

N. 38

SEANCE DE L'APRES-MIDI — NAMIDDAGVERGADERING

PRESIDENCE DE M. SWAELEN, PRESIDENT
VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER SWAELEN, VOORZITTER

Le procès-verbal de la dernière séance est déposé sur le bureau.
De notulen van de jongste vergadering worden ter tafel gelegd.

La séance est ouverte à 14 h 15 m.
De vergadering wordt geopend om 14 h 15 m.

CONGE — VERLOF

M. Collignon, pour d'autres devoirs, demande d'excuser son absence à la réunion de ce jour.

Afwezig met bericht van verhindering: de heer Collignon, wegens andere plichten.

— Pris pour information.

Voor kennisgeving aangenomen.

SAMENSTELLING VAN COMMISSIES

Wijziging

COMPOSITION DE COMMISSIONS

Modification

De Voorzitter. — Bij het Bureau zijn voorstellen ingediend tot wijziging van de samenstelling van sommige commissies:

1° In de commissie voor de Binnenlandse Aangelegenheden:

Zou de heer De Boeck mevrouw Harnie als plaatsvervangend lid vervangen.

Le Bureau est saisi de demandes tendant à modifier la composition de certaines commissions:

1° A la commission de l'Intérieur:

M. De Boeck remplacerait Mme Harnie comme membre suppléant.

2° In de commissie voor de Defensie:

Zou de heer Tavernier mevrouw Harnie als plaatsvervangend lid vervangen.

2° A la commission de la Défense:

M. Tavernier remplacerait Mme Harnie comme membre suppléant.

3° In de commissie voor de Economische Aangelegenheden:

Zou de heer De Boeck de heer Cuyvers als effectief lid vervangen en zou de heer Cuyvers mevrouw Harnie als plaatsvervangend lid vervangen.

3° A la commission de l'Economie:

M. De Boeck remplacerait M. Cuyvers comme membre effectif et M. Cuyvers remplacerait Mme Harnie comme membre suppléant.

4° In de commissie voor de Financiën:

Zou de heer De Boeck mevrouw Harnie als plaatsvervangend lid vervangen.

4° A la commission des Finances:

M. De Boeck remplacerait Mme Harnie comme membre suppléant.

5° In de commissie voor de Infrastructuur:

Zou de heer Tavernier mevrouw Harnie als plaatsvervangend lid vervangen.

5° A la commission de l'Infrastructure:

M. Tavernier remplacerait Mme Harnie comme membre suppléant.

6° In de commissie voor de Landbouw en de Middenstand:

Zou de heer De Boeck de heer Tavernier als plaatsvervangend lid vervangen.

6° A la commission de l'Agriculture et des Classes moyennes:

M. De Boeck remplacerait M. Tavernier comme membre suppléant.

7° In de commissie voor de Sociale Aangelegenheden:

Zou de heer De Boeck mevrouw Harnie als plaatsvervangend lid vervangen.

7° A la commission des Affaires sociales:

M. De Boeck remplacerait Mme Harnie comme membre suppléant.

Geen bezwaar?

Pas d'opposition?

Dan is aldus besloten.

Il en sera donc ainsi.

PROJET DE LOI PORTANT REFORME DE LA LOI DU 9 AOÛT 1963 INSTITUANT ET ORGANISANT UN REGIME D'ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LA MALADIE ET L'INVALIDITE

*Reprise de la discussion générale
et vote d'articles*

ONTWERP VAN WET TOT HERVORMING VAN DE WET
VAN 9 AUGUSTUS 1963 TOT INSTELLING EN ORGANI-
SATIE VAN EEN REGELING VOOR VERPLICHT
ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

*Hervatting van de algemene beraadslaging
en stemming over artikelen*

M. le Président. — Nous reprenons la discussion générale du projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Wij hervatten de algemene beraadslaging over het ontwerp van wet tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

La parole est à M. Houssa.

M. Houssa. — Monsieur le Président, plusieurs centaines de milliers de personnes souffrent chez nous d'une affection rhumatismale, de maladies respiratoires ou de différentes affections du squelette dont le traitement constitue par excellence le champ d'action de la médecine thermique.

La cure thermique permet en premier lieu la révision de nombreuses techniques dont certaines sont originales, comme les bains et les douches, et d'autres plus habituelles, comme la kinésithérapie et la physiothérapie.

Cependant, la cure thermique est bien autre chose qu'une succession de soins; c'est un abord différent du malade et de la maladie. La thérapeutique ne vise pas uniquement à supprimer un symptôme ou une anomalie; au contraire, la cure thermique s'adresse à la personnalité entière de l'individu; c'est une thérapeutique générale à action physique somatique mais aussi psychologique.

La prise en charge totale du malade doit être assurée par une tutelle médicale et paramédicale permanente. Le changement radical de climat familial et professionnel notamment éloigne le patient des soucis de la vie quotidienne et lui permet de se détendre, de corriger les habitudes néfastes, d'équilibrer son régime alimentaire et de reprendre une meilleure hygiène de vie.

Dans différents pays, tels que la France et l'Allemagne, les organismes d'assurance maladie ont constaté pendant l'année qui suit une cure thermique une diminution de la consommation médicale et de l'absentéisme au travail. Les conclusions des enquêtes qui ont été effectuées dans le domaine sont toutes favorables à la cure thermique. Nos voisins ont d'ailleurs procédé à de nombreux investissements, souvent appuyés par les pouvoirs publics.

A Spa, le thermalisme a connu des fortunes diverses. Au cours des siècles derniers, il a acquis ses titres de noblesse. Dès le 16^e siècle, les sources de Spa retiennent déjà l'attention. Les gens, attirés par les vertus thérapeutiques de nos sources, viennent y prendre les eaux.

Après la dernière guerre, le thermalisme social est né. Il s'agit là d'une initiative mettant l'accès à la cure thermique à la portée des moins nantis, et associant aussi la cure thermique à la réadaptation fonctionnelle des handicapés, tout en privilégiant le maintien de Spa en tant que centre thermal.

Cependant, les temps sont révolus où les curistes se bornaient à prendre les eaux. Aujourd'hui, grâce à l'évolution, aux perfectionnements des techniques hydrologiques, aux recherches scientifiques élaborées et sérieuses, la cure thermique s'est transformée en une médecine de terrain, complémentaire à la médecine traditionnelle.

Le thermalisme pourrait connaître une meilleure progression si, comme dans les pays voisins, les motivations des thermalistes trouvaient un meilleur écho auprès des pouvoirs publics.

En dehors de son aspect médical qui, évidemment, est primordial, le thermalisme ne devrait pas être sous-estimé dans la relance de l'activité économique locale et régionale, en raison de son pouvoir inducteur dans le développement du tourisme.

Monsieur le ministre, actuellement, l'INAMI attribue un forfait journalier indexé de 1 645 francs pour les cures thermales. Ce forfait échappe à tout accord médico-mutualiste.

Avec l'indexation au 1^{er} janvier 1993, ce forfait est porté à 1 678 francs. Il prend en charge tous les soins médicaux, notamment les traitements thermaux, l'hébergement restant à charge des curistes.

A travers le projet de loi en discussion, il est question d'instaurer un ticket modérateur. Déjà dans les milieux concernés, on cite le chiffre de 10 p.c. pour les VIPO et de 25 p.c. pour autres assurés. Le ministre pourra, bien entendu, dans sa réponse infirmer ces chiffres s'ils sont incorrects.

Si ces données sont exactes, ce serait un nouveau coup bas porté aux cures thermales, à l'emploi et au développement du thermalisme.

Je vous invite, monsieur le ministre, à venir visiter les Heures claires à Spa. Il vous sera prouvé, listing-ordinateur et dossier médical en mains, qu'on y pratique une médecine de réadaptation fonctionnelle et de thermalisme social. Vous y découvrirez aussi que les cures et les traitements thermaux sont une source d'emploi, quelque 150 personnes y étant occupées à temps plein.

Le Grand Marché européen vient de s'ouvrir. D'autres pays tels la France, l'Allemagne, l'Italie, le grand-duché du Luxembourg ont compris l'importance du thermalisme en développant un créneau particulier de santé publique en même temps que les investissements hôteliers y afférents.

Va-t-on, par ces nouvelles restrictions, saborder les intérêts de la dernière ville thermique wallonne, au moment même où les pays voisins développent cet aspect particulièrement social de la médecine thermique?

Par ailleurs, un établissement thermal ne peut survivre, se développer ou se moderniser sans investissements importants tant dans le secteur thermal que dans le secteur hôtelier. C'est précisément notre préoccupation majeure. Si nous ne voulons pas condamner le thermalisme à un sommeil séculaire, il importe de mobiliser toutes les énergies, tous les moyens matériels et financiers avec le concours du secteur privé et l'appui des pouvoirs publics.

Nous considérons qu'au-delà du rôle que le thermalisme peut jouer dans l'arsenal des thérapeutiques modernes, il sera l'élément moteur pour un redéploiement nouveau de toute une région, avec des incidences bénéfiques sur le plan économique et social. Il sera également générateur d'emplois.

Il serait regrettable que, par le biais d'une disposition dictée par des intérêts financiers immédiats, l'on en arrive à condamner à un inévitable déclin économique et social tout un secteur qui, outre son incontestable intérêt médical, est porteur d'avenir en termes d'emplois et de revenus. (Applaudissements.)

M. le Président. — La parole est à Mme Nélis.

Mme Nélis. — Monsieur le Président, il n'est pas indifférent que l'examen du projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ait lieu à l'heure où l'échange de vœux souligne la place primordiale accordée à la santé dans la tradition populaire. Ne dit-on pas que la santé est essentielle pour vivre une heureuse année?

C'est dans cet éclairage qu'il importe d'examiner ce projet, avec la conscience qu'il touche à l'organisation d'un secteur de la sécurité sociale particulièrement fondamental pour toute la population puisqu'il est appelé à donner une réponse à ceux et celles d'entre nous qui vivent des problèmes de santé auxquels, tôt ou tard, nous serons tous confrontés.

Cette réforme de la loi de 1963 souhaitée, envisagée depuis plusieurs années, devenait de plus en plus urgente, non seulement d'un point de vue budgétaire, mais aussi d'un point de vue politique. Ce projet opportun s'inscrit cependant dans un contexte difficile où les intérêts divergents des différents acteurs concernés, le poids des partis politiques, les exigences budgétaires créent un climat de contraintes, de pressions, de compromis, avec lequel il a fallu composer et qui apparaît en filigrane tout au long de ce projet.

C'est pourquoi, avant d'aborder les grandes lignes modificatrices de ce projet, je voudrais brièvement resituer le contexte budgétaire et politique qui a été déterminant dans la réalisation de celui-ci et qui est à l'origine de ses limites, de ses insuffisances et de ses incohérences.

Le contexte budgétaire pèse lourdement sur le débat d'aujourd'hui. On peut d'ailleurs regretter son poids prépondérant dans cette approche des problèmes de santé qui mériteraient certes mieux. En commission, il a été pourtant largement question de la nécessité d'aborder enfin la problématique d'une réelle politique de santé. Mon collègue Jean-Paul Snappe interviendra tout à l'heure sur ce sujet. Ce débat est urgent et il ne convient pas d'attendre des temps plus sereins pour l'obtenir.

Mais ce projet est aussi à replacer dans le cadre global de la sécurité sociale qui nécessite une réforme en profondeur. La loi du 29 juin 1981 qui détermine entre autres les règles précises des interventions de l'Etat n'est plus suivie et nous avons pu constater que ces dernières se réduisent alors que les besoins se font de plus en plus pressants dans certains secteurs. Parmi ceux-ci et en point de mire, figure celui de la maladie-invalidité dont les dépenses s'accroissent à un rythme bien supérieur à l'inflation.

Que cette explosion des coûts exige une maîtrise de la surpression, de l'utilisation sans discernement des techniques trop nombreuses et des équipements mal planifiés, que le vieillissement de la population impose des aménagements pour le long terme, sont des évidences dont personne ne conteste la nécessité et l'urgence. Que par ailleurs, il apparaisse indispensable d'adapter les structures et d'assurer une nouvelle redistribution des responsabilités est une autre évidence mais le contexte politique a néanmoins constitué un frein dans une réforme qu'on était en droit d'espérer plus fondamentale.

Quelles sont les données de ce contexte politique? Dès le départ, la position du Gouvernement a été claire: sauvegarder l'équilibre de la sécurité sociale, réduire néanmoins l'intervention de l'Etat et, on pourrait dire par voie de conséquence, associer les partenaires sociaux aux mesures à prendre, responsabilisant ainsi davantage les «payeurs». C'est le premier point qui apparaîtra dans ce projet.

D'autres aspects politiques pèsent aussi dans son élaboration et concernent les différents acteurs de cet important secteur. Tout d'abord: les mutuelles, ces organismes puissants dont les poids et les situations financières respectives amènent en plus de leurs liens politiques une connotation communautaire périlleuse.

Parmi les prestataires de soins, qui sont nombreux, les médecins représentent les partenaires obligés. Ce sont eux qui décident des soins, des actes techniques, des hospitalisations des malades. Ils doivent donc être associés au dialogue. La rupture récente dans les négociations pour la signature d'une convention, les divergences de vues entre les syndicats de médecins, la pression exercée par le syndicat ABSYM sont des éléments d'actualité, certes, mais qui ont pesé lors de la discussion du projet.

Les nouvelles dispositions contestées prises en dentisterie, les soins à domicile en difficultés, la grogne de l'industrie pharmaceutique: autant d'éléments qui montrent la complexité des problèmes et les intérêts divergents des acteurs pourtant tous concernés par la gestion de cette assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Enfin un dernier élément politique, et non des moindres, intervient dans l'objectif de ce projet: il s'agit du délicat problème des transferts entre les Régions. Il est ici aussi abordé.

Voilà donc ce contexte difficile, complexe, politique dans lequel ce projet a été élaboré, dont nous devons tenir compte lors de l'analyse que nous tenterons d'en faire.

L'objectif premier de ce projet est de moderniser les structures et de redistribuer les responsabilités au sein de celles-ci.

Le conseil général aura un véritable rôle charnière parmi ces différentes structures qui restent très lourdes. Manifestement, on n'a pas cherché à simplifier les structures, ni à les rendre plus légères dans leur fonctionnement. L'article 11 traite de la composition de ce conseil, l'article 12 de ses compétences. Une très longue discussion est intervenue à propos de ces articles, plusieurs amendements ont été déposés et il est à souligner que le vote sur l'article 11

sera réservé jusqu'à la séance finale de notre commission. L'importance de la composition de ce conseil, de la distribution des rôles de chacun n'échappera donc à personne et je m'attarderai quelque peu sur celle-ci.

La première caractéristique de la composition de ce conseil général est la présence de cinq membres représentant le Gouvernement, qui bénéficient chacun d'un droit de veto. Etant donné la mission de ce conseil appelé à fixer l'objectif budgétaire annuel global, cet élément va de soi, comme il va de soi que l'Etat reste partie prenante dans le financement.

*M. Seeuws, vice-président,
prend la présidence de l'assemblée*

La seconde caractéristique, nouvelle elle aussi, est la présence de cinq membres représentant les organisations des travailleurs et de cinq membres représentant les employeurs et travailleurs indépendants. C'est ici la concrétisation de l'objectif que s'était fixé le Gouvernement de responsabiliser davantage les partenaires sociaux dans la gestion de la sécurité sociale. Là où ceux-ci n'avaient qu'un droit de contrôle, ils acquièrent un rôle de participation à une gestion. Faut-il aller jusqu'à parler de «cogestion»?

Quoi qu'il en soit, c'est un pas important qui est ici franchi et si on peut se poser la question de savoir à quel point les organisations appelées à siéger dans ce conseil seront bien représentatives de l'ensemble des «payeurs» et aussi de l'ensemble des assurés — n'oublions pas les pensionnés, les chômeurs —, on peut en tout état de cause espérer que cette extension de leurs responsabilités pourra être source d'amélioration dans le débat provoqué souvent par la fixation de cet objectif budgétaire annuel. C'est un pari, avez-vous dit, monsieur le ministre, et nous pouvons vous suivre dans ce ballon d'essai que vous proposez ici. Où nous ne pouvons vous suivre, par contre, c'est dans les rôles respectifs que vous fixez pour les mutuelles et les prestataires de soins parce que, tels que vous les prévoyez, ils risquent de provoquer des tensions, des distorsions ou, en tous cas, un manque d'adhésion et de coopération préjudiciable au suivi des décisions de ce conseil. Le quatrième et dernier groupe, en effet, qui siégera au sein de ce conseil avec voix délibérative sera composé de cinq représentants des mutuelles.

Un long débat a eu lieu en commission sur le rôle et la responsabilité financière des mutuelles. Le débat est d'importance.

Dans *Le Soir* du 24 décembre, un article consacré à ce projet titrait «Moureaux et Dehaene renforcent les mutualités». Il est indéniable que telle est bien l'impression qui se dégage de ce projet: dans leur rôle au sein du conseil général, au sein de la commission de contrôle budgétaire — j'y viendrai dans quelques instants —, dans la consolidation des frais d'administration qui leur sont attribués à l'article 79 et, enfin, dans la méthode douce apportée par les dispositifs de l'article 81 instaurant une commission — dont on ne sait rien — qui devra mieux organiser la responsabilité financière des mutuelles.

Les écologistes sont pour les méthodes douces en matière de santé mais, en ce qui concerne la responsabilité financière, le doute sur l'efficacité de cette méthode est permis.

Je reviens au rôle des mutuelles dans ce conseil général avec voix délibératives, cependant que les représentants des prestataires de soins — au nombre de huit après l'adoption d'un amendement de la majorité — ne bénéficieront que de voix consultatives. Pour peser les conséquences de cette différence de poids dévolus aux mutuelles et aux prestataires de soins, il faut rappeler le rôle charnière de ce conseil qui, outre sa mission dans le cadre de l'objectif budgétaire, devra déterminer les orientations de politique générale et transmettre annuellement un rapport circonstancié au Gouvernement. Sa tâche est donc loin d'être purement budgétaire et pourrait même se révéler essentielle dans la politique de santé.

Or, les mutuelles sont aussi, ne l'oublions pas, gestionnaires d'hôpitaux, de laboratoires et d'offices de médicaments. Peut-on, avec ces titres, leur réserver un rôle différent des autres prestataires de soins?

Cette situation qui s'explique historiquement — nous en avons parlé en commission — compromet leur image de neutralité vis-à-vis des autres prestataires de soins et, de ce fait, rend peu crédible

leur rôle de protecteur du malade. Plutôt que de leur retirer ces voix délibératives, nous préférons de loin permettre aux autres prestataires de soins d'y accéder. Une politique de santé peut-elle être valablement instaurée sans que soit pleinement reconnu et établi le rôle des prestataires de soins dans son élaboration? Nous déposons avec Agalev un amendement à ce sujet, qui permettra aussi un meilleur équilibre entre ceux qui apportent les moyens et ceux qui s'inquiètent des besoins.

En commission, a été évoqué l'argument du refus du syndicat des médecins ABSYM pour justifier la différence du poids accordé à chacun. Faut-il pour autant écarter les autres prestataires de soins qui souhaitent obtenir ces voix délibératives au risque de provoquer un dysfonctionnement de ce conseil et après les maladies iatrogènes, devra-t-on parler de dysfonctionnement iatrogène? Il est d'ailleurs à souligner que, contrairement à la position du syndicat ABSYM, d'autres voix s'élèvent parmi les médecins pour demander de participer à la gestion des soins de santé: c'est le cas du syndicat des généralistes et d'autres médecins isolés dont le docteur De Wever, médecin-directeur d'Erasme, qui s'en explique lors d'une interview dans le journal *Le Soir* du 4 janvier.

Un dernier point encore à propos de ce conseil général et du rapport circonstancié annuel qu'il devra transmettre au Gouvernement. Nous avons, à ce propos, déposé un amendement en commission que nous avons d'ailleurs retiré, ayant reçu certaines assurances du ministre. Il s'agit de l'évaluation sociale que devrait contenir ce rapport et de l'évolution de l'accessibilité aux soins pour tous les bénéficiaires.

Je voudrais cependant exprimer à nouveau notre inquiétude sur les conséquences possibles de certaines mesures restrictives prises à seule fin de rencontrer un objectif budgétaire sans en prévoir parfois toutes les conséquences. Qui, en effet, parmi les représentants au conseil général, assurera la défense des malades, évitera de tomber d'une surconsommation dans une sous-consommation dont seraient victimes les plus fragiles d'entre nous? La question mérite d'être posée. Il ne faut pas sous-estimer l'impact négatif de certaines mesures, nous l'avons dénoncé récemment en matière de dentisterie et de maisons de repos. L'évaluation sociale annuelle est et reste indispensable. Nous serons très attentifs à cet aspect du rapport car il serait vraiment dommage de le réduire à un rôle de régulateur dans les tensions communautaires; il est nécessaire mais son rôle ne peut se limiter à cet aspect plus politique que social.

Le problème budgétaire étant une des priorités de la réforme de la loi de 1963 que nous propose ce projet, je voudrais dire quelques mots sur la composition de la commission de contrôle budgétaire. Autant nous pensons qu'il est indispensable d'associer étroitement les prestataires de soins au sein du conseil général en leur accordant des voix délibératives, autant nous ne pouvons comprendre que, dans la composition de la commission de contrôle budgétaire, ceux-ci bénéficient de ces mêmes pouvoirs. Ceci nous paraît tout à fait illogique et enlève toute crédibilité à cette commission. Comment, en effet, peut-on être contrôlé par une commission où l'on jouit d'un droit de vote?

Cette commission se composera de quinze membres dont quatre représentants des partenaires sociaux et six représentants des mutuelles et prestataires de soins, la présence de quatre représentants du Gouvernement devant équilibrer cette assemblée qui bénéficiera, en outre, de l'appui d'un conseiller budgétaire. La présence d'un expert sera bien nécessaire puisque la mission de cette commission exigera des compétences techniques financières de haut niveau. Cette mission, avez-vous dit, monsieur le ministre, s'apparente à une forme d'inspection des finances. Pour ce faire, elle dispose de pouvoirs d'investigations étendus et peut déléguer des membres aux réunions de toutes les autres structures du secteur. Pourquoi avoir entaché des dispositions aussi judiciaires et jouant d'un rôle clef par une assemblée où se retrouvent ceux qui doivent être contrôlés?

Rien de mystérieux, c'est le compromis politique; mais il risque ici de compromettre l'efficacité de cette commission et nous ne pouvons l'accepter; aussi déposons-nous à nouveau un amendement pour que les mutuelles et les prestataires de soins, associés au dialogue, ne détiennent que des voix consultatives dans cette assemblée.

Nous ne sous-estimons pas cependant l'importance de l'apport des mutuelles et des prestataires de soins dans la problématique des soins de santé; ainsi leur poids prépondérant est-il justifié au Comité de l'assurance soins de santé. Nous regrettons cependant de n'avoir aucune précision sur la répartition des sièges entre les différents acteurs; de même, les compétences de ce comité ne sont pas clairement définies.

Ici, comme dans beaucoup d'autres articles, notamment ceux traitant de la commission de profil, les précisions et modalités seront réglées par voie d'arrêté royal. Cette technique, trop courante dans une matière aussi importante que celle de la sécurité sociale, est loin de pouvoir toujours se justifier. Les remarques du Conseil d'Etat dénoncent cette propension pour plusieurs articles et ceci ajoute à nos réticences envers ce projet.

Ce que nous savons, par contre, au sujet de ce comité d'assurance, c'est qu'un amendement de la majorité — suggéré par le ministre — accorde aux médecins non un droit de veto, mais un droit de suspension de dix jours en cas de désaccord sur les honoraires médicaux.

Signal de bonne volonté, éternelles au corps médical en cette période de Nouvel An, voilà encore une disposition qui répond à un contexte politique bien plus qu'à un besoin d'efficacité. Bonne volonté manifeste aussi, au cours de nos travaux, pour accepter certains amendements de la majorité et le rejet de l'article 36. Le débat est resté ouvert. Il est dommage, pourtant, que l'opposition n'ait eu droit, elle, à aucune éternelle et que tous ses amendements aient été rejetés malgré la pertinence reconnue de certains d'entre eux.

Après ces quelques observations sur les structures les plus novatrices et les plus essentielles au fonctionnement de la gestion du secteur soins de santé, il me faut encore aborder deux points importants parce que liés à une meilleure maîtrise des dépenses.

Le premier est celui de la responsabilité financière des médecins prescripteurs mais limitée aux domaines de la biologie clinique et de l'imagerie médicale. Le principe de cette responsabilité est affirmé et, qui plus est, accepté par les médecins, ce n'est qu'un premier pas. Pour les modalités et les règles, elles seront fixées par arrêtés royaux et restent donc floues dans ce projet. Mais le débat sur la sur-prescription n'en est pas épuisé pour autant, loin s'en faut. Pour nous, tout reste à faire à ce sujet.

Le second point concerne la responsabilité des mutuelles. Sujet délicat et épineux s'il en est. Son vote a été réservé à la fin de nos travaux et a donné lieu à une déclaration du ministre. Cette déclaration explicite la portée des dispositions prises à l'article 81 qui annonce la mise sur pied d'une commission d'experts chargée, dans un délai d'un an, de proposer des solutions techniques quant à l'apurement des comptes du passé et la réalisation de la responsabilité des mutuelles.

L'article, cependant, précise les conditions à respecter. Ces conditions sont capitales mais sont les seules données précises apportées par cet article. Nous ne savons rien de la composition de cette commission, sinon qu'elle sera autonome et composée d'experts. Pour le reste, nous sommes dans le brouillard le plus complet sur la façon dont les mutuelles pourront faire face à cet apurement du passé. D'autant que les conditions limitent les marges de manœuvre des mutuelles. Nous pouvons accepter ces conditions dans la mesure où elles préservent l'égalité de traitement entre tous les assurés, quelle que soit la mutuelle où ils sont affiliés. Nous proposons cependant un amendement qui complète les critères retenus pour justifier des différences de charge entre les mutuelles. Ce sont les nuisances industrielles et environnementales que nous souhaitons voir prises en compte outre l'état de santé, l'âge et la situation socio-économique.

Tels sont, monsieur le Président, les quelques commentaires que je souhaitais faire à propos de ce projet de loi. Vous l'aurez compris, des éléments y apparaissent que nous ne pouvons approuver et qui, pour nous, freinent l'efficacité de la réforme attendue et nécessaire. Le contexte politique, les groupes de pression, les intérêts divergents des acteurs sociaux ont manifestement joué pour déséquilibrer les rapports de force au sein du conseil général et de la commission de contrôle budgétaire qui en deviennent incohérents.

Ce projet a aussi ses insuffisances, trop de règles nous échappent, trop de modalités se feront par voie d'arrêtés royaux. Enfin, ce projet a aussi ses limites, il n'apporte pas une réforme en profondeur et si les structures sont bien mises en place, tout reste à faire pour une meilleure maîtrise des dépenses, pour un contrôle plus rigoureux, pour une plus grande responsabilité des médecins et des assureurs sociaux. Tout reste surtout à faire pour une politique de santé plus efficace.

Et pourtant, monsieur le ministre, les écologistes ne voteront pas contre ce projet, car nous lui reconnaissons le mérite d'avoir tenté de concilier les intérêts divergents des acteurs sociaux et des groupes de pression et, sur un terrain particulièrement miné, d'avoir tenté de désamorcer les menaces communautaires que font peser sur les soins de santé les questions des transferts et des finances des mutuelles.

L'enjeu est important et nous sommes conscients que ce projet pourrait, malgré ces lacunes, être le gage d'une stabilité d'un secteur en difficulté. C'est pourquoi nous nous abstiendrons lors du vote. *(Applaudissements.)*

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Ulburghs.

De heer Ulburghs. — Mijnheer de Voorzitter, ik heb deze uiteenzetting over de vernieuwing van de ziekte- en invaliditeitsverzekering voorbereid in overleg met mevrouw Nélis en de heer Snappe van Ecolo en met mevrouw Buyle van Agalev. Daarom zal ik het hier minder hebben over de aspecten die deze collega's reeds hebben behandeld of nog zullen behandelen en kan ik mij beperken tot drie punten: de structurele hervorming, de responsabilisering en de transfers en tenslotte de vernieuwende gezondheidszorg.

Vooraf wens ik echter rapporteur Taminiaux te danken voor zijn uitstekend verslag en mevrouw Maximus voor de deskundige manier waarop zij de besprekingen in de commissie heeft geleid en bezield.

Het ontwerp van minister Moureaux is in de eerste plaats een structuurhervorming met de mogelijkheden en de beperkingen die zulks inhoudt. De nieuwe structuren worden verondersteld een kader te scheppen voor een grondige hervorming die dan later na een diepgaand parlementair debat moet worden gerealiseerd. Als dat inderdaad de bedoeling is van de minister dan vinden we zijn ontwerp waardevol.

Belangrijk in dit ontwerp is ook het feit dat de sociale partners nauwer bij deze structuren worden betrokken. Ook de nieuwe organisatie van de begrotingscontrole is een betekenisvolle stap in de goede richting.

Wij hebben echter onze twijfels over de efficiëntie van sommige nieuwe structuren zoals de algemene raad, omdat de belangrijkste partners, namelijk de zorgverstrekkers, daarin slechts een raadgevende en geen beslissende stem hebben. Daardoor kunnen zij onmogelijk hun volle verantwoordelijkheid opnemen. De ziekenfondsen blijven daarentegen zwaar doorwegen in de besluitvorming.

Bij deze ziekenfondsen is er bovendien een onaanvaardbare belangenvermenging: enerzijds zijn ze beheersorganen en anderzijds verdedigen zij de belangen van de patiënten. Door hun verwevenheid met politieke partijen dreigen ze dan ook nog eens partijpolitieke belangen te verdedigen, terwijl zij zich als verdedigers van de belangen van de zieken best als autonome drukkingsgroepen zouden opstellen. Daarbij komt nog dat er van de doelstellingen en de administratieve kosten van de mutualiteiten nog steeds geen ernstige evaluatie is gemaakt.

Wij betreuren vooral dat er te veel wordt geregeld met koninklijke besluiten waarop het Parlement geen vat heeft. Zo wordt de parlementaire democratie op het vlak van de sociale zekerheid ondergraven. De huidige hervorming is zeker een lovenswaardige poging, maar zij blijft beperkt tot een loutere structurele hervorming. Het initiatief is waardevol wanneer het is opgevat zoals ik hoger vermeldde als een aanloop tot een fundamenteel debat over de vernieuwing van de gezondheidszorg, dat zowel in het Parlement als in alle lagen van de bevolking moet worden gevoerd. De bevolking heeft recht op een democratische inspraak in deze ingrijpende hervorming van de sociale zekerheid. Wij mogen de kans om dit debat open te trekken niet missen.

Ik wens even dieper in te gaan op dit fundamenteel debat. Onze gezondheidszorg is ernstig ziek. Wij vragen ons af hoe de huidige situatie is gegroeid. De ziekenfondsen zijn geboren uit een solidariteitsbeweging van weerloze en zieke mensen, en arbeiders. Zij wensten niet langer individueel afhankelijk te zijn van verlichte paternalisten. Zij eisten sociale rechtvaardigheid in plaats van liefdadigheid. Dank zij de mutualiteiten hoefde de kleine kwetsbare mens zijn hand niet langer uit te steken naar de patroon of een caritatieve instelling, maar ontving hij de gezondheidszorg als een sociaal recht. Zo ontstonden kleine, primaire mutualiteiten die federeerden en stilaan uitgroeiden tot een machtige structuur en die wij nu beschouwen als een cultuurmonument van solidariteit. België staat op dit stuk model.

De kracht van deze instellingen lag niet in de eerste plaats in de efficiënte structuren, maar vooral in de ideologie en de inspiratie die aan de basis lag. In België hebben, door historische omstandigheden, twee prachtige inspiratiestromingen elkaar beïnvloed en vaak ook beconcurrerd. Zo ontstonden twee sociale zuilen, met een politiek verlengstuk, waarin de gezondheidszorg, de zieke en invalide mens centraal stonden. Zo lang deze inspiratiestromingen levendig waren konden degenen die deze gezondheidsstructuren droegen, worden gemotiveerd. Het sociaal christendom, gebaseerd op een levendig evangelie, en het socialisme, gebaseerd op idealen van collectieve inzet en geïntegreerde solidariteit, gaven inhoud, doelstellingen en ethische motivering aan de gezondheidsstructuren. Door de kleinschaligheid en de menselijke nabijheid bleef de gezondheidszorg op mensenmaat. Maar er is een sociologische wet die zegt dat naarmate de inspiratie stilaan verschrompelt, de structuur die daaruit groeide zich versterkt, zelfs als haar oorspronkelijke doelstelling en inspiratie zijn verdwenen. Niemand sterft graag, ook al wordt hij nutteloos. Niemand staat graag macht af tenzij hij daartoe wordt gedwongen.

Het RIZIV zou een vernieuwde democratische structuur moeten worden die zijn solidaire doelstellingen put uit de sociale bewegingen. De mutualiteiten zouden er baat bij hebben wanneer ze hun partijpolitieke macht zouden verliezen en zouden worden verlost van hun zwaar administratief harnas. Ze zijn te waardevol om te worden gereduceerd tot anonieme doorgeefluiken of beheerders van te grootse prestigeprojecten, die enorm veel energie opslorpen.

Betekent dit dat de rol van de mutualiteiten dan is uitgespeeld? Integendeel, ze zouden zich als nieuwe sociale bewegingen kunnen versterken. Van administratoren kunnen ze animatoren worden, die de belangen van de patiënten — zowel materieel als moreel — dienen en de patiënten weerbaar maken. Ze kunnen de inspiratiebron zijn voor vernieuwende gezondheidsexperimenten, zoals eerstelijnsgezondheidscentra die aan preventie doen en die menselijke en ecologische relaties centraal stellen, waardoor de mens uit de stresserende eenzaamheid raakt. De organisatie van patiëntenraden, de voorlichting en opleiding, de schepping van een sociaal leefklimaat geven de gezondheidszorg terug aan de mens. Deze nieuwe aanpak van de gezondheidszorg zal op termijn goedkoper zijn en het hele stelsel saneren.

Nu wordt de gezondheidszorg een industriële onderneming die niet meer functioneert omwille van de gezondheid van de mens, maar die wordt beoordeeld volgens de normen van een winstgevend bedrijf. Voor de verliezen draait de gemeenschap hoe langer hoe meer op. Moet een kostbare machine het leven van een mens nutteloos rekken omdat de machine moet renderen? Hoeveel mensen sterven in de armen van de machine in plaats van in de armen van hun geliefden? De zieke en bejaarde mens heeft het recht om in zijn vertrouwde omgeving te leven en te sterven. Gisteren nog woonde ik de begrafenis bij van een vriend, die op het laatste ogenblik bij zijn familie werd weggehaald en stierf terwijl hij werd overgebracht naar het ziekenhuis. Is het nodig dat een mens op het einde van zijn leven nog wordt geplaagd en dat zijn leven nodeloos wordt gereked?

Wat de responsabilisering en de transfers betreft, vinden wij het goed dat werkgevers, vakbonden en verzekeringsinstellingen in het algemeen beheerscomité van het RIZIV vertegenwoordigd zijn. Wij vragen ons echter wel af waarom de zorgverstrekkers, zelfs indien hun aantal wordt verhoogd tot acht, in de algemene raad geen beslissende maar enkel een raadgevende stem hebben.

Mijnheer de minister, volgens uw bedoeling tot responsabilisering dienen ze hun verantwoordelijkheid op te nemen. Volgens ons moet dit onder controle van het Parlement gebeuren.

De groenen blijven ook voorstander van een solidaire sociale zekerheid, vooral wat ziekte en invaliditeit betreft, op voorwaarde dat alle misbruiken en niet-verantwoorde voorschriften worden gesanctioneerd. Rekening houdend met gezondheidscriteria en de omstandigheden waarin sommige bevolkingscategorieën leven, moeten objectieve maatstaven worden gehanteerd. Wat het beheer en de controle betreft, zijn we voorstander van een subsidiariteit, dit wil zeggen een zo groot mogelijke inspraak en participatie van de bevolking, de regio's. Aan het principe van solidariteit wensen we echter niet te raken. Een zieke, invalide en lijdende mens staat voor ons als kwetsbaar individu centraal, collectief egoïsme of nationalisme mogen hieruit geen pervers voordeel halen.

Tenslotte kom ik tot de vernieuwde gezondheidszorg. De jongste twintig jaar heb ik veel contact gehad met nieuwe buurtcentra voor gezondheidszorg. Deze ontwikkelen zich in de volkswijken, zowel in Vlaanderen, als in Wallonië en Brussel. Zelf werk ik daaraan mee onder meer in de mijncités in Genk.

Deze centra werken met een multidisciplinair team van medici, paramedici, maatschappelijk werkers en soms een vrij groot aantal vrijwilligers. Door hun preventiegerichtheid, hun nabijheid en betrokkenheid, hun informatie en opvoeding van de patiënt en zijn gezin doen ze aan kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Ze hebben oog voor de ecologische en sociale invloeden op de gezondheid van de patiënt. Ze steunen de oprichting van allerlei zelfhulpgroepen waar de zieke niet alleen individueel, maar ook in groep inzicht krijgt in de oorzaken van zijn ziekte en waar de genezing maximaal kan worden bevorderd.

Vanuit deze zelfredzaamheid en multidisciplinaire aanpak wordt samen met de patiënt een grondig dossier opgesteld. Patiëntenraden die bij elkaar aansluiten, vormen een beweging waarin niet alleen de belangen van de patiënt worden verdedigd, maar ook nieuwe alternatieven worden uitgewerkt en nieuwe inspiratiebronnen worden aangeboord.

Mijnheer de minister, wij zijn van mening dat ten minste één vertegenwoordiger van deze vernieuwde eerstelijnsgezondheidszorg met beslissende stem lid moet zijn van de algemene raad. Van daaruit kunnen zij hun vernieuwde ervaringen in de nieuwe structuur doorgeven. Wij dienden dan ook een amendement in die zin in.

Tenslotte hopen wij nogmaals dat deze structuurhervormingen aanleiding zullen geven tot een grondig debat zowel in brede lagen van de bevolking als in het Parlement. (Applaus.)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Bosman.

De heer Bosman. — Mijnheer de Voorzitter, het wetsontwerp dat wij nu bespreken, is er in hoofdzaak gekomen onder druk van budgettaire moeilijkheden. De toename van de uitgaven voor geneeskundige verzorging is inderdaad verontrustend geworden, voornamelijk voor een land waar de toestand van de Schatkist zonder meer alarmerend kan worden genoemd. Wij juichen dus hervormingen en aanpassingen toe, indien deze de goede geneeskundige verzorging die de bevolking geniet, blijven waarborgen.

Men lijkt hier echter wel te vergeten dat die goede geneeskundige zorgen, met minder middelen dan in de ons omringende landen, samen met de vrije keuze van de patiënt, slechts mogelijk zijn geweest dank zij de relatieve vrijheid van het geneesherenkorps.

Wij zeggen ja tegen hervormingen, wanneer de gekende misbruiken worden bestreden met het oog op belangrijke besparingen. Ik geef hier enkele voorbeelden. De derde-betalersregeling is één van die praktijken die grote fraude mogelijk maken, en zou bijgevolg moeten worden voorbehouden voor patiënten die over een te laag inkomen beschikken. Het uitblijven van een degelijke regeling van numerus clausus, het gratis hospitaalverblijf voor bepaalde categorieën, de te hoge administratiekosten van de ziekteverzekering zijn zoveel andere redenen van de hoge kostprijs van ons ziekteverzekeringstelsel. Het zijn dan ook voor deze materies dat maatregelen dringend nodig zijn.

Een ander punt is de overconsumptie. Die is zeker erger in Wallonië dan in Vlaanderen.

Mijnheer de minister, nu legt u een nationaal budget vast, min of meer arbitrair bepaald. Wanneer u de overconsumptie zou willen bestrijden, dan moet het mogelijk zijn een budget op te leggen per provincie. Als nu de uitgaven in de provincies die boven het nationaal gemiddelde liggen, minstens worden teruggebracht tot dat nationaal gemiddelde, dan hebt u al een forse bezuiniging gerealiseerd. Zo'n regeling is zeker uitvoerbaar in de sectoren van de medische beeldvorming, klinische biologie en de gemiddelde ligdagprijzen.

Wij zeggen ook ja aan hervormingen die de totaliteit van de inkomsten verhogen. Nogmaals moet ik wijzen op de grote verschillen tussen de beide regio's. Wanneer zelfstandigen in Wallonië op een meer genereuze wijze worden vrijgesteld van sociale bijdrage; wanneer Wallonië in verhouding 40 000 ambtenaren te veel telt, en dus even zoveel keren minder inkomsten voor ziekteverzekering, dan rijzen daarbij toch ernstige vragen.

Mijnheer de minister, maatregelen in de zin van ernstige besparingen, evenals maatregelen in de zin van een rechtvaardige spreiding van de inkomsten, vinden wij in dit wetsontwerp niet terug.

Wat wij wel terugvinden is een versteviging van de macht van de bestaande zuilen, meer invloed in de beslissingen, voor mutualiteiten en vakbonden, dit zien we in de samenstelling van de algemene raad, en minder inspraak voor de werkgevers, artsen en privé-ziekenhuizen.

Wij zeggen neen aan een hervorming die meer verstaatsing meebrengt, die ingewikkelde structuren tot gevolg heeft, die slechts uiterst voorzichtig en zeer vaag pogingen tot responsabilisering nastreeft, in 't bijzonder wat betreft responsabilisering van verzekeringsinstellingen en ziekenhuizen andere dan private. Hoe kan men immers spreken van responsabilisering naar de toekomst toe, wanneer de 59 miljard van de socialistische mutualiteiten in de doofpot worden gestoken?

Wij zeggen neen wanneer u hervormingen oplegt die slechts enig resultaat kunnen geven na verloop van jaren; wanneer u de artsen een conventie doet ondertekenen, en in de loop van het jaar de honoraria eenzijdig kunt wijzigen; wanneer ziekenhuistekorten onrechtmatig kunnen worden doorgespeeld naar de geneesheren.

Door deze « hervorming » vergroot u het wantrouwen tussen de verschillende partners. De dagbladen spreken in dit verband duidelijke taal: het VBO is niet gelukkig met deze wet en vreest een overmacht van mutualiteiten en vakbonden. Geneesheren komen in een conflictsituatie terecht met de ziekenhuisbeheerders en de meerderheid is niet bereid tot het tekenen van een blanco-cheque-conventie. Zonder stemrecht zijn zij in de algemene raad mischien geduldige, maar in ieder geval machteloze toehoorders.

Alleen een rechtvaardige verdeling van inkomsten en uitgaven, met de noodzakelijke bestrijding van de gekende misbruiken, evenals een volwaardige participatie van alle partners in de beheersstructuren, kan het onderling vertrouwen herstellen. Deze doelstellingen vinden wij onvoldoende terug in dit wetsontwerp, en dat verwondert ons helemaal niet.

Mijnheer de minister, als Franstalige en als socialist kan u onze visie natuurlijk niet delen. U kiest hier duidelijk voor: « eigen volk eerst ». Een hervorming kan slechts degelijk zijn als de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg en van de hele sociale zekerheid wordt toevertrouwd aan elk van de Gemeenschappen. (Applaus.)

De Voorzitter. — Het woord is aan mevrouw Van den Poel.

Mevrouw Van den Poel-Welkenhuysen. — Mijnheer de Voorzitter, ik wil van de gelegenheid van de bespreking van dit wetsontwerp gebruik maken om de minister vragen te stellen in verband met een aangelegenheid die mij heel recent werd gesignaleerd. Het betreft meer bepaald een mogelijke herziening van de terugbetaling van logopedische behandelingen.

Door de wet van 31 januari 1991 werd ervoor gezorgd dat na de afschaffing van het Rijksfonds voor sociale reclassering van minder-validen, de terugbetalingen voor logopedische verstrekk-

gen werden overgenomen door het RIZIV. Daardoor konden patiënten gedurende maximaal twee jaar een terugbetaling genieten voor de behandeling van stemstoornissen, ontwikkelingsstoornissen, stotteren, ernstige spraak- en taalstoornissen en slikstoornissen. Hierbij gold en geldt tot op heden voor de patiënt een volledig vrije keuze inzake behandelende logopedist, wat trouwens voor alle medische verzorgingen geldt en moet blijven gelden. Dit wil zeggen dat hij of zij terecht kan bij een privé-logopedist, of bij een logopedist in een revalidatiecentrum. In beide gevallen is men gebonden aan dezelfde tarieven.

Er wordt mij echter signaleerd dat deze vrije keuze op de helling zou komen door een hervorming in de wijze van terugbetaling van logopedische verstrekkingen. Het is nu precies mijn vrees dat door de enorme bevoegdheidsuitbreiding die het wetsontwerp geeft aan de minister, dit in de nabije toekomst zou worden geregeld zonder het Parlement te raadplegen.

Naar verluidt zou de hervorming erin bestaan de terugbetaling van de verstrekkingen door privé-logopedisten sterk te redecuren ten voordele van de revalidatiecentra. Dat betekent dat voor de patiënt uiteraard niet langer een vrije keuze bestaat tenzij hij of zij geen problemen maakt van de meerkost.

Eens te meer zou op deze wijze een maatregel worden genomen die de belangen van de patiënt schaadt ten voordele van deze van organisaties, in casu de revalidatiecentra, waarvan iedereen weet dat zij beheerd worden door de machtige zuilnetwerken.

Ik zou daarom willen vernemen of het inderdaad correct is dat een dergelijke maatregel in voorbereiding is en wat eventueel de motivering is. (Applaus.)

De Voorzitter. — Het woord is aan mevrouw Maes.

Mevrouw Maes. — Mijnheer de Voorzitter, ik ben geen specialist; ik ben een patiënt. Als dusdanig ben ik het lijdend voorwerp van dit ontwerp dat ik met zorg heb gelezen en waarvan men ons vraagt ons erover uit te spreken.

Als ik op de tribune het woord neem, is dit in de eerste plaats om dokter Valkeniers te vervangen die wegens familiale omstandigheden, in het buitenland is en die mij zijn tekst heeft bezorgd.

Behalve de opmerkingen in de tekst van de heer Valkeniers, zijn mij bij het lezen van het ontwerp en van het verslag heel wat vragen door het hoofd gegaan. In feite heb ik zin om de commissievergaderingen bij te wonen want ik vind het van zulk wezenlijk belang dat wij in dit dossier een breed maatschappelijk debat houden. Het spijt mij een beetje dat het ontwerp met betrekking tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering te veel door de gespecialiseerden in de materie wordt behandeld. Het heeft zo fundamenteel te maken met de organisatie van onze samenleving dat men de vraag kan stellen of dit alleen moet worden besproken door de specialisten van de ziekteverzekering.

Mijnheer de minister, een fundamentele hervorming zoals u ze voorstelt, kan haar doel niet bereiken indien al de structuren die u wilt oprichten, worden bemand door personen die tegelijkertijd rechter en partij zijn. Dit is dan ook de grootste zwakte van het ontwerp. Degenen die vandaag hier gesproken hebben over een lege doos, over een «non-réforme», over een berg die een muis gebaard heeft, kunnen misschien gelijk krijgen. Ik hoop evenwel van niet, want de budgettaire ontsporing die aanleiding gaf tot het ontwerp, gaat ons allen ten zeerste aan.

Als gedisciplineerd fractielid zal ik mij dicht bij de tekst van dokter Valkeniers houden. De afgelopen twintig jaar heeft de Volksunie zich bij het bepalen van haar houding tegenover het gezondheidsbeleid in het bijzonder en de sociale voorzorg in het algemeen steeds laten leiden door twee factoren: het belang van de patiënt en het budget van het RIZIV. Het budget heeft men herhaaldelijk laten ontsporen. Wij kunnen dan ook niet anders dan de wetenschappelijke studies beamen die de oorzaak van de helft van onze staatsschuld, die zo'n 2 000 miljard bedraagt, in deze sector terugvindt. Nochtans kan men niet zeggen dat de betrokken ministeries de voorbije jaren door politieke lichtgewichten werden beheerd.

Heel vaak heeft de Volksunie bij monde van haar dokters, dokter Vandekerckhove zaliger in dit halfrond, dokter Anciaux in de Kamer en dokter Valkeniers in de Senaat, gewaarschuwd dat het de verkeerde kant uitging en dat bepaalde maatregelen op termijn niet houdbaar waren en sommige maatregelen zelfs een tegenovergesteld effect zouden hebben. De voorbeelden zijn legio en wij hebben maar al te vaak gelijk gekregen.

De invloed van de zuilen en de samenstelling van de kabinetten hebben zonder twijfel bijgedragen tot de rampzalige gevolgen van deze evolutie, die ons vandaag voor zware problemen plaatst. Zelfs u, mijnheer de minister, werd ondanks uw dreiging met ontslag verplicht door de knieën te gaan bij het uitwerken van het ontwerp van wet tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, kortweg de wet naar uw naam genoemd. U werd verplicht de ziekenfondsen stemrecht te geven in uw algemene raad van de verzekering voor de geneeskundige verzorging. Bij de discussie over het verlenen van stemrecht aan de vertegenwoordigers van de zorgenverstrekkers, bleek duidelijk dat u niet mocht toegeven op ons meer dan gerechtvaardigd verzoek om hen wel stemrecht te geven wegens een veto van de ziekenfondsen.

De machtszuilen hebben ver van afgedaan, wat men ook mag zeggen. De Volksunie is dan ook fier en blij vandaag eens te meer een ongebonden en vrij standpunt te kunnen innemen, vrij van alle nefaste invloeden die reeds zoveel kwaad hebben gesticht en die meestal weinig te maken hebben met de belangen van de patiënt. Waar waren die zuilen toen iedereen zag dat het aanbod van de zorgenverstrekkers uit de hand liep? Was het niet het ACV dat hier enkele jaren geleden nog kwam vertellen dat het behoud van het aantal studenten in de geneeskunde noodzakelijk was om de universitaire structuren in leven te houden? Vandaag noemde de CVP de numerus clausus bespreekbaar en zelfs onafwendbaar. Waar waren de zuilen met hun theoretische financiële verantwoordelijkheid, toen de overconsumptie, vooral in Brussel en Wallonië, maar ook in Vlaanderen en zeker aan de universiteiten en in de privé-laboratoria, wilde vormen begon aan te nemen? Welk ziekenfonds protesteerde toen? Ik voeg er wel aan toe dat voor het rechte trekken van de ongelijkheid niet het voorbeeld van het onderwijs mag worden gevolgd, waar het gelijkleggen van de lat tussen Vlaanderen en Wallonië alleen maar tot effect had dat het onderwijs ook in Vlaanderen duurder werd. Welk ziekenfonds bekommerde zich om deze zichzelf vernietigende gezondheidszorg zolang het maar zijn deel van de koek kreeg?

Onze partij zou vandaag kunnen triomferen en zeggen dat zij gewaarschuwd heeft voor deze puinhoop, maar dat is onze politieke lijn niet. Wij houden het bij constructieve kritiek zoals het een oppositie in een democratisch bestel past.

Bij zijn inleidende uiteenzetting bij zijn ontwerp heeft de minister gezegd dat hij het rapport herlas van koninklijk commissaris Petit die op 10 maart 1975 werd aangesteld, en dat hij zich erop heeft geïnspireerd.

Mijnheer de minister, wij kunnen het alleen maar jammer vinden dat u dat rapport niet vroeger las, want dan had u zich zeker niet op sleeptouw laten nemen door de socialistische ziekenfondsen met de recente maatregelen over de derde betalende, waarmee u zoveel kwaad bloed zet eerst bij de tandartsen en nu bij de dokters en die onder meer het welslagen van een akkoord over de dokterstarieven in de weg staan.

