sont réservés.

Article 8.

Un commissaire défend 2 amendements à l'article 8, libellés comme suit :

« *a)* Remplacer le *b)* du 1° de l'article par le texte suivant :

» *b)* En proposant des règles qui seront insérées dans les avant-projets d'arrêtés royaux, qui seront délibérés en Conseil des Ministres, portant sur toute modification du cadre du personnel des services généraux et, sur proposition de leur Comité, des services spéciaux ». »

Cet amendement est justifié dans les termes suivants :

Il serait inconcevable qu'en une matière aussi importante, les modifications de cadre et, par voie de conséquence, les nominations qui interviendront à la suite de ces modifications, relèvent de l'appréciation du seul Ministre de la Prévoyance sociale. Il convient en effet de remarquer ici qu'il n'est fait référence à aucune des règles du statut des agents de l'Etat ou à une autre règle qui serait une garantie contre l'intervention de nominations purement partisans.

« *b)* Remplacer le *c)* de cet article par le texte suivant :

» *c)* en se prononçant dans les conditions prévues au statut, conditions qui ne peuvent être moins rigoureuses que celles du statut des agents de l'Etat, sur le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion et la révocation du personnel des services généraux et, sur proposition de leur comité, des services spéciaux ». »

Le Ministre déclare que le statut à appliquer aux agents de l'I.N.A.M.I. est celui fixé par l'arrêté royal du 14 février 1961.

Les amendements sont retirés par leur auteur.

Un commissaire demande des renseignements au sujet des points 2°, 4° et 5° de l'article 8.

Hij wenst te weten hoe de financiële bevoegdheden worden verdeeld tussen de Algemene Raad en de Beheerscomités van de bijzondere diensten, en meer in het bijzonder of de Algemene Raad wijzigingen kan aanbrengen in de door de Beheerscomités opgemaakte begrotingen.

De Minister antwoordt dat ieder Beheerscomité zijn eigen begroting opstelt die niet kan worden gewijzigd door de Algemene Raad.

Le Algemene Raad maakt de begroting van de algemene diensten op, voegt al deze begrotingen samen en zendt ze, met zijn advies, door aan de Minister van Sociale Voorzorg.

Wat punt 5 betreft, wijst de Minister erop dat de R.I.Z.I.V. slechts over één enkele comptabiliteitsdienst zal beschikken die voor de vier bijzondere diensten zal functioneren en dat men, rekening houdend met deze toestand, erin heeft moeten voorzien dat de middelen bestemd voor de verzekering in haar geheel, aan de R.I.Z.I.V. zullen worden gestort, terwijl de Algemene Raad toeziet op de juiste besteding van de geldmiddelen onder de voorwaarden bepaald bij de wet.

Artikel 8 wordt aangenomen met 16 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 9.

Dit artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 10.

Dit artikel wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 11.

Op dit artikel is een amendement ingediend er toe strekkend letter *b*) van het eerste lid van dit artikel te vervangen als volgt :

« *b*) vertegenwoordigers van doctors in de genees-, heel- en verloskunde, apothekers, tandheelkundigen en beheerders van verplegingsinrichtingen, aangewezen zoals bepaald in letter *d*) van artikel 7 ».

Dit amendement is als volgt verantwoord :

De voorgestelde tekst is eens te meer correcter en nauwkeuriger dan die van het ontwerp.

Een commissaris wijst erop dat uit de tekst van het ontwerp niet blijkt dat de vertegenwoordigers van de groepen *c*) en *d*) minder talrijk zullen zijn dan die van de groepen *a*) en *b*). Hij vraagt hoe het beheerscomité zal werken wanneer problemen besproken worden die alleen van belang zijn voor de tandartsen bv.

Wat de vertegenwoordiging van de verschillende groepen betreft, verklaart de Minister dat, overeenkomstig de opvatting van de Parlementaire Werkgroep, de vertegenwoordiging van de werkgevers en van de werknemers geringer zal zijn dan die van de verzekeringsinstellingen en van de verstrekkers van gezondheidszorgen. Wat de werking van het beheerscomité aangaat geeft het voorlaatste lid van dit artikel aan alle vertegenwoordigde belangen, de nodige waarborgen : het koninklijk besluit zal bepalingen behelzen aangaande een bevoegde meerderheid.

Il désire savoir de quelle façon se répartissent les attributions financières entre le Conseil général et les Comités de gestion des Services spéciaux et plus particulièrement si le Conseil général peut apporter des modifications aux budgets établis par les Comités de gestion.

Le Ministre répond que chaque Comité de gestion établit son propre budget qui ne peut être modifié par le Conseil général.

Le Conseil général établit le budget des services généraux, groupe tous ces budgets et les transmet, avec son avis, au Ministre de la Prévoyance sociale.

Pour ce qui est du point 5, le Ministre rappelle que l'I.N.A.M.I. ne disposera que d'un seul service de comptabilité qui fonctionnera pour les 4 services spéciaux et que, compte tenu de cette situation, il a fallu prévoir que les ressources destinées à l'ensemble de l'assurance seront versées à l'I.N.A.M.I., le Conseil général veillant à la juste affectation des ressources dans les conditions prévues par la loi.

L'article 8 est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 9.

Cet article est adopté par 16 voix et 2 abstentions.

Article 10.

Cet article est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Article 11.

Deux commissaires déposent un amendement tendant à remplacer le littéra *b*) de l'alinéa premier de cet article par le texte suivant :

« *b*) de représentants de docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, de pharmaciens, de praticiens de l'art dentaire et de gestionnaires d'établissements hospitaliers, désignés comme il a été prévu au littéra *d*) de l'article 7 ».

Cet amendement est justifié comme suit :

La formule présentée est, un fois de plus, plus correcte dans son expression et plus précise que celle du projet.

Un commissaire fait remarquer qu'il ne ressort pas du texte du projet que les représentants des groupes *c*) et *d*) seront moins nombreux que ceux des groupes *a*) et *b*). Il demande comment le comité de gestion fonctionnera lorsqu'il devra discuter de problèmes n'intéressant, par exemple, que les dentistes.

Pour ce qui regarde la représentation des différents groupes, le Ministre précise que, conformément à l'opinion du Groupe de Travail parlementaire, la représentation des employeurs et des travailleurs sera moindre que celles des organismes assureurs et des dispensateurs de soins. Quant au fonctionnement du comité de gestion, le pénultième alinéa de cet article donne à tous les intérêts représentés les garanties nécessaires : l'arrêté royal à prendre fixera une majorité qualifiée.

Een commissaris vraagt welke de vertegenwoordigers zullen zijn van de verpleeginrichtingen waarvan sprake in dit artikel.

De Minister antwoordt dat er geen eigenlijke beroepsverenigingen voor verplegingsinrichtingen bestaan, maar wel een federatie en belangrijke groeperingen. Op dit stuk zijn er geen problemen.

Een commissaris is van mening dat, uiteraard, het aantal leden van groep *b*), zeer talrijk zal zijn, veel talrijker dan bv. de groepen *c*) en *d*). Hij dringt er op aan er over te waken dat al de groepen behoorlijk vertegenwoordigd zijn.

Op dit artikel is nog een amendement ingediend met het doel dit artikel te doen luiden als volgt :

« De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een beheerscomité, samengesteld uit :

» 1° een voorzitter en ondervoorzitters;

» 2° leden :

a) vertegenwoordigers... (ongewijzigd);

b) vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de doctors in de...

c) vertegenwoordigers... (ongewijzigd);

d) vertegenwoordigers... (ongewijzigd).

» Het aantal onder *a*) vermelde leden... (ongewijzigd).

» Alle leden, maar alleen de leden, hebben beslissende stem.

» De Koning benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters.

» Hij stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden vast en benoemt ze uit twee lijsten van twee namen, respectievelijk voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve organisaties.

» Komen evenwel in aanmerking voor de samenstelling van het comité, de organisaties die werkelijk representatief zijn, die verklaren te willen deelnemen en vervolgens ook werkelijk deelnemen aan de werkzaamheden van het comité met het oog op hun medewerking aan de volledige toepassing van deze wet.

» Bij gebreke van beroepsorganisaties welke aan die eisen voldoen in de categorieën bedoeld in letter *b*), benoemt de Koning personen uit de betrokken beroepen, gekozen op grond van hun bekwaamheid en hun gezag.

» In het raam van de wetten bedoeld in artikel 6, 2° lid, stelt de Koning de werkingsregelen van het beheerscomité zodanig vast, dat de rechten van iedere vertegenwoordigde groep gewaarborgd zijn.

» Drie regeringscommissarissen... (ongewijzigd) ».

Dit amendement is als volgt verantwoord :

1° zie de verantwoording van het amendement op artikel 5, met betrekking tot het in overeenstemming brengen met de wet betreffende het beheer van de instellingen voor maatschappelijke zekerheid.

2° de Raad van State heeft opgemerkt dat de huidige tekst van het ontwerp niet kan worden toegepast, aan-

Un commissaire demande quels seront les représentants des établissements hospitaliers auxquels l'article fait allusion.

Le Ministre répond que pour les établissements hospitaliers, il n'existe pas d'associations professionnelles proprement dites, mais bien une fédération ainsi que des groupements importants. Il n'y a là aucun problème.

Un commissaire est d'avis que par la force des choses, les membres du groupe *b*) seront très nombreux, plus nombreux par exemple que ceux des groupes *c*) et *d*) Il insiste pour que tous les groupes soient convenablement représentés.

Un commissaire dépose encore un amendement tendant à rédiger cet article comme suit :

« Le Service des soins de santé est géré par un comité de gestion composé :

» 1° d'un président et de vice-présidents;

» 2° de membres :

a) représentants... (sans modification);

b) représentants des organisations représentatives des docteurs en médecine...;

c) représentants... (sans modification);

d) représentants... (sans modification).

» Le nombre de membres... (sans modification).

» Tous les membres, mais seuls les membres ont voix délibérative.

» Le Roi nomme le président et les vice-présidents.

» Il fixe le nombre des membres effectifs et suppléants et les nomme sur des listes doubles présentées respectivement par les organismes assureurs et les organisations représentatives.

» Toutefois, n'entrent en ligne de compte pour la composition du Comité que les organisations qui sont réellement représentatives, qui déclarent vouloir participer et qui ensuite participent effectivement aux travaux du Comité en vue de coopérer à la pleine application de la présente loi.

» En l'absence d'organisations professionnelles répondant à ces conditions dans les catégories visées au littéra *b*), le Roi nomme des personnes appartenant aux professions envisagées et choisies en raison de leur compétence et de leur autorité.

» Le Roi fixe les règles de fonctionnement du Comité de gestion de manière à garantir les droits de chacun des groupes représentés et dans le cadre des lois visées à l'article 6, alinéa 2.

» Trois commissaires... (sans modification) ».

Cet amendement est justifié comme suit :

1° Voir la justification de l'amendement à l'article 5, concernant la mise en concordance avec la loi sur la gestion des organismes de sécurité sociale;

2° Le Conseil d'Etat a fait observer que le texte actuel du projet n'est pas applicable, puisque les orga-

gezien de organisaties overeenkomsten zouden moeten gesloten hebben alvorens deel uit te maken van het Comité, terwijl ze in het Comité moeten zitting hebben om zulke overeenkomsten te sluiten. Men moet van in het begin een beroep doen op de representatieve organisaties die willen medewerken.

Een commissaris meent dat politiek — dit woord in ruime zin begrepen — gezien de bepaling sub b) niet opportuun is. Kan de Minister zich voorstellen dat hij, voor a), c) en d) de leden zou kiezen zonder de betrokken organisaties te raadplegen?

Ook psychologisch is het een verkeerde handelwijze tegenover de geneesheren. Ook artikel 151 is slechts te verdedigen voor het geval dat de geneesherenverenigingen weigeren mede te werken. Maar men moet de normale rangorde niet omkeren.

In artikel 78 wordt wel gewag gemaakt van « representatieve organisaties van het geneesherenkorps. » Waarom hier niet? Dit amendement is ingegeven door de wens dat de geneesheren met het Instituut zouden samenwerken. Voor de geneesheren worden voorwaarden gesteld die niet gesteld worden voor andere organisaties. Met de huidige tekst van artikel 11 kunnen ook andere groeperingen, indien zij weigeren mee te werken, de werking van het stelsel verhinderen. Het amendement geeft U de middelen om dergelijke toestanden te vermijden.

Een andere commissaris meent te mogen verklaren dat de Minister weet dat verschillende groeperingen van het geneesherenkorps wachten op een gebaar van de Minister om hun collega's tot medewerking aan te zetten.

De Minister doet opmerken dat artikel 78 bevestigt wat thans bestaat. Daar gaat het alleen over toezicht, niet over beheer. Wij hebben die bepalingen ongewijzigd overgenomen uit de Verzamelwet om geen wantrouwen en kritiek te wekken bij de geneesheren die sinds meer dan twee jaar hun medewerking verlenen aan de medische controle. Anderzijds moet men zich thans wel afvragen wie de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps zijn.

Artikel 11 voorziet verschillende mogelijkheden. Indien er een nationale overeenkomst wordt afgesloten, zullen de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps in het beheerscomité door de Nationale groeperingen worden aangewezen. Komen er gewestelijke conventies tot stand, dan zullen deze leden door de gewestelijke verenigingen gekozen worden. Zoniet, zal de Minister de medewerking aanvaarden van de geneesheren die willen medewerken.

Het aanvaarden van het amendement zou aan het geneesherenkorps de mogelijkheid bieden de werking van het Instituut te verlammen.

Een commissaris wil weten wat er zal worden van de vertegenwoordiging van de zelfstandigen, aangezien de Minister al de mandaten sub c) voorziet voor de vertegenwoordigers van het V.B.N.?

De Minister meent dat deze kwestie zonder moeilijkheden kan geregeld worden op het ogenblik dat, krachtens artikel 22, bij koninklijk besluit de toepassing van de verzekering op de zelfstandigen zal verwezenlijkt worden.

nisaties devraient avoir conclu des conventions avant d'entrer au comité, alors qu'elles doivent être au comité pour en conclure. Il faut dès l'abord faire appel aux organisations qui sont représentatives et veulent coopérer.

Un commissaire estime que, du point de vue politique — ce terme étant à entendre au sens large — la disposition énoncée sub b) est inopportune. Le Ministre imagine-t-il que pour a), c) et d), il puisse choisir les membres sans consulter les organisations intéressées?

Au point de vue psychologique aussi, c'est un procédé peu indiqué à l'égard des médecins. De même, l'article 151 n'est défendable que pour le cas où les organisations représentatives des médecins refuseraient leur concours. Mais il ne faut cependant pas renverser l'ordre normal des choses.

A l'article 78, il est fait mention des « organisations représentatives du corps médical ». Pourquoi pas ici? L'amendement est inspiré par le désir de voir les médecins collaborer avec l'Institut. On leur impose des conditions que l'on ne prévoit pas pour d'autres organisations. Tel qu'il est actuellement rédigé, l'article 11 laisse à d'autres groupements encore la possibilité d'entraver le fonctionnement du régime en refusant leur concours. L'amendement fournit le moyen d'éviter pareilles situations.

Un autre commissaire croit pouvoir déclarer que le Ministre sait que plusieurs groupements du corps médical n'attendent qu'un geste de sa part pour inviter leurs confrères à prêter leur coopération.

Le Ministre fait observer que l'article 78 consacre la situation actuelle. Cet article vise un organisme de contrôle et non de gestion. Nous avons repris, sans modification aucune, ces dispositions de la loi unique, pour éviter de susciter la méfiance et les critiques des médecins qui apportent leur concours depuis plus de deux ans au contrôle médical. D'autre part, il faut bien se demander à présent qui seront les représentants du corps médical.

L'article 11 envisage plusieurs éventualités. Si une convention nationale est conclue, les représentants du corps médical au comité de gestion seront désignés par les groupements nationaux. En cas de signature de conventions régionales, ces membres seront proposés par les associations régionales. Sinon, le Ministre acceptera la collaboration des médecins disposés à prêter leur concours.

L'adoption de l'amendement donnerait au corps médical la possibilité de paralyser le fonctionnement de l'Institut.

Un commissaire aimerait savoir ce qu'il adviendra de la représentation des indépendants, étant donné que le Ministre prévoit que tous les mandats visés sub c) seront dévolus aux représentants de la F.I.B.

Le Ministre pense que cette question pourra être réglée sans difficulté au moment où, en vertu de l'article 22, l'application de l'assurance aux indépendants sera réalisée par arrêté royal.

Verklaring van de Eerste Minister.

Bij de aanvang van de volgende vergadering van de Commissie heeft de Eerste Minister de volgende verklaring afgelegd :

» Indien het regeringshoofd bij uitzondering voor U een korte verklaring komt afleggen, is dit toe te schrijven aan de algemene politieke implicaties verbonden aan de werkzaamheden van uw Commissie met betrekking tot het wetsontwerp op de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

» Reeds verschillende weken geleden heeft de Regering duidelijk de wens te kennen gegeven dat de wetsontwerpen betreffende het gebruik der talen en het belangrijk wetsontwerp, dat U thans onderzoekt vóór de schorsing der parlementaire werkzaamheden zouden goedgekeurd worden.

» Niettegenstaande de bekwame spoed waarvan uw Commissie blijkt geeft, stuit dit verlangen van de Regering — dat trouwens gedeeld wordt door de leden van de meerderheid — om deze zeer belangrijke hervormingen vlug tot een goed einde te brengen, t.o.v. het door U onderzochte ontwerp op een aantal moeilijkheden.

» Immers :

» — uw Commissie is, zoals trouwens ook de Regering, ongetwijfeld van mening dat de wetgeving op de ziekenhuizen het onontbeerlijk complement vormt van de nieuwe wettelijke regeling van de Z.I.V. en dat zij bewaarljk de draagwijdte van sommige bepalingen van het wetsontwerp op de Z.I.V. kan beoordelen zolang zij onwetend is nopens de nieuwe wettelijke bepalingen die aan het Parlement zullen worden voorgelegd;

» — ik heb anderzijds menen te verstaan dat sommige leden van de Commissie een volkomen overeenstemming zouden willen verwezenlijkt zien tussen de wetgeving over de Z.I.V. en de wet op het paritair beheer die onlangs door het Parlement is aangenomen en in de eerstvolgende dagen in het *Staatsblad* zal verschijnen;

» — ten slotte is een gedeelte van uw Commissie, zonder vooruit te lopen op de verklaringen die hun door de heer Minister van Sociale Voorzorg zullen worden verstrekt, vandaag wellicht de mening toegedaan dat, ten einde het tot heden verrichte parlementaire werk tot een geheel af te ronden, sommige amendementen, meestal van technische aard, onderstel ik, in de door de Kamer goedgekeurde tekst zouden moeten aangebracht worden.

» Hoe deze moeilijkheden overwinnen, zonder het tijdschema, dat de Regering nagekomen wenst te zien, in het gedrang te brengen ?

» Hier volgen de voorstellen van de Regering :

» — voordat het Parlement op reces gaat, wil de Regering het wetsontwerp op de ziekenhuizen bij de Kamers indienen. Zelfs indien de tekst van dit ontwerp sommige amendementen op het ontwerp nopens de Z.I.V. wenselijk zou maken, is het vanzelfsprekend niet mogelijk daarover een beslissing te treffen voordat het Parlement de definitieve tekst van de wetgeving betreffende de ziekenhuizen zal opgesteld hebben.

Déclaration du Premier Ministre.

Au début de la réunion suivante, le Premier Ministre a fait la déclaration ci-après :

» Si à titre exceptionnel, le chef du Gouvernement vient vous faire une brève déclaration, c'est en raison des implications politiques générales des travaux de votre Commission concernant le projet de loi relatif à l'A.M.I.

» Le Gouvernement a — il y a plusieurs semaines déjà — exprimé son désir très vif de voir voter avant la suspension des travaux parlementaires, les projets de loi relatifs à l'emploi des langues et l'important projet de loi que vous examinez.

» Malgré la diligence dont votre Commission fait preuve, ce désir du Gouvernement, partagé par les membres de la majorité, de voir aboutir rapidement ces réformes très importantes, se heurte en ce qui concerne le projet que vous examinez, à un certain nombre de difficultés.

» En effet :

» — sans doute votre Commission considère-t-elle, avec le Gouvernement d'ailleurs, que la législation sur les hôpitaux est le complément indispensable du nouveau régime légal de l'A.M.I. et qu'il lui est difficile d'apprécier la portée de certaines dispositions du projet de loi sur l'A.M.I., tant qu'elle reste dans l'ignorance des dispositions légales nouvelles qui seront présentées au Parlement.

» — j'ai cru comprendre d'autre part que certains membres de la Commission désirent voir établir une coordination parfaite entre la législation sur l'A.M.I. et la loi sur la gestion paritaire votée récemment par le Parlement et qui paraîtra au *Moniteur* dans les tout prochains jours.

» — enfin, sans préjuger des explications qui leur seront fournies par M. le Ministre de la Prévoyance sociale, une partie des membres de votre Commission estime peut-être aujourd'hui que, pour parfaire le travail parlementaire accompli jusqu'à présent, certains amendements le plus souvent d'ordre technique devraient être apportés au texte voté par la Chambre.

» Comment surmonter ces difficultés, sans compromettre le timing que le Gouvernement tient énormément à voir respecter ?

» Voici quelles sont les propositions du Gouvernement :

» — Avant le départ en vacances du Parlement, le Gouvernement compte déposer au Parlement le projet de loi relatif aux hôpitaux; il n'est évidemment pas possible, même si le texte de ce projet rendait souhaitables certains amendements au projet sur l'A.M.I., d'en décider avant que le Parlement ait arrêté le texte définitif de la législation hospitalière.

» — Daarom stel ik U voor overeen te komen dat de Regering, in het licht van het onderzoek van de wetgeving op de ziekenhuizen die eveneens op 1 januari 1964 in werking zal moeten treden, en in de vorm van een aanvullend wetsontwerp, de ter coördinatie onontbeerlijke amendementen in de nieuwe wetgeving nopens de Z.I.V. aan te brengen.

» — Na he tindiene van dit wetsontwerp zal het tevens mogelijk zijn andere coördinatieproblemen, waarvan ik reeds gewag maakte, te regelen en eventueel sommige wettelijke bepalingen aan te passen in het licht van de door de Regering als gunstig verhoopte resultaten van de eventuele onderhandelingen met de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps.

» Kan uw Commissie er onder deze omstandigheden niet over akkoord gaan dat sommige amendementen die haar worden voorgelegd besproken worden in het kader van dat wetsontwerp tot coördinatie en aanvulling? Er is geen enkel bezwaar tegen dat de Regering zelf, na onderzoek, sommige aanpassingen zou voorstellen.

» Indien uw antwoord bevestigend is, meen ik dat de malaise die sedert enkele dagen op uwe werkzaamheden drukt, zou kunnen weggenomen worden, dat het programma van de parlementaire werkzaamheden zou kunnen uitgevoerd worden, en dat de Senaat, een zeer belangrijke bijdrage zou kunnen leveren tot de positieve oplossing van een geheel van problemen die, zoals U weet, fundamenteel zijn vanuit het standpunt zowel van de eenheid van het land als van de sociale vooruitgang.

» De Regering vraagt U dus het wetsontwerp te willen goedkeuren zoals het U door de Kamer werd verzonden, met dien verstande dat zij vóór het reces het wetsontwerp betreffende de ziekenhuizen zal indienen en een aanvullend wetsontwerp zal voorbereiden, waarbij de wijzigingen waarvan ik U gesproken heb, zullen worden aangebracht. Dit ontwerp zou eveneens reeds bij de hervatting van de parlementaire werkzaamheden kunnen behandeld en goedgekeurd worden. »

Deze verklaring heeft volgende bespreking uitgelokt :

Een lid neemt akte van de verzekering door de Eerste-Minister gegeven, luidens welke onmiddellijk na het reces een ontwerp van wet bij de Senaat zal worden ingediend, waarbij dit ontwerp met de wet op het paritair beheer in overeenstemming zal worden gebracht.

Het in het vooruitzicht gestelde ontwerp zal ook rekening houden met de resultaten van de besprekingen met de geneesheren. Bij belangrijke groeperingen van geneesheren in West- en Oostvlaanderen, in Limburg en Namen is wil tot samenwerking aanwezig.

Het lid wenst zekerheid dat inmiddels de wet op het paritair beheer zal bekendgemaakt zijn.

De Eerste-Minister bevestigt de hoofdpunten van zijn verklaring. Indien de Commissie aan dit ontwerp belangrijke wijzigingen voorstelt, zullen die wijzigingen in overweging genomen worden bij het opstellen van het aanvullend ontwerp van wet.

De Minister van Sociale Voorzorg betuigt zijn instemming met het voorstel van de Eerste-Minister.

» — Je vous propose dans ces conditions qu'il soit entendu que le Gouvernement apportera, en fonction de l'examen de la législation hospitalière qui devra entrer en vigueur également le premier janvier 1964, et sous la forme d'un projet de loi rectificatif, les amendements de coordination indispensables à la nouvelle législation sur l'A.M.I.

» — Le dépôt de ce projet de loi permettra également de régler d'autres problèmes de coordination que j'ai évoqués et d'adapter éventuellement certaines dispositions légales en fonction des résultats, que le Gouvernement espère favorables, de pourparlers éventuels avec des représentants du corps médical.

» Votre Commission ne peut-elle accepter dans ces conditions que certains des amendements qui lui sont présentés soient discutés dans le cadre de ce projet de loi de coordination et de mise au point? Il n'y a aucun inconvénient à ce qu'après examen, le Gouvernement lui-même propose certains ajustements.

» Si votre réponse était positive, je crois que le malaise qui pèse sur vos travaux depuis quelques jours pourrait être dissipé, que le programme des travaux parlementaires pourrait être respecté, et que le Sénat pourrait apporter une contribution très importante au dénouement positif d'un ensemble de questions fondamentales vous le savez, tant du point de vue de l'unité du pays, que du point de vue du progrès social.

» Le Gouvernement vous demande donc de bien vouloir approuver le projet tel qu'il vient de la Chambre, étant entendu qu'il déposera avant les vacances le projet de loi sur les hôpitaux, et qu'il préparera un projet de loi complémentaire apportant les modifications dont j'ai parlé. Ce projet pourrait également être discuté et approuvé dès la reprise des travaux parlementaires. »

Cette déclaration a donné lieu à la discussion suivante :

Un membre prend acte de l'assurance donnée par le Premier Ministre qu'immédiatement après les vacances parlementaires, un projet de loi sera déposé au Sénat afin de mettre en concordance le présent projet et la loi sur la gestion paritaire.

Ce nouveau projet tiendra également compte des résultats des pourparlers qui auront eu lieu avec les médecins. D'importants groupements du corps médical des provinces de Flandre occidentale, de Flandre orientale, de Limbourg et de Namur ont manifesté leur volonté de coopérer.

L'intervenant voudrait être certain que, dans l'inter valle, la loi sur la gestion paritaire aura été publiée.

Le Premier Ministre confirme les points principaux de sa déclaration. Si la Commission proposait d'importantes modifications au présent projet, ces modifications seraient prises en considération dans l'élaboration du projet de loi complémentaire.

Le Ministre de la Prévoyance sociale marque son accord sur la proposition du Premier Ministre.

Een ander lid verklaart :

Indien het ontwerp te gepasten tijde aan het Parlement was voorgelegd geweest door de Regering, dan zou men thans de Senaat niet moeten beroven van zijn recht op amendering van het ontwerp. In die omstandigheden is alle verder onderzoek van de artikelen nutteloos. Het lid verklaart dat in die omstandigheden de commissieleden van zijn groep zich niet alleen lenen tot wat zij als een manoeuvre beschouwen en moeten overwegen aan hunne medewerking in de Commissie een einde te maken.

Een ander lid verklaart dat hij de zienswijze deelt van zijn collega. Hij wenst dat de verklaring van de Eerste-Minister in het verslag zou worden opgenomen.

Een lid vraagt dat de vergadering zou worden onderbroken om aan zijn groep toe te laten over de verklaring van de Eerste-Minister te beraadslagen. De Commissie stemt in met dit voorstel.

Bij de hervatting van de vergadering stelt een lid van de C.V.P.-fractie voor de bespreking van het ontwerp voort te zetten en de stemming over de artikelen, waarop door zijn groep amendementen zijn ingediend, aan te houden.

Een ander lid verklaart dat zijn fractie instemt met de verklaring van de Eerste-Minister en met de werkwijze die hij voorstelt. De socialistische fractie gaat vooral akkoord met het indienen van een coördinatieontwerp dat haar ook nuttig lijkt; want zij heeft geen amendement ingediend, omdat zij zich bewust was dat het ontwerp sociaal gezien, zo spoedig mogelijk moet worden goedgekeurd opdat de Regering alle diensten kan instellen waarin de wet voorziet, om deze op 1 januari 1964 in werking te doen treden.

Tenslotte herhaalt een lid een reeds vroeger afgelegde verklaring en voegt hieraan toe dat het, in die voorwaarden, voor de leden van zijn groep niet mogelijk is nog verder aan de besprekingen deel te nemen.

Artikel 12.

Een lid vraagt of deze opsomming van de opdrachten van het beheerscomité limitatief is of exemplatief ?

Hoe staat het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige zorgen tegenover de Algemene Raad in gemeenschappelijke aangelegenheden ? Bezit het beheerscomité een onbeperkte bevoegdheid ?

De Minister antwoordt dat de opsomming in artikel 12 limitatief is. Binnen deze opdrachten beschikt het beheerscomité over een ruime autonomie.

Twee leden vragen of de term « geneeskundige verstrekkingen », die in dit artikel herhaaldelijk wordt gebruikt, wel juist is ? Moet hier niet gesproken, zoals in artikel 25 van « tegemoetkoming » ?

Wat artikel 12, 6° betreft meent een lid uit de tekst te moeten opmaken dat bij het inwerkingtreden van de wet een bepaalde nomenclatuur zal van kracht zijn, die dan later zal kunnen gewijzigd worden.

De Minister antwoordt dat de term « geneeskundige verstrekkingen » moet begrepen worden in het licht van het eerste artikel van dit ontwerp. De term wordt in de gehele sociale wetgeving, zowel de nationale als de internationale, gebruikt in de hoger aangegeven

Un autre membre déclare ce qui suit :

Si le projet avait été soumis en temps voulu au Parlement par le Gouvernement, on ne devrait pas à présent priver le Sénat de son droit de l'amender. Dans ces conditions, il est tout à fait inutile de poursuivre l'examen des articles et en conséquence, l'intervenant déclare que les commissaires de son groupe ne se prêteront pas à ce qu'ils considèrent comme une manoeuvre et qu'ils doivent envisager de mettre fin à leur coopération au sein de la Commission.

Un autre commissaire dit partager le point de vue de son collègue. Il demande que la déclaration du Premier Ministre soit incluse dans le rapport.

Un membre demande la suspension de la réunion afin de permettre à son groupe de délibérer sur la déclaration du Premier Ministre. La Commission accepte cette proposition.

A la reprise de la réunion, un membre du groupe P.S.C. propose de poursuivre l'examen du projet et de réserver le vote sur les articles auxquels son groupe a déposé des amendements.

Un autre membre déclare que son groupe marque son accord sur le contenu de la déclaration du Premier Ministre et sur la procédure qu'il préconise. Le groupe socialiste est surtout d'accord sur le dépôt d'un projet de loi de coordination qui lui paraît aussi utile, car, s'il n'a pas déposé d'amendements, c'est qu'il avait conscience que, du point de vue social, il fallait que le projet soit voté le plus rapidement possible afin que le Gouvernement puisse mettre en place tous les dispositifs prévus dans la loi pour que celle-ci puisse entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1964.

Enfin, un membre répète une déclaration qu'il a déjà faite et ajoute que, dans ces conditions, il n'est pas possible aux membres de son groupe de continuer à participer aux discussions.

Article 12.

Un membre demande si l'énumération, prévue à cet article, des compétences du comité de gestion est limitative ou exemplative.

Comment répartir les pouvoirs respectifs du comité de gestion du Service des soins de santé et ceux du Conseil général dans les matières qui leur sont communes ? La compétence du comité de gestion est-elle illimitée ?

Le Ministre répond que l'énumération de l'article 12 est limitative. Dans le cadre des missions qui lui sont imparties, le comité de gestion dispose d'une très large autonomie.

