

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1962-1963.

7 MEI 1963.

WETSONTWERP

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

I. — AMENDEMENTEN VOORGESTELD DOOR DE HEER POSSON.

Art. 121.

1. — Het 2° vervangen door wat volgt :

« 2° de persoonlijke bijdragen gestort door de rechthebbenden bij toepassing van artikel 66, § 1, 2°, en § 2, 67, §§ 1 en 2, 68, §§ 1 en 3, 69, 71, 72, § 3 en 73. »

VERANTWOORDING.

Deze tekstwijziging heeft ten doel onder de ontvangsten de bijdragen te voorzien, die gebeurlijk door de Koning worden opgelegd als voorwaarde tot vrijstelling van wachttijd, zoals reeds in het verleden gebeurde, b.vb. bij een koninklijk besluit van 6 augustus 1962, waarbij bepaalde reeksen personen die hun beroepsactiviteiten in Kongo of Rwanda-Burundi hadden uitgeoefend worden vrijgesteld van de toetredingsvoorwaarden tot de verzekering tegen werkloosheid en de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

2. — Het 7° vervangen door wat volgt :

« 7° een rijkstegemoetkoming ter vervanging van de bijdragen van de werklozen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

» Ze wordt voor iedere verzekeringsinstelling vastgesteld op een bedrag per gecontroleerde werkloosheidsdag gelijk aan de gemiddelde waarde voor het laatste bekende dienstjaar van de dagelijkse bijdrage van haar gerechtigden, bedoeld in artikel 136 en 137 en bestemd voor de verzekering voor geneeskundige verzorging. »

Zie :

527 (1962-1963) :

- N° 1 : Wetsontwerp.
- N° 2 tot 7 : Amendementen.

Chambre des Représentants

SESSION 1962-1963.

7 MAI 1963.

PROJET DE LOI

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

I. — AMENDEMENTS PRESENTES PAR M. POSSON.

Art. 121.

1. — Remplacer le 2° par ce qui suit :

« 2° les cotisations personnelles versées par les bénéficiaires en application des articles 66, § 1, 2° et § 2, 67, §§ 1 et 2, 68, §§ 1 et 3, 69, 71, 72, § 3 et 73. »

JUSTIFICATION.

Cette modification du texte a pour but de prévoir parmi les recettes les cotisations qui seraient éventuellement imposées par le Roi comme condition pour l'exemption du stage comme ce fut le cas dans le passé, p.ex. par l'arrêté royal du 6 août 1962, exemptant certaines catégories de personnes ayant exercé leurs activités professionnelles au Congo ou au Rwanda-Burundi des conditions d'adhésion à l'assurance de chômage et à l'assurance maladie-invalidité.

2. — Remplacer le 7° par ce qui suit :

« 7° une intervention de l'Etat en remplacement des cotisations des chômeurs pour l'assurance-soins de santé.

» Elle est fixée pour chaque organisme assureur à un montant par journée de chômage contrôlée, égal à la valeur moyenne pour le dernier exercice connu, de la cotisation journalière de ses titulaires, visée aux articles 136 et 137 et destinée à l'assurance-soins de santé. »

Voit :

527 (1962-1963) :

- N° 1 : Projet de loi.
- N° 2 à 7 : Amendements.

3. — Een 7° bis invoegen, dat luidt als volgt :

« 7° bis — een rijkstegemoetkoming gelijk aan het verschil tussen, eensdeels, de ontvangsten-begrotingsvooruitzichten voortvloeiende uit de opbrengst van de in artikel 122, vierde lid, 1°, a) en b) bedoelde bijdrage verhoogd met het bedrag van de in artikel 122, vierde lid, 1°, e) bedoelde inkomsten en, anderdeels, de uitgaven-begrotingsvooruitzichten van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met uitsluiting van de uitgaven voor de in 3° van dit artikel bedoelde verstrekkingen.

» Deze rijkstegemoetkoming mag echter nimmer meer dan 32 % bedragen van het in vorig lid bedoelde verschil tussen ontvangsten- en uitgavenbegrotingsvooruitzichten, vermeerderd met de rijkstegemoetkoming voorzien onder 7°.

VERANTWOORDING.

De voorgestelde tekstwijziging heeft tot doel de in de Memorie van Toelichting door de Regering aangekondigde financieringsmethode nauwkeuriger te omschrijven.

Art. 122.

1. — In het vierde lid, 1°, littera b) vervangen door wat volgt :

« b) het deel van de in artikel 121, 2°, bedoelde persoonlijke bijdragen, dat vastgesteld is op :

» 100 % wanneer zij uitdrukkelijk voor de geneeskundige verzorgingsverzekering zijn bestemd;

» 60 % wanneer zij voor de gezamenlijke regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn bestemd. »

2. — In hetzelfde vierde lid, 1°, littera d) wijzigen als volgt :

« en 7° bis bedoelde rijkstegemoetkoming. »

3. — In hetzelfde vierde lid, 2°, littera b) vervangen door wat volgt :

« b) het deel van de in artikel 121, 2°, bedoelde persoonlijke bijdragen, dat vastgesteld is op :

» 100 % wanneer ze uitdrukkelijk voor de uitkeringsverzekering zijn bestemd;

» 40 % wanneer zij voor de gezamenlijke regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn bestemd. »

VERANTWOORDING.