Nu een parenthesis van mezelf, maar u zult toch ook wel weten dat in het systeem van de derde betalende de verbruikers een verkeerd idee hebben over de kostprijs van de behandeling die hen wordt voorgeschreven. Zij menen dat de behandeling slechts de prijs van het remgeld kost en dat bijgevolg alleen de duurste behandeling goed genoeg is. Ik sta zeer kritisch ten aanzien van het systeem derde betalende, hoezeer ik ook begrip kan opbrengen voor de sociale achtergrond die tot het systeem heeft geleid. Wij vragen ons dan ook af of u dat systeem nog moest uitbreiden. Waarom het systeem in de ambulante sector niet voorbehouden voor de echte hulpbehoevenden? Dat is de vraag.

In verband met het ontwerp zelf kunnen we nog enkele kritische beschouwingen naar voren brengen. Tijdens het begrotingsconclaaf van augustus 1992 werd tot structurele hervormingen besloten. De basisidee was dat iedere partner in het stelsel duidelijke en eigen verantwoordelijkheden moet krijgen zodat het overleg efficiënt zou kunnen gebeuren. Dat betreft zowel overheid, financiers, ziekenfondsen, als vertegenwoordigers van verzekerden en zorgenverstrekkers.

Wij betreuren dan ook dat de minister zich onder druk van de mutualiteiten niet akkoord kon verklaren met ons amendement bij artikel 10 om ook de zorgenverstrekkers in de algemene raad een beslissende stem te geven. Aangezien de vijf regeringsafgevaardigden over een vetorecht beschikken kon dit in geen geval problemen geven voor de regering en het verplichtte de zorgenverstrekkers, sommigen tegen hun wil, om ook verantwoordelijkheid op te nemen. De uitbreiding van het aantal vertegenwoordigers van de zorgenverstrekkers tot vier in de algemene raad zien wij dan ook als een vernedering. Spijtig genoeg heeft ook hier de meerderheid ons amendement verworpen, dat werd medeondertekend door de andere oppositiepartijen en ertoe strekte om alle afgevaardigden een beslissende stem te geven.

Als partij verheugen wij ons erover dat volgens artikel 11 de algemene raad aan de Regering ieder jaar een omstandig rapport moet zenden over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land. Dit rapport moet ook een evaluatie omvatten van de eventuele ongerechtvaardigde verschillen en de voorstellen tot wegwerking ervan.

Ik wil hier opnieuw een eigen parenthesis openen omdat sommige delen uit het verslag over de bespreking in de commissie mij op een pijnlijke wijze hebben getroffen.

In sommige passages werd gewezen op het zeer gevoelige punt van de verschillen in medische consumptie tussen Vlaanderen en Wallonië. Uit het verslag blijkt dat één van onze collega's meende dat Vlaanderen in de negentiende eeuw toen Wallonië zorgde voor de werkverschaffing, zoveel gezonder was. Niets is minder waar. Ik wil hier graag een citaat voorlezen uit een studie die rond 1850 gemaakt werd door een legerarts, uiteraard in het Frans, want destijds waren er geen Nederlandstalige militaire artsen. Ik heb het vandaag echter niet over de taalkwestie, maar over een zeer levendig boek van de militaire arts dokter Meynne over de ziekten en de gebreken van de dienstplichtigen in Vlaanderen. In die periode werden er op 1 000 onderzochte dienstplichtigen uit de vier Vlaamse provincies 279 afgekeurd om medische redenen, in de vier Waalse provincies 149. Dokter Meynne beschrijft de voorkomende ziekten en gebreken als volgt: «*Constitutions faibles, maladies de poitrine, vices constitutionnels, difformités, maladies des yeux, maladies cancéreuses, maladies de la peau, aliénation mentale, petites tailles ...*»

Na de vergelijking tussen de Vlaamse en de Waalse gewesten te hebben gemaakt, besluit hij: «*Cette comparaison est tout à l'avantage de la partie méridionale du pays, surtout du Namurois, qui marche constamment en tête, puis du Luxembourg, de Liège et du Hainaut. Partout, les Flandres, Anvers et le Limbourg occupent des positions bien moins favorables. La différence entre les diverses provinces est remarquable, saisissante; on voit que les infirmes et les malades sont presque deux fois aussi nombreux dans la zone septentrionale du pays; et par une coïncidence singulière, ce sont toutes les provinces flamandes qui ont des désavantages marqués sur les provinces wallonnes.*»

Niet alle standen van de maatschappij zijn aangetast. Dokter Meynne wijst erop dat het vooral in de arme klassen, «*les classes malheureuses*», de bevolking getroffen is door de geciteerde kwalen en ziekten. Hij legt dan ook het verband tussen de hongersnood in Vlaanderen van vóór 1840 toen onze textielnijverheid begon te lijden van de concurrentie van de spinmachines in het buitenland. In 1847 was in Oost- en in West-Vlaanderen gemiddeld één inwoner op drie ten laste van het armenbestuur.

Ik heb deze cijfers willen aanhalen om te onderstrepen dat er wel degelijk een verband kan bestaan tussen het medisch zorgpatroon en de sociaal-economische toestand in een bepaald gewest. Dit kan wetenschappelijk worden vastgesteld. Daarom zullen wij ons niet laten paaien met een impressionistisch verhaal. Bepaalde verschillen kunnen duidelijk met feiten worden aange-

toond. De ongerechtvaardigde verschillen in de medische consumptie kunnen wij in Vlaanderen niet langer blijven aanvaarden als ze voortspruiten uit onmiskenbare misbruiken, en die zijn er. Dit is geen dreigement. Ik heb enkel de simpele werkelijkheid willen aanhalen en ze scherp gesteld met een voorbeeld uit de negentiende eeuw, een eeuw waarin ziekten in Vlaanderen ook in het leger nog ravages aanrichtten. Iedere Vlaming die *De Loteling* heeft gelezen of de verfilming heeft gezien kent deze bladzijde uit de Vlaamse geschiedenis.

Wij weten dat dit onderwerp bij de publieke opinie in Vlaanderen zeer gevoelig ligt. Vanuit de sociale bekommernis die wij met de minister delen, stellen wij dat de wil om aan deze niet-gerechtvaardigde transfers een einde te maken, bepalend zal zijn voor de kansen van dit land om als federale Staat te overleven. Van die bereidheid zal de Volksunie dan ook haar goedkeuring van de staatshervorming laten afhangen.

Jaren geleden, toen de Volksunie het had over deze niet-gerechtvaardigde verschillen die niets met solidariteit, het basisprincipe van de sociale zekerheid, te maken hebben, werden wij niet alleen in het zuiden maar ook in bepaalde Vlaamse middens weggehoond als de doodgravers van de eenheid van het land. Het is niet langer nuttig om hier bepaalde uitspraken, zoals deze van de huidige en de vorige minister van Sociale Zaken, in herinnering te brengen. Vandaag zien we dat zelfs langs Franstalige kant — wij hoorden het vandaag nog uit de mond van een Franstalige collega, zij het eerder als een dreigement en chantage — dat men ook langs Franstalige kant zal toezien dat het niet alleen bij woorden blijft. Uit een correcte en stipte uitvoering van de wet zal blijken in hoever men langs Franstalige kant nog gesteld is op de eenheid van het land.

Het comité van de dienst voor geneeskundige verzorging, het beheerscomité voor de dienst van de uitkeringen, de dienst voor de administratieve controle en de dienst voor de geneeskundige controle zijn grotendeels heruitgaven van de diensten en comités die vroeger reeds bestonden. Op zichzelf is dat niet zo erg, ware het niet dat die instellingen vroeger ook al onvoldoende werkzaam bleken te zijn. De ziekenfondsen bijvoorbeeld waren financieel verantwoordelijk, maar dat is steeds theorie gebleven. Welke waarborgen hebben wij dat alles vanaf nu anders zal verlopen? Alleen de toekomstige ervaringen zullen ons hierop een antwoord kunnen brengen.

Zo verwachten wij samen met de heer Valkeniers heel veel van de profielencommissie, maar vele artsen hebben er ons op attent gemaakt dat deze commissie al heel lang bestaat en dat zij tot nu toe weinig heeft opgeleverd. Ook het omstandig jaarverslag van de algemene raad over de eenvormige toepassing van de wetgeving in het hele land en het driemaandelijks verslag van de commissie voor de begrotingscontrole aan de algemene raad en aan de minister van Sociale Zaken over het beheer van de sector, over de ontvangsten en uitgaven en in het bijzonder over het vaststellen van de vooruitzichten en over de verschillende aspecten van de evolutie van de uitgaven, zijn positieve maatregelen en principes die wij ten volle ondersteunen. Wij hopen dat zij de gerezen verwachtingen niet zullen teleurstellen.

Het probleem van de financiële verantwoordelijkheid van de geneesheren zijn wij in het verleden nooit uit de weg gegaan. Wij geven ter zake de voorkeur aan preventieve maatregelen zoals het invoeren van een remgeld, gemoduleerd naargelang het gaat om gewone verzekerden of om sociaal zwakkeren zoals de WIGW's. Zowel arts als patiënt dragen immers een verantwoordelijkheid voor de kosten. Het huidige repressieve artikel 48 straft echter alleen de arts die overdrijft, terwijl de opportuniteit van bepaalde onderzoeken niet wordt onderzocht. Zo ken ik in mijn omgeving nogal wat jonge vrouwen in verwachting, die geregeld verslag komen uitbrengen over hun echografien en reeds voor de geboorte een heel verhaal over hun baby weten te vertellen. Moet de ziekteverzekering zo iets blijven bekostigen?

Ook na de goedkeuring van dit ontwerp blijven er in deze sector nog grote problemen bestaan, zoals bijvoorbeeld het afremmen van het aanbod van zorgenverstrekkers. Dokter Valkeniers heeft in de Vlaamse Raad een voorstel van decreet ingediend om het aantal zorgenverstrekkers te verminderen. Het is een genuanceerd

voorstel dat in de betrokken milieus goed werd onthaald. Dokter Valkeniers zal vragen dat dit voorstel van decreet prioritair wordt besproken.

Wij nemen ons voor om ook initiatieven te nemen over andere aangelegenheden. Zo is er volgens dokter Valkeniers — de Senaat zal dat intussen wel weten — een herziening nodig van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer, ten einde de steeds weerkerende conflicten tussen de beheerders en de dokters te voorkomen. Dan is er de bepaling van de ligdagprijs. Met het huidige systeem zijn de ziekenhuizen verplicht de bedden vol te leggen en aan overconsumptie te doen om financieel rond te komen, en dan nog! Wat wij nodig hebben is een lange-termijnvisie op de sociale zekerheid in het algemeen en op de gezondheidszorg in het bijzonder.

De VU is van oordeel dat dit wetsontwerp veel positieve elementen bevat, nog heel veel vraagtekens oproept, vooral inzake de praktische resultaten, en ook een aantal negatieve punten bevat. Dit maakt dat wij tegen het ontwerp zullen stemmen.

Ik hoop dat de heer Valkeniers die vandaag niet aanwezig kan zijn zijn gedachten in deze uiteenzetting zal terugvinden. Ik hoop ook dat wij met zijn allen zullen voortwerken aan een bredere bezinning. In het ontwerp wordt wel gezegd dat er voor deze bespreking geen taboes mogen bestaan. Ik moet zeggen dat er in de vragen geen taboes zijn, maar dat er in de antwoorden nog heel veel overblijven.

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Lenssens.

De heer Lenssens. — Mijnheer de Voorzitter, ik wens in de eerste plaats de rapporteur geluk met zijn degelijk verslag, dat voor velen een leidraad zal zijn voor de interpretatie van dit belangrijk wetsontwerp.

Aangezien de aanleiding tot dit ontwerp van wet ongetwijfeld de financiële toestand en de vooruitzichten van ons ziekteverzekeringsstelsel zijn denk ik dat het goed is op mijn beurt enkele cijfers naar voren te schuiven, die ik vanmiddag heb ontvangen. Zij hebben betrekking op het jaar 1992 en op de vooruitzichten voor het jaar 1993.

Door de vorige Regeringen en de huidige Regering werden aan de sociaal verzekerden heel wat inspanningen gevraagd. Ik citeer er enkele: remgeldverhogingen, verhogingen van de sociale-zekerheidsbijdrage met 1 pct., transfers vanuit de kinderbijslag en andere stelsels van de sociale zekerheid naar het ziekteverzekeringsstelsel, maatregelen in de klinische biologie enz. Wat de uitgaven betreft stel ik vast dat er vergeleken met de eerste negen maanden van 1991, voor de eerste negen maanden van het jaar 1992, exclusief de NMBS, een gemiddelde stijging is van meer dan 13 pct. Het RIZIV raamt het deficit voor 1992 op 9 miljard frank, waarvan 5,1 miljard voor het algemene stelsel en 3,9 miljard voor het stelsel van de zelfstandigen. Wij moeten er echter ook rekening mee houden dat het algemene stelsel in 1992 een lening van 16 miljard frank van het FEF heeft bekomen, waardoor het globaal werkelijk deficit in 1992 oploopt tot 25 miljard.

Voor 1993 zal het deficit niet veel lager liggen, namelijk 20 miljard, zelfs indien alle conclaafbeslissingen en maatregelen worden uitgevoerd en op voorwaarde dat deze maatregelen het geraamd budgettaire effect bereiken, zal er nog een tekort zijn van 16,6 miljard voor 1993 in het algemene stelsel en van 3,3 miljard in het stelsel van de zelfstandigen. Bovendien kunnen de inkomsten gedurende de komende maanden dalen ten gevolge van de economische recessie.

Aangezien de rijkstoelage aan de sociale zekerheid op 192 miljard werd geblokkeerd, zal de budgetcontrole een kolossale opgave zijn voor de Regering en voor het Parlement.

Het structureel budgettaire probleem — vooral een uitgavenprobleem — zal met structurele maatregelen moeten worden aangepakt. De klassieke middelen en technieken van vroeger en de kleine marginale maatregelen volstaan niet meer.

De typische taboes moeten bespreekbaar worden, anders blijven wij van jaar tot jaar aanmodderen en komt het systeem zelf uiteindelijk in het gedrang, wat vooral voor de minst gegoeden in onze maatschappij onaanvaardbaar zou zijn.

Mijnheer de minister, via de persverslagen heb ik vernomen dat u gisteren in de kamercommissie duidelijke taal hebt gesproken. U zult op de steun van de CVP-fractie kunnen rekenen wanneer u de komende maanden de noodzakelijke en niet steeds populaire beslissingen neemt. Wat de neoliberalen van de VLD ook mogen beweren, een sanering van de ziekteverzekering is niet mogelijk zonder dat de burgers dit aan den lijve ondervinden. Wij moeten de moed hebben om de nodige beslissingen te nemen en ze uit te voeren.

Tegen de achtergrond van de budgettaire ontsporing worden wij thans volop geconfronteerd met een herziening van de conventies met de zorgverstrekkers. Op het ogenblik is er geen conventie met de geneesheren, noch met de verpleegkundigen in de thuiszorg. Er zijn ook problemen in de RVT- en de rustoordsector en in de tandheelkunde.

Deze problemen en de cijfers in verband met de begrotingsvooruitzichten, die in de media veel aandacht krijgen, geven een verward beeld aan de publieke opinie die de indruk krijgt dat de Regering en de minister de confrontatie verkiezen boven de dialoog, het conflict en de polarisatie boven het gesprek.

Ik weet en besef dat op een ogenblik dat de zorgverstrekkers het beleid wantrouwen, en dat er een sfeer van toenemend corporatisme, van verdachtmaking, halve waarheden en desinformatie heerst, het voor een minister van Sociale Zaken natuurlijk bijzonder moeilijk is een consensus te vinden en passende beslissingen te nemen. Ik heb in dit opzicht in het verleden enige ervaring opgedaan.

Toch moeten wij blijven geloven in de basisprincipes van ons stelsel van de gezondheidszorg, namelijk de therapeutische vrijheid en de vrije keuze van de patiënt binnen een verplicht stelsel. Hier is dus geen sprake, liberale collega's, van enige privatisering. Daarnaast is er het basisprincipe van het overlegmodel tussen alle betrokken partners.

Het ene principe kan echter niet bestaan zonder het andere. Het systeem van vrije geneeskunde, waarvan de CVP voorstander blijft, kan maar in stand worden gehouden door structureel en permanent overleg en door het bestendig zoeken naar een consensus tussen alle betrokkenen en de overheid. Anders uitgedrukt: geen vrije geneeskunde zonder een nieuwe ethiek van verantwoordelijkheid van alle betrokkenen.

De rol van de overheid bestaat er voornamelijk in de budgettaire middelen te bepalen met het oog op een kwaliteitsgezondheidszorg voor allen tegen een aanvaardbare prijs. Bij de meer concrete uitwerking van conventies met medici en paramedici is de rol van de overheid derhalve subsidiair, behalve als de fundamentele belangen van de sociaal verzekerden in het gedrang komen. Dit is de geest van de wet van 1963 en het blijft ook de geest van het nieuwe wetsontwerp.

In deze gedachtengang en in verband met de actuele problemen moet de Regering ervoor zorgen dat het vertrouwen van de zorgverstrekkers in de overheid wordt hersteld. Dit kan enkel door een dialoog, niet door confrontatie, niet door polarisatie.

Ik vraag de minister dan ook zijn standpunt over het ontwerp-akkoord tussen ziekenfondsen en tandartsen te verduidelijken. Naar mijn oordeel werd hiermee een ernstige inspanning gedaan om door besparingen en matiging inzake de verhoging van de erelonen een conventie te sluiten in overeenstemming met de begrotingsdoelstellingen van de Regering. Ik suggereer bovendien dat de minister na het afsluiten van de lopende procedure inzake de erelonen van de artsen alles in het werk stelt om een minimaal vertrouwen tussen geneesheren en overheid te herstellen.

Ik ga nu even in op het wetsontwerp. Dit is geen revolutionaire hervorming; dat zegt de minister zelf ook. Het is wel een belangrijke hervorming. De filosofie die sinds 1963 aan de basis van ons stelsel ligt, blijft behouden. Overlegmodel, financiering en betrokkenheid van alle partners blijven behouden. Wel worden enkele belangrijke correcties aan de RIZIV-organen aangebracht met als uitschieter een nieuwe samenstelling en vooral sleutelbevoegdheden voor de algemene raad.

Wij moeten ons ervan bewust zijn dat niet onmiddellijk alle problemen zijn opgelost zodra de wet is goedgekeurd. De wet op zich zal niet kostenbesparend werken. Het wetsontwerp biedt

geen pasklare oplossingen, maar dat was ook niet de bedoeling. Wel legt het een groter accent op de responsabilisering van alle partners en meer bepaald van de sociale partners. Het doet ook een sterk appel op alle betrokkenen om — meer dan in het verleden — hun verantwoordelijkheid op zich te nemen. Uit ervaring weten wij echter dat een appel alleen, hoe goed bedoeld ook, niet volstaat om budgettaire ontsporing te voorkomen, net zoals snelheidsborden alleen niet volstaan om de snelheid te verlagen. Alleen een reële financiële verantwoordelijkheid voor alle betrokkenen, ook de ziekenfondsen, kan leiden tot beheersing van de uitgaven.

De ziekenfondsen blijven een van de belangrijkste partners in de ziekteverzekering. Ik ga nu niet in op wat collega Valkeniers bij monde van mevrouw Maes heeft gezegd, ook al zou dat een boeiend maatschappelijk debat kunnen opleveren. Ik laat mij vandaag dus niet verleiden tot een debat over een meer globale visie op lange termijn en de rol van een modern ziekenfonds in dit geheel. Laten we daarvoor later de nodige tijd uittrekken.

Over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen — artikel 81 van het ontwerp — wil ik echter toch het volgende zeggen. Ik stel vast dat tot op heden de financiële verantwoordelijkheid volkomen onvoldoende in de praktijk werd gebracht. Ik schets kort het probleem dat voldoende bekend is.

De wet-Leburton bevatte een op papier sluitend systeem. Sinds 1974 zijn de rekeningen van de ziekenfondsen niet meer gesloten. Er zijn de herhaalde vragen en terecht opmerkingen van het Rekenhof. Sommige ziekenfondsen hebben een zogenaamd «tekort» van meer dan 50 miljard en andere hebben een zogenaamd «overschot». Het overgrote deel van deze uitgaven zijn gebeurd op basis van wettelijke en reglementaire bepalingen. Men moet evenwel ook durven toegeven dat er belangrijke verschillen bestaan in de graad en de intensiteit waarmee ziekenfondsen hun huidige medische en administratieve controlemiddelen gebruiken en toepassen.

Aanleiding tot het probleem is, ten eerste, het gebrek aan precieze en objectieve parameters voor de verdeling van de inkomsten van de ziekteverzekering, die rekening houden met de risicograad van het ledenbestand van de verschillende landsbonden. Ten tweede is er de praktijk dat de ziekenfondsen voorschotten ontvangen op basis van de uitgaven van de laatste periode en niet volgens de geplande budgettaire middelen. Een dergelijk systeem moet ontsporen.

Dit wetsontwerp bevriest de toestand tot eind 1994. Ook het verleden wordt bevroren. Afwachten maar wanneer en hoe de dooi zal komen!

Intussen zal, zoals bepaald in artikel 81, de speciale commissie voorstellen doen die de Koning zullen toelaten de nieuwe en objectieve verdelingscriteria van inkomsten per ziekenfonds vast te stellen, rekening houdend met een aantal factoren die in artikel 81 van het wetsontwerp zijn vervat.

De commissie heeft bij artikel 81 — het vroegere artikel 77 — twee belangrijke amendementen aangenomen. Artikel 81 kent de Koning bijzondere machten toe. Gelet op het ingewikkeld en ook het delicaat karakter van de materie aanvaarden wij dat dit bij koninklijk besluit wordt geregeld. Maar omdat het in de toekomst over tientallen miljarden zal gaan en ook wegens het groot belang van de aangelegenheid zijn wij van oordeel — de commissie heeft deze stelling gevolgd — dat de koninklijke besluiten genomen in uitvoering van artikel 81 door het Parlement bij wet moeten worden bekrachtigd.

Een tweede belangrijk amendement handelt over het gelijkheidsbeginsel tussen de leden van verschillende ziekenfondsen. Dit beginsel wordt door het amendement niet alleen verduidelijkt, maar ook beperkt tot de sociale-zekerheidsbijdragen en de prestaties van de verplichte verzekering.

Dit laatste is fundamenteel voor de CVP-senaatsfractie. De gearmandeerde tekst van artikel 81, paragraaf 3, derde alinea, betekent dat: wanneer objectieve verdelingscriteria van de middelen vastliggen en mits de ziekenfondsen over de nodige controle-instrumenten en middelen beschikken, dan zal een ziekenfonds dat zijn inkomstenenveloppe, ook in het verplicht stelsel, in een bepaald jaar overschrijdt individueel verantwoordelijk zijn voor het deficit. Dit zal dan moeten worden gedragen door eigen reser-

ves of door een bijkomende ledenbijdrage. Laat daarover geen misverstand zijn, dit is de strekking van mijn amendement dat door de commissie werd aangenomen.

Tenslotte nog een slotbeschouwing, steeds namens de CVP-fractie. De sociale partners, de ziekenfondsen en zorgverstrekkers krijgen door dit wetsontwerp een grotere beheersverantwoordelijkheid.

Wanneer dit overlegmodel, onder meer op budgettair vlak faalt of tekort schiet, moet de Regering, na een ultieme dialoog, beslissen. Door dit wetsontwerp en mede door de bepalingen van de jongste sociale-programmawetten beschikt de uitvoerende macht over heel uitgebreide bevoegdheden om de uitgavengroei te beheersen, maar ook om de ongerechtvaardigde uitgaventransfers tussen de regio's weg te werken.

Gebeurt dit niet, dan zal de Regering hebben gefaald en valt te vrezen dat dit wel eens de laatste grote hervorming van de ziekten en invaliditeitsverzekering zal zijn op nationaal vlak.

Onder druk van een attente Vlaamse publieke opinie zal het volgende debat dan wellicht dit van de communautarisering van de gezondheidszorgen zijn.

Wij weten en beseffen dat dit niet onmiddellijk de begrotingsproblemen van de gezondheidszorgen zal oplossen. De financiële problemen en transfers zullen echter de aanleiding vormen voor dit debat. De diepere motivering echter, de grondgedachte en groeiende overtuiging bestaan in het verschil in geaardheid, in andere opvattingen over aanpak en organisatie van deze bij uitstek persoonsgebonden materie tussen het noorden en het zuiden van ons land. (*Applaus.*)

M. le Président. — La parole est à M. Gevenois.

M. Gevenois. — Monsieur le Président, le projet dont nous débattons aujourd'hui compte parmi les plus importants qui nous aient été proposés par le Gouvernement depuis son installation.

Il n'aura pas fallu un an pour que ce projet, qui figure dans la déclaration gouvernementale, arrive en discussion en commission et en séance publique.

Je voudrais, comme tous les intervenants, féliciter le rapporteur pour la qualité de son travail ainsi que pour les délais excessivement courts dans lesquels nous avons pu disposer du rapport, ce qui nous permet d'engager, aujourd'hui, le débat en séance publique dans des conditions tout à fait normales.

Je me réjouis également de l'excellente atmosphère qui a régné au sein de la commission pendant les trois jours de débats.

Les interventions ont été nombreuses, mais elles étaient toutes de qualité, marquées d'un remarquable sérieux et aucune parole blessante n'a été prononcée à l'égard de personnes ou d'organismes. Seules des constatations anciennes et connues de tous ont été répétées, comme les problèmes des transferts. J'aurai l'occasion d'évoquer ultérieurement ce point de mon exposé.

Joignant ma voix à celle de certains commissaires, je voudrais adresser des félicitations au ministre pour le contenu du projet. En effet, nous devons constater que le ministre n'a voulu faire plaisir à personne — je reprends ici les termes utilisés par un commissaire ne faisant pas partie de la majorité — et tous ceux qui sont concernés par l'organisation de l'assurance maladie-invalidité sont impliqués dans sa gestion à partir de ce jour. Comme certains collègues, je trouve qu'il a fait preuve d'un fameux courage politique.

La loi dont nous discutons va modifier profondément celle du 9 août 1963 dans ses structures de gestion.

La loi fondamentale, malgré le bien qu'on en pense, n'a jamais pu être appliquée complètement et c'est ainsi qu'est née l'affaire des déficits que connaissent certaines mutualités.

Ces manquements sont aussi vieux que la loi elle-même et les aménagements techniques qui y ont été apportés — je rejoins ici mon collègue, M. Lenssens — ne pouvaient donner la solution globale recherchée par ce projet de loi.

Pour des raisons budgétaires, il faut bien l'admettre, il convenait d'arrêter l'escalade. En raison de l'augmentation régulière et importante des coûts des soins de santé, il fallait également rechercher un moyen de faire mieux avec le même argent ou presque.

Ceux qu'on a l'habitude d'appeler « les payeurs » parmi les interlocuteurs sociaux disaient depuis longtemps que l'on avait atteint des limites de paiements qu'il n'était plus possible de dépasser.

Le système proposé — et c'est sans doute le meilleur aujourd'hui, puisqu'il n'y a pas eu de contre-proposition — modifie les moyens de prise de décision au sein de l'AMI, avec une responsabilisation de tous les acteurs à ce niveau.

Une lecture rapide des textes concernant les organes de gestion de l'INAMI peut laisser l'impression de se trouver devant une machine énorme au fonctionnement difficile.

En regardant de plus près, on s'aperçoit que la pyramide est constituée d'organismes interdépendants par groupes de deux, ou exceptionnellement de trois, que les propositions budgétaires partent du niveau le plus bas, celui des bénéficiaires des soins de santé, qu'elles sont filtrées jusqu'au niveau du conseil général qui arrête le budget à proposer au ministre.

L'implication et la responsabilisation de chacun, quel que soit son rôle, doivent faire en sorte que les propositions qui seraient présentées au ministre ou au Gouvernement restent dans des normes convenables et qu'elles soient donc acceptables.

Dans le cas contraire, ce qui n'est pas souhaitable, la décision du Gouvernement suivrait le chemin inverse jusqu'aux commissions de conventions et aux prestataires de soins.

Si chacun des organismes mis en place, si chaque membre de ces organismes admet de jouer avec conscience le rôle qu'on lui confie, alors l'assurance maladie pourrait ne plus être un souci constant et un objet de discussion permanent.

Peu de choses ont été modifiées au texte du projet présenté en commission et les quelques modifications sont le résultat d'une discussion générale à laquelle toutes les composantes politiques ont pris part.

Le littéra e) de l'article 11, que citait M. Lenssens, a été modifié de manière à ce qu'une meilleure représentation du monde des prestataires de soins de santé ou éventuellement des hôpitaux soit assurée au sein du conseil général, et nous avons tous admis qu'il s'agissait d'un excellent amendement.

Une deuxième modification du projet concerne le paragraphe 18 de l'article 39 que vous avez admis de retirer, monsieur le ministre, sans qu'un vote intervienne.

Cet article traitant des soins de kinésithérapie aux sportifs figurait dans la loi reprenant les dispositions sociales pour 1993. Lors de sa discussion, je vous avais déjà demandé de revoir cet article. Vous aviez à l'époque admis de le retirer de ce projet social, mais je l'ai retrouvé inchangé dans le projet de loi, ce qui devait entraîner une réaction logique de ma part. A ma grande satisfaction, je ne suis plus seul à faire cette demande.

Je voudrais préciser mon point de vue. Comme je l'ai dit en commission, je ne suis pas opposé à ce que vous preniez des mesures dans ce domaine particulier. Mais je crois qu'il faut être très prudent. Et surtout, il ne faut pas s'imaginer que tous les sportifs ressemblent aux quelques centaines de bien-nantis du sport dont on parle tous les jours dans la presse.

Les sportifs sont nombreux dans ce pays. La Fédération de football annonçait récemment qu'elle affiliait environ 450 000 pratiquants de tous âges.

Je pense que nous pouvons franchement multiplier ce nombre par deux pour obtenir un nombre de « pratiquants tous sports » qui ne soit pas au-dessus de la réalité; ce qui nous fait dépasser le million de pratiquants, dont 65 p.c. sont des jeunes. De plus, les familles sont concernées directement par cette mesure. Au total, c'est une mesure en six lignes qui va toucher 2,5 à 3 millions d'habitants.

Que vous preniez des mesures, c'est normal, dans les circonstances actuelles. D'ailleurs, certaines fédérations, et non des moindres, ont dû en prendre pour limiter le recours aux soins de kinésithérapie voici quelques années. Elles avaient constaté, elles aussi, qu'il y avait de l'abus et que les dépenses dépassaient les limites.

Il m'est par ailleurs revenu que des compagnies d'assurances refusaient d'assurer des sportifs, et même résiliaient des polices d'accidents de travail. Je suis d'ailleurs en possession de documents prouvant de tels agissements.

Il y a donc là matière à réflexion, car il ne faudrait pas que des sportifs, qui coûtent généralement moins cher dans tous les autres secteurs, ne soient plus couverts ni par l'assurance maladie-invalidité ni par une assurance-loi en cas d'accident. Cela pourrait faire l'objet d'une proposition de loi ou d'un projet complet.

Je vous remercie en tout cas d'avoir admis le point de vue de la majorité des commissaires et, comme d'autres, je suis prêt à poursuivre une étude de cette matière. Je n'oublie pas que vos prévisions d'économie atteignaient 400 millions dans le projet de loi portant des dispositions sociales.

Je retiendrai deux éléments de la discussion générale et, en premier lieu, le regret exprimé par plusieurs commissaires de devoir constater que, dans l'état actuel des structures du pays et de l'organisation des commissions au sein du Sénat, il ne soit pas possible d'avoir une discussion très large sur une politique de santé.

J'abonderai dans le même sens en disant qu'on s'intéresse beaucoup à la maladie et pas assez à la santé de la population. Certains disent qu'on ne s'intéresse à la santé des personnes que lorsqu'elles sont malades.

Ce n'est pas tout à fait exact, car il ne faut pas oublier que pendant une partie de la vie, beaucoup de personnes ont une bonne couverture médicale préventive. Que ce soit avant ou après la naissance, pendant le premier âge, à l'école, au service militaire pour les garçons, au travail pour tous les travailleurs, la couverture médicale existe, mais elle est peut-être insuffisante. En tout cas, celle-ci sera réduite dans les écoles de la Communauté française où le nombre d'examen va diminuer.

Mais n'oublions pas tous ceux qui ne travaillent pas, ou ne travaillent plus en raison de leur âge. Je ne possède pas de statistiques à propos du coût des soins de santé de ces deux catégories, de la première surtout, mais je crois qu'il doit être élevé. Il serait souhaitable que l'on tente de mettre au point, en accord avec les Communautés, une vraie politique de santé.

Malheureusement, une politique de prévention ne porte ses fruits qu'à moyen et long termes et coûte cher pendant un certain nombre d'années, alors que nous sommes toujours confrontés aux problèmes de manque d'argent, de budget et de règlement. Il doit néanmoins être possible d'améliorer le système actuel, en concertation avec les différents pouvoirs de ce pays.

Le deuxième élément que je désire soulever est le problème des transferts. Il n'a pas été prépondérant, mais il était présent dans les discussions en commission. Ce problème fut à nouveau évoqué lorsqu'on a abordé l'article 77 du projet de loi.

J'insiste sur le fait que la plupart des commissaires qui sont intervenus dans ce débat l'ont fait avec mesure. En ma qualité de Wallon, toujours accusé, et en ma qualité d'Hennuyer, encore plus accusé, je tiens à les remercier de leur courtoisie. Je puis assurer mes collègues flamands que les Wallons ne sont pas favorables aux pratiques abusives et qu'ils veulent aborder ce problème avec sérieux.

J'ai d'ailleurs pu constater tout récemment que des responsables wallons, faisant preuve d'initiative, avaient fait réaliser des études intéressantes sur les flux financiers dans leur fédération de mutuelle et que des pistes de réflexion intéressantes avaient déjà pu être relevées. J'espère qu'on en fera autant dans d'autres régions et qu'on en tirera rapidement les conclusions.

Cependant, et ce n'est pas une excuse, l'histoire des régions doit pouvoir expliquer certaines situations et, sur ce point, je ne suis pas tout à fait d'accord avec le précédent intervenant. Des raisons socio-économiques ou médicales ont été évoquées à plusieurs reprises, mais mon explication personnelle sera beaucoup plus simple. En effet, il ne faut pas oublier que pendant un siècle, les habitants de ma région — le Borinage —, ceux de la région du Centre, de Charleroi et de Liège ont essentiellement été des ouvriers mineurs. Bon nombre de Flamands se sont d'ailleurs installés en Wallonie. Je pense notamment à certains Vandenberghe ou Vandembroeck qui sont pratiquement devenus des Wallons, et nous ne pouvons que nous en réjouir. Mais tous ont laissé une bonne part de leur capital santé dans les mines.

Mon grand-père paternel était mineur, il est décédé dans la soixantaine. Mon père était mineur. Il a arrêté de travailler à cinquante ans et il est mort à cinquante-neuf ans. Il était atteint de la silicose. Il n'a dès lors plus coûté un franc à la sécurité sociale. Certains de mes amis d'enfance ont été mineurs, ils vivent encore, mais ils ne sont pas et ne seront plus jamais en bonne santé.

La génération «après mineurs» a maintenant une trentaine d'années et elle devrait être en meilleure santé que les précédentes. Mais il faudra sans doute encore une génération pour retrouver un capital santé comparable à celui des enfants qui ont eu la chance de vivre dans de meilleures conditions au point de vue écologique.

De manière à mettre fin aux distorsions dénoncées, tout en permettant aux organismes assureurs de remplir leur tâche de la meilleure manière qui soit, le ministre a fait une déclaration au nom du Gouvernement, au sujet de cet article 77, devenu 81 du texte voté.

Pour discuter valablement de cet article, il est nécessaire d'avoir pris connaissance du texte de la déclaration faite par le ministre en commission au nom du Gouvernement.

Comme le rapporteur, j'invite les collègues qui n'auraient pas encore lu cette déclaration à le faire dans les meilleurs délais. Elle figure aux pages 120 et suivantes du rapport de la commission. Mais je pense que le ministre en fera lecture lors de son intervention et qu'il donnera les explications souhaitées.

Ce texte renferme tous les éléments nécessaires pour rassurer tous ceux qui estiment que cette solidarité ne doit pas s'exercer au détriment d'autrui, que les distorsions et les abus ne peuvent être admis, que les organismes assureurs doivent jouer un rôle plus important qu'aujourd'hui, mais que leurs responsabilités doivent être étendues, qu'en cas de défaillance, ces organismes assureurs doivent être pénalisés, et enfin, que chaque malade doit être placé dans les mêmes conditions devant la maladie.

C'est sur cette base que devra travailler la commission spéciale chargée de formuler des propositions d'adaptation des conditions déterminées par la loi de 1963.

Le 31 décembre 1994 au plus tard, les nouvelles conditions de fonctionnement devraient être déterminées et, selon moi, le plus rapidement possible dans l'intérêt de tous.

Enfin, et pour rassurer encore les hésitants, il faut signaler qu'à l'article 12, paragraphe 2, une disposition importante est proposée. Elle précise que: «Le conseil général devra transmettre annuellement au Gouvernement un rapport circonstancié sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays. Ce rapport comprend une évaluation d'éventuelles distorsions injustifiées et des propositions visant à les corriger.»

Voilà une deuxième clé de sécurité au système dont on a très peu parlé en commission.

Les deux mesures de l'article 77 et de l'article 12, qui sont complémentaires, doivent donner tous les apaisements à ceux qui sont hantés par les problèmes de transferts. Elles permettront, avec l'ensemble de la loi, de résoudre les problèmes des anomalies en donnant les mêmes chances devant la loi de l'assurance maladie-invalidité. Le pouvoir pourra ainsi gérer ce secteur important dans de meilleures conditions.

C'est avec une réelle satisfaction que le groupe socialiste votera cette loi, monsieur le ministre. (*Applaudissements.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Moens.

De heer Moens. — Mijnheer de Voorzitter, mijn betoog zal kort zijn. Ik zal mij immers beperken tot één enkel artikel van het ontwerp, met name artikel 81.

Artikel 81 is het artikel dat voor de toekomst de responsabilisering van de ziekenfondsen in het ziekenkostenbestel van ons land vastlegt. Het voegt aan de wet een artikel 133bis toe. Wij kunnen ons nu afvragen wat artikel 133 in het verleden betekend heeft. U weet allen zeer goed dat dit artikel nooit werd toegepast. Het zou dus wel eens kunnen — *nomen est omen* — dat artikel 133bis dezelfde weg opgaat.

Toen in de regeringsverklaring ingeschreven werd dat de responsabilisering van de ziekenfondsen onder deze Regering moest doorgang vinden, was het natuurlijk voor een zo loyaal minister

als die wij voor ons hebben, een fataliteit om dit principe in wetteksten om te zetten. Ik moet hem dan ook mijn sympathie in de letterlijke betekenis van het woord toewensen. Het zal immers geen gemakkelijke klus zijn. Ik ga zelfs verder. In mijn opinie gaat het over een onmogelijke operatie, een intellectueel frustrerende operatie. Ik benader de tekst van het ontwerp dan ook met zeer grote scepsis en ik zal u uitleggen waarom.

De heer De Roo. — Veel hangt af van de politieke wil.

De heer Moens. — Ik zal u alles uitleggen, mijnheer De Roo, en ik zal het zelfs doen zonder te polemiseren. Ik zal zo redelijk mogelijk en zo kalm mogelijk zeggen wat ik daarover denk.

De bedoeling van de responsabilisering van de ziekenfondsen is de kosten te beheersen door de ziekenfondsen met hun inkomsten hun uitgaven te laten betalen. Dit is natuurlijk een vorm van responsabiliseren. Eigenlijk zijn er maar twee vormen. Het ziekenfonds kan uit een gemeenschappelijke pot zoveel geld als nodig halen om de door de wet bepaalde prestaties te betalen. Indien het ziekenfonds hierbij de wet niet toepast, niet de nodige controles uitvoert, prestaties betaalt die niet gewettigd zijn, dan moet het zelf voor de middelen zorgen. Dit is een zeer sterke vorm van responsabilisering. Deze vorm heeft de Regering niet gekozen. Zo werkt het systeem immers op het ogenblik en men wil dit systeem wijzigen.

Een tweede vorm van responsabilisering is dat de ziekenfondsen de inkomsten uit de bijdragen van hun leden krijgen en hiermee de uitgaven van hun leden moeten dekken. Dit is onrechtvaardig, want wij weten allen dat het financieel potentieel niet evenwaardig over de verschillende ziekenfondsen van het land is verspreid. Deze vorm zou zo'n onrecht teweegbrengen, dat niemand deze durft voor te stellen.

De heer Lenssens. — En de kleine risico's dan?

De heer Moens. — Daar heb ik het straks over. Ik heb wel gezegd dat ik beërkt zal zijn, maar ik zal toch alle belangrijke punten aanraken.

Artikel 81 zoekt een tussenoplossing tussen deze twee vormen. Het installeert een commissie die zal nagaan of er objectieve criteria zijn die het ledenbestand van de verschillende ziekenfondsen anders karakteriseren, waardoor sommige ziekenfondsen benadeeld worden, omdat zij in verhouding tot hun inkomsten meer uitgeven. Die benadeling wil men van bij de aanvang compenseren. Dat is de opdracht die artikel 81 aan de commissie geeft. Is dit een mogelijke of een onmogelijke taak?

Ik begin met een klein beetje geschiedenis. Degene die voor het eerst ernstig en met gezag over de responsabilisering van de ziekenfondsen heeft gesproken is de inspecteur van Financiën bij het RIZIV, de heer Closon. Hij heeft daaraan veel studiewerk gewijd en er veel over geschreven.

In één van zijn recente publikaties vat hij het heel mooi samen. Volgens hem moeten wij tot het volgende komen: wij zullen bijvoorbeeld berekenen wat een arbeider in de regio Antwerpen gemiddeld aan het regime van de ziekteverzekering kost. Daarna gaan we kijken hoeveel arbeiders er bij de respectieve ziekenfondsen aangesloten zijn. Aan de respectieve ziekenfondsen wordt dan per arbeider dat bepaald bedrag gegeven. Zo moet elk ziekenfonds toch in staat zijn om de gemiddelde kost van die arbeiders in de regio Antwerpen te betalen. Welk simplisme! Alsof een arbeider die 40 000 frank per maand verdient, die gemiddeld over dertig vierkante meter leefruimte beschikt en die in Borgerhout woont, vergelijkbaar is met een arbeider die 80 000 frank per maand verdient, die gemiddeld over honderd vierkante meter leefruimte beschikt en in Kalmthout woont. Een arbeider in Antwerpen is dus geen criterium. Men moet veel verder gaan, volgens mij *ad infinitum*.

Ik geef enkele voorbeelden van objectieve criteria. Weet de Senaat dat het grootste verschil dat in België ooit werd vastgesteld tussen groepen in verband met geneeskundige consumptie het verschil is tussen mannen en vrouwen? De groep vrouwen van 17 tot 65 jaar verbruikt gemiddeld 30 pct. meer geneeskundige verzorging dan de groep mannen van 17 tot 65 jaar. Niemand

durft echter te suggereren dat, overeenkomstig het principe van de responsabilisering de bijdragen van de mannen moet verschillen van die van de vrouwen. Neen, dat gaan we niet doen.

Een ander in het debat veel geciteerd voorbeeld is het verschil tussen het verbruik van geneeskundige zorgen door Walen en Vlamingen. De Walen zijn zo veel meer ziek dan de Vlamingen. Men zou bijna gaan denken dat de Walen graag ziek zijn. Mag ik dan dezelfde vraag stellen in verband met de mortaliteit? Is het de Senaat bekend dat bij de Walen de jongste dertig jaar de mortaliteit gemiddeld 20 pct. hoger ligt dan bij de Vlamingen? Moeten wij daaruit dan ook besluiten dat de Walen graag vroeger of liever sterven dan de Vlamingen?

Een derde voorbeeld dat hier ook veel wordt aangehaald betreft het verschil tussen de uitgaven van de christelijke en de socialistische mutualiteiten. De socialisten geven toch zoveel meer uit. Het grootste verschil tussen beide ziekenfondsen op het vlak van het negatief saldo van de uitgaven doet zich voor in de sector van de invaliditeit. Daar is de toestand inderdaad nog veel erger dan in de sector van de gezondheidszorgen, waarover men altijd spreekt. De inkomsten van de christelijke ziekenfondsen voor de invaliden bedragen 48,4 pct. van al de inkomsten van het regime en de uitgaven voor invaliden bedragen 36,3 pct. van alle uitgaven in de sector. Er is dus een overschot van 12 pct. Bij de socialistische mutualiteiten bedragen de inkomsten voor invaliden 26 pct. van de inkomsten, de uitgaven belopen 37,8 pct. Dat is een zeer groot verschil.

De socialisten zouden de verspillers van het regime zijn. Alleen wie weet hoe de invaliden worden aangewezen, begrijpt dat de mutualiteiten hiermede niets te maken hebben. Het is de geneeskundige raad van de invaliditeit van het RIZIV, het zijn de geneesheren van het RIZIV en niet die van de mutualiteiten, die bepalen of iemand al of niet invalide is. Ik spreek niet over primaire ziekten, maar over mensen die minstens een jaar arbeidsongeschikt zijn, dus die door het RIZIV zelf worden gecontroleerd. De mutualiteiten hebben op deze cijfers geen impact en toch ligt het grootste verschil in de uitgaven van beide mutualiteiten in deze sector.

Nu ga ik ook eens kijken of er bij de christelijke mutualiteiten uitgaven zijn die zwaarder uitvallen dan bij de socialistische. Iedereen weet dat er een grote correlatie bestaat tussen werkloosheid en ziekteverzuim. Bij berekeningen op ruime stalen voor alle mutualiteiten in Limburg kwam ik tot een correlatie van 0,8 pct. Dat is een verband met bijna dezelfde natuurkundige wetmatigheid als de zwaartekracht; een appel die je loslaat, die valt. Werklozen zijn in het algemeen gesproken meer ziek dan actieven.

Als ik de cijfers van het ziekteverzuim van ongeschoolde arbeiders bekijk, dan stel ik vast dat die veel hoger liggen bij de socialistische dan bij de christelijke ziekenfondsen. Het ziekteverzuim van de vrouwelijke bedienden ligt evenwel hoger bij de christelijke mutualiteiten. Waarom?

Bij de ongeschoolde arbeiders is er toevallig veel werkloosheid, dus zijn ze veelvuldig ziek, vooral bij de socialistische mutualiteit waar ze veelal aangesloten zijn. De vrouwelijke bedienden zijn dan weer meest bij de christelijke mutualiteit aangesloten, ook zijn er bij de christelijke mutualiteiten in die sector meer dan een evenredig aantal. Hier zijn het dan wel de medische adviseurs die beslissen, toch denken wij er niet aan de christelijke mutualiteit van fraude te verdenken. De medische adviseurs doen hun werk goed want ze beoordelen het ziekteverzuim in functie van het ziektebeeld dat zij voor zich zien.

Van mijn kant is er dus geen intentieproces. Een bewijs temeer hiervoor is het verschrikkelijk grote verschil tussen uitgaven en inkomsten in de categorie van de religieuzen. Men kan er de socialistische mutualiteit toch moeilijk van verdenken de religieuzen te verzekeren. Deze groep levert een gemiddelde bijdrage van 5 000 frank en verbruikt gemiddeld 100 000 frank per jaar. Deze informatie is voor iedereen bereikbaar. Zij worden immers afzonderlijk behandeld in de ziekteverzekering en uit de cijfers blijkt dus een tekort van 95 000 frank per kop.

Heb je ooit een socialist voor responsabilisering van de zieke religieuzen horen pleiten? Waarom zouden de religieuzen niet mee uit de globale pot mogen genieten? Wij vragen ons niet eens af

waarom ze zoveel ziek zijn en waarom ze zo weinig bijdragen betalen. Als we dat zouden doen zouden we ons bezondigen aan politieke vooringenomenheid.

Ik wil nog een stapje verder gaan. Zoals u weet, hebben de christelijke mutualiteiten grote moeilijkheden in de sector van de kleine risico's der zelfstandigen. Maken de socialistische mutualiteiten zich daarom vrolijk over moeilijkheden waarvan ze zelf gespaard blijven? Neen, zij stellen voor de kleine risico's op te nemen in de verplichte solidariteit, in de grote pot. Voor zulke solidariteit pleiten de socialisten.

De heer De Roo. — Mijnheer Moens, u maakt er toch wel een karikatuur van!

De heer Moens. — Mijnheer De Roo, ik zeg wat ik denk.

De heer De Roo. — Ook wij kunnen voorbeelden geven.

De heer Moens. — Kom die straks maar geven, collega. U bent overigens al aan het woord geweest. Het staat u vrij alle voorbeelden te geven die u maar wilt, maar bovenal verkies ik dat u de mijne weerlegt, dat u aantoonst dat mijn cijfers niet juist zijn. Als ze juist zijn is tenminste dat stukje van de redenering die ik hier ontwikkel, waar.

Waarom is de responsabilisering van de ziekenfondsen zo'n onmogelijke opdracht? Waarom verschillen ziekenfondsen dermate van verzekeringsmaatschappijen? Verzekeringsmaatschappijen spreiden het risico over een zeer groot aantal verzekerden toevallig gekozen uit de bevolking; daarom neemt het risico voor de maatschappij af. Dat is de wet van de grote getallen. Een verzekeringsmaatschappij werkt met een staal dat representatief is voor het geheel van de bevolking. De ziekenfondsen recruter hun leden op een totaal andere basis, namelijk na preselectie.

Bij de keuze van de mensen voor een ziekenfonds spelen sociaal-culturele factoren een grote rol. Het is bovendien algemeen bekend dat sociale clusters, omgekeerd aan de wet van de grote getallen die de risico's spreidt, de nadelen cumulatief opstapelen en een omgekeerd Mattheus-effect veroorzaken. Iemand die ongeschoold is, verdient weinig en wie weinig verdient woont ook slecht en doet weinig aan preventie zodat hij sneller ziek wordt en meer onkosten veroorzaakt enzovoort. Het is een oneindige cumulatieve reeks. Jammer genoeg komen bepaalde clusters bij eenzelfde mutualiteit terecht. Daarom is het niet doenbaar om deze oneindige reeks van alle objectiveerbare verschillen tot in het oneindige te compenseren. Verschillen zullen dus altijd blijven bestaan en daarom biedt alleen solidariteit de oplossing.

Vanuit die basis van de solidariteit moet er uiteraard controle gebeuren, die bij vastgestelde fouten de uitgaven effectief ten laste van de ziekenfondsen moet leggen. Vanuit mijn ruime ervaring in die sector kan ik iedereen verzekeren dat die controles bestaan en zeer streng zijn.

Deze week nog heeft het RIZIV twee omzendbrieven aan de mutualiteiten laten bezorgen. De eerste verplicht de ziekenfondsen om bij elke ziekenhuisopname per dokter, per specialist die aan het bed komt, per patiënt, per instelling en per ziektebeeld alle mogelijke gegevens te verzamelen. Dat wordt dus een ongelooflijk computerbestand waardoor zelfs het kleinste verschil kan worden opgespoord. Van elk verschil zal men kunnen nagaan of het kan worden gerechtvaardigd. Die controles schrikken ons helemaal niet af en het socialistisch ziekenfonds zal ze correct uitvoeren.

Deze week zijn ook de nieuwe richtlijnen voor de medische adviseurs in de bus gevallen. Deze zijn streng, zo streng dat ze tegen de borst stoten. Het gaat hier over de medische adviseurs van de mutualiteiten die aan de patiënten een toelating moeten geven voor de terugbetaling van een rolstoel voor bepaalde medicamenten enzovoort. De richtlijnen geven aan welk percentage van patiënten de adviseur lichamelijk moet onderzoeken en het RIZIV gebruikt daarbij voortdurend die zo schandelijke term van « verdachte gevallen », precies alsof elke zieke in ons land er alleen maar op uit is om van de sociale zekerheid te profiteren, alsof alle zieken profiteurs zijn.