Deux commissaires demandent si le terme « prestations de santé » utilisé à diverses reprises dans cet article, est bien exact. Ne s'agit-il pas ici, comme dans l'article 25, d'« intervention » ?

Un membre croit devoir inférer du texte de l'article 12, 6°, qu'au moment où la loi sortira ses effets, une certaine nomenclature entrera en vigueur, qui pourra être modifiée plus tard.

Le Ministre répond que le terme « prestations de santé » doit être compris à la lumière de l'article 1^{er} du projet. Ce terme est généralement utilisé dans la législation sociale, tant nationale qu'internationale et ce dans le sens qui lui a été donné plus haut. On ne

betekenis. Er kan bijgevolg zeker niet uit afgeleid worden dat het om de geneeskundige handelingen zelf gaat in welk geval terecht zou kunnen beweerd worden dat het wetsontwerp het beoefenen van de geneeskunde zou beïnvloeden.

Wat de nomenclatuur betreft, gaan wij uit van de nomenclatuur vastgelegd bij het koninklijk besluit van 22 september 1955. Deze nomenclatuur werd opgesteld in overleg met het geneesherenkorps. Het beheerscomité kan wijzigingen voorstellen maar het kan dat slechts na tussenkomst van de bevoegde technische raden.

Drie amendementen zijn op dit artikel ingediend :

a) « Het 1^o van dit artikel te vervangen als volgt :

« 1^o bereidt, op voorstel of advies van de bevoegde technische raden, de in deze wet bedoelde verordeningen voor betreffende de voorwaarden voor het verkrijgen voor het verkrijgen van het recht op geneeskundige verstrekkingen en de norme welke de in artikel 24 bedoelde geneeskundige verstrekkingen behoren te worden verleend. Die verordeningen worden voorgesteld aan de Minister van Sociale Voorzorg, die de goedkeuring ervan aan de Koning vraagt. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Er is geen enkele reden te ontdekken om zulke belangrijke verordeningen, die de voorwaarden bepalen waaronder het recht op geneeskundige verstrekkingen ingaat, aan het advies of het voorstel van de technische raden te onttrekken. Bovendien schijnt het, steeds op grond van het belang van de beschouwde stof, normaal te zijn dat zij het voorwerp vormen van een koninklijk besluit voorafgegaan door het advies van de bevoegde Minister.

b) Het 8^o van dit artikel te vervangen als volgt :

« 8^o stelt aan de Koning, en minste eenmaal per kwartaal, door bemiddeling van de Minister van Sociale Voorzorg, de lijst voor van de personen die gemachtigd zijn tot het verlenen van de in artikel 23, 1^o, b) en c), en 4^o van deze wet bedoelde verstrekkingen. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Ook deze zaak is te belangrijk om ze over te laten aan de uitsluitende beoordeling van het beheerscomité. Een koninklijk besluit is een waarborg te meer. Bovendien is het kennelijk nodig vrij korte tijden te bepalen voor het voorleggen van de lijst van de personen bedoeld in het aldus gewijzigde lid.

c) « Het 14^o van dit artikel te vervangen als volgt :

« 14^o stelt, onder de in het statuut gestelde voorwaarden welke niet minder streng mogen zijn dan die van het statuut van het Rijkspersoneel aan de Algemene Raad aanwerving, benoeming, dienstaanwijzing, bevordering en afzetting van het personeel van de Dienst voor geneeskundige verzorging alsmede de aan dat personeel op te leggen tuchtstraffen voor; ».

pourrait donc en aucun cas en déduire que cette expression vise l'activité médicale elle-même, car alors, on pourrait affirmer à juste titre que le projet tend à influencer l'exercice de l'art de guérir.

La nomenclature utilisée est fondée sur celle qu'établit l'arrêté royal du 22 septembre 1955. Elle a été élaborée d'un commun accord avec le corps médical. Le Comité de gestion peut proposer des modifications, mais seulement après intervention des conseils techniques compétents.

Des commissaires ont déposé à l'article 12 trois amendements rédigés comme suit :

a) « Remplacer le 4^o de cet article par le texte suivant :

« 4^o élabore, sur proposition ou avis des Conseils techniques compétents, les règlements visés par la présente loi concernant les conditions d'ouverture du droit aux prestations de santé et les normes suivant lesquelles doivent être dispensées les prestations de santé visées à l'article 24. Ces règlements sont soumis au Ministre de la Prévoyance sociale, qui en demande l'approbation au Roi. »

Cet amendement est justifié comme suit :

On ne peut découvrir aucune raison de faire échapper à l'avis ou à la proposition des Conseils techniques les règlements si importants qui traiteront des conditions d'ouverture du droit aux prestations de santé. En outre, toujours dans la perspective de l'importance de la matière envisagée, il semble normal qu'elle fasse l'objet d'un arrêté royal précédé par l'avis du Ministre compétent.

b) Remplacer l' 8^o de cet article par le texte suivant :

« 8^o propose au Roi, au moins une fois par trimestre et par l'intermédiaire du Ministre de la Prévoyance sociale, la liste des personnes habilitées à fournir les prestations visées par l'article 23, 1^o, b et c, et 4^o de la présente loi. »

Cet amendement est justifié de la manière suivante :

Ici encore, la matière est trop importante pour être laissée à l'appréciation du seul Comité de gestion. Le recours à l'arrêté royal apparaît comme une garantie supplémentaire. En outre, il est manifestement indispensable de prévoir une périodicité assez brève pour la présentation de la liste des personnes visées par l'alinéa amendé.

c) « Remplacer le 14^o de cet article par le texte suivant :

« 14^o propose au Conseil général, dans les conditions prévues au statut, conditions qui ne peuvent être moins rigoureuses que celles des statuts des agents de l'Etat, le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion et la révocation du personnel du service des soins de santé, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger; ».

Deze amendementen worden met algemene stemmen verworpen.

Bij amendement wordt voorgesteld volgende twee nieuwe artikelen in de wet te voegen :

Artikel 12bis (nieuw).

Een artikel 12bis (nieuw) in te voegen luidend :

« Het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging kan aan de Minister van Sociale Voorzorg voorstellen onderwerpen om de wetten en besluiten met de toepassing waarvan het is belast, te wijzigen. Wordt een voorstel niet met eenparigheid van stemmen gedaan, dan worden de verschillende uitgesproken meningen in het verslag aan de Minister uiteengezet.

» Het beheerscomité kan aan de Minister van Sociale Voorzorg ook adviezen doen toekomen over alle voorstellen van wet of alle amendementen betreffende de wetgeving, met de toepassing waarvan het is belast en die bij het Parlement aanhangig zijn. »

Artikel 12ter (nieuw).

Een artikel 12ter (nieuw) in te voegen, luidend :

« Behalve in dringende gevallen en voor zover hij niet het advies van de Nationale Arbeidsraad heeft ingewonnen, legt de Minister van Sociale Voorzorg alle voorontwerpen van wet of ontwerpen van organieke besluiten of reglementen tot wijziging van de wetgeving of de regeling, met de toepassing waarvan het orgaan is belast, of betreffende het kader van het personeel of de structuur van het orgaan, tot advies aan het beheerscomité voor.

» Het beheerscomité verleent advies binnen één maand. Op verzoek van de Minister kan die termijn worden ingekort tot tien vrije dagen.

» Beroept de Minister zich op de dringende spoed, dan deelt hij zulks mede aan de voorzitter van het beheerscomité. »

Een lid verklaart dat deze amendementen beogen dit ontwerp van wet in overeenstemming te brengen met de wet op het paritair beheer wat betreft het recht advies uit te brengen en voorstellen te doen, dat moet toegekend worden aan het beheerscomité. Er dient klaar en duidelijk gezegd dat dit recht niet aan de Algemene Raad maar aan de twee beheerscomités wordt toegekend (zie ook artikelen 40bis en 40ter).

De Minister bevestigt dat, in zijn opvatting, de wet op het paritair beheer van toepassing moet worden gebracht op de organen die door deze wet worden ingesteld, wat hij reeds verklaarde bij de bespreking van artikel 7 en wat overigens in het voorstel van de Eerste-Minister begrepen is.

Een lid vraagt of ook de vroegere benaming van het instituut door de nieuwe zal vervangen worden in de wet op het paritair beheer. En zullen de twee comités met name worden vermeld ?

Ces amendements sont rejetés à l'unanimité.

Un commissaire propose par voie d'amendement d'insérer dans la loi deux articles nouveaux, rédigés comme suit :

Article 12bis (nouveau).

Insérer un article 12bis (nouveau), libellé comme suit :

« Le comité de gestion du service des soins de santé peut soumettre au Ministre de la Prévoyance sociale des propositions de modification aux lois ou arrêtés qu'il est chargé d'appliquer. Si une proposition n'a pas recueilli l'unanimité, le rapport au Ministre expose les différents avis exprimés.

» Le comité de gestion peut aussi adresser au Ministre de la Prévoyance sociale des avis sur toutes propositions de loi ou sur tous amendements concernant la législation que le Comité est chargé d'appliquer et dont le Parlement est saisi. »

Article 12ter (nouveau).

Insérer un article 12ter (nouveau), libellé comme suit :

« Sauf le cas d'urgence et pour autant qu'il n'ait pas pris l'avis du Conseil national du Travail, le Ministre de la Prévoyance sociale soumet à l'avis du comité de gestion tout avant-projet de loi ou projet d'arrêté organique ou réglementaire tendant à modifier la législation ou réglementation que l'organisme est chargé d'appliquer ou concernant le cadre du personnel ou la structure de l'organisme.

» Le comité de gestion donne son avis dans le délai d'un mois. A la demande du Ministre, ce délai peut être réduit à 10 jours francs.

» Si le Ministre invoque l'urgence, il en informe le président du comité de gestion. »

Un membre déclare que ces amendements ont pour but de mettre le projet de loi en concordance avec la loi sur la gestion paritaire, quant au droit qui doit être reconnu au comité de gestion, d'émettre des avis et de faire des propositions. Il y a lieu de préciser très clairement que ce droit revient non pas au conseil général mais aux deux comités de gestion (voir aussi les articles 40bis et 40ter).

Le Ministre confirme que, dans son esprit, la loi sur la gestion paritaire doit s'appliquer aux organismes créés par le présent projet, comme il l'a déclaré au cours de la discussion de l'article 7 et comme le Premier Ministre l'a d'ailleurs proposé.

Un membre demande si, dans la loi sur la gestion paritaire, l'ancienne dénomination de l'Institut sera également remplacée par la nouvelle. Et les deux comités seront-ils mentionnés nommément ?

Antwoord : Dit zal het ontwerp uitmaken van de coördinatiewet.

De artikelen 12*bis* en 12*ter* worden aangehouden.

Artikel 13.

Op dit artikel is volgend amendement ingediend :

« Het eerste lid van dit artikel te vervangen als volgt :

» Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging worden wetenschappelijke raden ingesteld die tot opdracht hebben de Minister en het beheerscomité voor te lichten over de wetenschappelijke aspecten van de voorkoming en de behandeling van de geestesziekten, de tuberculose, de kanker, de poliomyelitis, de aangeboren aandoeningen en misvormingen, de kinderziekten en de reumatische ziekten. De wetenschappelijke raden hebben dezelfde opdracht wat betreft de gerontologie, de evolutie van de farmacologie en de odontologie. Deze opsomming is niet beperkend. Met het oog daarop verrichten de raden alle gevraagde of door hen noodzakelijk geachte studiën en doen zij alle aanbevelingen waardoor de wetenschappelijke vorderingen onder de beste voorwaarden van doelmatigheid en, subsidiair, van economie, binnen het bereik van de rechthebbenden van de verzekeringsgeneeskundige verzorging worden gebracht. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

De wetenschappelijke raden moeten, in onze opvatting, een overwegende rol spelen. De voorgestelde tekst is vollediger dan die van het ontwerp; hij verruimt de taak van de wetenschappelijke raden. Hij vermijdt ook een verwijzing naar een ander artikel van de wet, hetgeen zo dikwijls in het ontwerp gebeurt alhoewel het door de beste auteurs op het gebied van de formele legistiek wordt veroordeeld.

Deze afkeuring is des te meer gegrond naarmate de tekst van het ontwerp langer is, want verwijzingen naar verschillende artikelen maken de lezing van en het inzicht in een ontwerp bijzonder moeilijk.

Dit amendement wordt met algemene stemmen verworpen.

Het artikel wordt eenparig aangenomen.

Artikel 14.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Artikel 15.

Op dit artikel is volgend amendement ingediend :

« Dit artikel te vervangen als volgt :

» Aantal, samenstelling en werkingsregelen van de wetenschappelijke raden worden door de Koning bepaald. Elke wetenschappelijke raad wordt voorgezeten door een lid van de Koninklijke Vlaamse Academie

Réponse : Cette question sera réglée dans la loi de coordination.

Les articles 12*bis* et 12*ter* sont réservés.

Article 13.

A cet article, un commissaire a déposé l'amendement ci-après :

« Remplacer le premier alinéa de cet article par le texte suivant :

» Il est institué auprès du service des soins de santé, des Conseils scientifiques chargés d'éclairer le Ministre et le Comité de gestion sur les aspects scientifiques relatifs à la prévention et au traitement des maladies mentales, de la tuberculose, du cancer, de la poliomyélite, des affections et des malformations congénitales, des maladies de l'enfance et des maladies rhumatismales. La même mission est impartie aux Conseils scientifiques en matière de gérontologie, d'évolution de la pharmacologie et d'odontologie. Cette énumération n'est pas limitative. A cet effet, les Conseils procèdent à toutes les études demandées ou jugées indispensables par eux et font toute suggestion susceptible de mettre le progrès scientifique à la portée des bénéficiaires de l'assurance-soins de santé, dans les conditions les meilleures d'efficacité et, subsidiairement, d'économie. »

Cet amendement est justifié comme suit :

Les conseils scientifiques doivent avoir, dans notre optique, un rôle prédominant. Le texte proposé est plus complet que celui du projet, il tend à élargir la mission des conseils scientifiques. Il écarte aussi un renvoi à un autre article de la loi, système fréquemment utilisé par le projet et qui pourtant est condamné par les meilleurs auteurs en matière de légistique formelle.

Cette condamnation est d'autant plus valable que le texte d'un projet de loi est plus long, car le procédé du renvoi à des articles différents rend particulièrement pénibles la lecture et l'assimilation du projet.

L'amendement est rejeté à l'unanimité.

L'article 13 est adopté à l'unanimité.

Article 14.

L'article 14 est adopté à l'unanimité.

Article 15.

A cet article, un commissaire a déposé l'amendement ci-après :

« Remplacer le texte de cet article par la disposition suivante :

» Le nombre, la composition et les règles de fonctionnement des conseils scientifiques sont fixés par le Roi. Chaque conseil scientifique est présidé par un membre de la « Koninklijke Vlaamse Academie voor

voor Geneeskunde van België of van de « Académie Royale de Médecine de Belgique », dat door de Koning wordt aangewezen op de gezamenlijke voordracht van de Minister van Sociale Voorzorg en van de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin. De leden van de wetenschappelijke raden moeten houder zijn van een universiteitsdiploma van een wettelijke graad. »

Dit amendement wordt met algemene stemmen verworpen.

Het artikel wordt eenparig aangenomen.

Artikel 16.

Een lid verklaart dat de verwijzing in dit artikel naar de §§ 4 en 6 van artikel 12 bewijst dat de term « geneeskundige verstrekkingen » wel slaat op de geneeskundige behandeling.

De Minister antwoordt dat, met dergelijke opmerking, een gevaarlijke verwarring wordt gesticht. Hij herhaalt dat het geenszins de bedoeling is het beoefenen van de geneeskunde te reglementeren en dat de normen waarvan in artikel 12, 4° sprake is uitsluitend de reglementering beogen van het recht van de verzekerde op terugbetaling van de geneeskundige zorgen die hem werden verstrekt.

Een lid meent dat de nomenclatuur een integrerend bestanddeel zou moeten zijn van de conventie. Derhalve zou de commissie voor de conventies over een ruime bevoegdheid moeten beschikken. Zij zou niet alleen de tarieven maar ook de werkvoorwaarden moeten vaststellen.

De Minister antwoordt dat dit probleem betrekking heeft op artikel 27.

Het artikel wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikels 17, 18, 19 en 20.

Deze artikelen worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 21.

Op dit artikel is volgend amendement ingediend dat er toe strekt het 4° van dit artikel te vervangen als volgt :

« 4° De werkneemsters die de arbeid of een tijdvak van gecontroleerde werkloosheid onderbreken om op zijn vroegst vanaf de vijfde maand zwangerschap te rusten, behalve wanneer de behandelende geneesheer van oordeel is dat de rustperiode langer dient te zijn. »

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Het is een onmogelijkheid nauwkeurig vast te stellen, zoals het ontwerp doet, op welk ogenblik juist de bedoelde werkneemsters zwangerschapsrust moeten nemen.

Dit amendement wordt met algemene stemmen verworpen nadat de Minister heeft toegelicht dat :

a) onder de woorden « vanaf de 5° maand der zwangerschap » moet worden verstaan, vanaf de datum die

Geneeskunde van België ou de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, désigné par le Roi sur la proposition conjointe du Ministre de la Prévoyance Sociale et de la Famille. Les membres des conseils scientifiques doivent être porteurs d'un diplôme universitaire délivré à titre légal. »

Cet amendement est rejeté à l'unanimité.

L'article 15 est adopté à l'unanimité.

Article 16.

Un membre déclare que la référence qui est faite dans cet article aux §§ 4 et 6 de l'article 12, prouve que le terme « prestations médicales » s'applique bien au traitement médical.

Le Ministre répond que pareille observation est de nature à créer une confusion dangereuse. Il répète qu'il n'entre nullement dans les intentions du Gouvernement de réglementer l'exercice de la médecine et que les normes dont il est question au 4° de l'article 12 sont destinées uniquement à réglementer le droit de l'assuré au remboursement des soins médicaux qui lui ont été fournis.

Un commissaire est d'avis que la nomenclature devrait faire partie intégrante de la convention. Aussi la commission devrait-elle disposer d'attributions très larges en ce qui concerne les conventions. Elle devrait fixer non seulement les tarifs mais aussi les conditions de travail.

Le Ministre répond que cette question se rapporte plutôt à l'article 27.

L'article 16 est adopté à l'unanimité.

Articles 17, 18, 19 et 20.

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Article 21.

Un membre a déposé un amendement tendant à remplacer le 4° de cet article par le texte suivant :

« 4° Les travailleuses qui cessent de travailler ou interrompent une période de chômage contrôlée, pour se reposer, au plus tôt à partir du 5° mois de grossesse, sauf si le médecin traitant estime que la période de repos doit être plus longue. »

Cet amendement est justifié comme suit :

Il est impossible de préciser de façon rigide, comme le fait le projet, le moment précis où, pour les travailleuses visées, le repos de grossesse doit intervenir.

L'amendement a été rejeté à l'unanimité, après que le Ministre eut fait valoir que :

a) les termes « à partir du 5° mois de grossesse » doivent être interprétés comme suit : à partir de la

5 maanden voor de *waarschijnlijke* datum van de bevalling ligt;

b) die bepaling ook slaat op de werknemers die niet meer als arbeidsongeschikt zijn erkend, in de zin van artikel 56, en op een datum die aan het einde van hun vierde maand zwangerschap valt, de arbeid niet hervatten of zich niet als onvrijwillig werkloze laten controleren.

Een lid vraagt of 11° van dit artikel de gerechtigde of de personen ten laste van de gerechtigden beoogt. De tekst is dubbelzinnig.

De Minister verklaart dat het gaat om titularissen die legerdienst doen en wier personen ten laste verder recht moeten hebben op geneeskundige verzorging.

Hetzelfde lid wijst er op dat het 13° van dit artikel bij amendement ingevoegd werd maar dat men vergeten heeft uit deze wijziging de nodige conclusies te trekken, bv. wat betreft de betaling van de bijdragen voor deze categorie.

De Minister antwoordt dat die opmerking gegrond is. Dit moet worden geregeld.

Een lid vraagt wat er gebeurt met de beroepsmilitair die het leger verlaat? Zal het Ministerie van Landsverdediging met terugwerkende kracht de ontbrekende bijdrage betalen?

De Minister antwoordt dat dit probleem geregeld is bij artikel 142, § 1 en bij artikel 66, § 2. Laatst vermeld artikel laat toe de betrokkenen vrij te stellen van het volbrengen van een wachttijd en artikel 142, § 1 voorziet dat het Rijk voortaan geen subsidie meer zal verlenen daar alle thans toegekende subsidies vervangen worden door die welke overeenkomstig artikel 121, § 8 zal worden toegekend.

Een lid vraagt welke de toestand is van een verplicht verzekerde buitenlander die zich in ons land vestigt?

De Minister antwoordt dat dit geval geregeld wordt bij artikel 146.

Een lid vraagt welke de toestand is van de milicien die afzwaait en ziek valt?

De Minister antwoordt dat ook dit geval geregeld kan worden door § 2 van artikel 66.

Een lid vraagt welke de toestand is van de milicien die na de normale termijn nog drie maanden dienst doet bij het leger overeenkomstig de regeling om de militaire dienstplicht in ons land te mogen vervullen. Kan hij tijdens deze drie maanden de voordelen van de verzekering genieten en welke zijn de rechten van de personen ten zijne laste tijdens hetzelfde tijdvak.

De Minister verklaart dat, welk ook het antwoord weze op de vraag of die bedoelde drie maanden al dan niet moeten aangezien worden als tijdvak tijdens hetwelk legerdienst volbracht wordt, zowel de rechten van de titularis als die van de personen te zijne laste gevrijwaard zijn. Voor de titularis kan de bepaling van artikel 66, § 2, alleszins gelden; voor de personen ten zijne laste bieden de artikelen 21, 6°, en 69 de mogelijkheid hun alleszins de geneeskundige verstrekkingen zonder onderbreking te verlenen.

date qui précède de 5 mois la date *probable* de l'accouchement.

b) cette disposition vise également les travailleuses qui, n'étant plus reconnues comme étant incapables de travailler, au sens de l'article 56, à une date qui se situe à la fin du 4° mois de leur grossesse, ne reprennent pas le travail ou ne se font pas contrôler comme chômeuses involontaires.

Un membre demande si le 11° de cet article vise les bénéficiaires ou les personnes qui sont à leur charge. Le texte est ambigu.

Le Ministre déclare qu'il s'agit des titulaires qui accomplissent leur service militaire et dont les personnes à charge doivent continuer à avoir droit aux soins médicaux.

Le même commissaire fait observer que le 13° de cet article a été inséré par voie d'amendement mais que l'on a omis de tirer de cette modification les conclusions qui s'imposaient, notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations pour cette catégorie.

Le Ministre répond que cette remarque lui paraît fondée et qu'il importe de régler ce point.

Un membre demande quel est le sort du militaire de carrière qui quitte l'armée. Le Ministère de la Défense nationale paiera-t-il rétroactivement la cotisation manquante?

Le Ministre répond que cette question est réglée par l'article 142, § 1°, et par l'article 66, § 2. Ce dernier article permet de dispenser les intéressés de l'accomplissement d'un stage et l'article 142, § 1°, prévoit que l'Etat n'accordera dorénavant plus de subvention, toutes les subventions actuellement allouées étant remplacées par l'intervention prévue à l'article 121, 8°.

Un membre pose la question de savoir quelle sera la situation d'un étranger assuré obligatoire qui s'établit en Belgique.

Le Ministre répond que ce cas est réglé par les dispositions de l'article 146.

Un membre voudrait savoir quelle est la situation du milicien démobilisé qui tombe malade.

Le Ministre répond que ce cas peut être réglé, lui aussi, par le § 2 de l'article 66.

Un membre demande quelle est la situation du milicien qui, après le terme normal, accomplit encore trois mois de service à l'armée, conformément au régime prévu pour être autorisé à faire son service militaire en Belgique même. Sera-t-il admis, pendant ces trois mois, à bénéficier des avantages de l'assurance et quels sont, pendant la même période, les droits des personnes à sa charge?

Le Ministre déclare qu'indépendamment de la réponse à donner à la question de savoir si les trois mois visés doivent ou non être considérés comme une période durant laquelle le service militaire est accompli, tant les droits du titulaire que ceux des personnes à sa charge seront sauvegardés. Pour le titulaire, la dispositions du § 2 de l'article 66 peut être invoquée en tout état de cause; quant aux personnes à sa charge, les articles 21, 6°, et 69 prévoient la possibilité de leur assurer en tout cas et sans interruption le bénéfice des prestations médicales.

Een lid laat opmerken dat, in artikel 21, met name de categorieën worden bepaald van de rechthebbenden op geneeskundige verstrekkingen. Derhalve kan de Minister de voordelen van de verzekering aan geen andere categorieën toekennen.

De Minister antwoordt dat de lijst der rechthebbenden bij de wet bepaald moet worden. Er zijn trouwens geen andere categorieën die in aanmerking zouden komen.

Een lid vraagt of men gedacht heeft aan het geval van een kind dat wees is van moederszijde en door zijn vader niet is erkend ?

De Minister meent dat dergelijke gevallen kunnen opgenomen worden in de aanvullende wet.

Artikel 22.

Op dit artikel is volgend amendement ingediend :

« Het eerste lid van dit artikel te vervangen als volgt :

» Na raadpleging van de representatieve organisaties van de betrokken partijen, kan de Koning, bij een met redenen omkleed en in Ministerraad overlegd besluit, de werkingssfeer van deze wet geheel of gedeeltelijk verruimen ».

Dit amendement is als volgt verantwoord :

Het amendement wil de medewerking van alle betrokken organisaties verzekeren.

Dit amendement wordt met algemene stemmen verworpen.

In verband met de geneeskundige verzorging opgesomd onder artikel 22 en waarop de uitbreiding van de verzekering tot de zelfstandigen slaat, stelt een commissielid volgende vragen :

1° Hoe zal men de zorgen onder 1° onderscheiden van de algemene verzorging die voor andere aandoeningen worden verstrekt ?

2° Beoogt de opnemng in een ziekenhuis ook de aandoeningen die onder 1° worden opgesomd ?

3° Is het technisch comité waarvan sprake op het einde van artikel 22 een zelfde comité als de technische raden waar bij artikel 16 wordt in voorzien.

Dit commissielid dankt de regering voor het amenderen van artikel 22 in de zin zoals het thans werd opgesteld. Hij herinnert eraan — en dankt daarvoor reeds bij voorbaat — dat, wat de financiering van de verzekering voor de zelfstandigen betreft, de Regering de belofte heeft aangegaan vooraf tot raadplegingen met de betrokken beroepsverenigingen over te gaan.

Een ander commissielid stelt volgende vragen :

1° Is de opsomming van de zorgen die door de verzekering zullen beoogd worden, imperatief ?

2° Wat wordt verstaan onder de « behandeling » die beoogd wordt in het punt 1.

Un membre fait observer que l'article 21 détermine nommément les catégories des bénéficiaires des prestations médicales. Dès lors, le Ministre ne pourra accorder à aucune autre catégorie les avantages de l'assurance.

Le Ministre répond que la liste des bénéficiaires doit être arrêtée par la loi. On ne voit d'ailleurs aucune autre catégorie qui entrerait en ligne de compte.

Un commissaire demande si l'on a songé au cas de l'enfant orphelin de mère et non reconnu par son père.

Le Ministre estime que de tels cas peuvent être réglés dans la loi complémentaire.

Article 22.

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

« Remplacer le premier alinéa de cet article par le texte suivant :

» Moyennant consultation des organisations représentatives des parties intéressées, le Roi peut, par arrêté motivé et délibéré en Conseil des Ministres, étendre, en tout ou en partie, l'application de la présente loi. »

Cet amendement est justifié comme suit :

L'amendement tend à s'assurer la collaboration de toutes les organisations intéressées.

Cet amendement est rejeté à l'unanimité.

Un commissaire pose les questions suivantes relatives aux soins médicaux énumérés à l'article 22 et auxquels s'applique l'extension de l'assurance aux indépendants :

1. Comment distinguera-t-on les soins visés au 1° d'avec les soins généraux fournis pour d'autres affections ?

2. L'hospitalisation vise-t-elle également les affections énumérées au 1° ?

3. Le comité technique dont question in fine de l'article 22 est-il un comité analogue aux conseils techniques prévus à l'article 16 ?

L'intervenant remercie le Gouvernement d'avoir amendé l'article 22 dans le sens actuel. Tout en remerciant le Gouvernement d'avance, il rappelle que, pour ce qui est du financement de l'assurance des indépendants, le Gouvernement s'est engagé à procéder au préalable à des consultations avec les associations professionnelles intéressées.

Un autre commissaire pose les questions suivantes :

1° L'énumération des prestations de santé couvertes par l'assurance est-elle impérative ?

2° Que faut-il entendre par le terme « traitement » qui figure au point 1.

3° Lid 5 van artikel 22 beoogt de bijdragen voor de zelfstandigen. Artikel 22 bevat geen bepalingen voor de bijdragen van de andere verzekeringsgroepen waartoe de verzekering kan uitgebreid worden. Hoe zal dat probleem geregeld worden ?

4° Men heeft altijd beweerd dat om de nieuwe wet in voege te kunnen stellen, zij moest van kracht worden op de 1^{ste} januari van een bepaald jaar. Nochtans bepaalt artikel 22 dat de verzekering zal toegepast worden op de zelfstandigen vanaf 1 juli 1964. Hoe kunnen die twee tegenstrijdige verklaringen met mekaar verzoend worden ?

De Minister geeft toe dat de eerste vraag inderdaad een delicaat probleem doet rijzen, vermits, door het feit dat de verzekering slechts tot zekere welbepaalde aandoeningen wordt uitgebreid, men moet kunnen beschikken over ~~on~~duidingen die aanwijzen dat het wel degelijk om die aandoeningen gaat, en dat daardoor in een zekere mate het geneeskundig geheim zou kunnen geschonden worden.

Dat wil nochtans niet zeggen dat het onmogelijk zal zijn daaraan een oplossing te vinden. Het probleem bestaat inderdaad reeds voor het Speciaal Onderstandsfonds en ook daar heeft men, bij koninklijk besluit, maatregelen kunnen nemen om het geneeskundig geheim niet in het gedrang te brengen.

De Minister verklaart verder dat onder punt 3 eveneens de opname in een ziekenhuis voor de aandoeningen die onder 1 worden vermeld, voorzien is, en anderzijds dat geen onderscheid gemaakt wordt tussen de bevoegdheid van het technisch comité waarin de voorlaatste alinea van artikel 22 voorziet en de technische raden die in artikel 16 beoogd worden. De opsomming van de gezondheidsverstrekkingen van artikel 22 is imperatief. De betekenis van de term « behandeling » die onder punt 1 en in artikel 23, 6°, wordt gebruikt, zal overeenkomstig de bepalingen van artikel 121, 3°, bij koninklijk besluit worden bepaald. Het is juist dat artikel 22 alleen voor de zelfstandigen gewag maakt van de wijze van berekening en inning van de bijdragen. Dergelijke bepalingen vindt men niet voor de andere bevolkingsgroepen die in artikel 22 worden opgesomd.

Hun bijdragen zullen vastgesteld worden bij het koninklijk besluit dat overeenkomstig het tweede lid van artikel 22 zal genomen worden wanneer de verzekering voor geneeskundige verzorging tot hen wordt uitgebreid. Wat de uitbreiding van de verzekering tot de zelfstandigen op 1 juli 1964 betreft, geeft de Minister toe dat deze bepaling inderdaad aanleiding zal geven tot technische moeilijkheden die hij nochtans in samenwerking met de hoge raad voor de middenstand en de werkgroep belast met het bestuderen van het sociaal statuut van de zelfstandigen hoopt te kunnen oplossen.

Een ander commissielid wijst erop dat talrijke zelfstandigen nu reeds onderworpen zijn aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering, omdat zij loontrekkenden zijn. Hij vraagt of die zelfstandigen een andere bijdrage benevens die welke zij nu reeds betalen, zullen verschuldigd zijn. De Minister antwoordt dat dergelijke toestand reeds in de sectoren van de

3° L'alinéa 5 de l'article 22 vise les cotisations dues par les indépendants. L'article 22 ne contient aucune disposition relative aux cotisations dues par les autres groupes d'assurés auxquels l'assurance pourrait être étendue. Comment ce problème sera-t-il réglé ?