De eerste en derde voorgestelde wijziging aan artikel 122, zijn het gevolg van de verwijzing naar artikel 66, § 2, bij amendement ingelast in artikel 121, 2°. Het gaat hier om persoonlijke bijdragen waarvan men niet op voorhand weet of ze voor één der verzekeringstakken dan wel voor het geheel der verzekering bestemd zijn. Daarom wordt voorgesteld een verdeling te voorzien naar gelang van de bestemming van de bijdragen, zonder in verdere details te treden.

De andere wijziging is het gevolg van de in artikel 121, 7°, voorgestelde veranderingen.

Art. 123.

1. — In het begin van § 1, de woorden :

« Onder de voorwaarden »,

vervangen door de woorden :

« Volgens de modaliteiten. »

2. — In hetzelfde § 1, het 2° vervangen door wat volgt :

« 2° de volgens artikel 121, 7°, vastgestelde rijkstegemoetkoming ter vervanging van de bijdragen van de werklozen voor de geneeskundige verzorgingsverzekering. »

3. — Insérer un 7° bis, libellé comme suit :

« 7° bis — une intervention de l'Etat égale à la différence entre, d'une part, les prévisions budgétaires de recettes résultant du produit de la cotisation visée à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, a) et b) augmenté du montant des ressources visées à l'article 122, quatrième alinéa, 1°, e) et, d'autre part, les prévisions budgétaires de dépenses de l'assurance-soins de santé, à l'exclusion des dépenses pour les prestations visées au 3° de cet article.

» Cette intervention de l'Etat ne peut en aucun cas excéder 32 % de la différence visée à l'alinéa précédent entre les prévisions budgétaires de recettes et de dépenses, augmentée de l'intervention de l'Etat visée au 7°. »

JUSTIFICATION.

La modification de texte proposée a pour but de mieux préciser la méthode de financement annoncée par le Gouvernement dans l'Exposé des Motifs.

Art. 122.

1. — Au quatrième alinéa, 1°, remplacer le littera b) par ce qui suit :

« b) la part des cotisations personnelles visées à l'article 121, 2°, fixée à :

» 100 % lorsqu'elles sont expressément destinées à l'assurance-soins de santé;

» 60 % lorsqu'elles sont destinées à l'ensemble du régime d'assurance maladie-invalidité. »

2. — Au même quatrième alinéa, 1°, compléter le littera d) par les mots :

« et 7° bis. »

3. — Au même quatrième alinéa, 2°, remplacer le littera b) par ce qui suit :

« b) la part des cotisations personnelles visées à l'article 121, 2°, fixée à :

» 100 % lorsqu'elles sont expressément destinées à l'assurance-indemnités;

» 40 % lorsqu'elles sont destinées à l'ensemble du régime d'assurance maladie-invalidité. »

JUSTIFICATION.

La première et la troisième modification proposées à l'article 122 sont la conséquence du renvoi à l'article 66, § 2, inséré par voie d'amendement dans l'article 121, 2°. Il s'agit ici de cotisations personnelles dont on ne sait pas à l'avance si elles sont destinées à un des secteurs de l'assurance ou bien à l'ensemble de l'assurance. C'est pourquoi il est proposé de prévoir une répartition suivant la destination des cotisations, sans entrer dans de plus amples détails.

L'autre modification est la conséquence des changements proposés à l'article 121, 7°.

Art. 123.

1. — Au début du § 1, remplacer les mots :

« Dans les conditions »,

par les mots :

« Suivant les modalités ». »

2. — Au même § 1, remplacer le 2° par ce qui suit :

« 2° l'intervention de l'Etat déterminée suivant l'article 121, 7°, en remplacement des cotisations des chômeurs pour l'assurance-soins de santé. »

3. — In dezelfde § 1, 3°, het eerste lid vervangen door wat volgt :

« 3° een deel van de in artikel 121, 8°, bedoelde Rijks-tegemoetkoming, vastgesteld zoals bepaald in artikel 133, § 3. »

VERANTWOORDING.

Deze wijzigingen hebben tot doel de tekst aan te passen ingevolge de verduidelijking voorgesteld bij artikel 133. Anderzijds was het nodig de tekst van § 1, eerste lid, te herzien daar het Beheerscomité enkel de modaliteiten van verdeling kan bepalen, omdat de voorwaarden der verdeling in de wet zelf worden vastgelegd.

Art. 133.

Dit artikel vervangen door wat volgt :

« § 1. Het financieel dienstjaar valt samen met het kalenderjaar.

» De in artikelen 8, 2°, 3° en 4°, 12, 1° en 2°, 40, 7° en 8°, 79, 15°, en 93, 8°, bedoelde begrotingen lopen over één jaar en worden telkens voor een driejarig tijdvak opgemaakt.

» § 2. De in artikelen 8, 2°, 12, 1°, en 40, 8°, bedoelde begrotingen bevatten per verzekeringstak, en voor het geheel der verplichte verzekering de vooruitzichten van inkomsten en uitgaven.

» Die vooruitzichten worden opgemaakt, uitgaande van de verrichtingen geboekt in het laatste afgesloten dienstjaar, rekening gehouden met de vooruitzichten inzake tewerkstelling en bijdragen van de Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid en van het Nationaal Pensioenfonds voor mijnwerkers en met de evolutie van de uitgaven, vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren.