Er bestaan dus wel degelijk controles: de administratieve controle van het RIZIV, de geneeskundige controle, de controlecommissie die wij pas hebben opgericht, de geneeskundige raad voor de invaliditeit, de revisoren van het ziekenfonds, de boekhoudkundige controle van het RIZIV, het Rekenhof enzovoort. In een doorsnee ziekenfonds in een Belgische provincie stad zijn er elke dag zeker twee controleurs in het gebouw. Voortdurend zijn er dus externe controleurs aanwezig, die alle mogelijke stukken kunnen opvragen en allerlei controles uitvoeren. Als zij dan nog geen objectieerbare verschillen vaststellen, wanneer zal men er dan wel vinden?

Ik kom nu tot mijn besluit. Indien men exhaustief de oneindige lijst van objectieerbare verschillen zou compenseren, dan komt men uiteindelijk toch weer terecht bij die ene solidaire pot en dan is al dat onderzoek naar die verschillen nutteloos werk. In het andere geval compenseert men een aantal objectieerbare verschillen, maar niet allemaal, want dan komt men in het eerste geval. Men zou de keuze kunnen maken om één of twee pct. verschil te laten voortbestaan. Zelfs in dat geval gaat het bijvoorbeeld voor een socialistisch ziekenfonds, dat een omzet heeft van 150 miljard, al snel om 2 of 3 miljard. Dat kan dus onmogelijk door een verhoging van de bijdragen van de leden worden bijgepast. Het zou dus tergend zijn als men toch zou besluiten niet alle verschillen te compenseren.

Bovendien, zelfs als men wel sluitende criteria zou vinden om alle verschillen weg te werken, hoe moeten de ziekenfondsen dan reageren op onverwachte wijzigingen? Wat als er in Antwerpen een epidemie uitbreekt of als er in een regio in Wallonië plots een economische teruggang optreedt met een sterke toename van de werkloosheid en ziektekosten? Moeten de ziekenfondsen dan een beroep doen op een extra fonds om hun tekort bij te passen? Zal men dan de criteria toch moeten herzien of zullen de ziekenfondsen verplicht worden om zelf op te draaien voor de pech die hen treft? Een andere pertinente vraag: hoe zal het christelijk ziekenfonds reageren als na een jaar blijkt dat door overcompensatie het socialistisch ziekenfonds een overschot kent? Zal het ene fonds dan aan het andere toestaan dit overschot te gebruiken om reserves op te bouwen? Ik vrees ten eerste dat wij pas dan een echte atoombom zullen zien verschijnen die het hele systeem bedreigt.

Ik kan mij niet voorstellen dat wij in een tijdsspanne van één jaar, zelfs niet in tien jaar, tot sluitende criteria kunnen komen die echt objectief en objectiebaar zijn.

Degenen die deze idee hebben gelanceerd, hebben een mythe uitgedacht over een zogezegd rechtvaardige oplossing voor het probleem van de verschillen tussen Wallonië en Vlaanderen, tussen christenen en socialistenzovoort. Misschien wilden zij met deze mythe hun ware bedoelingen verbergen, zoals met mythes zo vaak gebeurt. Zij moeten echter wel bedenken dat zij de doos van Pandora hebben geopend en dat niemand op dit ogenblik kan voorspellen wat er uit de doos zal komen.

Mijnheer de minister, als nieuwjaarswens spreek ik de hoop uit dat u een techniek vindt om die doos weer te sluiten. *(Applaus.)*

REGELING VAN DE WERKZAAMHEDEN

ORDRE DES TRAVAUX

De Voorzitter. — Dames en heren, een overzicht van de lijst van de ingeschreven sprekers laat mij toe een voorspelling te doen in verband met het gevolg van onze werkzaamheden.

Het zal niet nodig zijn een avondvergadering te houden. Indien iedereen een beetje goede wil toont en poogt beknopt te zijn bij de verdere bespreking, bij het antwoord van de minister en bij de bespreking van de artikelen, kunnen wij de vergadering tussen 19 uur en 20 uur beëindigen.

La séance de ce soir sera supprimée. En effet, nous pouvons envisager de terminer nos travaux aujourd'hui, vers 20 heures, examen des articles inclus.

Le Sénat est-il d'accord sur cette modification de notre ordre du jour?

Is de Senaat het hiermee eens? *(Instemming.)*

REPRISE DE LA DISCUSSION

HERVATTING VAN DE BERAADSLAGING

M. le Président. — Nous reprenons la discussion en cours. Wij hervatten de aan de gang zijnde bespreking.

La parole est à M. Snappe.

M. Snappe. — Monsieur le Président, les exemples quelque peu pittoresques donnés par M. Moens, il y a quelques minutes, ainsi que par d'autres collègues auparavant, sont certes intéressants pour le débat. En commission, Mme Nélis et moi-même avions rappelé, avec les collègues d'Agalev, que, n'étant porteurs ni des mutuelles ni des organisations de médecins, nous avions davantage de liberté pour intervenir avec un autre recul dans le débat, ce qui me paraît tout aussi important.

« Toute société limite les moyens financiers qu'elle peut mettre à la disposition de la politique de la santé; la santé à un prix et la société détermine ce prix. » Cette phrase capitale, monsieur le ministre, je la reprends du préambule de votre intervention, à la fin de la première discussion générale que nous avons eue en commission sur ce projet. Elle clôturerait en quelque sorte une discussion générale riche et constructive de la commission sur tout ce qui entoure le présent projet: la politique générale de santé dans ce pays, sa philosophie, ses objectifs, son organisation, son coût, ses limites et aussi ses impasses.

Ma collègue Denise Nélis s'est attachée à analyser plus en détail les dispositions du projet. J'en resterai pour ma part au débat de fond sur la politique de santé dans laquelle aurait dû s'intégrer ce projet.

M. Seeuws, vice-président, prend la présidence de l'assemblée

Comme l'a bien montré le débat en commission — de nombreux commissaires sont intervenus dans ce sens — la politique de santé n'est pas qu'un problème budgétaire. Et si, aujourd'hui, la question budgétaire nous interpelle avec acuité, elle ne pourra trouver de réponse satisfaisante à terme que si elle est resituée dans les questions de société, culturelles, politiques et sociales que pose aujourd'hui la politique de santé. Dans les questions éthiques aussi, que pose, de la naissance à la mort, le développement de la science.

Les objectifs d'une politique de santé sont-ils encore si clairs aujourd'hui? Tant que la santé « n'avait pas de prix », les objectifs pouvaient sans doute apparaître de façon simple et concertée pour tous les acteurs concernés.

Une médecine accessible à tous satisfaisait les intérêts des patients et des médecins. Chacun y a trouvé largement son compte, le financement collectif ayant favorisé tant l'espérance de vie de la population que l'explosion des professions médicales et le niveau de revenus de certains de ses membres.

Le rôle de l'Etat a pu longtemps se limiter à un simple accompagnement financier des cotisations nécessaires au système. La qualité étant synonyme de quantité et de proximité des infrastructures, il suffisait à l'Etat de veiller à ce que l'approvisionnement suive régulièrement pour que les robinets financiers restent ouverts. Même si, de temps en temps, il a fallu réguler le débit de certaines canalisations et colmater l'une ou l'autre fuite trop importante, le système a pu fonctionner sans autres grandes questions jusqu'au jour où l'Etat a diminué de façon conséquente sa quote-part.

Ce matin, M. De Roo établissait un parallèle entre la situation qui a abouti à la loi Leburton et la réforme proposée aujourd'hui. Il analysait ces deux réformes comme une réponse adaptée à un problème semblable: la distorsion entre recettes et dépenses dans le financement de l'assurance soins de santé. Je ne partage son avis que très partiellement car, à mes yeux, une donnée essentielle semble aujourd'hui modifiée. Si je suis votre raisonnement, monsieur le ministre, dans l'extrait du rapport évoqué au début de mon intervention, aujourd'hui, la santé semble avoir trouvé son prix. Non pas par un calcul économique des besoins qui auraient été entièrement définis, quantifiés et évalués mais parce que les sour-

ces de financement ont atteint le maximum de ce que certains groupes de la société et le Gouvernement en tout cas estiment aujourd'hui raisonnable d'y consacrer.

En raison de la limite financière, des priorités doivent être établies. Quels choix sont indispensables pour l'avenir? A quelles priorités devront être consacrés les budgets? Qui décidera de ce qui doit être maintenu ou mis en œuvre? Qui contrôlera ces décisions? Ces questions, pour la plupart presque neuves, sont aujourd'hui posées à la société. Le Gouvernement, les partenaires sociaux et les prestataires de soins y sont confrontés. Et c'est parce que le Parlement a sans doute bien conscience de ces enjeux que nous pouvons trouver un peu courte la réponse du ministre lorsqu'il prétend que le projet « n'a pas l'ambition de bouleverser le système actuel; il ne réforme pas la philosophie même de ce système, il n'a même pas pour ambition de résoudre directement les problèmes budgétaires ». C'est aussi la raison pour laquelle nous avons regretté, comme d'autres, qu'un travail de fond préalable sur la politique globale de santé n'ait pu être réalisé.

Si, comme vous le dites également, monsieur le ministre, le projet vise à redistribuer les responsabilités et si le Conseil général de l'assurance des soins de santé, dans sa nouvelle composition, « doit ouvrir une grande discussion sur la politique de santé que l'on peut mener avec les moyens disponibles », votre intention est bien de mettre en place un outil capable d'aborder ces questions. Un débat de fond nous permettrait sans doute de vous suivre, en partie du moins, dans vos intentions.

Une réforme de structure d'une institution qui ne maîtrise plus le sens de son action serait tout à fait inutile. Je ne crois pas que vous soyez homme à faire œuvre inutile.

Votre réforme vise donc, à terme, des changements en profondeur dans l'élaboration d'une politique de santé. Ces changements, indispensables, nécessitent, au sein de cette assemblée, un débat sérieux qui doit commencer sans tarder.

En filigrane de ce projet, il est possible de déceler, ou d'accroître, voire d'introduire, certaines options qui, pour les écologistes, doivent devenir des priorités dans une politique globale de santé. C'est donc déjà avec l'avenir, avec les suites de votre projet, que je voudrais poursuivre cette intervention.

Vous avez encore déclaré, en commission, que: « L'on pourrait se demander si les soins de santé sont organisés pour reculer les limites de la mort ou pour augmenter le bonheur de l'individu. Dans la mesure où l'on ne rejette pas le deuxième objectif, différentes approches sont possibles. »

Nous pouvons certainement, monsieur le ministre, faire un bout de chemin ensemble sur ce deuxième objectif. La qualité des soins de santé peut alors prendre une nouvelle signification.

Une des premières priorités devient alors, pour nous, la responsabilisation des patients. J'entends par là non pas la responsabilisation financière — sur ce point, suffisamment de personnes ont des idées — mais bien une responsabilisation qui soit une maîtrise, par la personne, de sa propre santé. Ne voit-on pas aujourd'hui quantité de gens malades de la médecine? Cette responsabilisation devra passer par une meilleure éducation à la santé et par une redéfinition de l'éthique médicale: rendre les personnes moins dépendantes de leur médecin me semble en effet relever d'un objectif qui vise au bonheur de l'individu.

Déjà aujourd'hui, des prestataires de soins sont engagés dans cette démarche. Je pense notamment aux associations intégrées de santé, qu'on connaît mieux sous l'appellation de maisons médicales, mais aussi aux médecines dites douces, aux soins intégrés à domicile, aux soins palliatifs, etc. Ces dispositifs peuvent dès aujourd'hui être reconnus ou renforcés, avec de surcroît un impact budgétaire positif quasi immédiat pour certains d'entre eux.

La prévention doit être une autre priorité. Contrairement à l'adage sur le prix de la santé, celui qui affirme qu'il vaut mieux prévenir que guérir est loin d'être démenti. L'essentiel de la prévention passe aussi par l'éducation. Et comme certains des aspects que j'ai soulevés précédemment, cette priorité relève essentiel-

lement de compétences communautaires. Mais il est bien évident que c'est le niveau fédéral qui, assumant la responsabilité financière de la sécurité sociale, est, après le patient, le premier intéressé à la qualité et à l'efficacité des programmes de prévention.

Dans la nouvelle structure institutionnelle du pays, encore et toujours en chantier, il y a ici un défi de cohérence à relever dont seul le Gouvernement fédéral peut être l'instigateur. D'aucuns voudraient y apporter la réponse facile de la séparation complète des compétences. Il me semble donc urgent que ceux pour qui un système de solidarité sociale a encore un sens apportent d'autres réponses concrètes et efficaces à cette nécessaire cohérence.

La troisième priorité que je voudrais relever rejoint certainement les préoccupations du Gouvernement. Mais nous voudrions la voir renforcée plus clairement encore. La qualité des soins de santé n'est plus aujourd'hui une question de quantité ni une question de techniques sophistiquées à mettre en œuvre ou à rentabiliser.

A ce sujet, nous avons vu avec satisfaction l'adoption d'un amendement de la majorité concernant le conseil scientifique. Tant les limites budgétaires que l'objectif qualitatif qui vise à rendre l'individu plus heureux plaident pour une priorité à la médecine de première ligne. Et s'il faut par ailleurs dénoncer la surconsommation médicale, seul le médecin généraliste nous semble à même de rencontrer un phénomène de sous-consommation encore trop présent pour certaines catégories de personnes.

C'est bien dans cet esprit que nous avons inclus, dans l'un de nos amendements, une disposition qui vise à assurer une représentation des médecins généralistes au sein du conseil général.

En terminant, je rappellerai, succinctement, bien qu'elles mériteraient de plus longs développements, quelques questions importantes ouvertes dans les débats sur ce projet.

Nous ne pourrions éviter, pour le moyen et long terme, de repenser la question du financement de la sécurité sociale, et de l'assurance soins de santé en particulier. Sans nier les acquis du passé, il importe aujourd'hui d'en voir les limites et d'oser imaginer de nouvelles réponses.

A court terme, il est indispensable, pour sauvegarder la philosophie de notre système de solidarité sociale, de mettre un terme aux abus de prescriptions. L'organisation et la responsabilité des commissions de profils prévues dans le projet restent beaucoup trop floues à cet égard. Nous attendons du Gouvernement qu'il en précise la portée. Même les timides mesures prises dans le passé pour tenter de freiner ces abus ne sont pas exploitées comme elles le devraient. La souche détachable de l'attestation de soins est trop souvent... détachée avant d'arriver chez le patient. C'est la raison pour laquelle un de nos amendements tend à l'inscription non détachable du prix payé par le malade chez son médecin. Cette simple mesure serait à même de freiner quelque peu l'ardeur de certains prestataires et de rendre un minimum de confiance dans le système.

Les problèmes liés à la gestion des hôpitaux, au surnombre de certaines catégories de prestataires de soins, aux soins à apporter aux personnes âgées sont des questions également soulevées avec insistance dans nos travaux. Pour certaines d'entre elles, le Gouvernement a promis des réponses prochaines. Nous les attendons avec intérêt.

Vous avez avec ce projet, monsieur le ministre, mis en place des structures que vous souhaitez plus performantes. Elles préparent, nous l'espérons, d'autres orientations sur les questions de société que sous-tend, aujourd'hui, l'organisation des soins de santé. Sachez que nous voudrions débattre de ces orientations. (Applaudissements.)

De Voorzitter. — Het woord is aan mevrouw Van Cleuvenbergen.

Mevrouw Van Cleuvenbergen. — Mijnheer de Voorzitter, zowel door de beangstigende situatie op internationaal vlak als door de gebeurtenissen in onze omgeving voelt een toenemend

aantal mensen zich bang en onzeker. De wensen die we mekaar in deze nieuwjaarsmaand toezenden hebben te maken met geluk, vrede en gezondheid. Het belang van een goede gezondheid beseffen we maar als we geconfronteerd worden met problemen die ons lichamelijk functioneren beïnvloeden. Een goede gezondheid toewensen heeft te maken met zekerheid toewensen, kracht om onverwachte gebeurtenissen toch nog aan te kunnen, er bovenuit te stijgen. Zekerheid is iets waar mensen naar snakken.

Alle dagen hoort de man in de straat over ons mank lopend gezondheidsbeleid. Ofwel leest hij dat de artsen verschillende tarieven toepassen en dat de tandarts duurder wordt, of hoort hij over een nieuwe witte woede. Daarbij is er nog de hervorming van de ziekteverzekering. Dat deze hervorming door hem dan ook met angst bekeken wordt is logisch, want alle zekerheden i.v.m. de gezondheidszorg lijken op de helling te staan. Toch verandert deze nieuwe wet op de ziekteverzekering niet veel voor de gewone patiënt, althans nu niet. Het gaat immers om een kaderwet, die door een praktische uitwerking hopelijk over een à twee jaar gevolgen heeft.

Wat verandert er na de goedkeuring in Senaat en Kamer voor de gewone cliënt? In de eerste plaats zal het geen verschil meer uitmaken in welke regio hij woont en bij welk ziekenfonds hij is aangesloten: gelijke omstandigheden geven gelijke rechten. Dat is althans de bedoeling.

Dit geldt ook voor Limburg.

De demagogische toer opgaan is mijn stijl niet, maar in Limburg kunnen personen die bij een bepaald ziekenfonds geen invaliditeitsvergoeding bekomen zich wenden tot een ander ziekenfonds waar ze dat wel gedaan krijgen. Meer zeg ik hierover niet. Het overleg dat in deze wet wordt vooropgesteld zal trouwens niet in deze stijl kunnen worden gehouden. Ik kom echter terug op de verschillen voor de gewone cliënten.

De gedeeltelijke conventionering van de zorgenverstrekkers, nu soms een valstrik voor de onoplettende patiënt, wordt gewijzigd in het voordeel van de cliënt. De arts moet duidelijk meedelen aan de bevoegde instanties waar en wanneer hij niet aan het vastgelegde honorarium werkt en ook de patiënt moet dit op voorhand weten.

Betwistingen over plichten en rechten tussen zorgenverstrekker en patiënt moesten tot nu toe binnen de maand ingeleid worden bij de arbeidsrechtbank. In artikel 34ter, paragraaf 4, van de nieuwe wet is bepaald dat deze termijn verlengd wordt tot twee jaar na de feiten. Twee jaar is immers de tijd die de betrokkene heeft om aan zijn ziekenfonds terugbetaling van de gezondheidszorgen te vragen. Bij deze terugbetaling wordt de tariefoverschrijding meestal vastgesteld. Het overhandigen van een getuigenschrift van de zorgenverstrekker moet volgens bepaalde modaliteiten en binnen een bepaalde termijn gebeuren. Dit is een verstrakking van de bestaande reglementering.

Er zijn nog enkele kleine, eerder technische wijzigingen die meestal te maken hebben met een betere afstemming van de ziektewetgeving op hoofdzakelijk de arbeidswetgeving. Zo wordt bijvoorbeeld de begindag van de nabevallingsrust eenvoudiger omschreven, wat voor de meeste mensen weinig of geen gevolgen zal hebben. In deze wet wordt het bestaande solidariteitsfonds behouden. Een individuele regeling voor onvoorziene gevallen wordt mogelijk. De modaliteiten hiervoor worden aangepast aan de nieuwe wet.

Dat de bestaande nomenclatuur in verband met geneeskundige verstrekkingen slechts bij wet kan worden veranderd, geeft meer waarborgen voor continuïteit en zekerheid, zowel voor de patiënt als voor de zorgenverstrekker.

Concreet verandert deze wet dus echt niet veel voor de patiënt. Wel wordt het kader getekend waarbinnen alle verzorging en tegemoetkomingen in de toekomst worden vastgelegd.

Er is wel duidelijk geopteerd voor een overlegmodel, als basis voor het inspelen op huidige en toekomstige evoluties. Allicht wordt dit overleg waarbij zoveel mensen en instellingen betrokken zijn, problematisch. De omschrijving van het begrip «zorgenverstrekker» in artikel 3 bewijst dit al. De soms tegengestelde belangen zullen de gemeenschappelijke doelstelling om te zorgen voor een degelijke en betaalbare gezondheidszorg voor

iedereen wel eens naar de achtergrond duwen. Daarom is het van het grootste belang dat de deelnemers aan alle commissies en raden positief gemotiveerd zijn voor hun opdracht en als tussenpersoon optreden voor de achterban die zij vertegenwoordigen.

De omschrijving voor de term «paramedisch medewerker», volgens artikel 3 van de wet van 1963 en nu lichtjes aangepast in deze wet, is hier wel bruikbaar, maar geeft niet de werkelijkheid weer. Verpleegkundigen zijn géén paramedici, verstrekkers van implantaten zijn niet te vergelijken met kinesitherapeuten of diëtisten, andere paramedici zoals ergotherapeuten en geïnduceerden in het medisch secretariaat en nog anderen voelen zich duidelijk miskend. Uniformiteit en consequentie in het hanteren van beschermde titels en beroepsomschrijvingen in alle wetteksten zijn noodzakelijk.

Niet alleen de verscheidenheid van de betrokkenen is een bemoeilijkende factor, ook het onderhandelen op de verschillende niveaus is bezwarend. Wat in de huidige wet blijkbaar moeilijk verloopt, zal met structuurveranderingen alleen niet beter verlopen. Denken we maar aan de huidige onderhandelingen met de thuisverpleegkundigen. In de overeenkomstencommissie «thuisverzorging» van het RIZIV — dit systeem blijft ook met de nieuwe wet ongeveer hetzelfde — probeert men sinds begin november tarieven vast te leggen voor verscheidene prestaties in de thuisverpleging voor de volgende twee jaar. Daarbij was in het sociaal akkoord van de zomer 1991 een loonsverhoging van 3 pct. opgenomen. De 700 miljoen extra hiervoor nodig werden in het budget van 1993 echter niet ingeschreven!

Dat de verpleging in de thuiszorg een rechtmatige loonsverhoging niet kan krijgen steekt schril af tegen de voorstellen aan de huisartsen gedaan. Wie ervan overtuigd was dat de bevoordeling van de huisartsen zou leiden tot het bevorderen van de thuiszorg, merkt nu dat het beleid niet logisch wordt doorgetrokken tot de ganse thuisgezondheidszorg. Nochtans biedt de eerstelijnsgezondheidszorg — en de «nuldlijn» — kortom een duidelijke echelonering, kansen aan de ziekteverzekering. Eerstelijnsgezondheidszorg is effectief: dicht bij de mensen, bereikbaar voor alle patiënten, gezondheidsbevorderend in de meest brede zin van het woord en betaalbaar. De resultaten van alle mogelijke studies bevestigen dit.

Mag ik nog enkele fundamentele bekommernissen van de leden van de commissie verwoorden? Preventie leek ons een essentieel middel om én aan een gezondheidsbeleid te werken én het budget te beperken. In de algemene bespreking kwam dit geregeld terug. Verder botsten we op verschillen in opleiding en een blijkbaar cultureel bepaald omgaan met gezondheidszorgen. Al deze elementen behoren tot de zogenaamde «persoonsgebonden materies» en vallen dus buiten deze wet, maar hebben er wel een grote weerslag op. Is dit geen bijkomende, reële handicap voor een gezondheidsbeleid?

Misschien lukt het beter met de nieuwe structuur, maar als de conflicten met alle mogelijke zorgenverstrekkers zich blijven opstapelen, dreigt ook dit overlegmodel dode letter te blijven. De meeste betrokkenen uit de sector willen positief meewerken. Zij vragen dan ook om uitvoering van alle bestaande controlemechanismen en vragen van de overheid hiertoe open en eerlijke informatie. Is het dan toch het moment om duidelijke opties voor onze gezondheidszorg te nemen? Zorgenverstrekkers, cliënten maar ook wij vragen om zekerheid over onze gezondheid. Deze wet moet dus een kans krijgen om dit op korte tijd te bieden. (Applaus.)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Dierickx.

De heer Dierickx. — Mijnheer de Voorzitter, wij hebben in de commissie een ongewoon gecompliceerd wetsontwerp besproken, maar in ons land — daar kunnen wij trots op zijn — deïnen wij voor geen enkele bijkomende complicatie terug.

Sinds 1982 ging bijzondere aandacht van de groene fractie naar het domein van de medische zorgen en de ziekteverzekering. Agalev vroeg meer doorzichtigheid, meer participatie — niet alleen van geneesheren —, minder productivisme, depolitiseren, decommercialisering, ontvlechting van de belangenverstrengeling, het vermijden van overconsumptie en van grote inkomensverschillen tussen de artsen.

Hoop werd gebouwd op het wetsontwerp betreffende het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuis-geneesheren, oorspronkelijk het wetsontwerp-Dehaene. Dit wetsontwerp werd eerst ingediend en goedgekeurd in de Senaat, daarna echter niet besproken in de Kamer, maar wel omgevormd tot het volmachtbesluit nummer 407 van 18 april 1986. Het regelde de participatie van de geneesheren in het beheer van de ziekenhuizen door de oprichting van medische raden en streefde naar doorzichtigheid en sociale ziekenhuispolitiek door middel van centrale inning van alle honoraria door het ziekenhuis zelf of door een VZW op te richten door de artsen. Het statuut van de ziekenhuisgeneesheer zelf werd in dit besluit eigenlijk niet geregeld. Wat heeft deze wet opgebracht? Werd een onderzoek ingesteld naar de bekomen resultaten? Wat is er veranderd, wat is er verbeterd?

Vervolgens stelden wij hoop in de wet-Busquin op de ziekenfondsen van 6 augustus 1990, waarin de controle op de verzekeringsinstellingen werd verscherpt, maar waarin ook de bevoegdheidsgebieden van de ziekenfondsen op een wettelijke manier werden uitgebreid, onder andere in de artikelen 2 en 3. Daardoor werd niet alleen de zorg voor het fysisch en psychisch, maar ook het sociaal welzijn van de leden aan de ziekenfondsen toevertrouwd. Wat heeft deze wet veranderd? Kwam er depolitisering, minder belangenvermenging, minder machtsconcentratie, meer democratie? Werd het besluitvormingssysteem in het RIZIV gedemocratiseerd door het houden van verkiezingen in bepaalde landsbonden? Zijn er meer of minder mogelijkheden om de actieterrain uit te breiden buiten de ziekte- en invaliditeitsverzekering? Werd bijgedragen tot het beter vervullen van de opdrachten van de ziekenfondsen?

Ik heb daarstraks met aandacht geluisterd naar de uiteenzetting van de heer Moens. Niettegenstaande mijn kritiek op wat soms de « concerns » beheerd door de landsbonden wordt genoemd, moet ik toegeven dat de landsbonden bunkers zijn van solidariteit en van taalgrensoverschrijdende solidariteit. Dit werd heel duidelijk door de heer Moens beklemtoond en daarom heb ik voor hem geapplaudisseerd.

Hoop werd jarenlang gevestigd op alle mogelijke bezuinigingsmaatregelen, vooral in de sector van de klinische biologie, sinds 1974. De fysische aanwezigheid van de bioloog in het laboratorium werd vermeld in en opgelegd door de nomenclatuur. Bovendien was er de reductie van de honoraria, de beslissing dat de laboratoria alleen in aanmerking konden komen voor terugbetaling als ze vooraf waren erkend. Vervolgens was er de programmatie van de laboratoria. In 1980 moest op de administratieve documenten ook de naam van de voorschrijver worden vermeld. Tussen 1979 en 1981 begon men te werken met profielen, niet alleen van de verstrekkers maar ook van de voorschrijvers. Toen werden de fameuze profielencommissies opgericht. Vanaf 1984 werd gewerkt met het systeem van de enveloppes, vervolgens met enveloppes vastgelegd door de wetgever. Hieruit volgde de techniek die ook nu nog veel zorgen baart en bestaat in de recuperatie bij laboratoria die op een bepaalde manier hun omzet te snel laten groeien of waarvan het marktaandeel toeneemt. Vanaf april 1986 werd gewerkt met nieuwe remgelden ten laste van de rechthebbenden.

Dit alles heeft niet veel opgeleverd behalve in de periode 1979-1980 als gevolg van de tariefvermindering met 5 pct. op alle honoraria.

Ik zal de maatregelen die na 1988 werden ingevoerd niet opsommen, maar nu wordt, ook door mij, hoop gevestigd op artikel 51 van de wet die wij nu bespreken waarin sancties worden ingeschreven voor de voorschrijver die « het gemiddelde inzake klinische biologie per specialisatie, per contact, per voorschrift en het gemiddeld aantal voorschriften per contact, overschrijdt ».

De sancties worden niet opgelegd door de Orde van Geneesheren, maar door het RIZIV. Beroep kan worden aangetekend bij een instantie die moet worden opgericht zoals omschreven in artikel 51, paragraaf 3, waarin magistraten een belangrijke rol spelen. Het beroep bij deze instantie heeft geen opschortend karakter in tegenstelling tot het akkoord gesloten tussen de ziekenfondsen en de artsensyndicaten. Dit wekt wrevel in de kringen van de geneesheren. De sanctie bestaat in de vermindering van honoraria voor bezoeken en raadplegingen en in het niet-aanrekenen noch

bij de gerechtigde, noch bij het ziekenfonds van het forfaitair gedeelte van het honorarium per voorschrift voor ambulante patiënten.

Dit is een heel complexe en nieuwe maatregel. Laten we hopen dat hij vruchten afwerpt, maar ook hiervan zijn we niet zeker. In de kringen die met het probleem vertrouwd zijn, wordt nu al gevraagd wat er zal gebeuren als de hoogste deciel zal zijn afgeroomd en uitgeschakeld. Begint men dan aan de volgende? Wat gebeurt er als de geneesheren met een kleiner voorschrijfniveau begrepen hebben dat zij dit mogen opdrijven om het goede gemiddelde te bereiken?

Mijnheer de minister, u staat voor een heel moeilijk probleem en wij delen uw zorgen. Wij moeten erover nadenken of wij kunnen doorgaan met betaling per prestatie, al is het per opname of per voorschrift, van geneesheren die werken in wat ik noem industrialiseerbare diensten, namelijk medische en vooral medisch-technische diensten waarvan de produktie kan worden opgedreven door de aanwerving van paramedici of ander personeel en door de aankoop van de meest moderne machines. Wij moeten nagaan of aan deze geneesheren geen wedde, al is het dan een aanzienlijke, moet worden betaald.

Wij mogen ons in ieder geval niet laten afschrikken door sommige leiders van dokterssyndicaten die beweren dat een geneesheer geen goed geneesheer kan zijn wanneer hij een wedde ontvangt. Daarop antwoord ik: kan een verpleegkundige geen goede verpleegkundige zijn omdat hij niets anders dan een wedde krijgt? Deze discussie moeten wij durven aangaan.

Het hoofdprobleem is niet dat de medische sector veel geld kost, maar wel dat er zich in deze sector schromelijke ongelijkheden voordoen, ook tussen geneesheren, en dat er incentives zijn ingebouwd die aanzetten tot overproduktie en tot het produceren van inkomsten, die van hun bestemming worden afgeleid. De rapporteur herhaalde vandaag wat ik in de commissie heb gezegd: dokters moeten heiligen of helden zijn om niet van het systeem te profiteren.

Nu wordt ook hoop gebouwd op de herstructurering en op de idee van de responsabilisering.

Gaat de herstructurering van de adviserende al dan niet paritair samengestelde organen van het RIZIV het besluitvormingsproces democratiseren en de bestaande machtsverhoudingen tussen de partners en geledingen wijzigen?

Zoals voorheen zullen zeer belangrijke beslissingen die alle Belgen als gerechtigden, zieken en invaliden ondergaan, op dezelfde wijze worden genomen. De akkoorden gesloten tussen de sociale partners, de ziekenfondsen en de zorgenverstrekkers, waarvan de vertegenwoordigers benoemd worden door de Koning, zullen door de Regering moeten worden aanvaard. Het Parlement zal door de Regering zoals voorheen voor voldongen feiten worden geplaatst inzake persoonlijke bijdragen van de gerechtigden, nieuwe remgelden, wijzigingen in terugbetalingssystemen, verhogingen van de honoraria, afspraken tussen de verzekeringsinstellingen en de artsen.

Vaak zijn de ministers al te blij dat er überhaupt een akkoord is, dat zij het maar vlug goedkeuren. U, mijnheer de minister, u bidt weerstand. Daarvoor bewonder ik u.

Het besluitvormingssysteem in de ziekte- en invaliditeitsverzekering is het model van een parallel systeem waarop de democratie bijna geen greep heeft tenzij men door middel van een interpellatie de Regering kan bedreigen.

Het is niet door een herschikking in raden en comités, door de aanwezigheid van een vertegenwoordiging van de Regering, door het geven van adviesrecht in plaats van stemrecht dat de machtige belangengroepen minder « macht » zullen uitoefenen.

Tenslotte wordt hoop gebouwd op de idee van de responsabilisering. Dit begrip wordt nergens gedefinieerd. Hoe kan een ziekenhuis worden geresponsabiliseerd, wanneer alle normen en zijn prijsstructuren worden vastgelegd door hogere instanties? Zelfs het tekort van de openbare ziekenhuizen wordt vastgesteld door het ministerie en dit met grote vertraging: dat van 1988 in 1992. Hoe wordt de arts geresponsabiliseerd, wanneer het de patiënt is die moet waken over de naleving van de conventie? Hoe worden de landsbonden geresponsabiliseerd, wanneer ze de bij-

dragen van hun leden niet mogen verhogen om verschuivingen in het ledenbestand te vermijden en in artikel 79, niets wordt gezegd over de controle op de werking van de verzekeringsinstellingen? Alleen in de toelichting op pagina 16 wordt een zeer vage omschrijving gegeven van de evaluatie door de controledienst van de verzekeringsinstellingen van de uitvoering van de wettelijke opdrachten van die instellingen. Van deze evaluatie zou immers het bedrag van de administratiekosten kunnen afhangen. Hoe worden de landsbonden geresponsabiliseerd wanneer rekening moet worden gehouden met artikel 81, dat een aanpassing van de verdeling van de inkomsten tussen de verzekeringsinstellingen mogelijk maakt op basis van de verschillen in lasten voortvloeiend uit de gezondheidstoestand, de leeftijd en de sociaal-economische situatie van hun leden?

Zullen de ziekenfondsen die niet tijdig de ziekenhuisrekeningen kunnen betalen, verplicht worden kaskredieten op te nemen, zoals de ziekenhuizen dat moeten doen indien ze hun verplichtingen niet kunnen nakomen? Zullen de ziekenfondsen hun ziekenhuizen, poliklinieken, apotheken afstoten om op een onbetwistbare manier alleen de belangen van hun leden te behartigen? Ik heb het hier over het fameuze probleem van de belangenvermenging.

Mijnheer de minister, u hebt een zware taak op u genomen. U hebt rekening moeten houden met zeer belangrijke drukkinggroepen. Dat is onder meer gebleken toen u het amendement van mevrouw Nélis, waarin werd gesteld dat het wenselijk is in de wet in te schrijven dat op het getuigenschrift van de zorgenverstrekking het bedrag van het honorarium wordt vermeld, niet hebt aangevaard. Dat is realiteit.

De moeilijkheden in de sector kunnen maar worden opgelost wanneer de Regering hand in hand met het Parlement de problemen aanpakt. Dit wil zeggen, mijnheer de minister, dat u de kracht moet opbrengen om de ingewikkeldheid van het probleem aan de parlementsleden duidelijk te maken. Dat wil ook zeggen dat u ons een beetje vertrouwen moet schenken. Het is een goede zaak dat wij in de commissie met u, met uw medewerkers en met de vertegenwoordigers van de belangengroepen kunnen discussiëren over dat kapitale probleem waarmee onze opeenvolgende regeringen en onze democratie voortdurend worstelen.

Mijnheer de minister, ik ben voorstander van het behoud van een nationale sociale zekerheid. De huidige Regering moet zich hiervoor meer inspannen dan de vorige Regering die, toen ik dezelfde opmerking maakte, antwoordde dat de splitsing van de sociale zekerheid niet in het regeerakkoord werd opgenomen. Als de pers elke dag schrijft dat de sociale zekerheid moet worden gefederaliseerd, als universiteitsprofessoren met cijfers argumenteren dat een nationale sociale zekerheid niet langer kan, dan kan de Regering er niet mee volstaan laconiek te zeggen: Het staat toch niet in het regeerakkoord! (*Applaus.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Luc Martens.

De heer L. Martens. — Mijnheer de Voorzitter, men kan het debat over de hervorming van de ziekteverzekering vanuit verschillende invalshoeken voeren. Mijn invalshoek, en ook die van vele collega's is de verantwoordelijkheid die men met dit ontwerp van wet wil verschaffen en herdefiniëren.

Dat dit nodig is blijkt ook uit het debat dat hier wordt gevoerd. Enerzijds was er de constructieve houding van de heer Dighneef, waar ik echt blij om ben, maar anderzijds heb ik mij zwaar gestoord aan het optreden van Guy Moens, die spijtig genoeg niet meer aanwezig is, en die op een bijzonder populistische manier zowel qua stijl als inhoud, een aantal denkfouten heeft aangegeven. Wanneer hij zijn argumentatie in de commissie had ontwikkeld, dan zou ik dit misschien nog kunnen aanvaarden. Daar was hij echter nauwelijks aanwezig. Als jong parlementariër ben ik nog zo naïef te denken dat men eerst in de commissie het werk moet doen en men dan het recht heeft om in de openbare vergadering de zaak over te doen. De houding van de heer Moens heeft mij dus mateloos gestoord.

Door het voortdurend verschuiven van verantwoordelijkheden en door het voortdurend verwijzen naar elkaar komen wij in een situatie terecht die ei zo na tot immobilisme

leidt, tot het voortwoekeren van allerlei misbruiken tot een toename van de kosten van de gezondheidszorgen in een tempo dat veel sneller is dan de inflatie en de stijging van het BNP. De cijfers zijn vandaag reeds gevallen. Wij hebben de grens van het financieel haalbare overschreden. Toch stellen wij vast dat hier en daar sommigen nog trachten voort te gaan met een soort van roofofbouw.

Mijnheer de minister, het is goed dat u tracht een aantal verantwoordelijkheden van de verscheidene partners te herdefiniëren, ook de verantwoordelijkheid van de overheid zelf; zij is co-financier en daardoor betrokken partij. De overheid zal haar verantwoordelijkheid op zich moeten nemen door verder een concreet globaal en coherent beleidskader uit te tekenen. Door de wet alleen kan aan die ambitie niet worden tegemoet gekomen. Verder moet de overheid zorgen voor een doorzichtige regelgeving, voor een snelle en nauwgezette uitvoering van de besparingsconventies en moet zij ook het aanbod beheersen. Elk van deze punten op zich lijken vanzelfsprekend te zijn, in de praktijk komt er echter weinig van terecht.

Bij de nauwgezette en snelle uitvoering van besparingsconventies, denk ik aan het lopende conflict met de tandartsen en de tandheelkundigen over de conventie 1993-1994. Deze conventie voorziet in een besparing van vijf miljoen per werkdag. Om dit technisch mogelijk te maken werden nieuwe codenummers en sleutelwaarden voor de terugbetaling van de honoraria uitgewerkt. Op één stem na in het beheerscomité voor de geneeskundige zorgen van het RIZIV, werd dit alles goedgekeurd. Bij gebrek aan goedkeuring en door het uitblijven van een koninklijk besluit, dreigen wij echter terecht te komen in een situatie van tarief- en reglementeringsonzekerheid. Het scheppen van een beleidskader, een doorzichtige regelgeving, snelle en nauwgezette uitvoering van besparingsconventies en het beheersen van het aanbod, zijn vanzelfsprekend zolang het bij woorden blijft. Op het beleidsvlak ligt dat heel wat moeilijker.

Mijnheer de minister, met het wetsontwerp tracht u een antwoord te bieden op een aantal belangrijke uitdagingen. U betreft meer belangrijke partijen bij het beleid, niet alleen de overheid, maar ook de sociale partners, de mutualiteiten, de zorgenverstrekkers, de patiënten en de instellingen. Alle betrokken partners worden terecht voor hun verantwoordelijkheid gesteld. Verder tracht u een aantal instrumenten te optimaliseren en tot slot tracht u een aantal onverantwoorde verschillen in de uitgaven tussen de verzekeringsinstellingen en de regio's weg te werken en dit zowel in de uitgaven voor geneeskundige verzorging als in de uitkeringen.

Voor het succes van deze ogenschijnlijk eenvoudige hervormingen zal veel afhangen van de implementatie in koninklijke besluiten. Deze wet is ontegensprekelijk een algemene kaderwet; zeer veel hangt af van wat in de koninklijke besluiten zal worden ingeschreven. Op het ogenblik dat de wet zal worden geoperationaliseerd, zal duidelijk zijn wat er echt verandert. Tot welke sancties zal de effectieve controle aanleiding geven? Hoe zal het systeem van de derde-betalende consequent worden toegepast? Hoe zal het remgeld, dat nu gemoduleerd is, verplicht worden gemaakt zonder de sociale doelstellingen uit het oog te verliezen? Hoe zal het verbod van de totale herverzekering effectief worden opgelegd? De ambities die in de wet zijn ingeschreven, zullen maar worden gerealiseerd als op deze vragen ook in de praktijk wordt geantwoord. Dat is niet alleen de verantwoordelijkheid van de overheid, alle andere betrokken partners hebben daarin deel. Collega Lenssens, mevrouw Van Cleuvenbergen en onze fractieleider hebben reeds genoegzaam een aantal verantwoordelijkheden onderstreept. Ik beperk mij tot drie verantwoordelijke partners.

De patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid, maar mag geen oneigenlijk gebruik maken van de gezondheidszorgen. In die optiek bepleit ik een deelname van de patiënt in de onkosten door het verplichte remgeld of een franchise om te voorkomen dat *medical shopping* de regel wordt. Het medisch comfort dat niet wezenlijk of noodzakelijk is, zou door de patiënt zelf moeten worden vergoed. Er moet meer aandacht komen voor de preventieve geneeskunde als belangrijk element in de responsabilisering van de patiënten.

De heer Swaelen treedt opnieuw als voorzitter op

De instellingen moeten de middelen die hen worden toevertrouwd correct aanwenden en beheren. Op dit vlak moet nog zeer veel gebeuren. Een doorzichtige en rechtvaardige ligdagprijsstructuur voor de ziekenhuizen is hiervan een concreet voorbeeld. De ligdagprijs moet kostendekkend zijn zodat een goed beheer niet verplicht wordt om kosten te verhalen op de medische beeldvorming, de klinische biologie of op andere geneeskundige prestaties. De associatie van de honoraria van de geneesheren met het financieren van de ziekenhuizen geeft in heel veel ziekenhuizen aanleiding tot pijnlijke discussies met de directie en schept een klimaat van onbehagen en verdachtmaking. Dit is bovendien helemaal niet bevorderlijk voor de samenwerking en de goede sfeer in de ziekenhuizen. Wij moeten streven naar zuivere honoraria om oneigenlijk gebruik van technische onderzoeken voor het dekken van het ligdagdeficit te vermijden. Op die manier kunnen wij bijdragen tot een positief klimaat van wederzijds vertrouwen.

Hoewel andere aspecten hier ook een rol spelen, wil ik mij toespitsen op de verantwoordelijkheid van de zorgenverstrekkers. Zij moeten, met respect voor hun vrijheid, de medische verzorging correct en kwaliteitsvol laten verlopen. Twee beleidslijnen zijn hier van essentieel belang en ik hoop dat wij die ook zullen terugvinden in de koninklijke besluiten die de minister in de komende weken en maanden zal uitvaardigen. Ten eerste moet er een limiet worden gesteld aan de prestatiegeneskunde en ten tweede moet de echelonnering worden aangemoedigd. De voorzitter en andere leden van onze fractie hebben dit hier trouwens reeds ter sprake gebracht.

Limieten stellen aan de prestatiegeneskunde veronderstelt onder meer het «forfaitariseren» van de zorgpakketten. Er zal ook meer werk moeten worden gemaakt van de vereenvoudiging en het rechtstreeks van de nomenclatuur, zowel in de geneeskunde als in de kinesitherapie. Bij de lezing van het ontwerp van wet en overigens ook van de oude wet is het mij opgevallen hoe complex en ondoorzichtig deze materie is en hoeveel scheeftrekkingen erin voorkomen. Ik geef enkele voorbeelden. De technische prestaties worden zeer onevenwichtig gewaardeerd. Blijkbaar krijgen de technische prestaties van de groepen die aan de onderhandelingen deelnemen een hogere waardering dan de technische prestaties van groepen die niet aan de onderhandelingsafel zitten.

Mevrouw Maes. — Het hemd is nader dan de rok...

De heer L. Martens. — Inderdaad, mevrouw Maes, u klaagt dat ook terecht aan.

Sommige honoreringen zijn niet eens kostendekkend. Het tarief van een echocardiogram, dat door een daartoe gemachtigde cardioloog of internist wordt afgenomen, werd onlangs nog verlaagd van ruim 1 700 frank tot ongeveer 800 frank. Dat dekt dus niet eens de kosten.

Andere prestaties worden dan weer onrechtmatig hoog gewaardeerd. De minister moet zeker iets ondernemen voor een betere honorering van de intellectuele geneeskundige prestaties, onder meer in de specialistische geneeskunde. Men mag de waarde niet onderschatten van het opmaken van een medisch dossier en van een zorgvuldige medische anamnese. Het klinisch onderzoek, een goede dossierstudie, het opstellen van hypothesen van diagnose en het rapport voor de verwijzende arts vormen eigenlijk één prestatie waarvoor de dokter slechts 800 frank mag innen. In vergelijking met de technische prestaties is dat uiteraard zwaar ondergewaardeerd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een algemeen internist, een oncoloog, een geriater of een kinderarts, die die hooggewaardeerde technische prestaties niet kunnen leveren, geneigd zijn om overbodige prestaties te verrichten. Voor hen is het immers de enige manier om met een soort kruideniersrekening hun honorarium enigszins op te drijven.

Dit heeft natuurlijk ook te maken met de medische opleiding, die veeleer gericht is op de technologie en steeds minder op de klinische geneeskunde. Geneeskunde wordt steeds meer een zoektocht naar zeldzame diagnoses, terwijl men eerder slordig omgaat met 95 pct. van de gewone medische praktijk. Ik besef wel dat dit niet de bevoegdheid van de minister is, maar toch moeten

wij komen tot een heroriëntatie. Wellicht is het beter artsen stage te laten lopen bij goed geselecteerde huisartsen en in perifere ziekenhuizen, eerder dan in mastodontziekenhuizen met een sterke technologische uitrusting.

Uit de vele contacten die ik tijdens de jongste weken heb gehad om te horen en te voelen hoe dit op het terrein wordt beleefd, moet ik concluderen dat de onderwaardering van de intellectuele prestatie en de scheeftrekking daarrond, leiden tot een zeker defaitisme en zelfs aanleiding geven tot een, naar mijn oordeel, gegronde woede. Dat is niet goed, want dat zal uiteindelijk leiden tot onverschilligheid, tot een gebrek aan inzet waarvan de bevolking toch het grootste slachtoffer zal worden.

Een aantal scheeftrekkingen in de nomenclatuur moeten dus dringend en grondig worden aangepakt. Er moet een behoorlijke honorering van de intellectuele prestaties en een redelijke honorering voor een aantal technische prestaties worden vastgelegd en een aantal overbodige prestaties, die te repetitief en niet relevant zijn voor de vaststelling van de diagnose moeten worden weggevoerd.

Er zou ook een meer actieve ondersteuning kunnen worden gegeven aan het gebruik van een aantal performante technieken. Ik geef een voorbeeld. De endoscopieën vallen voor het ziekenhuis zeer duur uit. De patiënt moet daardoor evenwel niet lang worden opgenomen en kan vlugger zijn werk hervatten. Uiteindelijk is het dus zowel voor het RIZIV als voor de patiënt een goede zaak dat deze vormen van heelkunde worden gestimuleerd. Vandaag gebeurt dit niet en de financiële last voor de ziekenhuizen is enorm groot.

Ik denk ook aan de beheersing van de uitgaven in de geneesmiddelensector, waar veel misbruiken zijn en waar veel zou moeten veranderen. Men zou bijvoorbeeld het kwaliteitsprincipe actiever moeten toepassen en alleen de prijs van het goedkoopste medicament met een zelfde bewezen klinische effectiviteit terugbetalen.

Mevrouw Maes. — Mijnheer de Voorzitter, sta mij toe aan de spreker te vragen. Of de afschaffing van een goedkoop geneesmiddel om er met een kleine wijziging een duurder geneesmiddel van te maken, ook één van die punten is. Eén van de dingen die mij als patiënt schokt, is dat bepaalde zeer efficiënte geneesmiddelen eenvoudigweg uit de markt worden genomen en worden vervangen door een geneesmiddel dat soms wel tien keer duurder is.

De heer L. Martens. — U hebt volkomen gelijk, mevrouw. Men zou dit nog kunnen uitbreiden. Er schuilt hierin ongetwijfeld ook een zekere manipulatie van de markt. Sommige apothekers signaleren dat zelf. Onze fractieleider en andere sprekers hadden het al over het voluntarisme bij apothekers, geneesheren en tandartsen. Ik geloof daar ook in. Toch weet ik dat er bijvoorbeeld ook veel wordt gemanipuleerd met verpakkingen en het formaat van de verpakkingen. Wij moeten de moed hebben hier een en ander aan te pakken.

Een ander probleem zijn de commerciële ristorno's, waarbij een soort concurrentieslag ontstaat die van de apothekers louter «commercenten» maakt. In een vorm van onderling opbod wordt immers aan de cliënt 10 pct. korting geboden. Dit betekent echter ook dat grote bedragen worden onttrokken aan de Schatkist. Een omzet van 13 miljard betekent een minderinkomen voor de fiscus van 1,3 miljard. Daarover moet ernstig worden nagedacht.

Een tweede beleidslijn is de echelonnering die op elk niveau moet worden aangemoedigd. Het is toch duidelijk dat een blinde darmoperatie zonder verwickelingen niet dient te gebeuren in een universitair ziekenhuis. Ook een bloeddruk moet niet worden gemeten door een specialist, maar wel door een huisarts. We spreken in dit verband wel degelijk over eerste-lijns geneeskunde. Ook andere sprekers wezen erop dat inschrijving bij een huisarts moet worden aangemoedigd. Er zou bijvoorbeeld een voorkeurtarief kunnen worden vastgesteld wanneer een specialist wordt geraadpleegd na verwijzing van de huisarts. Er moet ook worden onderzocht of bepaalde activiteiten niet kunnen worden onttrokken aan de geneesheren. Zij worden vaak ingeschakeld voor een aantal administratieve prestaties zoals het afleveren van certificaten voor werkonbekwaamheid.

Ook de huisbezoeken van de huisarts zijn voor discussie vatbaar. Wij stellen vast dat patiënten, bejaarden en gehandicapten wel iemand vinden om zich naar een ziekenhuis te laten brengen, maar dat de huisarts aan huis moet komen en dan liefst niet op een tijdstip dat bepaalde TV-programma's lopen.

Mijnheer de minister, het is duidelijk dat de koninklijke besluiten een beslissende rol zullen spelen. De heer Lenssens heeft dit trouwens ook nadrukkelijk gezegd.

Toch vrees ik dat, zelfs wanneer u de instrumenten — die ik vluchtig heb aangeduid — optimaal aanwendt, de gezondheidszorg niet op het goede spoor zit. Wij moeten trachten een culturele ommezwaai te bewerkstelligen. De gezondheidszorg heeft in onze cultuur immers een dominante positie ingenomen: er is een enorme toename van de hulpvraag, voor zeer veel problemen worden vandaag redenen van medische aard opgegeven. Er is bovendien een enorme toename van het medisch-technisch handelen. Zo stijgt het aantal diagnostische verrichtingen en zijn er een groot aantal prestaties die voortdurend de grenzen leggen. Uiteindelijk kan men zich afvragen waar de grens ligt en wat moreel aanvaardbaar is.