4° Il a toujours été affirmé que pour qu'une nouvelle loi puisse être mise en application, elle devait entrer en vigueur le 1^{er} janvier d'une année déterminée. Cependant, l'article 22 porte que l'assurance s'appliquera aux travailleurs indépendants à partir du 1^{er} juillet 1964. Comment peut-on concilier ces deux affirmations contradictoires ?

Le Ministre admet que la première question pose en effet un problème délicat, puisque le fait de n'étendre l'assurance qu'à certaines affections bien déterminées implique la nécessité de pouvoir disposer d'indications prouvant qu'il s'agit effectivement des affections en question et qu'il pourrait en résulter, dans une certaine mesure, une violation du secret médical.

Ceci ne signifie cependant pas qu'il sera impossible de trouver une solution à ce problème. Celui-ci se pose déjà pour le Fonds spécial d'Assistance : là aussi, les mesures nécessaires à la sauvegarde du secret médical ont pu être prises par arrêté royal.

Le Ministre ajoute que le 3° vise aussi l'hospitalisation pour le traitement des affections prévues au point 1 et que, d'autre part, il n'est pas fait de distinction entre la compétence du comité technique institué par l'avant-dernier alinéa de l'article 22 et les conseils techniques visés à l'article 16. L'énumération des prestations de santé reprise à l'article 22 est impérative. Quant à la portée du mot « traitement » au 1. et à l'article 23, 6°, elle sera déterminée par arrêté royal, en application de l'article 121, 3°. Il est exact que l'article 22 se limite à préciser le mode de calcul et de perception des cotisations pour les travailleurs indépendants. Aucune disposition similaire n'est prévue pour les autres catégories de personnes énumérées à l'article 22.

Au moment où l'assurance soins de santé sera étendue à ces catégories, l'arrêté royal à prendre conformément à l'alinéa 2 de l'article 22 fixera le montant des cotisations dont elles seront redevables. En ce qui concerne l'extension de l'assurance aux travailleurs indépendants à partir du 1^{er} juillet 1964, le Ministre reconnaît que cette disposition donnera lieu à des difficultés de caractère technique qu'il espère cependant pouvoir résoudre en collaboration avec le Conseil supérieur des classes moyennes et le Groupe de travail chargé de l'étude du statut social des travailleurs indépendants.

Un autre commissaire signale que, dès à présent, de nombreux travailleurs indépendants sont assujettis à la législation sur l'assurance obligatoire du fait qu'ils sont salariés. Il demande s'ils seront redevables d'une cotisation supplémentaire, outre celle qu'ils paient actuellement. Le Ministre répond que pareille situation se présente dès maintenant dans les secteurs des

pensioenen en van de kinderbijslag bestaat en dat het probleem opgelost zal worden na raadpleging van de betrokkenen.

Een ander commissielid vraagt of de termen « zal omvatten » van het derde lid van artikel 22 betekenen dat alleen die gezondheidsverstrekkingen zullen verzekerd zijn met uitsluiting van alle andere, behalve diegene die in het vierde lid worden bedoeld en of, om de verzekering van de zelfstandigen tot andere zorgen uit te breiden, een wet zal nodig zijn.

De Minister beaamt dit standpunt.

Een commissielid vraagt of het Rijk de bijdragen van de zelfstandigen zal subsidiëren in verhouding met de subsidie die toegezegd wordt aan de verzekering van de loontrekkenden.

De Minister verklaart dat zulks inderdaad het geval zal zijn.

Artikel 22 wordt aangenomen met algemene stemmen.

Artikel 23.

Op dit artikel is volgend amendement ingediend :

« Het eerste lid te vervangen als volgt :

» De geneeskundige verstrekkingen bestaan met name uit : ».

Dit amendement wordt met algemene stemmen verworpen.

Een commissielid stelt volgende vragen :

1° In de vierde alinea van artikel 22 wordt gewag gemaakt van « speciale zorgen ». Die term vindt men niet terug in artikel 23. Welk is dan de betekenis van « speciale zorgen » ?

2° De verstrekkingen die beoogd worden onder punt 6 van artikel 23 worden thans in bepaalde voorwaarden ten laste genomen door het Speciaal Onderstandsfonds. Zal de verplichte verzekering voortaan al die lasten dragen en zal het Speciaal Onderstandsfonds suppletief worden ?

3° In artikel 23, 7°, wordt de « opneming in een ziekenhuis » beoogd. Welk is de betekenis van de term « opneming in een ziekenhuis » ? Zal de verplichte verzekering tussenkomen wanneer een zieke voor de behandeling van een chronische aandoening in een hospitaal wordt opgenomen ?

De Minister antwoordt als volgt :

1° De « speciale zorgen » zijn die welke bedoeld worden onder punt 3 van artikel 23;

2° Overeenkomstig artikel 121, 3°, zal een koninklijk besluit bepalen wat onder « behandeling » van de sociale ziekten dient verstaan.

Thans is het zo dat de tegemoetkoming van het Speciaal Onderstandsfonds samen kan gevoegd wor-

pensions et des allocations familiales et que la question sera résolue après consultation des intéressés.

Un commissaire demande si par le terme « couvrira » à l'alinéa 3 de l'article 22, il faut entendre que seules ces prestations de santé seront assurées, à l'exclusion de tous les autres, sauf celles prévues à l'alinéa 4°, et si une loi sera nécessaire pour pouvoir étendre l'assurance des travailleurs indépendants à d'autres prestations de santé.

Le Ministre confirme cette interprétation.

Un commissaire demande si les subventions de l'Etat destinées à compléter les cotisations payées par les travailleurs indépendants seront proportionnelles à celles octroyées en faveur de l'assurance des salariés.

Le Ministre déclare qu'il en sera effectivement ainsi.

L'article 22 est adopté à l'unanimité.

Article 23.

Un commissaire a déposé un amendement rédigé en ces termes :

« Remplacer l'alinéa premier de cet article par le texte suivant :

» Les prestations de santé comprennent notamment : ».

Cet amendement est rejeté à l'unanimité.

Un commissaire pose les questions suivantes :

1° A l'alinéa 4 de l'article 22, il est question des « soins spéciaux ». Cette expression ne se retrouve pas à l'article 23. Que faut-il entendre par « soins spéciaux » ?

2° Les prestations visées au 6° de l'article 23 sont actuellement prises en charge, sous certaines conditions, par le Fonds spécial d'Assistance. L'assurance obligatoire supportera-t-elle dorénavant toutes ces charges et le Fonds spécial d'assistance n'aura-t-il plus qu'un rôle supplétif ?

3° Le 7° de l'article 23 vise l'« hospitalisation ». Quel est le sens de ce terme ? L'assurance obligatoire interviendra-t-elle lorsqu'un malade sera hospitalisé pour le traitement d'une affection chronique ?

Le Ministre répond comme suit :

1° Les « soins spéciaux » sont ceux que vise le 3° de l'article 23.

2° En vertu du 3° de l'article 121, un arrêté royal déterminera ce qu'il faut entendre par « traitement » des maladies sociales.

Le régime actuel permet de cumuler l'intervention du Fonds spécial d'assistance avec celle de l'assurance

den met die van de verplichte verzekering. Dat is zodanig waar dat op dit ogenblik 4/5 van de uitgaven van het Speciaal Onderstandsfonds gedaan worden voor verplichte verzekerden die als behoeftigen moeten beschouwd worden, precies omdat de tegemoetkomingsbedragen van de verplichte verzekering te laag zijn of omdat de verplichte verzekering helemaal niet tussenkomt.

Het wetsontwerp legt de verplichte verzekering de volledige last van de bedoelde behandeling op. Het Speciaal Onderstandsfonds zal derhalve niet meer behoren tussen te komen voor de sociaal verzekerden.

3° Opneming in een ziekenhuis is gerechtvaardigd en de verplichte verzekering verleent bijgevolg tegemoetkoming wanneer de diagnose niet ambulante kan worden gesteld of wanneer de behandeling niet ambulante kan worden toegepast.

Een commissielid is verwonderd dat in de opsomming van artikel 23 de hulp die vereist is wegens revalidatie of wegens herscholing werd opgenomen. Hij vraagt wat er in die omstandigheden gewordt van het Fonds voor sociale reclassering van de minder-validen en van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening die eveneens een dergelijke dienst heeft. Hij vraagt bovendien waarom artikel 23 niet in de preventieve geneeskunde voorziet. De Minister antwoordt dat de bepalingen van artikel 23, 8° en 9°, geen afbreuk doet aan de eigen bevoegdheid van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening en van het Fonds voor sociale reclassering van de minder-validen en verwijst in dat verband naar de memorie van toelichting van het wetsontwerp.

Wat de preventieve geneeskunde betreft, verwijst hij naar het antwoord dat hij reeds gaf tijdens de algemene bespreking.

Een commissielid vraagt waarom in artikel 23 de verstrekkingen verleend door kinderverpleegsters niet worden opgenomen. Hij geeft toe dat hun bekwaamheid weliswaar kleiner is dan die van de verpleegsters, maar toch groter dan die van verzorgsters en ziekenoppassers. De Minister antwoordt dat de wettelijke beschikkingen betreffende de nursing, wel de verzorgsters en de ziekenoppassers en ook de verplegers beogen, maar niet de kinderverpleegsters.

Een commissielid is de mening toegedaan dat de term « algemeen geneeskundige » een neologisme is en liefst zou vervangen worden door « huisarts ».

Artikel 23 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 24.

Dit artikel wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 25.

Een amendement strekt ertoe in § 1 van dit artikel de woorden « niet verhoogde » te doen wegvallen derwijze dat de tegemoetkoming van de geneeskundige verzorgingsverzekering 75 % zou kunnen bedragen van de honoraria die door de gewestelijke overeenkomsten worden vastgesteld in het geval die honoraria hoger zouden zijn dan die welke door de nationale overeenkomst werden bepaald.

obligatoire. C'est tellement vrai qu'à présent, les 4/5 des dépenses du Fonds spécial d'assistance sont effectuées en faveur d'assurés obligatoires considérés comme indigents, précisément parce que les taux d'intervention de l'assurance obligatoire sont trop faibles ou parce que l'assurance obligatoire n'accorde aucune intervention.

Le projet de loi impose la charge de ce traitement à l'assurance obligatoire. Dès lors, le Fonds spécial d'assistance n'aura plus à intervenir pour les assurés sociaux.

3° L'hospitalisation sera justifiée et l'assurance obligatoire interviendra donc lorsque le diagnostic ne pourra pas être posé de façon ambulatoire ou quand le traitement ne pourra pas être appliqué de façon ambulatoire.

Un commissaire s'étonne de voir figurer, dans l'énumération de l'article 23, les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle et les prestations nécessitées par la rééducation professionnelle. Il demande ce qu'il advient, dans ces conditions, du Fonds de Reclassement social des Handicapés et de l'Office national de l'Emploi, qui comprend également un service similaire. Il demande aussi pourquoi l'article 23 ne dit rien de la médecine préventive. Le Ministre répond que les dispositions de l'article 23, 8° et 9°, ne portent pas préjudice à la compétence propre de l'Office national de l'Emploi et du Fonds de Reclassement social des Handicapés et, à cet égard, il se réfère à l'exposé des motifs du projet de loi.

Pour ce qui est de la médecine préventive, il renvoie à la réponse qu'il a déjà faite au cours de la discussion générale.

Un commissaire demande pourquoi les soins donnés par les puéricultrices ne sont pas repris à l'article 23. Si leur qualification est inférieure à celle des infirmières, elle est cependant supérieure à celle des soigneuses et des gardes-malades. Le Ministre répond que les dispositions légales relatives au nursing visent les soigneuses et les gardes-malades et aussi les infirmières, mais non les puéricultrices.

Un commissaire estime que les termes « médecins de médecine générale » constituent un néologisme, qu'il serait préférable de remplacer par « médecin de famille ».

L'article 23 est adopté à l'unanimité.

Article 24.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 25.

Un amendement tend à supprimer, au § 1 de cet article, les mots « non majorés », afin que l'intervention de l'assurance-soins de santé puisse couvrir 75 % des honoraires fixés par les conventions régionales au cas où ces honoraires seraient supérieurs à ceux qui ont été prévus par la convention nationale.

De Minister merkt op dat de bedoeling van artikel 25, § 1 precies is 75 % van de honoraria terug te betalen, zowel voor de honoraria die bij de nationale overeenkomst worden vastgesteld, als van diegene die door de gewestelijke overeenkomsten worden vastgelegd.

Het amendement wordt ingetrokken.

Een commissielid vraagt of voor de toepassing van gewestelijke tarieven de woonplaats van de geneesheer, dan wel de woonplaats van de verzekerde determinerend zal zijn. Hij vraagt eveneens of de tarieven die door de overeenkomsten zullen vastgelegd worden, bindend zijn voor de vrije verzekering.

De Minister antwoordt dat de woonplaats van de geneesheer moet bepalen welke tarieven worden toegepast en doet opmerken dat de wet alleen de verplichte verzekering regelt, en bijgevolg de overeenkomsten de geneesheren alleen binden voor de verplichte verzekering.

Een commissielid vraagt toelichting betreffende de draagwijdte van de termen « behoudens wanneer de honoraria voor die hulp door de verzekering forfaitair worden betaald » van het tweede alinea van § 1 van artikel 25.

De Minister antwoordt dat het om de gevallen gaat die beoogd zijn in artikel 29, § 4.

Een commissielid vraagt waarom de woorden « moet worden gevorderd » die aanvankelijk voorkwamen in het tweede lid van artikel 25 vervangen werden door de woorden « is eisbaar ». De Minister verklaart dat tijdens de onderhandelingen met de geneesheren, deze gevraagd hadden dat het matigingsticket in elk geval zou worden opgelegd, zulks om te voorkomen dat tot oneerlijke concurrentie zou kunnen worden overgegaan. Nochtans heeft de Commissie van de Kamer vastgesteld dat de geneesheer die om humanitaire redenen in bepaalde gevallen het matigingsticket niet zou opleggen, in overtreding zou zijn met de bepalingen van artikel 25 en dat bijgevolg, strikt genomen zou kunnen beweerd worden dat op hen de sancties toepasselijk zijn waarin het ontwerp voorziet, waardoor te kennen gegeven wordt dat de geneesheer in elk geval een matigingsticket mag opleggen.

Een commissielid meent uit de bepalingen van paragraaf 2 van artikel 25 te moeten opmaken dat de apothekers slechts een gedeelte van de kosten van de verstrekking aan de rechthebbende zal mogen aanrekenen, waardoor bijgevolg het stelsel van de derde betaler veralgemeend wordt. De Minister antwoordt dat de betekenis van § 2 van artikel 25 alleen is dat de verzekering niet volledig de lasten zal dragen van de verstrekkingen die erin bedoeld zijn, en dat die bepaling geenszins aanleiding geeft tot veralgemening van het stelsel van de derde betaler. Hij verwijst in dat verband naar de bepalingen van par. 3 van artikel 25 en van § 1 van artikel 32.

In verband met het derde lid van 4 van artikel 25 verheugt een commissaris er zich om dat in bepaalde gevallen het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering zal kunnen opgevoerd worden, maar hij betreurt dat daarom een beroep zal moeten gedaan op de medische adviseur.

Le Ministre fait observer que le but du § 1 de l'article 25 est précisément de faire rembourser 75 % des honoraires, tant pour les honoraires fixés par la convention nationale que pour ceux qui le font par les conventions régionales.

L'amendement est retiré.

Un commissaire pose la question de savoir si, pour l'application des tarifs régionaux, c'est le domicile du médecin ou celui de l'assuré qui sera déterminant. Il aimerait également savoir si les tarifs à fixer par les conventions seront obligatoires pour l'assurance libre.

Le Ministre répond que c'est le domicile du médecin qui déterminera les tarifs à appliquer et il fait observer que la loi se borne à régler l'assurance obligatoire et que, par conséquent, les conventions ne lient les médecins que pour celle-ci seulement.

Un commissaire voudrait obtenir des précisions sur la portée des termes « sauf lorsque les honoraires relatifs à ces soins sont payés forfaitairement par l'assurance », qui figurent à l'alinéa 2 du § 1 de l'article 25.

Le Ministre répond qu'il s'agit des cas visés au § 1 de l'article 29.

Un commissaire demande pourquoi les mots « doit être exigée », qui figuraient dans le texte initial de l'alinéa 2 de l'article 25, ont été remplacés par les mots « est exigible ». Le Ministre déclare qu'au cours des pourparlers avec les médecins, ceux-ci avaient demandé que le ticket modérateur soit imposé dans chaque cas, afin d'empêcher toute concurrence déloyale. Cependant, la Commission de la Chambre a constaté que le médecin qui, pour des raisons humanitaires, n'imposerait pas le ticket modérateur dans certains cas, contreviendrait aux dispositions de l'article 25 et que, par conséquent, on pourrait, à strictement parler, prétendre que les sanctions prévues par le projet de loi lui seraient applicables. C'est pourquoi l'expression « doit être exigée » a été remplacée par les mots « est exigible », afin de signifier que le médecin peut imposer un ticket modérateur dans tous les cas.

Un commissaire croit devoir déduire des dispositions du § 2 de l'article 25 que le pharmacien ne pourra réclamer qu'une partie du coût de la prestation aux bénéficiaires, ce qui aura pour effet de généraliser le système du tiers payant. Le Ministre répond que le § 2 de l'article 25 signifie simplement que l'assurance ne supportera pas la totalité de la charge des prestations qu'il vise et que cette disposition n'entraîne d'aucune façon une généralisation du système du tiers payant. A ce propos, il renvoie aux dispositions du § 3 de l'article 25 et du § 1^{er} de l'article 32.

A l'alinéa 3 du § 4 de l'article 25, un commissaire se félicite du fait que, dans certains cas, le taux de l'intervention de l'assurance pourra être majoré, mais il regrette qu'à cet effet, il faudra avoir recours au médecin-conseil.

Hij vreest dat men steeds op de medische adviseur zal beroep doen en vreest dat deze nooit zal kunnen weigeren omdat hij niet opgewassen is tegen de professoren van de universiteiten. Hij vreest bovendien dat tussen de medische adviseurs en bepaalde professoren een verstandhouding zal kunnen ontstaan betreffende het bepalen van het percentage van verhoging.

De Minister antwoordt dat de bepaling die bedoeld wordt een dubbele betekenis heeft, wanneer men ze in verband brengt met de bepaling van artikel 29, § 3. Door deze laatste bepaling wil men vermijden de bijzonder bekwame geneesheren de eerbiediging op te leggen van de algemeen geldende honoraria-tarieven. De verzekering kan er zich nochtans niet formeel toe verplichten het bedrag van haar tegemoetkoming af te stemmen op het bedrag van de honoraria die deze bijzonder bekwame geneesheren zouden aanrekenen, en zeker niet in die gevallen waarin het beroep op die bijzonder bekwame geneesheer niet absoluut aangewezen was. Daarom wordt voorzien dat alleen wanneer de medische adviseur verklaart dat het beroep op die geneesheer nodig was, een hogere tegemoetkoming van de verzekering verleend wordt.

De medische adviseurs moeten hun rol goed begrijpen en de verhoging van de tegemoetkoming slecht toestaan wanneer zulks aangewezen is.

— Artikel 25 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 26.

Dit artikel wordt met algemene stemmen aanvaard.

Artikel 27.

Dit artikel wordt met algemene stemmen aanvaard.

Artikel 28.

Een commissaris stelt volgende vragen :

1° Waarom sluit het bestaan van de nationale overeenkomst het afsluiten van gewestelijke overeenkomsten uit; het is nochtans zo dat gewestelijke overeenkomsten bepaalde particulariteiten van de streek zouden kunnen regelen.

2° Waarom wordt met de verplegingsinrichtingen alleen een nationale overeenkomst voorzien. Is het niet zo en blijkt niet uit verklaringen die in de commissie werden afgelegd, dat de verzekeringsorganismen op gewestelijk plan nochtans bepaalde kwesties rechtstreeks met de verplegingsinrichtingen regelen.

3° Betekent artikel 33 niet dat wanneer in één enkele streek een gewestelijke overeenkomst werd afgesloten, het afsluiten van individuele overeenkomsten met de geneesheren van andere landstreken onmogelijk wordt.

4° Waarom is geen termijn voorzien waarbinnen gewestelijke overeenkomsten dienen afgesloten te worden ?

Il redoute que l'on ne fasse chaque fois appel au médecin-conseil et que celui-ci ne puisse jamais opposer un refus parce qu'il se trouve dans une position d'infériorité par rapport aux professeurs d'université. L'intervenant craint en outre qu'entre les médecins-conseils et certains professeurs, il ne s'établisse une entente quant à la fixation du pourcentage de la majoration.

Le Ministre répond que la disposition visée a une double signification, lorsqu'on la met en rapport avec la disposition énoncée au § 3 de l'article 29. Par cette dernière disposition, on entend éviter d'imposer aux médecins particulièrement qualifiés le respect des tarifs d'honoraires d'application courante. Cependant, l'assurance ne peut s'engager formellement à déterminer le taux de son intervention d'après celui des honoraires qu'exigeraient ces médecins particulièrement qualifiés, et certainement pas dans les cas où il ne serait pas absolument nécessaire de faire appel à eux. C'est pourquoi il est prévu que l'assurance n'accordera une intervention plus élevée que lorsque le médecin-conseil aura constaté la nécessité du recours à un tel médecin.

Il faut que les médecins-conseils aient une compréhension exacte de leur mission et qu'ils n'autorisent la majoration de l'intervention que lorsqu'elle s'impose.

— L'article 25 est adopté à l'unanimité.

Article 26.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 27.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 28.

Un commissaire pose les questions suivantes :

1. Pourquoi l'existence de la convention nationale exclut-elle la conclusion de conventions régionales; les conventions régionales pourraient, en effet, régler certains cas particuliers à la région ?

2. Pourquoi prévoit-on seulement une convention nationale pour les établissements hospitaliers ? N'est-il pas vrai et ne résulte-t-il pas des déclarations faites en commission que les organismes assureurs règlent néanmoins certaines questions directement avec les établissements hospitaliers sur le plan régional ?

3. L'article 33 ne signifie-t-il pas que, lorsque dans une seule région, une convention régionale a été conclue, la conclusion de conventions particulières avec des médecins d'autres régions devient impossible ?

4. Pourquoi n'a-t-on prévu aucun délai pour la conclusion des conventions régionales ?

De Minister beantwoordt deze vragen als volgt :

1° De geneesheren hebben geëist dat, wanneer een nationale overeenkomst afgesloten wordt, geen gewestelijke overeenkomsten kunnen worden afgesloten. Nochtans hebben zij aanvaard dat de nationale overeenkomst bepaalde beschikkingen zou kunnen behelzen die alleen toepasselijk zijn op sommige streken.

2° De nationale overeenkomst bestaat en niets laat vermoeden dat het in de toekomst anders zal zijn. Bovendien laat artikel 33 toe tot het afsluiten van individuele overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen te komen indien de nationale overeenkomst moest vervallen.

3° De gewestelijke overeenkomst geldt vanzelfsprekend alleen voor die streek waarvoor zij afgesloten werd. In de andere streken waar men niet tot een gewestelijke overeenkomst kwam, is het afsluiten van individuele overeenkomsten dan natuurlijk nog mogelijk.

4° Dat geen termijn bepaald werd voor het afsluiten van de gewestelijke overeenkomsten heeft een dubbele reden :

a) — om ze op gelijk welk ogenblik mogelijk te maken en

b) — om het afsluiten van de individuele overeenkomsten niet te vertragen.

Een commissaris merkt op dat artikel 28 niet bepaalt hoe de commissies zullen samengesteld zijn die over de gewestelijke overeenkomsten zullen onderhandelen.

Hij vraagt, of naar het oordeel van de minister, de gewestelijke overeenkomst zal beschouwd worden als bestaande, wanneer b.v. slechts 30 % van de geneesheren van het gewest tot die overeenkomst zouden toetreden en vraagt bovendien of de overeenkomst dan bindend zou zijn voor de geneesheren die haar ondertekenden.

De Minister antwoordt dat de commissies die over de gewestelijke overeenkomsten zullen onderhandelen, samengesteld zijn op dezelfde wijze als de commissie die over de nationale overeenkomst zal onderhandelen met dien verstande nochtans, dat de vertegenwoordigers van de geneesheren zullen aangeduid worden door de gewestelijke beroepsverenigingen. Hij is van mening dat de gewestelijke overeenkomst moet beschouwd worden als bestaande wanneer ze ondertekend werd door de vertegenwoordigers van de gewestelijke beroepsverenigingen en dat de geneesheren die haar onderschreven de overeenkomst dienen te eerbiedigen.

Een amendement dat ertoe strekt de woorden « de maand » te vervangen door « zes maanden » wordt met algemene stemmen verworpen.

Artikel 29.

Op dit artikel zijn volgende amendementen ingediend :

Le Ministre donne les réponses suivantes :

1. Les médecins ont exigé qu'en cas de conclusion d'une convention nationale, aucune convention régionale ne puisse intervenir. Ils ont toutefois admis que la convention nationale pourrait comprendre des dispositions exclusivement applicables à certaines régions.

2. La convention nationale existe et rien ne permet de supposer qu'il en sera autrement à l'avenir. L'article 33 permet, en outre, la conclusion de conventions particulières avec les établissements hospitaliers, si la convention nationale n'a pu être établie.

3. Il est évident que la convention régionale ne s'appliquera qu'à la région pour laquelle elle a été conclue. Mais il va de soi que la conclusion de conventions particulières reste possible dans les autres régions où l'on n'a pas abouti à une convention régionale.

4. Aucun délai n'est prévu pour la conclusion des conventions régionales, ce pour un double motif :

a) afin qu'elles puissent intervenir à tout moment, et

b) pour ne pas retarder la conclusions des conventions particulières.

Un commissaire fait remarquer que l'article 28 ne prévoit pas comment seront composées les commissions qui seront chargées de négocier les conventions régionales.

Il demande au Ministre s'il estime que la convention régionale pourra être censée exister dans l'hypothèse où par exemple 30 % à peine des médecins de la région s'y rallieraient et si la convention serait alors obligatoire pour les médecins qui l'auraient signée.

Le Ministre répond que les commissions chargées de négocier les conventions régionales seront composées de la même manière que celle qui négociera la convention nationale, à cette différence près que les représentants des médecins seront désignés par les organisations professionnelles régionales. Il est d'avis que la convention régionale doit être considérée comme existante lorsqu'elle a été signée par les représentant des organisations professionnelles régionales et que les médecins qui s'y sont ralliés doivent la respecter.

Un amendement tendant à remplacer le mot « le mois » par « les 6 mois » est rejeté à l'unanimité.

Article 29.

A cet article, les amendements suivants ont été déposés :

a) Paragraaf 6 van dit artikel aan te vullen als volgt :

« Op voorwaarde dat hun bruto-inkomsten niet hoger liggen dan 50.000 frank per jaar. Voor de inkomsten-tranche begrepen tussen 50 en 150.000 frank worden de kosten van de verstrekking gedekt door het verzekeringstegemoetkoming die wordt vastgesteld op 100 % van de bij overeenkomsten vastgestelde tarieven.

» Deze bepaling is niet van toepassing op de personen wier jaarlijks bruto-inkomen 150.000 frank te boven gaat. »

Dit amendement wordt als volgt verantwoord :

Het zou niet billijk zijn de geneesheren te verplichten zich naar deze bepalingen te voegen wanneer de in artikel 21 bedoelde personen gegoed zijn.

b) In § 8, derde lid, van dit artikel de laatste volzin te doen vervallen.

Dit amendement wordt als volgt verantwoord :

Men moet de zieken de vrije keus laten inzake de kosten die zij in geval van ziekenhuisverpleging wensen te maken.

Deze amendementen worden met algemene stemmen verworpen.

Een commissaris onderstreept dat, krachtens de bepalingen van par. 6, de last van de kosteloze verzorging van de gepensioneerden, de weduwen, de invaliden en de wezen door de geneesheren gedragen wordt. Hij wijst erop dat bepaalde geneesheren geen, en andere veel zulke patiënten hebben.

In verband met par. 8, alinea 2 dringt hij erop aan opdat men niet te vlug zijn geduld zou verliezen bij de onderhandelingen voor het vaststellen van het aantal « vrije » raadplegingen om het afsluiten van overeenkomsten niet in het gedrang te brengen.

De Minister antwoordt dat de geneesheren reeds in 1956 akkoord waren met de kosteloosheid van de geneeskundige verzorging voor weduwen, wezen, gepensioneerden en invaliden. Hij onderlijnt dat de geneesheren dergelijke voorstellen zelf deden in het « witboek » dat zij publiceerden en dat zij akkoord waren over de bepalingen die desaangaande opgenomen waren in het overeenkomstenprotocol. Hij vestigt er anderzijds de aandacht op dat de geneeskundige verzorging aan de betrokkenen voor de geneesheren gecompenseerd wordt door een verhoging van de bij overeenkomst vast te stellen honoraria.

Wat par. 8 betreft, wijst de Minister erop dat de initiale tekst veranderd werd, precies om het afsluiten van overeenkomsten te vergemakkelijken, maar hij is anderzijds de mening toegedaan dat men niet mag toelaten dat de geneesheren alleen zouden convenioneren voor hun activiteit in de hospitaal en niet voor hun privé-consultaties.

Een ander amendement strekt ertoe in par. 8 het tweede en het derde lid te doen vervallen en par. 9 eveneens te schrappen. In verband met dit amende-

a) compléter le § 6 de cet article par ce qui suit :

« A condition que leurs revenus bruts ne dépassent pas 50.000 francs par an. Pour la tranche de revenus comprise entre 50 et 150.000 francs, le coût de la prestation est couvert par l'intervention de l'assurance qui est fixée à 100 % des tarifs conventionnels.

« La présente disposition n'est pas applicable aux personnes dont le revenu brut annuel est supérieur à 150.000 francs. »

Cet amendement est justifié comme suit :

Il ne serait pas équitable que les médecins soient contraints de se conformer à ces dispositions lorsque les personnes visées à l'article 21 se trouvent dans l'aisance.

b) Dans l'alinéa 3 du § 8 de cet article supprimer la dernière phrase.

Cet amendement est justifié comme suit :

Il faut laisser aux malades la liberté de choisir les frais auxquels ils désirent s'exposer en cas d'hospitalisation.

Ces amendement sont rejetés à l'unanimité.

Un commissaire souligne qu'en vertu des dispositions du § 6, la charge des soins gratuits donnés aux pensionnés, veuves, invalides et orphelins sera supportée par les médecins. Il signale que certains médecins soignent beaucoup de malades de cette catégorie alors que d'autres médecins n'en ont pas.

A propos du § 8, alinéa 2, il insiste pour qu'on ne perde pas trop vite patience au cours des négociations tendant à fixer le nombre des consultations « libres », ceci afin de ne pas compromettre la conclusion des conventions.

Le Ministre répond qu'en 1956 déjà, les médecins s'étaient ralliés au principe de la gratuité des soins. Il souligne que les médecins avaient pris eux-mêmes l'initiative de ces propositions dans le « livre blanc » qu'ils publièrent à l'époque et qu'ils étaient d'accord sur les dispositions y afférentes reprises dans le protocole. D'autre part, il attire l'attention de la commission sur le fait que la charge pour les soins médicaux aux veuves, pensionnés et invalides est compensée par une majoration des honoraires à fixer conventionnellement.

Quant au § 8, il a été modifié précisément pour faciliter la conclusion de conventions, mais d'un autre côté il estime que l'on ne peut permettre aux médecins d'adhérer aux conventions pour leur prestations dans les hôpitaux seulement, à l'exclusion de leurs consultations privées.

Un autre amendement tend à supprimer les 2° et 3° alinéas du § 8 et à supprimer aussi le § 9. A propos de cet amendement, un commissaire demande

ment stelt een commissaris de vraag waarover hij de overeenkomsten dan nog wel zal moeten onderhandeld worden als al deze bepalingen reeds in de wet worden opgenomen.