» Wat de geneeskundige verzorgingsverzekering betreft, wordt de evolutie van de uitgaven, vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren, geprojecteerd over het eerstvolgend driejarig tijdvak, onder toevoeging van een veiligheidscoëfficiënt.

» De in vorige leden bedoelde vooruitzichten worden voor het opmaken der begrotingen gebeurlijk verbeterd in functie van de te verwachten gevolgen van de bij artikelen 8, 9° en 10°, 12, 4°, 6°, 11° en 12°, en 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° en 11°, bedoelde maatregelen.

» In geen geval mag rekening gehouden worden met het bedrag van de in artikel 124, § 2, bedoelde sancties of ten onrechte betaalde prestaties.

» Evenmin worden de in artikel 126 bedoelde boni of bijzondere voordelen in aanmerking genomen voor het opmaken der begrotingen.

» § 3. De in artikelen 8, 2° en 12, 1°, bedoelde begrotingen bevatten per verzekeringsinstelling het bedrag van de in artikelen 121, 8° en 123, § 1, eerste lid, 3°, bedoelde rijks-tegemoetkoming.

» Deze rijks-tegemoetkoming wordt voor elk der dienstjaren van de driejarige tijdvakken, bedoeld in § 1 van dit artikel, voor iedere verzekeringsinstelling vastgesteld op basis van hun aantal gepensioneerden bedoeld in artikel 21, 7° en 8°, weduwen bedoeld in artikel 21, 9°, en gerechtigden die de in artikel 50 bedoelde voortdurende ongeschiktheidsuitkeringen en de in artikel 53 bedoelde invaliditeitsuitkeringen genieten.

» Het voor ieder van die rechthebbenden toegewezen bedrag wordt bepaald op basis van de projectie over het eerstvolgende driejarig tijdvak bedoeld in § 1, van de evolutie van de gemiddelde kosten van de geneeskundige verzorgingsverzekering voor het ganse land vastgesteld tijdens de drie jongste bekende dienstjaren voor de drie betrokken groepen rechthebbenden.

3. — Au même § 1, 3°, remplacer le premier alinéa par ce qui suit :

« 3° une part de l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 7° bis fixée comme déterminée à l'article 133, § 3. »

JUSTIFICATION.

Ces modifications ont pour but d'adapter le texte consécutivement aux prévisions proposées à l'article 133. D'autre part il était nécessaire de revoir le texte du § 1, premier alinéa, le Comité de gestion ne pouvant que déterminer les modalités de répartition, les conditions de la répartition étant fixées dans la loi même.

Art. 133.

Remplacer cet article par ce qui suit :

« § 1. L'exercice financier coïncide avec l'année civile.

» Les budgets visés aux articles 8, 2°, 3° et 4°, 12, 1° et 2°, 40, 7° et 8°, 79, 15° et 93, 8°, sont annuels et établis pour une période de trois ans.

» § 2. Les budgets visés aux articles 8, 2°, 12, 1° et 40, 8°, comprennent les prévisions de recettes et de dépenses par branche d'assurance et pour l'ensemble de l'assurance obligatoire.

» Ces prévisions sont établies en partant des opérations enregistrées au cours du dernier exercice clôturé, compte tenu des prévisions en matière d'emploi et de cotisations de l'Office national de sécurité sociale et du Fonds national de retraite des ouvriers mineurs et de l'évolution des dépenses constatée au cours des trois derniers exercices connus.

» Pour l'assurance-soins de santé, l'évolution des dépenses, constatée au cours des trois derniers exercices connus, est projetée sur la période suivante de trois ans, en y ajoutant un coefficient de sécurité.

» Les prévisions visées aux alinéas précédents sont éventuellement corrigées lors de l'établissement des budgets en fonction des résultats escomptés des mesures visées aux articles 8, 9° et 10°, 12, 4°, 6°, 11° et 12°, et 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° et 11°.

» Il ne peut en aucun cas être tenu compte du montant des sanctions visées à l'article 124, § 2, ou de prestations payées indûment.

» De même les bonis ou avantages complémentaires visés à l'article 126 ne sont pas pris en considération pour l'élaboration des budgets.

» § 3. Les budgets visés aux articles 8, 2° et 12, 1°, contiennent par organisme assureur le montant de l'intervention de l'Etat visée aux articles 121, 8° et 123, § 1, premier alinéa, 3°.

» Cette intervention de l'Etat est fixée pour chacun des exercices des périodes de trois ans, visés au § 1 de cet article, pour chaque organisme assureur, sur base de leur nombre de pensionnés visé à l'article 21, 7° et 8°, veuves visées à l'article 21, 9°, et titulaires bénéficiant des indemnités d'incapacité prolongée visées à l'article 50 et des indemnités d'invalidité visées à l'article 53.

» Le montant attribué à chacun de ces bénéficiaires est fixé sur base de la projection sur la période suivante de trois ans visée au § 1, de l'évolution du coût moyen de l'assurance-soins de santé fixé pour tout le pays au cours des trois derniers exercices connus pour les trois groupes de bénéficiaires intéressés.

» Daartoe wordt de rijkstegemoetkoming, bedoeld in artikel 121, 8° vooraf verdeeld tussen de drie betrokken groepen rechthebbenden in functie van hun volgens voorgaand lid bepaalde respectieve gemiddelde kosten. Het aandeel in de rijkstegemoetkoming van elke groep wordt vervolgens gedeeld door het aantal rechthebbenden van elke groep.