De complexiteit van de gezondheidszorg, de ondoorzichtigheid van de regelgeving en de vertrouwenscrisis tonen aan dat de problemen verder reiken dan het toepassingsgebied van deze wet.

Ik hoop dat wij in de commissie voor de Sociale Aangelegenheden en in de commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu de kans zullen krijgen om verder van gedachten te wisselen en dat in een bredere filosofische context nieuwe initiatieven zullen worden voorbereid. (*Applaus.*)

M. le Président. — La parole est à M. Hatry.

M. Hatry. — Monsieur le Président, n'étant pas, durant cette législature, membre de la commission des Affaires sociales, c'est avec beaucoup de curiosité que j'ai pris connaissance de l'intéressant rapport de M. Taminiaux.

Peut-être est-ce en raison du regard neuf que j'y ai posé, mais j'ai été agréablement surpris à la lecture des premières pages — et, donc, de votre propre intervention, monsieur le ministre — de constater qu'on pouvait être très largement d'accord avec ce que vous y disiez.

A la page 4, je trouve une double constatation que vous faites après plusieurs mois passés à la tête du département: « On ne peut continuellement gérer un secteur d'une telle importance pour la vie des gens sous l'empire de la confection hasardeuse et réductrice de budgets successifs; de toute façon, on ne peut résoudre de façon relativement durable les problèmes financiers qui se posent dans l'assurance maladie sans une réforme fondamentale et structurelle du secteur. »

A partir de la page 8 du rapport, vous énoncez huit principes que vous tentez de concrétiser par ce projet de loi:

« — Il faut responsabiliser toutes les parties prenantes du système en partant du Gouvernement pour arriver au patient en passant par les prestataires de soins, les organismes assureurs et les interlocuteurs sociaux;

— Il faut redéfinir l'organigramme même du régime et organiser au mieux la manière dont les interlocuteurs en présence (...) seront amenés à collaborer à l'avenir;

— La maîtrise des dépenses dans le cadre de l'exécution du budget sera réalisée en collaboration étroite et constante avec l'ensemble des organismes assureurs et des prestataires de soins, institutions et secteurs concernés, par le biais de l'inscription des objectifs budgétaires dans des enveloppes dont le respect sera suivi trimestriellement par les organes de contrôle budgétaire;

— Il faut que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible de la réalité quotidienne; le ministre des Affaires sociales ne peut intervenir qu'en ultime recours;

— Il faut renforcer les instruments de contrôle budgétaire, notamment les moyens de la commission de Contrôle budgétaire, laquelle doit jouer le rôle d'une sorte d'inspection des finances au niveau de l'INAMI;

— Il faut découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie du « conclave » budgétaire gouvernemental... »

Il est évident qu'une stabilité plus grande que celle qui peut découler de ce conclave est nécessaire.

Vous poursuivez:

« — Il faut responsabiliser le médecin dont le comportement prescripteur entraînerait une augmentation anormale de la consommation de certaines prestations techniques, notamment en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale;

— Il faut organiser la responsabilité financière des organismes assureurs... »

Voilà huit excellents principes qui ne devraient certainement pas soulever beaucoup de controverses.

Sachant cependant que ce n'est pas uniquement par ce projet de loi que vous pourrez réformer de façon fondamentale — comme vous le précisiez dans votre première constatation — le cadre général de l'assurance maladie-invalidité, vous annoncez dans votre exposé que vous interviendrez à nouveau au nom du Gouvernement, en déposant trois projets de loi ou en pratiquant trois interventions, une partie de ces matières n'étant pas exclusivement du ressort du Gouvernement national.

D'abord, dans le domaine de l'offre de soins, vous annoncez une limitation du nombre des médecins et des kinésithérapeutes et vous précisez qu'une concertation est en cours.

Ensuite, vous évoquez le principe de la solidarité par une assurance couvrant le risque de dépendance des personnes âgées, problème fondamental aujourd'hui et qui le sera encore plus à l'avenir.

Enfin, vous annoncez, en ce qui concerne la réforme de la loi sur les hôpitaux, diverses propositions concernant notamment: l'actualisation et l'application des normes de programmation et d'agrément dans les établissements de soins; le statut du médecin hospitalier; la réalisation des mesures concrètes en vue d'assurer une plus grande transparence des flux financiers.

A ce stade-là, j'étais entièrement d'accord avec vos idées. Malheureusement, en poursuivant la lecture, je suis bien obligé de constater que le drapeau ne couvre pas la marchandise et qu'il est bien plus grand que cette dernière. Un lecteur habitué à ce genre de littérature pourrait dire que le texte du dispositif se limite à des dispositions que l'on aurait remaniées pour en réduire l'impact alors que votre exposé introductif est en quelque sorte un exposé des motifs ou un rapport au Roi pour un arrêté numéroté que l'on n'aurait pas revu en fonction du dispositif qui suit. Et c'est là qu'intervient la déception. Je n'irai pas jusqu'à dire que la suite n'est qu'un emplâtre sur une jambe de bois, mais je suis fort déçu devant la nature des mesures que vous annoncez.

Pendant que ce projet de loi chemine au Sénat pour arriver dans quelques jours à la Chambre, dans le but d'y être voté au début du mois de février, si tout va bien, pendant ce temps donc, le public et la presse constatent que des foyers d'incendie s'allument un peu partout dans le pays, dans le secteur qui vous concerne. D'ailleurs, vous essayez de porter remède à certains de ces foyers d'incendie au moyen du présent projet de loi et des trois projets que vous annoncez.

Mais un observateur averti annonce un total de douze points brûlants. En d'autres termes, de nombreux foyers d'incendie se développent à côté de ceux que vous tentez déjà de combattre. La situation pourrait se comparer à un incendie de forêt que l'on s'efforcerait d'éteindre au moyen de quelques extincteurs de voiture. En réalité, la situation générale dans le secteur de l'assurance maladie-invalidité est bien plus mauvaise qu'on pourrait le croire à entendre les échanges de propos dans cette assemblée.

Je parlerai brièvement du présent projet de loi ainsi que des trois autres projets que vous annoncez, avant d'examiner les autres sources d'incendie.

Tout d'abord, ce projet de loi vient tard. Je ne dirai pas trop tard, mais on annonce pour 1993 un déficit cumulé de l'assurance maladie-invalidité de l'ordre de 100 milliards. La structure que vous envisagez est-elle capable d'y porter remède? J'aimerais savoir si les nouvelles commissions que vous mettez au point avec

les syndicats et les entreprises pourront intervenir dans des matières où elles n'ont rien à dire, comme la formation ou l'admissibilité à la profession des travailleurs de la santé, l'équipement des hôpitaux ainsi que le problème de la prévention?

Examinons ensuite ce qui doit faire l'objet, dites-vous, de vos trois projets futurs. Le problème des personnes âgées, accueillies dans des maisons de repos et pour lesquelles vous envisagez un régime de nouvelles cotisations pour ce qui concerne la prévention du degré de dépendance, vous oblige à vous concilier les Communautés, ce qui n'est pas très facile, c'est le moins que l'on puisse dire! L'hémorragie financière durera encore longtemps.

Voyons le projet de loi sur les hôpitaux. Ce dossier se trouve compliqué par le conflit majeur qui éclate non seulement entre le syndicat majoritaire des médecins et les autres syndicats, mais aussi entre ce syndicat majoritaire et vous-même. Sera-t-il possible, dans un tel climat, de faire passer ce projet de loi sur les hôpitaux, avec la portée réelle qu'on veut lui donner?

Pour ce qui est de l'accès à la profession, trois possibilités existent: soit le *numerus clausus*, mais les Communautés ne s'y intéressent pas; soit une loi d'établissement, mais il semble que dans ce domaine, plus personne ne veuille la paternité ou la maternité de la loi — le Premier ministre ayant déclaré, au mois de décembre, que rien n'avait été préparé en la matière et que cela n'entraîne pas dans les intentions du Gouvernement, Mme Onkelinx, de son côté, déniait toute initiative en la matière —; soit encore la retraite anticipée des médecins les plus âgés, mais rien n'existe à ce propos.

Ces quatre éléments sur lesquels vous avez attiré notre attention présentent déjà de nombreuses difficultés.

Les huit autres points ne sont pas plus faciles. Ainsi, pour les malades graves se trouvant en homes d'accueil, comme ceux qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, pratiquement rien n'a été fait et ce problème demeure actuel et important, et pas exclusivement sur le plan financier.

Quant au prix des médicaments, vous avez rendu une centaine de ceux-ci plus chers et il est évident que c'est une orientation à suivre. Cependant, selon l'auteur de l'article que j'ai sous les yeux, 600 millions seraient consacrés à la pilule contraceptive. S'agit-il d'un véritable médicament qu'il convient de rembourser? On peut se poser la question même si, certes, se pose là un problème social qui doit être examiné.

Parallèlement, de nombreux problèmes surgissent au sujet du personnel soignant qui est mécontent, même s'il a reçu certaines satisfactions, au sujet des pharmaciens qui craignent un enregistrement des dépenses individuelles des patients, au sujet du tiers payant — des accords en matière de dentisterie doivent encore être approuvés —, au sujet de la biologie clinique où, au lieu de réduire les dépenses d'une Communauté, celles de l'autre augmentent, au sujet du conflit entre les médecins généralistes et spécialistes, ces derniers voulant laisser aux généralistes le seul rôle de prescripteurs de bons pour la toux et, enfin, au sujet des élections dans les mutualités qui ne se sont pas déroulées de la manière souhaitée.

Je ne crois pas que ce tableau soit trop sombre par rapport à la réalité et je crains que votre projet ne soit pas une vraie réforme mais une « réformette » qui ne règle pas les véritables difficultés.

De plus, le climat est très mauvais. Vous nous présentez un texte avec une habilitation de pleins pouvoirs bien plus grave que les pouvoirs spéciaux détenus par des Gouvernements précédents, qui avaient d'ailleurs joué le jeu en soumettant au préalable tous leurs textes au Parlement.

Si l'assurance maladie-invalidité n'est pas en faillite, il n'en demeure pas moins que les chiffres de 100 milliards de déficit cumulé en 1993 et de 40 à 60 milliards de déficit de trésorerie pour 1992 sont extrêmement graves.

Le public et les professions concernées craignent le rationnement de soins, la fonctionnarisation de la médecine — je parle ici d'un autre projet de loi que vous avez fait voter — l'enfermement de l'art de guérir dans un carcan budgétaire calqué sur la structure des dépenses du passé, la responsabilisation de personnes qui, selon les derniers échos, ne souhaitent pas assumer intégralement

les responsabilités que vous voulez leur donner, et je pense particulièrement à la FEB, enfin la subsidiation excessive des mutualités.

Je termine, monsieur le ministre. Malgré une approche et des principes auxquels nous pouvons souscrire, nous craignons que vous ayez sous-estimé les difficultés. Ni les mesures que vous annoncez ni le climat dans lequel vont se dérouler les opérations prévues dans votre projet ne nous paraissent suffisamment établis et sereins pour pouvoir garantir l'efficacité de la loi. C'est dans ce contexte que nous devons constater une singulière dichotomie entre, d'une part, votre exposé introductif qui nous satisfait et, d'autre part, le dispositif lui-même, qui ne nous agréé pas sur le plan de l'efficacité et de la réponse qu'il fournit aux défis que votre introduction appelle.

Dans ce contexte, vous comprendrez, monsieur le ministre, que nous ne pouvons approuver votre approche.

M. Lenssens. — C'est dommage!

M. Hatry. — Nous le regrettons infiniment, car nous sommes confrontés à un véritable problème national essentiel, auquel nous devrions apporter une réponse nationale. Si nous pouvons adhérer à un certain nombre de principes, nous ne pouvons cependant pas vous rejoindre en ce qui concerne votre façon de les mettre en application. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Moureaux, ministre.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le Président, avant de répondre aux nombreuses et intéressantes interventions, je voudrais adresser quelques remerciements qui, je le souligne, dépassent largement les remerciements d'usage.

En effet, j'ai été vivement impressionné par la qualité du travail accompli par M. Taminiaux, tant en ce qui concerne son rapport écrit que son rapport oral.

Ensuite, j'ai beaucoup apprécié l'autorité, empreinte de fermeté et en même temps de souplesse, dont a fait preuve la présidente de la commission, ce qui nous a permis de tenir un véritable débat.

D'une manière générale, j'ai également été frappé par la qualité de la plupart des interventions, qu'elles émanent de la majorité ou de l'opposition.

Certaines rumeurs avaient laissé entendre que je voulais voir adopter mon projet *nevarietur*. Dès lors, certains membres ont dû croire que je connaissais un moment de faiblesse ou bien ont-ils dû se rendre compte que je pouvais discuter en profondeur d'un projet et accepter sans états d'âme des amendements? Si, comme certains membres de l'opposition, je déplore le rejet de quelques amendements qui auraient pu améliorer les textes, en tout état de cause, les modifications apportées me paraissent néanmoins constituer un élément tout à fait positif.

Je commencerai par répondre à deux questions particulières. La première concerne le problème des cures thermales et du ticket modérateur. À cet égard, les dispositions ont été prises sur la base d'un principe inscrit dans la loi-programme, laquelle a été votée. Par ailleurs, l'INAMI doit proposer incessamment les montants des tickets modérateurs qui seront supportés par les patients. Ces chiffres ne sont donc pas encore déterminés à l'heure actuelle.

Une autre question portait sur le problème de la logopédie. Il existe deux formes de remboursement en la matière, selon que la prestation a été effectuée dans un centre de révalidation ou par un logopède indépendant. Dans le premier cas, un forfait global est d'application et couvre toutes les prestations pluridisciplinaires. Dans le second, il s'agit de la prestation spécifique de logopédie, prestation qui est remboursée. Ce double système existe depuis le début de 1991. À ma connaissance, il n'existe pas à l'INAMI de projet modifiant cette nomenclature.

J'aborde à présent le volet budgétaire. Il est évident que ce projet ne résout rien sur ce plan, mais il constitue cependant une clé importante permettant de mieux aborder certains problèmes budgétaires.

Quelle est la véritable situation budgétaire? Beaucoup de chiffres circulent depuis quelques jours. Je voudrais d'abord vous indiquer que, contrairement au budget des dépenses de l'Etat, nous ne possédons pas encore aujourd'hui de chiffres précis quant aux dépenses de sécurité sociale pour les douze mois écoulés. En revanche, nous disposons de ceux, très intéressants, relatifs aux perceptions directes de l'ONSS.

Je vous rappelle que le budget de l'ONSS, fixé initialement à 1 026 milliards, a été revu au printemps et porté à 1 041 milliards. Or, les recettes brutes pour l'année 1992 sont de l'ordre de 1 050 milliards. Cette évolution, étonnamment favorable, est partiellement due à l'adaptation des cotisations ainsi qu'à l'obligation pour les employeurs de verser des provisions plus élevées. Malgré tout, ces chiffres montrent que le fléchissement économique demeure encore — je suis donc très prudent pour l'avenir — sans effets, bien au contraire, sur la recette de l'ONSS.

Le surplus de 9 milliards permet de compenser une partie des dépenses supplémentaires.

Quels sont les chiffres provisoires que nous pouvons actuellement avancer en matière de dépenses? En soins de santé, selon des calculs effectués sur trois trimestres, nous prévoyons un dépassement de treize milliards en prestations par rapport à ce que nous avions espéré. Pour l'ensemble du budget de la sécurité sociale — chiffres du budget de trésorerie basés sur les onze premiers mois, avec une extrapolation pour le douzième — le déficit global devrait s'élever à 4 milliards 764 millions pour 1992. Je rappelle qu'il s'agit bien du budget de trésorerie, qui comprend notamment les emprunts. J'estime qu'il faut nuancer les choses dans les deux sens.

Cela confirme, en tout cas, le diagnostic que j'avais posé en commission. Si la situation n'est pas brillante — elle impliquera d'ailleurs que je prenne des mesures complémentaires importantes pour restreindre les dépenses — elle n'est pas catastrophique. Nous ne sommes pas dans une situation de faillite.

M. Lenssens. — Sauf le régime des indépendants.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Non! Nous clôturons un budget de trésorerie avec un mali inférieur à cinq milliards. Ce seul chiffre est même peut-être dangereux à avancer parce qu'il pourrait donner l'impression qu'aucun problème n'existe.

M. De Roo. — Chômage compris?

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Oui! Ce chiffre concerne l'ensemble de la sécurité sociale.

Des difficultés existent et je ne voudrais pas donner une image trompeuse de la situation, mais je voudrais aussi que l'on cesse de dire qu'elle est inextricable et que la sécurité sociale va droit à un gouffre. La situation est difficile et, si nous voulons mener une bonne politique, l'heure est à une série de mesures qui permettront de contenir les dépenses, l'année prochaine.

Tout comme je l'ai dit à la Chambre, je vous fais part de ma ferme intention, après l'adoption de ce projet par les deux assemblées, de mettre sur la table une série de propositions dont le but sera de réduire les dépenses de façon sensible. Cela ne sera pas indolore, comme l'ont souligné plusieurs intervenants. A ce sujet, je ne fais aucun grief à ces parlementaires — leur rôle consiste bien à critiquer et à stimuler le ministre — qui, dans une même intervention, me reprochent de ne pas donner assez aux infirmières et, en même temps, se posent des questions quant à la validité de la politique budgétaire que je mène.

En ce qui concerne votre merveilleux catalogue des problèmes, monsieur Hatry, la seule chose que je puisse faire est de l'allonger. Vous en avez oublié quelques-uns, et non des moindres!

M. Hatry. — Je ne disposais que de dix minutes, monsieur le ministre.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Je me doute que votre liste n'était pas complète, monsieur Hatry. Je voudrais simplement vous faire remarquer que, si vous prenez la peine de

considérer ces problèmes de manière objective, aucun ou très peu sont apparus depuis que je dirige ce département. Si je parviens à en résoudre quelques-uns, j'estimerai avoir accompli une tâche utile.

Je reviens à présent aux origines de ce projet, fruit d'une lente maturation. En effet, de nombreux éléments font l'objet de réflexions depuis un certain temps. Ce projet a pu se concrétiser étant donné les contraintes budgétaires engendrées par le plan européen de convergence. Nous sommes dès lors amenés à prendre, dans ce domaine comme dans d'autres, des mesures difficiles qui impliquent des réformes de structure qui étaient en préparation. L'état de nécessité budgétaire dans lequel nous nous trouvons a permis de surmonter partiellement les obstacles.

De nombreux intervenants ont souligné le fait que ce projet ne règle pas les problèmes budgétaires. Cela va de soi! Je n'ai jamais évoqué pareille possibilité. Par contre, j'insiste sur la nécessité de revoir l'ensemble de l'organigramme de notre secteur des soins de santé et de l'assurance maladie obligatoire. En outre, il conviendrait que nous obtenions plus de certitude quant à l'application de nouvelles mesures éventuelles de restriction.

Depuis que je suis à la tête de ce département, j'ai pu me rendre compte de la difficulté de sa gestion. Le ministre a des pouvoirs importants et d'énormes possibilités, mais l'exécution de décisions prises est terriblement tributaire de tout un circuit complexe dont beaucoup d'éléments lui échappent. C'est, je crois, une logique de la construction de notre système par sédiments. Les groupes intermédiaires, dont je ne conteste pas l'utilité, constituent parfois une résistance au changement. Ce projet tente partiellement d'apporter une solution à ce type de difficultés.

Plusieurs membres de cette assemblée ont souhaité l'organisation d'un grand débat sur les problèmes de politique de santé. Si la commission des Affaires sociales ou la commission de la Santé publique ou encore l'assemblée elle-même voulait l'organiser, j'en serais extrêmement heureux. Mais cette démarche qui ne serait pas inutile ne doit toutefois pas empêcher la progression des réformes. Un débat général, dans lequel plusieurs ministres seraient concernés, pourrait permettre d'éclaircir certaines idées, de faire jaillir l'une ou l'autre suggestion, de mieux dégager des possibilités de consensus. Toutefois, ne cultivons pas l'illusion qu'un grand débat de ce genre pourrait tout résoudre.

De nombreux intervenants ont évoqué le problème de l'offre dans le secteur des soins de santé, et plus particulièrement de l'offre médicale. Sur ce dernier point, je m'étonne des informations imprécises qui circulent parfois.

Par définition, en tant que ministre des Affaires sociales, je ne suis pas responsable de l'enseignement. J'ai cependant estimé que le Gouvernement devait s'exprimer avec force à ce sujet. Dès juillet de l'an passé, j'ai adopté une position claire en faveur du *numerus clausus* pour les études de médecine. Je n'ai pas changé d'avis. Il a été question d'une loi d'établissement. En effet, dans l'administration, des fonctionnaires préparent des textes et tentent de convaincre le ministre de leur bien-fondé. C'est leur droit; je regrette seulement qu'ils répandent ces informations à l'extérieur. Personnellement, je ne suis pas favorable à une loi d'établissement, car je pense qu'elle conduirait à des injustices et des difficultés considérables.

Par contre, je suis un converti au *numerus clausus*, même si je reconnais très volontiers que cette mesure n'a pas toujours eu ma faveur. J'ai fait adopter cette position par le Gouvernement. J'ai déjà établi un contact avec les Communautés qui m'ont transmis un avis relativement positif par le truchement des collaborateurs des ministres concernés. J'ai bien l'intention de jouer encore de mes possibilités de conviction, mais force est de constater que cette matière n'est plus du niveau national. Vous ne pouvez donc pas me demander plus que ce que j'ai fait. Je crois d'ailleurs avoir quelque peu « dégelé » un débat jusqu'à présent très difficile.

Je voudrais également dire quelques mots du problème que l'on qualifie de transferts Nord-Sud. Je n'échapperai pas à ce vocabulaire qui me paraît pourtant — je l'ai dit en commission — très mal adapté à la situation, et ce pour deux raisons.

Le premier motif a déjà été évoqué: par définition, un système social est un système de transfert entre les personnes. La seconde raison réside dans la complexité du problème. Sur le plan social,

l'acceptation de ce système implique des logiques de transfert. Des éléments peuvent alors être considérés comme injustifiés si la législation, la réglementation ou des habitudes — ces dernières rendant encore le problème plus difficile et plus délicat — ne permettent pas l'égalité de traitement pour tous les gens sur l'ensemble du territoire.

Parlant des habitudes, je me permettrai de les aborder par le petit bout de la lorgnette, ce que M. Moens aurait d'ailleurs dû faire pour animer son feu d'artifice ! Vous avez peut-être entendu parler des résultats d'une étude réalisée sur la consommation du beurre dans notre pays. Très curieusement, il apparaît que les Wallons en font une plus grande utilisation que les néerlandophones, constatation qui pourrait être considérée comme liée à la production. Or, à Bruxelles, les francophones utilisent également plus de beurre que les néerlandophones. Dès lors, cette habitude peut être strictement qualifiée de « culturelle » au sens large du terme. Ce type de comportement, s'il se limite à la consommation du beurre, n'engendre pas de conséquences très graves. Néanmoins, on constate que les maladies cardiaques sont plus nombreuses chez les personnes qui consomment le plus de beurre, ce qui prouve l'extrême complexité de la problématique.

Cela étant, je ne suis pas de ceux qui évitent le débat portant sur les transferts Nord-Sud qui fait actuellement partie de notre réalité politique. Ceux qui, comme moi, souhaitent que la sécurité sociale demeure nationale doivent ouvrir les yeux et accepter de prendre ce problème à bras-le-corps. A l'inverse de M. Dighneef, je ne me résous pas, intellectuellement, à accepter l'accomplissement de cette extraordinaire régression en termes de conception sociale. Etant historien, je connais la valeur de nos frontières politiques dont je pourrais vous parler durant des heures. Quoi qu'il en soit, notre pays a construit un système dont le modèle, si nous étions des pionniers, devrait être diffusé dans l'ensemble de l'Europe. Or, nous voulons restreindre ce système à nos Régions et Communautés ! Je pense avoir, malgré mon âge, d'assez fortes convictions. Personnellement, je considère que ce débat est fondamental. Je le perdrai peut-être, monsieur Dighneef ; je crois que vous en êtes d'ailleurs convaincu. J'ai néanmoins la volonté d'essayer de le gagner. A une échelle heureusement beaucoup plus modeste, j'estime, en effet, qu'un échec s'ajouterait aux horreurs qui affligent actuellement l'Europe. Agissant ainsi, le monde politique belge accepterait que soit pris à rebours le message humaniste répandu depuis le XVIII^e siècle.

Lors de mon entrée au gouvernement, animé par mes fortes convictions, j'ai repris les dossiers de mon prédécesseur. Accélérant le pas, j'ai continué à travailler sur la voie qu'il avait tracée. Je connais la nature des critiques qui sont formulées à mon égard. Je n'ignore pas que certains francophones les trouvent amusantes ! Lorsque j'ai pris les mesures relatives aux maisons de repos, *La Libre Belgique* a notamment titré : « Moureaux, le Flamand. » Ce genre de paradoxe me porte à sourire... Même si c'est quelque peu désuet, il se fait que j'ai une idée assez haute de la fonction ministérielle. En tant que responsable national, j'essaie — je sais que ce n'est jamais tout à fait possible — de prendre en considération les intérêts de tous ceux dont j'ai à m'occuper, et cela malgré que je sois francophone et d'origine wallonne, avec toutes les tares que cela implique aux yeux de certains. J'ai agi de cette façon en ce qui concerne les maisons de repos.

Pour ce qui est de la biologie clinique hospitalière, j'ai l'intention, dans les prochains jours, de renvoyer le dossier au comité de gestion de l'INAMI car les corrections qu'il m'a proposées me semblent insuffisantes par rapport à l'importance du défi et je voudrais lui présenter d'autres suggestions qui me paraissent plus adéquates. Veuillez donc noter, monsieur De Roo, que c'est un ministre francophone qui adopte cette attitude.

Je suis donc bien décidé à agir. Il est évident que si, à l'instar de certains hommes politiques, je tenais avant tout compte de mon électorat, je resterais passif. En effet, les deux matières que je viens d'évoquer concernent, dans une très large mesure, les habitants de la région dont je suis l'élu. Je ne me considère pas comme un héros mais simplement comme quelqu'un qui essaie de faire son devoir.

Ce projet de loi ne contient — il est vrai — qu'une seule disposition à ce sujet mais qui me semble importante pour le suivi du dossier. En commission, j'ai pris l'engagement — je le répète ici — de provoquer très rapidement une rencontre avec tous ceux qui seront représentés au sein du conseil général pour étudier la façon de mettre le futur système en place — dans un premier temps, un groupe de travail sera probablement constitué — et de récolter les renseignements, de manière à mieux objectiver le problème, et à pouvoir, le cas échéant, prendre des mesures dans d'autres domaines.

Il va de soi qu'en matière de biologie clinique ambulatoire, les mesures contenues dans ce projet permettront, du moins je l'espère, de modifier la situation actuelle et d'éliminer un des écueils — il en reste d'autres — de ce débat extrêmement difficile. Ces mesures sont d'ailleurs en voie de concrétisation grâce à l'effet d'annonces que nous avons utilisées au moins de novembre.

Je voudrais maintenant évoquer les rapports parfois difficiles que j'entretiens avec les principaux acteurs du secteur des soins de santé. Il est certain que nous vivons une époque très tourmentée à cet égard et que les dossiers à traiter sont complexes. Tout le monde est conscient de la nécessité de modifier le système en profondeur, ce qui provoque l'inquiétude des milieux concernés au premier chef par ces changements : médecins dentistes, infirmières, etc. L'ensemble des acteurs de ce secteur ressentent donc une réelle inquiétude, par ailleurs tout à fait légitime. Il est exact qu'il incombe au pouvoir politique de faire progresser les réformes et que la peur du neuf et du changement — ce sentiment est tout de même un des fondements les plus importants de l'âme humaine — ne doit pas l'inciter à interrompre son action. Toutefois, il doit s'efforcer d'être rassurant. Personnellement, je m'y emploie.

Je vous rappelle que, lors du conflit relatif aux honoraires médicaux, j'ai laissé agir les institutions concernées et ne suis intervenu qu'au tout dernier moment, lorsqu'il s'est révélé impossible d'obtenir un accord. J'ai alors présidé moi-même la commission médico-mutualiste et présenté une proposition. Vous aurez même constaté que la mayonnaise avait commencé à prendre. Ensuite, l'Absym s'est réunie, une majorité et une minorité se sont dégagées et il n'y a pas eu d'accord. Dès ce moment, j'ai décidé, comme la loi me le permet, de proposer directement aux médecins la revalorisation de leurs honoraires.

J'ignore comment tout cela se terminera mais, en ce qui me concerne, en cette affaire je ne perdrai pas de vue l'intérêt des malades. La manière dont le débat évolue me semble moins négative qu'on aurait pu le craindre.

J'ai pris connaissance aujourd'hui dans *Het Laatste Nieuws*, journal qui ne doit pas obligatoirement être favorable, du résultat d'une enquête réalisée à son initiative. Les personnes interrogées dans la profession devaient répondre à la question de savoir si elles étaient d'accord avec M. Moureaux ou avec M. Beckers. Le résultat obtenu — 50/50 — est finalement assez étonnant. Dans un débat de ce genre, cet élément n'est certes pas négligeable.

En ce qui concerne l'accord dento-mutualiste, je suis au pied du mur. A la fin de ces travaux, je me rendrai donc à mon cabinet et prendrai la décision très difficile qui sera rendue publique demain et qui illustre merveilleusement la puissance et l'impuissance d'un membre de l'Exécutif. Il peut en effet arrêter ou faire passer, aucune position intermédiaire n'est possible.

Je le répète, la décision que je prendrai ne sera de toute façon pas bonne. Je peux répondre aux impératifs budgétaires et de concertation dans le secteur ou faire passer certaines considérations sociales qui ne me paraissent pas négligeables. Je me trouve donc face à une situation très compliquée. Pour un ministre, il s'agit d'un moment extrêmement très délicat.

En ce qui concerne le problème de la médecine de première ligne, j'ai entendu beaucoup de plaidoyers en faveur de son renforcement et en suis très heureux car j'en suis un fervent partisan. Mes propositions en matière d'honoraires médicaux abondaient d'ailleurs déjà dans ce sens.

La suggestion de renforcer la première ligne — on en a parlé hier à la Chambre et aujourd'hui dans cette assemblée — en défavorisant la deuxième ligne me paraît fort intéressante et il conviendra sans doute de la mettre en œuvre rapidement.

J'en reviens au projet lui-même et plus particulièrement aux articles 11 et 81 qui ont donné lieu à un large débat sans doute parce que ces articles sont des plus importants.

L'article 11 définit la composition du conseil général et l'article 81 prévoit une procédure visant à trouver une solution au problème de la responsabilité des mutuelles.

En ce qui concerne la composition du conseil général, la critique selon laquelle la réforme est assez limitée me paraît fondée. Toutefois, en cette matière, la réforme est fondamentale grâce à l'introduction d'interlocuteurs sociaux à un niveau de décision.

J'ai pris connaissance des récentes réflexions de M. Bernaert de la FEB qui me paraissent en contradiction avec celles qu'il a émises voici quelques mois.

Ce que je vais dire maintenant ne sera sans doute pas tellement gentil, mais suis-je toujours gentil? (*Sourires.*) J'ai l'impression que les interlocuteurs sociaux, tant les patrons que les organisations des travailleurs, étaient très motivés mais qu'à présent, ils commencent à se dire que ce ne sera pas facile. (*Sourires.*) Il est vrai qu'on va leur demander de prendre des responsabilités à un moment très difficile de l'histoire de l'assurance maladie-invalidité. C'est incontestable, et je puis comprendre qu'après l'enthousiasme vienne le frémissement! J'espère qu'ils voudront bien prendre leurs responsabilités et je compte d'ailleurs les aider en proposant, dès que la loi sera votée, des mesures destinées à remettre sur les rails l'ensemble du système. Peut-être craignent-ils — mais il s'agirait d'une attitude peu correcte — qu'à peine installés, je leur réclame des propositions de 15 milliards d'économie dans le secteur. Je ne compte nullement agir ainsi. Je flirte assez souvent avec l'impopularité et suis disposé à continuer en faisant des propositions en cette matière.

La composition du conseil général avec l'introduction des interlocuteurs sociaux qui constitue l'élément de changement fondamental est-elle satisfaisante? Non, j'ai dû «moyenner», j'ai dû tenir compte de la puissance de certains, et c'est en fonction de cela que j'ai dû quelque peu modifier mon projet dans un premier temps, ce dont je ne me cache pas. Malgré tout, s'il n'est pas idéal, l'équilibre n'est pas mauvais, sinon je ne le défendrais pas. Si j'avais pu décider en dehors de toute pression, le résultat serait un peu différent, mais je trouve que celui obtenu n'est pas mauvais. Pourquoi? Parce que l'élément fondamental de la réforme est présent: le Gouvernement, les patrons et les syndicats, ceux qui amènent l'argent, sont largement majoritaires pour décider du budget.

Quant aux mutualités, qui sont tout de même les grands acteurs du système, je n'avais pas envisagé pour elles de voix délibératives, mais il existe des arguments en faveur de cette solution qui ne remet pas en cause les grands équilibres. Aussi, l'amendement adopté par la commission et élargissant la participation des membres à voix consultative est excellent. Je vous avoue que, depuis plusieurs mois, je le gardais en quelque sorte en réserve. J'avais espéré que mes collègues du Gouvernement me le proposeraient, mais ils ne l'ont pas fait... Quoi qu'il en soit, j'avais réfléchi à cet amendement qui, finalement, constitue une amélioration par rapport aux cinq voix initiales.

Bien sûr, un problème subsiste: tous les groupes ne seront pas représentés. Cette question constitue une petite scorie dans la réforme, mais elle est inévitable. En effet, pour représenter tous les groupes, un conseil général de soixante personnes serait nécessaire. En commission, j'avais indiqué que la constitution de ce conseil général était une sorte de pari. Les patrons et les syndicats enverront-ils des gens de grande qualité? Mèneront-ils vraiment ce grand débat sur la santé? Je l'espère, mais suis certain que si ce débat devait avoir lieu avec soixante personnes, les espoirs seraient réduits à néant.

Au moment de la discussion de l'article 81, je me permettrai de relire le commentaire que j'ai fait au nom du Gouvernement, afin qu'il soit publié aux *Annales parlementaires*. En effet, je veux suivre une ligne très claire en ce qui concerne l'article 81 relatif à la responsabilisation des mutuelles. Je voudrais dire à M. Lenssens

que le double amendement déposé en commission était non une modification mais une précision de la thèse défendue par le Gouvernement. Cet amendement s'inscrit clairement dans le commentaire que j'ai fait au nom du Gouvernement et que je rappellerai dans quelques instants. C'est important, car je ne veux pas donner l'impression que les choses ont été modifiées.

L'exposé de M. Moens, exposé comme toujours remarquable et intelligent, véritable feu d'artifice, m'a fort impressionné. A certains moments, M. Moens s'est livré à des pirouettes de logique formelle en indiquant, à plusieurs reprises, que nous nous dirigeons vers l'infini pour arriver à l'équilibre.

Cette démonstration s'applique également à d'autres situations, mais si l'on doit retenir l'argument selon lequel chaque fois que l'on établit un critère objectif, d'autres s'ensuivent automatiquement, on doit, à un moment donné, abandonner la notion même de critère objectif.

Je retiens de l'intervention de M. Moens que nous n'avons pas encore trouvé la solution. Le texte qui vous est proposé détermine une méthode et fixe une limite à ne pas dépasser. A ceux qui, dans nos deux grandes mutualités, ont encore l'une ou l'autre arrière-pensée, je dis qu'ils évoluent sur un terrain miné.

M'adressant à mes amis de la mutualité socialiste qui sont tentés de nous taxer d'immobilisme, je dirai que notre système de responsabilité est tellement gigantesque qu'il n'est pas respecté. Dans un régime démocratique, on ne peut indéfiniment maintenir un système qui n'est pas appliqué et il arrive que tout s'effondre. Si une solution raisonnable n'est pas trouvée dans les deux ans à venir, l'effondrement sera inévitable, d'autant que nous vivons dans une société qui se pluralise, se fracture et est de plus en plus méfiante à l'égard de ce type de phénomène.

M'adressant à mes amis de la mutualité chrétienne, je dirai que si certains d'entre eux pensent qu'ils vont «faire la peau des autres», ils feront la leur en même temps.

Autant je suis convaincu que notre système démocratique n'acceptera pas indéfiniment qu'une loi soit inappliquée, autant j'estime que si nous en arrivions à un système qui accorderait le quasi-monopole à une mutualité portant une étiquette philosophique, celle-ci devra, à un moment donné, disparaître en tant que telle.

La commission que je vais mettre en place devra compter parmi ses membres non pas les dirigeants des mutualités, mais des personnes qui connaissent bien les différentes sensibilités. J'espère que l'on me proposera des personnes disposant de l'ouverture nécessaire, comprenant l'intelligence du système et qui s'efforceront de remplir cette mission impossible. A mon sens, il s'agira de réunir un maximum de critères objectifs tout en prévoyant, pour compenser la difficulté exprimée par M. Moens, une zone supplémentaire devant permettre d'éponger les autres éléments, beaucoup plus difficiles à saisir.

Chaque fois que l'on met en place des systèmes basés sur des critères objectifs, il arrive un moment où l'on est obligé d'y adjoindre un petit élément forfaitaire pour améliorer la situation. Ce n'est bien entendu qu'un commentaire personnel.

Je termine par deux éléments. D'abord, le projet dont nous discutons est-il important ou non? S'agit-il d'une fausse réforme, d'une réforme ou d'une révolution? En tant qu'historien intéressé par le dix-huitième siècle, j'ai une idée assez précise de la question. En effet, au cours de mes travaux, je me suis surtout intéressé à l'époque de Marie-Thérèse et je connais un peu la période Joseph II. Ce sont deux beaux exemples de personnages politiques d'ampleur qui, globalement, avaient le même programme politique. Marie-Thérèse était une réformatrice et Joseph II, un révolutionnaire.

Les réformes que Marie-Thérèse a réussi à imposer dans nos régions étaient toujours liées aux institutions anciennes, soit qu'elles y ajoutaient un élément ou qu'elles en modifiaient certaines structures.

Certaines réformes pouvaient être radicales. Marie-Thérèse a, par exemple, voulu supprimer, à un certain moment, un organe important du gouvernement: le Conseil d'Etat. Officiellement, elle ne l'a pas fait. En réalité, elle a continué à nommer des conseil-

lers d'Etat mais ceux-ci ne se sont plus réunis. Formellement, l'institution existait toujours mais elle ne disposait plus d'aucun pouvoir!

Joseph II, quant à lui, a balayé toutes les structures existantes. Il a créé un conseil du gouvernement général. C'était là une idée très moderne qui constituait en quelque sorte une anticipation sur nos actuels conseils des ministres. Joseph II a donc de nouveau réuni tous les conseils et cette mesure a provoqué un tollé terrible.

Je vous avoue que j'ai été tenté par la méthode Joseph II. A la limite, j'aurais également voulu balayer les législations existantes. (*Rires.*) En effet, intellectuellement, cette idée était très séduisante. Cependant, cela ne se fait pas dans notre pays et de plus, j'ai beaucoup d'admiration pour Marie-Thérèse. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi la méthode thérésienne. Je vous ai donc proposé un projet qui constitue une réforme importante selon moi. Comme je l'ai dit à propos de l'article 11, elle redistribue, à un niveau supérieur, les grands rôles. Ce changement n'est pas négligeable mais, d'un autre côté, il ne peut être qualifié de changement révolutionnaire au niveau du système.

Par ailleurs, je suis également sensible à certaines critiques. Celle qui me paraît la plus justifiée concerne la commission de contrôle budgétaire. Sur ce point, en effet, je suis encore très insatisfait car, d'un point de vue rationnel, nous aurions pu aller plus loin en la matière. Mais alors, nous aurions dû bousculer davantage de grands intérêts.

Un intervenant a évoqué un article du *Soir* intitulé « Moureaux et Dehaene... renforcent les mutuelles ». Selon moi, celles-ci ont gardé un rôle important. Mais dorénavant, elles devront partager le pouvoir dans une plus grande mesure. Donc, au niveau du conseil général, un changement important intervient.

Objectivement, et sans préjuger des conséquences qui pourraient en résulter, cette réforme que vous avez bien voulu accepter en commission et qui, je l'espère, sera votée en séance publique, est loin d'être négligeable. Elle compte peut-être parmi les plus importantes proposées par le Gouvernement actuel.

J'en viens à ma deuxième considération. Dans des sujets comme celui qui nous occupe, il est très difficile de faire comprendre que les réformes de structures ont des conséquences sur la vie des gens, et cela au-delà des réformes elles-mêmes. En effet, le secteur de l'assurance maladie-invalidité touche de près la population. Si les réformes institutionnelles sont très importantes, pour le citoyen, elles relèvent en grande partie de l'abstrait. Or, la sécurité sociale fait partie du monde concret, de la réalité. Ce soir, j'aurai à prendre une décision à propos de l'accord dento-mutualiste. Cela signifiera que certaines personnes ne seront plus remboursées pour certains actes, qu'elles devront avancer de l'argent: c'est cela, la vie concrète.

Certes, ce projet a ce côté froid des réformes structurelles. Il se présente comme une sorte de squelette qu'il faudra à présent étoffer.

Le défi que le Gouvernement a souhaité surmonter — un autre essaierait d'en faire tout autant — est de maintenir notre système de sécurité sociale, de maintenir sa logique générale, sa capacité de protection des personnes et sa viabilité à travers un monde en mutation, un monde très restrictif — j'insiste sur le terme — par rapport à la vie sociale, et cette réalité est dure quand on est ministre des Affaires sociales de nos jours.

Je terminerai en reprenant une formule que j'ai précédemment mentionnée: « Qu'est-ce que les soins de santé? Est-ce notre volonté de repousser plus loin les limites de la mort ou est-ce notre volonté d'apporter davantage de bonheur? » Croyez bien qu'en posant cette question, je ne pense en aucun cas à l'euthanasie. Je pose le problème en termes beaucoup plus généraux. D'ailleurs, personnellement, je suis très heurté par certaines idées sur l'euthanasie.

Philosophiquement parlant, nous devons prendre conscience que, par notre système de soins de santé, c'est une part du bonheur de la population que nous préservons et qu'au-delà de la froideur d'une réforme de structure, c'est ce petit coin de bonheur que nous nous efforçons de lui assurer. (*Applaudissements.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer De Roo.

De heer De Roo. — Mijnheer de Voorzitter, een aantal weken geleden heb ik namens de CVP-fractie gezegd dat wij aan deze hervorming op een ernstige wijze wensten mee te werken en wij hebben dat ook gedaan.

Ik stel er prijs op de minister te danken voor het antwoord dat hij hier heeft gegeven en voor de constructieve bespreking in de commissie.

Er zijn 17 amendementen aangenomen. Dit is het gevolg van de goede sfeer in de commissie. Wij zijn ervan overtuigd dat er daardoor belangrijke verbeteringen aan het ontwerp zijn aangebracht.

Ik ben ook blij met het antwoord van de minister op het vlak van de financiële verantwoordelijkheid. Ook wij hebben geen fundamentele oplossing op zak voor een probleem dat reeds jaren bestaat. De minister heeft namens de Regering een belangrijk commentaar gegeven bij artikel 81, die is opgenomen in het verslag van de heer Taminiaux. Ik stel vast dat hij geen woord terug neemt van deze commentaar en dat de Regering dus bij haar standpunt blijft. Voor ons is dit voldoende.

Er zal dus een bijzondere commissie van experts worden belast met het zoeken naar een oplossing voor de twee bestaande problemen, namelijk de verdeling van de middelen over de ziekenfondsen en de problematiek van de aanzuivering van de rekening-courant van de ziekenfondsen bij het RIZIV. Wij rekenen erop dat er een oplossing wordt gevonden, dat er resultaten worden geboekt en ook dat het standpunt van de Regering door iedereen gerespecteerd zal worden. (*Applaus.*)

M. le Président. — La parole est à M. Hatry.

M. Hatry. — Monsieur le Président, à problème national, solution nationale! Il s'agit ici d'une des dernières chances de maintenir les principes de l'assurance maladie-invalidité nationale, à laquelle tous les partis politiques ont travaillé en collaboration avec les interlocuteurs sociaux lors de la mise au point de ce système. Je regrette que la concertation semble avoir eu lieu avec les interlocuteurs sociaux et que sur un point notamment, le ministre se soit montré plus révolutionnaire que réformiste, plus josphiste que thérésien, en ne recherchant pas de consensus avec l'opposition. Je compare cette attitude à celle du gouvernement de la RFA, confronté au même problème — et composé bien entendu d'une manière différente —, qui a tenté, à l'aide de solutions assez proches des vôtres, de trouver un consensus avec l'opposition. Cette tentative a été couronnée de succès sur un certain nombre de points. Je regrette que tel n'ait pas été le cas en ce qui concerne la réforme de l'assurance maladie-invalidité faisant l'objet de notre débat de ce jour.

M. le Président. — Plus personne ne demandant la parole dans la discussion générale, je la déclare close, et nous passons à l'examen des articles.

Daar niemand meer het woord vraagt in de algemene beraadslaging verklaar ik ze voor gesloten en bespreken wij de artikelen.

Je signale qu'une série d'amendements, signés par moins de trois membres, ont été présentés à différents articles du projet de loi en discussion.

Bij verschillende artikelen van het ontwerp van wet dat wij thans bespreken, zijn amendementen ingediend die door minder dan drie leden zijn ondertekend.

Puis-je considérer que ces amendements sont appuyés?

Worden deze amendementen gesteund? (*Talrijke leden staan op.*)

Ces amendements étant régulièrement appuyés, ils feront partie de la discussion.

Aangezien deze amendementen reglementair worden gesteund, maken ze deel uit van de bespreking.

Artikel één luidt:

Artikel 1. Het opschrift van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekten- en invaliditeitsverzekering wordt vervangen als volgt: «Wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.»

Article premier. Le titre de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est modifié comme suit: «Loi instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.»

De heer Anthuenis c.s. stelt voor dit artikel te doen vervallen.

M. Anthuenis et consorts proposent la suppression de cet article.

Het woord is aan de heer Anthuenis.

De heer Anthuenis. — Mijnheer de Voorzitter, voor dit amendement evenals voor de andere amendementen die ik heb ingediend, verwijs ik naar de schriftelijke verantwoording.

De Voorzitter. — De stemming over het amendement en de stemming over artikel 1 worden aangehouden.

Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article premier sont réservés.

Art. 2. Artikel 1 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepaling:

«Artikel 1. Deze wet stelt een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in; ze organiseert die in twee onderscheiden takken die betrekking hebben, de ene op de geneeskundige verstrekkingen, de andere op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, op de uitkering voor begrafeniskosten en op de moederschapsverzekering.»

Art. 2. L'article 1^{er} de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

«Article 1^{er}. La présente loi institue un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités; elle l'organise en deux secteurs distincts relatifs, l'un aux prestations de santé, l'autre aux indemnités d'incapacité de travail, à l'allocation pour frais funéraires et à l'assurance-maternité.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 3. Artikel 2 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 8 april 1965, 27 juni 1969 en 29 december 1990, wordt vervangen door de volgende bepaling:

«Art. 2. In deze wet wordt verstaan:

a) Onder «Instituut», het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

b) Onder «de minister», de minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Voorzorg behoort;

c) Onder «Algemeen Comité», het Algemeen Beheerscomité van het Instituut;

d) Onder «Algemene Raad», de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

e) Onder «Verzekeringscomité», het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

f) Onder «Bijzondere Diensten», de Diensten voor geneeskundige verzorging, voor uitkeringen, voor geneeskundige controle en voor administratieve controle;

g) Onder «Ziekenfonds», een ziekenfonds zoals bepaald in artikel 2, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;

h) Onder «Landsbond», een landsbond zoals bepaald in artikel 6 van voornoemde wet van 6 augustus 1990;

i) Onder «verzekeringsinstelling», een landsbond, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, en de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische spoorwegen;

j) Onder «rechthebbende», iedere persoon die aanspraak kan maken op de in deze wet vastgestelde prestaties;

k) Onder «gerechtigde» op geneeskundige verstrekkingen, de rechthebbenden als bedoeld in artikel 21, 1^o tot 9^o en 13^o; onder «gerechtigde» op uitkeringen, de rechthebbenden als bedoeld in artikel 45, § 1, van deze wet;

l) Onder «beoefenaar van de geneeskunst», de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de artsen, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, die wettelijk gemachtigd zijn om hun kunst uit te oefenen;

m) Onder «paramedisch medewerker», de verpleegkundigen, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthoptisten, de verstrekkers van prothesen en toestellen, de verstrekkers van implantaten, de licentiaten in de wetenschappen, die gemachtigd zijn om verstrekkingen te verlenen als bedoeld in deze wet;

n) Onder «zorgverstreker», de beoefenaars van de geneeskunst, de paramedische medewerkers, de verpleeginrichtingen, de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en de andere diensten en instellingen;

o) Onder «globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling», de som van alle partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen en van alle globale begrotingen, waarin is voorzien voor alle in artikel 23 vermelde geneeskundige verstrekkingen samen;

p) Onder «partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling» voor de in artikel 23 vermelde geneeskundige verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, het vooropgestelde jaarlijkse bedrag van de uitgaven dat de verschillende overeenkomsten- en akkoordcommissies niet mogen overschrijden;

q) Onder «globale begroting van de financiële middelen» voor een bepaald jaar en voor de geneeskundige verstrekkingen of groepen van verstrekkingen vermeld in artikel 23, het totaal uitgavenbedrag waarvoor de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen uitgevoerd in dat jaar of voor de forfaitaire bedragen verschuldigd voor dat jaar en voor die verstrekkingen of groepen van verstrekkingen.»

Art. 3. L'article 2 de la même loi, modifié par les lois des 8 avril 1965, 27 juin 1969 et 29 décembre 1990, est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 2. Dans la présente loi, on entend:

a) Par «Institut», l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

b) Par «le ministre», le ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions;

c) Par «Comité général», le Comité général de gestion de l'Institut;

d) Par le «Conseil général», le Conseil général de l'assurance-soins de santé;

e) Par «Comité de l'assurance», le Comité de l'assurance-soins de santé;

f) Par «Services spéciaux», les Services des soins de santé, des indemnités, du contrôle médical et du contrôle administratif;

g) Par «Mutualité», une mutualité telle que définie à l'article 2, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités;

h) Par «Union nationale», une union nationale, telle que définie à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 précitée;

i) Par «organisme assureur», une union nationale, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges;

j) Par «bénéficiaire», toute personne qui peut prétendre aux prestations prévues par la présente loi;

k) Par «titulaire» des prestations de santé, les bénéficiaires au sens de l'article 21, 1^o à 9^o et 13^o; par «titulaire» des indemnités, les bénéficiaires au sens de l'article 45, § 1^{er}, de la présente loi;

l) Par « praticien de l'art de guérir », les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les accoucheuses, légalement habilités à exercer leur art;

m) Par « auxiliaire paramédical », les praticiens de l'art infirmier, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les orthoptistes, les fournisseurs de prothèses et appareils, les fournisseurs d'implants, les licenciés en sciences, habilités à fournir des prestations au sens de la présente loi;

n) Par « prestataire de soins », les praticiens de l'art de guérir, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions;

o) Par « objectif budgétaire annuel global », la somme de tous les objectifs budgétaires annuels partiels et de tous les budgets globaux, prévue pour l'ensemble des prestations de santé visées à l'article 23;

p) Par « objectif budgétaire annuel partiel », pour les prestations de santé ou groupes de prestations visées à l'article 23, le montant annuel des dépenses prévues, que doivent respecter les différentes commissions de convention ou d'accord;

q) Par « budget global des moyens financiers » pour une année déterminée et pour les prestations de santé ou groupes de prestations visées à l'article 23, le montant total de dépenses pour lequel l'assurance-soins de santé intervient pour les prestations ou groupes de prestations effectués au cours de cette année ou pour les montants forfaitaires dus pour cette année et pour ces prestations de santé ou groupes de prestations.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 4. In artikel 5 *Squater* van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 4 april 1991 en gewijzigd bij de wet van 20 juli 1991, worden het tweede en het derde lid vervangen als volgt:

« De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regels volgens welke deze informatiegegevens bewaard moeten worden opdat hun bewijskracht naar herkomst en datum zou vaststaan. »

Art. 4. A l'article 5 *Squater* de la même loi, inséré par la loi du 4 avril 1991 et modifié par la loi du 20 juillet 1991, le deuxième et le troisième alinéas sont remplacés par la disposition suivante :

« Le Roi fixe les conditions et modalités de conservation de ces informations, pour certifier l'origine et la date à laquelle elles font foi. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 5. Artikel 6 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 6. Bij het ministerie van Sociale Voorzorg is er een Rijks-instituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het Instituut is een openbare instelling en geniet rechtspersoonlijkheid. Onverminderd artikel 147 *quater*, § 1, van deze wet, is het Instituut onderworpen aan de regelen welke de wet van 16 maart 1954 op de controle van sommige instellingen van openbaar nut vaststelt voor de in artikel 1, letter D, van die wet bedoelde instellingen. »

Art. 5. L'article 6 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 6. Il existe auprès du ministère de la Prévoyance sociale un Institut national d'assurance maladie-invalidité. L'Institut est un établissement public doté de la personne civile. Sans préjudice de l'article 147 *quater*, § 1^{er}, de la présente loi, l'Institut est soumis aux règles fixées par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public pour les établissements visés à l'article 1^{er}, D, de cette loi. »

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 6 luidt:

Art. 6. Artikel 7 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 30 juli 1964 en 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 7. Het in artikel 8 omschreven beheer van het Instituut wordt waargenomen door een Algemeen Beheerscomité dat samengesteld is uit een gelijk aantal:

a) Vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties en vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de zelfstandigen;

b) Vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties;

c) Vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

De Koning stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden vast en benoemt ze. Hij benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters. Hij bepaalt de werkingsregelen van het Algemeen Comité.