Hij weet wel dat de onderhandelaars al wat in deze bepalingen voorzien is, zullen moeten ondergaan, maar is daarom nog niet van mening dat de wet ze behoort te voorzien. Hij wijst erop dat overeenkomsten gemakkelijker kunnen gewijzigd worden dan wetten. Hij vreest dat een te groot onderscheid tussen « vrije » en « geconventioneerde » raadplegingen tot bepaalde wan-toestanden zou kunnen leiden en waar hij van mening is dat de zieke die verkiest in een éénpersoonkamer te worden opgenomen, daarvoor ook een hogere prijs behoort te betalen, zulks nog geen reden mag zijn om hem voor de behandeling die hij tijdens zijn opneming in het ziekenhuis moet ondergaan, eveneens een hoger honorarium te doen betalen.

Wat par. 9 betreft, rechtvaardigt hij het amendement door erop te wijzen dat het, sinds lang, de bestendige bekommernis is om dergelijke bepalingen uit de sociale wetgeving te doen verdwijnen en hij is van oordeel dat het honorarium dat door geneesheren mag aangerekend worden, niet moet beïnvloed worden door de inkomsten waarover de zieken beschikken. De Minister stelt vast dat de vorige commissaris een beroep deed op de rede en dat nu een beroep wordt gedaan op het hart. Hij wijst erop dat het inlassen in in de wet van bepalingen die het mogelijk maken bijzondere beschikkingen in de overeenkomsten op te nemen, precies voorzien werd om het afsluiten van die overeenkomsten met de geneesheren te vergemakkelijken.

Het amendement wordt ingetrokken en artikel 29 met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 30.

Dit artikel wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 31.

Een amendement strekt ertoe dit artikel aan te vullen met een nieuwe par. 5, luidende als volgt :

« De Minister van volksgezondheid en van het gezin verleent per ziekenhuisverpleegdag aan de verplegingsinrichtingen die een overeenkomst hebben gesloten een vergoeding die overeenstemt met het verschil tussen het bedrag van de verpleegdag en dat van de tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen ».

Dat amendement wordt met algemene stemmen verworpen.

Een commissaris vraagt door wie het verpleegdagbedrag waarvan in par. 1 sprake is, moet worden vastgesteld, en wie de afwijkingen bepaalt waarvan in par. 3 sprake is.

De Minister antwoordt dat het bedrag van de verpleegdag bij de overeenkomst zal worden bepaald, maar dat daarbij rekening zal gehouden worden met het bedrag dat vastgesteld wordt in uitvoering van de wet op de hospitalen waarvan tijdens de vergaderin-

ce qui reste à négocier dans la convention, si toutes ces dispositions figurent déjà dans la loi.

Il n'ignore pas que les négociateurs devront se soumettre à tout ce qui est prévu par ces dispositions, mais il n'estime pas pour autant qu'on doive les consigner dans la loi. Il fait valoir qu'il est plus facile de modifier des conventions que des lois. Il craint qu'une distinction trop poussée entre consultations « libres » et « conventions » n'aboutisse à certains abus et bien qu'il lui semble normal que le malade qui désire occuper une chambre à un lit doive payer un prix plus élevé, il n'y voit aucune raison de lui porter aussi en compte des honoraires plus élevés pour le traitement qu'il doit subir au cours de son hospitalisation.

En ce qui concerne le § 9, il justifie l'amendement en soulignant que depuis longtemps la disparition de telles dispositions de la législation est devenue une préoccupation constante, d'autre part, les honoraires réclamés par les médecins ne peuvent pas, à son sens, être influencés par les revenus dont le malade dispose.

Le Ministre constate que l'intervenant précédent avait lancé un appel à la raison et que, maintenant on lance un appel aux sentiments.

Il signale que l'insertion dans la loi de dispositions qui doivent permettre de prévoir des stipulations particulières dans les conventions, est précisément destinée à faciliter la conclusion de telles conventions avec les médecins.

L'amendement est retiré et l'article 29 est adopté à l'unanimité.

Article 30.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 31.

Un amendement tend à compléter cet article par un § 5 nouveau, libellé comme suit :

« § 5. — Aux institutions hospitalières qui ont conclu une convention, le Ministre de la Santé publique et de la Famille accorde par journée d'hospitalisation une indemnité correspondant à la différence entre le taux de la journée d'entretien et le montant de l'intervention des organismes assureurs ».

Cet amendement est rejeté à l'unanimité.

Un commissaire demande qui sera chargé de fixer le taux de la journée d'entretien dont il est question au § 1^{er}, et qui sera chargé d'accorder les dérogations visées au § 3.

Le Ministre répond que le taux de la journée d'entretien sera déterminé conventionnellement, mais qu'il sera tenu compte, en outre, du taux arrêté en exécution de la loi relative aux établissements hospitaliers, dont il a été fait état au cours des séances de la com-

gen van de commissie sprake was. Wat de afwijkingen betreft, onderlijnt hij dat deze omschreven worden in par. 3 zelf, maar dat bij de overeenkomst de prijzen zullen bepaald worden die mogen aangerekend worden wanneer de verzekerden vragen in een één-persoonskamer te worden opgenomen wanneer hun gezondheidstoestand zulks niet vergt.

Een commissaris herinnert eraan dat sommige geneesheren geen toegang hebben tot bepaalde hospitalen b.v. van commissies van openbare onderstand, en dat de verzekerden die zich tot een van deze geneesheren hebben gewend, die geneesheer moeten volgen naar de kliniek die door hem wordt aanbevolen en waar de prijs van de verpleegdag misschien hoger is. Hij vraagt of deze verzekerden niet het slachtoffer kunnen worden van die toestanden.

De Minister antwoordt dat wanneer het ontwerp op de hospitalen zal toegepast zijn, de volledige prijs van de onderhoudsdag zal terugbetaald worden door het samenvoegen van de tussenkomst van de verzekering en de toelagen die door het Ministerie van Volksgezondheid wordt verleend en dat bijgevolg bedoelde verzekerden geen nadeel zullen ondergaan.

— Artikel 31 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 32, 33 en 34.

— De artikelen 32, 33 en 34 worden zonder bespreking met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 35.

Een commissaris doet in verband met de bepalingen van dit artikel en van artikel 36 opmerken dat zij betrekking hebben op een deel van de deontologie van de geneesheer. Hij stelt zich de vraag waarom het waken op de toepassing van deze bepalingen niet zou toevertrouwd worden aan de Orde van de geneesheren.

Hij vreest inderdaad dat een dubbele visie op de deontologie zal ontstaan : de ene van de Orde van de geneesheren, de andere van de organen die krachtens het wetsontwerp voor de controle instaan.

De Minister antwoordt dat deze bepalingen zeer weinig te maken hebben met de deontologie. De verplichtingen, vooral die van lid 2 van artikel 35, belangen vooral de verzekering aan alware het maar om de controle mogelijk te maken. Wat lid 1 van artikel 35 betreft, niets vermindert de bevoegdheid van de Orde van de geneesheren en die bepaling sluit zeker niet in dat het beoordelen van fouten die op medisch gebied begaan werden, zou onttrokken worden aan de bevoegdheid van de Orde.

In verband met de bepalingen aangaande het schriftelijk verslag van artikel 36 stelt een commissaris de vraag wie de betwistingen zal beslechten die zouden oprijzen tussen een medische adviseur en een geneesheer-specialist in geval de medische adviseur van mening is dat het schriftelijk verslag geen aanleiding kan geven tot de voorziene terugbetaling.

De Minister antwoordt dat, naar het oordeel van de geneesheren, in de nomenclatuur geen plaats is voor een van de wezenlijke werkzaamheden van de geneeskunde, namelijk de synthese die het mogelijk maakt de gezamenlijke resultaten van onderzoek en observatie te overschouwen.

In de huidige reglementering, wordt een terugbetaling voorzien van 200 frank voor een schriftelijk

mission. A propos des dérogations, il souligne qu'elles sont définies au § 3 lui-même, mais que les taux qui pourront être portés en compte lorsque les assurés demandent à être hospitalisés dans une chambre à un lit, sans que leur état de santé ne l'exige, seront établis conventionnellement.

Un commissaire rappelle que certains médecins n'ont pas accès à certains hôpitaux, à ceux de l'assistance publique par exemple, et que les assurés qui se sont adressés à un de ces médecins, sont obligés de le suivre dans la clinique qu'il recommande et où le prix de la journée d'entretien est peut-être plus élevé. Il demande si ces assurés ne pourraient pas être victimes de cette situation.

Le Ministre répond qu'au moment où le projet relatif aux établissements hospitaliers entrera en vigueur, le prix de la journée d'entretien sera intégralement remboursé par le cumul de l'intervention de l'assurance et de l'allocation accordée par le Ministre de la Santé publique et que par conséquent, les assurés intéressés ne subiront aucun préjudice.

— L'article 31 est adopté à l'unanimité;

Articles 32, 33 et 34.

Les articles 32, 33 et 34 sont adoptés à l'unanimité et sans discussion.

Article 35.

Un commissaire fait remarquer au sujet des dispositions de cet article et de l'article 36 qu'elles ont trait à une partie de la déontologie médicale. Il se demande pourquoi la mission de veiller au respect de ces dispositions ne serait pas confiée à l'ordre des médecins.

Il craint, en effet, qu'une double vision de la déontologie n'en résulte : celle de l'ordre des médecins et celle des organes chargés du contrôle en vertu du projet de loi.

Le Ministre répond que ces dispositions n'ont que très peu de rapport avec la déontologie. Les obligations, et surtout celles du 2^e alinéa de l'article 35, intéressent avant tout l'assurance, ne fût-ce que pour permettre le contrôle. Quant à l'alinéa premier de l'article 35, il ne diminue en rien la compétence de l'Ordre des médecins et cette disposition n'implique nullement que l'appréciation des fautes commises sur le plan médical puisse être soustraite à la compétence de l'Ordre.

A propos des dispositions relatives au rapport écrit prévu à l'article 36, un commissaire voudrait savoir qui sera chargé de se prononcer sur les conflits qui pourraient surgir entre un médecin-conseil et un médecin-spécialiste, si le médecin-conseil estimait que le rapport écrit ne peut donner lieu au remboursement prévu.

Le Ministre répond que les médecins estiment que dans la nomenclature il n'y a pas de place pour un des actes essentiels de la médecine à savoir le travail de synthèse qui permet de considérer un ensemble de résultats d'examen et d'observation.

La réglementation actuelle prévoit le remboursement d'une somme de 200 francs pour un rapport

verslag, maar de geneesheren geven toe dat op dit stuk talrijke misbruiken zijn gepleegd. Zij hebben daarom gevraagd, ondanks hun tegenkating tegen het stelsel van de derde betaler, dat de bepaling van lid 2, van artikel 36 in het ontwerp zou opgenomen worden.

De betwistingen waarvan sprake behoren tot de bevoegdheid van de Orde van de geneesheren.

Een commissaris doet opmerken dat sommige geneesheren met voorliefde dure specialiteiten voorschrijven. Hij vraagt over welk verhaal de patiënt beschikt, en ook de instelling waar hij verzorgd werd, tegen dergelijke praktijken die, meent hij, gemakkelijker zullen kunnen opgespoord worden langs het geneeskundig dossier om dat in artikel 35 voorzien wordt.

De Minister antwoordt dat het medisch dossier niet moet vermelden welke geneesmiddelen werden voorgeschreven.

Hij is anderzijds de mening toegedaan dat afzonderlijke gevallen moeilijk te beoordelen zijn. Maar hij meent dat de adviserende geneesheren gemakkelijk kunnen vaststellen dat bepaalde geneesheren altijd of regelmatig dure behandelingen of medicaties voorschrijven en hij verklaart dat de adviserende geneesheer in dergelijke gevallen natuurlijk bevoegd is om op te treden.

Een ander commissaris vreest dat er tegenspraak bestaat tussen de bepalingen van artikel 35 en van artikel 36 en dat het verhogen van het aantal schriftelijke verslagen zal in de hand gewerkt worden. Hij wijst er inderdaad op dat de verzekerden hoe langer hoe meer rechtstreeks naar geneesheren-specialisten gaan en dat zij in zeer veel gevallen wensen dat de specialist hun huisarts niet verwittigt, wat krachtens de bepalingen van artikel 36 het overmaken van een schriftelijk verslag aan de medische adviseur moet met zich brengen.

De Minister wijst op het onderscheid dat moet gemaakt worden tussen het protocol van de onderzoeken en het schriftelijk verslag die in de eerste, respectief tweede alinea van artikel 36 zijn bedoeld.

Een commissaris vraagt of artikel 36 met zich brengt dat de geneesheer-specialist telkens een schriftelijk verslag aan de huisarts zal moeten zenden en ook of de geneesheer-specialist alleen zal kunnen geraadpleegd worden op advies van huisarts. De Minister antwoordt dat niet telkens een schriftelijk verslag, maar wel telkens een protocol naar de huisarts of naar de medische adviseur moet gezonden worden en dat het de zieke vrij staat rechtstreeks, zonder verwijzing door de huisarts, een specialist te raadplegen. De gedachte die in dit verband door de parlementaire werkgroep geopperd werd, is niet in het wetsontwerp opgenomen.

Artikel 35 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 36.

Artikel 36 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 37.

Bij artikel 37 is een amendement ingediend er toe strekkend het artikel aan te vullen met een als volgt gesteld derde lid :

écrit, mais les médecins reconnaissent que de nombreux abus ont été commis dans ce domaine. C'est pourquoi ils ont demandé l'insertion du 2^e alinéa de l'article 36 dans le projet, malgré leur opposition au système du tiers payant.

Les conflits dont il est question sont de la compétence de l'Ordre des médecins.

Un commissaire signale que certains médecins prescrivent volontiers des spécialités coûteuses. Il demande de quel recours disposent le patient, et l'établissement où il est soigné, contre pareilles pratiques qui, à son avis, pourraient être plus aisément décelées par la voie du dossier médical prévu à l'article 35.

Le Ministre répond que le dossier médical ne doit pas mentionner les médicaments prescrits.

D'autre part, il lui semble difficile d'apprécier des cas particuliers. Mais à son sens, il sera aisé aux médecins-conseils de constater que certains médecins prescrivent toujours ou régulièrement des traitements ou des médicaments coûteux; il déclare que dans pareil cas le médecin-conseil est évidemment habilité à intervenir.

Un autre commissaire craint qu'il n'existe une contradiction entre les dispositions des articles 35 et 36 et que l'augmentation du nombre de rapports écrits ne soit favorisée. Il signale, en effet, que les assurés ont de moins en moins recours au médecin traitant, que de plus en plus ils s'adressent directement aux médecins-spécialistes et que très souvent ils ne souhaitent pas que le spécialiste avertisse leur médecin traitant, ce qui, en vertu des dispositions de l'article 36, doit entraîner l'envoi d'un rapport écrit au médecin-conseil.

Le Ministre insiste sur la distinction à faire entre le protocole des examens et le rapport écrit qui sont visés respectivement au premier et au second alinéa de l'article 36.

Un commissaire demande si l'article 36 implique que le médecin-spécialiste devra chaque fois envoyer un rapport écrit au médecin traitant et si le médecin-spécialiste ne pourra être consulté que sur avis du médecin traitant. Le Ministre répond qu'il faudra transmettre chaque fois, non pas un rapport écrit, mais un protocole au médecin traitant et au médecin-conseil et qu'il est loisible au malade de consulter directement un spécialiste, sans recours à l'intervention du médecin traitant. L'idée avancée à cet égard par le groupe de travail parlementaire n'a pas été reprise dans le projet de loi.

L'article 35 est adopté à l'unanimité.

Article 36.

L'article 36 est adopté à l'unanimité.

Article 37.

A l'article 37, un amendement est proposé; il tend à compléter cet article par un alinéa 3 (nouveau), rédigé comme suit :

« De onder lid 2 hiervoren bedoelde personen en inrichtingen duiden op het verstrekingsboekje het bedrag aan waarvoor zij kwijting verlenen ». De steller van het amendement meent dat dergelijke bepaling van aard is de eerbiediging van de honoraria door de geneesheren in de hand te werken. De Minister meent dat dergelijke beschikking bij overeenkomst kan vastgelegd worden en dat het individueel verstrekingsboekje zich daartoe moeilijk leent. De steller van het amendement trekt zijn amendement in, maar doet toch opmerken dat al wat hij liefst bij overeenkomst had zien geregeld, in de wet wordt opgenomen en dat wat hij liefst had zien opnemen in de wet overgelaten wordt aan de conventies.

Het artikel 37 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 38.

— Artikel 38 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 39.

Dit artikel wordt aangehouden.

Artikel 40.

— Artikel 40 wordt met algemene stemmen aangenomen.

— De amendementen ertoe strekkende een artikel 40bis en een artikel 40ter in het ontwerp in te lassen, worden aangehouden.

Artikelen 41 tot 44.

De artikelen 41, tot en met 44 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 45.

Bij par. 3 stelt een commissaris de vraag of de zelfstandigen er zich mogen aan verwachten dat deze bepaling in 1964 of op een andere datum in de nabije toekomst zal in werking treden.

Hij wijst erop dat deze bepaling zeer belangrijk is vooral voor de ambachtsslui die zonder personeel werken. De Minister antwoordt dat het aannemen van het amendement door de regering in zich houdt dat zij die gedachte moest in overweging nemen en dat de uitvoering ervan moest ingeschakeld worden in een geheel plan van sociale programmatie voor de zelfstandigen.

Artikel 45 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 46.

Een commissaris wijst op het sociaal probleem dat soms rijst door de eisen die bij artikel 56 gesteld worden om recht te hebben op de uitkeringen.

Hij is de mening toegedaan dat al wie niet normaal zijn gewoon beroep kan uitoefenen ongeacht de graad van zijn werkongeschiktheid, door de verzekering moet vergoed worden. De Minister wijst erop dat het bedrag

« Les personnes et établissements visés à l'alinéa 2 ci-dessus indiquent dans le « carnet de prestations » la somme pour laquelle elles donnent quittance ».

L'auteur de cet amendement estime que pareille disposition serait de nature à promouvoir le respect des honoraires par les médecins. Le Ministre estime qu'une stipulation de cet ordre peut être obtenue conventionnellement et que le carnet de prestations individuel s'y prête malaisément. L'auteur de l'amendement retire celui-ci, tout en faisant remarquer que ce qu'il aurait voulu voir régler conventionnellement figure dans la loi et que ce qu'il aurait voulu voir inscrire dans la loi est laissé aux conventions.

L'article 37 est adopté à l'unanimité.

Article 38.

— L'article 38 est adopté à l'unanimité.

Article 39.

Cet article est réservé.

Article 40.

— Cet article est adopté à l'unanimité.

— Les amendements tendant à insérer un article 40bis et un article 40ter dans le projet, sont réservés.

Article 41 à 44.

Les articles 41 à 44 sont adoptés à l'unanimité.

Article 45.

Au § 3, un commissaire se demande si les indépendants peuvent s'attendre à voir entrer cette disposition en vigueur en 1964 ou à une autre date rapprochée.

Il souligne que cette disposition est très importante, surtout pour les artisans qui travaillent sans personnel. Le Ministre répond que l'adoption de l'amendement par le gouvernement implique qu'il devait prendre cette idée en considération et que son exécution doit être intégrée dans le plan d'ensemble de la programmation sociale pour les indépendants.

L'article 45 est adopté à l'unanimité.

Article 46.

Un commissaire signale le problème social qui se pose parfois à cause des conditions dont l'article 56 assortit le droit aux indemnités.

D'après lui, quiconque est dans l'impossibilité d'exercer normalement sa profession habituelle doit être indemnisé par l'assurance, quel que soit le degré de son incapacité de travail.

van de vergoedingen door de bepalingen van het wetsontwerp ten eerste wordt verbeterd en dat deze verbetering met zich brengt dat bepaalde voorwaarden moeten gesteld worden om die vergoedingen te kunnen doen toekennen.

Artikel 46 wordt met algemene stemmen aanvaard.

Artikel 47.

Artikel 47 wordt met algemene stemmen aanvaard.

Artikel 48.

Een amendement strekt ertoe dit artikel aan te vullen met een tweede lid luidende :

« De vaststellingen of beslissingen van de adviseerende geneesheer kunnen tegen de werkgever niet worden ingeroepen gedurende de termijn van 7 dagen bedoeld bij artikel 29 van de wet van 10 maart 1900 op het arbeidscontract en van 30 dagen bedoeld bij artikel 10 van de wet betreffende het bediendencontract, gecoördonneerd bij koninklijk besluit van 20 juli 1955 ».

Dit amendement wordt als volgt verantwoord :

De controle tijdens de periode van het gewaarborgd weekloon dient de rol te bewaren welke de haren is : de volle uitwerking van de wetgevende maatregelen inzake het gewaarborgd weekloon waarborgen en tevens de mogelijke misbruiken op dat gebied voorkomen.

Bij deze bepaling moeten niet alleen de werklieden, doch ook de bedienden geïnteresseerd zijn. Deze laatsten behouden hun recht op bezoldiging gedurende de eerste 30 dagen arbeidsongeschiktheid, ingevolge ziekte of ongeval.

De commissie verwerpt dit amendement en keurt artikel 48 met algemene stemmen goed.

Artikel 49.

Artikel 49 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 50.

Bij dit artikel is een amendement ingediend dat ertoe strekt in het 5^e lid de woorden te schrappen « ze kan worden verminderd als het om gerechtigden gaat die geen personen ten laste hebben ».

Het amendement wordt ingetrokken en artikel 50 wordt aangenomen met 15 stemmen tegen 1.

Artikelen 51 en 52.

De artikelen 51 en 52 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 53.

Bij dit artikel dankt een commissaris de Minister ervoor de invaliditeitsvergoedingen op hetzelfde bedrag te hebben vastgesteld als dat van de primaire vergoedingen.

Le Ministre signale que les dispositions du projet de loi améliorent très sensiblement le taux des indemnités et que cette amélioration entraîne l'obligation d'imposer certaines conditions à l'octroi de ces indemnités.

L'article 46 est adopté à l'unanimité.

L'article 47 est adopté à l'unanimité.

L'article 47 est adopté à l'unanimité.

Article 48.

Un amendement tend à compléter cet article par un deuxième alinéa, libellé comme suit :

« Les constatations ou décisions du médecin-conseil ne sont pas opposables à l'employeur pendant une période de sept jours prévue à l'article 29 de la loi du 10 mars 1900 sur le contrat de travail et de trente jours prévue à l'article 10 des lois relatives au contrat d'emploi coordonnées par l'arrêté royal du 20 juillet 1955 ».

Cet amendement est justifié comme suit :

Il faut conserver au contrôle organisé pendant la période du salaire hebdomadaire garanti, le rôle qui lui est réservé : assurer le plein effet aux mesures législatives prévues pour le salaire hebdomadaire garanti, mais aussi éviter les abus possibles dans ce domaine.

Cette disposition doit intéresser non seulement les ouvriers mais également les employés. Ceux-ci conservent le droit à leur rémunération pendant les trente premiers jours d'incapacité de travail résultant d'une maladie ou d'un accident.

La commission rejette cet amendement et adopte l'article 48 à l'unanimité.

Article 49.

L'article 49 est adopté à l'unanimité.

Article 50.

A cet article est déposé un amendement tendant à supprimer, au 5^e alinéa, les mots : « Il peut être réduit s'il s'agit de titulaires qui n'ont pas de personnes à charge ».

L'amendement est retiré et l'article 50 est adopté par 15 voix contre 1.

Articles 51 et 52.

Les articles 51 et 52 sont adoptés à l'unanimité.

Article 53.

A propos de cet article, un commissaire remercie le Ministre d'avoir porté les indemnités d'invalidité au même taux que les indemnités primaires.

— Artikel 53 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 54 tot en met 59.

De artikelen 54 tot en met 59 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 60.

Bij artikel 60 werden amendementen ingediend ertoe strekkende in de derde paragraaf de woorden « eerste dag van de maand » te vervangen door de woorden « eerste dag van de tweede maand » en de woorden « op een ouderdomspensioen » door de woorden « op een volledig ouderdomspensioen. »

Dit amendement wordt door zijn steller ingetrokken en artikel 60 wordt aangenomen met 15 stemmen tegen 1.

Artikel 61.

Een commissaris onderlijnt dat deze bepaling een wijziging aanbrengt aan de huidige reglementering die voorziet dat 30 maal het gemiddeld dagelijks loon uitgekeerd wordt aan begrafenisvergoeding, terwijl die vergoeding nu teruggebracht wordt op 30 maal het maximaal bedrag van de primaire vergoeding. Hij geeft toe dat zulks voor de verzekerden met lage lonen een verbetering is, maar dat er teruggang is voor de anderen. De Minister onderlijnt dat de bepaling van artikel 61 toelaat voortaan een begrafenisvergoeding uit te keren van 30 maal het maximaal bedrag van de primaire vergoeding, ook aan de rechthebbenden van gepensioneerden en dat zulks ontegensprekelijk een vooruitgang is vermits meer gepensioneerden dan actieve verzekerden overlijden.

Artikel 61 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 62 en 63.

De artikelen 62 en 63 worden zonder bespreking met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 64.

Bij dit artikel wordt een amendement ingediend ertoe strekkend het artikel aan te vullen met een derde paragraaf luidend als volgt :

« De Koning stelt vast wat er dient verstaan onder werkdagen ».

Dit amendement wordt verantwoord door de verschillen in de toegepaste arbeidsregimes.

Het amendement wordt ingetrokken en artikel 64 aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

Artikelen 65 tot en met 89.

De artikelen 65 tot en met 89 worden zonder bespreking met algemeenheid van stemmen aanvaard.

Artikel 90.

Een commissaris vraagt naar de precieze draagwijdte van artikel 90.

De Minister antwoordt dat artikel 90 een verwijzing is naar artikel 44 van de verzamelwet, dat bij arti-

— L'article 53 est adopté à l'unanimité.

Articles 54 à 59.

Les articles 54 à 59 sont adoptés à l'unanimité.

Article 60.

A l'article 60, des amendements ont été déposés. Ils tendent à remplacer, au 3^e de cet article, les mots « premier jour du mois » par les mots « premier jour du deuxième mois », et les mots « à une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté », par les mots « à une pension complète de vieillesse, à une pension de retraite ou d'ancienneté ».

Ces amendements sont retirés par leur auteur et l'article 60 est adopté par 15 voix contre 1.

Article 61.

Un commissaire souligne que cette disposition modifie la réglementation existante, qui prévoit le paiement d'une allocation pour frais funéraires égale à 30 fois le salaire journalier moyen, alors que la réglementation nouvelle ramène cette allocation à 30 fois le maximum de l'indemnité journalière d'incapacité primaire. Il concède que cette mesure constitue une amélioration en faveur des assurés à revenus modestes, mais il fait valoir que, pour les autres, il y a régression. Le Ministre souligne que la disposition de l'article 61 permettra dorénavant de faire bénéficier aussi les ayants droit de pensionnés d'une allocation pour frais funéraires égale à 30 fois le maximum de l'indemnité primaire et que c'est là un progrès indéniable, étant donné qu'il meurt plus de pensionné que d'assurés actifs.

L'article 61 est adopté à l'unanimité.

Articles 62 et 63.

Sont adoptés à l'unanimité, sans observations.

Article 64.

A l'article 64, un amendement a été déposé.

Il tend à compléter cet article par un 3^e alinéa, rédigé comme suit :

« Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par jours ouvrables ».

Cet amendement est justifié par les différences existant entre les régimes de travail actuellement en vigueur.

L'amendement est retiré et l'article 64 est adopté par 12 voix contre 1.

Articles 65 à 89.

Les articles 65 à 89 sont adoptés à l'unanimité, sans discussion.

Article 90.

Un commissaire voudrait connaître la portée exacte de l'article 90.

Le Ministre répond que l'article 90 est une référence à l'article 44 de la loi unique, modifié quant à la forme

kel 140 van het ontwerp gewijzigd wordt wat de vorm betreft om het in overeenstemming te brengen met de bepalingen van dit ontwerp. Dezelfde commissaris vraagt waarom de bevoegdheid die in artikel 44 van de verzamelwet voorzien is, niet opgedragen wordt aan de Orde van de geneesheren en wijst erop dat dergelijke werkwijze wel bestaat voor de advokaten. De voorzitter merkt op dat, wat de advokaten betreft, geen tarieven bestaan, geen overeenkomsten en geen verplichte verzekering.

— Artikel 90 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 91.

Artikel 91 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 92.

Met verwijzing naar de termen « technische richtlijnen » die in dit artikel gebruikt worden, meent een commissaris dat het beheerscomité andere dan technische richtlijnen kan geven en vraagt om welke richtlijnen het dan wel gaat. Hij stelt bovendien de vraag of het beheerscomité van de dienst voor administratieve controle bevoegd is om interpretatie te geven van de wetteksten.

De Minister antwoordt dat de gebruikte termen alleen te verklaren zijn om de bedoeling weer te geven dat de Dienst voor administratieve controle een technische dienst is en om te onderlijnen dat het Comité ervan over een technische autonomie beschikt.

Wat de interpretatie van de wetteksten aangaat, verklaart hij dat daarvoor de juridische dienst en de dienst van de geschillen bevoegd is die, wat de juridische dienst betreft ten minste, natuurlijk niet zullen handelen zonder medeweten en instemming van de bevoegde comités.

Artikel 92 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 93, 94 en 95.

De artikelen 93, 94 en 95 worden zonder bespreking met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 96.

Een commissaris wijst erop dat de oorspronkelijke tekst verbeterd werd en thans bepaalt dat de inlichtingen die bedoeld worden alleen administratieve inlichtingen zijn met uitsluiting van medische inlichtingen. Hij vraagt welke soort inlichtingen kunnen gevraagd worden. De Minister antwoordt dat het om inlichtingen gaat die het geneeskundig geheim niet in het gedrang brengen en citeert als voorbeeld het aantal dagen gedurende dewelke een verzekerde in een verplegingsinrichting werd opgenomen of ook nog de inlichting te weten of een verplegingsinstelling de voorafgaandelijke toelating van de adviserende geneesheer heeft ontvangen.

— Artikel 96 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 97 tot en met 120.

De artikelen 97 tot en met 120 worden zonder bespreking met algemene stemmen aangenomen.

par l'article 140 du projet, pour le rendre conforme aux dispositions de celui-ci. Le même commissaire demande pourquoi la compétence prévue à l'article 44 de la loi unique n'est pas attribuée à l'Ordre des Médecins et signale qu'il en est bien ainsi en ce qui concerne les avocats. Le président fait remarquer que pour les avocats il n'existe ni tarifs, ni conventions, ni assurance obligatoire.

— L'article 90 est adopté à l'unanimité.

Article 91.

L'article 91 est adopté à l'unanimité.

Article 92.

Se référant aux termes « directives techniques », qui figurent dans cet article, un commissaire estime que le comité de gestion peut donner d'autres directives que des directives techniques et il voudrait savoir de quelles directives il s'agit. Il demande, en outre, si le comité de gestion du service de contrôle administratif est habilité à interpréter les textes de loi.

Le Ministre répond que les termes utilisés visent uniquement à traduire l'intention de faire du service de contrôle administratif un service technique et à souligner que son comité est doté d'une autonomie technique.

A propos de l'interprétation des textes de loi, il déclare que le service juridique et le service du contentieux sont compétents à cet égard et qu'il est évident que ces services, le service juridique tout au moins, n'agiront pas sans que les comités compétents n'aient été saisis et qu'ils n'aient donné leur adhésion.

L'article 92 est adopté à l'unanimité.

Articles 93, 94 et 95.

Les articles 93, 94 et 95 sont adoptés à l'unanimité et sans discussion.

Article 96.

Un commissaire signale que le texte initial a été corrigé et qu'il précise actuellement que les renseignements visés seront uniquement des renseignements administratifs, à l'exclusion des renseignements d'ordre médical. Il demande quelles sortes de renseignements pourront être recueillis. Le Ministre répond qu'il s'agit de renseignements qui ne compromettent pas le secret médical et, à titre d'exemple, il cite le nombre de jours d'hospitalisation d'un assuré dans un établissement hospitalier, ou encore la question de savoir si un établissement hospitalier a reçu l'autorisation préalable du médecin-conseil.

— L'article 96 est adopté à l'unanimité.

Articles 97 à 120.

Les articles 97 à 120 sont adoptés à l'unanimité et sans discussion.

Artikel 121.

Gezien het belang van de bepalingen van Titel VIII vraagt een commissaris dat de Minister een uiteenzetting zou geven over de methode van financiering van verzekering en de verdeling van de inkomsten tussen enerzijds de twee sectoren van de verzekering en anderzijds de verzekeringsorganismen.

