

F. 97 — 1192

[97/22220]

5 MARS 1997. — Arrêté royal fixant la valeur de X pour les années 1990 et 1991, en application de l'article 61 de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 61;

Vu la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses, notamment l'article 22, § 1er;

Vu l'avis du Conseil général de l'assurance soins de santé, émis le 17 juillet 1996;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, émis le 22 juillet 1996;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. La valeur de X, visée à l'article 61 de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est fixée :

— à 3,25 pour l'année 1990,

— à 6,00 pour l'année 1991.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 5 mars 1997.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

N. 97 — 1192

[97/22220]

5 MAART 1997. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de waarde X voor de jaren 1990 en 1991, in uitvoering van artikel 61 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 61;

Gelet op de wet van 26 juni 1992 houdende sociale en diverse bepalingen, inzonderheid op artikel 22, § 1;

Gelet op het advies van de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, uitgebracht op 17 juli 1996;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, uitgebracht op 22 juli 1996;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De waarde van X, bedoeld in artikel 61 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vastgesteld :

— op 3,25 voor het jaar 1990,

— op 6,00 voor het jaar 1991.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 5 maart 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

F. 97 — 1193

[C - 97/22332]

Arrêté royal portant des mesures visant à généraliser et assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés, en exécution des articles 11, 2°, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté qui est soumis à Votre signature trouve son fondement légal dans l'article 11, 2° de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions ainsi que dans l'article 41 de la même loi.

L'article 11, 2° de la loi susvisée permet au Roi de prendre toute mesure nécessaire en vue de généraliser et d'assouplir l'accès au régime de l'assurance-soins de santé, en particulier pour les groupes de population socio-économiques défavorisés.

Ainsi que le précise l'exposé des motifs de la loi susvisée, la réforme de l'assurabilité entend poursuivre l'évolution naturelle de notre système de soins de santé de qualité élevée vers une accessibilité généralisée à l'assurance-soins de santé.

Historiquement, l'assurance-soins de santé a été construite sur deux grands régimes professionnels (régime général pour les travailleurs salariés et assimilés couvrant les gros et les petits risques; statut social des indépendants pour les travailleurs indépendants couvrant les gros risques). Les personnes qui n'entraient pas dans ces deux catégories professionnelles ont été progressivement protégées contre les risques de maladie par des régimes spécifiques, dits régimes résiduels

N. 97 — 1193

[C - 97/22332]

Koninklijk besluit houdende maatregelen om de toegang tot de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen, in het bijzonder voor de sociaal-economisch achtergestelde groepen, ter uitvoering van de artikelen 11, 2°, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het besluit dat U ter goedkeuring wordt voorgelegd, vindt zijn wettelijke grondslag in artikel 11, 2° van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, alsook in artikel 41 van dezelfde wet.

Artikel 11, 2°, van voormelde wet biedt de Koning de mogelijkheid om alle maatregelen te nemen die nodig zijn voor een veralgemening en een versoepeling van de toegang tot de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging, in het bijzonder voor de minstbedeelde sociaal-economische bevolkingsgroepen.

Zoals in de memorie van toelichting bij de voormelde wet is vermeld, wil de hervorming van de verzekering de natuurlijke evolutie van ons systeem van kwalitatief hoogstaande geneeskundige verzorging naar een veralgemeende toegang tot de verzekering voor geneeskundige verzorging voortzetten.

Historisch is de verzekering voor geneeskundige verzorging gebouwd op twee grote beroepsregelingen (algemene regeling voor de werknemers en met dezen gelijkgestelden, die de grote en de kleine risico's dekt; sociaal statuut van de zelfstandigen voor de zelfstandigen, dat de grote risico's dekt). De personen die niet tot die twee beroeps categorieën behoorden, zijn geleidelijk door specifieke regelingen, de zogenaamde residuair regelingen, beschermd tegen de ziekterisico's.