Twee regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van respectievelijk de minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Voorzorg behoort en de minister tot wiens bevoegdheid de Begroting behoort, wonen de vergaderingen van het Algemeen Comité bij. »

Art. 6. L'article 7 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 30 juillet 1964 et 8 avril 1965, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 7. La gestion de l'Institut telle que définie à l'article 8 est assurée par un Comité général de gestion composé en nombre égal:

a) De représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et de représentants des organisations représentatives des travailleurs indépendants;

b) De représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;

c) De représentants des organismes assureurs.

Le Roi détermine le nombre de ces représentants effectifs et suppléants et les nomme. Il nomme le président et les vice-présidents. Il fixe les règles de fonctionnement du Comité général.

Deux commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement, du ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions et du ministre qui a le Budget dans ses attributions, assistent aux réunions du Comité général. »

De heer Anthuenis c.s. stelt volgend amendement voor:

« In dit artikel wordt aan het artikel 7, eerste lid, c), van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, de volgende zin toegevoegd:

« Elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste één vertegenwoordiger. »

« Ajouter la phrase suivante à l'article 7, premier alinéa, c), proposé, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité:

« Chaque organisme assureur a droit à un représentant au moins. »

De stemming over het amendement en de stemming over artikel 6 worden aangehouden.

Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article 6 sont réservés.

Art. 7. Artikel 8 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en 8 april 1965 en bij het koninklijk besluit van 20 juli 1971, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 8. Het Algemeen Comité:

1° Waakt over de eenvormige toepassing van het statuut op alle personeelsleden;

2° Stelt de minister de wijzigingen voor in de personeelsformatie van de Algemene Diensten en, op advies van hun Comité of Algemene Raad, in die van de Bijzondere Diensten;

3° Doet onder de in het statuut gestelde voorwaarden uitspraak over de aanwerving, de benoeming, de dienstaanwijzing, de bevordering, het ontslag en de afzetting van het personeel van de Algemene Diensten, alsmede over de tuchtstraffen die het moeten worden opgelegd; het oefent deze bevoegdheid eveneens uit voor het personeel van de Bijzondere Diensten op voorstel van de Algemene Raad of het bevoegde Comité;

4° Verenigt in één document de begroting van de Algemene Diensten en van de Bijzondere Diensten van het Instituut en zendt het over aan de minister;

5° Maakt een gemeenschappelijke rekening op van de Algemene Diensten en van de Bijzondere Diensten van het Instituut en zendt deze over aan de minister;

6° Stelt de rekening vast en maakt de begroting op van de administratiekosten van het Instituut;

7° Wijst de in artikel 121, 1°, 3° tot 9° en 11° tot 18°, bedoelde inkomsten onder de in deze wet gestelde voorwaarden toe aan de Dienst voor geneeskundige verzorging en aan de Dienst voor uitkeringen;

8° Maakt een jaarverslag op over de activiteiten van de Algemene Diensten;

9° Brengt zijn advies uit over de in artikel 93, 5°, bedoelde voorstellen en bezorgt het aan de minister;

10° Beslist over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.

In geval van dringende noodzakelijkheid kan de administrateur-generaal de rechtsvordering inleiden. Die vordering wordt ter goedkeuring aan het Algemeen Comité voorgelegd op zijn eerstvolgende vergadering. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan.

11° Stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor. »

Art. 7. L'article 8 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965, ainsi que par l'arrêté royal du 20 juillet 1971, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 8. Le Comité général:

1° Veille à l'application uniforme du statut à l'ensemble du personnel;

2° Propose au ministre les modifications au cadre du personnel des Services généraux et, sur avis de leur Comité ou Conseil général, des Services spéciaux;

3° Se prononce dans les conditions prévues au statut sur le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel des Services généraux, ainsi que sur les sanctions disciplinaires à lui infliger; il exerce également cette compétence pour le personnel des Services spéciaux sur proposition du Conseil général ou du Comité compétent;

4° Regroupe en un document le budget des Services généraux et ceux des Services spéciaux de l'Institut et le transmet au ministre;

5° Etablit un compte commun des Services généraux et ceux des Services spéciaux de l'Institut et le transmet au ministre;

6° Arrête le compte et établit le budget des frais d'administration de l'Institut;

7° Affecte les ressources visées à l'article 121, 1°, 3° à 9° et 11° à 18°, dans les conditions prévues par la présente loi, au Service des soins de santé et au Service des indemnités;

8° Etablit un rapport annuel d'activité des Services généraux;

9° Emet son avis sur les propositions visées à l'article 93, 5°, et le transmet au ministre;

10° Décide des actions en justice dans le cadre de sa compétence.

En cas d'urgence, l'administrateur général peut introduire l'action en justice. Cette action est soumise, à l'approbation du Comité général, lors de sa plus prochaine séance. Si cette approbation est refusée, il y aura lieu à désistement de l'action intentée.

11° Etablit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 8. Artikel 9 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 9. De Algemene Diensten van het Instituut worden, onder het gezag van het Algemeen Comité, beheerd door de administrateur-generaal van dat Instituut, bijgestaan door een Directiecomité, samengesteld uit de ambtenaren die de in de titels III of IV en VII van deze wet ingestelde bijzondere diensten leiden.

De minister bepaalt, op voorstel van het Algemeen Comité, de in het eerste lid bedoelde Algemene Diensten.

Het Directiecomité wordt voorgezeten door de administrateur-generaal van het Instituut. »

Art. 8. L'article 9 de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1963, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 9. Les Services généraux de l'Institut sont gérés, sous l'autorité du Comité général, par l'administrateur général dudit Institut, assisté d'un Comité de direction composé des fonctionnaires dirigeant les Services spéciaux institués aux titres III ou IV et VII de la présente loi.

Le ministre détermine, sur proposition du Comité général, les Services généraux visés à l'alinéa 1^{er}.

Le Comité de direction est présidé par l'administrateur général de l'Institut. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 9. Artikel 10 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 10. Bij het Instituut wordt een Dienst voor geneeskundige verzorging ingesteld die belast is met de administratie van de verzekering voor geneeskundige verzorging. »

Art. 9. L'article 10 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 10. Il est institué, au sein de l'Institut, un Service des soins de santé chargé de l'administration de l'assurance-soins de santé. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 10. Het opschrift van afdeling II, hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

« Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging. »

Art. 10. L'intitulé de la section II du chapitre I^{er} du titre III de la même loi est remplacé par ce qui suit:

« Du Conseil général de l'assurance-soins de santé. »

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 11 luidt:

Art. 11. Artikel 11 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en 8 april 1965 en bij het koninklijk besluit van 30 juli 1964, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 11. De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging die samengesteld is uit:

a) Vijf leden die de overheid vertegenwoordigen en door de minister worden voorgedragen. Drie van de leden worden voorgedragen met instemming van respectievelijk de minister tot wiens bevoegdheid de Middenstand behoort, de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort en de minister tot wiens bevoegdheid de Begroting behoort;

b) Vijf leden die de representatieve werkgeversorganisaties en representatieve organisaties van de zelfstandigen vertegenwoordigen;

c) Vijf leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;

d) Vijf leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

e) Acht leden die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen van wie ten minste twee vertegenwoordigers van de beheerders van de verplegingsinrichtingen en ten minste twee vertegenwoordigers van de geneesheren.

De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen en de werkingsregels van de Algemene Raad. Hij benoemt de leden, de voorzitter en de twee ondervoorzitters. Hij kan onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangers benoemen.

De voorzitter en de leden bedoeld in het eerste lid, a), b), c) en d), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, e), hebben raadgevende stem.

Art. 11. L'article 11 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965 et par l'arrêté royal du 30 juillet 1964, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 11. Le Service des soins de santé est géré par un Conseil général de l'assurance-soins de santé composé:

a) De cinq membres représentant l'autorité qui sont proposés par le ministre. Trois de ces membres sont proposés en accord respectivement, avec le ministre ayant les Classes moyennes dans ses attributions, avec le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions et avec le ministre ayant le Budget dans ses attributions;

b) De cinq membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives des travailleurs indépendants;

c) De cinq membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;

d) De cinq membres représentant les organismes assureurs;

e) De huit membres représentant les prestataires de soins dont deux au moins représentant les gestionnaires d'établissement de soins hospitaliers et deux au moins représentant les médecins.

Le Roi fixe le mode de désignation des membres et les règles de fonctionnement du Conseil général. Il nomme les membres, le président et les deux vice-présidents. Il peut, dans les conditions qu'il détermine, nommer des membres suppléants.

Le président et les membres visés à l'alinéa 1^{er}, a), b), c) et d) ont voix délibérative. Les membres visés à l'alinéa 1^{er}, e), ont voix consultative.

De heer Anthuenis c.s. stelt volgend amendement voor:

« Aan het voorgestelde artikel 11, eerste lid, d), de volgende zin toe te voegen:

« De vijf leden zijn de vertegenwoordigers van de vijf meest representatieve ziekenfondsen. »

« Ajouter la phrase suivante à l'article 11, premier alinéa, d), proposé:

« Ces cinq membres sont les représentants des cinq mutuelles les plus représentatives. »

M. D'hondt et Mme Herzet proposent l'amendement que voici:

« A l'article 11 proposé, à la lettre d), compléter la phrase par les mots « soit un représentant par union nationale. »

« In het voorgestelde artikel 11, de zin sub d) aan te vullen met de woorden « d.w.z. één vertegenwoordiger per landsbond. »

La parole est à M. D'hondt.

M. D'hondt. — Monsieur le Président, je voudrais simplement souligner le fait que, dans sa réponse, le ministre ne m'a donné aucune assurance. Il a exprimé à nouveau l'importance qu'il attache au rôle du nouveau conseil général; il a fait part de son regret que toutes les professions paramédicales ne soient pas automatiquement représentées; il a fait mention du nouveau rôle des interlocuteurs sociaux ainsi que de son avis à l'égard de la participation des mutualités.

Dans ce domaine, il convient également, à mes yeux, de parler d'équilibre. Le ministre avait répondu en commission que si les chiffres le permettaient, il convenait d'essayer de trouver une solution qui garantisse la représentation de tous, mais que, par contre, quand ces chiffres se révélaient un peu justes, l'importance de chaque groupe devait être prise en considération.

Si l'amendement que nous avons déposé, à savoir la demande de représentation des cinq unions nationales les plus importantes, n'est pas adopté et si, pour notre part, nous pouvions admettre que la majorité reste la majorité, nous aurions cependant souhaité que le ministre donnât l'assurance que les petites unions nationales auraient au moins un représentant, ce que je considère comme un *minimum minimorum*; or, je n'ai pas entendu le ministre se prononcer à ce sujet.

M. le Président. — Mme Nélis et consorts proposent les amendements que voici:

« A. A l'article 11, premier alinéa, e), proposé, ajouter in fine la phrase suivante:

« L'un des médecins représente les médecins généralistes de première ligne. »

« A. Het voorgestelde artikel 11, eerste lid, e), aan te vullen als volgt:

« Een van de geneesheren vertegenwoordigt de eerstelijns-artsen. »

« B. Remplacer le dernier alinéa de l'article 11 proposé par ce qui suit:

« Le président et les membres visés au premier alinéa, a), b), c), d) et e) ont tous voix délibérative. »

« B. Het laatste lid van het voorgestelde artikel 11 te vervangen als volgt:

« De voorzitter en de leden bedoeld in het eerste lid, a), b), c), d) en e) zijn allen stemgerechtigd. »

La parole est à Mme Nélis.

Mme Nélis. — Monsieur le Président, ces amendements n'ont pas été déposés en commission; c'est pourquoi je souhaite particulièrement attirer l'attention de l'assemblée et du ministre.

L'amendement A tend simplement à ce qu'au moins un des deux médecins présents parmi les huit membres représentant les prestataires de soins représente les médecins généralistes de première ligne. Ils furent souvent évoqués dans ce débat; M. De Roo lui-même a dit à quel point il souhaitait un renforcement de leur rôle.

J'aimerais que le ministre puisse me donner une assurance sur ce point, auquel cas je pourrais retirer cet amendement.

L'amendement B reprend ce que j'ai dit dans mon intervention. Je ne m'entendrai donc pas sur ce point. J'estime que ce conseil serait plus équilibré si les prestataires de soins, en même temps que les mutuelles, bénéficiaient d'une voie délibérative.

Je pense que les objectifs budgétaires plus réduits vont contraindre les prestataires de soins à modifier leur comportement. Nous allons au-devant de difficultés s'ils ne sont pas associés aux décisions prises au sein de ce conseil général.

M. le Président. — La parole est à M. Moureaux, ministre.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le Président, en ce qui concerne la représentation des mutuelles, je compte consulter le collège intermutualiste.

Quant aux représentants des médecins, il me paraît évident qu'au moins un des deux médecins présents doit représenter les généralistes.

M. le Président. — La parole est à Mme Nélis.

Mme Nélis. — Monsieur le Président, je vous demande donc de considérer que notre amendement A à l'article 11 est retiré.

M. le Président. — L'amendement A est donc retiré.

Le vote sur les amendements et le vote sur l'article 11 sont réservés.

De stemming over de amendementen en de stemming over artikel 11 worden aangehouden.

Artikel 12 luidt:

Art. 12. Artikel 12 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965, 1 augustus 1985, 6 juli 1989 en 29 december 1990 en bij het koninklijk besluit van 20 juli 1971, wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 12. § 1. De Algemene Raad:

1° Bepaalt de algemene beleidslijnen, stelt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast en legt, na advies van het Verzekeringscomité, de globale begrotingen van de financiële middelen ter goedkeuring aan de minister voor;

2° Waakt over het financieel evenwicht van de verzekering voor geneeskundige verzorging, onder meer op basis van de kwartaalverslagen van de Commissie voor begrotingscontrole, zoals bepaald in artikel 12ter;

3° Maakt de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging op;

4° Stelt de rekeningen van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast;

5° Beslist over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.

In geval van dringende noodzakelijkheid kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging beslissen over de rechtsvordering.

Die vordering wordt ter goedkeuring aan de Algemene Raad voorgelegd op zijn eerstvolgende vergadering. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;

6° Onderzoekt het jaarverslag dat, wat de verplichte ziekteverzekering betreft, wordt opgesteld door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, alsook de verslagen die hem door de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor administratieve controle worden bezorgd ter uitvoering van de artikelen 79, eerste lid, 14°, en 93, eerste lid, 4°, en brengt binnen de door de Koning vastgestelde termijnen aan de minister verslag uit over de maatregelen die hij besloten heeft te nemen of die hij voorstelt;

7° Beslist, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, of de overeenkomsten en akkoorden die ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd, in overeenstemming zijn met de begroting;

8° Stelt het Algemeen Comité de aanwerving, de benoeming, de dienstaanwijzing, de bevordering, het ontslag en de afzetting voor van het personeel van de Dienst voor geneeskundige verzorging, alsmede de tuchtstraffen aan dat personeel op te leggen;

9° Stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor.

§ 2. De Algemene Raad zendt jaarlijks aan de Regering een omstandig rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land. Dit rapport omvat een evaluatie van de eventuele ongerechtvaardigde verschillen en voorstellen tot wegwerking ervan.

§ 3. Voor de bevoegdheden welke in § 1, 1°, 3°, 4° en 7°, worden gedefinieerd, worden de voorstellen slechts goedgekeurd indien zij de meerderheid van de stemmen halen van de leden van de Algemene Raad met beslissende stem, met inbegrip van de stemmen van alle leden van de groep bedoeld in artikel 11, eerste lid, a).

Art. 12. L'article 12 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965, 1^{er} août 1985, 6 juillet 1989 et 29 décembre 1990 et par l'arrêté royal du 20 juillet 1971, est remplacé par les dispositions suivantes:

« Art. 12. § 1^{er}. Le Conseil général:

1° Détermine les orientations de politique générale et fixe l'objectif budgétaire annuel global et soumet, après avis du Comité de l'assurance, à l'approbation du ministre les budgets globaux des moyens financiers;

2° Veille à l'équilibre financier de l'assurance-soins de santé, notamment sur la base des rapports trimestriels de la Commission de contrôle budgétaire, tels que prévus à l'article 12ter;

3° Etablit le budget de l'assurance-soins de santé;

4° Arrête les comptes de l'assurance-soins de santé;

5° Décide des actions en justice dans le cadre de sa compétence.

En cas d'urgence, le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé peut décider l'action en justice.

Cette action est soumise à l'approbation du Conseil général lors de sa plus prochaine séance. Si cette approbation est refusée, il y aura désistement de l'action intentée;

6° Examine le rapport annuel qui, pour ce qui est de l'assurance-maladie obligatoire, lui est transmis par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, ainsi que les rapports qui lui sont transmis par le Service du contrôle médical et le Service du contrôle administratif en exécution des articles 79, alinéa 1^{er}, 14°, et 93, alinéa 1^{er}, 4°, et fait dans les délais fixés par le Roi, rapport au ministre sur les mesures qu'il a décidé de prendre ou qu'il propose;

7° Décide, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la compatibilité budgétaire des conventions et accords soumis à l'approbation du Comité de l'assurance;

8° Propose au Comité général le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service des soins de santé, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger;

9° Etablit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi.

§ 2. Le Conseil général transmet annuellement au Gouvernement, un rapport circonstancié sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays. Ce rapport comprend une évaluation d'éventuelles distorsions injustifiées et des propositions visant à les corriger.

§ 3. Pour les compétences définies au § 1^{er}, 1°, 3°, 4° et 7°, les propositions ne sont approuvées que lorsqu'elles obtiennent la majorité des voix des membres du Conseil général ayant voix délibérative en ce compris les voix de tous les membres du groupe visé à l'article 11, alinéa 1^{er}, a).

De heer Anthuenis c.s. stelt volgend amendement voor:

« Aan het voorgestelde artikel 12, § 2, de volgende zin toe te voegen:

« Bij de vaststelling van ongerechtvaardigde verschillen worden de voorstellen van de Algemene Raad tot wegwerking ervan door de Regering binnen de zes maanden omgezet in een wetgevend initiatief. »

« Ajouter la phrase suivante à l'article 12, § 2, proposé:

« Les propositions du Conseil général visant à supprimer les distorsions injustifiées qui ont été constatées sont coulées dans les six mois, par le Gouvernement, dans une initiative législative. »

De stemming over het amendement en de stemming over artikel 12 worden aangehouden.

Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article 12 sont réservés.

Art. 13. Een afdeling *Ilbis*, met volgend opschrift, wordt ingevoegd in hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet:

« Afdeling *Ilbis*. — Commissie voor begrotingscontrole. »

Art. 13. Une section *Ilbis*, intitulée comme suit, est insérée dans le chapitre 1^{er} du titre III de la même loi:

« Section *Ilbis*. — De la Commission de contrôle budgétaire. » — Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 14 luidt:

Art. 14. Een artikel *12bis*, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd:

« Art. *12bis*. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wordt een Commissie voor begrotingscontrole ingesteld.

Die Commissie is samengesteld uit:

1° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden die de representatieve organisaties van de werkgevers en van de zelfstandigen vertegenwoordigen;

2° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;

3° Drie werkende en drie plaatsvervangende leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

4° Drie werkende en drie plaatsvervangende leden die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen;

5° Vier werkende en vier plaatsvervangende leden die door de minister worden voorgedragen wegens hun bevoegdheid inzake begrotings- en financiële aangelegenheden betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging, van wie één lid wordt voorgedragen met instemming van de minister tot wiens bevoegdheid de Begroting behoort;

6° De begrotings- en financieel adviseur, bedoeld in artikel 120bis, voor zover hij is aangewezen door de minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Voorzorg behoort en door de minister tot wiens bevoegdheid de Begroting behoort.

Alle leden zijn stemgerechtigd.

De Koning benoemt de onder de punten 1° tot 4° bedoelde leden van de Commissie voor begrotingscontrole op voorstel van de Algemene Raad. Hij benoemt de onder 5° bedoelde leden op voordracht van de minister. Het voorzitterschap van de Commissie wordt waargenomen door de in het tweede lid, 6°, bedoelde begrotings- en financieel adviseur. Indien geen begrotings- en financieel adviseur is aangewezen, wordt het voorzitterschap uitoefend volgens de door de Koning te bepalen regels.

De Commissie kan een beroep doen op deskundigen en op vertegenwoordigers van de Commissies belast met het sluiten van de overeenkomsten en de akkoorden.

De Koning bepaalt de werkingsregelen van de Commissie, alsmede de duur van het mandaat van de leden ervan. »

Art. 14. Un article 12bis, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 12bis. Il est institué, auprès du Service des soins de santé de l'Institut, une Commission de contrôle budgétaire.

Cette Commission est composée:

1° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants qui représentent les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et des indépendants;

2° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants qui représentent les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;

3° De trois membres effectifs et de trois membres suppléants qui représentent les organismes assureurs;

4° De trois membres effectifs et de trois membres suppléants qui représentent les prestataires de soins;

5° De quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants présentés par le ministre en raison de leur compétence dans les matières budgétaires et financières relatives à l'assurance soins de santé, parmi lesquels un membre est présenté en accord avec le ministre qui a le Budget dans ses attributions;

6° Du conseiller budgétaire et financier visé à l'article 120bis, dans la mesure où il est désigné par le ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions et le ministre qui a le Budget dans ses attributions.

Tous les membres ont voix délibérative.

Le Roi nomme les membres de la Commission de contrôle budgétaire visés aux points 1° à 4° sur proposition du Conseil général. Il nomme les membres visés au 5° sur présentation du ministre. La présidence de la Commission est assurée par le conseiller budgétaire et financier visé à l'alinéa 2, 6°. Si aucun conseiller budgétaire et financier n'est désigné, la présidence est exercée conformément les règles fixées par le Roi.

La Commission peut faire appel à des experts et à des représentants des Commissions chargées de conclure les conventions et les accords.

Le Roi fixe les règles de fonctionnement de la Commission ainsi que la durée du mandat de ses membres. »

Mme Nélis et consorts proposent l'amendement que voici:

« A l'article 12bis proposé, après le 6°, insérer un alinéa rédigé comme suit:

« Les membres repris aux 1°, 2°, 5° et 6°, ont voix délibérative. Les membres repris aux 3° et 4° ont voix consultative. »

In het voorgestelde artikel 12bis, na het 6° een nieuw lid in te voegen, luidende:

« De leden bedoeld in het 1°, 2°, 5° en 6°, zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het 3° en 4° hebben een raadgevende stem. »

La parole est à Mme Nélis.

Mme Nélis. — Monsieur le Président, je me réfère à ma justification, mais je rappelle que le ministre lui-même a estimé que la Commission de contrôle budgétaire est quelque peu déséquilibrée en raison du fait que les prestataires de soins et les mutuelles y ont voix délibérative.

M. le Président. — Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article 14 sont réservés.

De stemming over het amendement en de stemming over artikel 14 worden aangehouden.

Art. 15. Een artikel 12ter, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd:

« Art. 12ter. De Commissie voor begrotingscontrole brengt om het kwartaal aan de Algemene Raad, aan de Commissies belast met het sluiten van de overeenkomsten en de akkoorden, door de bemiddeling van het Verzekeringscomité, en aan de minister verslag uit over het beheer van de sector verzekering voor geneeskundige verzorging, alsmede over de ontvangsten en uitgaven ervan, in het bijzonder over de vooruitzichten ter zake en de verschillen de aspecten van de evolutie ervan.

De Commissie brengt met name aan de Algemene Raad, aan de Commissies belast met het sluiten van de overeenkomsten en de akkoorden, door de bemiddeling van het Verzekeringscomité, en aan de minister verslag uit over de uitgaven die voortvloeien uit de in titel III, hoofdstuk IV, afdelingen I en Ibis bedoelde overeenkomsten en akkoorden en uit de wijzigingen die worden voorgesteld in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in de artikelen 16, § 2, en 24; ze brengt aan de betrokken technische raden verslag uit over de uitgaven die voortvloeien uit die wijzigingen van de nomenclatuur. Ze oefent de specifieke bevoegdheden uit die haar worden toegekend door het artikel 34bis.

De Commissie heeft in het raam van haar opdracht de meest uitgebreide onderzoeksbevoegdheden, zonder evenwel toegang te hebben tot de individuele gegevens. Ze onderzoekt de verrichtingen die een financiële weerslag of een weerslag op de begroting hebben, krijgt inzage van alle dossiers en archieven en ontvangt van de Diensten van het Instituut alle inlichtingen die ze vraagt. Ze mag sommige van haar leden afvaardigen naar de vergaderingen van de Raden, Comités, Commissies en andere bij de diensten van het Instituut ingestelde organen waarvan de activiteiten een weerslag hebben op de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De Commissie is eveneens ermee belast de minister en de Algemene Raad te adviseren over alle financiële en begrotingsaspecten betreffende de in artikel 23, 5°, bedoelde farmaceutische producten. »

Art. 15. Un article 12ter, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 12ter. La Commission de contrôle budgétaire fait trimestriellement rapport au Conseil général, aux Commissions chargées de conclure les conventions et les accords par l'intermédiaire

du Comité de l'assurance et au ministre, sur la gestion du secteur de l'assurance soins de santé, ainsi que sur ses recettes et ses dépenses, en particulier sur les prévisions en la matière et les différents aspects de leur évolution.

La Commission fait, notamment, rapport au Conseil général, aux Commissions chargées de conclure les conventions et les accords par l'intermédiaire du Comité de l'assurance et au ministre, sur les dépenses résultant des conventions et accords visés aux sections I^{re} et I^{re}bis, du chapitre IV du titre III et des modifications proposées à la nomenclature des prestations de santé visée aux articles 16, § 2 et 24; elle fait rapport aux Conseils techniques concernés en ce qui concerne les dépenses résultant de ces modifications de la nomenclature. Elle exerce les compétences spécifiques qui lui sont attribuées par l'article 34bis.

La Commission dispose des pouvoirs d'investigation les plus larges dans le cadre de sa mission, sans toutefois avoir accès aux données individuelles. Elle examine les opérations ayant une incidence financière ou budgétaire, a accès à tous les dossiers et archives et reçoit des Services de l'Institut tous les renseignements qu'elle demande. Elle peut déléguer certains de ses membres aux réunions des Conseils, Comités, Commissions et autres organes institués auprès des Services de l'Institut dont les activités ont une incidence sur l'assurance soins de santé.

La Commission est également chargée de donner des avis au ministre et au Conseil général, sur tous les aspects financiers et budgétaires concernant les produits pharmaceutiques visés à l'article 23, 5^o.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 16. Het opschrift van afdeling III van hoofdstuk I van titel III wordt vervangen als volgt:

«Afdeling III. — De Wetenschappelijke Raad.»

Art. 16. L'intitulé de la section III du chapitre I^{er} du titre III est remplacé par ce qui suit:

«Section III. — Du Conseil scientifique.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 17. Artikel 13 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepaling:

«Art. 13. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Wetenschappelijke Raad ingesteld die belast is met het onderzoek van elk wetenschappelijk aspect in verband met de verzekering voor geneeskundige verzorging en de kwaliteit van de zorgverlening. Hij doet alle aanbevelingen die de wetenschappelijke vooruitgang, onder de beste voorwaarden inzake doelmatigheid, economie en kwaliteit, binnen het bereik van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen brengen.

De door de Wetenschappelijke Raad uitgebrachte adviezen worden bezorgd aan de minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Voorzorg behoort, aan de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, aan de Algemene Raad en aan het Verzekeringsc comité.»

Art. 17. L'article 13 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 13. Il est institué auprès du Service des soins de santé, un Conseil scientifique chargé d'examiner tout aspect scientifique en relation avec l'assurance soins de santé et la qualité de la dispensation des soins. Il fait 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, d'économie et de qualité.

Les avis émis par le Conseil scientifique sont transmis au ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions, au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, au Conseil général et au Comité de l'assurance.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 18. Artikel 14 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepaling:

«Art. 14. De Koning benoemt de voorzitter en de leden van de Wetenschappelijke Raad en bepaalt de werkingsregelen ervan.»

Art. 18. L'article 14 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 14. Le Roi nomme le président et les membres du Conseil scientifique et en détermine les règles de fonctionnement.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 19. Artikel 15 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, wordt opgeheven.

Art. 19. L'article 15 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, est abrogé.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 20. In hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet wordt een afdeling IIIbis ingevoegd met het volgend opschrift:

«Afdeling IIIbis. — Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.»

Art. 20. Dans le chapitre I^{er} du titre III de la même loi, il est inséré une section IIIbis intitulée comme suit:

«Section IIIbis. — Du Comité de l'assurance-soins de santé.»

Het woord is aan mevrouw Maes.

Mevrouw Maes. — Mijnheer de Voorzitter, ik wil het amendement dat door de heer Valkeniers in de commissie werd ingediend bij artikel 20, hier opnieuw indienen. Kan dat?

De Voorzitter. — U kan dat, mevrouw Maes. Ik vestig er echter de aandacht op dat deze werkwijze uiterst ongebruikelijk is. Indien u een amendement indient op het ogenblik dat het betrokken artikel wordt besproken, heeft in principe niemand kennis van dat amendement.

Mevrouw Maes. — De commissieleden zijn op de hoogte van het amendement van de heer Valkeniers. Ik heb trouwens tijdens mijn uiteenzetting naar dat amendement verwezen.

De Voorzitter. — Volgens het Reglement kan u het amendement indienen. Ik wijs er alleen op dat het ongebruikelijk is. Het is een eigenaardige handelwijze ten opzichte van de leden van de algemene vergadering.

De heer De Roo. — De nummering van de artikelen werd bovendien gewijzigd.

De Voorzitter. — Dat is een ander aspect. Mevrouw Maes zegt dat zij het amendement bij artikel 20 wil indienen.

De heer Lenssens. — Kan mevrouw Maes ons dan meedelen welk nummer het amendement van de heer Valkeniers in de commissie kreeg en wat het nummer is van het document? In het rapport worden immers de nummers van de amendementen niet vermeld, noch van de aangenomen noch van de verworpen amendementen. Als die gegevens niet zijn gekend wordt een amendement ingediend waarvan wij onmogelijk de inhoud kunnen opsporen.

De Voorzitter. — Mevrouw Maes, mag ik u een incidentele vraag stellen? Bent u nog van plan andere amendementen in te dienen?

Mevrouw Maes. — Mijnheer de Voorzitter, ik verkeerde in de overtuiging dat de amendementen die de heer Valkeniers in de commissie had ingediend, opnieuw in openbare vergadering waren ingediend. Indien mijn vraag tot onoverkomelijke moei-

lijkheden leidt, wil ik mij echter neerleggen bij uw beslissing dat de amendementen onontvankelijk zijn. Technisch ben ik niet in de mogelijkheid na te gaan of de amendementen inderdaad betrekking hebben op de nieuwe nummers van de artikelen.

De Voorzitter. — De amendementen zijn wel ontvankelijk, maar u zult begrijpen dat het voor uw collega's a fortiori onmogelijk is te volgen, wanneer u bij de verdediging van het amendement zelfs niet kunt refereren aan de documenten.

Mevrouw Maes. — Ik kan natuurlijk de tekst van het amendement voorlezen.

De heer De Roo. — Wij weten dan nog altijd niet bij welk artikel het amendement wordt ingediend.

Mevrouw Maes. — De verschillende amendementen van de heer Valkeniers hebben betrekking op het al dan niet stemgerechtigd zijn van een aantal leden in verschillende organen. De heer Valkeniers stelt voor alle leden op gelijke wijze te behandelen. Nu zijn sommige leden stemgerechtigd en anderen niet.

M. le Président. — La parole est à M. Moureaux, ministre.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le Président, il s'agit de l'amendement portant sur la composition du conseil général ainsi que sur la manière de voter.

Je signale à Mme Maes qu'elle pourrait alors voter en faveur de l'amendement déposé par Mme Nélis qui prévoit la même disposition.

Mevrouw Maes. — We zullen ons dan bij de stemming zeker aansluiten bij het amendement van mevrouw Nélis.

De Voorzitter. — Mevrouw Maes, u weet toch dat mevrouw Nélis een amendement heeft ingediend bij artikel 11, maar niet bij artikel 20. Samengevat kan ik dus zeggen dat u zich aansluit bij het amendement van mevrouw Nélis bij artikel 11 en bij artikel 20 dient u geen amendement in.

Dan breng ik artikel 20 in stemming.

Je mets aux voix l'article 20.

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 21 luidt:

Art. 21. Een nieuw artikel 15 luidend als volgt wordt ingevoegd in dezelfde wet:

« Art. 15. § 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld, dat samengesteld is uit:

a) Vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste één vertegenwoordiger;

b) Vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de geneesheren en van de tandheelkundigen;

c) Vertegenwoordigers van de officina-apothekers, de ziekenhuisapothekers en de apothekers-biologen;

d) Vertegenwoordigers van de beheerders van de verplegingsinrichtingen, van de diensten en instellingen vermeld in artikel 23, 12°, 13°, 14° en 19°, en van de inrichtingen voor revalidatie en herscholing;

e) Vertegenwoordigers van de paramedische medewerkers;

f) Vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties, en vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties en vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de zelfstandigen.

Het aantal onder b) tot e) vermelde leden is in totaal gelijk aan het aantal onder a) vermelde leden.

De leden bedoeld in het eerste lid, a) tot e), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, f), hebben raadgevende stem.

Ingeval er geen akkoord is aangaande de beslissingen die betrekking hebben op de medische honoraria, kunnen de leden die de representatieve organisaties van de geneesheren vertegenwoordigen, een schorsing van de ter zake gevoerde beraadslaging in het Verzekeringscomité vragen gedurende maximaal tien dagen om hen in staat te stellen hun verzet te motiveren. Deze termijn is niet verlengbaar.

§ 2. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden van het Verzekeringscomité worden voorgedragen, het aantal werkende leden en plaatsvervangers, alsmede de werkingsregels ervan. Hij benoemt de voorzitter en de twee ondervoorzitters alsmede de leden van het Verzekeringscomité.

Bij het benoemen van de leden wordt erop toegezien dat de vertegenwoordiging van eventuele minderheden verzekerd is. »

Art. 21. Un article 15 nouveau, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 15. § 1^{er}. Il est institué, auprès du Service des soins de santé, un Comité de l'assurance-soins de santé composé:

a) De représentants des organismes assureurs, chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins;

b) De représentants des organisations représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire;

c) De représentants des pharmaciens d'officines, des pharmaciens hospitaliers et des pharmaciens biologistes;

d) De représentants des gestionnaires d'établissements hospitaliers, des services et institutions visés à l'article 23, 12°, 13°, 14° et 19°, et des établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle;

e) De représentants des auxiliaires paramédicaux;

f) De représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de représentants des travailleurs indépendants;

Le nombre de membres repris sous b) à e) est globalement égal au nombre de membres repris sous a).

Les membres repris à l'alinéa 1^{er}, a) à e), ont voix délibérative. Les membres repris à l'alinéa 1^{er}, f), ont voix consultative.

En cas de désaccord sur les décisions se rapportant aux honoraires médicaux, les membres représentant les organisations représentatives du Corps médical peuvent demander pendant une période de dix jours maximum la suspension des délibérations du Comité de l'assurance à ce sujet afin de leur permettre de communiquer la motivation de leur opposition. Ce délai n'est pas renouvelable.

§ 2. Le Roi détermine le mode de présentation des membres du Comité de l'assurance, le nombre de membres effectifs et suppléants, ainsi que les règles de son fonctionnement. Il nomme le président et les deux vice-présidents, ainsi que les membres du Comité de l'assurance.

Lors de la nomination des membres, il est veillé à ce que la représentation d'éventuelles minorités soit assurée. »

Mme Herzet et M. D'hondt proposent l'amendement que voici:

« Au § 1^{er} de l'article 15 proposé, remplacer le deuxième alinéa par ce qui suit:

« Le nombre des membres repris sous a) est égal à la moitié du nombre global de membres repris sous b) à e). »

« In het voorgestelde artikel 15, § 1, het tweede lid te vervangen als volgt:

« Het aantal onder a) vermelde leden is gelijk aan de helft van het totaal aantal onder b) tot e) vermelde leden. »

La parole est à M. D'hondt.

M. D'hondt. — Monsieur le Président, cet amendement porte sur la composition du comité de l'assurance-soins de santé et sur la répartition de ses membres. Etant donné que, dans l'article tel qu'adopté en commission, le nombre de représentants des orga-

nismes assureurs est égal à celui des autres catégories — B, C, D et E — réunies, nous proposons de diminuer la représentation des organismes assureurs de moitié. Nous estimons que la proportion de 50 p.c. au niveau de la représentation au sein de ce comité est excessive. Nous voulons en revenir à la répartition qui était appliquée à l'ancien comité de gestion actuellement appelé à disparaître. Les organismes assureurs n'y représentaient que 27 p.c. de l'ensemble.

M. le Président. — Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article 21 sont réservés.

De stemming over het amendement en de stemming over artikel 21 worden aangehouden.

Art. 22. Een artikel 15bis, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd:

« Art. 15bis. Het Verzekeringscomité:

1° Stelt de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- en akkoordencommissies vast en zendt aan de Algemene Raad zijn voorstellen over teneinde een evenwichtige verdeling van de uitgaven tussen de verschillende sectoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging tot stand te brengen;

2° Stelt aan het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging voor;

3° Keurt de overeenkomsten en de akkoorden goed, rekening houdend met de beslissing van de Algemene Raad aangaande hun overeenstemming met de begroting, genomen onder de voorwaarden bedoeld in artikel 12, § 1, 7°;

4° Beslist over het doorsturen aan de minister van de voorstellen tot wijziging van de in artikel 16, § 2, en 24, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;

5° Bezorgt de overeenkomsten- en akkoordencommissies, indien correctiemaatregelen ontoereikend zijn, alle voorstellen betreffende de bijkomende correctiemaatregelen die moeten worden uitgevoerd;

6° Sluit, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, met de revalidatie- en herscholingsinrichtingen de in artikel 16, § 3, van deze wet bedoelde overeenkomsten;

7° Maakt een lijst op van de personen die gemachtigd zijn tot het verlenen van de in artikel 23, 1°, b), c), 4° en 4°bis, van deze wet bedoelde verstrekkingen;

8° Sprekt de in artikel 71, § 8, bedoelde straffen uit volgens de door de Koning vastgestelde procedure;

9° Maakt de teksten van de overeenkomsten op onder de in artikel 33 gestelde voorwaarden;

10° Sluit de in artikel 34septies bedoelde overeenkomsten;

11° Werkt de in deze wet bedoelde verordeningen uit, onder meer betreffende de voorwaarden voor het verkrijgen van recht op de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en stelt de voorwaarden vast waaronder de in artikel 23 bedoelde geneeskundige verstrekkingen worden vergoed;

12° Wijst de in artikel 122 bedoelde inkomsten die hem zijn toegekend, toe aan de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 123, § 1, 1°, 2° en 3°;

13° Bepaalt de regelen volgens welke de verzekeringsinstellingen hun rekeningen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging indienen en verantwoorden;

14° Stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor.»

Art. 22. Un article 15bis, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 15bis. Le Comité de l'assurance:

1° Fixe les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions et d'accords et transmet au Conseil général ses propositions en vue d'une répartition équitable des dépenses entre les différents secteurs de l'assurance-soins de santé;

2° Propose au Comité général le budget des frais d'administration du Service des soins de santé;

3° Approuve les conventions et accords, compte tenu de la décision du Conseil général sur leur compatibilité budgétaire, rendue dans les conditions de l'article 12, § 1^{er}, 7°;

4° Décide de la transmission, au ministre, des propositions de modifications de la nomenclature des prestations de santé, visée aux articles 16, § 2 et 24, § 1^{er};

5° Transmet, en cas de mesures de correction insuffisantes, aux Commissions de conventions et d'accords toutes propositions relatives aux mesures correctrices supplémentaires à réaliser;

6° Conclut avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, les conventions visées à l'article 16, § 3, de la présente loi;

7° Etablit la liste des personnes habilitées à fournir les prestations visées à l'article 23, 1°, b), c), 4° et 4°bis, de la présente loi;

8° Prononce les sanctions visées à l'article 71, § 8, selon la procédure fixée par le Roi;

9° Etablit les textes de conventions dans les conditions prévues à l'article 23;

10° Conclut les conventions visées à l'article 34septies;

11° Elabore les règlements visés par la présente loi concernant, notamment, les conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-soins de santé et fixe les conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations de santé visées à l'article 23;

12° Attribue aux organismes assureurs les ressources visées à l'article 122 qui lui sont affectées et ce, conformément aux dispositions de l'article 123, § 1^{er}, 1°, 2° et 3°;

13° Fixe les modalités suivant lesquelles les organismes assureurs introduisent et justifient leurs comptes auprès du Service des soins de santé;

14° Etablit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 23. Het opschrift van afdeling IV van hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

« Afdeling IV. — College van geneesheren-directeurs en Raad voor advies inzake revalidatie.»

Art. 23. L'intitulé de la section IV du chapitre I^{er} du titre III de la même loi est remplacé par ce qui suit:

« Section IV. — Du Collège des médecins-directeurs et du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 24. Artikel 16 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 8 april 1965, wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 16. § 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een College van geneesheren-directeurs ingesteld, dat tot taak heeft voor elk geval te beslissen of de programma's en verstrekkingen inzake revalidatie en herscholing ten bate van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste worden genomen door de verzekering. De Koning bepaalt de voorwaarden en de regels volgens welke die taak eveneens kan worden uitgevoerd door de in artikel 87 bedoelde adviseerend geneesheer.

§ 2. Als dat revalidatie- en herscholingsprogramma verstrekkingen omvat waarin de in deze paragraaf en in artikel 24, § 1, bedoelde nomenclatuur voorziet, mogen door de tussenkomst van het College van geneesheren-directeurs of van de adviseerend geneesheer voor die verstrekkingen geen andere vergoedingsvoorwaarden worden ingevoerd dan die welke in bovengenoemde nomenclatuur zijn bepaald.

Onverminderd de verstrekkingen die gedekt zijn door de in § 3 bedoelde overeenkomsten, stelt de Koning, op advies van het College van geneesheren-directeurs, de nomenclatuur van de in arti-

kel 23, 8°, bedoelde revalidatieverstrekkings vast, en wijzigt deze alsmede de toepassingsregelen ervan. Te dien einde wint het College van geneesheren-directeurs advies in van de Raad voor advies inzake revalidatie.

De Koning bepaalt en wijzigt, op advies van het College van geneesheren-directeurs, de lijst van de in artikel 23, 9°, bedoelde revalidatieverstrekkings, alsmede de toepassingsregelen ervan.

§ 3. Het College van geneesheren-directeurs maakt met de revalidatie- en herscholingsinrichtingen ontwerpen van met hen te sluiten overeenkomsten op en legt ze daartoe voor aan het Verzekeringscomité. De ontwerpen van de revalidatie-overeenkomsten worden eveneens medegedeeld aan de in artikel 12bis, 6°, bedoelde begrotings- en financieel adviseur.

§ 4. Het College bezorgt het Verzekeringscomité alle adviezen betreffende de toepassing, de interpretatie en de wijziging van de in artikel 24, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings, na ze te hebben medegedeeld aan de bevoegde Technische Raad die er zijn opmerkingen bijvoegt. Indien de bevoegde Technische Raad binnen dertig dagen na ontvangst van het advies geen opmerkingen heeft gemaakt, wordt hij geacht ermee in te stemmen.

Het bezorgt bovendien aan het Verzekeringscomité en aan de voornoemde begrotings- en financieel adviseur alle adviezen betreffende de toepassing en de interpretatie van voornoemde nomenclatuur van de revalidatieverstrekkings, na ze te hebben medegedeeld aan de Raad voor advies inzake revalidatie. Indien de Raad voor advies inzake revalidatie binnen dertig dagen na ontvangst van het advies geen opmerkingen heeft gemaakt, wordt hij geacht ermee in te stemmen. Bij de adviezen die aan de begrotings- en financieel adviseur worden bezorgd, wordt een door het College van geneesheren-directeurs opgemaakt verslag gevoegd aan de hand waarvan de financiële weerslag van die adviezen kan worden geëvalueerd.

§ 5. De samenstelling en de werkingsregelen van het College van geneesheren-directeurs worden door de Koning bepaald. Dat College wordt voorgezeten door een door de Koning aangewezen ambtenaar, geneesheer, van de Dienst voor geneeskundige verzorging.»

Art. 24. L'article 16 de la même loi, modifié par la loi du 8 avril 1965, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 16. § 1^{er}. Il est institué auprès du Service des soins de santé, un Collège des médecins-directeurs qui a pour mission de décider, dans chaque cas, de la prise en charge par l'assurance-soins de santé des programmes et des prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance-soins de santé. Le Roi détermine les conditions et modalités selon lesquelles cette mission peut également être exercée par les médecins-conseils visés à l'article 87.

§ 2. Lorsque ce programme de rééducation comporte des prestations prévues à la nomenclature visée au présent paragraphe et à l'article 24, § 1^{er}, l'intervention du Collège des médecins-directeurs ou celle des médecins-conseils ne peut introduire, pour ces prestations, d'autres conditions de remboursement que celles prévues à ladite nomenclature.

Sans préjudice des prestations couvertes par les conventions visées au § 3, le Roi établit et modifie, sur avis du Collège des médecins-directeurs, la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle visées à l'article 23, 8°, ainsi que ses règles d'application. A cette fin, le Collège des médecins-directeurs recueille l'avis du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle.

Le Roi établit et modifie, sur avis du Collège des médecins-directeurs, la liste des prestations de rééducation professionnelle visées à l'article 23, 9°, ainsi que ses règles d'application.

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs établit avec les établissements de rééducation fonctionnelle et professionnelle des projets de convention à conclure avec eux et les soumet, à cet effet, au Comité de l'assurance. Les projets de convention de rééducation fonctionnelle sont également communiqués au conseiller budgétaire et financier visé à l'article 12bis, 6°.

§ 4. Le Collège transmet au Comité de l'assurance, après l'avoir communiqué au Conseil technique compétent qui y joint ses observations, tout avis relatif à l'application, à l'interprétation et à la modification de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24, § 1^{er}. Si aucune observation n'a été formulée par le Conseil technique compétent dans un délai de trente jours de la réception de l'avis, il est réputé avoir approuvé ce dernier.

Il transmet en outre au Comité de l'assurance et au conseiller budgétaire et financier précité, après l'avoir communiqué au Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle, tout avis relatif à l'application et à l'interprétation de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle précitée. Si aucune observation n'a été formulée par ce Conseil dans un délai de trente jours de la réception de l'avis, il est réputé approuver ce dernier. La communication des avis au conseiller budgétaire et financier est accompagnée d'un rapport établi par le Collège des médecins-directeurs, permettant d'évaluer l'incidence financière desdits avis.

§ 5. La composition et les règles de fonctionnement du Collège des médecins-directeurs sont fixées par le Roi. Ce Collège est présidé par un fonctionnaire, médecin, du Service des soins de santé, désigné par le Roi.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 25. Artikel 17 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965 en 5 juli 1971, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Art. 17. § 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wordt een Raad voor advies inzake revalidatie ingesteld.

§ 2. De Raad voor advies inzake revalidatie is samengesteld uit :

1° Een voorzitter;

2° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van de mindervaliden;

3° Vier werkende en vier plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de revalidatiecentra; twee werkende en twee plaatsvervangende leden moeten geneesheren zijn die, volgens de door de Koning vastgestelde regels en voorwaarden, door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, zijn erkend als geneesheer, specialist inzake revalidatie;

4° Vier werkende en twee plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de medische faculteiten van de Belgische universiteiten;

5° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de door de Koning aangewezen beroepsorganisaties van de paramedische medewerkers die revalidatieverstrekkings uitvoeren;

6° Vier werkende en vier plaatsvervangende leden, doctors in de geneeskunde, die in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten worden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen.

De Koning kan de samenstelling van voornoemde Raad op voorstel van die Raad verruimen tot andere beroepen.

§ 3. De Raad voor advies inzake revalidatie heeft tot taak ten behoeve van het Verzekeringscomité :

1° De in artikel 16, § 2, bedoelde adviezen uit te brengen;

2° Advies uit te brengen op het gebied van de revalidatie-overeenkomsten die voornoemd Comité kan sluiten met de revalidatie-inrichtingen.

Deze adviezen worden geacht te zijn gegeven indien ze niet zijn geformuleerd binnen de termijn van een maand na het onderzoek.

§ 4. De Koning bepaalt de werkingsregelen van de Raad voor advies inzake revalidatie, alsmede de duur van het mandaat van de leden.

§ 5. De Koning benoemt de voorzitter en de leden van de Raad voor advies inzake revalidatie. »

Art. 25. L'article 17 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965 et 5 juillet 1971, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 17. § 1^{er}. Il est institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut, un Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle.

§ 2. Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle est composé :

1° D'un président;

2° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, présentés par les organisations représentatives des handicapés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° De quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, présentés par les centres de rééducation fonctionnelle, en nombre double de celui des mandats à attribuer; deux membres effectifs et deux membres suppléants doivent être des médecins agréés au titre de médecin spécialiste en réadaptation par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, suivant les modalités et conditions fixées par le Roi;

4° De quatre membres effectifs et de deux membres suppléants, présentés par les facultés de médecine des universités de Belgique, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

5° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants présentés, en nombre double de celui des mandats à attribuer, par les organisations professionnelles des auxiliaires paramédicaux désignés par le Roi, qui effectuent des prestations de rééducation fonctionnelle;

6° De quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, docteurs en médecine, présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Le Roi peut étendre la composition du présent Conseil à d'autres professions sur proposition dudit Conseil.

§ 3. Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle est chargé d'émettre, à l'intention du Comité de l'assurance :

1° Les avis prévus à l'article 16, § 2;

2° Des avis dans le domaine des conventions de rééducation fonctionnelle que ledit Comité peut conclure avec les établissements de rééducation fonctionnelle.

Ces avis sont censés être donnés s'ils ne sont pas formulés dans un délai d'un mois à dater de la demande.