De Minister herinnert eraan dat in het verslag aan de Kamer desaangaande uitvoerige inlichtingen werden opgenomen en dat tijdens de vergaderingen van deze Commissie twee uiteenzettingen werden gedaan in verband met de financiering. Hij wijst er nochtans op dat aanvankelijk de toelage die door het Rijk verleend zal worden, vastgesteld werd op 35 % van het totaal der uitgaven van de verzekering, daarna op 32 % van de voorzienen uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging en dat deze laatste bepaling ingevolge de wijzigingen die aan artikel 129, § 2 werden aangebracht, veranderd werd in een toelage van 27 % op de uitgaven die in de begrotingen voorzien worden voor de verzekering voor geneeskundige verzorging waarbij een toelage van het Rijk gevoegd wordt voor de onvrijwillige werkloosheid.

— Artikel 121 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 122 tot en met 135.

De artikelen 122 tot en met 135 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 136.

Een commissaris stelt vast dat krachtens de bepalingen van artikel 136 en 137 de bijdragen die thans op de lonen geheven worden, zullen gesplitst worden in een deel dat toegewezen wordt aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en een deel dat bestemd is voor de verzekering voor uitkeringen.

Anderzijds maakt artikel 66, § 1, 2° gewag van een minimumbedrag van de bijdragen. Hij vraagt hoeveel dat minimumbedrag thans beloopt en verklaart dat die inlichting van belang is op het ogenblik dat zal beraadslaagd worden over het bedrag van de bijdragen dat van de zelfstandigen zal gevergd worden.

De Minister antwoordt dat het minimumbedrag van de bijdragen verschilt naar gelang van de beroepscategorie, de leeftijd en het geslacht van de verzekerden en geeft volgend voorbeeld :

Een arbeider van meer dan 21 jaar dient, per trimester, een bijdragebon in te leveren waarop een loon vermeld is van ten minste 13.500 frank. De daarmee overeenstemmende bijdrage, 7 t.h. van dat loon, beloopt 945 frank. Indien de waarde van de bijdragebon lager is dan 945 F dient de verzekerde een aanvullende bijdrage te betalen.

Artikel 136 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 137.

Dit artikel wordt met algemene stemmen aangenomen.

Article 121.

Vu l'importance des dispositions du Titre VIII, un commissaire demande au Ministre de faire un exposé au sujet de la méthode de financement de l'assurance et de la répartition des ressources entre les deux secteurs de l'assurance, d'une part, et les organismes assureurs, d'autre part.

Le Ministre rappelle que le rapport de la Chambre contient d'amples renseignements sur ce point et que deux exposés relatifs au financement ont été faits au cours des séances de la commission compétente de la Chambre. Il signale toutefois que la subvention qui sera accordée par l'Etat avait, à l'origine, été fixée à 35 % des dépenses d'assurance globales et, plus tard, à 32 % des dépenses prévues pour l'assurance-soins de santé et qu'à la suite des modifications apportées à l'article 129, § 2, cette dernière estimation a été transformée en une subvention égale à 27 % des dépenses inscrites au budget pour l'assurance-soins de santé, augmentée d'une subvention de l'Etat pour chômage involontaire.

— L'article 121 est adopté à l'unanimité.

Articles 122 à 135.

Les articles 122 à 135 sont adoptés à l'unanimité.

Article 136.

Un commissaire constate qu'en vertu des dispositions des articles 136 et 137, les cotisations qui sont actuellement prélevées sur les salaires seront divisées en deux parts, dont l'une sera affectée à l'assurance-soins de santé et l'autre à l'assurance-indemnités.

Par ailleurs, l'article 66, § 1^{er}, 2^o, fait état d'un montant de cotisation minimum. L'intervenant demande quelle est en ce moment l'importance de ce montant minimum et il déclare que ce renseignement aura son intérêt lorsqu'il s'agira de déterminer le montant des cotisations que l'on réclamera aux indépendants.

Le Ministre répond que le montant minimum des cotisations diffère selon la catégorie professionnelle, l'âge et le sexe des assurés et il donne l'exemple suivant :

Un ouvrier âgé de plus de 21 ans doit remettre chaque trimestre un bon de cotisation mentionnant un salaire de 13.500 francs au moins. La cotisation correspondante, soit 7 % de ce salaire, est de 945 francs. Si la valeur du bon de cotisation est inférieure à 945 F, l'assuré est tenu de payer une cotisation complémentaire.

L'article 136 est adopté à l'unanimité.

Article 137.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Artikel 138.

Een commissaris herinnert eraan dat thans de bedragen van de bijdragen vastgesteld worden bij wet.

Het wetsontwerp bepaalt dat voortaan die bedragen zullen bepaald worden bij koninklijk besluit. Hij kan zich met dergelijke procedure eens verklaren voor zover er een eensluidend advies zou zijn van de bevoegde beheerscomités.

Maar hij meent dat de tekst toelaat dat een koninklijk besluit de bedragen van de bijdragen zou wijzigen zonder dat het beheerscomité daartoe een eensluidend advies gaf. Hij vraagt of dergelijke procedure gewoon is.

De Minister verklaart dat de procedure die bij artikel 138 ingevoerd wordt inderdaad verschilt van diegene die thans van kracht is. Hij wijst erop dat de bepalingen van dit artikel reeds werden aangepast door de Commissie van de Kamer van Volksvertegenwoordigers om de waarborgen waar sommigen om vroegen te verhogen. Het is in dezelfde gedachtengang dat aan artikel 138 een § 4 werd toegevoegd.

De Minister meent dat wanneer het beheerscomité een begroting zou voorstellen die niet sluitend is, de Uitvoerende macht over de mogelijkheid moet beschikken om de verzekering de inkomsten te bezorgen die zij nodig heeft om de voorziene prestaties te kunnen betalen.

Wat § 4 van artikel 138 betreft, wijst de Minister erop dat de verhoging van 0,25 % geldt voor het geheel van de verzekering en dat die bepaling niet toelaat een verhoging te beslissen van 0,25 % voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en een andere van 0,25 % voor de verzekering voor uitkeringen.

De één en enkele verhoging van 0,25 % waarvan sprake is, geldt voor één jaar en kan slechts eenmaal per jaar worden beslist.

Een commissaris doet in dat verband opmerken dat van bij de aanvang van de inwerkingtreding van de wet een verhoging van de bijdrage van meer dan 0,25 % voorzien wordt en stelt de vraag of het Parlement daartoe een beslissing zal moeten nemen.

De Minister antwoordt door te verwijzen naar artikel 152, § 7, dat bepaalt dat artikel 138, § 4 niet geldt voor de jaren 1964, 1965 en 1966, het is te zeggen de jaren waarop de eerste begrotingen zullen slaan en dat artikel 152, § 7 moet uitgelegd worden in die zin dat het de bezorgdheid vertolkt tijdig met de budgetten klaar te komen. In verband met artikel 152, § 7 bevestigt de Minister dat van die bepalingen geen gebruik zal gemaakt worden om de bijdragen voor de verzekering voor uitkeringen te verhogen en dat moest dergelijke verhoging nodig zijn, het Parlement zal verzocht worden de daartoe nodige beslissing te nemen.

In verband met § 2 die betrekking heeft op de verzekering voor uitkeringen, vraagt een commissielid of het beheerscomité steeds een voorstel moet doen vooraleer het bedrag van de bijdragen kan verhoogd worden. De Minister antwoordt bevestigend op deze vraag; hij voegt er nochtans aan toe dat wanneer het comité nalaat de verhoging van de bijdragen voor te stellen

Article 138.

Un commissaire rappelle que les montants des cotisations sont actuellement fixés par la loi. Or, le présent projet dispose que ces montants seront désormais établis par arrêté royal. Il peut se rallier à cette procédure, pour autant que le Comité de gestion compétent émette un avis conforme.

Il lui apparaît cependant que le texte permet de modifier les montants des cotisations par arrêté royal, sans que le Comité de gestion ait émis un avis conforme. Il se demande si cette procédure est bien d'usage courant.

Le Ministre déclare que la procédure instaurée par l'article 138 est, en effet, différente de celle qui est actuellement en vigueur. Il signale que les dispositions de cet article ont déjà été adaptées par la Commission de la Chambre des Représentants, aux fins de renforcer les garanties réclamées par d'aucuns. C'est dans cet ordre d'idées qu'on a ajouté un § 4 à l'article 138.

Le Ministre est d'avis qu'au cas où le Comité de gestion présenterait un budget en déficit, le pouvoir exécutif doit pouvoir disposer des moyens nécessaires pour mettre à la disposition de l'assurance les ressources dont elle a besoin pour payer les prestations prévues.

A propos du § 1 de l'article 138, le Ministre précise que l'augmentation de 0,25 % vaut pour l'ensemble de l'assurance et que cette disposition ne permet pas de décider une augmentation de 0,25 % pour l'assurance-soins de santé et une autre augmentation de 0,25 % pour l'assurance-indemnités.

La seule et unique augmentation de 0,25 % dont il soit question, est valable pour un an et ne peut être décidée qu'une fois par an.

Un commissaire observe à cet égard qu'une augmentation de la cotisation de plus de 0,25 % est prévue dès l'entrée en vigueur de la loi et il pose la question de savoir si le Parlement sera amené à prendre une décision à cet effet.

Dans sa réponse, le Ministre se réfère à l'article 152, § 7, qui dispose que l'article 138, § 4, ne sera pas applicable aux années 1964, 1965 et 1966, c'est-à-dire les années sur lesquelles porteront les premiers budgets; il convient d'interpréter l'article 152, § 7, en ce sens qu'il reflète le souci d'être prêt à temps en ce qui concerne la préparation des budgets en question. A propos de l'article 152, § 7, le Ministre confirme qu'il ne sera pas fait usage de ces dispositions pour majorer les cotisations pour l'assurance-indemnités et que, si pareille majoration s'avérait nécessaire, le Parlement serait invité à prendre la décision requise à cet effet.

Au sujet du § 2 qui concerne l'assurance-indemnités, un commissaire demande si le Comité de gestion doit faire chaque fois une proposition préalable à toute augmentation du montant des cotisations. Le Ministre répond par l'affirmative, mais il ajoute que si le Comité néglige de proposer une augmentation des cotisations en vue de couvrir les dépenses inscrites au bud-

om de uitgaven die in de begroting voorzien worden te dekken, de Koning gebruik kan maken van de bepalingen van § 3 van artikel 138.

Artikel 138 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 139 tot en met 146.

De artikelen 139 tot en met 146 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 147.

Een commissielid stelt de twee volgende vragen :

1° Welke is de juiste betekenis van artikel 147 als men weet dat bij artikel 3 verklaard werd dat geen andere landsbonden kunnen gemachtigd worden ?

2° Welk is het artikel *8bis* waarvan in artikel 147 sprake is ?

De Minister antwoordt dat artikel 147 de erkenning van landsbonden beoogt in het bestek van de vrije verzekering. Het zou dus mogelijk zijn dat voor de vrije verzekering nieuwe landsbonden erkend worden zonder dat zij nochtans, en dat is de betekenis van artikel 3, zouden gemachtigd worden voor de toepassing van de huidige wet.

Wat artikel *8bis* betreft, wijst de Minister erop dat artikel 147 een nieuw artikel inlast in de wet van 23 juni 1894 en dat artikel *8bis* het bedoelde artikel van die wet is.

Artikel 147 wordt aangenomen met algemene stemmen.

Artikelen 148 tot en met 150.

De artikelen 148 tot en met 150 worden aangenomen met algemene stemmen.

Artikel 151.

Een commissielid verlangt de verklaring te krijgen van het woord « vermenigvuldigingsfactor » dat in artikel 151 wordt gebruikt.

De Minister verklaart dat die vermenigvuldigingsfactor het aantal franken is waarmee de betreffende waarde waarvan in artikel 24 sprake is, moet vermenigvuldigd worden om het bedrag van het honorarium voor elk van de in de nomenclatuur opgenomen geneeskundige verstrekkingen te bekomen.

Artikel 151 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 152.

Een commissielid vraagt welke reglementen bedoeld worden in § 1 van dit artikel.

De Minister verklaart dat het gaat om de reglementen die, wat de geneeskundige verzorging betreft, moeten vaststellen in welke voorwaarden de tegemoetkoming van de verzekering aan de gerechtigden verleend wordt. Wat de verzekering voor uitkeringen betreft, gaat het om de regelen betreffende het verkrijgen van het recht en eveneens om de bepalingen die het berekenen en het uitbetalen van de uitkeringen moeten omschrijven.

Artikel 152 wordt met algemene stemmen aangenomen.

get, il appartiendra au Roi de faire usage des dispositions prévues au § 3 de l'article 138.

L'article 138 est adopté à l'unanimité.

Articles 139 à 146.

Les articles 139 à 146 sont adoptés à l'unanimité.

Article 147.

Un commissaire pose les deux questions suivantes :

1. Quelle est la signification exacte de l'article 147, si l'on se rappelle qu'à l'article 3, il a été déclaré qu'aucune autre union nationale ne pourrait être agréée ?

2. Quel est l'article *8bis* dont il est question à l'article 147 ?

Le Ministre répond que l'article 147 vise la reconnaissance d'unions nationales dans le cadre de l'assurance libre. Il serait donc possible de reconnaître, dans le domaine de l'assurance libre, des unions nationales nouvelles sans qu'elles puissent toutefois — et telle est la portée de l'article 3 — être agréées pour l'application des dispositions de la présente loi.

Quant à l'article *8bis*, le Ministre signale que l'article 147 insère un article nouveau dans la loi du 23 juin 1894 et que l'article *8bis* est l'article en question de cette loi.

L'article 147 est adopté à l'unanimité.

Articles 148 à 150.

Les articles 148 à 150 sont adoptés à l'unanimité.

Article 151.

Un commissaire demande ce qu'il faut entendre par les termes « facteur de multiplication », qui figurent à l'article 151.

Le Ministre déclare que le facteur de multiplication est le nombre de francs par lequel il faut multiplier la valeur relative visée à l'article 24 pour obtenir le montant des honoraires dus pour chacune des prestations médicales reprises dans la nomenclature.

L'article 151 est adopté à l'unanimité.

Article 152.

Un commissaire demande quels sont les règlements visés au § 1^{er} de cet article.

Le Ministre répond qu'il s'agit des règlements destinés à fixer, en ce qui concerne les soins de santé, les conditions dans lesquelles les interventions de l'assurance seront accordées aux titulaires. Pour ce qui est de l'assurance-indemnités, il s'agit des règles relatives à l'ouverture du droit, ainsi que des dispositions permettant de définir les modalités de calcul et de paiement des indemnités.

L'article 152 est adopté à l'unanimité.

Artikel 153.

Een commissielid vraagt of het hier om speciale erkenningsraden gaat.

De Minister antwoordt dat zulks inderdaad het geval is en die erkenningsraden werken voor personen waarvoor geen wetgeving bestaat betreffende de bescherming van hun titel.

Artikel 153 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 154.

Dit artikel wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 155.

Een commissielid vraagt of andere dan de thans in dienst zijnde geneesheren zullen moeten benoemd worden.

De Minister antwoordt dat zulks geenszins het geval is, maar dat krachtens de bepalingen van de nieuwe wet tot herbenoeming van de thans in dienst zijnde geneesheren zal moeten worden overgegaan.

Artikel 155 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikelen 156 en 157.

De artikelen 156 en 157 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 158.

Een amendement strekt ertoe het tweede lid van § 2 van dit artikel te doen vervallen.

Het wordt verantwoord als volgt :

« De medische plichtenleer verbiedt elke directe of indirecte reclame. Het zou dan ook abnormaal kunnen zijn dat de namen van de personen die tot een overeenkomst zijn toegetreden door reclamemiddelen worden bekendgemaakt ».

Dit amendement wordt met algemene stemmen verworpen en het artikel 158 met algemene stemmen aanvaard.

Artikel 159.

Een commissielid verlangt een verklaring te bekomen van de bepalingen van het tweede lid van dit artikel.

De Minister wijst erop dat om de wet op 1 januari 1964 in werking te kunnen doen treden, vóór die datum de begrotingen moeten opgemaakt worden en over de overeenkomsten moet kunnen onderhandeld worden. Daarom geeft het tweede lid van dit artikel de mogelijkheid om sommige bepalingen van de wet eerder dan op 1 januari 1964 in werking te doen treden.

Artikel 159 wordt met algemene stemmen aangenomen.

*
**

Article 153.

Un commissaire pose la question de savoir s'il s'agit en l'occurrence de conseils d'agrération spéciaux.

Le Ministre répond que tel est bien le cas et que ces conseils d'agrération fonctionnent à l'usage des personnes dont le titre n'est protégé par aucune législation existante.

L'article 153 est adopté à l'unanimité.

Article 154.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 155.

Un commissaire demande s'il faudra nommer d'autres médecins que ceux qui sont déjà actuellement en service.

Le Ministre répond qu'il n'en est nullement ainsi, mais qu'en vertu des dispositions de la présente loi, il importera de confirmer la nomination des médecins actuellement en service.

L'article 155 est adopté à l'unanimité.

Articles 156 et 157.

Les articles 156 et 157 sont adoptés à l'unanimité.

Article 158.

Un amendement tend à supprimer le 2^e alinéa du § 2 de cet article.

Il est justifié comme suit :

« La déontologie médicale interdit toute publicité directe ou indirecte. Il pourrait, par conséquent, être anormal que l'on diffuse avec des moyens publicitaires les noms des personnes qui ont adhéré à une convention. »

Cet amendement est rejeté à l'unanimité et l'article 158 est adopté à l'unanimité.

Article 159.

Un commissaire voudrait obtenir des précisions au sujet des dispositions du 2^e alinéa de cet article.

Le Ministre souligne que, si la loi doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 1964, il faut que l'élaboration des budgets et la négociation des conventions puissent avoir lieu avant cette date. C'est pourquoi le 2^e alinéa de cet article crée la possibilité de mettre en vigueur à une date antérieure au 1^{er} janvier 1964 certaines dispositions de la loi.

L'article 159 est adopté à l'unanimité.

*
**

De Eerste-Minister legt, namens de regering, de volgende verklaringen af :

« Na mijn verklaring in de Commissie voor de Sociale Voorzorg, welke verklaring in het verslag is opgenomen, wens ik U mede te delen wat volgt :

— De Regering heeft geen afbreuk willen doen aan de prerogatieven van de Senaat, maar wel de omstandigheid aangegrepen dat de wet op de Z.I.V. in ieder geval moet worden aangevuld, om uiting te geven aan de wil van de meerderheid een beslissende stap vooruit te zetten met betrekking tot alle wezenlijke punten van de regeringsverklaring :

- Economische expansie : programmatiewet;
- Sociale vooruitgang : wet op de Z.I.V.;
- Vlaams-Waalse betrekkingen : taalwetten.

Ik zeg wel « de omstandigheid aangegrepen dat de wet op de Z.I.V. in ieder geval moet worden aangevuld ».

Ik verklaar mij nader :

1. Coördinatie van de Z.I.V. met de wet op de ziekenhuizen.

De meerderheid is eenstemmig van oordeel dat de basisovereenkomst moet worden nageleefd : de financiering van het ziekenhuisbeleid zal geregeld worden tegelijkertijd als de hervorming van de financiering van de Z.I.V.;

Het ontwerp van wet, dat vrijdag jongstleden door het M.C.E.S.C. is goedgekeurd, zal nog vandaag bij de Senaat worden ingediend.

Maar het moet vóór het einde van het jaar worden aangenomen opdat de overgangsregeling op 1 januari 1964 in werking zou kunnen treden, tegelijkertijd als de nieuwe bepalingen betreffende de Z.I.V.

Als de parlementaire werkzaamheden betreffende het ontwerp van wet voldoende gevorderd zullen zijn, zal de weerslag ervan op de bepalingen betreffende de ziekenhuisverpleging, die vervat zijn in de wet op de Z.I.V., nader geregeld kunnen worden.

2. Aanpassing van de wet op de Z.I.V. aan de wet op het paritair beheer.

Ten gevolge van zuiver technische redenen zijn de wet op het paritair beheer en de wet op de R.A.P. nog niet gepubliceerd.

Zij zullen morgen (25 juli) bekendgemaakt worden.

De Kamer heeft het ontwerp op de Z.I.V. reeds gewijzigd, ten einde een betere overeenstemming tot stand te brengen met de beginselen van het paritair beheer.

Blijkbaar moet die overeenstemming, die sommige aanpassingen wegens de eigen kenmerken van de Z.I.V. niet uitsluit, nader omschreven en verbeterd worden.

De Regering gaat ermede akkoord. Het ontwerp van aanvullende wet zal hierin voorzien.

Au nom du Gouvernement, le Premier Ministre fait les déclarations suivantes :

« A la suite de ma déclaration à la Commission de la Prévoyance sociale, reprise au rapport, je désire vous exposer ce qui suit :

— Le Gouvernement n'a pas voulu porter atteinte aux prérogatives du Sénat, mais bien profiter des circonstances qui rendent nécessaire en toute hypothèse une législation complémentaire sur l'A.M.I. pour marquer la volonté de la majorité d'avancer de façon décisive sur tous les points essentiels de la déclaration gouvernementale :

- Expansion économique : loi sur programmation;
- Progrès social : loi sur l'A.M.I.;
- Relations Flamands-Wallons : lois linguistiques.

Je dis « profiter des circonstances qui rendent nécessaire en toute hypothèse une législation complémentaire sur l'A.M.I. ».

Je m'en explique :

1. Coördination entre A.M.I. et législation hospitalière.

La majorité est unanime que l'accord de base devait être respecté : le financement de la politique hospitalière sera réglé en même temps que la réforme du financement de l'A.M.I.

Approuvé par le C.M.C.E.S. vendredi dernier, le projet de loi sera déposé au Sénat ce jour même.

Mais il doit être voté avant la fin de l'année en sorte que le régime transitoire entre en vigueur le 1^{er} janvier 1964, en même temps que les nouvelles dispositions A.M.I.

Quand les travaux parlementaires sur ce projet de loi seront suffisamment avancés, les répercussions sur les textes de la loi A.M.I. concernant l'hospitalisation pourront être mises au point.

2. Adaptation textes A.M.I. à la législation sur la gestion paritaire.

— Pour des raisons purement techniques, la loi sur la gestion paritaire et la loi sur l'O.N.P.O. n'ont pas encore été publiées.

— Elles le seront demain (25 juillet).

— La Chambre a déjà amendé le projet sur l'A.M.I. afin de réaliser une meilleure concordance avec les principes de la gestion paritaire.

Il apparaît que cette concordance, qui n'exclut pas certaines adaptations résultant des particularités de l'A.M.I. doit être précisée et améliorée.

Le Gouvernement l'admet. Le projet de loi complémentaire le précisera.

3. De betrekkingen met het geneesherenkorps.

Men vergeet niet dat tussen de verzekeringsinstituten en de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps omstandige onderhandelingen plaats hadden onder de auspiciën van de Minister van Sociale Voorzorg.

— dat die onderhandelingen geleid hebben tot een in bijzonderheden uitgewerkt protocol van overeenkomst;

— dat de inhoud van die overeenkomst in de oorspronkelijke tekst van het ontwerp van wet was opgenomen;

— maar dat de verenigingen van geneesheren, korte tijd voor het indienen van het ontwerp, hun onderhandelaars brutaal hebben afgekeurd en het protocol verworpen.

Daarom hebben de Regering en de Kamer de teksten moeten wijzigen, ten einde aan de Regering enige armslag te geven bij de onderhandelingen, aangezien alles herbegonnen moest worden en ten einde te voorzien in de eventualiteit dat geen overeenkomst met het gezamenlijke geneesherenkorps tot stand komt.

Ik verklaar :

— dat de Regering nieuwe onderhandelingen wenst;

— dat, indien zij slagen, de Regering de verbintenissen aangaat het Parlement te verzoeken in de wet op de Z.I.V. de wijzigingen aan te brengen die eventueel mochten gewenst zijn.

Maar dat wij de waarborg moeten hebben dat het geneesherenkorps vertegenwoordigers aanwijst die bevoegd zijn om te onderhandelen en zich te verbinden, met een redelijke kans dat het eventuele akkoord door hun opdrachtgevers zal worden bekrachtigd.

De Regering zal contact opnemen met leden van haar meerderheid, teneinde het aanvullend ontwerp van wet op de Z.I.V. voor te bereiden en het te rechter tijd in te dienen, opdat de wijzigingen, die het zal aanbrengen, uiterlijk ook op 1 januari 1964 uitwerking zouden hebben. Bovendien kan de Regering nu reeds haar akkoord betuigen met sommige amendementen van technische aard, die sommige leden van de Commissie aanvaard hebben in te trekken. »

Na deze verklaring worden de amendementen op de artikelen 5, 6, 7, 11, 12bis, 12ter, 28, 39, 40bis en 40ter ingetrokken.

De amendementen, vermeld op blz. 58 en 62 worden eenparig verworpen.

De aangehouden artikelen 5, 6, 7, 11, 28 en 39 worden eenparig goedgekeurd.

Een lid vraagt of het mogelijk is vóór de maand oktober 1963 voorstellen tot wijzigingen in te dienen die geen betrekking hebben op de hospitalisatie en op het paritair beheer.

De Minister antwoordt bevestigend.

Het gehele ontwerp wordt met algemene stemmen aangenomen.

Dit verslag is met algemene stemmen goedgekeurd.

De Verslaggevers,
G. PEDE en G. DEVUYST.

De Voorzitter,
Léon-Eli TROCLET.

3. Les relations avec le corps médical.

— Il ne faut pas oublier que de longues négociations avaient eu lieu entre les organismes assureurs et les représentants du corps médical, sous les auspices du Ministre de la Prévoyance sociale.

— que ces négociations avaient abouti à un protocole d'accord détaillé.

— que le texte initial du projet de loi reprenait le contenu de cet accord.

Mais peu de temps avant le dépôt du projet, les organisations médicales ont brutalement désavoué leurs négociateurs et rejeté le protocole.

— Voilà pourquoi le Gouvernement et la Chambre ont dû amender les textes afin de rendre au Gouvernement une marge de négociation, puisque tout devait être recommencé et afin de prévoir l'hypothèse de l'absence de conventions avec l'ensemble du corps médical.

— J'affirme :

— que le Gouvernement souhaite qu'une nouvelle négociation ait lieu,

— que si celle-ci aboutit, le Gouvernement s'engage à demander au Parlement d'apporter à la loi sur l'A.M.I. les modifications éventuellement souhaitables.

Mais que nous devons avoir la garantie que le corps médical nous désigne des représentants aptes à négocier et à s'engager avec une chance raisonnable qu'un accord éventuel soit ratifié par leurs mandants.

J'ajoute, que le Gouvernement prendra contact avec des membres de sa majorité, afin de préparer le projet de loi complémentaire sur l'A.M.I. et de le présenter en temps utile pour que les amendements qu'il apportera prennent effet eux-aussi au plus tard le 1^{er} janvier 1964. De plus le Gouvernement peut marquer dès à présent son accord sur certains de amendements d'ordre technique que des membres de la Commission ont accepté de retirer. »

A la suite de cette déclaration, les amendements aux articles 5, 6, 7, 11, 12bis, 12ter, 28, 39, 40bis et 40ter ont été retirés.

Les amendements reproduits aux pp. 58 et 62 ont été rejetés à l'unanimité.

Les articles réservés 5, 6, 7, 11, 28 et 39 ont été adoptés à l'unanimité.

Un membre demande s'il serait possible de déposer avant octobre 1963 des propositions de modifications ne concernant pas l'hospitalisation ni la gestion paritaire.

Le Ministre répond par l'affirmative.

L'ensemble du projet a été adopté à l'unanimité.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité.

Les Rapporteurs,
G. PEDE et G. DEVUYST.

Le Président,
Léon-Eli TROCLET.

BIJLAGE.

(Uittreksel uit de *Revue Médicale de Liège*, vol. XVIII, 1963, n° 13.

De Ziekteverzekering en de Geneeskunde.

door J. Dejardin (Luik).

Het kan de geneesheren wellicht ongewoon voorkomen in een wetenschappelijk tijdschrift een uiteenzetting aan te treffen over problemen die niet rechtstreeks de louter klinische studie betreffen : hoewel, waar het gaat om de *Revue Médicale de Liège*, kronieken zoals die van M. Florkin over de Geschiedenis van de Geneeskunde, reeds gelukkig van die regel zijn afgeweken en wel door de wetenschappelijke analyse, de zorg om het litteraire en filosofische beschouwingen samen te voegen.

In de tweeledige mate dat het, eensdeels, waar blijft dat de wetenschappelijke houding een voldoende kennis insluit van alle gegevens van een probleem en dat, anderdeels, de mogelijkheden welke aan de uitoefening van de Geneeskunst worden geboden, haar vorderingen niet denkbeeldig en onvruchtbaar mogen maken, is het wel van belang de mogelijke weerslag na te gaan welke de bepalingen van wetsontwerp n° 527 tot instelling en organisatie van een regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat thans in het Parlement wordt besproken, kunnen hebben op de hoedanigheid en de expansie van de Geneeskunde. Die analyse moet nodig voorafgegaan zijn door een objectieve feitenuiteenzetting.

Op sociaal terrein is de objectiviteit niet het gevolg van een wiskundige redenering : een schriftelijke uiteenzetting blijft een monoloog met het gevaar los te gaan staan van het praktische en af te dwalen naar fictieve beschouwingen ter voorbereiding van de differentiële diagnose waartoe steller wenst te komen.

Ik mag dan nog mijn werkelijke eerbied verkondigen voor mijn meesters van de Faculteit voor Geneeskunde te Luik, en mijn bekommernis om, voor de hoedanigheid van de Geneeskunst, de elementen te handhaven die daarvan de onontbeerlijke imperatieven zijn, ik mag niet vragen algeheel vrij te blijven van verdenking. Ik moge volstaan met de hoop doorheen een monoloog gehoord te worden, wanneer reeds maanden wordt gestreefd naar een tot nog toe onmogelijke dialoog.

Was ik alleen maar begaan met de bekommernis objectief te zijn en een discussie te voorkomen welke bemoeilijkt wordt door de passie van sommigen, dan had ik de voorkeur gegeven aan een overzicht van de resultaten van laboratoriumopzoeken, met bij voorbeeld een commentaar op de evolutie van het serumijzergehalte in diverse pathologische toestanden, met een studie over de spreiding van de ziekteoorzaken onder de invaliden, enz... hoewel nog niet zeker is dat de nauwgezette klinische observatie en de strakke leer van de biologische opzoeking geenszins zouden openstaan voor de persoonlijke stempel van degene die een en ander tot een goed einde heeft gebracht.

ANNEXE.

Extrait de la *Revue Médicale de Liège*, vol. XVIII, 1963, n° 13.

L'Assurance Maladie et la Médecine.

par J. Dejardin (Liège).

Il est sans doute inhabituel de trouver dans un journal scientifique un exposé sur des problèmes qui ne concernent pas directement les études cliniques; encore que, dans le cas de la *Revue Médicale de Liège*, des chroniques, telles que celles de M. Florkin sur l'Histoire de la Médecine, aient avec bonheur dérogé à cette règle, en associant à l'analyse scientifique, le souci littéraire et la réflexion philosophique.

Dans la mesure où d'une part, il reste vrai que l'attitude scientifique implique une connaissance suffisante de tous les éléments d'un problème, et où d'autre part, il importe que les possibilités données à l'exercice de la Médecine ne rendent pas ses progrès illusoirs et stériles, il n'est pas sans intérêt d'étudier les répercussions que peuvent avoir sur la qualité de la Médecine et sur son expansion, les dispositions du projet de loi n° 527 instituant et organisant un régime d'Assurance Maladie-Invalidité, actuellement en discussion devant le Parlement. Cette analyse doit être précédée d'un exposé objectif des faits.

En matière sociale, l'objectivité ne résulte pas d'un raisonnement mathématique : un exposé écrit reste un monologue qui risque de s'isoler des contingences pratiques pour s'égarer vers des considérations fictives préparant le diagnostic différentiel auquel l'auteur veut aboutir.

J'aurai beau proclamer mon réel respect pour mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Liège, et mon souci de conserver à l'Art de guérir les éléments qui en constituent les impératifs indispensables à sa qualité, je ne puis pas demander de ne pas être suspect. Mais il est déjà satisfaisant d'espérer être entendu à travers un monologue, lorsque, depuis des mois, on recherche un dialogue jusqu'à présent impossible.