» Voor deze deling en voor de toewijzing van de bedragen aan iedere verzekeringsinstelling wordt het aantal rechthebbenden der drie betrokken groepen op voorhand vastgelegd door de evolutie van het aantal rechthebbenden dezer groepen, in iedere verzekeringsinstelling vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren, te projecteren over het eerstvolgend driejarig tijdvak bedoeld in § 1. »

VERANTWOORDING.

De voorgestelde tekstwijziging heeft tot doel de in de Memorie van Toelichting door de Regering aangekondigde financieringsmethode nauwkeurig te omschrijven.

Daar de voorgestelde techniek er in de eerste plaats in bestaat het aandeel van de Staat in de financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering *a priori* te bepalen is het gewenst deze techniek uitvoerig in de wettekst toe te lichten.

Hierbij wordt dan uitdrukkelijk een onderscheid gemaakt tussen de in § 2 bedoelde *voorzichtigheden* of *ramingen*, en de volgens het bepaalde in § 3 *vastgestelde bedragen*.

Om een ongezonde beweging in de ledentallen der betrokken groepen rechthebbenden: gepensioneerden, weduwen en invaliden, uitgelokt door financiële overwegingen, te voorkomen is het eveneens noodzakelijk het aantal dezer rechthebbenden die in aanmerking komen voor de verdeling der rijkstegemoetkoming bedoeld in artikel 121, 7° *bis*, op voorhand vast te leggen.

Aldus zal de verzekeringsinstelling die tracht de evolutie van haar ledental op een ongewone wijze te beïnvloeden zelf de financiële gevolgen van haar handelwijze moeten dragen.

Art. 138.

In § 1, voorlaatste regel, de woorden weglaten:

« van artikel 129, § 2, b) of ».

VERANTWOORDING.

Deze wijziging is het gevolg van de veranderingen voorgesteld aan artikel 121, 7°, en aan artikel 129.

Art. 152.

Dit artikel aanvullen met een § 6 (nieuw), die luidt als volgt:

« § 6. De begrotingen bedoeld in artikel 133 worden voor het eerst opgemaakt voor de dienstjaren 1964-1965 en 1966.

» Tijdens dit eerste driejarig tijdvak mogen, in afwijking van het bepaalde in artikel 133, § 1, de begrotingen van de nog te lopen dienstjaren herzien worden op basis van de verrichtingen geboekt tijdens de voorbije dienstjaren. »

VERANTWOORDING.

Aangezien het wetsontwerp een nieuwe financieringstechniek invoert is het nodig de bepalingen van artikel 133 te versoepelen tijdens de eerste toepassingsperiode, om tijdig de nodige aanpassingen te kunnen doorvoeren.

» C'est pourquoi l'intervention de l'Etat, visée à l'article 121, 8°, est répartie d'avance entre les trois groupes intéressés de bénéficiaires en fonction de la moyenne de leur coût respectif d'après l'article précédent. La part de chaque groupe dans l'intervention de l'Etat est ensuite divisée par le nombre de bénéficiaires de chaque groupe.

» Pour cette division et pour l'attribution des montants à chaque organisme assureur, le nombre de bénéficiaires des trois groupes intéressés est fixé au préalable en projetant l'évolution du nombre de bénéficiaires de ces groupes, constatée dans chaque organisme assureur au cours des trois derniers exercices connus sur la période suivante de trois ans visée au § 1. »

JUSTIFICATION.

La modification de texte proposée a pour but de bien préciser la méthode de financement annoncée par le Gouvernement dans l'Exposé des Motifs.

La technique proposée consistant en premier lieu à déterminer *a priori* la part de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, il est souhaitable que cette technique soit clairement expliquée dans le texte de la loi.

De plus une distinction expresse est faite entre les *prévisions* ou *estimations* visées au § 2 et les *montants* fixés suivant les modalités reprises au § 3.

Afin de prévenir un mouvement malsain dans les effectifs des groupes de bénéficiaires intéressés: pensionnés, veuves et invalides, inspiré par des considérations financières, il est également nécessaire de fixer d'avance le nombre de ces bénéficiaires entrant en ligne de compte pour la répartition de l'intervention de l'Etat visée à l'article 121, 7° *bis*.

De cette façon, l'organisme assureur essayant d'influencer de manière inhabituelle l'évolution de ses effectifs devra supporter lui-même les conséquences de sa ligne de conduite.

Art. 138.

Au § 1, dernière ligne, supprimer les mots:

« de l'article 129, § 2, b) ou ».

JUSTIFICATION.

Cette modification est la conséquence des changements proposés à l'article 121, 7°, et à l'article 129.

Art. 152.

Compléter cet article par un § 6 (nouveau), libellé comme suit:

« § 6. Les budgets visés à l'article 133 sont établis pour la première fois pour les exercices 1964-1965 et 1966.

» Au cours de cette première période de trois ans les budgets des exercices encore à courir peuvent par dérogation aux dispositions de l'article 133, § 1, être revus sur base des opérations enregistrées au cours des exercices passés. »

JUSTIFICATION.

Le projet de loi instaurant une nouvelle technique de financement, il est nécessaire d'assouplir au cours de la première période d'application, les dispositions de l'article 133 afin de pouvoir apporter en temps utile les adaptations nécessaires.

J. POSSON.
A. LAVENS.
O. DE MEY.
A. OLISLAEGER.
Lode PEETERS.

II. — AMENDEMENTS PRESENTES PAR M. OLISLAEGER.

Art. 25.