Ces régimes sont, aujourd'hui encore, au nombre de cinq : le régime des handicapés, le régime des étudiants de l'enseignement supérieur, le régime des anciens fonctionnaires coloniaux, le régime des communautés religieuses et le régime des personnes non encore protégées.

Le fait que l'assurance-soins de santé soit répartie en autant de régimes d'assurance donne lieu à une grande complexité administrative, étant donné que chaque régime contient des règles spécifiques, pour le passage d'un régime à l'autre, qui doivent être respectées. Elles permettent de contrôler si un assuré relève effectivement du champ d'application de l'un ou l'autre régime.

Par ailleurs, le rapport général sur la pauvreté a mis en évidence que, malgré l'efficacité de notre système de sécurité sociale qui a diminué et limité la pauvreté au niveau le plus bas des pays européens, de plus en plus de personnes sont exclues de la couverture des soins remboursés par la sécurité sociale.

A l'occasion des consultations menées avec les organisations défendant les intérêts des plus démunis et des sans domicile fixe, celles-ci ont souhaité que des simplifications importantes soient apportées au fonctionnement de l'assurance-soins de santé, en particulier pour ce qui concerne les régimes résiduels et les dispositions administratives et financières qui les régissent. En effet, les plus démunis, les sans domicile fixe, les personnes sans revenu et les allocataires sociaux sont assurés au sein du régime des personnes non encore protégées - le plus résiduel des régimes résiduels.

A titre d'exemple de l'évolution de ce régime depuis sa création en 1969, on constate que la composition socio-économique de ses membres s'est, littéralement, renversée pour compter, en 1996, quelques 93 % de personnes à revenus les plus bas ou sans aucun revenu (bénéficiaires du minimex, de l'aide sociale équivalente aux minimex, sans abri, femmes divorcées ex-à charge de leur époux, personnes âgées bénéficiaires du revenu garanti plein,...).

La présente réforme de l'assurabilité apporte des réponses concrètes aux revendications des organisations défendant les intérêts des plus démunis et des sans domicile fixe ainsi qu'aux recommandations du rapport général sur la pauvreté.

D'une part, la réforme de l'assurabilité vise à supprimer tous les régimes résiduels existants. Les personnes qui en sont membres seront désormais assurées dans le régime général ou dans le régime des indépendants. C'est ainsi que l'arrêté royal qui vous est soumis intègre au régime général les handicapés, les étudiants de l'enseignement supérieur et les personnes non encore protégées. Les anciens fonctionnaires coloniaux sont assimilés aux pensionnés du régime général. Les travailleurs indépendants handicapés et les membres des communautés religieuses seront intégrés dans le régime des travailleurs indépendants. Ce schéma d'intégration ne modifie en rien l'étendue des droits actuels des personnes concernées, ni les règles relatives à la couverture financière des régimes résiduels. Il n'y a donc plus, au 1/1/1998, que deux régimes d'assurance soins de santé : un grand régime général et le régime des travailleurs indépendants.

Cette intégration a pour conséquence de simplifier les démarches administratives imposées à l'assuré social et d'assouplir pratiquement l'accès aux soins de santé dans la mesure où les passages d'un régime à un autre sont supprimés.

Cette dernière problématique concernera surtout le passage du régime des travailleurs indépendants vers le régime général; passage qui s'accompagne de situations de grande précarité dans les cas de faillite ou d'arrêt d'une activité indépendante. C'est pourquoi, la réforme de l'assurabilité visera également à assouplir les règles relatives au droit d'option entre le régime des indépendants et le régime général, notamment en favorisant le maintien et l'élargissement des droits des ex-travailleurs indépendants par une assimilation totale de leur période d'assurabilité au régime des indépendants si celle-ci est également couverte par une période d'assurance libre donnant droit aux petits risques. Une cotisation complémentaire de prolongation de droit sera maintenue dans le cas où l'ex-travailleur indépendant n'aura pas souscrit une telle assurance libre.