Si j'avait le seul souci d'être objectif et d'éviter une discussion rendue difficile par la passion que certains y apportent, j'eusse préféré relater les résultats de recherches de laboratoire, en commentant par exemple l'évolution du taux de fer sérique dans divers états pathologiques, en étudiant la distribution des causes de morbidité parmi les invalides, etc..., encore qu'il ne soit pas certain que l'observation clinique consciencieuse et la rigoureuse discipline de la recherche biologique soient totalement fermées à l'empreinte personnelle de celui qui a mené l'une et l'autre à bien.

Hoewel het ook noodzakelijk is dat er, naast klinici, farmacologen, fysiologen die dag aan dag de mogelijkheden van de Geneeskunde verruimen door én de diagnosemethoden van de therapiemiddelen te vermenigvuldigen en de preciseren, nog anderen zijn, zij wezen geneesheren of niet, wier streven het is de geneeskundige vorderingen hun betekenis van sociale vooruitgang te geven; zij behoren zich in te laten met de problemen betreffende de middelen, aan te wenden opdat deze steeds voortschrijdende doch ook steeds duurdere Geneeskunde werkelijk ten dienste kan staan van eenieder die ze behoeft.

Ik zou hier willen ingaan op de hoofdbezwaren geformuleerd door sommigen, en antwoorden op de vragen van anderen, waarbij ik de tot uiting gekomen kritiek en vrees zal situeren in het kader van de problemen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

1° Vaak hoort men dat, in een streven naar zuinigheid, de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering de financiële middelen, ter beschikking gesteld van de geneeskunde, zal beperken en aldus zowel de mogelijkheden om passende verzorging te ontvangen als de materiële stand van de geneesheren in het gedrang zal brengen.

Gaan wij daarop even nader in. Sedert 1947 is het tekort zich in de ziekte- en invaliditeitsverzekering gaan vestigen, heeft het zich niet alleen gehandhaafd doch steeds uitbreiding genomen.

Waarom? En, eerst en vooral, wat vertolkt een tekort? In boekhoudtermen kan een tekort het gevolg zijn van onverantwoorde uitgaven — dit wil zeggen waarvan het bedrag de onontbeerlijke of nuttige behoeften heeft overschreden —, ofwel van een inkomstentekort, zodat de essentiële behoeften niet kunnen worden gedekt.

Is er te veel uitgegeven of heeft men beschikt over financiële middelen die onderschat waren ten opzichte van de werkelijke risico's? De voor de regeling inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering nodige inkomsten waren berekend in 1944 toen, clandestien, de laatste hand werd gelegd aan het sociale zekerheidsstelsel dat bij de bevrijding zou worden ingevoerd. Toentertijd, had men alleen de rekeningen van de vooroorlogse mutualiteiten ter beschikking.

Bestond er een wezenlijk verschil tussen het stelsel van vrijwillige verzekering van 1939 en de verplichte verzekeringsregeling van na 1944? Neen! Tenzij dan dat door de veralgemening van de verzekering ingevolge het beginsel van verplichting, de wet van de grote getallen een rol gaan spelen is in het gemiddelde kostcijfer per rechthebbende zou verminderen.

De bijdragen van werknemers en werkgevers en de toelage van het Rijk berekend op het bedrag van die bijdragen, werden derhalve zo vastgesteld dat ze voldoende inkomsten zouden vormen om behoeften te dekken welke werden vergeleken met die van de vrijwillige verzekering.

Daarbij was evenwel geen rekening gehouden met het feit dat tussen de inkomsten, nodig voor de vrijwillige verzekering, en die welke de verplichte verzekering zou vergen, een even groot verschil was als tus-

Encore aussi qu'à côté des cliniciens, des pharmacologues, des physiologistes qui, chaque jour, élargissent les possibilités de la Médecine, en multipliant et en précisant et les méthodes de diagnostic, et les ressources de la thérapeutique, il soit nécessaire qu'il y ait d'autres individus, médecins ou non, qui se préoccupent de donner aux progrès médicaux leur sens de progrès social; ils doivent se pencher sur les problèmes que posent les moyens à mettre en œuvre pour que cette Médecine constamment enrichie mais aussi de plus en plus coûteuse, puisse être effectivement utilisée par chacun de ceux qui en ont besoin.

Je voudrais rencontrer ici les objections essentielles que j'ai vu formuler par certains et répondre aux questions que se posent d'autres, en situant les critiques et les appréhensions exprimées, dans le contexte des problèmes de l'Assurance Maladie-Invalidité.

1° On entend dire que la réforme de l'Assurance Maladie-Invalidité va, par souci d'économie, restreindre les moyens financiers mis à la disposition de la Médecine et compromettre ainsi à la fois les possibilités de recourir aux soins adéquats, et la condition matérielle des médecins.

Qu'en est-il exactement? Depuis 1947, le déficit s'est installé dans l'Assurance Maladie-Invalidité, il s'y est maintenu et n'a fait que s'accroître.

Pourquoi? Et tout d'abord qu'exprime un déficit? En termes de comptable, un déficit peut résulter soit de dépenses injustifiées — c'est-à-dire dont le montant a dépassé les besoins indispensables ou utiles, — soit d'une insuffisance de ressources, ne permettant pas de faire face aux besoins essentiels.

A-t-on trop dépensé ou a-t-on disposé de moyens financiers sous-estimés par rapport aux risques réels? Les ressources nécessaires au régime de l'Assurance Maladie-Invalidité avaient été calculées en 1944, lorsque, dans la clandestinité, on mettait au point le système de sécurité sociale à mettre en place dès la libération. A cette époque, les seuls éléments dont on pouvait disposer, résidaient dans les comptes des mutualités avant la guerre.

Y avait-il une différence essentielle entre le régime d'assurance libre de 1939 et le régime d'assurance obligatoire d'après 1944? Non! Si ce n'est que la généralisation de l'assurance, amenée par le principe d'obligation, devait faire jouer la loi des grands nombres et réduire le coût moyen par bénéficiaire.

Les cotisations des travailleurs et des employeurs, et l'intervention de l'Etat en fonction du montant de ces cotisations, furent donc fixées de telle façon qu'elles constitueraient des ressources suffisantes pour couvrir des besoins comparables à ceux de l'assurance libre.

Mais on n'avait pas, ce faisant, tenu compte de ce qu'il y aurait, entre les ressources nécessaires à l'assurance libre et celles que réclamerait l'assurance obligatoire, autant de différence qu'il y eut entre la méde-

sen de geneeskunde waarmee vóór de oorlog genoeg moest worden genomen en die wel kon worden beoefend vanaf 1945 : eerst de penicilline, dan streptomycine, de overige antibiotica, cortisone kwamen deel uitmaken van het therapeutisch arsenaal en wijzigden daardoor volledig de prognose van sommige aandoeningen; die door de geneesheren ruim voorgeschreven geneesmiddelen vormden, ook al werden ze vaak onvoldoende terugbetaald, voor de verplichte verzekering nieuwe en onvoorziene uitgaven. Nieuwe diagnosemethodes kwamen ter beschikking van de zieken, door de vorderingen van heelkunde en anesthesie, heeft men durven ingrijpen in heel wat gevallen waarin men tot dan toe in de regel had moeten afzien. Al die nieuwe behoeften van de geneeskunde waren niet voorzien.

Wat meer is, de talrijke zieken die, dank zij bedoelde vorderingen hun aandoening hadden kunnen overleven, waren daarom nog niet in staat onmiddellijk de arbeid te hervatten : sommigen zijn invalide gebleven voor een korter of langer tijdvak en er behoorden arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te worden uitbetaald. De last van die uitkeringen is verzwaard door een steeds groter aantal overlevingen en van langere duur. De invaliditeitsuitkeringen ten bedrage van 49,5 miljoen frank in 1945 bereikten 115,7 miljoen in 1946, liepen op tot 423,3 miljoen in 1950 en tot nagenoeg 2 miljard in 1962. En daarin ligt de verklaring van het tekort.

Gelet op dat steeds groeiende tekort, hebben de diverse Regeringen die elkaar sedert 1947 zijn gevolgd, de ziekte- en invaliditeitsverzekering willen « hervormen » doch hebben, met de dwanggedachte van die negatieve financiële balans, de vergissing begaan de oorzaken daarvan niet te bestuderen en ze hebben het probleem willen oplossen door diverse vormen van organisatie van de verzekering uit te denken waarbij de uitgaven opgesloten werden binnen een begroting welke kennelijk ontoereikend was om de ontwikkeling van de geneeskunde en van de demografie te volgen.

In het raam van die door de ontoereikende inkomsten beperkte begroting, is het niet mogelijk geweest, zonder gevaar een groeiend tekort nog te verzwaren, een nomenclatuur van verstrekkingen aan te passen welke sedert lang was voorbijgestreefd, is het evenmin mogelijk geweest de terugbetalingstarieven aan te passen welke nochtans zeer vaak in wanverhouding stonden tot het belang van de geneeskundige behandeling : vaak moest tegemoetkoming worden geweigerd in de kosten van bepaalde verstrekkingen, of moest men zijn toevlucht nemen tot verwarrende gelijkstellingen waardoor andere niet uitdrukkelijk in het tarief bepaalde handelingen slecht werden gehonoreerd. Doordat die terugbetalingen ontoereikend waren, kregen de nauwgezette geneesheren, die verder « hun tijd namen » om aan degelijke geneeskunde te doen, de concurrentie van diegenen die het bezwaar van te lage tarieven hebben ondervangen door het beoefenen van een kettinggeneeskunde welke veel meer afhankelijk is van de rendabiliteit van een nomenclatuur dan van het streven naar een nauwkeurige diagnose en een passende therapie.

cine qu'il fallait se contenter de faire avant la guerre et celle que l'on put faire à partir de 1945 : la pénicilline d'abord, puis la streptomycine, les autres antibiotiques, la cortisone apparurent dans l'arsenal thérapeutique, modifiant complètement le pronostic de certaines affections; ces médicaments largement prescrits par les médecins, constituèrent, même s'ils furent parfois insuffisamment remboursés, des dépenses nouvelles et imprévues pour l'assurance obligatoire. De nouvelles méthodes de diagnostic furent mises à la disposition des malades, les progrès de la chirurgie et de l'anesthésie permirent d'entreprendre des interventions dans de multiples cas où, jusque là, l'abstention était la règle. Autant de nouveaux besoins de la Médecine qui n'avaient pas été prévus.

De plus, les nombreux malades qui, grâce à ces progrès, avaient pu survivre à leur affection, n'étaient pas pour autant à même de reprendre immédiatement le travail : certains sont restés des invalides pour une période plus ou moins longue et il a fallu payer des indemnités d'incapacité de travail. Le poids de ces indemnités s'est accru en raison du plus grand nombre de survies et du prolongement de celles-ci. Les indemnités d'invalidité qui représentaient 49,5 millions de francs en 1945, atteignaient 115,7 millions en 1946, passaient à 423,3 millions en 1950, et à près de deux milliards en 1962 ! L'explication du déficit est là.

Devant ce déficit croissant, les divers gouvernements qui se sont succédé depuis 1947 ont voulu « réformer » l'Assurance Maladie-Invalidité; mais, obsédés par ce bilan financier négatif, ils ont commis l'erreur de ne pas en étudier les causes et ont voulu résoudre le problème en imaginant diverses formes d'organisation de l'assurance qui cloisonnaient les dépenses dans le cadre d'un budget manifestement insuffisant pour répondre à l'évolution de la Médecine et de la démographie.

Dans le cadre de ce budget limité par l'insuffisance des ressources, il n'a pas été possible sans risquer d'aggraver encore un déficit croissant, d'adapter une nomenclature des prestations, depuis longtemps dépassée; il n'a pas été possible d'adapter les tarifs de remboursement, cependant disproportionnés dans de très nombreux cas par rapport à l'importance de l'acte médical : il a fallu souvent refuser d'intervenir dans le coût de certaines prestations, ou recourir à des assimilations ambiguës rétribuant mal d'autres actes non expressément prévus au tarif. L'insuffisance même des remboursements a fait subir aux médecins consciencieux continuant à « prendre le temps » de faire de la bonne médecine, la concurrence de ceux qui ont pallié l'inconvénient de tarifs trop bas par une pratique de médecine à la chaîne, conditionnée bien plus par la rentabilité d'une nomenclature, que par le souci d'un diagnostic précis et d'une thérapeutique adéquate.

In dat vlak ligt de verdienste van wetsontwerp 527 daarin dat het vooreerst een inventaris heeft opge maakt van de nieuwe behoeften van de geneeskunde en een financieringssysteem heeft ingevoerd dat de uitgaven aan geneeskundige verzorging niet meer afhankelijk stelt, wat vroeger wel het geval was, van een willekeurig volume van inkomsten, doch dat daarentegen elk jaar begint met de opmaak van het peil van de provisionele uitgaven en noodzakelijkerwijs de voor het dekken daarvan nodige inkomsten verwezenlijkt.

Die uitgavenraming zal voor elk dienstjaar geschieden op basis, eensdeels, van een gemoderniseerde en voortdurend bijgehouden nomenclatuur en, anderdeels, van terugbetalingstarieven afgemeten naar honorariumtarieven welke zullen worden bepaald in het raam van de overeenkomsten. Het volume van de inkomsten dat ter beschikking wordt gesteld van de verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt aldus merkkelijk verhoogd en voortdurend aangepast aan de evolutie van het aantal geneeskundige handelingen en de kosten daarvan.

Daar voorts de in de overeenkomsten vastgestelde tarieven ook worden toegepast door ieder geneesheer die ze voorschrijft, kunnen sommigen onder hen, alleen of gegroepeerd, met dat stelsel de anderen geen economische concurrentie meer aandoen welke vroeger door het Geneesherenkorps vaak aan de kaak is gesteld.

Ligt daarin een gevaar voor verslechting van de materiële stand van de geneesheer ? Ligt daarin een gevaar voor ontwaarding van de hoedanigheid van de geneeskunde ?

2° Toch hoort men zeggen — en leest men onder de handtekening van de hoogste autoriteiten van het Geneesherenkorps — dat die hervorming de geneesheer aan banden zal leggen met name door ze er toe te verplichten in te gaan op elke oproep van de zieke, zonder inachtneming van noodzaak, dringende speed, plaats of bevoegdheid.

In feite luidde de aanvankelijke tekst van artikel 35 van het ontwerp : « De geneesheer verstrekt verzorging aan de rechthebbenden telkens als hij er om verzocht wordt. » Dat heeft een orkaan van protesten uitgelokt waarvan moet worden toegegeven dat ze verantwoord waren in de mate dat letter en geest van die tekst konden betekenen dat de geneesheer onvoorwaardelijk de speelbal zou zijn van de grillen van de verzekerden en zich naar al hun verzoeken zou moeten plooiën. Men dacht zich zelfs in dat dit artikel een practizerende uit Aarlen kon verplichten gevolg te geven aan een oproep van een zieke te Oostende in de Kerstnacht.

Niemand heeft voorzeker ooit een dergelijke verplichting in het leven willen roepen. Toch moest elke dubbelzinnigheid worden opgeheven. Die tekst is geschrapt en in de Commissie voor Sociale Voorzorg van de Kamer van Volksvertegenwoordigers door volgende bepaling vervangen : « de verzorging wordt verstrekt aan de rechthebbenden onder de zuinigste voorwaarden welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van hun gezondheid ».

Die nieuwe tekst van artikel 35 kan kennelijk niet meer door een verkeerde interpretatie gevaar opleveren tot het onderwerpen van de geneesheer aan de

Le mérite du projet de loi 527 réside, dans ce domaine, dans le fait d'avoir préalablement fait un inventaire des nouveaux besoins de la Médecine et d'avoir introduit un système de financement qui ne conditionne plus, comme dans le passé, les dépenses pour les soins de santé à un volume arbitraire de ressources, mais qui, au contraire, commence, chaque année, par établir le niveau des dépenses prévisionnelles et réalise obligatoirement les recettes nécessaires pour les couvrir.

Cette prévision de dépenses se fera pour chaque exercice annuel sur la base, d'une part, d'une nomenclature modernisée et constamment mise à jour, et d'autre part, d'honoraires qui sont déterminés dans le cadre des conventions. La masse de ressources mises à la disposition de l'assurance soins de santé est ainsi considérablement augmentée et constamment adaptée à l'évolution du nombre d'actes médicaux et de leur coût.

Comme, en outre, les tarifs établis par les conventions sont également applicables par chaque médecin qui y adhère, ce système ne permet plus à certains d'entre eux, isolés ou groupés, de faire aux autres une concurrence économique qui fut, dans le passé, souvent dénoncée par le Corps médical.

Y a-t-il en cela un risque de dégradation de la situation matérielle du médecin ? Y a-t-il là un risque de dégradation de la qualité de la Médecine ?

2° On entend dire cependant — et on lit sous la plume des plus hautes autorités du Corps médical — que cette réforme va asservir les médecins, notamment en les astreignant à répondre à tout appel du malade, sans considération de nécessité, d'urgence, de lieu ou de compétence.

En fait, le texte initial de l'article 35 du projet était libellé comme suit : « Le médecin donne ses soins aux bénéficiaires chaque fois qu'il y est sollicité ». Cette rédaction a déclenché, par sa forme, une tempête de protestations, dont il faut reconnaître qu'elles étaient justifiées dans la mesure où la lettre et l'esprit de ce texte pouvaient signifier que le médecin serait soumis inconditionnellement aux caprices des assurés et se trouverait contraint de se plier à toutes leurs sollicitations. On imagina même que cet article pouvait obliger un praticien d'Arlon à répondre à un appel d'un malade d'Ostende, pendant la nuit de Noël !

Personne n'a certainement jamais voulu créer une telle obligation. Il fallait néanmoins lever toute équivoque. Ce texte a été supprimé et remplacé à la Commission de la Prévoyance sociale de la Chambre des Représentants, par la disposition suivante : « Des soins sont donnés aux bénéficiaires dans les conditions les plus économiques compatibles avec la nécessité du maintien ou de la restauration de leur santé »

Manifestement, ce nouveau libellé de l'article 35 ne peut constituer, par une interprétation abusive, un danger d'asservissement du médecin au malade : il

zieke : hij houdt integendeel de bevestiging in van het recht van de geneesheer om, zowel in de preventieve als de curatieve geneeskunde, vrij over zijn houding te beslissen waarbij hij er evenwel voor waakt de zuinigste methodes te kiezen die bestaanbaar blijven met een degelijke geneeskunde.

Betreurd mag namelijk worden dat sommige organisaties van geneesheren wie deze belangrijke wijziging van het wetsontwerp ter kennis is gebracht, in een door onvolledige voorlichting reeds al te gevoelig gemaakt klimaat, de geneesheren verder op hun hoede hebben gesteld voor een gevaar dat blijkbaar niet meer kon voortspruiten uit een bepaling waarvan zij wisten dat ze was ingetrokken.

3^e Wat wordt er voorts van het beroepsgeheim van de geneesheer ? Volgens nauwkeurige informatie aan de geneesheren, bestemd voor de wachtzalen van hun spreekkamer, zou blijken dat de ontwerp-bepalingen betreffende het beroepsgeheim van de geneesheer, een « dreigend gevaar » zijn dat « zieken en geneesheren in een zelfde totale oppositie moet verenigen ».

Artikel 84 bedingt inderdaad : « de werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de personen die de bij deze wet omschreven geneeskundige verstrekkingen mogen verlenen, de verzorgingsinrichtingen, de tarifieringsdiensten alsmede hun aangestelden of mandatarissen en de rechthebbenden behoren de eerstaanwezende geneesheren-inspecteurs en de geneesheren-inspecteurs alle inlichtingen te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controleopdracht behoeven en hun, ter plaatse, de registers, staten, briefwisseling en andere bescheiden over te leggen ».

De informatie welke de geneesheren door een beroepsorganisatie is toegezonden, neemt die tekst niet volledig over : ze licht namelijk niet toe dat het er uitsluitend om gaat aan geneesheren-inspecteurs bescheiden over te leggen in de mate dat deze voor de controle nodig zijn. Mededeling van geneeskundige inlichtingen van de ene geneesheer aan een andere is steeds toegelaten geweest inzake expertise en controle.

De met de controle belaste geneesheren het recht ontkennen om inzage te nemen van de voor het uitoefenen van hun opdracht onontbeerlijke bescheiden, zou neerkomen op het loochenen van de mogelijkheid zelf van die controle welke de geneesheren nochtans wensen.

Wat meer is, die bepaling is niet uitgevonden door het Wetsontwerp 527 : ze is overgenomen uit de wet van 14 februari 1961, « eenheidswet » genoemd, weshalve ze al meer dan twee jaar wordt toegepast zonder ooit aanleiding gegeven te hebben tot toepassingsmoeilijkheden of tot protesten vanwege de Raad van de Orde der Geneesheren die tot taak heeft te waken voor het naleven van de plichtenleer : integendeel, vertegenwoordigers van de Hoge Raad van de Orde en van de beroepsverenigingen van geneesheren hebben sedert februari 1961 zitting in de Raad van het Instituut voor Geneeskundige Controle en de in artikel 84 genoemde geneesheren-inspecteurs ontvangen hun richtlijnen van Raad.

confirme au contraire le droit du médecin de décider librement de son attitude, tant dans le domaine de la médecine préventive que curative, en veillant cependant à faire le choix des méthodes les plus économiques qui restent compatibles avec la bonne médecine.

Ce que l'on peut regretter, c'est que certaines organisations médicales, mises au courant de cette modification importante du projet de loi, aient, dans un climat déjà trop sensibilisé par une information incomplète, continué à alerter les médecins d'un danger ne pouvant apparemment plus résulter d'une disposition dont elles savaient qu'elle avait été rapportée.

3^e Que devient le secret médical ? Il semblerait d'après des informations précises données aux médecins et destinées aux salles d'attente de leur cabinet, que les dispositions du projet, concernant le secret médical, constituent « un danger imminent » qui doit « unir malades et médecins dans une même opposition totale ».

L'article 84 stipule effectivement que « les employeurs, les organismes assureurs, les personnes autorisées à fournir les prestations de santé telles qu'elles sont définies par la présente loi, les établissements de soins, les offices de tarification ainsi que leurs préposés ou mandataires, et les bénéficiaires sont tenus de donner aux médecins-inspecteurs principaux et aux médecins-inspecteurs, tous les renseignements dont ils ont besoin pour exercer leur mission de contrôle et de leur communiquer, sans déplacement de pièces, les registres, états, correspondance et autres documents ».

Une information adressée aux médecins par une organisation professionnelle ne reproduit pas entièrement ce texte : elle omet notamment de préciser qu'il s'agit uniquement de communiquer à des médecins-inspecteurs, des documents, dans la mesure où ceux-ci sont nécessaires au contrôle. La communication de renseignements d'ordre médical d'un médecin à un autre a toujours été admise en matière d'expertise et de contrôle !

Nier le droit des médecins chargés du contrôle de prendre connaissance de documents indispensables à l'exercice de leur mission, serait nier la possibilité même de ce contrôle que souhaitent par ailleurs les médecins.

De plus, cette disposition n'a pas été inventée par le projet de loi 527 : elle est reprise de la loi du 14 février 1961, dite « loi unique » et est de ce fait en vigueur depuis plus de deux ans, sans qu'elle ait jamais donné lieu ni à des difficultés d'application ni à des protestations du Conseil de l'Ordre des Médecins, chargé de veiller au respect de la déontologie. Au contraire, des représentants du Conseil Supérieur de l'Ordre et des Unions professionnelles médicales siègent depuis février 1961, au sein du Conseil de l'Institut du Contrôle Médical et les médecins-inspecteurs dont il est question à l'article 84 reçoivent leurs directives de ce Conseil !

Sedert twee jaar hebben de leden van die Raad herhaaldelijk betreurd dat de met de controle belaste geneesheren in sommige gevallen niet meer nauwkeurige inlichtingen hebben verzameld over de zieken en ze hebben er persoonlijk bij sommige geneesheren op aangedrongen dat ze nauwer zouden samenwerken met de organisatie van genoemde controle. Het « dreigende gevaar » dat ze hebben vastgesteld, is nooit geweest te veel bescheiden te vragen, doch er te weinig te ontvangen en in die omstandigheden niet bij machte te zijn de overdrijvingen of tekortkomingen waaraan zowel sommige verzekerden als sommige leden van het Geneesherenkorps zich schuldig maken, naar juiste waarde te beoordelen.

De organisatie van de geneeskundige controle zoals die voortvloeit uit het wetsontwerp, blijft algeheel onder de uitsluitende verantwoordelijkheid van de geneesheren, zowel in de beheersorganen als in de uitvoering er van. Daar ligt een te waarden waarborg voor de geneesheren, met name waar het gaat om de eerbiediging van het beroepsgeheim.

Voorts is het alleen die Raad van de dienst voor geneeskundige controle, uitsluitend samengesteld uit geneesheren van wie de helft de Raad van de Orde der Geneesheren en de beroepsorganisaties van geneesheren vertegenwoordigt, bevoegd om sancties uit te spreken (art. 90) welke bestaan in het verbod voor de verzekeringsinstellingen om gedurende een bepaald tijdvak de verstrekkingen terug te betalen welke worden verleend door de praktiserenden die de wets- en verorderingbepalingen betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering niet in acht hebben genomen : sedert twee jaar bestaat die bepaling en wordt ze toegepast : evenzo geldt sedert twee jaar de bepaling welke voorkomt in artikel 103 en die voorziet in strafsancities : boete of gevangenisstraf voor eenieder die de adviserend geneesheren en de inspecteurs verhindert hun opdracht te vervullen. De huidige Raad van het Instituut voor Geneeskundige Controle heeft de jongste maanden zelf beslist het Parket zaken betreffende bepaalde geneesheren toe te zenden en het valt moeilijk te begrijpen dat organisaties van geneesheren tot nu gewacht hebben om deze « buitensporigheid » aan de kaak te stellen welke ze verkeerdelijk toeschrijven aan wetsontwerp 527, terwijl ze sedert februari 1961 zelf meewerken aan de concrete toepassing daarvan.

Volledigheidshalve, behoort evenwel te worden toegevoegd dat in artikel 96 van het aanvankelijke ontwerp was bepaald dat elke voor de controle nodige inlichting tevens moest worden medegedeeld aan inspecteurs die geen geneesheer zijn en afhangen van de Dienst voor administratieve controle. Daar lag kennelijk een gevaar voor schending van het beroepsgeheim van de geneesheer. Een wijziging is ingediend en goedgekeurd, waarin nader bepaald dat het uitsluitend om administratieve inlichtingen gaat.

Aldus is in de gezamenlijke bepalingen van het ontwerp duidelijk vastgelegd dat mededeling van geneeskundige bescheiden enkel mag geschieden onder geneesheren en de eerbiediging van het beroepsgeheim van de geneesheer is des te beter gevrijwaard dat alle geneesheren van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bevoegd om dergelijke inlichtingen te ontvangen, onder het gezag van een geneeskundig comité

A plusieurs reprises, depuis deux ans, les membres de ce Conseil ont unanimement regretté, dans certains cas, que les médecins chargés du contrôle n'aient pas rassemblé plus de renseignements précis concernant les malades et ils ont eux-mêmes insisté auprès de certains médecins pour qu'ils collaborent plus étroitement avec l'organisation de ce contrôle. Le « danger imminent » qu'ils ont constaté n'a jamais été de demander trop de documents mais d'en recevoir trop peu et de n'être pas à même, dans ces conditions, d'apprécier à leur juste valeur, les exagérations ou les manquements dont se rendent coupables certains assurés comme certains membres du Corps médical.

L'organisation du contrôle médical tel qu'il résulte du projet de loi reste entièrement sous la seule responsabilité des médecins, tant dans ses organes de gestion que dans son exécution. C'est une garantie appréciable donnée au Corps médical, notamment en ce qui concerne le respect du secret professionnel.

Par ailleurs, c'est ce Conseil de l'Institut du Contrôle médical seul, composé uniquement de médecins dont la moitié représente le Conseil de l'Ordre des Médecins et les organisations professionnelles de Médecins, qui est habilité pour prononcer des sanctions (art. 90) consistant dans l'interdiction faite aux organismes assureurs de rembourser, pendant une période déterminée, les prestations fournies par les praticiens qui ne se conforment pas aux dispositions légales et réglementaires concernant l'Assurance Maladie-Invalidité : cette disposition existe et est appliquée depuis deux ans; de même qu'est en vigueur depuis deux ans la disposition reprise à l'article 103, et prévoyant des sanctions pénales d'amende ou d'enprisonnement pour toute personne mettant obstacle à l'accomplissement de la mission des médecins-conseil et des inspecteurs. Le Conseil actuel de l'Institut du Contrôle Médical a lui-même, au cours des derniers mois, décidé de transmettre au Parquet des affaires concernant certains médecins; on comprend mal que des organisations médicales aient attendu jusqu'aujourd'hui pour dénoncer cette « outrage » qu'elles attribuent erronément au projet de loi 527, alors qu'elles collaborent elles-mêmes à leur application concrète depuis février 1961.

Pour être complet à ce sujet, il faut cependant préciser que le texte initial du projet prévoyait, à l'article 96, que tout renseignement nécessaire au contrôle devait être communiqué également à des inspecteurs non médecins, relevant du Service du contrôle administratif. Il y avait manifestement là un danger de violation du secret médical. Un amendement a été présenté et adopté, qui consiste à préciser qu'il s'agit uniquement de renseignements d'ordre administratif.

De cette façon, l'ensemble des dispositions du projet établit clairement que la communication de documents d'ordre médical ne peut se faire qu'entre médecins; le respect du secret médical est d'autant mieux sauvegardé que tous les médecins de l'assurance soins de santé, habilités à recevoir de tels renseignements, sont sous l'autorité d'un Comité médical dans lequel le Con-

staan waarvan de Hoge Raad van de Orde en de beroepsorganisaties de helft van de leden aanwijzen.

4^e Een brief waaraan ruime bekendheid werd gegeven en die hoofdzakelijk uitgaat van de universiteiten, gaf met name uiting aan de onrust van de betrokken kringen over het lot van de ziekenhuizen waarin de studenten moeten worden opgeleid.

Wat zijn thans de problemen van de academische ziekenhuizen? De prijs van de verpleegdag ligt er zeer hoog en voorts zijn de behoeften van het opsporen en het stelselmatig uitwerken van diverse diagnose-elementen oorzaak van uitbreiding van het volume der aldaar geleverde verstrekkingen en een verklaring voor de hogere gemiddelde kosten van de verzorging.

Waar het gaat om de verpleegdagprijs staat in de memorie van toelichting van wetsontwerp 527 het volgende :

« De balans van de eerste activiteitsjaren van de ziekte- en invaliditeitsverzekering toont aan dat de financiële moeilijkheden van de regeling haar hoofddoeleinden in het gedrang hebben gebracht; de werknemers te wier behoeve die regeling is ingesteld, stellen vaak haar ontoereikendheid vast; de verstrekkingen met betrekking tot nieuwe geneeskundige technieken worden niet vergoed; zó dure risico's als de ziekenhuisverpleging, de speciale heilkundige technieken en als sommige specifieke geneesmiddelen, worden niet genoegzaam gedekt en alleen de kosten daarvan brengen die verstrekkingen buiten het bereik van de meeste sociaal verzekerden.

» Door haar inschakeling in een ruim gezondheidsbeleid is het dat de nieuwe organisatie van de ziekteverzekering haar evenwicht moet vinden, waarbij zij de toekomstige lasten uit de invaliditeit zal verminderen naargelang nieuwe technische middelen, te harer beschikking gesteld door de vorderingen op geneeskundig gebied, haar in de gelegenheid zullen stellen haar doeltreffendheid op te voeren.

» Die doeltreffendheid werd tot op heden in het gedrang gebracht door de versnippering van de inspanningen en het gebrek aan coördinatie tussen de activiteit van de personen en instellingen wier voornaamste taak is, zowel in preventief als in therapeutisch vlak, de geneeskundige verzorging te verlenen of te organiseren; de investeringen inzake sanitaire uitrusting komen als ongeordend voor met het gevolg dat, hoe paradoxaal ook, ganse gewesten van het land over geen voldoende middelen beschikken om de bevolking te bekwaamere tijd te passende verzorging te verschaffen, terwijl in andere gewesten een overvloed dierzelfde middelen onvermijdelijk tot een overdreven verbruik aanzet dat niets te maken heeft met de vereisten van de gezondheid.