1. — « In fine » du § 1, supprimer les mots :
« conformément à l'article 29, § 4. »

JUSTIFICATION.

L'exception concernant l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des soins médicaux doit pouvoir comprendre tous les cas de paiement forfaitaire.

2. — Au § 4, supprimer le dernier alinéa.

JUSTIFICATION.

Cette modification est la conséquence des modifications proposées à l'article 29, §§ 2 et 3.

La qualification spéciale de certains médecins ne peut donner lieu à une discrimination vis-à-vis des malades.

Par ailleurs la mauvaise répartition des médecins dans certaines régions du pays ne peut donner lieu à une situation défavorisée vis-à-vis de l'assurance maladie. Les mêmes taux de remboursement doivent être appliqués pour des honoraires majorés, si cette majoration est justifiée.

A. OLISLAEGER.

J. LENOIR.

PI. DE PAEPE.

J. POSSON.

O. DE MEY.

Art. 27.

Modifier comme suit le premier alinéa :

« Les conventions prévues à l'article 26 sont conclues sur le plan national dans des commissions, instaurées au sein du Service des soins de santé, groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements intéressés. »

JUSTIFICATION.

Cette modification a pour but de rendre le texte plus clair et de le faire concorder avec la disposition de l'article 28. En effet, les commissions dont il est question ont la tâche d'établir des conventions qui, sur proposition du Comité de gestion, sont soumises à l'approbation du Ministre.

Art. 29.

1. — Au § 1, compléter comme suit le premier alinéa :
« ainsi que les modalités de remboursement. »

JUSTIFICATION.

Les conventions doivent également pouvoir prévoir les modalités de remboursement : c'est ainsi qu'il faudra préciser les prestations pour lesquelles les honoraires et les prix sont réglés par vacation et quelles sont les prestations éventuellement remboursables sur une base forfaitaire.

En cas de paiement forfaitaire, il devra en outre être stipulé dans les conventions si ce forfait sera déterminé par bénéficiaire, par journée d'entretien ou pour une période déterminée.

Les conventions préciseront en outre suivant les cas, le mode de paiement, à savoir le paiement direct (tiers payant) ou le paiement indirect.

II. — AMENDEMENTEN VOORGESTELD DOOR DE HEER OLISLAEGER.

Art. 25.

1. — « In fine » van § 1, de woorden weglaten :
« overeenkomstig artikel 29, § 4. »

VERANTWOORDING.

De uitzondering gemaakt voor het persoonlijk aandeel van de recht-hebbende in de kosten van de geneeskundige verzorging moet alle gevallen van forfaitaire betaling kunnen omvatten.

2. — In § 4, het laatste lid weglaten.

VERANTWOORDING.

Deze wijziging is het gevolg van de in artikel 29, §§ 2 en 3, voor-gestelde wijzigingen.

De specialisatie van sommige geneesheren mag geen aanleiding geven tot een discriminatie tegenover de zieken.

Daarenboven mag de slechte spreiding van de geneesheren in sommige gewesten van het land geen aanleiding geven tot een nadelige toestand tegenover de ziekteverzekering. Dezelfde hoegrootheden moeten voor de verhoogde honoraria toegepast worden indien deze verhoging verant-word is.

Art. 27.

Het eerste lid wijzigen als volgt :

« De in artikel 26 bedoelde overeenkomsten worden gesloten op nationaal vlak in commissies welke in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging ingesteld zijn en waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de ver-zekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van de belanghebbende beroepen of inrichtingen zitting hebben. »

VERANTWOORDING.

Het doel van deze wijziging is de tekst duidelijker te maken en hem in overeenstemming te brengen met het in artikel 28 bepaalde. De bedoelde commissies hebben tot taak overeenkomsten tot stand te bren-gen die op voorstel van het Beheerscomité aan de goedkeuring van de Minister worden voorgelegd.

Art. 29.

1. — In § 1, het eerste lid als volgt aanvullen :
« en de wijze van terugbetaling. »

VERANTWOORDING.

De overeenkomsten moeten eveneens in de wijze van terugbetaling kunnen voorzien : zo zal moeten gepreciseerd worden voor welke pres-taties de honoraria en de prijzen per vacatie vereffend worden en welke prestaties eventueel terugbetaalbaar zijn op een forfaitaire basis.

In geval van forfaitaire betaling zal bovendien in de overeenkomsten moeten worden gestipuleerd of dit forfait per gerechtigde vastgesteld wordt, dan wel per verpleegdag of voor een bepaalde periode.

In de overeenkomsten moet ook nog, naar gelang van het geval, de wijze van betaling gepreciseerd worden, te weten de rechtstreekse beta-ling (betalende derde) of de onrechtstreekse betaling.

2. — Au même § 1, remplacer le deuxième alinéa par ce qui suit :

« Ces honoraires et ces prix peuvent également être déterminés sur une base forfaitaire, en particulier pour des prestations aux bénéficiaires séjournant dans un établissement hospitalier agréé, à condition que le paiement forfaitaire soit accepté par tous les organismes assureurs. »

JUSTIFICATION.

Cette modification rejoint celle déjà proposée au premier alinéa de l'article 29, § 1.

Les dispositions spéciales pour assurés hospitalisés visent à rendre possible le paiement des prestations médicales aux malades hospitalisés sur base forfaitaire, calculé par journée d'entretien, comme c'est déjà le cas à présent pour les prestations médicales dans les sanatoria.