D'autre part, la réforme de l'assurabilité s'est attachée à modifier en profondeur les dispositions administratives et financières internes des régimes résiduels relatives à l'inscription, à la réinscription et au paiement de la cotisation mensuelle personnelle. Ces dispositions limitaient considérablement l'accès à la couverture par l'assurance-soins de santé des plus démunis, des sans domicile fixe et des personnes ayant perdu leurs droits dans le régime général (femmes

Thans zijn er nog vijf van die regelingen : de regeling voor de minder-validen, de regeling voor de studenten van het hoger onderwijs, de regeling voor de gewezen koloniale ambtenaren, de regeling voor de kloostergemeenschappen en de regeling voor de nog niet beschermde personen.

Doordat de verzekering voor geneeskundige verzorging in zoveel verzekeringsregelingen is onderverdeeld, wordt de administratie zeer complex aangezien in elke regeling specifieke regels voor de overgang naar een andere regeling bestaan, die in acht moeten worden genomen. Aldus kan worden gecontroleerd of een verzekerde daadwerkelijk tot de werkingssfeer van een bepaalde regeling behoort.

Het algemeen armoederapport stelt bovendien zeer duidelijk dat meer en meer personen worden uitgesloten uit de sociale zekerheid, ondanks de doeltreffendheid van ons sociaal zekerheidssysteem dat de armoede heeft verminderd en teruggebracht tot het laagste niveau in Europa.

Ter gelegenheid van het overleg dat gevoerd werd met organisaties die de belangen verdedigen van de armen en de daklozen, werd er door deze organisaties gepleit voor belangrijke vereenvoudigingen in de werking van de verzekering voor geneeskundige verzorging, in het bijzonder ten aanzien van de residuair stelsels en de daarop betrekking hebbende administratieve en financiële regels. De armsten, de daklozen, de personen zonder inkomsten en de sociale uitkeringsgerechtigden zijn verzekerd binnen het stelsel van de niet-beschermde personen, dat kan aanzien worden als het meest residuair van alle residuair stelsels.

Als voorbeeld inzake de evolutie van dit regime sinds zijn ontstaan in 1969, kan worden vastgesteld dat de sociaal-economische samenstelling van de personen op wie de regeling van toepassing is, volkomen veranderd is : in 1996 maken de personen uit de laagste inkomensklassen (of zonder enig inkomen 93 % uit van de verzekerden in dit regime (bestaansminimumtrekkers, personen die sociale hulp, gelijkwaardig met het bestaansminimum, genieten, daklozen, uit de echt gescheiden vrouwen die voorheen ten laste van hun echtgenoot waren, bejaarden die het volledig gewaarborgd inkomen genieten,...).

De huidige hervorming inzake verzekeraarbaarheid brengt concrete antwoorden aan op de eisen van de organisaties die de belangen verdedigen van de armsten en de daklozen, alsook op de aanbevelingen van het algemeen rapport over de armoede.

Eenzijds beoogt de hervorming van de verzekeraarbaarheid de afschaffing van alle bestaande residuair regelingen. Degenen die ertoe behoren, zullen voortaan verzekerd zijn in de algemene regeling of in de regeling voor de zelfstandigen. Zo worden, krachtens het koninklijk besluit dat U wordt voorgelegd, de minder-validen, de studenten van het hoger onderwijs en de nog niet beschermde personen opgenomen in de algemene regeling. De gewezen koloniale ambtenaren worden gelijkgesteld met de gepensioneerden van de algemene regeling. De minder-valide zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen zullen worden opgenomen in de regeling voor de zelfstandigen. Dat integratieschema wijzigt geenszins de huidige rechten van de betrokkenen en evenmin de regels betreffende de financiële dekking van de residuair regelingen. Op 1.1.1998 zullen er dus nog slechts twee regelingen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging zijn : een grote algemene regeling en de regeling voor de zelfstandigen.