» Op dat gebied heeft de erkenning van de verplegingsinrichtingen door het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin gewis bijgedragen tot de verbetering van de kwaliteit van onze uitrusting, doch daardoor werd de rationele geografische spreiding niet gewaarborgd, evenmin als de aanpassing aan de technische specialisering van de moderne geneeskunde noch, diensgevolge, de economie van haar organisatie. De verpleegdagprijs in de ziekenhuizen en klinie-

seil Supérieur de l'Ordre et les organisations professionnelles désignent la moitié des membres.

4^e Une lettre à laquelle fut faite une large publicité, et d'émanation essentiellement universitaire, exprimait notamment l'inquiétude des milieux intéressés sur le sort réservé aux hôpitaux dans lesquels doit être assurée la formation des étudiants.

Quels sont actuellement les problèmes des hôpitaux universitaires? Le prix de journée d'entretien y est très élevé; en outre, les nécessités de la recherche et de la mise au point systématique des divers éléments de diagnostic augmentent le volume des prestations qui y sont effectuées et expliquent un coût moyen plus élevé des soins.

En ce qui concerne le prix de journée d'entretien, l'exposé des motifs du projet de loi 527 s'exprime de la façon suivante :

« Le bilan des premières années d'activité de l'Assurance Maladie-Invalidité montre que les difficultés financières du régime ont compromis ses buts essentiels; les travailleurs, en faveur desquels cependant ce régime a été instauré, constatent fréquemment son insuffisance; les prestations relatives à des techniques médicales nouvelles ne sont pas remboursées; des risques aussi coûteux que l'hospitalisation, que les techniques chirurgicales spéciales, que certains médicaments spécifiques, ne sont pas couverts d'une façon satisfaisante et leur seul coût les situe en dehors des prestations accessibles à la majorité des assurés sociaux.

» C'est en s'inscrivant dans le cadre d'une large politique de santé que l'organisation nouvelle de l'assurance maladie doit trouver son équilibre tout en diminuant les charges futures de l'invalidité au fur et à mesure que de nouveaux moyens techniques mis à sa disposition par les progrès médicaux lui permettront d'accroître son efficacité.

» Cette efficacité a été jusqu'ici compromise par la dispersion des efforts, par le manque de coordination entre l'activité des personnes et des institutions qui ont pour mission essentielle de dispenser ou d'organiser les soins médicaux tant sur le plan préventif que thérapeutique; les investissements en matière d'équipement sanitaire apparaissent désordonnés et laissent encore paradoxalement des régions entières du pays dépourvues de moyens suffisants pour permettre à la population de recevoir des soins adéquats en temps opportun, alors que, dans d'autres régions, une pléthore des mêmes moyens pousse inévitablement à une consommation exagérée sans rapport avec les nécessités de la santé.

» Dans ce domaine, l'agrégation des établissements hospitaliers par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille a certes contribué à améliorer la qualité de notre équipement mais elle n'en a garanti ni une distribution géographique rationnelle, ni son adaptation aux spécialisations techniques de la médecine moderne, ni, par voie de conséquence, l'économie de son organisation. Le prix de journée d'entretien dans les hôpitaux et les cliniques atteint un niveau tel que

ken bereikt zulk een peil dat de ziekte- en invaliditeitsverzekeringsregeling die niet alleen kan bekostigen : ze zal evenwel het bedrag aan haar huidige tegemoetkoming verhogen.

» Parallel met die maatregel zal het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin de erkenning van elke verplegingsinrichting doen samengaan met het vermelden van de « normale kostprijs van de verpleegdag ». Deze kostprijs zal steunen op de klasse van de inrichting en op de aard van de verstrekkingen welke zij verleent. De academische ziekenhuizen zullen, wegens de hun eigen opdracht, als een bijzondere klasse worden beschouwd.

» Dank zij het vaststellen van die verpleegdagprijs, zal de tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering kunnen aangevuld worden met een Rijks-toelage. »

Zeker, opgemerkt is dat die bepaling waarmee volledige dekking van de verpleegdagprijs — vooral dan voor de academische ziekenhuizen in uitzicht kan worden gesteld, wel in de memorie van toelichting doch niet in de tekst zelf van het wetsontwerp voorkomt.

Benevens dat het gaat om een verbintenis vanwege de Regering, behoort te worden vastgesteld dat de Minister van Volksgezondheid inmiddels een wetsontwerp heeft ingediend waarin die bedoeling gestalte krijgt : met de tekst van dat ontwerp word het met name mogelijk de specifieke problemen van de academische ziekenhuizen in het bijzonder te behandelen. Die bepalingen zullen terzelfder tijd als de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden toegepast.

Welnu, het ligt voor de hand dat de academische ziekenhuizen, bevrijd van die talloze aanhoudende financiële moeilijkheden, zich veel meer en beter zullen kunnen toeleunen op essentieel geneeskundige en wetenschappelijke taken.

Voorts krijgen de inrichtingen die hun geneesheren met vaste bedragen honoreren — en dat is wel het geval met de universiteiten — de mogelijkheid vanwege de verzekeringsregeling voor geneeskundige verzorging een honorering met vaste bedragen van hun verstrekkingen te ontvangen. Die honorering tegen vaste bedragen — waartegen sommige geneesheren opkomen — is gewis geen doel op zich zelf. Niettemin is ze een merkelijke administratieve vereenvoudiging waardoor de verschillende diensten worden vrijgesteld van een ingewikkelde boekhouding, van het aanleggen van een indrukwekkend aantal bescheiden en getuigschriften : allemaal dure werkzaamheden waarvan de uitsparing zal kunnen worden aangewend voor meer essentiële geneeskundige behoeften. Bovendien gaat ze in op een sedert jaren geformuleerde grief van de geneesheren welke vertolkt is in de beschuldiging, inzonderheid tegen de mutualiteitsklinieken uitgebracht, « de geneeskunde in het groot te kopen en in het klein te verkopen ».

De omvang van dat vaste bedrag zal voor elke inrichting worden vastgesteld onder inachtneming van het volume van haar verstrekkingen in het onmiddel-

le régime d'Assurance Maladie-Invalidité ne peut seul en couvrir le coût : il augmentera toutefois le montant de son intervention actuelle.

» Parallèlement à cette mesure, le Ministère de la Santé Publique et de la Famille inclura dans l'agrément de chaque établissement hospitalier la mention du « prix normal de la journée d'entretien ». Ce prix sera établi en tenant compte de la catégorie à laquelle appartient l'établissement et de la nature des prestations qu'il assure. Les hôpitaux universitaires seront, en raison de leur mission propre, considérés dans une catégorie particulière.

» La fixation de ce prix de journée d'entretien permettra de parfaire, par une subvention de l'Etat, l'intervention de l'Assurance Maladie-Invalidité ».

On a fait remarquer que cette disposition qui permet d'envisager la couverture complète du prix de la journée d'entretien — et tout particulièrement pour les hôpitaux universitaires — figure dans l'exposé des motifs et non dans le texte même du projet de loi.

Outre qu'il s'agit d'un engagement du Gouvernement, il faut constater qu'entretiens le Ministre de la Santé publique a déposé un projet de loi concrétisant cette intention : le texte de ce projet permet notamment un traitement particulier des problèmes spécifiques aux hôpitaux universitaires. Ces dispositions seront mises en vigueur en même temps que la réforme de l'Assurance Maladie-Invalidité.

Or, il est évident que, débarrassés du complexe de difficultés financières permanentes, les hôpitaux universitaires pourront plus sereinement orienter toutes leurs préoccupations vers des tâches essentiellement médicales et scientifiques.

La possibilité est en outre donnée aux établissements rétribuant forfaitairement leurs médecins — et c'est là le cas des Universités — de recevoir du régime d'assurance soins de santé une rétribution forfaitaire de leurs prestations. Cette rétribution forfaitaire — bannie par certains médecins — n'est certes pas une fin en soi. Elle constitue néanmoins une simplification administrative considérable, dispensant les différents services de tenir une comptabilité compliquée, d'établir un nombre impressionnant de documents et attestations : autant de travaux coûteux dont l'économie pourra être consacrée à des besoins médicaux plus essentiels. Elle répond, en outre, à un grief formulé depuis de nombreuses années par le Corps Médical, et qui a été concrétisé par l'accusation lancée notamment contre les cliniques mutualistes « d'acheter la médecine en gros et de la revendre au détail ».

L'importance de ce forfait sera établie, par chaque établissement, en tenant compte du volume de ses prestations dans le passé immédiat et sera susceptible

lijke verleden en zal kunnen gewijzigd worden op grond zelf van de evolutie van de massa van verleende verstrekkingen.

Veel meer in de academisch ziekenhuizen dan overal elders, zullen de hoofden van klinieken, met die betaling tegen vaste bedragen niet meer verplicht zijn tot een tarifiering volgens een nomenclatuur welke mogelijk geen melding maakt van de jongste aanwinsten inzake diagnose en therapeutische techniek, en ook niet meer geneigd zijn om het te houden bij sommige verouderde methodes omdat enkel die methodes worden terugbetaald : met die betaling tegen vaste bedragen wordt het integendeel mogelijk dat ze op elk ogenblik kunnen worden vervangen door nieuwe methodes en zal het delikate probleem worden opgelost dat in de regeling van betaling per verstrekking, in het leven is geroepen door de paradoxale noodzakelijkheid professoren te doen controleren door adviserend geneesheren of geneesheren-inspecteurs die ze zelf hebben opgeleid.

5° Doch benevens de bezorgdheid waaraan in dat schrijven van de academische kringen uiting werd gegeven voor de klinieken zelf, waren dezelfde kringen tevens begaan met de weerslag welke de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering op de doeltreffendheid van de geneeskunde kon hebben.

Wij stellen vast dat indien, in België de grote agglomeraties de beschikking hebben en over een groot aantal geneesheren en over een overvloed aan ziekenhuisbedden, de dichtheid van practizerende en inrichtingen in de plaattelandstreken merkelijk te gering is. Naar blijkt is een van de hoofdredenen waarom de geneesheren — en vooral de specialisten — aarzelen om zich in streken met een verspreide bevolking te vestigen, minder de spreiding van de bevolking dan het niet voorhanden zijn van centra die voldoende toegerust zijn om er een diagnose aan te vullen of er onder bevredigende omstandigheden een behandeling in te stellen.

Waarom bestaan er in dergelijke streken geen verplegingsinrichtingen ? Zeker niet omdat het ziektecijfer er gunstiger is dan in de grote steden, doch hoofdzakelijk omdat ze niet rendabel zijn. De mogelijkheid, welke door het ziekenhuisbeleid zal worden geboden om centra op te richten waarvan de verpleegdagprijs door de Rijkstoelage zal worden gedekt, moet het mogelijk maken de stiefmoederlijk behandelde streken van ons land een geneeskundige uitrusting te bezorgen waaraan de bevolking een grote behoefte heeft. De oprichting van dergelijke geneeskundige centra zal gewis goede geneesheren aanzetten om af te zien van hun uittocht naar de steden en om in de plattelandstreken een degelijke geneeskunde tot bloei te brengen.

6° In een ander vlak wordt door het wetsontwerp een bijzondere inspanning gedaan om de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de farmaceutische specialiteiten te verruimen. In dat verband staat in de memorie van toelichting :

« Met betrekking tot de farmaceutische specialiteiten zal de nieuwe regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering het aantal vergoede geneesmiddelen gelei-

d'être modifiée en fonction même de l'évolution de la masse des prestations effectuées.

Plus dans les hôpitaux universitaires que partout ailleurs, ce paiement forfaitaire permettra aux chefs de cliniques de n'être plus astreints à une tarification en fonction d'une nomenclature qui risque toujours de ne pas prévoir les dernières acquisitions en matière de diagnostic et de technique thérapeutique, de n'être plus tentés de rester attachés à certaines méthodes périmées parce qu'elles sont les seules à être remboursées. Ce paiement forfaitaire donnera au contraire la possibilité de substituer à tous moments des méthodes nouvelles et résoudra le problème délicat créé, dans le régime du paiement à la vacation, par la paradoxale nécessité de faire contrôler des professeurs d'université par des médecins-conseil ou des médecins-inspecteurs qu'ils ont eux-mêmes formés.

5° Mais à côté des préoccupations que cette lettre des milieux universitaires exprimait pour les cliniques elle-mêmes, les mêmes milieux se souciaient en même temps des répercussions que la réforme de l'Assurance Maladie-Invalidité pouvait avoir sur l'efficacité de la Médecine.

On sait que si, en Belgique, les grosses agglomérations disposent à la fois d'un grand nombre de médecins et d'une pléthore de lits d'hôpitaux, les régions rurales connaissent au contraire une densité de praticiens et d'établissements sensiblement trop faible. Il apparaît qu'une des raisons essentielles pour lesquelles les médecins — et surtout les spécialistes — hésitent à s'installer dans les régions à population disséminée, soit moins la dispersion de la population, que l'inexistence de centres suffisamment équipés pour y parfaire un diagnostic ou pour y instaurer un traitement dans des conditions satisfaisantes.

Pourquoi n'existe-t-il pas d'établissements hospitaliers dans de telles régions ? Certes pas parce que la morbidité y est plus favorable que dans les grandes villes mais essentiellement du fait de la non-rentabilité de ces établissements. La possibilité qui va être donnée par la politique hospitalière de créer des centres dont le taux de journée d'entretien sera couvert par la subvention de l'Etat, doit permettre de pourvoir les régions déshéritées de notre pays d'un équipement médical dont les populations ont un grand besoin. La création de tels relais médicaux amènera sans doute de bons médecins à renoncer à leur exode vers les villes et à faire s'épanouir dans les campagnes une médecine de bonne qualité.

6° Sur un autre plan un effort particulier est fait par le projet de loi pour élargir l'intervention de l'assurance dans le coût des spécialités pharmaceutiques. A ce sujet, l'exposé des motifs s'exprime ainsi :

« En ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques le régime nouveau d'Assurance Maladie-Invalidité élargira progressivement le nombre de médica-

delijk uitbreiden en om het aanschaffen van de duurste therapieën te bevorderen, zal het aandeel van de verzekerde eenvormig kunnen gemaakt en vastgesteld worden op basis van de gemiddelde kosten der farmaceutische specialiteiten.

» Parallel zullen maatregelen worden getroffen inzake het registreren, het toelaten op de markt van specialiteiten welke een werkelijke therapeutische waarde hebben, het controleren van de overeenstemming en de prijzencontrole. »

In artikel 25, paragraaf 3, van het wetsontwerp is nader bepaald dat het aandeel van de verzekerde in de kosten van de farmaceutische specialiteiten eenvormig zal worden vastgesteld op basis van 25 % van de gemiddelde kosten van die specialiteiten : thans belopen die gemiddelde kosten zowat 80 frank, wat betekent dat de verzekerde voor elke specialiteit, ongeacht de prijs ervan, 20 frank zal betalen.

Ook dit is een belangrijke wijziging welke de middelen komt aanvullen die de geneesheer ter beschikking worden gesteld opdat hij een doeltreffende behandeling tot een goed einde zou kunnen brengen zonder dat de materiële middelen van de verzekerde daarvoor een hinderpaal zijn.

7° Het lijkt bovendien noodzakelijk zich er rekenschap van te geven dat, al is het probleem van de medewerking der geneesheren ontegensprekelijk een essentieel aspect van de verzekeringsregeling voor geneeskundige verzorging, het toch niet het enige met de organisatie ervan verbonden element is.

De fundamentele verschillen welke de opvattingen van verschillende mutualiteiten tegenover elkaar stellen — in verband met de verantwoordelijkheid welke die organen in het beheer van de regeling moeten opnemen en in verband met de eenvormigheid van de status der sociaal verzekerden ongeacht hun verzekeringsinstelling — zijn een belangrijke op te lossen moeilijkheid geweest. Gedurende meer dan tien jaar zijn vrij onvruchtbare discussies op niets uitgelopen waarbij de stelling van de verantwoordelijkheid der verzekeringsinstellingen, voorgestaan door sommigen, en deze van de door anderen voorgestane solidariteit tegenover elkaar stonden. Elk ontwerp van hervorming stuitte op die tweespalt welke zich verder is gaan uitstrekken dan het kader van het mutualiteitswezen en geleid heeft tot politisering, wat, gelet op de aard van de opeenvolgende regeringscoalities het zoeken naar oplossingen gewis niet vereenvoudigde.

Dit schijnbaar fundamentele verschil in opvatting bestond in feite niet uit onverzoenbare stellingen en die beide principes brachten niet alleen mede dat het ene niet noodzakelijk moest worden verdrongen door de verwezenlijking van het andere, doch elk van die principes postuleerden eigen en simultane oplossingen wat betreft de organisatie van de verzekering.

Welke gedachte men over het pluralisme ook moge delen, er moet worden aangenomen dat de mutualiteit in de eerste plaats een historisch feit is en vervolgens een politiek element en het is evenmin als het pluralisme inzake scholen denkbaar het uit te schakelen.

Doch zulks brengt voor elk plan tot organisatie van de ziekte- en invaliditeitsverzekering de verplichting mede rekening te houden met het naast elkaar bestaan

ments remboursés et pour permettre l'accès aux thérapeutiques les plus coûteuses, l'intervention de l'assuré pourra être uniformisée et établie sur la base du coût moyen des spécialités pharmaceutiques.

» Parallèlement, des mesures seront prises en matière d'enregistrement, d'admission sur le marché de spécialités présentant un intérêt thérapeutique réel, de contrôle de conformité et de contrôle des prix ».

L'article 25, § 3, du projet de loi précise que l'intervention de l'assuré dans le coût des spécialités pharmaceutiques sera établie de façon uniforme, sur la base de 25 % du coût moyen de ces spécialités : dans les conditions actuelles, ce coût moyen, est de l'ordre de 80 francs, ce qui signifie que l'assuré payera 20 francs pour toute spécialité quel que soit son prix.

C'est là aussi une modification importante qui complète les moyens mis à la disposition du médecin pour lui permettre de mener à bien un traitement efficace, sans que les moyens matériels dont l'assuré dispose l'en empêchent.

7° Il paraît nécessaire de se rendre compte que si le problème de la collaboration des médecins constitue indubitablement un aspect essentiel du régime d'assurance soins de santé, il n'est pas le seul élément lié à son organisation.

Les divergences fondamentales opposant les conceptions de diverses mutualités — quant à la responsabilité que doivent prendre ces institutions dans la gestion du régime, et quant à l'uniformité du statut des assurés sociaux quel que soit leur organisme assureur — ont constitué une difficulté importante à résoudre. Pendant plus de dix ans, des discussions assez stériles alimentèrent un dialogue sans issue opposant à la thèse de la responsabilité des organismes assureurs défendue par certains, celle de la solidarité préconisée par d'autres. Chaque projet de réforme se heurta à cette opposition qui avait débordé le cadre mutualiste pour se politiser, ce qui, étant donné la nature des coalitions gouvernementales successives, n'était pas de nature à simplifier la recherche de solutions.

Cette apparente divergence fondamentale de conception n'était en réalité pas constituée de thèses inconciliables; ces deux principes non seulement n'entraînaient pas l'éviction nécessaire de l'un par la réalisation de l'autre, mais ils impliquaient chacun des solutions propres et simultanées, dans l'organisation de l'assurance.

Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur le pluralisme, il faut admettre la mutualité comme un fait historique d'abord et comme un élément politique ensuite, qu'il n'est pas plus imaginable de résorber que le pluralisme en matière scolaire.

Mais ceci entraîne l'obligation pour tout plan d'organisation de l'Assurance Maladie-Invalidité de tenir compte de la coexistence de mutualités concurrentes :

van concurrerende mutualiteiten en deze rivaliteit, ook al steunt ze op wedijver, is niet bestaanbaar met de totale dekking van de uitgaven welke besloten ligt in het solidariteitsbegrip, tenzij aan elke verzekeringsinstelling een verantwoordelijkheid wordt gegeven welke haar aanzet die uitgaven te begrenzen binnen een vooraf opgemaakte begroting, waarbij rekening wordt gehouden met de aan elk van hen eigen risico's.

In feite behelsde geen enkele poging tot hervorming het voorstel om af te zien van de mutualiteiten als dienst welke de verzekeringsprestaties verleent en onder die voorwaarden sneed een van die hervormingen, namelijk deze volgend op de onderhandelingen met het oog op het voortzetten van de Regering Spaak-Eyskens, einde 1948, de moeilijkheden aan welke voortvloeien uit de ongelijkheid van de risico's welke op elke verzekeringsinstelling rusten en stelde een theoretisch deugdelijke oplossing voor : de bijdragen van de verzekerden zouden niet meer verdeeld worden alleen uitgaande van het loonpeil, doch op grond van criteria welke derwijze werden berekend dat aan elke mutualiteit inkomsten werden bezorgd welke in verhouding staan tot de omvang van het risico voortvloeiend uit het beroep, de leeftijd, de kunne, de samenstelling van het gezin en de woonplaats. Die hervorming bracht verder geen oplossing voor het probleem van de beheersverantwoordelijkheid. Andere ontwerpen tot hervorming stelden oplossingen voor in verband met het andere aspect van het verschil in opvatting van de verzekeringsinstellingen, precies dat met betrekking tot die verantwoordelijkheid : het koninklijk besluit van 31 december 1952 en het plan-Servais behelsde de verantwoordelijkheid van de verzekerden hetzij door hen tot herverzekering aan te zetten voor zogenoemde niet prioritaire risico's, hetzij door het financieel tekort van hun mutualiteit via een bijkomende bijdrage te hunnen laste te leggen. Doch het ene noch het andere van die hervormingsplannen bracht een oplossing voor het probleem dat van meet af aan rees ingevolge het verstoorde evenwicht tussen de inkomsten en de verschillende door elke verzekeringsinstelling te dekken risico's.

Geleerd door die ervaring nu heeft de langdurige voorbereiding van het huidige wetsontwerp het niet alleen mogelijk gemaakt een oplossing voor te stellen voor beide aspecten van dat probleem, doch vooral vast te stellen dat wat tot nog toe als een dualiteit was gebleken waarbij de stellingen inzake verantwoordelijkheid en inzake solidariteit tegenover elkaar stonden, in werkelijkheid twee elkaar aanvullende begrippen vormden en dat, indien de onvoorwaardelijke solidarisation van alle uitgaven noodzakelijk tot de onverantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen moest leiden, de beheersverantwoordelijkheid enkel kon voortvloeien uit een zodanige solidarisation van de inkomsten dat elkeen ervan meet af aan zeker van is naar zijn risico's afgemeten financiële middelen te ontvangen.

Het invoeren bij besluit van de Regent van 25 januari 1919 van het begrip « criteria » als middel tot verdeling over de verzekeringsinstellingen van inkomsten die beter in verhouding staan tot hun eigen risico's was in ons pluralistisch systeem gewis een aanzienlijke

cette rivalité, même si elle est fondée sur l'émulation, n'est compatible avec la couverture totale des dépenses qu'implique la notion de solidarité qu'à la condition de donner à chaque organisme assureur une responsabilité qui l'engage à circonscrire ses dépenses dans le cadre d'un budget préalablement établi, tenant compte des risques propres à chacun d'entre eux.

En fait, aucune des tentatives de réforme ne proposa de renoncer aux mutualités en tant que service octroyant les prestations de l'assurance; dans ces conditions, l'un de ces essais, celui qui suivit les négociations en vue de la reconduction du Gouvernement Spaak-Eyskens (fin 1948), aborda les difficultés nées de l'inégalité des risques assumés par chaque organisme assureur, et proposa une solution théoriquement valable : les cotisations des assurés seraient réparties non plus en fonction du seul niveau des salaires mais en fonction de critères calculés de façon à donner à chaque mutualité des ressources proportionnelles à l'ampleur du risque résultant de la profession, de l'âge, du sexe, de la composition de la famille et de la résidence. Mais cette modification n'apportait aucune solution au problème de la responsabilité de la gestion. D'autres projets de réforme proposèrent des solutions à l'autre aspect des divergences de conception des organismes assureurs, celui qui concerne précisément cette responsabilité : l'arrêté royal du 31 décembre 1952 et le plan Servais impliquaient la responsabilité des assurés soit en les amenant à se réassurer pour des risques appelés non prioritaires, soit en mettant à leur charge, le déficit financier de leur mutualité, par une cotisation complémentaire. Mais ni l'un ni l'autre de ces plans de réforme n'apportait de remède au problème posé au départ par le déséquilibre entre les ressources et les risques différents à couvrir par chaque organisme assureur.

Enrichie de ces expériences, la longue préparation du présent projet de loi a permis non seulement de proposer une solution aux deux aspects de ce problème mais surtout de constater au préalable le fait suivant; ce qui jusqu'à présent était apparu comme une dualité opposant la thèse de la responsabilité et celle de la solidarité, représentait en réalité deux notions complémentaires. Si la solidarisation inconditionnelle de toutes les dépenses devait nécessairement conduire à l'irresponsabilité des organismes assureurs, la responsabilité dans la gestion ne pourrait résulter que d'une solidarisation des ressources, telle que chacun soit, au départ, assuré de recevoir des moyens financiers proportionnés à ses risques.

Certes, l'introduction, par l'arrêté du Régent du 25 janvier 1949, de la notion de « critère » comme moyen de répartition aux organismes assureurs de ressources mieux proportionnées à leurs risques propres, avait constitué, dans notre système pluraliste, un pro-

stap vooruit op de weg naar een pogen om voor elkeen voorwaarden te scheppen die, wat het beheer betreft, met elkaar konden vergeleken worden.

Vastgesteld moest echter worden dat bedoeld systeem niet alleen zeer veel kostte ingevolge de daartoe nodige statistische berekeningen, doch tevens als groot bezwaar bood dat de verzekeringsinstellingen hun inkomsten pas verscheidene maanden na het afsluiten van het dienstjaar waarop ze betrekking hadden, konden kennen. Kennelijk kon derhalve bezwaarlijk een oplossing worden gevonden voor het probleem van hun verantwoordelijkheid aangezien zij tijdens het beheer het bedrag niet kenden van de kredieten waarover zij konden beschikken.

Op zijn minst had men op grond van het resultaat van die criteria de eigen ontvangsten van de verzekeringsinstellingen moeten kunnen vaststellen vóór de aanvang van elk dienstjaar.

Bovendien was de berekening van die criteria hoofdzakelijk gesteund op de staat van werkelijke verzekeringsuitgaven, voor diverse categorieën van verzekerden, volgens een zeker aantal elementen. Doch het limitatieve karakter van die elementen was op zichzelf reeds een belangrijke oorzaak van vergissingen aangezien de veranderlijkheid inzake ziektefrekwentie alsmede het min of meer vroege beroep op de geneeskunde afhangen van een samenloop van omstandigheden welke vaak niet kunnen afgewogen worden.

Voorts werden met die criteria gemiddelde waarden inzake de kosten van de prestaties vastgesteld : de toepassing van die gemiddelden leidde automatisch tot een onderschatting van de inkomsten bestemd voor de groepen van verzekerden met hoge risico's en tot een overschatting van deze voor de groepen die betrekkelijk weinig kosten.

Die overwegingen, samen met de onvolmaaktheid zelf van de statistische staten, hebben het niet mogelijk gemaakt dat bewust systeem van de « criteria » de inkomsten van de verzekering deugdelijk kon verdelen.

Aangezien het door dit systeem te bereiken ideaal nochtans was verdelingsfactoren vast te stellen op grond waarvan de werkelijke uitgaven van de verzekeringsinstellingen weder samengesteld konden worden is het logischer, niet zo duur, zekerder en vlugger gebleken het peil van die uitgaven eenvoudigweg vast te stellen uitgaande van de resultaten over de jongste drie bekende dienstjaren : met die methode kan niet alleen een werkelijk peil van de uitgaven worden geregistreerd, doch kan tijdens elk driejarig tijdvak hun expansiefactor worden gemeten.

Wat ook de kwaliteit en de vatbaarheid voor volmaking van de methodes inzake berekening er van zijn geweest, toch konden de « criteria » tenslotte enkel uitlopen op de verdeling van een globaal ontoereikend inkomstenvolume, gelet op het chronische financiële tekort van de regeling. En, bovendien werd de regeling na die moeilijke berekeningen en hun resultaat, uiteindelijk in evenwicht gebracht door een achteraf door het Rijk verleende toelage welke, ook al werd ze gesplitst of terugvorderbaar geacht, niettemin onvermijdelijk was en, omdat ze laattijdig werd toegekend,

grès considérable dans la voie d'un effort pour mettre chacun dans des conditions comparables de gestion.

Mais il a fallu constater que ce système, outre qu'il était très coûteux à cause des calculs statistiques nécessaires, offrait l'inconvénient majeur de ne permettre aux organismes assureurs de connaître le niveau de leurs ressources que plusieurs mois après la clôture de l'exercice auquel elles se rapportaient. Il était, dès lors, difficile d'apporter simultanément une solution au problème de leur responsabilité puisqu'ils ignoraient, en cours de gestion, le montant des crédits dont ils pouvaient disposer.

Il eut fallu, pour le moins, que le résultat de ces critères permit d'établir les recettes propres des organismes assureurs avant le début de chaque exercice.

Par ailleurs, le calcul de ces critères était essentiellement basé sur le relevé des dépenses réelles de l'assurance, pour diverses catégories d'assurés, en fonction d'un certain nombre d'éléments était déjà en soi une cause importante d'erreur étant donné que les variabilités de la fréquence de la morbidité ainsi que les différences dans la précocité du recours à la médecine sont conditionnées par des concours de faits souvent impondérables.

En outre, ces critères établissaient des valeurs moyennes du coût des prestations : l'application de ces moyennes conduisait automatiquement à sous-estimer les ressources destinées aux groupes d'assurés à risques élevés et à surestimer celles des groupes relativement peu coûteux.

Ces considérations, ajoutées à l'imperfection même des relevés statistiques, n'ont pas permis à ce système des « critères » de répartir valablement les ressources de l'assurance.

Puisque l'idéal à atteindre par ce système était néanmoins d'établir des facteurs de répartition permettant de reconstituer les dépenses réelles des organismes assureurs, il a paru plus logique, moins coûteux, plus certain et plus rapide de constater simplement le niveau de ces dépenses en prenant en considération les résultats des trois derniers exercices connus : cette méthode permet non seulement d'enregistrer un niveau réel des dépenses mais de mesurer, au cours de chaque période triennale, leur facteur d'expansion.

Enfin, quelles qu'aient pu être la qualité et la perfection des méthodes de leur calcul, les « critères » ne pouvaient aboutir qu'à répartir un volume de ressources globalement insuffisant, étant donné la chronicité du déficit financier du régime. Et, de plus, au bout de ces calculs difficiles et de leur résultat, le régime était finalement équilibré par une intervention a posteriori de l'Etat qui, même lorsqu'elle était fractionnée ou réputée récupérable, n'en était pas moins inéluctable, et qui, parce qu'elle était tardive, était impuissante à corriger des erreurs qui avaient déjà depuis long-

niet bij machte om de vergissingen recht te zetten welke reeds lang uitwerking hadden gehad, zonder ermede te rekenen dat daardoor de inspanningen om de financiële middelen waarover eenieder kon beschikken, te preciseren, vrij nutteloos werden.

Dank zij de lessen uit die ervaring, brengt het wetsontwerp voor die leemten oplossingen en essentiële correctieven : het opstellen van de begrotingen wordt zeer belangrijk; het ramen van de uitgaven zal schragen op grondige voorafgaande studies gebaseerd op hun evolutie tijdens de jongste drie bekende dienstjaren; daarin zal rekening worden gehouden met hun normale expansiefactor en eventueel ook met de geplande verhogingen wat de bedragen van de uitkeringen of de terugbetalingen voor geneeskundige verzorging betreft.

Met die uitgavenramingen zullen ontvangstenramingen moeten overeenstemmen zodat de regeling in evenwicht is : het wetsontwerp stelt vooraf de verplichtingen van het Rijk vast dat de totale last van sommige prestaties op zich neemt en voor andere toelagen verleent naar een bepaalde verhouding van de uitgavenramingen. De Rijkstoelage verhoogt dus automatisch met de stijging van de uitgaven en voor de gedeeltelijk gesubsidieerde takken is ze gekend vóór de aanvang van het dienstjaar.