Dans un but d'efficacité et d'équité, il est en outre nécessaire de préciser que le règlement forfaitaire des honoraires doit être accepté par tous les organismes assureurs.

3. — Remplacer le § 2 par ce qui suit :

« § 2. Les facteurs de multiplication peuvent, par dérogation, être majorés pour les visites à domicile effectuées par des docteurs en médecine, établis dans un arrondissement dont le nombre d'habitants est inférieur à 100 par km². »

JUSTIFICATION.

Dans certaines régions, à faible densité de population, il est nécessaire de prévoir des tarifs supérieurs pour les visites des médecins en raison des frais de déplacement élevés. Ces dérogations doivent viser les facteurs de multiplication afin de permettre une intervention plus élevée de l'assurance. Elles ont pour but de ne pas défavoriser les assurés habitant ces régions, disposant en règle générale d'un équipement médical nettement inférieur au reste du pays. Vu l'incidence financière, il importe de limiter strictement dans la loi, les cas où ces dérogations peuvent être prévues.

4. — Supprimer le § 3.

JUSTIFICATION.

Les honoraires de médecins particulièrement qualifiés ayant notamment la charge d'un enseignement universitaire, doivent être résolus dans le cadre des mesures à prendre pour l'organisation de l'enseignement médical supérieur et ne peuvent être une raison de faire une distinction vis-à-vis de l'assurance-maladie et des bénéficiaires.

5. — Remplacer le § 4 par ce qui suit :

« § 4. Des dérogations concernant les modalités de remboursement, en particulier en ce qui concerne le règlement forfaitaire des honoraires et des prix, peuvent être convenues par région ou par établissement de soins, à condition que ces modalités soient acceptées par tous les organismes assureurs de la région intéressée. »

JUSTIFICATION.

La possibilité de règlement forfaitaire de certains honoraires et prix fut reprise dans un sens plus large que prévu dans le projet, dans les modifications proposées au § 1 de l'article 29.

Il sied cependant de stipuler, pour des raisons d'efficacité, que le règlement forfaitaire ne peut être accepté que si tous les organismes assureurs sont d'accord. De cette façon, l'égalité de tous les assurés restera garantie dans une région déterminée.

6. — Supprimer le § 5.

JUSTIFICATION.

Les modalités de paiement doivent être déterminées dans les conventions.

Cette modification fait suite à l'amendement proposé à l'article 29, § 1.

2. — In dezelfde § 1, het tweede lid vervangen door wat volgt :

« Deze honoraria en deze prijzen mogen eveneens op een forfaitaire basis worden vastgesteld, inzonderheid voor prestaties verstrekt aan gerechtigden die in een erkende verplegingsinrichting verblijven, op voorwaarde dat de forfaitaire betaling door alle verzekeringsinstellingen aanvaard wordt. »

VERANTWOORDING.

Deze wijziging sluit aan bij die welke in verband met het eerste lid van artikel 29, § 1, is voorgesteld.

De speciale bepalingen voor in ziekenhuizen opgenomen verzekerden hebben tot doel om de betaling van de kosten voor geneeskundige verzorging van de in een ziekenhuis verpleegde zieken mogelijk te maken op een forfaitaire basis die wordt berekend per verpleegdag, zoals thans reeds het geval is voor de geneeskundige verzorging in de sanatoria.

Doelmatigheids- en billijkheidshalve is het bovendien noodzakelijk te preciseren dat de forfaitaire vereffening van de honoraria door alle verzekeringsinstellingen aangenomen moet worden.

3. — § 2 vervangen door wat volgt :

« § 2. De vermenigvuldigingsfactoren kunnen, bij wijze van afwijking, verhoogd worden voor de huisbezoeken, verricht door de doctors in geneeskunde, die gevestigd zijn in een arrondissement, dat minder dan 100 inwoners per km² telt. »

VERANTWOORDING.

In bepaalde gewesten met geringe bevolkingsdichtheid moet men in hogere tarieven voorzien voor de huisbezoeken van de geneesheren wegens de grote verplaatsingskosten. De vermenigvuldigingsfactoren moeten deze afwijkingen weerspiegelen om een verhoogde terugbetaling vanwege de verzekering mogelijk te maken. De bedoelde afwijkingen hebben tot doel te voorkomen dat de verzekerden, die in deze gewesten met een over het algemeen veel minder degelijke medische uitrusting dan de rest van het land wonen, benadeeld worden. Gelet op de financiële weerslag is het zaak de gevallen, waarin dergelijke afwijkingen kunnen worden toegestaan, strikt te beperken in de wet.

4. — § 3 weglaten.

VERANTWOORDING.

De honoraria van bijzonder bekwame geneesheren, wie in het bijzonder universitair onderwijs is opgedragen, moeten hun oplossing krijgen in het raam van de maatregelen, welke dienen getroffen te worden met het oog op de inrichting van het hoger medisch onderwijs. Zij mogen geen reden zijn om ten aanzien van de ziekteverzekering en de recht-hebbenden een onderscheid te maken.

5. — § 4 vervangen door wat volgt :

« § 4. Over afwijkingen inzake uitkeringsmodaliteiten, in het bijzonder wat de forfaitaire regeling van honoraria en prijzen betreft, kan per gewest en per verzorgingsinrichting onderhandeld worden, indien deze modaliteiten door alle verzekeringsinstellingen van het betrokken gewest worden aanvaard. »

VERANTWOORDING.