§ 4. Le Roi fixe les règles de fonctionnement du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle, ainsi que la durée des mandats de ses membres.

§ 5. Le Roi nomme le président et les membres du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 26. Artikel 18 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 26. L'article 18 de la même loi, est abrogé.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 27. Afdeling IVbis van hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet, en artikel 18bis, ingevoegd bij de wet van 8 april 1965, worden opgeheven.

Art. 27. La section IVbis du chapitre I^{er} du titre III et l'article 18bis de la même loi, insérés par la loi du 8 avril 1965, sont abrogés.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 28. Het opschrift van afdeling V van hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 29 december 1990, wordt vervangen als volgt:

« Afdeling V. — Bijzonder solidariteitsfonds. »

Art. 28. L'intitulé de la section V du chapitre I^{er} du titre III de la même loi, modifié par la loi du 29 décembre 1990, est remplacé par ce qui suit:

« Section V. — Du fonds spécial de solidarité. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 29. Artikel 19 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 29 december 1990, wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 18. § 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een bijzonder solidariteitsfonds opgericht, dat wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 121 bedoelde inkomsten, waarvan het bedrag voor ieder kalenderjaar wordt vastgesteld door de minister.

§ 2. Het College van geneesheren-directeurs verleent aan de in de artikelen 21 en 22 bedoelde rechthebbenden, binnen de perken van de overeenkomstig § 1 vastgestelde financiële middelen, tegemoetkomingen in de kosten van de uitzonderlijke geneeskundige verstrekkingen die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur bedoeld in artikel 24, met inbegrip van de farmaceutische produkten die niet in aanmerking komen voor vergoeding krachtens de reglementaire bepalingen betreffende de vergoeding van de farmaceutische verstrekkingen, en die voldoen aan de volgende voorwaarden:

1° Duur zijn;

2° Betrekking hebben op een zeldzame aandoening die de vitale functies van de rechthebbende aantast;

3° Beantwoorden aan een indicatie die voor de rechthebbende op medisch-sociaal vlak absoluut is;

4° Een wetenschappelijke waarde en een doeltreffendheid bezitten die door de gezaghebbende medische instanties in ruime mate worden erkend;

5° Het experimenteel stadium voorbij zijn;

6° Voorgescreven zijn door een geneesheer die gespecialiseerd is in de behandeling van de betreffende aandoening en toestemming heeft om in België de geneeskunde uit te oefenen.

De Koning kan bepalen in welke omstandigheden de in artikel 87 bedoelde adviserend geneesheer kan beslissen de aanvraag niet door te sturen naar het College van geneesheren-directeurs.

Bovendien kan de Koning, na advies van de Wetenschappelijke Raad, een limitatieve lijst opmaken van de verstrekkingen waarvoor het bijzonder solidariteitsfonds een tegemoetkoming kan verlenen. Hij kan eveneens het maximumbedrag van de tegemoetkoming van het fonds vaststellen.

Als de aanvraag om tegemoetkoming betrekking heeft op farmaceutische produkten, verstrekt de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten of de Technische Farmaceutische Raad die zijn bedoeld in artikel 20, elk volgens zijn bevoegdheid, een voorafgaand advies aan het College van geneesheren-directeurs.

§ 3. De Koning stelt, na advies van het Verzekeringscomité, de aanvraagprocedure en de betalingswijze vast.

Het bijzonder solidariteitsfonds kan alleen een tegemoetkoming verlenen indien is voldaan aan de in dit artikel gestelde voorwaarden en indien de rechthebbenden hun rechten hebben doen gelden krachtens de Belgische of buitenlandse wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst.

§ 4. In afwijking van § 2 kan het College van geneesheren-directeurs beslissen dat het bijzonder solidariteitsfonds in behaftenswaardige gevallen het persoonlijk aandeel van de rechthebbende ten laste kan nemen voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen, alsook de reis- en verblijfskosten van de rechthebbende en, in voorkomend geval, van de persoon die hem vergezelt.

De Koning bepaalt, na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden waaronder en de regels volgens welke de tegemoetkoming mag worden toegekend.

§ 5. Behalve in geval van bedrieglijke handelingen verjaart de vordering tot terugvordering van de krachters de §§ 2 tot 4 toegekende bedragen, door verloop van drie jaren na het einde van de maand waarin de betaling is verricht. »

Art. 29. L'article 19 de la même loi, remplacé par la loi du 29 décembre 1990, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 18. § 1^{er}. Il est créé au sein du Service des soins de santé, un fonds spécial de solidarité financé par un prélèvement sur les ressources visées à l'article 121 dont le montant est fixé, pour chaque année civile, par le ministre.

§ 2. Le Collège des médecins-directeurs accorde des interventions aux bénéficiaires visés aux articles 21 et 22 dans les limites des moyens financiers fixés conformément au § 1^{er}, dans le coût des prestations de santé exceptionnelles qui ne figurent pas dans la nomenclature visée à l'article 24, y compris les produits pharmaceutiques qui ne sont pas susceptibles d'être admis au remboursement en vertu des dispositions réglementaires visant le remboursement des fournitures pharmaceutiques et qui répondent aux conditions suivantes :

1° Etre onéreuses;

2° Viser une affection rare et portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire;

3° Répondre à une indication présentant pour le bénéficiaire un caractère absolu sur le plan médico-social;

4° Présenter une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité;

5° Avoir dépassé le stade expérimental;

6° Etre prescrites par un médecin spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Le Roi peut déterminer les circonstances dans lesquelles le médecin-conseil visé à l'article 87 peut décider de ne pas transmettre la demande au Collège des médecins-directeurs.

De plus, le Roi peut, après avis du Conseil scientifique, établir une liste limitative des prestations pour lesquelles le fonds spécial de solidarité peut intervenir. Il peut également fixer le montant maximum de l'intervention du fonds.

Lorsque la demande d'intervention concerne des produits pharmaceutiques, le Conseil technique des spécialités pharmaceutiques ou le Conseil technique pharmaceutique visés à l'article 20, chacun suivant ses compétences, donne un avis préalable au Collège des médecins-directeurs.

§ 3. Le Roi fixe, après avis du Comité de l'assurance, la procédure de demande, ainsi que les modalités de paiement.

Le fonds spécial de solidarité peut uniquement accorder une intervention lorsque les conditions fixées dans le présent article sont remplies et lorsque les bénéficiaires ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge ou étrangère ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif.

§ 4. Par dérogation au § 2, le Collège des médecins-directeurs peut décider, dans des cas dignes d'intérêt, que le fonds spécial de solidarité peut prendre en charge la quote-part personnelle du bénéficiaire pour des prestations de santé, dispensées à l'étranger, ainsi que les frais de voyage et de séjour du bénéficiaire et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne.

Le Roi détermine, après avis du Comité de l'assurance, les conditions et les modalités selon lesquelles l'intervention peut être accordée.

§ 5. Sauf en cas de manœuvres frauduleuses, l'action en récupération des sommes octroyées en vertu des §§ 2 à 4, se prescrit par trois ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 30. Artikel 19bis van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 29 december 1990, wordt opgeheven.

Art. 30. L'article 19bis de la même loi, inséré par la loi du 29 décembre 1990, est abrogé.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 31. Het opschrift van afdeling Vbis van hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 1989, wordt vervangen als volgt :

« Afdeling VI. — Overeenkomsten- en akkoordencommissies. »

Art. 31. L'intitulé de la section Vbis du chapitre I^{er} du titre III de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 1989, est remplacé par ce qui suit :

« Section VI. — Des Commissions de conventions et d'accords. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 32. Artikel 20 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 22 december 1989, 29 december 1990 en 20 juli 1991, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 19. De in de artikelen 26 en 34 bedoelde overeenkomsten en akkoorden worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging onderhandeld en gesloten door overeenkomsten- en akkoordencommissies waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van de betrokken beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen zitting hebben.

De samenstelling en de werkingsregelen van die Commissies worden door de Koning bepaald. Die Commissies kunnen eigener beweging aan de bevoegde Technische Raden of, voor de verstrekkingen die worden verleend door personen die behoren tot beroepen waarvoor geen Technische Raad bestaat, aan het Verzekeringscomité voorstellen doen tot aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Elk van die Commissies, uitgezonderd de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen en de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of door zijn afgevaardigde.

Deze kan beslissen dat Commissies samen kunnen vergaderen wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.

Een door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging aangewezen personeelslid van die Dienst staat in voor het secretariaat. »

Art. 32. L'article 20 de la même loi, modifié par les lois des 22 décembre 1989, 29 décembre 1990 et 20 juillet 1991, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 19. Les conventions et les accords prévus aux articles 26 et 34 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé, par des Commissions de conventions et d'accords groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés.

La composition et les règles de fonctionnement de ces Commissions sont fixées par le Roi. Ces Commissions peuvent, d'initiative, faire aux Conseils techniques compétents ou, pour les prestations dispensées par des personnes appartenant à des professions pour lesquelles il n'existe pas de Conseil technique, au Comité de l'assurance, des propositions d'adaptation de la nomenclature des prestations de santé.

Chacune de ces Commissions, à l'exception de la Commission nationale médico-mutualiste, et de la Commission nationale dento-mutualiste est présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué.

Celui-ci peut décider que des Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.

Le secrétariat est assumé par un agent du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire-dirigeant de ce Service. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 33. Het opschrift van afdeling VI van hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet, ingevoegd bij het koninklijk besluit nr. 408 van 18 april 1986, wordt vervangen als volgt:

« Afdeling VII. — Technische Raden. »

Art. 33. L'intitulé de la section VI du chapitre I^{er} du titre III de la même loi insérée par l'arrêté royal n° 408 du 18 avril 1986, est remplacé par ce qui suit:

« Section VII. — Des Conseils techniques. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 34. Artikel 20bis van dezelfde wet, ingevoegd bij het koninklijk besluit nr. 408 van 18 april 1986, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 20. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging worden een Technische Geneeskundige Raad, een Technische Farmaceutische Raad, een Technische Tandheelkundige Raad, een Technische Raad voor ziekenhuisverpleging, een Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten en een Technische Raad voor implantaten ingesteld. Deze Raden worden ingesteld bij de overeenkomsten- of akkoordencommissies welke ermede overeenstemmen, of bij gebreke daarvan, bij het Verzekeringscomité.

Die Raden doen de voorstellen en verstrekken de adviezen die zijn bedoeld in artikel 24, § 2.

De Technische Geneeskundige Raad en de Technische Tandheelkundige Raad zijn bevoegd om adviezen te geven over de interpretatie van de nomenclatuur, met name aan de beperkte kamers en aan de commissies van beroep, die respectievelijk bedoeld zijn in de artikelen 79, 9°, en 89 van deze wet. »

Art. 34. L'article 20bis de la même loi, inséré par l'arrêté royal n° 408 du 18 avril 1986, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 20. Il est institué, auprès du Service des soins de santé, un Conseil technique médical, un Conseil technique pharmaceutique, un Conseil technique dentaire, un Conseil technique de l'hospitalisation, un Conseil technique des spécialités pharmaceutiques et un Conseil technique des implants. Ces Conseils sont institués auprès des commissions de conventions et d'accords correspondantes ou, à défaut, auprès du Comité de l'assurance.

Ces Conseils font les propositions et donnent les avis prévus à l'article 24, § 2.

Le Conseil technique médical et le Conseil technique dentaire sont compétents pour donner des avis sur l'interprétation de la nomenclature, notamment aux chambres restreintes et aux commissions d'appel visées, respectivement, aux articles 79, 9°, et 89 de la présente loi. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 35. In dezelfde wet worden de artikelen 20bis en 20ter ingevoegd, luidend als volgt:

« Art. 20bis. § 1. De samenstelling en de werkingsregelen van de Technische Raden worden door de Koning bepaald. Elke Technische Raad wordt voorgezeten door een lid van het Verzekeringscomité dat door de Koning wordt aangewezen op de voordracht van genoemd Comité. De verzekeringsinstellingen en de betrokken beroepsorganisaties zijn daarin vertegenwoordigd onder de door de Koning bepaalde voorwaarden.

§ 2. De samenstelling van de Technische Geneeskundige Raad en de Technische Tandheelkundige Raad wordt door de Koning bepaald.

Twee derde van de stemgerechtigde leden van de Technische Geneeskundige Raad en van de Technische Tandheelkundige Raad zijn praktizerenden, door de Koning benoemd uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de faculteiten van geneeskunde van de Belgische universiteiten en door de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren en de tandheelkundigen, en één derde van de stemgerechtigde leden zijn doctors in de geneeskunde of tandheelkundigen, door de Koning benoemd uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen.

Elk van die Technische Raden wordt voorgezeten door een lid van het Verzekeringscomité, doctor in de geneeskunde of tandheelkundige, door de Koning benoemd op de voordracht van de betrokken Technische Raad.

De Koning bepaalt de duur van het mandaat van de voorzitter en van de leden.

Elk van die Technische Raden houdt op geldige wijze zitting indien ten minste de helft van de leden aanwezig is.

De beslissingen worden genomen bij eenvoudige meerderheid van de leden die aan de stemming deelnemen, waarbij geen rekening wordt gehouden met de onthoudingen. De voorzitter is niet stemgerechtigd.

§ 3. De in artikel 20, tweede lid, bepaalde voorstellen of adviezen van die Technische Raden worden door hun voorzitter meegedeeld aan de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie.

§ 4. Elke van die Technische Raden maakt zijn huishoudelijk reglement op dat aan de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd. »

« Art. 20ter. De Koning kan andere Technische Raden instellen. »

Art. 35. Les articles 20bis et 20ter, rédigés comme suit, sont insérés dans la même loi:

« Art. 20bis. § 1^{er}. La composition et les règles de fonctionnement des Conseils techniques sont fixées par le Roi. Chaque Conseil technique est présidé par un membre du Comité de l'assurance, désigné par le Roi, sur proposition dudit Comité. Les organismes assureurs et les organisations professionnelles concernées y sont représentés dans les conditions fixées par le Roi.

§ 2. La composition des Conseils techniques médical et dentaire est fixée par le Roi.

Les membres du Conseil technique médical et du Conseil technique dentaire sont, à concurrence des deux tiers des membres ayant voix délibérative, des praticiens nommés par le Roi sur présentation en listes doubles des facultés de médecine des universités de Belgique et des organisations professionnelles représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire, et, à concurrence d'un tiers des membres ayant voix délibérative, des docteurs en médecine ou des praticiens de l'art dentaire, nommés par le Roi sur présentation en listes doubles des organismes assureurs.

Chacun de ces Conseils techniques est présidé par un membre du Comité de l'assurance, docteur en médecine ou praticien de l'art dentaire, nommé par le Roi, sur proposition du Conseil technique intéressé.

Le Roi fixe la durée des mandats du président et des membres.

Le siège de chacun de ces Conseils techniques est valablement constitué lorsque la moitié des membres au moins sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. Le président n'a pas voix délibérative.

§ 3. Les propositions ou les avis de ces Conseils techniques, prévus à l'article 20, alinéa 2, sont communiqués par leur président à la Commission de conventions ou d'accords correspondante.

§ 4. Chacun de ces Conseils techniques établit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi. »

« Art. 20ter. Le Roi peut instituer d'autres Conseils techniques. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 36. Een afdeling VIII, houdende het artikel 20^{quater} en luidend als volgt, wordt ingevoegd in hoofdstuk I van titel III van dezelfde wet:

« Afdeling VIII. — Profielencommissies

Art. 20^{quater}. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging worden, voor de door de Koning aan te wijzen disciplines, Profielencommissies ingesteld die tot taak hebben een evaluatie van de profielen per verstrekker te maken die zijn opgemaakt op grond van de in artikel 135, tweede lid, opgelegde statistische tabellen.

De samenstelling en de werkingsregelen van die commissies worden door de Koning bepaald. De Koning benoemt de voorzitter en de leden van die Profielencommissies. »

Art. 36. Une section VIII, comprenant l'article 20^{quater} et rédigée comme suit, est insérée dans le chapitre I^{er} du titre III de la même loi:

« Section VIII. — Des Commissions de profils

Art. 20^{quater}. Il est institué, auprès du Service des soins de santé, pour les disciplines à déterminer par le Roi, des Commissions de profils qui ont pour mission de procéder à une évaluation des profils par prestataire établis à partir des cadres statistiques prescrits par l'article 135, deuxième alinéa.

La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions sont déterminées par le Roi. Le Roi nomme le président et les membres de ces Commissions de profils. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 37. In artikel 21, eerste lid, 2^o, van dezelfde wet, worden de woorden « of de werknemers die in moederschaprust zijn » ingevoegd tussen de woorden « arbeidsongeschikt zijn erkend » en « als bedoeld in deze wet ».

Art. 37. Dans l'article 21, alinéa 1^{er}, 2^o, de la même loi, les mots « ou les travailleuses qui se trouvent dans une période de repos de maternité » sont insérés entre les mots « incapables de travailler » et « au sens de la présente loi ».

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 38 luidt:

Art. 38. Artikel 24 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965, 7 juli 1966, 20 juli 1971, 8 augustus 1980, 1 augustus 1985 en 22 december 1989 en bij de koninklijke besluiten nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982, nr. 283 van 31 maart 1984 en nr. 500 van 31 december 1986, wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 24. § 1. De Koning stelt de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vast.

Die nomenclatuur somt die verstrekkingen op, bepaalt de betrekkelijke waarde ervan en stelt met name de toepassingsregelen ervan vast, alsmede de bekwaming vereist van de persoon die gemachtigd is om elk van die verstrekkingen te verrichten. De nomenclatuur van de in artikel 23, 5^o, bedoelde verstrekkingen wordt vastgesteld op grond van de aannemingscriteria die de Koning bepaalt en volgens welke die verstrekkingen kunnen worden ingedeeld in verschillende categorieën. Die aannemingscriteria hebben betrekking op de prijs en op de voorwaarden van therapeutische en sociale aard.

De Koning kan in genoemde nomenclatuur wijzigingen aanbrengen onder de in § 2 van dit artikel gestelde voorwaarden. De uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven zijn, voor alle beoefenaars van de geneeskunst, de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor de verstrekkingen die worden verleend in het raam van een georganiseerde wachtdienst.

Ann. parl. Sénat de Belgique - Session ordinaire 1992-1993
Parlem. Hand. Belgische Senaat - Gewone zitting 1992-1993

De Koning omschrijft de in artikel 23, 12^o, 13^o en 14^o, bedoelde verstrekkingen alsmede de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kostprijs van die verstrekkingen.

De Koning omschrijft de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kostprijs van de in artikel 23, 7^o, en artikel 23, 19^o, bedoelde verstrekkingen.

De in artikel 23, 15^o, bedoelde verstrekkingen omvatten de geneeskundige verstrekkingen, van welke aard ook, die in het kader van een bronkuur en tijdens het verblijf in één van de bedoelde plaatsen aan de rechthebbende worden verleend. De Koning stelt de kostprijs van die verstrekkingen vast en bepaalt de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kostprijs van die verstrekkingen.

§ 2. De Koning kan wijzigingen aanbrengen in de in § 1 bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

1^o Op grond van het door de bevoegde Technische Raad op eigen initiatief geformuleerde voorstel, dat wordt voorgelegd aan de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordcommissie, die beslist over het doorsturen aan het Verzekeringscomité;

2^o Op grond van het voorstel dat door de bevoegde Technische Raad wordt geformuleerd op verzoek van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordcommissie, die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité;

3^o Op grond van het door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordcommissie of het Verzekeringscomité uitgewerkte voorstel, waarvan de oorspronkelijke tekst behouden blijft of dat wordt gewijzigd nadat het voor advies is voorgelegd aan de bevoegde Technische Raad; dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de termijn van een maand na het verzoek.

De onder punt 3^o bedoelde procedure kan worden gevolgd:

a) Wanneer de bevoegde Technische Raad aan het onder punt 2^o bedoelde verzoek tot voorstel geen gevolg geeft binnen de termijn van een maand na de datum van ontvangst van het verzoek;

b) Wanneer de bevoegde Technische Raad een voorstel formuleert dat niet beantwoordt aan de in het verzoek vervatte doelstellingen; in dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de bevoegde Technische Raad gemotiveerd zijn.

4^o Op grond van de in artikel 34^{bis}, § 3, vastgestelde procedure;

5^o Op grond van de in artikel 34^{duodecies}, § 1, vastgestelde procedure.

Wanneer er voor het betrokken beroep geen Technische Raad is, worden de hiervoren bepaalde bevoegdheden uitgeoefend door de bevoegde overeenkomstencommissie. »

Art. 38. L'article 24 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965, 7 juillet 1966, 20 juillet 1971, 8 août 1980, 1^{er} août 1985 et 22 décembre 1989 et par les arrêtés royaux n^o 58 du 22 juillet 1982, n^o 132 du 30 décembre 1982, n^o 283 du 31 mars 1984 et n^o 500 du 31 décembre 1986, est remplacé par les dispositions suivantes:

« Art. 24. § 1^{er}. Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé.

Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. La nomenclature des soins visés à l'article 23, 5^o, est établie en fonction des critères d'admission que le Roi détermine et selon lesquels ces prestations peuvent être classées en différentes catégories. Ces critères d'admission concernent le prix et les conditions d'ordre thérapeutique et social.

Le Roi peut apporter des modifications à ladite nomenclature dans les conditions prévues au § 2. Les tarifs découlant de la nomenclature constituent pour tous les praticiens de l'art de guérir, le maximum des honoraires pouvant être exigés pour les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde organisé.

Le Roi détermine les prestations visées à l'article 23, 12°, 13° et 14°, et les conditions dans lesquelles l'assurance-soins de santé intervient dans le coût de ces prestations.

Le Roi définit les conditions dans lesquelles l'assurance-soins de santé intervient dans le coût des prestations visées à l'article 23, 7°, et à l'article 23, 19°.

Les prestations visées à l'article 23, 15°, comprennent les prestations de santé, de quelque nature que ce soit, qui sont dispensées au bénéficiaire dans le cadre d'une cure thermique et durant le séjour dans une des places concernées. Le Roi fixe le coût de ces prestations et détermine les conditions dans lesquelles l'assurance-soins de santé intervient dans le coût de ces prestations.

§ 2. Le Roi peut apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1^{er}:

1° Sur la base de la proposition formulée d'initiative par le Conseil technique compétent, soumise à la commission de conventions ou d'accords correspondante qui décide de sa transmission au comité de l'assurance;

2° Sur la base de la proposition formulée par le Conseil technique compétent à la demande de la commission de conventions ou d'accords correspondante qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

3° Sur la base de la proposition élaborée par la commission de conventions ou d'accords compétente ou par le Comité de l'assurance, maintenue dans son texte original ou amendée après avoir été soumise à l'avis du Conseil technique compétent; cet avis est censé être donné s'il n'est pas formulé dans le délai d'un mois à dater de la demande.

La procédure visée au 3° peut être suivie:

a) Lorsque le Conseil technique compétent ne donne pas suite à la demande de proposition visée au 2°, dans le délai d'un mois suivant à dater de la demande;

b) Lorsque le Conseil technique compétent formule une proposition ne répondant pas aux objectifs contenus dans la demande; dans ce cas, le rejet de la proposition du Conseil technique compétent doit être motivé.

4° Sur la base de la procédure prévue à l'article 34bis, § 3;

5° Sur la base de la procédure visée à l'article 34duodecies, § 1^{er}.

A défaut de Conseil technique pour la profession concernée, les compétences prévues ci-dessus sont exercées par la commission de conventions compétente. »

De heer Anthuenis c.s. stelt volgend amendement voor:

« In dit artikel het zesde lid van het voorgestelde artikel 24, § 1, te doen vervallen. »

« Supprimer le sixième alinéa de l'article 24, § 1^{er}, proposé. »

Het woord is aan de heer Anthuenis.

De heer Anthuenis. — Mijnheer de Voorzitter, ik trek mijn amendement in.

De Voorzitter. — Ik breng artikel 38 in stemming.

Je mets aux voix l'article 38.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 39. Artikel 24bis van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 7 juli 1966 en gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980, wordt opgeheven.

Art. 39. L'article 24bis de la même loi, inséré par la loi du 7 juillet 1966 et modifié par la loi du 8 août 1980, est abrogé.

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 40 luidt:

Art. 40. Artikel 25 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965, 7 juli 1966, 27 juni 1969, 26 maart 1970, 5 juli 1971, 8 augustus 1980, 10 februari 1981, 1 augustus 1985, 7 november 1987, 24 augustus 1988, 6 juli 1989, 22 december 1989, 29 december 1990 en 26 juni 1992 en bij de koninklijke besluiten nr. 22 van 23 maart 1982, nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982, nr. 408 van 18 april 1986, nr. 500 van 31 december 1986 en nr. 533 van 31 maart 1987 en bij het koninklijk besluit van 20 juli 1970, wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 25. § 1. Voor de in artikel 23, 1°, bedoelde hulp wordt de verzekeringstegemoetkoming vastgesteld op 75 pct. van de overeenkomstenhonoraria zoals ze zijn vastgesteld in artikel 29, §§ 1 en 2, van de honoraria die zijn bepaald in de in artikel 34 bedoelde akkoorden of van de honoraria die door de Koning zijn bepaald ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel.

Voor de gepensioneerden, de weduwnaars en weduwen, de wezen en degenen die invaliditeitsuitkeringen genieten, respectievelijk bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, 7° tot 9° en 13°, en 50, wier inkomen zoals het door de Koning is vastgesteld, niet meer bedraagt dan een door Hem bepaald jaarbedrag, alsmede voor de personen te hunnen laste, wordt de verzekeringstegemoetkoming evenwel vastgesteld op 90 pct. van de hen betreffende tarieven, behoudens wat de raadpleging van de geneesheren-specialisten betreft, waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 85 pct. van de hen betreffende tarieven bedraagt.

De Koning kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, op voorstel of na advies van het Verzekeringscomité, het aandeel van de rechthebbende afschaffen of beperken tot een bedrag dat Hij vaststelt; dat bedrag mag niet hoger zijn dan 25 pct. van de kostprijs van de verstrekking of van een groep van verstrekkingen die voortvloeien uit de overeenkomst of het akkoord.

De Koning kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de kinesitherapie- en fysiotherapieverstrekkingen verhogen zoals die verstrekkingen opgesomd zijn in de in artikel 24, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, ongeacht de bekwaliging van de zorgverstrekkers. Dat persoonlijk aandeel mag evenwel niet hoger zijn dan 40 pct. van de vastgestelde kostprijs. Voor de gepensioneerden, de weduwnaars en weduwen, de wezen en degenen die invaliditeitsuitkeringen genieten, respectievelijk bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, 7° tot 9° en 13°, en 50, wier inkomen zoals het door de Koning is vastgesteld, niet meer bedraagt dan een door Hem bepaald jaarbedrag, alsmede voor de personen te hunnen laste, mag dat persoonlijk aandeel evenwel niet hoger zijn dan 20 pct. van de hen betreffende tarieven.

§ 2. Een gedeelte van de kostprijs van de in artikel 23, 5°, bedoelde verstrekkingen kan voor rekening van de rechthebbenden worden gelaten, onder de voorwaarden die de Koning bepaalt bij een in Ministerraad overlegd besluit.

De Koning bepaalt onder welke voorwaarden dat persoonlijk aandeel kan worden afgeschaft of verminderd voor gepensioneerden, weduwnaars en weduwen, wezen en degenen die invaliditeitsuitkeringen genieten, respectievelijk bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, 7° tot 9° en 13°, en 50, wier inkomen zoals het door de Koning is vastgesteld, niet meer bedraagt dan een door Hem bepaald jaarbedrag, alsmede voor de personen te hunnen laste.

§ 3. Voor de in artikel 23, 5°, b) en c), bedoelde farmaceutische producten, die worden verstrekt aan de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, kan de Koning in bijzondere regelen voorzien met betrekking tot de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel van de rechthebbende.

Dat persoonlijk aandeel kan bestaan in een vast bedrag per verpleegdag, ten laste van alle in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, voor het geheel van de aldaar verstrekte farmaceutische producten als bedoeld in het vorige lid. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende kan eveneens betrekking hebben op de in het vorige lid bedoelde farmaceutische producten die niet zijn opgenomen in de in artikel 24 bedoelde nomenclatuur.

De ziekenhuizen mogen voor de kosten van bovenbedoelde farmaceutische produkten geen andere bedragen ten laste van de rechthebbenden aanrekenen dan het persoonlijk aandeel zoals het door de Koning is vastgesteld.

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, volgens de procedure die Hij vaststelt, beslissen dat de verzekerings-tegemoetkoming voor de in het eerste lid bedoelde farmaceutische produkten, die Hij vaststelt, geheel of gedeeltelijk kan bestaan uit een per verpleegdag vastgesteld forfaitair bedrag.

§ 4. De Koning kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, voorzien in een eenvormig persoonlijk aandeel, hetzij voor alle rechthebbenden, hetzij voor categorieën van rechthebbenden, in de kostprijs van de farmaceutische produkten.

§ 5. Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 23, 2°, 3°, 4° en 4°bis, die door geneesheren-specialisten worden verleend, wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaald op 100 pct. van de honoraria en de prijzen vastgesteld door de in de artikelen 26 en 34 bedoelde overeenkomsten of akkoorden of door het document bedoeld in artikel 34bis, § 2, vijfde lid, 2°, of door de Koning, ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel.

De Koning kan evenwel voorzien in een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige in artikel 23, 3°, 4° en 4°bis, bedoelde verstrekkingen.

§ 6. Voor de in artikel 23, 8° en 9°, bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaald op 100 pct. van de honoraria en prijzen, vastgesteld door de in artikel 15bis, 6°, bedoelde overeenkomsten.

Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.

De Koning stelt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, het bedrag vast van de honoraria die de zorgverstrekkers voor wie geen overeenkomst bestaat in de zin van artikel 26, op straffe van de toepassing van de in artikel 103 bedoelde sancties moeten naleven voor de in artikel 23, 8°, bedoelde verstrekkingen, die niet worden verricht in het raam van de in artikel 15bis, 6°, vermelde overeenkomsten. Daartoe kan Hij verwijzen naar de vermenigvuldigingsfactoren die zijn vastgesteld in de in artikel 26 bedoelde overeenkomsten en die worden toegepast op de in artikel 24 bedoelde betrekkelijke waarden. Hij stelt eveneens bij een in Ministerraad overlegd besluit het bedrag vast van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de prijzen en honoraria voor deze verstrekkingen.

§ 7. Voor de in artikel 23, 7°, bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming vastgesteld overeenkomstig de bepalingen ter zake van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. In de andere gevallen wordt ze door de minister vastgesteld.

Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.

§ 8. De Koning stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor de in artikel 23, 16° en 17°, bedoelde verstrekkingen, alsmede de voorwaarden voor de tegemoetkoming.

§ 9. De Koning stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor de in artikel 23, 18°, bedoelde verstrekkingen die Hij bepaalt, alsmede de voorwaarden voor de tegemoetkoming.

§ 10. De in artikel 29, § 2, bedoelde reiskosten en die welke zijn bepaald in de in artikel 34 bedoelde akkoorden, worden ten belope van 75 pct. door de verzekering voor geneeskundige verzorging vergoed wanneer de rechthebbende thuis wordt verzorgd of wanneer de reiskosten het gevolg zijn van het feit dat een geneesheer door de behandelend geneesheer ter consult wordt bijgeroepen.

In de eerste hypothese kunnen in de akkoorden of de overeenkomsten de regels voor de toekenning van die tegemoetkoming worden vastgesteld.

De Koning kan evenwel het persoonlijk aandeel in de reiskosten vaststellen op een forfaitair bedrag dat evenwel niet hoger mag zijn dan 50 pct. van de bedoelde kosten.

§ 11. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de in artikel 23, 10°, a) en 11°, bedoelde plaatsings- en reiskosten wordt door de minister vastgesteld.

§ 12. De minister stelt, op voorstel van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming vast voor de in artikel 23, 12°, 13° en 14°, bedoelde verstrekkingen.

De toekenning van die tegemoetkoming verhindert elke bijzondere tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de geneeskundige verzorging die is opgenomen in het in artikel 23, 12°, 13° en 14°, bedoelde verstrekkingenpakket zoals het door de Koning is vastgesteld.

§ 13. De Koning stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor de in artikel 23, 15°, bedoelde verstrekkingen.

De toekenning van die tegemoetkoming verhindert elke bijzondere tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de in artikel 23, 15°, bedoelde geneeskundige verstrekkingen zoals ze in artikel 24, § 1, zesde lid, zijn omschreven.

Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.

§ 14. Voor de in artikel 23, 19°, bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld overeenkomstig de bepalingen ter zake van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en van de uitvoeringsbesluiten ervan.

Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.

§ 15. Voor de in artikel 34duodecies, § 2, bedoelde verstrekkingen wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende gehandhaafd op het niveau dat van toepassing was voor het niet verminderd tarief.

Voor de in artikel 23, 1°, a), bedoelde verstrekkingen waarvoor, met toepassing van artikel 37quater, verschillende honoraria worden toegepast, wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende behouden op het peil dat geldt indien artikel 37quater niet van toepassing zou zijn.

§ 16. De Koning kan bepalen dat de verzekerings-tegemoetkoming van bepaalde door Hem aan te duiden geneeskundige verstrekkingen die onder de toepassing vallen van artikel 96 of van artikel 107bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, geheel of gedeeltelijk wordt opgeheven.

§ 17. Het in dit artikel bedoeld persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van de verzorging is in alle gevallen opeisbaar. Dat persoonlijk aandeel wordt verplicht geïnd voor de verstrekkingen inzake klinische biologie waarvan in zo'n aandeel is voorzien door de Koning. De Koning kan deze verplichting uitbreiden tot andere verstrekkingen, of voorzien in afwijkingen op deze verplichting. Hij bepaalt de toepassingsregels van deze bepaling. »

Art. 40. L'article 25 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965, 7 juillet 1966, 27 juin 1969, 26 mars 1970, 5 juillet 1971, 8 août 1980, 10 février 1981, 1^{er} août 1985, 7 novembre 1987, 24 août 1988, 6 juillet 1989, 22 décembre 1989, 29 décembre 1990 et 26 juin 1992 et par les arrêtés royaux n° 22 du 23 mars 1982, n° 58 du 22 juillet 1982, n° 132 du 30 décembre 1982, n° 408 du 18 avril 1986, n° 500 du 31 décembre 1986 et n° 533 du 31 mars 1987 et par l'arrêté royal du 20 juillet 1971 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 25. § 1^{er}. Pour les soins visés à l'article 23, 1°, l'intervention de l'assurance est fixée à 75 p.c. des honoraires conventionnels tels qu'ils sont fixés à l'article 29, §§ 1^{er} et 2, des honoraires prévus par les accords visés à l'article 34 ou des honoraires fixés

par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier.

Toutefois, en ce qui concerne les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité, respectivement visés aux articles 21, 1^{er} alinéa, 7^o à 9^o et 13^o, et 50 dont les revenus, tels qu'ils sont déterminés par le Roi, ne dépassent pas un montant annuel fixé par Lui, ainsi que les personnes à leur charge, l'intervention de l'assurance est fixée à 90 p.c. des tarifs qui les concernent, sauf en ce qui concerne la consultation des médecins-spécialistes pour laquelle l'intervention de l'assurance est de 85 p.c. des tarifs qui les concernent.

Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, sur proposition ou après avis du Comité de l'assurance, supprimer l'intervention du bénéficiaire ou limiter celle-ci à un montant fixé par Lui, qui ne peut être supérieure à 25 p.c. du coût de la prestation ou d'un groupe de prestations, tel qu'il résulte de la convention ou de l'accord.

Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, augmenter l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des prestations de kinésithérapie et de physiothérapie, comme ces prestations sont énumérées dans la nomenclature des prestations de soins de santé, visée à l'article 24, quelle que soit la qualification du dispensateur de soins. Cette intervention personnelle ne peut cependant être supérieure à 40 p.c. du coût fixé. Toutefois, en ce qui concerne les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité, respectivement visés aux articles 21, 1^{er} alinéa, 7^o à 9^o, et 13^o, et 50, dont les revenus, tels qu'ils sont déterminés par le Roi, ne dépassent pas un montant annuel fixé par Lui, ainsi que les personnes à leur charge, cette intervention personnelle ne peut pas être supérieure à 20 p.c. des tarifs qui les concernent.

§ 2. Une partie du coût des prestations visées à l'article 23, 5^o, peut être laissée à charge du bénéficiaire dans les conditions déterminées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le Roi détermine les conditions dans lesquelles cette intervention personnelle peut être supprimée ou réduite lorsqu'il s'agit de pensionnés, de veufs et veuves, d'orphelins et de bénéficiaires d'indemnités d'invalidité visés, respectivement, aux articles 21, 1^{er} alinéa, 7^o à 9^o et 13^o, et 50, dont les revenus, tels qu'ils sont déterminés par le Roi, ne dépassent pas un montant annuel fixé par Lui, ainsi que les personnes à leur charge.

§ 3. Pour les produits pharmaceutiques visés à l'article 23, 5^o, b) et c), qui sont délivrés aux bénéficiaires séjournant dans un hôpital, le Roi peut prévoir des règles particulières concernant l'intervention de l'assurance-soins de santé et l'intervention personnelle du bénéficiaire.

Cette intervention personnelle peut consister en un montant fixe par journée d'hospitalisation, à charge de tous les bénéficiaires séjournant dans un hôpital, pour l'ensemble des produits pharmaceutiques visés à l'alinéa précédent qui y sont délivrés. L'intervention personnelle du bénéficiaire peut également porter sur les produits pharmaceutiques visés à l'alinéa précédent, qui ne sont pas repris dans la nomenclature visée à l'article 24.

Les hôpitaux ne peuvent, pour les coûts des produits pharmaceutiques précités, porter en compte d'autres montants à charge des bénéficiaires que l'intervention personnelle telle qu'elle est fixée par le Roi.

Par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi peut, suivant la procédure qu'il détermine, décider que l'intervention de l'assurance pour les produits pharmaceutiques visés au premier alinéa, qu'il détermine, peut consister, totalement ou partiellement, en un montant forfaitaire fixé par journée d'hospitalisation.

§ 4. Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, prévoir une intervention personnelle uniforme, soit pour tous les bénéficiaires, soit pour des catégories de bénéficiaires, dans le coût des produits pharmaceutiques.

§ 5. Pour les prestations visées à l'article 23, 2^o, 3^o, 4^o et 4^obis, lorsqu'elles sont accomplies par des médecins-spécialistes, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100 p.c. des honoraires et des prix fixés par les conventions ou par les accords visés aux articles 26 et 34 ou par le document visé à l'article 34bis,

§ 2, alinéa 5, 2^o, ou par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier.

Toutefois, le Roi peut prévoir une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations visées à l'article 23, 3^o, 4^o et 4^obis.

§ 6. Pour les prestations visées à l'article 23, 8^o et 9^o, l'intervention de l'assurance-soins de santé est fixée à 100 p.c. des prix et honoraires fixés par les conventions prévues à l'article 15bis, 6^o.

Cette intervention peut être réduite dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant des honoraires que les prestataires de soins, pour lesquels il n'existe pas de convention au sens de l'article 26, sont tenus de respecter, sous peine de se voir appliquer les sanctions visées à l'article 103 pour les prestations visées à l'article 23, 8^o, qui ne sont pas effectuées dans le cadre des conventions visées à l'article 15bis, 6^o. A cet effet, il peut se référer aux facteurs de multiplication fixés dans les conventions visées à l'article 26 et qui s'appliquent aux valeurs relatives visées à l'article 24. Il détermine également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant de l'intervention de l'assurance-soins de santé dans les prix et honoraires de ces prestations.

§ 7. Pour les prestations visées à l'article 23, 7^o, l'intervention de l'assurance-soins de santé est fixée conformément aux dispositions prévues en la matière par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Dans les autres cas, elle est fixée par le ministre.

Cette intervention peut être réduite, dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 8. Le Roi fixe l'intervention de l'assurance-soins de santé pour les prestations visées à l'article 23, 16^o et 17^o, ainsi que les conditions d'intervention.

§ 9. Le Roi fixe l'intervention de l'assurance-soins de santé pour les prestations visées à l'article 23, 18^o, qu'il détermine, ainsi que les conditions d'intervention.

§ 10. Les frais de déplacement visés à l'article 29, § 2, et ceux prévus par les accords visés à l'article 34 sont remboursés à concurrence de 75 p.c. par l'assurance-soins de santé lorsque le bénéficiaire est soigné à domicile ou lorsque les frais de déplacement résultent du fait qu'un médecin est appelé en consultation par le médecin traitant.

Dans la première hypothèse, les accords ou les conventions peuvent fixer les modalités d'octroi de cette intervention.

Le Roi peut cependant fixer l'intervention personnelle dans les frais de déplacement à un montant forfaitaire qui ne peut cependant pas être supérieur à 50 p.c. des frais concernés.

§ 11. L'intervention de l'assurance-soins de santé dans les frais de placement et les frais de voyage visés à l'article 23, 10^o, a) et 11^o, est fixée par le ministre.

§ 12. Le ministre fixe, sur proposition du Comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 23, 12^o, 13^o et 14^o.

L'attribution de cette intervention empêche toute intervention spéciale de l'assurance-soins de santé dans le coût des soins de santé figurant au paquet de soins visés à l'article 23, 12^o, 13^o et 14^o, tel qu'il a été déterminé par le Roi.

§ 13. Le Roi fixe l'intervention de l'assurance-soins de santé pour les prestations visées à l'article 23, 15^o.

L'attribution de cette intervention empêche toute intervention spéciale de l'assurance-soins de santé dans le coût des prestations de santé visées à l'article 23, 15^o, telles qu'elles sont définies à l'article 24, § 1^{er}, alinéa 6.

Cette intervention peut être diminuée dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 14. Pour les prestations visées à l'article 23, 19^o, l'intervention de l'assurance-soins de santé est fixée conformément aux dispositions prévues en la matière par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et ses arrêtés d'exécution.

Cette intervention peut être diminuée dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 15. Pour les prestations visées à l'article 34^{duodecies}, § 2, l'intervention personnelle du bénéficiaire est maintenue au niveau qui était applicable au tarif non réduit.

Pour les prestations visées à l'article 23, 1^o, a), pour lesquelles, en application de l'article 37^{quater}, des honoraires différents sont appliqués, l'intervention personnelle du bénéficiaire est maintenue au niveau qui serait en vigueur si l'article 37^{quater} n'était pas appliqué.

§ 16. Le Roi peut décider que l'intervention de l'assurance est totalement ou partiellement supprimée pour les prestations de santé faisant l'objet de l'application de l'article 96 ou de l'article 107^{bis} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, qu'il détermine.

§ 17. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des soins, visée dans cet article, est exigible dans tous les cas. Cette intervention personnelle est perçue obligatoirement pour les prestations de biologie clinique pour lesquelles une telle intervention est prévue par le Roi. Le Roi peut étendre cette obligation à d'autres prestations ou prévoir des dérogations à cette obligation. Il fixe les modalités d'application de cette disposition.

De heer Anthuenis c.s. stelt volgende amendementen voor:

« A. In dit artikel, § 13 van het voorgestelde artikel 25 te doen vervallen. »

« A. Supprimer le § 13 de l'article 25 proposé. »

« B. Aan het voorgestelde artikel 25 een § 18 toe te voegen, luidend als volgt:

« § 18. Er wordt een franchise ingevoerd. De Koning bepaalt de voorwaarden en modaliteiten van deze invoering. Hij houdt hierbij rekening met het inkomen. »

« B. Ajouter, à l'article 25 proposé, un § 18, rédigé comme suit:

« § 18. Une franchise est instaurée. Le Roi fixe les conditions et les modalités de cette instauration. Il tient compte des revenus pour ce faire. »

Het woord is aan de heer Anthuenis.

De heer Anthuenis. — Mijnheer de Voorzitter, ons amendement 40 A dat betrekking heeft op de bronkuren trekken wij in.

Het amendement 40 B dat verband houdt met de franchise willen wij behouden.

De Voorzitter. — De stemming over het amendement 40 B en de stemming over artikel 40 worden aangehouden.

Le vote sur l'amendement 40 B et le vote sur l'article 40 sont réservés.

Art. 41. Een hoofdstuk III^{bis}, met het volgend opschrift, wordt ingevoegd in titel III van dezelfde wet:

« Hoofdstuk III^{bis}. — Opmaken van de begroting voor geneeskundige verzorging. »

Art. 41. Un chapitre III^{bis}, intitulé comme suit, est inséré dans le titre III de la même loi:

« Chapitre III^{bis}. — De l'établissement du budget des soins de santé. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 42. Een artikel 25^{bis}, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd:

« Art. 25^{bis}. De Overeenkomsten- en Akkoordencommissies stellen, elk wat haar betreft, de middelen vast die ze voor de financiering van de behoeften van hun sector onontbeerlijk achten. Daartoe winnen ze het advies van de overeenstemmende Technische Raad in.

Er wordt eveneens rekening gehouden met de kwartaalverslagen van de Commissie voor begrotingscontrole. »

Art. 42. Un article 25^{bis}, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 25^{bis}. Les Commissions de convention et d'accord déterminent, chacune en ce qui la concerne, les moyens qu'elles estiment indispensables pour le financement des besoins de leur secteur. Elles recueillent, à cet effet, l'avis du Conseil technique correspondant.

Il est également tenu compte des rapports trimestriels de la Commission de contrôle budgétaire. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 43. Een artikel 25^{ter}, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd:

« Art. 25^{ter}. Het Verzekeringscomité onderzoekt alle gegevens die door de bevoegde commissies zijn bezorgd.

In voorkomend geval kan het Verzekeringscomité met een gemotiveerd verzoek de bevoegde commissies vragen de behoeften van hun subsector opnieuw te evalueren.

Het Verzekeringscomité doet een globaal voorstel, rekening houdende met de specifieke behoeften van de subsectoren en bezorgt dat voorstel aan de Algemene Raad en aan de Commissie voor begrotingscontrole. »

Art. 43. Un article 25^{ter}, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 25^{ter}. Le Comité de l'assurance examine toutes les données transmises par les commissions compétentes.

Le Comité de l'assurance peut, le cas échéant, inviter, par demande motivée, les commissions compétentes à procéder à une réévaluation des besoins de leur sous-secteur.

Il formule une proposition globale tenant compte des besoins spécifiques des sous-secteurs et transmet cette proposition au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 44. Een artikel 25^{quater}, luidend als volgt, wordt ingevoegd in dezelfde wet:

« Art. 25^{quater}. § 1. Vóór 1 juli van het jaar dat het begrotingsjaar voorafgaat en rekening houdend met het globaal voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 25^{ter}, en met het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, keurt de Algemene Raad de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging goed en stelt de globale begrotingen voor van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is.

§ 2. Indien de begrotingsdoelstelling niet wordt goedgekeurd, stelt de Algemene Raad de minister hiervan in kennis. In dat geval bepaalt de Ministerraad, op voorstel van de minister, het bedrag van de jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van strekkingen waarvoor dat systeem van toepassing is.

§ 3. De Algemene Raad of de minister, naar gelang het geval, delen de beslissingen inzake de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en inzake de globale begrotingen van de financiële middelen mede aan het Verzekeringscomité. Op basis van deze beslissingen stelt het Verzekeringscomité de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen vast die aan de overeenkomsten- en akkoordencommissies worden medegedeeld onder de voorwaarden bepaald in artikel 34^{bis}. »

Art. 44. Un article 25^{quater}, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 25^{quater}. § 1^{er}. Compte tenu de la proposition globale du Comité de l'assurance, visée à l'article 25^{ter}, et de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire et avant le 1^{er} juillet de l'année précédent l'exercice budgétaire, le Conseil général approuve

l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance-soins de santé et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.

§ 2. En cas de non-approbation, le Conseil général en avise le ministre. Dans ce cas, sur proposition du ministre, le Conseil des ministres fixe le montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance-soins de santé et les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.

§ 3. Le Conseil général ou le ministre, selon le cas, communique les décisions relatives à l'objectif budgétaire annuel global et aux budgets globaux des moyens financiers au Comité de l'assurance. Ce dernier fixe, sur base de ces décisions, les objectifs budgétaires annuels partiels, qu'il communique dans les conditions prévues à l'article 34bis, aux commissions de convention et d'accord. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 45. § 1. Een artikel 25quinquies, luidend als volgt, wordt ingevoegd in dezelfde wet:

« Art. 25quinquies. Op voorstel of advies van de Algemene Raad kan de Koning de in artikel 34bis, §§ 2 en 3, bepaalde data en termijnen aanpassen. »

§ 2. De §§ 1, 4 en 5 van artikel 34bis van dezelfde wet worden opgeheven.

Art. 45. § 1^{er}. Un article 25quinquies, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 25quinquies. Le Roi peut, sur proposition ou avis du Conseil général adapter les dates et les délais mentionnés à l'article 34bis, §§ 2 et 3. »

§ 2. Les §§ 1^{er}, 4 et 5 de l'article 34bis de la même loi sont abrogés.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 46. In artikel 34 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 8 april 1965, 7 juli 1966, 27 juni 1969, 26 maart 1970, 22 december 1977, 8 augustus 1980 en 30 december 1990, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o Paragraaf 3, zevende lid, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« De geneesheren en tandheelkundigen die geen weigering tot toetreding tot de akkoorden betekend hebben, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien zij aan de bevoegde commissie, volgens de door de Koning te bepalen termijnen en regels, mededeling hebben gedaan van de voorwaarden inzake tijd en plaats, waaronder zij de daarin vastgestelde honorarium-bedragen niet zullen toepassen. »

2^o Aan dezelfde § 3 wordt een achtste lid toegevoegd, luidend als volgt:

« Buiten de uren en dagen medegedeeld overeenkomstig het voorgaande lid, worden de zorgverstrekkers geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de gerechtigden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden. »

Art. 46. A l'article 34 de la même loi, modifié par les lois des 8 avril 1965, 7 juillet 1966, 27 juin 1969, 26 mars 1970, 22 décembre 1977, 8 août 1980 et 29 décembre 1990, sont apportées les modifications suivantes:

1^o Le § 3, septième alinéa, est remplacé par la disposition suivante:

« Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié un refus d'adhésion aux accords, sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les délais et suivant les modalités à déterminer par le Roi, communiqué à la commission compétente les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés. »

2^o Au même § 3 est ajouté un huitième alinéa, libellé comme suit:

« En dehors des heures et des jours communiqués conformément à l'alinéa précédent, les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les titulaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 47. In artikel 34ter, ingevoegd bij de wet van 8 april 1965 en gewijzigd bij de wetten van 26 maart 1970 en 8 augustus 1980, worden in § 4, tweede lid, de woorden « binnen een maand na het bestreden feit of beslissing » vervangen door de woorden « binnen twee jaar na het bestreden feit of beslissing ».

Art. 47. A l'article 34ter, inséré par la loi du 8 avril 1965 et modifié par les lois des 26 mars 1970 et 8 août 1980, au § 4, deuxième alinéa, les mots « dans le mois qui suit le fait ou la décision contestés » sont remplacés par les mots « dans les deux ans qui suivent le fait ou la décision contestés ».

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 48 luidt:

Art. 48. Artikel 34quater van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 8 april 1965, 7 juli 1976, 30 december 1988 en bij de koninklijke besluiten nr. 408 van 18 april 1986 en nr. 533 van 31 maart 1987, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 34quater. De zorgverstrekkers van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering, zijn ertoe gehouden, in geval van rechtstreekse betaling, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld, waarop de verrichte verstrekkingen zijn vermeld, uit te reiken aan de rechthebbenden en aan de verzekeringsinstellingen; verstrekkingen opgenomen in de in artikel 24, § 1, bedoelde nomenclatuur, worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur.

De in het vorige lid bedoelde documenten mogen evenwel niet worden uitgereikt voor de verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens de duur van het in artikel 90 bedoelde verbod tot tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen.

De verzekeringsinstellingen mogen geen vergoeding toekennen indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het als zodanig geldend document hun niet wordt afgegeven.