De bijdragen van werknemers dekken het andere deel van de uitgavenramingen en ook deze zullen in voorkomend geval moeten aangepast worden om de begrotingsraming te dekken. Een systeem van algehele solidariteit bestaat dus in de financiering van de regeling aangezien de uitgavenramingen — wat ook het bedrag daarvan weze — van meet af aan, gedekt zijn door een gecombineerde bijdrage van het Rijk, van de werkgevers en van de werknemers, ongeacht de verschillende risico's van elke groep van verzekerden en de verhouding van die inkomsten welke voor elke verzekeringsinstelling zijn bestemd.

Doch binnen dat solidariteitsregime inzake de verwezenlijking van de financiële middelen moet noodzakelijk de verantwoordelijkheid voor het beheer van de inkomsten nader worden gesteld : het Rijk wordt verantwoordelijk voor de risico's welke het zal dekken, de werkgevers en werknemers worden solidair verantwoordelijk voor het evenwicht in de taak uitkeringen welke door de bijdragen wordt gefinancierd; elke verzekeringsinstelling moet hetzij haar uitgaven voor geneeskundige verzorging binnen de grenzen houden welke haar zijn toegemeten door de vooraf opge maakte begroting, hetzij in de financiële middelen voorzien welke nodig zijn om het evenwicht te herstellen : die financiële middelen vloeien allereerst voort uit haar eigen reserves en, indien deze ontoereikend zijn, uit een bijkomende bijdrage van haar verzekerden.

Het wetsontwerp huldigt in dat verband een andere essentiële solidariteitsregel : alle sociaal verzekerden, welk ook hun verzekeringsinstelling weze, hebben recht op dezelfde prestaties.

Ieder arbeidsongeschikte werknemer, hij weze ziek of invalide, heeft recht op dezelfde uitkering welke, indien de gerechtigde gezinslast heeft, ten minste gelijk moet zijn aan 60 % van het loon waarop zijn bijdrage is berekend, elke rechthebbende heeft aanspraak op

temps produit leurs effets, sans compter qu'elle rendait assez vains les efforts déployés pour préciser les moyens financiers dont chacun pouvait disposer.

A ces lacunes, et grâce aux leçons de cette expérience, le projet de loi apporte des solutions et des correctifs essentiels : l'établissement des budgets prend une importance considérable. L'estimation des dépenses résultera d'études préalables approfondies basées sur leur évolution au cours des trois derniers exercices connus; elle tiendra compte de leur facteur normal d'expansion et éventuellement aussi des majorations projetées quant aux montants des indemnités ou des remboursements pour les soins de santé.

A ces prévisions de dépenses devront correspondre des prévisions de recettes équilibrant le régime : le projet de loi précise au préalable les obligations de l'Etat qui supporte la charge totale de certaines prestations et intervient, pour d'autres, pour une proportion déterminée des prévisions de dépenses. L'intervention de l'Etat augmente donc automatiquement avec l'accroissement des dépenses et elle est connue, pour les secteurs partiellement subventionnés, avant le début de l'exercice.

Les cotisations des travailleurs et des employeurs couvrent l'autre partie des prévisions de dépenses; elles devront, elles aussi, le cas échéant, être adaptées, pour couvrir la prévision budgétaire. Un système de complète solidarité existe donc dans le financement du régime puisque les prévisions de dépenses — quel qu'en soit le montant — sont couvertes au départ par une contribution combinée de l'Etat, des employeurs et des travailleurs, quelles que soient les différences de risques de chaque groupe d'assurés, et quelle que soit la proportion de ces ressources qui sera affectée à chaque organisme assureur.

Mais à l'intérieur de ce régime de solidarité quant à la réalisation des moyens de financement, doivent nécessairement être précisées les responsabilités de la gestion de ces ressources : l'Etat devient responsable des risques dont il assume la couverture, les employeurs et les travailleurs deviennent solidairement responsables de l'équilibre du secteur des indemnités financé par les cotisations, chaque organisme assureur doit, soit contenir ses dépenses pour les soins de santé dans les limites qui ont été assignées par le budget préalablement établi, soit réaliser les moyens financiers nécessaires pour rétablir l'équilibre. Ces moyens financiers résultent d'abord de ses réserves propres et, en cas d'insuffisance, d'une cotisation complémentaire de ses assurés.

Le projet de loi affirme à ce sujet une autre règle essentielle de solidarité : tous les assurés sociaux, quel que soit leur organisme assureur, ont droit aux mêmes prestations.

Chaque travailleur incapable de travailler, malade ou invalidité, a droit à la même indemnité et celle-ci, si le titulaire a charge de famille, doit être au moins égale à 60 % de la rémunération sur laquelle a été calculée sa cotisation. Chaque bénéficiaire a droit au rembour-

terugbetaling van 75 % van de artsenerelonen voor de bezoeken, de raadplegingen en de verzorging inzake algemene geneeskunde en op 100 % voor de verstrekkingen inzake speciale geneeskunde. De zin van de balans van een bepaalde verzekeringsinstelling kan geenszins dat recht aantasten noch om het te verminderen, noch om het te verhogen.

Het risico tot een verzekeringsinstelling te behoren die een tekort boekt en deswege een bijkomende bijdrage te moeten betalen, doet gewis afbreuk aan dat principe van gelijkheid inzake rechten van de verzekerden, doch vastgesteld moet worden dat dit risico voor de verzekerde aangevuld wordt met zijn recht de verzekeringsinstelling die met een tekort sluit, te verlaten om toe te treden tot een dat een boni boekt, daar het pluralisme en de vrije keuze en het recht van mutatie insluit.

De oplossing voor die problemen welke rijzen ingevolge de noodzaak de verantwoordelijkheden van eenieder nader te stellen en ingevolge de bekommernis om de eenheid van de rechten der verzekerden te waarborgen, was onontbeerlijk, niet zozeer om de doeltreffendheid van een regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te waarborgen, doch om de essentiële elementen van een hervorming objectief te kunnen onderzoeken, waarbij een discussie wordt gedepoliseerd welke, werd ze in een klimaat van hartstocht gehouden, wellicht nooit tot positieve conclusies zou leiden.

8° Wat is de plaats van de geneesheren in de aldus omschreven structuur en in dat beheer hetwelk, waar het gaat om de verzekering voor geneeskundige verzorging, met name uitgavenramingen zal moeten opmaken die essentieel voortvloeien uit de evolutie van de kosten van de geneeskundige verzorging.

Het beheer van de Dienst voor geneeskundige verzorging is toevertrouwd eensdeels aan de verzekeringsinstellingen die de verzorging terugbetalen en anderdeels, aan hem die ze verstrekken: de geneesheren, de tandheelkundigen, de apothekers, de beheerders van verplegingsinrichtingen; beide groepen zijn met een gelijk aantal vertegenwoordigd.

Het geneesherenkorps doet — terecht — opmerken dat zijn vertegenwoordiging in de minderheid is, aangezien het, voor elke beslissing zou moeten rekenen op het — problematisch — akkoord van de vertegenwoordigers van het Apothekerskorps, van de Tandheelkundigen en van de verplegingsinrichtingen om zijn advies deugdelijk tegenover het strijdige advies van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen te stellen. Dat probleem mag terecht ter sprake worden gebracht.

Om het op te lossen had men voorzeker aan het Geneesherenkorps alleen een aantal vertegenwoordigers kunnen geven gelijk aan dat van de verzekeringsinstellingen, doch dezelfde redenering moest worden gehouden door de andere drie medische of paramedische partners: en alsdan vertegenwoordigen de verzekeringsinstellingen aan hun kant nog amper 1/5 van het totaal aantal leden en bovendien zou een dergelijke verdeling van de beheerraad tot een zo talrijke vergadering leiden dat het er onmogelijk zou worden te beheren in de echte zin van het woord.

sement de 75 % des honoraires médicaux pour les visites, les consultations et les soins de médecine générale, et de 100 % pour prestations de médecine spéciale. Le sens du bilan accusé par un organisme assureur déterminé ne peut, en rien, entamer ce droit, ni pour le réduire, ni pour l'accroître.

Certes, le risque d'appartenir à un organisme assureur qui accuse un déficit et de devoir, de ce fait, payer une cotisation complémentaire vient altérer quelque peu ce principe d'égalité des droits des assurés. Mais il faut constater que ce risque pour l'assuré est complété par son droit de quitter l'organisme en déficit pour adhérer à un autre en boni, le pluralisme impliquant à la fois le libre choix et le droit de mutation.

La solution de ces problèmes posés par la nécessité de préciser les responsabilités de chacun et par le souci de garantir l'unité des droits des assurés était indispensable, non pas tellement pour garantir l'efficacité d'un régime d'Assurance Maladie-Invalidité mais surtout pour permettre un examen objectif des éléments essentiels d'une réforme, en dépolitisant une discussion qui, contenue dans un climat de passion, risquait de ne jamais aboutir à des conclusions positives.

8° Dans cette structure ainsi définie, et dans cette gestion qui, en ce qui concerne l'assurance soins de santé, va notamment devoir établir des prévisions de dépenses résultant essentiellement du coût des soins médicaux, quelle est la place réservée aux médecins ?

La gestion du Service des soins de santé est confiée d'une part aux organismes assureurs qui remboursent les soins et d'autre part à ceux-là mêmes qui les dispensent; les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les gestionnaires d'établissements hospitaliers, ces deux groupes étant représentés en nombre égal.

Le Corps médical fait remarquer à juste titre que sa représentation est minorisée puisqu'il devrait compter, pour chaque décision, sur l'accord — problématique — des représentants du Corps pharmaceutique, du Corps dentaire et des établissements hospitaliers pour opposer valablement son opinion à un avis contraire de l'ensemble des organismes assureurs. C'est un problème qu'il faut poser.

Pour le résoudre, on aurait pu donner au Corps médical seul un nombre de représentants égal à celui des organismes assureurs, mais le même raisonnement devrait être tenu par les trois autres partenaires médicaux ou paramédicaux. Dans ce cas, les organismes assureurs de leur côté ne représentaient plus que le 1/5 du nombre total de membres; de plus, cette répartition faisait du Conseil de gestion, une assemblée tellement nombreuse qu'il y devenait impossible de gérer efficacement.

Een amendement is aangebracht in artikel 11 van het ontwerp : het schrijft voor dat de werkingsregelen van het Beheerscomité de rechten van elk der vertegenwoordigde groepen moeten waarborgen. De bespreking in de Commissie van Sociale Voorzorg van de Kamer heeft de draagwijdte van dat amendement toegelicht : geen enkele beslissing van het Beheerscomité, getroffen tegen het eenparig advies van een groep — wat ook het aantal vertegenwoordigers daarvan weze — zal geldig zijn en zal naar de verantwoordelijke Minister moeten verwezen worden. Het gaat in feite om een systeem van « gekwalificeerde meerderheid » waardoor de rechten van minderheidsgroepen worden gevrijwaard.

Het past bovendien te doen opmerken dat de bepalingen van het wetsontwerp nader stellen dat alle problemen met betrekking tot de geneeskundige verzorging en de voorwaarden waaronder ze wordt terugbetaald, enkel door het Beheerscomité mogen behandeld worden nadat de Technische geneeskundige raad ze vooraf heeft bestudeerd : en die Technische geneeskundige raad is alleen uit geneesheren samengesteld.

Afgezien van de waarborgen, welke door die geamendeerde bepalingen worden aangebracht wat de rechten van de geneesheren betreft om hun opinie te doen gelden, moet in herinnering worden gebracht, ten einde de afgelegde weg te meten, dat tot op heden de verzekeringsinstellingen de grote meerderheid vormden van de leden in het Bestendig Comité van het R.V.Z.I. en dat de geneesheren daarin als zodanig pas vanaf 1955 vertegenwoordigd waren door amper twee afgevaardigden, zonder ander middel om hun advies te doen prevaleren, tenzij hun inspanning tot overreding en objectiviteit.

9° De overeenkomsten. Sedert de ziekte- en invaliditeitsverzekering is ingesteld waarborgt zij aan de verzekerden de terugbetaling tegen 100 % van de zogenoemde speciale verzorging — d.w.z. van de door specialisten verleende verstrekkingen —, en tegen 75 % van de raadplegingen, bezoeken en verzorging inzake algemene geneeskunde. Feitelijk worden die tegemoetkomingsbedragen van de verzekering niet berekend op de volle honoraria welke door de zieke werkelijk worden betaald, doch wel volgens een honorariumtarief dat in de meeste gevallen lager is dan de sommen welke de verzekerden worden aangerekend.

Dezen nu klagen over de bijslagen die zij voor hun rekening moeten nemen ondanks de belangrijke bijdragen welke op hun loon worden ingehouden : die persoonlijke lasten vormen voor de dure risico's en ingeval minder dure risico's zich herhalen, niet een rem welke tot het vermijden van een nodeloos beroep doen op verzorging zou strekken, doch wel een feitelijke hinderpaal om onontbeerlijke verstrekkingen of het verder verlenen er van te verkrijgen.

Die toestand is een blijvend verschijnsel voor de gepensioneerden, de weduwen en de invaliden die met de geringe inkomsten welke alleen uit het pensioen, de rente of de sociale uitkering bestaan, zonder de meest essentiële levensbehoeften in het gedrang te brengen, de lasten niet kunnen torsen die des te zwaarder zijn daar het ziektecijfer in die sociale groepen hoger ligt ingevolge bijzonder fysiologische of pathologische factoren.

Un amendement a été apporté à l'article 11 du projet : il prévoit que les règles de fonctionnement du Comité de gestion devront garantir les droits de chacun des groupes représentés. La discussion à la Commission de la Prévoyance sociale de la Chambre a précisé la portée de cet amendement : aucune décision du Comité de gestion prise contre l'avis unanime d'un groupe — quel que soit son nombre de représentants — ne sera valable et devra être déférée au Ministre responsable. Il s'agit en fait d'un système de « majorité qualifiée » sauvegardant les droits de groupes minoritaires.

Il convient en outre de faire remarquer que les dispositions du projet de loi précisent que tous les problèmes concernant les soins médicaux et les conditions dans lesquelles ils sont remboursés ne peuvent être examinés par le Comité de gestion qu'après que le Conseil Technique Médical les a préalablement étudiés : ce Conseil est uniquement composé de médecins.

Indépendamment des garanties apportées par ces dispositions amendées, quant aux droits des médecins de faire valoir leur opinion, il faut rappeler, pour mesurer l'étape qui a été franchie, que jusqu'à présent, les organismes assureurs constituaient la grande majorité des membres du Comité permanent du F.N.A.M.I. et que les médecins n'y étaient représentés comme tels qu'à partir de 1955, et par deux délégués seulement, sans autre moyen de faire prévaloir leur avis, que leur effort de persuasion et d'objectivité.

8° Les conventions. Depuis qu'elle a été instituée, l'Assurance Maladie-Invalidité garantit aux assurés le remboursement à 100 % des soins dits spéciaux — c'est-à-dire des prestations effectuées par les spécialistes, et à 75 %, des consultations, des visites et des soins relevant de la médecine générale. En fait, ces taux d'intervention de l'assurance se calculent, non pas sur l'entière des honoraires effectivement payés par le malade, mais d'après un tarif d'honoraires qui, dans la majorité des cas, est inférieur aux sommes réclamées aux assurés.

Ceux-ci se plaignent des suppléments qu'ils doivent supporter malgré les cotisations importantes qui leur sont retenus sur leur salaires : ces charges personnelles constituent, pour les risques coûteux et en cas de répétition des risques moins onéreux, non plus un frein qui tendrait à éviter les recours inutiles aux soins, mais un obstacle matériel à l'accès à des prestations indispensables ou à leur poursuite.

Cette situation est particulièrement permanente pour les pensionnés, pour les veuves et pour les invalides, chez lesquels la modicité de revenus constitués par la seule pension, rente ou allocation sociale ne peut, sans compromettre les besoins vitaux les plus essentiels, contenir des charges dont l'importance est d'autant plus grande que la morbidité dans ces groupes sociaux est accrue par des facteurs physiologiques ou pathologiques particuliers.

Voorzeker, sedert 1945 zijn de tarieven van de verzekering niet voldoende aangepast aan de werkelijk aangerekende honoraria. En gezegd mag worden dat zij ook thans nog ontoereikend zijn. Derhalve zou men van mening kunnen zijn dat het in het kader van de hervorming had volstaan de terugbetalingsbedragen te verhogen om het probleem op te lossen van het bestaan van hinderpalen om geneeskundige verzorging te verkrijgen, voortvloeiende uit het grote verschil tussen de aangerekende honoraria en de terugbetaalde sommen.

Met die oplossing is vier of vijfmaal een poging gedaan sedert 1945 : men heeft echter moeten vaststellen dat elke verhoging van de terugbetalingsbedragen der verzekering — om te pogen het verschil ten opzichte van de aangerekende honoraria « in te lopen » — is samengegaan met een simultane verhoging van die honoraria waardoor het grote verschil dat men wilde verminderen weer tot stand kwam. Terzelfder tijd kloegen de geneesheren over het nadeel dat hun werd berokkend door de concurrentie van verzorgingsinrichtingen die zich als regel stelden de verzekerings-tarieven in acht te nemen.

Om de studie van behoorlijke tarieven en de vaststelling er van op een door de geneesheren aanvaardbaar peil mogelijk te maken, om de verzekerden in staat te stellen van te voren de kosten te kennen van de verzorging waarom zij verzoeken en de eventuele lasten waaraan zij zich blootstellen, om uitgaande van die tarieven regels uit te werken om uit de beoefening van de geneeskunde elk concurrentieelement behoudens de kwaliteit van de verzorging te weren, is gebleken dat de geneesheren eensdeels en de verzekeringsinstellingen anderdeels, elkaar moesten ontmoeten in het kader van strikt paritaire onderhandelingen en met gemeen overleg de elementen uitwerken van een contract tot vaststelling van hun wederzijdse rechten en plichten : dat is het overeenkomstenstelsel waarin het financieringssysteem dat door het wetsontwerp wordt beschreven, de mogelijkheid biedt de honoraria vast te stellen op een zodanig peil dat de geneeskundige handeling deugdelijk wordt gehonoreerd en dat de geneesheer zijn verdiende standing gevrijwaard ziet.

Het wetsontwerp geeft sommige bepalingen aan welke de overeenkomsten noodzakelijk moeten bevatten of preciseren : a) de tarieven zullen gelijk zijn, ongeacht de plaats waar de verzorging wordt verleend — het gaat hier om een aan het Geneesherenkorps gegeven waarborg om het braderen van de Geneeskunde te vermijden; b) het matigend ticket zal in al de gevallen worden geëist voor de bezoeken, de raadplegingen en de algemeen geneeskundige verzorging — dat is de veralgemening van een door de geneesheren voorgestaan principe, en het past zulk te beklemtonen op een tijdstip waarop sommigen beweren dat de hervorming een politiek werk is, tot stand gebracht ten gunste van de mutualiteitsklinieken welke voortaan en ondanks het feit dat ze met de vrijwillige bijdragen van hun leden werden opgericht, van dezen een matigend ticket zullen moeten vorderen voor de algemene geneeskunde; c) de wijze van betaling is in principe de rechtstreekse betaling aan de geneesheer — het derde betalingsstelsel zal slechts kunnen aangenomen worden bij wijze van afwijking en onder de in de overeenkomst gestelde voorwaarden; d) de toetreding tot de overeen-

Certes, depuis 1945, les tarifs de l'assurance n'ont pas été suffisamment adaptés aux honoraires réellement pratiqués. Et on peut affirmer qu'actuellement encore, ils sont insuffisants. On pourrait dès lors estimer que, dans le cadre de la réforme, il eût suffi d'augmenter les montants des remboursements pour résoudre le problème soulevé par l'existence d'obstacles à l'accès aux soins résultant de la disparité entre les honoraires réclamés et les sommes remboursées.

Cette solution a été tentée à quatre ou cinq reprises depuis 1945 : mais il a fallu constater que chaque relèvement des taux de remboursement de l'assurance — pour tenter de « rattraper » le décalage par rapport aux honoraires pratiqués — a été accompagné d'un relèvement simultané de ces honoraires, rétablissant la disparité que l'on voulait réduire. Dans le même temps, les médecins se plaignaient du préjudice que leur faisait subir la concurrence d'institutions de soins s'imposant comme règle le respect des tarifs de l'assurance.

Pour permettre l'étude de tarifs convenables et leur fixation à un niveau acceptable par les médecins, pour permettre aux assurés de connaître, à l'avance, le coût des soins qu'ils réclament et les charges éventuelles auxquelles ils s'exposent, pour élaborer, à partir de ces tarifs, des règles bannissant de l'exercice de la médecine tout élément concurrentiel autre que la qualité des soins, il est apparu que les médecins d'une part et les organismes assureurs de l'autre, devaient se rencontrer dans le cadre de négociations strictement paritaires et élaborer, d'un commun accord, les éléments d'un contrat fixant leurs droits et devoirs réciproques : c'est le régime conventionnel dans lequel le système de financement décrit par le projet de loi, permet d'établir les honoraires à un niveau rétribuant valablement l'acte médical et sauvegardant au médecin le standing qu'il mérite d'occuper.

Le projet de loi indique certaines dispositions que les conventions devront nécessairement prévoir ou préciser : a) les tarifs seront les mêmes quel que soit l'endroit où les soins sont donnés. Il s'agit d'une garantie donnée au corps médical pour éviter le bradage de la médecine; b) le ticket modérateur sera exigé dans tous les cas, pour les visites, les consultations et les soins de médecine générale. C'est la généralisation d'un principe défendu par les médecins et qu'il convient de souligner au moment où certains prétendent que la réforme est une œuvre politique élaborée en faveur des cliniques mutualistes qui dorénavant, et malgré qu'elles furent construites avec les cotisations libres de leurs membres, devront leur réclamer un ticket modérateur pour la médecine générale; c) le mode de paiement est, en principe, le paiement direct au médecin, le système de tiers-payant ne pourra être admis que par dérogation et dans les conditions déterminées par la convention; d) l'adhésion à la convention est individuelle, elle n'engage donc le médecin que s'il décide personnellement d'y souscrire; chaque médecin peut inscrire dans la convention les jours et heures de cabi-

komst is individueel, ze verbindt dus slechts de geneesheer indien hij persoonlijk beslist ze te onderschrijven; ieder geneesheer mag in de overeenkomst spreekdagen en spreekuren doen vermelden waarop hij er niet toe gehouden is de overeenkomsttarieven voor de raadpleging in acht te nemen. Het aantal van die raadplegingszittingen was in de oorspronkelijke tekst tot twee per week beperkt; door een in de Commissie aangenomen amendement is beslist dat bedoeld aantal in de overeenkomst zelf zou worden vastgesteld; die mogelijkheid tot afwijking gaat in op een wens van de geneesheren, met name eensdeels te voldoen aan het verlangen van sommige zieken die om reden van persoonlijk gemak op afspraak wensen ontvangen te worden en, anderdeels, om in zeer bijzondere en buitengewone omstandigheden hun traditioneel recht te behouden om het bedrag van hun honoraria aan te passen aan wat hun patienten eisen. Het spreekt nochtans vanzelf dat indien, zoals sommige geneeskundige kringen hebben doen opmerken, die extra-conventionele raadplegingszittingen tot discriminatie zouden leiden, waar het gaat om de kwaliteiten van de verzorging, en het uitgangspunt zouden zijn van een bevoorrechte geneeskunde, waarnaast een geneeskundige van middelmatig gehalte tot stand zou komen, de eer van het beroep zou vergen dat ze worden afgeschaft; e) in de overeenkomst zullen voorts de honoraria worden vastgesteld welke gelden voor de in bijzondere omstandigheden afgelegde bezoeken : nachtbezoeken, spoedbezoeken, zondagbezoeken. In de overeenkomst zal tevens het sociaal statuut worden gepreciseerd dat wordt voorbehouden voor de geneesheren die tot de overeenkomst toetreden en waarmee in een regeling moet worden voorzien voor de problemen waarmee het Geneesherenkorps is begaan, met name inzake pensioen, vroegtijdige invaliditeit en overleving van de weduwen; f) tenslotte, — en die beschikking moet ingaan op de tijdens de jongste weken herhaaldelijk uitgedrukte bekommernissen — de onderhandelingen tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen moeten er toe leiden dat in de overeenkomst het inkomstenpeil van de verzekerden wordt vastgesteld — ongeacht of het gaat om werknemers, gepensioneerden, weduwen of invaliden — waarboven de beschikkingen van die overeenkomst, met name waar het gaat om de honoraria, niet van toepassing zijn : het zijn dus die vrije paritaire onderhandelingen welke zullen beslissen dat wordt vermeden wat sommigen de klip van een kosteloze geneeskunde voor de goeiden hebben genoemd. En het ware vruchteloos voor het Geneesherenkorps verder op te komen tegen het principe van dergelijke vrijgevigheden indien het niet zou aanvaarden zelf mede te werken om daarvan de grenzen nader te stellen.

**

Voorts weet men dat het wetsontwerp de mogelijkheid overweegt van een mislukken van onderhandelingen in regionaal vlak. Indien de bespreking zelf in dat vlak onmogelijk is of op niets uitloopt, wordt aan iedere geneesheer individueel en zonder voorafgaande onderhandelingen een ontwerp van overeenkomst voorgesteld dat door de Minister van Sociale Voorzorg is goedgekeurd.

**

nets pendant lesquels il n'est pas tenu de respecter les tarifs conventionnels pour la consultation. Le nombre de ces cabinets avait, dans le texte primitif, été limité à deux par semaine; par un amendement admis en commission, il a été décidé de laisser à la convention elle-même le soin de déterminer ce nombre. Cette possibilité de dérogation répond à un vœu exprimé par les médecins, d'une part de rencontrer le désir de certains malades qui, pour des raisons de commodité personnelle, souhaitent être reçus sur rendez-vous, et d'autre part, de conserver, dans des circonstances très particulières et exceptionnelles, leur droit traditionnel d'adapter le montant de leurs honoraires aux exigences de leur patients. Il est cependant évident que si, comme l'ont fait remarquer certains milieux médicaux, ces cabinets de consultations extra-conventionnels devaient être l'occasion d'une discrimination quant à la qualité des soins et le point de départ d'une médecine privilégiée créant une médecine parallèle de niveau médiocre, l'honneur de la profession exigerait leur suppression; e) la convention fixera en outre les honoraires applicables pour les visites données dans des circonstances particulières : visites de nuit, visites d'urgence, visites de dimanche. Elle sera appelée aussi à préciser le statut social qui sera réservé aux médecins adhérant à la convention et qui doit apporter une solution aux problèmes qui hantent le corps médical en ce qui concerne notamment la retraite, l'invalidité prématurée et la survie des veuves; f) enfin et, cette disposition doit répondre aux appréhensions maintes fois exprimées au cours de ces dernières semaines — la négociation entre les médecins et les organismes assureurs devra déterminer dans la convention le niveau des revenus des assurés — qu'il s'agisse de travailleurs, de pensionnés, de veuves ou d'invalides — au-delà desquels les termes de cette convention, notamment en ce qui concerne les honoraires, ne sont pas applicables : c'est donc cette libre négociation paritaire qui devra décider d'éviter ce que certains ont appelé l'écueil d'une médecine gratuite pour les biens nantis. Et il serait illusoire pour le corps médical de continuer à s'ériger contre le principe de telles largesses s'il n'acceptait de collaborer lui-même à en préciser les limites.

**

On sait que le projet de loi envisage l'éventualité de l'échec d'une négociation nationale : il prévoit, dans ce cas, des négociations sur le plan régional. Si le dialogue sur ce plan est lui-même impossible ou sans issue, un projet de convention approuvé par le Ministre de la Prévoyance Sociale est offert, sans négociation préalable, à chaque médecin individuellement.

**

Aanvankelijk was in artikel 151 bepaald dat de verstrekkingen, verleend door geneesheren die geen overeenkomst hebben gesloten, gedurende een jaar zouden terugbetaald worden tegen 75 % van de tarieven welke in de andere gevallen worden terugbetaald en dat, na die termijn, geen terugbetaling meer zou worden toegestaan. In dat verband hebben, zowel geneesheren als niet geneesheren uiting gegeven aan hun ongerustheid over het lot van de verzekerden die, met gebruikmaking van hun vrije keuzerecht, verder zouden te rade gaan bij geneesheren die niet tot een overeenkomst zijn toegetreden en aldus in de paradoxale toestand zouden verkeren dat ze verplicht bijdragen betalen voor de verzekering en daarvan geen tegemoetkoming kunnen genieten.

Op grond van die overwegingen heeft de Commissie van Sociale Voorzorg van de Kamer van Volksvertegenwoordigers, de tekst van artikel 151 zo gewijzigd dat in de wet zelf de tarieven worden vastgesteld welke volgens artikel 52 van de zogenoemde eenheidswet door de Koning aan de geneesheren mogen worden opgelegd.

Doordat artikel 151 de ereloonstarieven vaststelt welke zullen moeten toegepast worden door de geneesheren die op 1 januari 1964 niet tot een overeenkomst zullen toegetreden zijn, maakt dat artikel het gewis mogelijk de sociaal verzekerden in alle gevallen een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging te waarborgen. Doch kennelijk is het wetsontwerp aldus buiten zijn optimistisch perspectief gegaan waar het gaat om de spontane medewerking van het Geneesherenkorps.

*
**

Het is vooral mijn bedoeling geweest ten behoeve van het Geneesherenkorps een overzicht te geven van de essentiële bepalingen van het wetsontwerp en ik heb niet de pretentie hen te vragen ze te aanvaarden en wil evenmin zo incorrect zijn hen een of andere houding aan te raden. In de wetenschap evenwel dat de geneesheren door een vaak uitputtende arbeid algeheel in beslag zijn genomen en niet over de nodige tijd beschikken om lange en moeilijk te assimileren wetgevende teksten te bestuderen, in de wetenschap ook dat ze, uit traditie, tegelijk bereid zijn om in individuele gevallen de ruimste edelmoedigheid aan de dag te leggen en weinig bereid om die natuurlijke houding vaste vorm te geven in een sociale overeenkomst welke hen de verdienste van de belangloze handeling schijnt te ontnemen, heb ik het nuttig geacht ze te helpen om de gestelde problemen alsmede de voorgestelde oplossingen aan te snijden, opdat zij op zijn minst hun beslissing met kennis van zaken zouden nemen.

L'article 151 du projet prévoyait primitivement que les prestations données par les médecins non conventionnés, seraient pendant un an remboursées à raison de 75 % des tarifs remboursés dans les autres cas, et que, passé ce délai, plus aucun remboursement ne serait consenti. Des voix de médecins et de non-médecins ont exprimé à ce sujet des inquiétudes quant au sort des assurés qui, usant de leur libre choix, continueraient à se confier à des médecins n'ayant pas adhéré à une convention et qui se trouveraient ainsi dans la situation paradoxale de cotiser obligatoirement à l'assurance et de ne pouvoir bénéficier de son intervention.

Se fondant sur ces considérations, la Commission de la Prévoyance Sociale de la Chambre des Représentants a amendé le texte de l'article 151 de telle façon que c'est la loi elle-même qui fixe des tarifs que l'article 52 de la loi dite unique confiait au Roi d'imposer au Corps médical.

En déterminant les tarifs d'honoraires qui devront être appliqués par les médecins qui, au 1^{er} janvier 1964, n'auront pas adhéré à une convention, l'article 151 permet certes de garantir aux assurés sociaux une intervention de l'assurance soins de santé, dans tous les cas. Mais manifestement, le projet de loi est sorti ainsi de sa perspective optimiste quant à la collaboration spontanée du Corps médical.

*
**

Ayant voulu analyser à l'intention du Corps médical, les dispositions essentielles du projet de loi, je n'ai ni la prétention de lui demander de les admettre, ni l'incorrection de lui conseiller l'une ou l'autre attitude. Mais sachant les médecins absorbés par un travail épuisant et privés du temps nécessaire à l'étude de textes législatifs longs et difficiles à assimiler, sachant aussi que, par tradition, ils sont à la fois prêts à poser les gestes individuels de générosité les plus larges et peu disposés à inscrire concrètement cette attitude naturelle dans un contrat social qui paraît leur enlever le mérite de l'acte désintéressé, j'ai cru utile de les aider à absorber les problèmes qui sont posés et les solutions qui sont proposées afin qu'au moins, la décision qu'ils prendront, ils la prennent en connaissance de cause.