De mogelijkheid van een forfaitaire regeling van bepaalde honoraria en prijzen werd, in een ruimere zin dan in het ontwerp bepaald, in de op § 1 van artikel 29 voorgestelde wijzigingen opgenomen.

Doelmatigheidshalve dient er nochtans aan toegevoegd te worden dat een forfaitaire regeling slechts kan worden aanvaard zo alle verzekeringsinstellingen ermee instemmen. Op die wijze zal de gelijkheid van alle verzekerden in een bepaald gewest gewaarborgd blijven.

6. — § 5 weglaten.

VERANTWOORDING.

De betalingsmodaliteiten dienen in de overeenkomsten te worden vastgesteld.

Deze wijziging sluit aan bij het amendement op artikel 29, § 1.

7. — Au § 8, supprimer le dernier alinéa.

JUSTIFICATION.

Le fait qu'un bénéficiaire demande à être hospitalisé dans une chambre à un lit peut éventuellement donner lieu à une augmentation du taux de journée d'entretien, vu le coût plus élevé résultant de ce genre d'hospitalisation, mais ne peut donner lieu à des tarifs différents pour les prestations médicales.

Art. 30.

Au premier alinéa, 1^{re} ligne, entre les mots :

« Les conventions »

et les mots :

« sont soumises à l'approbation »,

insérer les mots :

« ainsi que les dérogations visées à l'article 29, § 2. »

JUSTIFICATION.

Il convient de soumettre également au Ministre de la Prévoyance sociale les dérogations prévues à l'article 29, § 2, vu leur répercussion financière éventuelle.

Avant l'article 33, modifier le titre de la sous-section comme suit :

« C. — Des conventions avec les hôpitaux. »

JUSTIFICATION.

Cette modification est proposée afin de faire concorder le titre de la sous-section avec celui du chapitre 4.

A. OLISLAEGER.

J. LENOIR.

O. DE MEY.

Art. 33.

Remplacer le texte de cet article par ce qui suit :

« § 1. Les conventions concernant les hôpitaux sont signées, après approbation par le Ministre de la Prévoyance sociale, par chaque hôpital et l'ensemble des organismes assureurs. Ces conventions comportent les engagements des hôpitaux d'appliquer, à l'égard des bénéficiaires, le taux normal de journée d'entretien arrêté pour chaque hôpital par le Ministre de la Santé publique et de la Famille ainsi que les dispositions se rapportant au paiement du montant de l'intervention de l'assurance.

« § 2. Les conventions avec les hôpitaux peuvent prévoir que ces derniers sont autorisés à déroger à l'application des taux normaux de journée d'entretien, dans les cas où les bénéficiaires ont exigé d'être hospitalisés dans une chambre à un lit, sans que leur état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent. En annexe aux conventions, les hôpitaux déclarent les prix qui sont d'application pour les hospitalisations en chambre particulière visées à l'alinéa précédent.

« Ces prix ont force obligatoire vis-à-vis des bénéficiaires.

« § 3. Le Ministre de la Prévoyance sociale fixe, sur proposition du Comité de gestion, le montant de l'intervention des organismes assureurs dans le taux de journée d'entretien des hôpitaux.

« Ce montant de l'intervention peut varier d'après les taux de journée d'entretien fixés par le Ministre de la Santé publique et de la Famille. »

7. — In § 8, het laatste lid weglaten.

VERANTWOORDING.

Het feit dat een verzekerde gevraagd heeft in een éénpersoonskamer te worden opgenomen kan, in voorkomend geval, aanleiding zijn om het bedrag van het onderhoudsgeld per dag te verhogen, gelet op de grotere kosten die uit dit soort verzorging voortvloeien, doch het mag niet leiden tot verschillende tarieven voor de geneeskundige verstrekkingen.

Art. 30.

In het eerste lid, op de 1^{ste} regel, tussen de woorden :

« De overeenkomsten »

en de woorden :

« worden de Minister van Sociale Voorzorg »,

de woorden invoegen :

« en de bij artikel 29, § 2, bedoelde afwijkingen. »

VERANTWOORDING.

Aan de Minister van Sociale Voorzorg moeten tevens de bij artikel 29, § 2, bepaalde afwijkingen voorgelegd worden, gelet op de eventuele financiële terugslag ervan.

Vóór artikel 33, de titel van de betreffende afdeling wijzigen als volgt :

« C. — Van de overeenkomsten met de ziekenhuizen. »

VERANTWOORDING.

Deze wijziging wordt voorgesteld *ter fine* van concordantie tussen de titel van deze afdeling en die van hoofdstuk 4.

Art. 33.

De tekst van dit artikel vervangen door wat volgt :

« § 1. De overeenkomsten met betrekking tot de ziekenhuizen worden, na goedkeuring door de Minister van Sociale Voorzorg, ondertekend door elk ziekenhuis en al de verzekeringsinstellingen. Deze overeenkomsten bevatten de door de ziekenhuizen aangegane verbintenis om ten opzichte van de rechthebbenden het normale bedrag per verpleegdag, zoals dat door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin voor elk ziekenhuis is vastgesteld, evenals de bepalingen betreffende de uitbetaling van het bedrag der tegemoetkoming van de verzekering toe te passen.