De zorgverstrekker moet die documenten zodra mogelijk, en uiterlijk binnen een door de Koning vastgestelde termijn, overhandigen. Een administratieve geldboete van 1 000 tot 10 000 frank wordt opgelegd voor elke inbreuk van de zorgverstrekker op die verplichting.

Indien de overtreder binnen een termijn van drie jaar na de datum waarop hem een administratieve geldboete is opgelegd, een inbreuk pleegt van dezelfde aard als die welke aanleiding heeft gegeven tot de toepassing van een administratieve geldboete, wordt het bedrag van de vroeger opgelegde geldboete telkens verdubbeld.

De Koning bepaalt het bedrag van de administratieve geldboete alsook de procedure voor het vaststellen van de inbreuken en het uitspreken van bovenbedoelde geldboeten.

De opbrengst van die geldboeten wordt gestort aan het Instituut, tak geneeskundige verzorging.

De Koning stelt, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden en regelen vast overeenkomstig welke de rechtstreekse betaling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de door Hem bepaalde geneeskundige verstrekkingen door de verzekeringsinstellingen aan de zorgverstrekkers is toegestaan, verboden of verplicht. Elke overeenkomst die afwijkt van de door de Koning ter uitvoering van deze bepaling uitgevaardigde reglementering, is nietig.

De gegevens die, in het kader van de rechtstreekse betaling, door middel van magnetische dragers door de zorgverstrekkers aan de verzekeringsinstellingen of door deze laatste aan het Instituut worden overgedragen, hebben dezelfde bewijskracht als het origineel, tot bewijs van het tegendeel.

De Koning stelt bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van het Verzekeringscomité de specifieke voorwaarden en regelen vast overeenkomstig welke het voordeel van de rechtstreekse betaling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, door de verzekeringsinstellingen kan worden toegekend of ingetrokken voor de in artikel 153, § 6, bedoelde laboratoria.

Het is de ziekenfondsen, landsbonden en verzekeringsinstellingen bedoeld in artikel 2, g), h), i), verboden in inrichtingen voor geneeskundige verzorging loketten te laten functioneren waaraan de betaling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan worden verkregen, op welke wijze dan ook. »

Art. 48. L'article 34^{quater} de la même loi, modifié par les lois du 8 avril 1965, 7 juillet 1976, 30 décembre 1988 et les arrêtés royaux n° 408 du 18 avril 1986 et n° 533 du 31 mars 1987, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 34^{quater}. Les prestataires de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires et aux organismes assureurs en cas de paiement direct, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 24, § 1^{er}, cette mention est indiquée par leur numéro d'ordre à ladite nomenclature.

Toutefois, les documents dont question à l'alinéa précédent ne pourront pas être délivrés pour les prestations effectuées pendant la durée de l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé visée à l'article 90.

Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins ou de fournitures ou le document en tenant lieu ne leur est remis.

Le prestataire de soins est tenu de remettre ces documents dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 1 000 à 10 000 francs est infligée pour chaque infraction commise par le prestataire de soins.

Lorsque dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.

Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.

Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'il détermine, le paiement direct de l'intervention de l'assurance-soins de santé par les organismes assureurs aux prestataires de soins est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.

Les données transmises sur support magnétique par les prestataires de soins aux organismes assureurs ou par ces derniers à l'Institut, dans le cadre du paiement direct, ont la même valeur probante que l'original, jusqu'à preuve du contraire.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles spécifiques par lesquelles le bénéfice du paiement direct de l'intervention de l'assurance-soins de santé pour les prestations de biologie clinique

que dispensées aux bénéficiaires non hospitalisés peut être accordé ou retiré par les organismes assureurs aux laboratoires visés à l'article 153, § 6.

Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs, tels que visés à l'article 2, g), h), i), de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le paiement de l'intervention de l'assurance-soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit. »

Mme Nélis et consorts proposent l'amendement que voici :

« Au premier alinéa de l'article 34^{quater} proposé, ajouter la phrase suivante :

« Sur cette attestation figure la somme perçue pour les prestations effectuées. »

« In het voorgestelde artikel 34^{quater} het eerste lid aan te vullen als volgt :

« Dat getuigschrift vermeldt het bedrag dat voor de verrichte verstrekkingen ontvangen werd. »

La parole est à Mme Nélis.

Mme Nélis. — Monsieur le Président, je me réfère à la justification écrite.

M. le Président. — Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article 48 sont réservés.

De stemming over het amendement en de stemming over artikel 48 worden aangehouden.

Art. 49. Een artikel 34^{undecies ter}, luidend als volgt wordt ingevoegd in dezelfde wet :

« Art. 34^{undecies ter}. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, en na advies van het Verzekeringscomité bijkomende berekeningsregels vastleggen per laboratorium van de driemaandelijks bedragen en ristorno's bedoeld in artikel 34^{undecies bis}, rekening houdend met de werkelijke uitgaven en de genormaliseerde begroting van elk laboratorium, berekend op grond van nationale parameters die Hij vaststelt.

Hij bepaalt vanaf welke datum deze regels in werking treden. »

Art. 49. Un article 34^{undecies ter}, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« Art. 34^{undecies ter}. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, et après avis du Comité de l'assurance, fixer des modalités complémentaires de calcul des montants trimestriels et ristournes visés à l'article 34^{undecies bis}, compte tenu des dépenses réelles par laboratoire et du budget normalisé de chaque laboratoire, calculé en fonction de paramètres nationaux qu'il détermine.

Il détermine la date à partir de laquelle ces modalités sont rendues applicables. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 50. Een afdeling IV, met het volgend opschrift, wordt ingevoegd in hoofdstuk IV van titel III van dezelfde wet :

« Afdeling IV. — Financiële verantwoordelijkheid van de voorschrijvende geneesheren. »

Art. 50. Une section IV, intitulée comme suit, est insérée dans le chapitre IV du titre III de la même loi :

« Section IV. — Responsabilité financière des médecins prescripteurs. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 51. Een artikel 37^{quater}, luidend als volgt, wordt ingevoegd in dezelfde wet :

« Art. 37^{quater}. § 1. De Koning kan, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, uitgebracht binnen een termijn die Hij bepaalt, de voorwaarden en de regelen vaststellen

waarin wordt bepaald in welke mate ten aanzien van de geneesheren wier voorschrijfsgezag inzake klinische biologie en medische beeldvorming de normen overschrijdt die zijn vastgesteld op grond van criteria en parameters die Hij bepaalt, honoraria die verschillen van die waarin is voorzien in de in artikel 34 bedoelde akkoorden, worden toegepast wat de door hen verrichte en in artikel 23, 1^o, a), bedoelde geneeskundige verstrekkingen betreft.

§ 2. De Koning kan, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, uitgebracht binnen een termijn die Hij vaststelt, bepalen dat de in artikel 34 *undecies* bedoelde forfaitaire honoraria die Hij aanwijst, noch aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, noch aan de rechthebbenden mogen worden aangerekend, indien de voorschriften die aanleiding geven tot die honoraria, uitgaan van geneesheren wier voorschrijfsgezag de normen overschrijdt die door de Koning zijn vastgesteld op grond van de criteria en parameters die Hij bepaalt.

§ 3. De Koning bepaalt welk instantie de overschrijding van de in de §§ 1 en 2 bedoelde normen vaststelt, alsmede de wijze waarop de geneesheren beroep kunnen aantekenen tegen de beslissing die dat orgaan op grond van die paragrafen heeft genomen.

Het beroep wordt ingesteld bij een met dat doel bij de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen opgerichte commissie.

Die Commissie is samengesteld uit een tweetalige voorzitter en een tweetalige plaatsvervangende voorzitter, gekozen uit de magistraten van de hoven van beroep en de arbeidshoven, met uitsluiting van de leden van het openbaar ministerie.

Ze is bovendien samengesteld uit werkende en plaatsvervangende leden, voor de helft Nederlandstalig en voor de helft Fransstalig.

De leden zijn:

a) Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de magistraten van de hoven van beroep en de arbeidshoven, met uitsluiting van de leden van het openbaar ministerie;

b) Vier werkende en vier plaatsvervangende leden, geneesheren, die de beroepsorganisaties van de geneesheren vertegenwoordigen;

c) Vier werkende en vier plaatsvervangende leden, geneesheren, die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen.

De Koning benoemt de voorzitter en de leden van de Commissie.

§ 4. De Commissie doet uitspraak na de betrokken voorschrijvende geneesheer te hebben opgeroepen en gehoord.

De betrokkene mag zich door een advocaat of door elke andere persoon van zijn keuze laten bijstaan.

Op straffe van nietigheid wordt elke beslissing gemotiveerd.

§ 5. De Koning bepaalt de wijze waarop de op grond van dit artikel genomen beslissingen ter kennis worden gebracht.

§ 6. De door het in § 3, eerste lid, bedoelde orgaan genomen beslissing is, niettegenstaande beroep, uitvoerbaar vanaf de kennisgeving aan de betrokken geneesheer en, wat de toepassing van § 2 betreft, aan de zorgverstrekkers.

§ 7. In afwijking van § 6 kan de betrokken geneesheer, op de wijze bepaald door de Koning, de opschorting van de uitvoering van de in § 3 bedoelde beslissing vragen.

De opschorting kan enkel worden toegestaan indien:

— Ernstige middelen worden aangevoerd;

— De onmiddellijke uitvoering ernstige, moeilijk te herstellen schade dreigt te berokkenen.

De in § 3 bedoelde Commissie doet onverwijld uitspraak over de aanvraag om opschorting. Ze doet uitspraak over de hoofdeis binnen een termijn van drie maanden vanaf de kennisgeving van de beslissing waarmee uitspraak wordt gedaan over het verzoek tot opschorting.

§ 8. De Koning bepaalt de andere procedureregelen die de werking van de in § 3 bedoelde Commissie regelen, alsmede de duur van het mandaat van de leden. »

Art. 51. Un article 37 *quater*, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 37 *quater*. § 1^{er}. Le Roi peut, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste formulé dans un délai qu'il détermine, fixer les conditions et les règles déterminant dans quelle mesure, à l'égard des médecins dont le comportement en matière de prescription en biologie clinique et imagerie médicale dépasse les normes fixées sur la base des critères et paramètres qu'il détermine, des honoraires qui diffèrent de ceux prévus dans les accords visés à l'article 34 sont appliqués quant aux prestations médicales effectuées par eux et prévues à l'article 23, 1^o, a).

§ 2. Le Roi peut, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste formulé dans un délai qu'il détermine, arrêter que les honoraires forfaitaires visés à l'article 34 *undecies* qu'il désigne ne peuvent être portés en compte à l'assurance-soins de santé, ni aux bénéficiaires, lorsque les prescriptions qui donnent lieu à ces honoraires émanent de médecins dont le comportement en matière de prescriptions dépasse les normes fixées par le Roi sur la base des critères et paramètres qu'il détermine.

§ 3. Le Roi détermine quelle instance constate le dépassement des normes visées aux §§ 1^{er} et 2, ainsi que les modalités selon lesquelles les médecins peuvent interjeter appel de la décision prise par cette instance sur la base de ces paragraphes.

Le recours est introduit devant la commission créée à cet effet au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

Cette Commission est composée d'un président et d'un président suppléant bilingues, choisis parmi les magistrats des cours d'appel et des cours du travail, à l'exclusion des membres du ministère public.

Elle est composée, en outre, de membres effectifs et suppléants, pour moitié néerlandophones et pour moitié francophones.

Les membres sont:

a) Deux membres effectifs et deux membres suppléants, choisis parmi les magistrats des cours d'appel et des cours du travail, à l'exclusion des membres du ministère public;

b) Quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, médecins, représentant les organisations professionnelles du corps médical;

c) Quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, médecins, représentant les organismes assureurs.

Le Roi nomme le président et les membres de la Commission.

§ 4. La Commission statue après avoir convoqué et entendu le médecin prescripteur concerné.

L'intéressé peut se faire assister par un avocat ou par toute autre personne de son choix.

A peine de nullité, toute décision est motivée.

§ 5. Le Roi détermine les modalités de notification des décisions prises sur la base du présent article.

§ 6. La décision prise par l'instance visée au § 3, alinéa 1^{er}, est exécutoire nonobstant appel, à partir de sa notification au médecin concerné et, en ce qui concerne l'application du § 2 aux prestataires de soins.

§ 7. Par dérogation au § 6, le médecin concerné peut, selon les modalités fixées par le Roi, demander la suspension de l'exécution de la décision visée au § 3.

La suspension ne peut être accordée que:

— Si des moyens sérieux sont invoqués;

— L'exécution immédiate risque de causer un préjudice grave difficilement réparable.

La Commission visée au § 3 statue sans délai sur la demande en suspension. Elle statue sur la demande principale dans un délai de trois mois à dater de la notification de la décision statuant sur la demande en suspension.

§ 8. Le Roi détermine les autres règles de procédure régissant le fonctionnement de la Commission visée au § 3, ainsi que la durée du mandat de ses membres. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 52. In artikel 39, derde lid, van dezelfde wet worden de woorden « wat de in artikel 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5° en 6°, bedoelde zaken betreft » vervangen door de woorden « wat de in artikel 40, 2°, bedoelde zaak betreft ».

Art. 52. A l'article 39, alinéa 3, de la même loi, les mots « sur les objets visés à l'article 40, 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° » sont remplacés par les mots « sur l'objet visé à l'article 40, 2° ».

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 53. Artikel 40 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 8 april 1965, 27 juni 1969, 5 juli 1971, 23 december 1974 en 18 oktober 1991, bij het koninklijk besluit nr. 422 van 23 juli 1986 en bij het koninklijk besluit van 20 juli 1971, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 40. Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen:

1° Stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op van de uitkeringsverzekering; deze begroting en deze rekeningen behelzen afzonderlijk de uitkeringen wegens primaire ongeschiktheid, de invaliditeitsuitkeringen en de moederschapsuitkeringen; aparte ramingen worden opgemaakt voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en voor de uitkeringen voor begrafeniskosten;

2° Beheert het reservefonds gevormd met het boni uit het beheer van de tak uitkeringen;

3° Maakt een omstandig jaarverslag op over elk dienstjaar nadat het is afgesloten en geeft de minister, binnen de door de Koning te bepalen termijn, kennis van de maatregelen welke het voorstelt of heeft vastgesteld uitgaande van de elementen van dat verslag;

4° Stelt vast onder welke voorwaarden aan de verzekeringsinstellingen de geldmiddelen worden voorgeschooten die zij behoeven om de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en de uitkeringen voor begrafeniskosten te betalen;

5° Werkt de in deze wet bedoelde verordeningen uit, in het bijzonder met betrekking tot:

a) Het verkrijgen van recht op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en op de uitkeringen voor begrafeniskosten;

b) De regelen tot berekening van de uitkeringen;

c) De regelen tot betaling van de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en de uitkeringen voor begrafeniskosten;

6° Bepaalt de regelen volgens welke de verzekeringsinstellingen hun rekeningen bij de Dienst voor uitkeringen indienen en verantwoorden;

7° Onderzoekt de verslagen die hem door de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor administratieve controle overgelegd worden ter voldoening aan de artikelen 79, eerste lid, 14°, en 93, eerste lid, 4°; het brengt binnen de door de Koning te stellen termijnen, aan de minister verslag uit over de te treffen maatregelen waartoe het besloten heeft of welke het voorstelt;

8° Beslist over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.

Ingeval van dringende noodzakelijkheid kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen beslissen over de rechtsvordering. Die vordering wordt ter goedkeuring aan het Beheerscomité bedoeld in artikel 39 voorgelegd op zijn eerstvolgende vergadering. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;

9° Stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor;

10° Gaat op eensluidend advies van het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle, over tot de erkenning en de intrekking van de erkenning van de door een of meer werkgevers georganiseerde diensten voor geneeskundige controle, zoals bedoeld in artikel 48bis;

11° Beslist, in geval van hervatting van een niet-toegelaten arbeid, in welke behartigenswaardige gevallen er geheel of gedeeltelijk mag worden afgezien van het terug te vorderen bedrag;

12° Stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor uitkeringen voor;

13° Stelt het Algemeen Comité de aanwerving, de benoeming, de dienstaanwijzing, de bevordering, het ontslag en de afzetting voor van het personeel van de Dienst voor uitkeringen alsmede de aan dat personeel op te leggen tuchtstraffen.»

Art. 53. L'article 40 de la même loi, modifié par les lois du 8 avril 1965, 27 juin 1969, 5 juillet 1971, 23 décembre 1974 et 18 octobre 1991, par l'arrêté royal n° 422 du 23 juillet 1986 et par l'arrêté royal du 20 juillet 1971, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 40. Le Comité de gestion du Service des indemnités:

1° Arrête les comptes et établit le budget de l'assurance indemnités; ce budget et ces comptes comprennent séparément les indemnités d'incapacité primaire, les indemnités d'invalidité et les indemnités de maternité; des prévisions distinctes sont établies pour les indemnités d'incapacité de travail ou de maternité et pour l'allocation pour frais funéraires;

2° Gère le fonds de réserve constitué au moyen du boni réalisé dans la gestion du secteur des indemnités;

3° Etablit un rapport annuel circonstancié sur chaque exercice après sa clôture et fait part au ministre, dans le délai fixé par le Roi, des mesures qu'il propose ou qu'il a arrêtées en fonction des éléments de ce rapport;

4° Fixe les conditions dans lesquelles sont avancés aux organismes assureurs les fonds qui leur sont nécessaires pour payer les indemnités d'incapacité de travail ou de maternité et l'allocation pour frais funéraires;

5° Elabore les règlements visés par la présente loi concernant notamment:

a) L'ouverture du droit aux indemnités d'incapacité de travail ou de maternité et à l'allocation pour frais funéraires;

b) Les modalités de calcul des indemnités;

c) Les modalités de paiement des indemnités d'incapacité de travail ou de maternité et de l'allocation pour frais funéraires;

6° Fixe les modalités suivant lesquelles les organismes assureurs introduisent et justifient leurs comptes auprès du Service des indemnités;

7° Examine les rapports qui lui sont transmis par le Service du contrôle médical et le Service du contrôle administratif en exécution des articles 79, premier alinéa, 14° et 93, premier alinéa, 4°; il fait, dans les délais fixés par le Roi, rapport au ministre, sur les mesures qu'il a décidé de prendre ou qu'il propose;

8° Décide des actions en justice dans le cadre de sa compétence.

En cas d'urgence, le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités, peut décider l'action en justice. Cette action est soumise à l'approbation du Comité de gestion visé à l'article 39, lors de sa plus prochaine séance. Si cette approbation est refusée, il y aura lieu à désistement de l'action intentée.

9° Etablit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi;

10° Procède, sur avis conforme du Comité du Service du contrôle médical, à l'agrément et au retrait de l'agrément des services de contrôle médical organisés par un ou plusieurs employeurs et visés à l'article 48bis;

11° Décide, en cas de reprise d'un travail non autorisé, dans quels cas dignes d'intérêt il peut être renoncé en tout ou en partie au montant à récupérer;

12° Propose au Comité général le budget des frais d'administration du Service des indemnités;

13° Propose au Comité général le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service des indemnités ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 54. In artikel 45 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In § 1, 2°, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 juli 1971, worden tussen de woorden « arbeidsongeschiktheid » en « zoals bij deze wet bepaald » de woorden « of van moederschapsrust » ingevoegd;

2° In § 1, 3°, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 juli 1971, worden tussen de woorden « dat zij arbeidsongeschikt zijn geworden » en « uiterlijk » de woorden « of zich bevinden in moederschapsrust » ingevoegd;

3° Paragraaf 3, eerste lid, gewijzigd bij het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967, wordt aangevuld als volgt: « en de vrijwillige onderworpenen beoogd in artikel 7, 1°, van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen. »

Art. 54. Dans l'article 45 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le § 1^{er}, 2°, modifié par l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les mots « ou de repos de maternité » sont insérés entre les mots « incapacité de travail » et « telle qu'elle est définie »;

2° Dans le § 1^{er}, 3°, modifié par l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les mots « ou se soient trouvés en repos de maternité » sont insérés entre les mots « incapables de travailler » et « au plus tard »;

3° Le § 3, alinéa 1^{er}, modifié par l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 est complété comme suit: « et des assujettis volontaires visés à l'article 7, 1°, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 55. In artikel 46, eerste lid van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 5 juli 1971, 5 januari 1976 en bij de koninklijke besluiten nr. 22 van 23 maart 1982, nr. 176 van 30 december 1982 en nr. 422 van 23 juli 1986, worden de woorden « gedeeltelijke werklozen » vervangen door de woorden « tijdelijke werklozen » en worden de woorden « artikel 160, § 1, van het koninklijk besluit van 20 december 1963 betreffende arbeidsvoorziening en werkloosheid » vervangen door de woorden « artikel 110 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering ».

Art. 55. Dans l'article 46, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié par les lois des 5 juillet 1971, 5 janvier 1976 et par les arrêtés royaux n° 22 du 23 mars 1982 et n° 176 du 30 décembre 1982 et n° 422 du 23 juillet 1986, les mots « chômeurs partiels » sont remplacés par les mots « chômeurs temporaires » et les mots « l'article 160, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 décembre 1963 relatif à l'emploi et au chômage » sont remplacés par les mots « l'article 110 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage ».

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 56. In artikel 58bis van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 27 juni 1969, worden de woorden « in een gesloten psychiatrische instelling is opgenomen of » geschrapt.

Art. 56. A l'article 58bis de la même loi, modifié par la loi du 27 juin 1969, les mots « dans un établissement psychiatrique fermé ou » sont supprimés.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 57. Artikel 59, tweede lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij het koninklijk besluit nr. 283 van 31 maart 1984, wordt opgeheven.

Art. 57. L'article 59, alinéa 2, de la même loi, inséré par l'arrêté royal n° 283 du 31 mars 1984, est abrogé.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 58. Een artikel 60bis, luidend als volgt, wordt ingevoegd in dezelfde wet:

« Art. 60bis. In afwijking van het bepaalde in artikel 60, heeft de vrouwelijke gerechtigde die na de leeftijd van 60 jaar is blijven doorwerken, maar nog niet de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt, bij arbeidsongeschiktheid recht op uitkeringen over een tijdvak van ten hoogste drie maanden, waaraan een einde komt vanaf de eerste dag van de derde maand na die waarin de arbeidsongeschiktheid een aanvang heeft genomen.

Bij onderbreking van de arbeidsongeschiktheid gedurende ten minste veertien dagen, mogen de uitkeringen conform het voorgaande lid, slechts éénmaal opnieuw worden verleend voor een nieuwe periode van hoogstens drie maanden. »

Art. 58. Un article 60bis, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« Art. 60bis. Par dérogation aux dispositions de l'article 60, la titulaire ayant continué à travailler, après l'âge de 60 ans, sans avoir atteint l'âge de 65 ans, bénéficie, en cas d'incapacité de travail, d'indemnités, pour une période qui ne peut être supérieure à trois mois et qui prend fin le premier jour du troisième mois suivant celui au cours duquel l'incapacité de travail a débuté.

Si la titulaire cesse d'être en état d'incapacité de travail pendant une période comptant au moins quatorze jours, les indemnités ne peuvent plus être accordées, conformément à l'alinéa précédent, qu'à une seule reprise pour une nouvelle période de trois mois maximum. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 59. Artikel 61quinquies van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 1989 en gewijzigd bij de wet van 29 december 1990, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 61quinquies. De voorbevallingsrust neemt een aanvang, op vraag van de gerechtigde, ten vroegste vanaf de zevende week voor de vermoedelijke bevallingsdatum. De gerechtigde geeft daartoe aan haar verzekeringsinstelling een geneeskundig getuigschrift af, waarbij wordt verklaard dat ze normaal zal bevallen aan het einde van de gevraagde bevallingsrust. Ingeval de bevalling plaatsheeft na de datum die door de geneesheer is voorzien, wordt de voorbevallingsrust verlengd tot aan de werkelijke datum van de bevalling.

De nabevallingsrust strekt zich uit over een tijdvak van acht weken te rekenen van de dag van de bevalling. Dat tijdvak kan worden verlengd met de periode tijdens welke de gerechtigde is blijven doorwerken of zich verder in gecontroleerde werkloosheid heeft bevonden vanaf de zevende tot en met de tweede week voor de bevalling. De Koning kan bepalen welke tijdvakken, voor het verlengen van de nabevallingsrust, mogen worden gelijkgesteld met een periode tijdens welke de gerechtigde is blijven doorwerken of verder werkloze is gebleven binnen voormeld tijdvak.

De verlenging van de nabevallingsrust loopt hetzij vanaf het einde van de acht weken na de bevalling, hetzij vanaf het ogenblik dat het pasgeboren kind naar huis komt of overleden is, in geval van toepassing van artikel 39, vierde lid of vijfde lid, van de arbeidswet van 16 maart 1971.

In geval van overlijden of verblijf in het ziekenhuis van de moeder kan een gedeelte van het tijdvak van nabevallingsrust, onder de voorwaarden en volgens de nadere regelen bepaald door de Koning, worden omgezet in vaderschapsverlof voor de in artikel 45, § 1, bedoelde gerechtigde die de vader van het kind is en vol-

doet aan de voorwaarden gesteld in de artikelen 72 tot 75bis. De aan de gerechtigden te verlenen uitkering wordt door de Koning bepaald.»

Art. 59. L'article 61quinquies de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 1989 et modifié par la loi du 29 décembre 1990, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 61quinquies. Le repos prénatal débute à la demande de la titulaire, au plus tôt à partir de la septième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement. A cet effet, la titulaire remet à son organisme assureur, un certificat médical attestant que l'accouchement doit normalement se produire à la fin de la période de repos sollicitée. Si l'accouchement se produit après la date prévue par le médecin, le repos prénatal est prolongé jusqu'à la date réelle de l'accouchement.

Le repos postnatal s'étend à une période de huit semaines qui prend cours le jour de l'accouchement. Cette période peut être prolongée à concurrence de la période pendant laquelle la titulaire a continué le travail ou le chômage contrôlé de la septième à la deuxième semaine, y incluse, précédant l'accouchement. Le Roi peut déterminer les périodes qui peuvent être assimilées, pour la prolongation du repos postnatal, à une période au cours de laquelle la titulaire a continué à travailler ou à chômer pendant la période susvisée.

La prolongation du repos postnatal prend cours soit à l'expiration des huit semaines suivant l'accouchement, soit au moment où le nouveau-né entre au foyer ou décède, en cas d'application de l'article 39, alinéa 4 ou alinéa 5, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.

Lors du décès ou de l'hospitalisation de la mère, une partie de la période de repos postnatal peut être convertie, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par le Roi, en un congé de paternité en faveur du titulaire visé à l'article 45, § 1^{er}, qui est le père de l'enfant et qui satisfait aux conditions prévues par les articles 72 à 75bis. L'indemnité accordée auxdits titulaires est déterminée par le Roi.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 60. In artikel 61sexies van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 1989, worden tussen de woorden «alle werkzaamheid» en de woorden «heeft onderbroken» de woorden «of de gecontroleerde werkloosheid» ingevoegd.

Art. 60. L'article 61sexies, alinéa unique, de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 1989, est complété comme suit: «ou interrompu le chômage contrôlé».

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 61. In artikel 69 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 30 december 1988 en 22 december 1989, worden aan het 1^o de volgende woorden toegevoegd: «alsook aan hun echtgenoot of echtgenote.»

Art. 61. In fine du 1^o de l'article 69 de la même loi, modifié par les lois des 30 décembre 1988 et 22 décembre 1989, sont ajoutés les mots «ainsi que pour leur conjoint».

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 62. Een artikel 76sexies, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd:

« Art. 76sexies. De verzekeringsinstelling stelt, op eigen initiatief of op vraag van de controlediensten van het RIZIV, aan de hand van elektronisch opgeslagen en verwerkte gegevens, lijsten op van verstrekkingen met betrekking tot de geneeskundige verzorging, waarvoor ze de terugbetaling via rechtstreekse betaling heeft verzekerd.

Deze lijsten, die de gegevens bevatten nodig om de verstrekte verzorging correct te identificeren, zijn, na waarmerking door een gevolmachtigde aangewezen door de verzekeringsinstelling en

erkend door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle, geldig als bewijsmiddel, ook ten aanzien van derden, van de in het kader van deze wet aangerekende verstrekkingen, tot bewijs van het tegendeel.»

Art. 62. Un article 76sexies, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 76sexies. L'organisme assureur établit de sa propre initiative ou à la demande des services de contrôle de l'INAMI, au moyen des données conservées ou traités par voie électronique, des listes des prestations concernant l'assurance-soins de santé dont il a assuré le remboursement via le paiement direct.

Ces listes, qui contiennent les données nécessaires pour identifier correctement les soins dispensés, valent moyennant authentification par un mandataire désigné par l'organisme assureur et agréé par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, comme moyen de preuve aussi à l'égard de tiers des prestations portées en compte dans le cadre de cette loi, jusqu'à preuve du contraire.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 63. Artikel 78 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 8 april 1965, 5 juli 1971 en 7 juli 1976 wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 78. De Dienst voor geneeskundige controle wordt bestuurd door een Comité dat samengesteld is uit:

1^o Een voorzitter, raadsheer in een hof van beroep of arbeidshof of lid van het parket-generaal bij een hof van beroep of lid van het auditors-generaal bij een arbeidshof; deze wordt bijgestaan door twee werkende ondervoorzitters en twee plaatsvervangende ondervoorzitters, raadsheren in een hof van beroep of arbeidshof;

2^o Acht werkende en acht plaatsvervangende leden, doctor in de geneeskunde, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen; ter bepaling van de vertegenwoordiging der verzekeringsinstellingen wordt rekening gehouden met hun respectieve getalsterkte, met dien verstande dat iedere verzekeringsinstelling recht heeft op ten minste één mandaat;

3^o Acht werkende en acht plaatsvervangende leden, doctor in de geneeskunde, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van het geneesherenkorps.

Om de vertegenwoordiging van de representatieve organisaties van het geneesherenkorps te bepalen, wordt rekening gehouden met eventuele minderheden;

4^o Vier werkende en vier plaatsvervangende leden, lid van de Raden van de Orde der geneesheren, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de Nationale Raad van de Orde der geneesheren;

5^o Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van de tandheelkundigen;

6^o Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, apothekers, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van het apothekerskorps;

7^o Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verplegingsinrichtingen;

8^o Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de vroedvrouwen;

9^o Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verpleegkundigen;

10° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de kinesitherapeuten;

11° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de bandagisten;

12° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de orthopedisten;

13° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de gehoorprothesisten;

14° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de opticiens;

15° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de logopedisten;

16° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de orthoptisten;

17° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verstrekkers van implantaten;

18° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de licentiaten in de wetenschap, die door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort zijn erkend om verstrekkingen uit te voeren als bedoeld in deze wet;

19° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de revalidatiecentra;

20° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de personen gemachtigd om de in artikel 23, 12°, bedoelde verstrekkingen uit te voeren;

21° Twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de personen gemachtigd om de in artikel 23, 13°, bedoelde verstrekkingen uit te voeren.

De Koning benoemt de voorzitter, de ondervoorzitters en de leden.

De leden bedoeld in het eerste lid, 5° tot en met 21°, hebben enkel zitting indien kwesties worden onderzocht die de groep die hen heeft voorgedragen, rechtstreeks aanbelangen.

Twee regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van respectievelijk de minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Voorzorg behoort, en de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, wonen de vergaderingen van het Comité bij.

Het Comité wordt in vergadering bijeengeroepen door zijn voorzitter, hetzij op diens initiatief, hetzij op verzoek van de minister, hetzij op verzoek van ten minste drie leden.

Het Comité houdt op geldige wijze zitting indien, benevens de voorzitter of een ondervoorzitter, ten minste de helft van de leden tegenwoordig zijn, onverminderd de bepalingen van artikel 79 betreffende de samenstelling van de beperkte kamers.

De voorzitter of, bij diens ontstentenis, een ondervoorzitter en de leden zijn stemgerechtigd.

De beslissingen worden genomen bij eenvoudige meerderheid van degenen die aan de stemming deelnemen; er wordt geen rekening gehouden met de onthoudingen.»

Art. 63. L'article 78 de la même loi, modifié par les lois des 8 avril 1965, 5 juillet 1971 et 7 juillet 1976, est remplacé par les dispositions suivantes:

• Art. 78. Le Service du contrôle médical est dirigé par un Comité composé:

1° D'un président, conseiller à la cour d'appel ou à la cour du travail ou membre du parquet général ou de l'auditorat général près la cour d'appel ou la cour du travail; il est assisté de deux vice-présidents effectifs et de deux vice-présidents suppléants, conseillers à la cour d'appel ou à la cour du travail;

2° De huit membres effectifs et de huit membres suppléants, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit à un mandat au moins;

3° De huit membres effectifs et de huit membres suppléants, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives du corps médical en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Pour déterminer la représentation des organisations représentatives du corps médical, il est tenu compte d'éventuelles minorités;

4° De quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, membres des Conseils de l'Ordre des médecins choisis parmi les candidats présentés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

5° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

6° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives du corps pharmaceutique en nombre double de celui des mandats à attribuer;

7° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des établissements hospitaliers en nombre double de celui des mandats à conférer;

8° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des accoucheuses en nombre double de celui des mandats à conférer;

9° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des infirmiers en nombre double de celui des mandats à conférer;

10° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des kinésithérapeutes en nombre double de celui des mandats à conférer;

11° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des bandagistes en nombre double de celui des mandats à conférer;

12° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des orthopédistes en nombre double de celui des mandats à conférer;

13° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des acousticiens en nombre double de celui des mandats à conférer;

14° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des opticiens en nombre double de celui des mandats à conférer;

15° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des logopèdes en nombre double de celui des mandats à conférer;

16° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des orthoptistes en nombre double de celui des mandats à conférer;

17° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des fournisseurs d'implants en nombre double de celui des mandats à conférer;

18° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des licenciés en science habilités par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions à fournir des prestations au sens de la présente loi, en nombre double de celui des mandats à conférer;

19° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des centres de rééducation en nombre double de celui des mandats à conférer;

20° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des prestataires des prestations visées à l'article 23, 12°, en nombre double de celui des mandats à conférer;

21° De deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations représentatives des prestataires des prestations visées à l'article 23, 13°, en nombre double de celui des mandats à conférer.

Le Roi nomme le président, les vice-présidents et les membres.

Les membres visés à l'alinéa 1^{er}, 5° à 21°, ne siègent que lorsque sont examinées des questions qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

Deux commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions et du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, assistent aux réunions du Comité.

Le Comité se réunit sur convocation de son président soit d'initiative, soit à la requête du ministre, soit à la demande de trois membres au moins.

Le siège du Comité est valablement constitué si, outre le président et un vice-président, au moins la moitié des membres sont présents, sans préjudice des dispositions de l'article 79 concernant la composition des chambres restreintes.

Le président ou, en son absence, un vice-président et les membres ont voix délibérative.

Les décisions sont prises à la majorité simple des participants au vote, compte non tenu des abstentions.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 64. Artikel 79 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965, 5 juli 1971, 7 juli 1976, 22 december 1977, 1 augustus 1985 en 22 december 1989, wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 79. § 1. Het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle is er mede belast:

1° Met de medewerking van het personeel van die Dienst in te staan voor de geneeskundige controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkeringsverzekering. Wat de in artikel 77, 2°, vermelde opdracht betreft, is de bevoegdheid van het Comité beperkt tot het uitoefenen van toezicht op de administratieve uitvoering van deze opdracht;

2° De normen en richtlijnen vast te stellen met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle;

3° De procedure te bepalen volgens welke de onderzoeken, bedoeld in artikel 80, vierde lid, worden ingesteld en uitgevoerd en hierop tevens toezicht uit te oefenen, zonder dat evenwel

afbreuk kan worden gedaan aan het initiatiefrecht van de Dienst voor geneeskundige controle en aan het geheim van het onderzoek zolang dit onderzoek niet is voltooid;

4° Het reglement voor de erkenning van de adviserend geneesheren op te maken;

5° De Koning het statuut en de bezoldiging van de adviserend geneesheren voor te stellen;

6° Vast te stellen voor welk aantal rechthebbenden de verzekeringsinstellingen verplicht zijn een adviserend geneesheer in dienst te nemen;

7° Alle passende maatregelen te treffen ter uitoefening van de geneeskundige controle ingeval de verzekeringsinstellingen niet het vereiste aantal adviserend geneesheren in dienst nemen binnen de in artikel 88 bedoelde termijnen;

8° De werkingsregelen van de Dienst voor geneeskundige controle vast te stellen;

9° Naar de in § 2 bedoelde beperkte kamers de vaststellingen te verwijzen gedaan ten laste van personen of inrichtingen die gemachtigd zijn om geneeskundige verstrekkingen te verlenen en tegen wie de in artikel 90 bedoelde straffen kunnen worden uitgesproken;

10° In hoger beroep de geschillen van geneeskundige aard tussen adviserend geneesheren en geneesheren-inspecteurs te beslechten, behoudens die waarbij de rechten van de rechthebbenden in het geding komen;

11° Het tuchtrecht uit te oefenen ten aanzien van de geneesheren-inspecteurs en apothekers-inspecteurs bedoeld in artikel 80, alsmede van de adviserend geneesheren bedoeld in artikel 87;

12° De regelen voor te stellen tot het vergoeden van de kosten, door de Dienst gedragen voor het uitvoeren van andere taken die hem door de Koning worden opgedragen;

13° Binnen de door de Koning te bepalen termijnen verslagen op te maken, in het bijzonder met betrekking tot:

a) De frequentie van de arbeidsongeschiktheid;

b) Zijn bevindingen inzake de toepassing van de wets- en verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging;

14° De in 13° bedoelde verslagen, samen met de aanbevelingen ingegeven door zijn bevindingen te bezorgen, het eerste aan de minister, aan het Algemeen Comité en aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, het tweede aan de minister, aan het Algemeen Comité en aan de Algemene Raad;

15° Het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige controle voor te stellen;

16° Het Algemeen Comité van het Instituut, in de gevallen waarin dit Comité ter zake bevoegd is, de aanwerving, de benoeming, de diensaanwijzing, de bevordering, het ontslag en de afzetting van het personeel van de Dienst voor geneeskundige controle voor te stellen, alsmede de aan dat personeel op te leggen tuchtsstraffen;

17° Te beslissen over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.

In geval van dringende noodzaak kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige controle beslissen over de rechtsvordering. Die vordering wordt ter goedkeuring aan het Comité voorgelegd op zijn eerstvolgende vergadering. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;

18° Zijn huishoudelijk reglement op te stellen.

Wanneer het Comité de hem bij het eerste lid, 2°, 8° en 18°, opgedragen taken niet vervult, wordt het daarom verzocht door de minister.

Wordt aan dat verzoek geen gevolg gegeven binnen een termijn van dertig dagen, dan treft de minister maatregelen in de plaats van het in gebreke blijvende Comité.

De Koning kan, na advies van het Comité, de Dienst voor geneeskundige controle andere geneeskundige taken opdragen; Hij stelt eveneens de wijze van vergoeding van de met deze taken gepaard gaande kosten vast.

§ 2. Het Comité richt in zijn schoot ten minste twee beperkte kamers op; deze zijn alleen belast met de toepassing van de bepalingen van 9° en 10° van dit artikel.

Die kamers worden voorgezeten door een ondervoorzitter van het Comité of door zijn plaatsvervanger en bestaan bovendien uit een van de in artikel 78, eerste lid, 4°, bedoelde leden, alsook uit twee leden bij eenvoudige meerderheid aangewezen door elk van de in artikel 78, eerste lid, 2° en 3°, bedoelde groepen. Die kamers bestaan tevens uit evenveel plaatsvervangers die worden aangewezen volgens dezelfde procedure als de werkende leden. Het aantal plaatsvervangers is echter nooit kleiner dan twee.

De ter zitting opgekomen voorzitter en leden zijn stemgerechtigd.

Wanneer die kamers dossiers onderzoeken met betrekking tot de tandheelkundigen, de verplegingsinrichtingen, de instellingen of de beoefenaars van de beroepen, respectievelijk bedoeld in artikel 78, eerste lid, 8° tot en met 21°, worden de leden aangewezen door de groep waarvan sprake is in artikel 78, eerste lid, 3°, vervangen door de leden van de respectievelijk in 5° of in 7° tot en met 21° van genoemd artikel bedoelde groepen, terwijl het in artikel 78, eerste lid, 4°, bedoelde lid geen zitting heeft, behoudens wanneer het behandelde dossier betrekking heeft op een praktizerende die onder meer de hoedanigheid van doctor in de geneeskunde heeft. Wanneer die kamers een dossier behandelen dat betrekking heeft op een praktizerende die tot verscheidene groepen behoort, wijzen de betrokken groepen in gemeen overleg de leden aan van wie de bekwaming de meest passende is. In geval van betwisting wijst de voorzitter van het Comité de leden aan.

Wanneer die kamers dossiers met betrekking tot de apothekers onderzoeken, worden de leden aangewezen door de in artikel 78, eerste lid, 3°, bedoelde groep vervangen door de leden van de in 6° van dat artikel bedoelde groep; bovendien wordt het in artikel 78, eerste lid, 4°, bedoelde lid vervangen door een apotheker die door de Nationale Raad van de Orde van apothekers is aangewezen.

Alle leden worden ter terechtzitting opgeroepen; is een werkend lid verhinderd de terechtzitting bij te wonen, dan wordt een plaatsvervanger verzocht hem daarop te vervangen.

Wanneer die procedure is gevolgd, houdt een kamer op geldige wijze zitting indien, benevens de voorzitter en het lid van de Raad van de Orde, onverminderd het bepaalde bij het achtste lid, eveneens één van de in artikel 78, eerste lid, 2°, bedoelde leden en, volgens het in het zesde en achtste lid bedoelde onderscheid, hetzij een in artikel 78, eerste lid, 3°, bedoeld lid, hetzij een lid van de in artikel 78, eerste lid, 5° tot 21°, bedoelde groepen tegenwoordig zijn.

Telkens als de leden van één van de beide groepen, bedoeld in artikel 78, eerste lid, 2° en 3°, talrijker opkomen dan de leden van de andere groep, wijst de kamer, ten einde de gelijkheid te herstellen, in gemeen overleg het lid van de talrijkst opgekomen groep aan dat niet stemgerechtigd is; wordt men het niet eens, dan wordt het stemrecht ontnomen aan het jongste lid van die groep. Op dezelfde wijze wordt tewerkgegaan wanneer de in artikel 78, eerste lid, 3°, bedoelde leden vervangen worden door de leden van een van de in artikel 78, eerste lid, 5° tot 21°, bedoelde groepen.

De beslissingen worden genomen bij meerderheid van degenen die aan de stemming deelnemen; bij staking van stemmen beslist de stem van de voorzitter.

Art. 64. L'article 79 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965, 5 juillet 1971, 7 juillet 1976, 22 décembre 1977, 1^{er} août 1985 et 22 décembre 1989, est remplacé par les dispositions suivantes:

« Art. 79. § 1^{er}. Le Comité du Service du contrôle médical est chargé:

1° D'assurer, avec le concours du personnel de ce Service, le contrôle médical des prestations de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-indemnités. Quant à la mission mentionnée à l'article 77, 2°, la compétence du Comité est limitée à l'exercice du contrôle de l'exécution administrative de cette mission;

2° D'arrêter les normes et directives en vue d'organisation du contrôle médical;

3° De déterminer la procédure suivant laquelle les enquêtes visées à l'article 80, alinéa 4, sont déclenchées et exécutées et d'exercer également un contrôle sur celles-ci sans qu'il puisse être fait obstacle au droit d'initiative du service du contrôle médical et au secret de l'enquête tant que cette enquête n'est pas achevée;

4° D'établir le règlement d'agrément des médecins-conseils;

5° De proposer au Roi, le statut et la rémunération des médecins-conseils;

6° De fixer le nombre de bénéficiaires pour lesquels les organismes assureurs sont tenus d'engager un médecin-conseil;

7° De prendre toute mesure propre à assurer le contrôle médical au cas où les organismes assureurs n'engagent pas le nombre de médecins-conseils requis dans les délais visés à l'article 88;

8° D'élaborer les règles de fonctionnement du Service du contrôle médical;

9° De déférer aux chambres restreintes visées au § 2, les constatations faites à charge des personnes ou des établissements autorisés à dispenser des prestations de santé qui sont susceptibles de faire l'objet des sanctions visées à l'article 90;

10° De trancher au degré d'appel les contestations d'ordre médical qui surgissent entre les médecins-conseils et les médecins-inspecteurs, à l'exception de celles qui mettent en cause les droits des bénéficiaires;

11° D'exercer le pouvoir disciplinaire à l'égard des médecins-inspecteurs et des pharmaciens-inspecteurs, visés à l'article 80 ainsi que des médecins-conseils, visés à l'article 87;

12° De proposer les modalités de remboursement des frais que le Service a exposés pour l'exécution d'autres missions qui lui sont confiées par le Roi;

13° D'établir dans les délais fixés par le Roi, des rapports portant notamment sur:

a) La fréquence de l'incapacité de travail;

b) Les constatations qu'il a faites en matière d'application des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance-soins de santé;

14° De transmettre les rapports visés au 13°, accompagnés des suggestions que ses constatations lui ont inspirées, le premier, au ministre, au Comité général et au Comité de gestion du Service des indemnités, le second, au ministre, au Comité général et au Conseil général;

15° De proposer au Comité général le budget des frais d'administration du Service du contrôle médical;

16° De proposer au Comité général de l'Institut, dans les cas où ce Comité est compétent en ces matières, le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service du contrôle médical, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger;

17° De décider des actions en justice dans les limites de sa compétence.

En cas d'urgence, le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle médical peut décider l'action en justice. Cette action est soumise à l'approbation du Comité lors de sa plus prochaine séance. Si cette approbation est refusée, il y aura désistement de l'action intentée;

18° D'établir son règlement d'ordre intérieur.

Lorsque le Comité ne remplit pas les missions à lui dévolues par l'alinéa 1^{er}, 2°, 8° et 18°, il y est invité par le ministre.

S'il n'est pas réservé une suite à cette invitation dans un délai de trente jours, le ministre prend des mesures pour suppléer à la carence du Comité.

Le Roi peut, après avis du Comité, confier au Service du contrôle médical d'autres missions d'ordre médical; il fixe également le mode d'indemnisation des frais afférents à ces missions.

§ 2. Le Comité constitue en son sein au moins deux chambres restreintes, qui seront, seules, chargées de l'application des dispositions reprises aux 9° et 10° du présent article.

Ces chambres sont présidées par un vice-président du Comité ou un suppléant et comprennent en outre un des membres visés à l'article 78, alinéa 1^{er}, 4°, et deux membres désignés à la majorité

simple par chacun des groupes visés à l'article 78, alinéa 1^{er}, 2^o et 3^o. Ces chambres comprennent également autant de membres suppléants désignés selon la même procédure que les membres effectifs. Le nombre des membres suppléants n'est toutefois jamais inférieur à deux.

Le président et les membres siégeant à l'audience ont voix délibérative.

Lorsque ces chambres examinent des dossiers concernant les praticiens de l'art dentaire, les établissements hospitaliers, les institutions ou les praticiens des professions visées respectivement à l'article 78, alinéa 1^{er}, 8^o à 21^o, les membres désignés par le groupe visé au 3^o de l'article 78, alinéa 1^{er}, sont remplacés par les membres des groupes visés respectivement au 5^o et au 7^o à 21^o dudit article, tandis que le membre visé au 4^o, de l'article 78, alinéa 1^{er}, ne siège pas, sauf si le dossier examiné concerne un praticien ayant, entre autre, la qualité de docteur en médecine. Lorsque ces chambres examinent un dossier concernant un praticien qui relève de plusieurs groupes, les groupes intéressés désignent de commun accord les membres dont la qualification est la plus adéquate. A défaut d'accord, le président du Comité procède à cette désignation.

Lorsque les chambres examinent des dossiers concernant les pharmaciens, les membres désignés par le groupe visé à l'article 78, alinéa 1^{er}, 3^o, sont remplacés par les membres du groupe visé au 6^o dudit article; en outre, le membre visé à l'article 78, alinéa 1^{er}, 4^o, est remplacé par un pharmacien désigné par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

A chaque audience, tous les membres sont convoqués; si un membre effectif est empêché d'assister à l'audience, un suppléant est invité à l'y remplacer.

Cette procédure ayant été suivie, le siège reste valablement constitué si, outre le président et le membre du Conseil de l'Ordre, sans préjudice des dispositions du 8^e alinéa, sont également présents un des membres visés à l'article 78, alinéa 1^{er}, 2^o, et suivant les distinctions visées aux alinéas 6 et 8, soit un membre visé à l'article 78, alinéa 1^{er}, 3^o, soit un membre des groupes visés à l'article 78, alinéa 1^{er}, 5^o à 21^o.

Chaque fois que les membres d'un des deux groupes visés à l'article 78, alinéa 1^{er}, 2^o et 3^o, sont présents en nombre plus considérable que ceux de l'autre groupe, la chambre, pour rétablir l'égalité, désignera de commun accord le membre du groupe le plus nombreux qui n'aura pas voix délibérative; en cas de désaccord, la voix délibérative sera retirée au membre le moins âgé de ce groupe. Il est procédé de la même manière lorsque les membres visés à l'article 78, alinéa 1^{er}, 3^o, sont remplacés par les membres d'un des groupes visés à l'article 78, alinéa 1^{er}, 5^o à 21^o.

Les décisions sont prises à la majorité des participants au vote; en cas de parité des voix, la voix du président est prépondérante.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 65. Artikel 90 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 90. Onverminderd de eventuele strafrechtelijke en tuchtvervolgving en afgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen, bedoeld in titel III van deze wet, kunnen de in artikel 79, § 2, van voornoemde wet bedoelde beperkte kamers de verzekeringsinstellingen het tegemoetkomen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen verbieden over een tijdvak van vijf dagen tot één jaar, wanneer ze worden verleend door een zorgverstrekker die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet naleeft.

De beperkte kamers mogen slechts een beslissing nemen na de betrokkenen te hebben gehoord; verzuimen of weigeren zij te verschijnen, dan kunnen de beperkte kamers echter het in het vorige lid bedoelde verbod op geldige wijze uitspreken.

Tegen de beslissing kan beroep worden ingesteld bij een der in artikel 89, derde lid, bedoelde Commissies van beroep.

Zowel voor de beperkte kamers als voor de Commissies van beroep, mogen de betrokkenen zich laten bijstaan door een persoon die zij kiezen.

De Koning bepaalt, op gezamenlijk voorstel van de in artikel 34, § 2, bedoelde Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen en Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, dan wel op voorstel van de in artikel 19 bepaalde bevoegde bestendige commissie, de wijze van bekendmaking van de definitieve beslissingen houdende verbod van tegemoetkoming, die door de beperkte kamers of door de Commissies van beroep zijn genomen; enkel het beschikkend gedeelte der beslissingen wordt bekendgemaakt.»

Art. 65. L'article 90 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes:

« Art. 90. Sans préjudice des poursuites pénales et disciplinaires éventuelles et indépendamment des dispositions des conventions ou des engagements prévus au titre III de la présente loi, les chambres restreintes, visées à l'article 79, § 2, de la loi précitée, peuvent interdire aux organismes assureurs, pour une période allant de cinq jours à un an l'intervention dans le coût des prestations de santé, lorsqu'elles sont dispensées par un prestataire de soins qui ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire-soins de santé et indemnités.

Les chambres restreintes ne peuvent prendre de décision qu'après avoir entendu les intéressés; toutefois, s'ils s'abstiennent ou refusent de comparaître, les chambres restreintes peuvent valablement prononcer l'interdiction visée à l'alinéa précédent.

Il peut être interjeté appel de la décision auprès d'une des Commissions d'appel prévues à l'article 89, alinéa 3.

Tant devant les chambres restreintes que devant les Commissions d'appel, les intéressés peuvent se faire assister par une personne de leur choix.