« § 2. In de overeenkomsten met de ziekenhuizen kan worden bepaald dat de ziekenhuizen van de toepassing van de normale bedragen per verpleegdag mogen afwijken in de gevallen waarin de rechthebbenden verpleging in een éénpersoonskamer hebben geëist zonder dat zulks wegens hun gezondheidstoestand of om technische redenen in verband met onderzoek, behandeling of toezicht nodig is. In een bijlage bij de overeenkomsten geven de ziekenhuizen de prijzen op welke gelden voor verpleging in particuliere kamers als bedoeld in vorig lid.

« Deze prijzen zijn bindend voor de rechthebbenden.

« § 3. De Minister van Sociale Voorzorg bepaalt, op voorstel van het Beheerscomité, het bedrag der tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen in het bedrag per verpleegdag in de ziekenhuizen.

« Het bedrag van die tegemoetkoming kan verschillen volgens de door de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin vastgestelde bedragen per verpleegdag. »

JUSTIFICATION.

Les modifications proposées ont pour but d'expliciter le texte, entre autre en précisant que les conventions doivent être signées entre chaque hôpital et l'ensemble des organismes assureurs.

Suite aux dispositions prévues à l'article 2 du projet de loi, nous estimons également que le terme « bénéficiaire » à l'égard des hôpitaux est suffisamment clair, de sorte que le renvoi à l'assurance des soins de santé peut tomber.

En ce qui concerne l'hospitalisation de bénéficiaires dans une chambre à un lit sans nécessité technique ou médicale, on peut consentir à ce que, vu le coût supérieur qui va de pair avec ces soins, un taux de journée d'entretien supérieur soit demandé. Pour des raisons sociales, il est cependant nécessaire de faire fixer à l'avance les suppléments qui seraient éventuellement demandés.

A. OLISLAEGER.

J. LENOIR.

Pl. DE PAEPE.

O. DE MEY.

VERANTWOORDING.

Doel van de voorgestelde wijzigingen is de tekst te verduidelijken, o.m. door nader te bepalen dat de overeenkomsten moeten worden gesloten tussen elk ziekenhuis en al de verzekeringsinstellingen.

Gezien het bepaalde in artikel 2 van het ontwerp zijn wij verder van oordeel dat het woord « rechthebbende » ten opzichte van de ziekenhuizen duidelijk genoeg is, zodat niet hoeft te worden verwezen naar de verzekering voor geneeskundige verzorging.

In verband met de opening van rechthebbenden in éénpersoonskamers zonder technische of geneeskundige noodzaak is het aannemelijk dat een hoger bedrag per verpleegdag wordt geëist wegens de hogere kosten welke aan een dergelijke verpleging zijn verbonden. Om sociale redenen is het echter nodig dat men eventuele supplementen vooraf doet vaststellen.

III. — AMENDEMENTS PRESENTES PAR M^{me} COPÉE-GERBINET.

Art. 100.

Au § 4, dernière ligne, après les mots :

« de droit social »,

insérer les mots :

« et de greffiers-rapporteurs en ce qui concerne les commissions d'appel et de secrétaires-rapporteurs en ce qui concerne les commissions de première instance. »

JUSTIFICATION.

La loi du 14 février 1961 prévoit que chaque commission de réclamation (première instance) est composée outre des président et membres, d'un secrétaire-rapporteur.

Les commissions de réclamation qui existent à l'Office national de l'emploi sont aussi assistées de secrétaires-rapporteurs.

Art. 107.

Au deuxième alinéa, 1^{re} ligne, après les mots :

« Les greffiers-rapporteurs »,

insérer les mots :

« et secrétaires-rapporteurs. »

Art. 117.

Au § 1, deuxième alinéa, 1^{re} ligne, après les mots :

« les greffiers-rapporteurs »,

insérer les mots :

« et secrétaires-rapporteurs. »

Art. 156.

Au § 1, premier alinéa, 4^e ligne, après les mots :

« de greffiers-rapporteurs »,

insérer les mots :

« de secrétaires-rapporteurs. »

III. — AMENDEMENTEN VOORGESTELD DOOR ME^{vr}. COPÉE-GERBINET.

Art. 100.

In § 4, op de voorlaatste regel, na de woorden :

« van sociaal recht »,

invoegen wat volgt :

« en griffiers-verslaggevers wat de commissies van beroep betreft en secretarissen-verslaggevers wat de commissies van eerste aanleg betreft. »

VERANTWOORDING.

De wet van 14 februari 1961 bepaalt dat elke klachtencommissie (eerste aanleg) uit een voorzitter en leden bestaat en daarenboven uit een secretaris-verslaggever.

In klachtencommissies die in de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening bestaan, zijn ook secretarissen-verslaggevers werkzaam.

Art. 107.

In het tweede lid, op de 1^{ste} regel, na de woorden :

« De griffiers-verslaggevers »,

de woorden invoegen :

« en secretarissen-verslaggevers. »

Art. 117.

In § 1, tweede lid, op de 2^{de} regel, na de woorden :

« griffiers-verslaggevers »,

de woorden invoegen :

« en secretarissen-verslaggevers. »

Art. 156.

In § 1, eerste lid, op de 4^{de} regel, na de woorden :

« griffiers-verslaggevers »,

de woorden invoegen :

« secretarissen-verslaggevers. »

G. COPÉE-GERBINET.

Y. LAMBERT.