Le Roi détermine, soit sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste et la Commission nationale dentomutualiste visées à l'article 34, § 2, soit sur proposition de la Commission permanente prévue à l'article 19, les modes de publicité des décisions définitives portant interdiction d'intervention prononcées par les chambres restreintes ou les Commissions d'appel; seul le dispositif des décisions est publié.»

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 66. In artikel 91 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 29 december 1990 en het koninklijk besluit nr. 176 van 30 december 1982, worden de woorden «en van de uitkeringsverzekering» vervangen door de woorden «van de uitkeringsverzekering en van de moederschapsverzekering».

Art. 66. Dans l'article 91 de la même loi, modifié par la loi du 29 décembre 1990 et l'arrêté royal n° 176 du 30 décembre 1982, les mots «et de l'assurance-indemnités» sont remplacés par les mots «de l'assurance-indemnités et l'assurance-maternité».

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 67 luidt:

Art. 67. In artikel 92 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 29 december 1990, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o Het eerste lid wordt vervangen door de volgende bepaling:

« De Dienst voor administratieve controle ontvangt zijn technische richtlijnen van een Comité dat samengesteld is uit een voorzitter en uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van werkgevers, van werknemers en van de verzekeringsinstellingen.»

2^o In de Nederlandse tekst van het tweede lid wordt het woord «dat» vervangen door het woord «het».

Art. 67. Dans l'article 92 de la même loi, modifié par la loi du 29 décembre 1990, sont apportées les modifications suivantes:

1^o L'alinéa 1^{er} est remplacé par la disposition suivante:

« Le Service du contrôle administratif reçoit ses directives techniques d'un Comité, composé d'un président et de représentants en nombre équivalents des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et des organismes assureurs.»

2° Dans le texte néerlandais de l'alinéa 2 le mot « dat » est remplacé par le mot « het ».

De heren Anthuenis en De Backer stellen volgend amendement voor:

« Het 1° van dit artikel te doen vervallen. »

« Supprimer le 1° de cet article. »

De stemming over het amendement en de stemming over artikel 67 worden aangehouden.

Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article 67 sont réservés.

Art. 68. Artikel 93 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 8 april 1965 en 29 december 1990 en het koninklijk besluit van 20 juli 1971, wordt vervangen als volgt:

« Art. 93. Het Comité van de Dienst voor administratieve controle:

1° Stelt de technische richtlijnen vast met het oog op de organisatie van de administratieve controle;

2° Verstreckt adviezen en doet voorstellen in verband met de reglementering betreffende de administratieve controle;

3° Maakt, binnen de door de Koning te bepalen termijnen, verslagen op over zijn bevindingen inzake de toepassing, door de verzekeringsinstellingen, van de wets- en verordeningbepalingen betreffende:

a) De verzekering voor geneeskundige verzorging;

b) De uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering;

4° Bezorgt de in 3° bedoelde verslagen, samen met de aanbevelingen ingegeven door zijn bevindingen, het eerste aan de minister en aan de Algemene Raad, het tweede aan de minister en aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen;

5° Stelt het Algemeen Comité de administratieve en statistische regelen voor, welke de verzekeringsinstellingen moeten in acht nemen om de Dienst voor administratieve controle in staat te stellen zijn opdracht uit te oefenen;

6° Verstreckt de minister adviezen over de maatstaven tot erkenning van de in artikel 98 bedoelde tarifieringsdiensten;

7° Stelt aan het Algemeen Comité de nadere regelen voor tot het vergoeden van de kosten, door de Dienst gedragen voor het uitvoeren van andere taken welke hem door de Koning worden opgedragen;

8° Stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor administratieve controle voor;

9° Stelt het Algemeen Comité in de gevallen waarin dit Comité ter zake bevoegd is, de aanwerving, de benoeming, de dienstaanwijzing, de bevordering, het ontslag en de afzetting van het personeel van de Dienst voor administratieve controle voor alsmede de aan dat personeel op te leggen tuchtstraffen;

10° Beslist over de rechtsoverdrachten binnen zijn bevoegdheid.

In geval van dringende noodzakelijkheid kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle beslissen over de rechtsoverdracht. Die overdracht wordt ter goedkeuring aan het Comité bedoeld in artikel 92, voorgelegd op zijn eerstvolgende vergadering. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde overdracht afstand te worden gedaan;

11° Stelt zijn huishoudelijk reglement op dat aan de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd.

De in artikel 92 bedoelde vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen hebben zitting met raadgevende stem wat de materies betreft waarvan sprake is onder de punten 1°, 9° en 10°.

De Koning kan, op voorstel van het Algemeen Comité na advies van het in artikel 92 bedoelde Comité, aan de Dienst voor administratieve controle andere taken opdragen met het oog op de toepassing van de wets- en verordeningbepalingen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering. »

Art. 68. L'article 93 de la même loi, modifié par les lois du 8 avril 1965 et 29 décembre 1990 et l'arrêté royal du 20 juillet 1971, est remplacé comme suit:

« Art. 93. Le Comité du Service du contrôle administratif:

1° Etablit les directives techniques en vue de l'organisation du contrôle administratif;

2° Emet des avis et des propositions sur la réglementation afférente au contrôle administratif;

3° Etablit, dans les délais fixés par le Roi, des rapports sur les constatations qu'il a faites en matière d'application, par les organismes assureurs, des dispositions légales et réglementaires concernant:

a) L'assurance-soins de santé;

b) L'assurance-indemnités et l'assurance-maternité;

4° Transmet les rapports visés au 3°, accompagnés des suggestions que ses constatations lui ont inspirées, le premier au ministre et au Conseil général, le second au ministre et au Comité de gestion du Service des indemnités;

5° Propose au Comité général, les règles administratives et statistiques que doivent observer les organismes assureurs pour permettre au Service du contrôle administratif d'exercer sa mission;

6° Donne au ministre des avis sur les critères d'agrément des offices de tarification visés à l'article 98;

7° Propose, au Comité général, les modalités de remboursement des frais que le Service a exposés pour l'exécution d'autres missions qui lui sont confiées par le Roi;

8° Propose au Comité général le budget des frais d'administration du Service du contrôle administratif;

9° Propose, au Comité général, dans les cas où ce Comité est compétent en ces matières, le recrutement, la nomination, l'affectation, la promotion, le licenciement et la révocation du personnel du Service du contrôle administratif, ainsi que les sanctions disciplinaires à lui infliger;

10° Décide des actions en justice dans le cadre de sa compétence.

En cas d'urgence, le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut décider l'action en justice. Cette action est soumise à l'approbation du Comité visé à l'article 92, lors de sa plus prochaine séance. Si cette approbation est refusée, il y aura lieu à désistement de l'action intentée;

11° Etablit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi.

Les représentants des organismes assureurs visés à l'article 92 siègent avec voix consultative en ce qui concerne les matières faisant l'objet des points 1°, 9° et 10°.

Le Roi peut, sur proposition du Comité général après avis du Comité visé à l'article 92, confier au Service du contrôle administratif d'autres missions en vue de l'application des dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance maladie-invalidité. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 69. Artikel 95 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 69. L'article 95 de la même loi est abrogé.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 70. In artikel 96, derde lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 27 juni 1969 en 29 december 1990 en het koninklijk besluit nr. 408 van 14 april 1986, wordt het woord « verbond » vervangen door het woord « ziekenfonds ».

Art. 70. Dans l'article 96, alinéa 3, de la même loi modifié par les lois des 24 décembre 1963, 27 juin 1969 et 29 décembre 1990 et l'arrêté royal n° 408 du 14 avril 1986, le mot « fédération » est remplacé par le mot « mutualité ».

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 71. In artikel 97 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 27 juni 1969, 12 mei 1971, 7 juli 1976, 22 december 1977 en 29 december 1990, de koninklijke besluiten nr. 10 van 11 oktober 1978, nr. 408 van 18 april 1986 en nr. 533 van 31 maart 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In het eerste lid, worden de woorden « of van de uitkeringsverzekering » vervangen door de woorden « van de uitkeringsverzekering of van de moederschapsverzekering »;

2° Het vierde lid wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Alle ten onrechte betaalde prestaties worden op een bijzondere rekening geboekt. Die prestaties worden teruggevorderd door de verzekeringsinstelling die ze heeft toegekend binnen de door de Koning bepaalde termijnen en met alle middelen, de gerechtelijke inbegrepen. »

Art. 71. Dans l'article 97 de la même loi, modifié par les lois des 27 juin 1969, 12 mai 1971, 7 juillet 1976, 22 décembre 1977 et 29 décembre 1990, les arrêtés royaux n° 10 du 11 octobre 1978, n° 408 du 18 avril 1986 et n° 533 du 31 mars 1987, sont apportées les modifications suivantes:

1° A l'alinéa 1^{er}, les mots « ou de l'assurance-indemnités » sont remplacés par les mots « de l'assurance-indemnités ou de l'assurance-maternité ».

2° L'alinéa 4 est remplacé par la disposition suivante:

« Toutes les prestations payées indûment sont inscrites à un compte spécial. Ces prestations sont récupérées par l'organisme assureur qui les a accordées, dans les délais fixés par le Roi et par toutes voies de droit y compris la voie judiciaire. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 72. Artikel 99 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 10 oktober 1967, 29 december 1990 en het koninklijk besluit nr. 408 van 18 april 1986, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 99. Onder de door de Koning bepaalde voorwaarden spreekt het Comité van de Dienst voor administratieve controle, bijeengekomen in speciale vergadering waarop de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen niet aanwezig zijn, ten laste van de verzekeringsinstellingen administratieve geldboeten uit van 1 000 tot 10 000 frank, in geval van overtreding van de bepalingen van deze wet, haar uitvoeringsbesluiten of -verordeningen.

De administratieve geldboeten zijn van rechtswege uitvoerbaar.

De verzekeringsinstellingen kunnen tegen de beslissing van het Comité van de Dienst voor administratieve controle beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbanken onder de voorwaarden bedoeld in artikel 100. »

Art. 72. L'article 99 de la même loi, modifié par les lois des 10 octobre 1967, 29 décembre 1990 et l'arrêté royal n° 408 du 18 avril 1986, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 99. Le Comité du Service du contrôle administratif, réuni en séance spéciale en l'absence des représentants des organismes assureurs prononce, dans les conditions déterminées par le Roi, à charge des organismes assureurs, des amendes administratives de 1 000 à 10 000 francs, en cas d'infraction aux dispositions de la présente loi, de ses arrêtés ou règlements d'exécution.

Les amendes administratives sont exécutoires de plein droit.

Les organismes assureurs peuvent interjeter appel de la décision prise par le Comité du Service du contrôle administratif auprès du tribunal du travail dans les conditions prévues à l'article 100. »

— Aangenomen.

Adopté.

Ann. parl. Sénat de Belgique - Session ordinaire 1992-1993
Parlem. Hand. Belgische Senaat - Gewone zitting 1992-1993

Art. 73. Artikel 100 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 10 oktober 1967 en het koninklijk besluit nr. 22 van 23 maart 1982, wordt aangevuld als volgt:

« In de zaken waarin een medisch expert wordt aangewezen, worden de voorschotten, de erelonen en de kosten van deze expert die vervat zijn in de nota die hij opstelt overeenkomstig de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek, aangeduid met toepassing van het door de Koning vastgestelde tarief. »

Art. 73. L'article 100 de la même loi, modifié par la loi du 10 octobre 1967 et l'arrêté royal n° 22 du 23 mars 1982, est complété comme suit:

« Dans les affaires pour lesquelles un expert médical est désigné, les provisions, les honoraires et les frais de cet expert, contenus dans le relevé qu'il établit conformément aux dispositions du Code judiciaire, sont indiqués en appliquant le tarif fixé par le Roi. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 74. Artikel 101 van dezelfde wet, gewijzigd bij het koninklijk besluit nr. 408 van 18 april 1986, wordt aangevuld als volgt:

« In geval van overtreding van de bepalingen van artikel 37^{ter} wordt de administratieve geldboete opgelegd aan de kinesitherapeut of verpleegkundige ten laste van wie de overtreding is vastgesteld. De persoon die overeenkomstig artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek ter zake burgerrechtelijk aansprakelijk is, is er echter toe gehouden de geldboete te betalen die aan zijn aangestelde is opgelegd.

De definitieve beslissingen die met toepassing van de in de vorige leden bedoelde bepalingen worden uitgesproken, zijn van rechtswege uitvoerbaar. In geval de schuldenaar in gebreke blijft, kan het Bestuur van de Belasting over de toegevoegde waarde, van Registratie en Domeinen, ermee belast worden de administratieve geldboete in te vorderen overeenkomstig de bepalingen van artikel 3 van de domaniale wet van 22 december 1949.

De inspecteurs van de Dienst voor administratieve controle zijn bevoegd om vast te stellen dat een getuigschrift voor verstrekte zorg of een factuur niet overeenkomstig de geldende reglementering is opgesteld.

Deze vaststellingen gelden tot bewijs van het tegendeel.

De Dienst voor administratieve controle spreekt — ten laste van de zorgverstrekker en onder de door de Koning te bepalen voorwaarden — een sanctie van 5 000 frank uit per verkeerd geattesteerde of gefactureerde prestatie. »

Art. 74. L'article 101 de la même loi, modifié par l'arrêté royal n° 408 du 18 avril 1986 est complété comme suit:

« En cas d'infraction aux dispositions de l'article 37^{ter}, l'amende administrative est infligée au kinésithérapeute ou praticien de l'art infirmier dans le chef duquel l'infraction a été constatée. La personne civilement responsable aux termes de l'article 1384 du Code civil est cependant tenue au paiement de l'amende infligée à son préposé.

Les décisions définitives prononcées en exécution des dispositions visées aux alinéas précédents sont exécutoires de plein droit. En cas de défaillance du débiteur, l'administration de la Taxe sur la valeur ajoutée, de l'Enregistrement et des Domaines peut être chargée de recouvrer l'amende administrative conformément aux dispositions de l'article 3 de la loi domaniale du 22 décembre 1949.

Les inspecteurs du Service du contrôle administratif sont habilités à constater qu'une attestation de soins ou une facture n'a pas été rédigée conformément à la réglementation en vigueur.

Ces constatations valent jusqu'à preuve du contraire.

Le Service de contrôle administratif inflige — à charge du dispensateur de soins et aux conditions à définir par le Roi — une sanction de 5 000 francs par prestation attestée ou facturée erronément. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 75. Artikel 113 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 113. De administrateur-generaal van het Instituut is belast met de uitvoering van de beslissingen van het Algemeen Comité die betrekking hebben op de algemene diensten.

Hij staat in voor het secretariaat van het Algemeen Comité.

Hij oefent de bevoegdheden uit inzake dagelijks beheer welke door het Algemeen Comité zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

De administrateur-generaal vertegenwoordigt het Instituut in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen. Hij stelt de vorderingen bij de rechtscolleges in, overeenkomstig de beslissingen genomen met toepassing van de artikelen 8, 9°, 12, § 1, 5°, 40, 8°, 79, 17°, en 93, 10°. Hij gaat geen persoonlijke verbintenissen aan en is enkel verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn opdracht.

Ingeval de administrateur-generaal verhinderd is, worden zijn bevoegdheden uitgeoefend door de adjunct-administrateur-generaal en, ingeval deze verhinderd is, door een door het Algemeen Comité aangewezen personeelslid van het Instituut. Voor een vlottere afhandeling van de zaken, kan het Algemeen Comité, onder de voorwaarden welke hij vaststelt, de administrateur-generaal machtigen een gedeelte van zijn bevoegdheden over te dragen aan de ambtenaren onder wier leiding de bijzondere diensten van het Instituut staan. »

Art. 75. L'article 113 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 113. L'administrateur général de l'Institut est chargé de l'exécution des décisions du Comité général qui concernent les services généraux.

Il assure le secrétariat du Comité général.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Comité général dans son règlement d'ordre intérieur.

L'administrateur général représente l'Institut dans les actes judiciaires et extrajudiciaires. Il saisit les instances judiciaires, conformément aux décisions prises en application des articles 8, 9°, 12, § 1^{er}, 5°, 40, 8°, 79, 17° et 93, 10°. Il ne prend aucune obligation personnelle et n'est responsable que de l'exécution de sa mission.

En cas d'empêchement de l'administrateur général, ses pouvoirs sont exercés par l'administrateur général adjoint et, en cas d'empêchement de ce dernier, par un membre du personnel de l'Institut désigné par le Comité général. Pour faciliter l'expédition des affaires, le Comité général peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser l'administrateur général à déléguer une partie de ses pouvoirs aux fonctionnaires dirigeant les services spéciaux de l'Institut. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 76. Artikel 114 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 114. § 1. De leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen is belast met de uitvoering van de beslissingen van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen alsmede van die van het Algemeen Comité welke betrekking hebben op de Dienst voor uitkeringen.

Hij woont de vergaderingen van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij woont rechtens de vergaderingen bij van de raden en commissies die werkzaam zijn in de schoot van de dienst waarvan hij de leiding heeft of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Hij oefent de bevoegdheden uit inzake dagelijks beheer welke door het beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

Ingeval de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen verhinderd is, worden zijn bevoegdheden uitgeoefend door een door het Algemeen Comité aangewezen personeelslid van genoemde dienst.

§ 2. De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging is belast met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Raad, van het Verzekeringscomité alsmede van die van het Algemeen Comité welke betrekking hebben op de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Hij woont de vergaderingen van de Algemene Raad en van het Verzekeringscomité bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij woont rechtens de vergaderingen bij van de raden, colleges, commissies en comités die werkzaam zijn in de schoot van de dienst waarvan hij de leiding heeft of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Hij oefent de bevoegdheden uit inzake dagelijks beheer welke door de Algemene Raad zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

Ingeval de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging verhinderd is, worden zijn bevoegdheden uitgeoefend door een door het Algemeen Comité aangewezen personeelslid van genoemde dienst.

§ 3. De leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen en die van de Dienst voor geneeskundige verzorging wonen de vergaderingen van het Algemeen Comité bij. »

Art. 76. L'article 114 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes:

« Art. 114. § 1^{er}. Le fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités est chargé de l'exécution des décisions du Comité de gestion du Service des indemnités ainsi que de celles du Comité général qui concernent le Service des indemnités.

Il assiste aux séances du Comité de gestion du Service des indemnités et en assure le secrétariat.

Il assiste de droit aux séances des conseils et commissions qui fonctionnent au sein du service qu'il dirige ou il peut s'y faire représenter par le fonctionnaire qu'il désigne.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Comité de gestion du Service des indemnités dans son règlement d'ordre intérieur.

En cas d'empêchement du fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités, ses pouvoirs sont exercés par un membre du personnel dudit service, désigné par le Comité général.

§ 2. Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé est chargé de l'exécution des décisions du Conseil général, du Comité de l'assurance ainsi que de celles du Comité général qui concernent le service des Soins de santé.

Il assiste aux séances du Conseil général et du Comité de l'assurance et en assure le secrétariat.

Il assiste de droit aux séances des conseils, collèges, commissions et comités qui fonctionnent au sein du service qu'il dirige ou il peut s'y faire représenter par le fonctionnaire qu'il désigne.

Il exerce les pouvoirs de gestion journalière, tels qu'ils sont définis par le Conseil général dans son règlement d'ordre intérieur.

En cas d'empêchement du fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, ses pouvoirs sont exercés par un membre du personnel dudit service, désigné par le Comité général.

§ 3. Le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités et celui du Service des soins de santé assistent aux séances du Comité général. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 77. Artikel 117 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepalingen:

« Art. 117. § 1. De personeelsleden van de Hulpkas voor ziekten en invaliditeitsverzekering worden aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door het Beheerscomité van de Hulpkas.

Niettegenstaande de bepalingen van het personeelsstatuut van de Hulpkas, mag het Beheerscomité de adviserend-geneesheren van die instelling ontslaan of afzetten zonder andere voorwaarde dan de intrekking van hun erkenning door het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle.

§ 2. Onder voorbehoud van de bepalingen van de artikelen 79, 11^o, en 89 worden de voor de Dienst voor geneeskundige controle en voor de Dienst voor administratieve controle aangewezen personeelsleden van het Instituut, op voorstel van de comités van die Diensten, aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door het Algemeen Comité.

Nochtans worden, in afwijking van artikel 8, 3^o, tot alle graden waarmee ze kunnen worden bekleed:

1^o De in artikel 80 bedoelde geneesheren-inspecteurs en apothekers-inspecteurs door de Koning benoemd op voorstel of na advies van het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle. Ze worden door de Koning ontslagen en afgezet;

2^o De in artikel 94 bedoelde inspecteurs en adjunct-inspecteurs door de Koning benoemd, ontslagen en afgezet. »

Art. 77. L'article 117 de la même loi est remplacé par les dispositions suivantes:

« Art. 117. § 1^{er}. Les agents de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité sont recrutés, nommés, affectés, promus, licenciés et révoqués par le Comité de gestion de la Caisse auxiliaire.

Nonobstant les dispositions du statut du personnel de la Caisse auxiliaire, le Comité de gestion peut licencier ou révoquer les médecins-conseils de cet organisme sans autre condition que le retrait de leur agrégation par le Comité du Service du contrôle médical.

§ 2. Sous réserve des dispositions des articles 79, 11^o et 89, les agents de l'Institut affectés au Service du contrôle médical ou au Service du contrôle administratif sont, sur proposition des Comités de ces services, recrutés, nommés, affectés, promus, licenciés et révoqués par le Comité général.

Toutefois, par dérogation à l'article 8, 3^o, à tous les grades dont ils peuvent être revêtus:

1^o Les médecins-inspecteurs et les pharmaciens-inspecteurs, visés à l'article 80, sont nommés par le Roi sur proposition ou après avis du Comité du Service du contrôle médical. Ils sont licenciés et révoqués par le Roi;

2^o Les inspecteurs et inspecteurs adjoints visés à l'article 94, sont nommés, licenciés et révoqués par le Roi. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 78. Artikel 120bis van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 23 december 1974, 1 augustus 1985 en 29 december 1990, wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 120bis. Zonder dat wordt afgeweken van de bevoegdheid van de bestaande controleorganen, kunnen de minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Voorzorg behoort en de minister tot wiens bevoegdheid de Begroting behoort, bij het Instituut een afgevaardigde aanwijzen die voltijds met de functies van begrotings- en financieel adviseur is belast.

Deze adviseur brengt aan deze ministers verslag uit over het beheer van de instelling, alsook over de ontvangsten en uitgaven, in het bijzonder over de vooruitzichten ter zake en over de verschillende aspecten van hun evolutie.

Te dien einde onderzoekt hij ter plaatse, zonder zich in te laten met het beheer, alle verrichtingen die een financiële of begrotingsweerslag hebben. Hij beschikt over de meest uitgebreide onderzoeksbevoegdheden, heeft inzage van alle dossiers en alle

archieven, ontvangt van de diensten alle inlichtingen welke hij vraagt en woont de vergaderingen bij van de beheersorganen van de in de artikelen 78 en 92 bedoelde comités alsook van de bij titel III, hoofdstuk IV, afdeling I, *Ibis* en *Iter* bedoelde commissies.

Het statuut en de duur van het mandaat van die adviseur worden door de Koning vastgesteld.

Indien periodes gedurende welke betrokkene de functie van begrotings- en financieel adviseur heeft uitgeoefend, in de periode vallen die in aanmerking komt voor het vaststellen van het gemiddelde der wedde, op grond waarvan een pensioen ten laste van de Schatkist wordt berekend, wordt voor die periodes rekening gehouden met de als wedde geldende toelage verbonden aan voormelde functie. »

Art. 78. L'article 120bis de la même loi, modifié par les lois du 23 décembre 1974, 1^{er} août 1985 et 29 décembre 1990, est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 120bis. Sans qu'il soit dérogé à la compétence des organes de contrôle existants, le ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions et le ministre qui a le Budget dans ses attributions peuvent désigner auprès de l'Institut un délégué qui exerce à temps plein les fonctions de conseiller budgétaire et financier.

Ce conseiller fait rapport à ces ministres sur la gestion de l'organisme ainsi que sur ses recettes et ses dépenses, en particulier sur les prévisions en la matière et les différents aspects de leur évolution.

A cet effet, il examine sur place, sans s'immiscer dans la gestion, les opérations ayant une incidence financière ou budgétaire. Il dispose des pouvoirs d'investigation les plus larges, accède à tous les dossiers et à toutes les archives, reçoit des services tous les renseignements qu'il demande et peut assister aux réunions des organes de gestion des comités visés aux articles 78 et 92, ainsi qu'à celles des commissions visées au titre III, chapitre IV, section I^{re}, I^{re}bis et I^{re}ter.

Le statut et la durée du mandat de ce conseiller sont fixés par le Roi.

Si des périodes durant lesquelles l'intéressé a exercé les fonctions de conseiller budgétaire et financier interviennent dans la période retenue pour l'établissement de la moyenne des traitements devant servir de base au calcul d'une pension à charge du Trésor public, il est tenu compte pour ces périodes de l'allocation tenant lieu de traitement attachée aux fonctions précitées. »

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 79 luidt:

Art. 79. In afdeling III van hoofdstuk I van titel VIII van dezelfde wet wordt artikel 125, § 1, 2^o, vervangen bij de wet van 26 juni 1992, vervangen door de volgende bepaling:

« 2^o Het bedrag van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen wordt vastgesteld op 21 331 miljoen frank. Dit bedrag kan jaarlijks bij een in Ministerraad overlegd besluit worden aangepast, rekening houdend met de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen, met de evolutie van de lonen in de overeenstemmende sectoren en met de wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen.

De Koning kan, onder de voorwaarden en volgens de regels vastgesteld bij een in Ministerraad overlegd besluit, de toekenning van het geheel of een gedeelte van deze aanpassing aan elke verzekeringsinstelling afhankelijk maken van de wijze waarop zij haar wettelijke opdrachten uitvoert. De Koning belast de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen met deze evaluatieopdracht. »

Art. 79. Dans la section III du chapitre I^{er} du titre VIII de la même loi, l'article 125 § 1^{er}, 2^o, remplacé par la loi du 26 juin 1992, est remplacé par la disposition suivante:

« 2^o Le montant des frais d'administration des organismes assureurs est fixé à 21 331 millions de francs. Ce montant peut être adapté annuellement, par arrêté délibéré en Conseil des ministres,

en tenant compte de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, de l'évolution des salaires dans les secteurs analogues et des missions légales dévolues aux organismes assureurs.

Le Roi peut, dans les conditions et selon les modalités fixées par arrêté délibéré en Conseil des ministres, subordonner l'octroi de tout ou partie de cette adaptation à chaque organisme assureur, à la manière dont il exécute ses missions légales. Le Roi charge le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités de cette mission d'évaluation.

Mme Herzet et M. D'hondt proposent l'amendement que voici :

« A cet article, remplacer le chiffre « 21 331 » par le chiffre « 20 057. »

« In dit artikel het cijfer « 21 331 » te vervangen door het cijfer « 20 057. »

Mme Herzet et M. D'hondt proposent l'amendement subsidiaire que voici :

« A cet article, remplacer le chiffre « 21 331 » par le chiffre « 21 059. »

« In dit artikel het cijfer « 21 331 » te vervangen door het cijfer « 21 059. »

La parole est à M. D'hondt.

M. D'hondt. — Monsieur le Président, comme je l'ai indiqué lors de la discussion générale, le montant des frais d'administration de 1992 des mutualités fait l'objet d'une indexation de 6,4 p.c. Notre amendement principal vise à maintenir le montant de 1992 et l'amendement subsidiaire préconise une indexation de 5 p.c.

En effet, nous estimons qu'au moment où les contribuables sont frappés de toutes parts par des mesures fiscales — je pense notamment à la non-indexation des barèmes fiscaux et à un certain nombre d'autres mesures prises par le biais des lois-programmes —, il n'y a aucune raison que les mutualités ne fournissent pas, elles aussi, un effort. En outre, nous estimons tout à fait illogique et néfaste pour le système que les frais d'administration soient fixés proportionnellement aux dépenses consenties par les mutualités. Nos amendements tendent à combattre ce mauvais principe.

M. le Président. — Le vote sur les amendements et le vote sur l'article 79 sont réservés.

De stemming over de amendementen en de stemming over artikel 79 worden aangehouden.

Art. 80. Een afdeling V, met volgend opschrift, wordt ingevoegd in hoofdstuk I van titel VIII van dezelfde wet:

« Afdeling V. — Bijzondere bepalingen. »

Art. 80. Une section V, intitulée comme suit, est insérée dans le chapitre I^{er} du titre VIII de la même loi :

« Section V. — Dispositions particulières. »

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 81 luidt :

Art. 81. Een artikel 133bis, luidend als volgt, wordt ingevoegd in dezelfde wet :

« Art. 133bis. § 1. Onder de voorwaarden en volgens de regels bepaald door de Koning, wordt een commissie, waarvan de samenstelling door Hem wordt bepaald, opgericht welke belast is met het formuleren van voorstellen binnen een termijn van maximum één jaar na de inwerkingtreding van dit artikel om te komen tot een aanpassing of wijziging van de bepalingen van de afdelingen I, II en IV van dit hoofdstuk.

Over deze voorstellen moet binnen een termijn van twee maanden na hun mededeling een advies worden uitgebracht door de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging en door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen.

§ 2. Op basis van de overeenkomstig § 1 uitgebrachte voorstellen en adviezen, kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, uiterlijk vóór 31 december 1994 het geheel of een gedeelte van de bepalingen van de afdelingen I, II en IV van dit hoofdstuk wijzigen of aanpassen teneinde de regels enerzijds voor de verdeling van de verzekeringsinkomsten tussen de verzekeringsinstellingen en anderzijds voor de sluiting van de lopende rekeningen van de verzekeringsinstellingen te bepalen, waardoor hun financiële verantwoordelijkheid wordt vastgesteld.

De Koning zal bij de Wetgevende Kamers, onmiddellijk indien ze in zitting zijn, zo niet bij de opening van de eerstvolgende zitting, een ontwerp van wet indienen tot bekrachtiging van de tenuitvoerlegging van deze paragraaf genomen besluiten.

§ 3. In het kader van de toepassing van § 2 moeten de verzekeringsinstellingen in de voorwaarden worden gesteld om de verplichtingen na te komen die voortvloeien uit hun wettelijke opdrachten.

De in § 2 bedoelde bepalingen zullen ten volle rekening moeten houden met de verschillen in de lasten die de verzekeringsinstellingen dragen en die voortvloeien uit objectieve criteria, in het bijzonder de gezondheidstoestand, de leeftijd en de sociaal-economische situatie van de aangesloten verzekerden.

De bovengenoemde bepalingen mogen niet tot gevolg hebben dat de sociale verzekerden op het vlak van de sociale-zekerheidsbijdragen en prestaties, in het kader van het stelsel van verplichte ziekteverzekering, verschillend behandeld zouden worden enkel en alleen op grond van hun lidmaatschap van een verzekeringsinstelling.

In het kader van de toepassing van § 2 moeten de verzekeringsinstellingen over de nodige instrumenten beschikken om de uitgaven die voortvloeien uit hun wettelijke opdrachten, te controleren en te beheersen.

§ 4. De Koning kan, vanaf de inwerkingtreding van dit artikel en voor de in de §§ 1 en 2 van dit artikel bedoelde tijdsspanne, bij een in Ministerraad overlegd besluit, bijzondere regels bepalen waardoor tijdelijk kan worden afgeweken van de toepassing van afdeling IV van dit hoofdstuk.

Art. 81. Un article 133bis, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« Art. 133bis. § 1^{er}. Dans les conditions et selon les modalités déterminées par le Roi, il est institué une commission dont la composition est fixée par Lui, chargée de formuler, dans un délai d'un an maximum, à compter de l'entrée en vigueur du présent article, des propositions visant à adapter ou modifier les dispositions des sections I, II et IV du présent chapitre.

Ces propositions feront l'objet, dans les deux mois de leur communication, d'un avis du Conseil général de l'assurance soins de santé et du Conseil de l'Office de contrôle des mutualités.

§ 2. Sur la base des propositions et avis émis conformément au § 1^{er}, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, au plus tard avant le 31 décembre 1994, modifier ou adapter tout ou partie des dispositions des sections I, II et IV du présent chapitre afin de fixer des modalités de répartition des ressources de l'assurance entre organismes assureurs d'une part et de clôture des comptes courants des organismes assureurs d'autre part définissant ainsi la responsabilité financière de ceux-ci.

Le Roi déposera aux Chambres législatives, immédiatement si elles sont en session, sinon à l'ouverture de la session suivante, un projet de loi confirmant les arrêtés pris en exécution du présent paragraphe.

§ 3. Dans le cadre de l'application du § 2, les organismes assureurs devront être placés dans des conditions telles qu'ils soient en mesure de faire face aux obligations découlant de leurs missions légales.

Les dispositions visées au § 2 devront tenir pleinement compte des différences de charges qui doivent être supportées par les organismes assureurs et qui résultent de critères objectifs en particulier de l'état de santé, de l'âge et de la situation socio-économique des assurés affiliés.

Les dispositions précitées ne pourront avoir pour effet que des assurés sociaux, dans le cadre du régime d'assurance-maladie obligatoire, soient traités différemment quant aux cotisations de sécurité sociale et aux prestations sociales uniquement en raison de leur affiliation auprès d'un organisme assureur.

Dans le cadre de l'application du § 2 les organismes assureurs devront disposer des instruments nécessaires leur permettant de contrôler et de maîtriser les dépenses découlant de leurs missions légales.

§ 4. Le Roi peut, dès l'entrée en vigueur du présent article, fixer, pour la période visée aux §§ 1^{er} et 2 du présent article, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, des modalités particulières permettant de déroger temporairement à l'application de la section IV du présent chapitre.»

De heer Anthuenis c.s. stelt voor dit artikel te doen vervallen.

M. Anthuenis et consorts proposent la suppression de cet article.

De heer Anthuenis c.s. stelt volgend subsidiair amendement voor:

«Het derde lid van het voorgestelde artikel 133bis, § 3, te doen vervallen.»

«Supprimer le troisième alinéa du § 3 de l'article 133bis proposé.»

De heer Anthuenis verwijst naar zijn vroegere verantwoording. La parole est à M. Moureaux, ministre.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le Président, en ce qui concerne l'article 81, je souhaiterais que le commentaire que j'ai fait en commission au nom du Gouvernement, se retrouve dans les travaux de notre assemblée.

M. le Président. — Pour que ce texte soit repris dans les *Annales parlementaires*, il faudra que vous nous en fassiez la lecture.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le Président, je reprends donc ce qui a été dit en commission, qui a été délibéré par le Gouvernement et qui revêt une importance particulière:

«Indépendamment des dispositions de l'article 75 qui instaurent un mécanisme de responsabilité des organismes assureurs sur le plan des frais d'administration, les articles 76 et 77 du projet de loi visent à créer le cadre nécessaire à l'adaptation des dispositions contenues dans la loi du 9 août 1963, concernant la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs et la clôture des comptes.

Il est évident qu'une réforme de l'assurance maladie ne peut être réalisée sans une responsabilisation de tous les partenaires concernés. Cela s'applique tant au Gouvernement qu'aux interlocuteurs sociaux, aux prestataires de soins et aux organismes assureurs.

A cet égard, il y a lieu de rappeler que les participants à la table ronde sur l'assurance-maladie ont constaté «que les conditions déterminées par la loi du 9 août 1963 (équilibre du budget et coefficient de sécurité) n'ont en fait pas été réalisées, ce qui fait obstacle à l'application des dispositions légales prévues en cette matière».

Les partenaires concernés reconnaissent dès lors qu'il faut procéder à une adaptation des dispositions concernées.

Le Gouvernement considère que cette adaptation requiert au préalable une analyse approfondie. Il a estimé dès lors qu'il était opportun de charger une commission spéciale de formuler des propositions dans ce domaine, plus particulièrement en ce qui concerne la répartition équitable des ressources et la problématique des comptes courants.

La commission concernée disposera d'un délai d'un an pour remplir sa mission. Celle-ci consiste à élaborer des formules concrètes et opérationnelles permettant de réaliser une responsabilité des mutuelles dans les conditions précisées ci-dessous. De plus, cette commission sera chargée de proposer des solutions techniques quant à l'apurement des comptes courants du passé.

Elle sera autonome et se composera d'experts disposant des compétences requises. Le rapport final de cette commission sera soumis à l'avis du Conseil général de l'assurance soins de santé ainsi qu'à celui de l'Office de contrôle des mutualités; les avis devront être remis dans un délai de deux mois à dater de leur demande.

Sur la base de tous ces éléments, le Roi pourra adapter et modifier les dispositions concernées de la loi du 9 août 1963. Dans ce cadre, il devra toutefois tenir compte des conditions prévues à l'article 77 du présent projet de loi.

A cet égard, il est évident que les organismes assureurs doivent être placés dans des conditions telles qu'ils soient en mesure de faire face aux obligations découlant de leurs missions légales.

Cela implique, en premier lieu, que la répartition des moyens financiers entre les organismes assureurs devra tenir compte des différences de charges qui doivent être supportées par les mutualités et qui résultent de critères objectifs, en particulier de l'état de santé, de l'âge et de la situation socio-économique des assurés affiliés. En d'autres termes, il faut donc tenir compte des catégories d'affiliés et notamment des affiliés à risque des différentes mutualités. Ceci implique, d'une part, une définition correcte de ces groupes à risque et, d'autre part, une clé de répartition des moyens financiers basée sur des éléments pouvant être objectivement évalués. Cette répartition équilibrée des moyens devrait permettre de garantir une position de départ équivalente à chacune des mutualités.

Il faut, en effet, exclure une sélection éventuelle des affiliés en fonction des risques à couvrir.

Une deuxième condition consiste à éviter que les nouvelles dispositions définissant la responsabilité financière des organismes assureurs ne mènent à un traitement différent des assurés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, uniquement en vertu de leur affiliation à un organisme assureur.

Le Gouvernement estime que tant le pluralisme institutionnel que la solidarité qui caractérisent la sécurité sociale en général et l'assurance maladie en particulier doivent être pleinement sauvegardés. Cela implique que les cotisations et les avantages octroyés doivent être identiques pour tous les assurés, quel que soit l'organisme assureur auquel ils sont affiliés et sans préjudice de conditions particulières légales à l'égard de certaines catégories d'ayants droit (VIPO).

En ce qui concerne l'apurement de déficits éventuels, il est clair que ceux-ci ne peuvent être imputés à une mutualité déterminée et à ses membres s'ils sont dus à des facteurs externes qui échappent au contrôle des organismes assureurs ou à une répartition inéquitable des ressources.

Mais si le déficit découle effectivement d'une exécution inadéquate des contrôles prévus par la réglementation ou de fautes de gestion manifestes, les déficits éventuels ne peuvent être répercutés sur les autres mutualités.

Dans ce cas, les mutualités concernées devront prendre toutes les mesures utiles pour régulariser la situation dans le respect des principes déjà énoncés dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Ceci constitue une garantie supplémentaire pour que cette réglementation soit appliquée de façon uniforme par chaque organisme assureur.

En troisième lieu, la responsabilité financière ne peut intervenir que si les mutualités disposent des instruments nécessaires pour contrôler et maîtriser les dépenses découlant de leurs missions légales.

Les mutualités disposent actuellement d'un certain nombre d'instruments leur permettant d'intervenir dans l'évolution des dépenses (par exemple pour les prestations soumises à l'approbation préalable des médecins conseils).

Il est essentiel que ces instruments soient étendus afin de réaliser l'affectation optimale des moyens attribués. Le Gouvernement estime qu'il convient d'attribuer un rôle plus important aux organismes assureurs dans le domaine de la maîtrise des dépenses, étant entendu qu'il appartient au législateur d'en formuler les règles de base.

En attendant la réalisation de ce nouveau règlement, les dispositions existantes restent provisoirement inchangées en ce qui concerne les soldes des comptes courants du passé. Le projet de loi stipule toutefois que des modalités spéciales peuvent être déterminées pour la période 1993-1994, permettant une dérogation temporaire au régime existant. » (*Applaudissements.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan mevrouw Maes.

Mevrouw Maes. — Mijnheer de Voorzitter, het indienen van amendementen op dit ogenblik bleek vrij verrassend te zijn voor de leden van deze assemblee; de verklaring van de Regering is dat niet minder. Zij was niet verwacht en is ook niet bestudeerd. Ik hoop dat wij morgen over de volledige tekst zullen kunnen beschikken zodat wij de volle draagwijdte ervan kunnen kennen.

De Voorzitter. — Mevrouw, mag ik u erop wijzen dat de verklaring van minister Moureaux integraal in het verslag van de commissie is afgedrukt? Er is niets gezegd wat nieuw of onverwacht was. De minister zelf heeft erop aangedrongen om zijn verklaring letterlijk opnieuw te kunnen afleggen.

Mevrouw Maes. — Waarom moest die tekst dan opnieuw worden gelezen?

De heer Moens. — Omdat het duidelijk zou zijn voor de CVP-fractie.

Mevrouw Maes. — Heeft de CVP dan niet genoeg aan het commissieverslag?

M. Taminiaux. — Cela se fait depuis longtemps, madame.

De Voorzitter. — Mevrouw Maes, de minister heeft uitdrukkelijk gevraagd wat hij hier heeft voorgelezen en wat een herhaling is van zijn verklaring in de commissie op te nemen in de *Parlementaire Handelingen* van de Senaat.

Mevrouw Maes. — Mijnheer de Voorzitter, wat bezielt de minister om dat te doen?

De Voorzitter. — Mevrouw, de minister zal daarvoor redenen hebben, die ik niet kan bevroeden.

La parole est à M. Moureaux, ministre.

M. Moureaux, ministre des Affaires sociales. — Monsieur le Président, je ne voudrais pas que l'on croie qu'il s'agit d'une petite fantaisie. C'est pourquoi je tiens à souligner que, lorsqu'il se veut très rigoureux, le Conseil d'Etat se refuse à considérer le rapport de commission comme un document suffisant pour l'interprétation d'un article, alors que ce qui a été déclaré en séance publique est toujours accepté comme un commentaire permettant d'analyser un article.

M. le Président. — La parole est à M. Taminiaux, rapporteur.

M. Taminiaux, rapporteur. — Monsieur le Président, j'ai demandé que, dans le compte rendu, l'on se réfère aux pages du rapport qui concernent spécifiquement la mise en discussion de la déclaration faite par le ministre au nom du Gouvernement.

M. le Président. — Je pense que le malentendu est ainsi dissipé.

Toujours à l'article 81, Mme Nélis et consorts proposent l'amendement que voici:

« Au § 3, deuxième alinéa, de l'article 133bis proposé, remplacer les mots « de critères objectifs... des assurés affiliés » par les mots « des risques objectifs liés, entre autres, à l'état de santé, l'âge, la situation socio-économique des assurés affiliés, mais aussi aux nuisances industrielles ou environnementales qui concernent des populations particulières. »

« Aan het slot van § 3, tweede lid, van het voorgestelde artikel 133bis, de woorden « die voortvloeiën uit ... van de aangesloten verzekerden » te vervangen door de woorden « die voortvloeiën uit objectieve risico's in verband niet alleen met de gezondheids-

toestand, de leeftijd en de sociaal-economische situatie van de aangesloten leden, maar ook met de industriële of milieuhinder die gevolgen heeft voor bepaalde bevolkingsgroepen. »

La parole est à Mme Nélis.

Mme Nélis. — Monsieur le Président, je me réfère à ma justification.

M. le Président. — Le vote sur les amendements et le vote sur l'article 81 sont réservés.

De stemming over de amendementen en de stemming over artikel 81 worden aangehouden.

Art. 82. Artikel 134 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepaling:

« Art. 134. De in hoofdstuk I van titel V, bedoelde bijdragebescheiden worden, binnen de termijnen en in de vormen voorgeschreven door het in artikel 92 bedoelde Comité, door de verzekeringsinstellingen gezonden aan de Dienst voor administratieve controle.

De Koning bepaalt voor welke categorieën van gerechtigden de verzending van de bijdragebescheiden vervangen wordt door het mededelen van de geïnformatiseerde gegevens. Het in artikel 92 bedoelde Comité bepaalt de nadere regels ter zake. »

Art. 82. L'article 134 de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 134. Les documents de cotisation visés au chapitre I^{er} du titre V sont adressés, dans les délais et formes prescrits par le Comité visé à l'article 92 par les organismes assureurs au Service du contrôle administratif.

Le Roi détermine les catégories de titulaires pour lesquelles la transmission des documents de cotisation est remplacée par la communication des données informatisées. Le Comité visé à l'article 92 en détermine les modalités. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 83. Artikel 44 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en 8 april 1965, wordt opgeheven.

Art. 83. L'article 44 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965, est abrogé.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 84. Een artikel 147^{quater}, luidend als volgt, wordt ingevoegd in dezelfde wet:

« Art. 147^{quater}. § 1. De Koning bepaalt, op voorstel van de ministers tot wiens bevoegdheden respectievelijk de Begroting en de Sociale Voorzorg behoren, welke bepalingen van de wet van 16 maart 1954 op de controle van sommige instellingen van openbaar nut, niet van toepassing zijn op de Algemene Raad, bedoeld in artikel 11 van deze wet, gelet op het feit dat de vertegenwoordigers van de overheid in die Raad stemgerechtigd zijn.

§ 2. De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Arbeidsraad, welke bepalingen van de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg van toepassing zijn op de bij deze wet bedoelde raden, comités, commissies en colleges. »

Art. 84. Un article 147^{quater}, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi:

« Art. 147^{quater}. § 1^{er}. Le Roi détermine, sur proposition des ministres ayant respectivement le Budget et la Prévoyance sociale dans leurs attributions, les dispositions de la loi du 16 mars 1954

relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public qui ne sont pas applicables au Conseil général visé à l'article 11 de la présente loi, dans la mesure où les représentants de l'autorité y siègent avec voix délibérative.

§ 2. Le Roi détermine, après avis du Conseil national du travail, les dispositions de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale qui sont applicables aux conseils, comités, commissions et collèges prévus par la présente loi. »

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 85. De rechthebbenden als bedoeld in de wet van 9 augustus 1963 en in de uitvoeringsbesluiten ervan, behouden op het tijdstip waarop deze wet in werking treedt, dezelfde rechten en verplichtingen als die welke de wet van 9 augustus 1963 en de maatregelen tot uitvoering ervan hen gaven.

Art. 85. Les bénéficiaires au sens de la loi du 9 août 1963 précitée et de ses arrêtés d'exécution conservent les mêmes droits et obligations au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, que ceux que leur donnaient la loi du 9 août 1963 précitée et ses mesures d'exécution.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 86. De overeenkomsten en akkoorden die lopen op het tijdstip waarop deze wet in werking treedt, worden verder toegepast totdat ze worden vervangen door volgens deze wet gesloten overeenkomsten en akkoorden.

Art. 86. Les conventions et accords en cours au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi continuent à s'appliquer jusqu'au moment où ils seront remplacés par des conventions et accords conclus selon la présente loi.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 87. Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging ingesteld door de voornoemde wet van 9 augustus 1963, oefent, bij wege van overgangsmaatregel, de bevoegdheden van de Algemene Raad en van het Verzekeringscomité uit totdat de leden van deze organen door de Koning zijn benoemd.

Art. 87. Le Comité de gestion du Service des soins de santé institué par la loi du 9 août 1963 précitée assume à titre transitoire les compétences du Conseil général et du Comité de l'assurance, jusqu'à ce que les membres de ces organes soient nommés par le Roi.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 88. De Algemene Raad ingesteld door de voornoemde wet van 9 augustus 1963 oefent, bij wege van overgangsmaatregel, de bevoegdheden van het Algemeen Comité uit totdat de leden van die Raad door de Koning zijn benoemd.

Art. 88. Le Conseil général institué par la loi du 9 août 1963 précitée assume à titre transitoire les compétences du Comité général, jusqu'à ce que les membres de celui-ci aient été nommés par le Roi.

— Aangenomen.

Adopté.

Art. 89. De besluiten en verordeningen genomen ter uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, blijven van toepassing op de datum van inwerkingtreding van deze wet.

Art. 89. Les arrêtés et règlements pris en exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité restent d'application à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — Artikel 90 luidt:

Art. 90. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de bepalingen van deze wet coördineren met de bepalingen van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Daartoe kan Hij:

1° De volgorde, de nummering van de te coördineren bepalingen en, in het algemeen, de teksten naar de vorm wijzigen;

2° De verwijzingen die voorkomen in de te coördineren bepalingen met de nieuwe nummering overeenbrengen;

3° De redactie van de te coördineren bepalingen wijzigen teneinde ze onderling te doen overeenstemmen en eenheid in de terminologie te brengen, zonder afbreuk te doen aan de beginselen welke in deze bepalingen vervat zijn.

Art. 90. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, coordonner les dispositions de la présente loi et les dispositions de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

A cette fin, Il peut:

1° Modifier l'ordre, le numérotage et en général, la présentation des dispositions à coordonner;

2° Modifier les références qui seraient contenues dans les dispositions à coordonner en vue de les mettre en concordance avec le numérotage nouveau;

3° Modifier la rédaction des dispositions à coordonner en vue d'assurer leur concordance et d'en vérifier la terminologie sans qu'il puisse être porté atteinte aux principes inscrits dans ces dispositions.

De heer Anthuenis c.s. stelt volgend amendement voor:

« Dit artikel aan te vullen met een derde lid, luidende:

« De Koning maakt van zijn bevoegdheid, verleend in het eerste en tweede lid, vóór 31 december 1993 gebruik. »

« Compléter cet article par un troisième alinéa, rédigé comme suit:

« Le Roi fait usage des pouvoirs qui lui sont attribués au premier et au deuxième alinéas, avant le 31 décembre 1993. »

De stemming over het amendement en de stemming over artikel 90 worden aangehouden.

Le vote sur l'amendement et le vote sur l'article 90 sont réservés.

Artikel 91 luidt:

Art. 91. Deze wet treedt op 1 januari 1993 in werking, behalve artikel 48 dat op 1 november 1992 in werking treedt.

Art. 91. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 1993, à l'exception de l'article 48 qui entre en vigueur au 1^{er} novembre 1992.

De heer Anthuenis c.s. stelt volgend amendement voor:

« In dit artikel, de woorden «, behalve artikel 48 dat op 1 november 1992 in werking treedt » te doen vervallen. »

« Supprimer, à cet article, les mots « à l'exception de l'article 48 qui entre en vigueur au 1^{er} novembre 1992. »

Het woord is aan de heer Anthuenis.

De heer Anthuenis. — Mijnheer de Voorzitter, ik wens mijn amendement bij artikel 91 in te trekken.

De Voorzitter. — Dan breng ik artikel 91 in stemming.

Je mets aux voix l'article 91.

— Aangenomen.

Adopté.

De Voorzitter. — De aangehouden stemmingen en de stemming over het ontwerp van wet in zijn geheel hebben later plaats.

Il sera procédé ultérieurement aux votes réservés ainsi qu'au vote sur l'ensemble du projet de loi.

Dames en heren, onze agenda voor vandaag is afgewerkt.

Notre ordre du jour est ainsi épuisé.

INTERPELLATIE — INTERPELLATION

Verzoek — Demande

De Voorzitter. — De heer Cuyvers wenst de minister van Werkstelling en Arbeid te interpellieren over «de noodzakelijke maatregelen om harder op te treden tegen zwartwerk bij het vrachtvervoer over de weg».

M. Cuyvers désire interpellier le ministre de l'Emploi et du Travail sur «les mesures qui s'imposent en vue de permettre une action sévère contre le travail au noir dans le transport de marchandises par la route».

De datum van deze interpellatie wordt later bepaald.

La date de cette interpellation sera fixée ultérieurement.

De Senaat vergadert opnieuw morgen, donderdag 7 januari 1993, om 10 uur.

Le Sénat se réunira demain, jeudi 7 janvier 1993, à 10 heures.

De vergadering is gesloten.

La séance est levée.

(De vergadering wordt gesloten om 19 h 20 m.)

(La séance est levée à 19 h 20 m.)