Die integratie heeft tot gevolg dat de administratieve procedures die de sociaal verzekerden worden opgelegd, worden vereenvoudigd en dat op praktisch vlak de toegang tot de geneeskundige verzorging wordt versoepeld aangezien de overgang van een regeling naar een andere grotendeels wordt afgeschaft.

Die laatste problematiek zal vooral betrekking hebben op de overgang van de regeling voor de zelfstandigen naar de algemene regeling; ingeval van faillissement of van stopzetting van een activiteit als zelfstandige gaat die overgang gepaard met een toestand van grote onzekerheid. Daarom beoogt de hervorming van de verzekeraarbaarheid eveneens een versoepeling van de regels betreffende het keuzerecht tussen de regeling voor de zelfstandigen en de algemene regeling, met name door het behoud en de verruiming van de rechten van de gewezen zelfstandigen in de hand te werken door een totale gelijkstelling van hun periode van verzekeraarbaarheid in de regeling voor de zelfstandigen indien deze eveneens wordt gedekt door een tijdvak van vrijwillige verzekering die recht geeft op de kleine risico's. Een bijkomende bijdrage voor de verlenging van het recht zal worden behouden ingeval de gewezen zelfstandige zo'n vrijwillige verzekering niet heeft aangegaan.

Anderzijds heeft men zich met de hervorming van de verzekeraarbaarheid beijverd om de interne administratieve en financiële bepalingen van de residuair regelingen betreffende de inschrijving, de herinschrijving en de betaling van de maandelijkse persoonlijke bijdrage grondig te wijzigen. Die bepalingen beperkten in aanzienlijke mate de toegang tot de dekking door de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de minstbedeelden, de personen zonder vaste woonplaats en

divorcées, chômeurs exclus,...) ou dans le régime des indépendants (indépendants faillis,...), voire dans l'un ou l'autre régime résiduaire (non-paiement de la cotisation personnelle,...).

Un exemple précis permet d'appréhender l'étendue de la réforme qui Vous est présentée. Actuellement, une personne sans domicile fixe depuis plus de cinq ans doit, pour avoir accès à de soins remboursés dans le régime des personnes non encore protégées, être inscrite au Registre national des personnes physiques depuis six mois et prêter un stage d'attente de six mois supplémentaires. En outre, elle doit financer ce stage d'attente par une cotisation mensuelle personnelle (2.064 Frs). Enfin, on recherche sa dernière affiliation auprès d'une mutuelle jusqu'à maximum cinq ans en arrière pour lui réclamer un droit d'entrée (première cotisation) équivalent au paiement des cotisations personnelles dues pendant cette période. En résumé, dans cette situation de grande exclusion, la personne doit attendre un an entre le moment de sa demande d'inscription à une mutuelle et le moment du premier remboursement de soins par la sécurité sociale. Par ailleurs, elle doit aussi s'acquitter préalablement d'un montant de cotisations de quelque 140.000 Frs.

La réforme de l'assurabilité supprime cette situation et ces obligations. Le régime général sera accessible à tout citoyen inscrit au Registre national des personnes physiques (suppression de la durée d'inscription).

Cette accessibilité généralisée à toute personne qui est autorisée à se domicilier dans le royaume ne peut se concevoir que pour autant que la personne y réside durablement ou se trouve dans des conditions telles qu'on puisse le supposer.

En effet, la stabilité du droit à l'assurance soins de santé est l'une des réponses les plus pertinentes au phénomène d'exclusion de la couverture des soins remboursés par la sécurité sociale. Cette stabilité ne peut se concevoir que dans la mesure où l'assuré est lui-même en situation de faire valoir ses droits à une inscription auprès d'un organisme assureur, valable deux ans et à un assujettissement au moins annuel.

S'il en était autrement, en vertu des dispositions du présent projet de réforme, toute personne pourrait bénéficier du remboursement de ses soins par la sécurité sociale au moment où elle se trouve, même temporairement, dans un état de besoin. Cette évolution vers une assurance « à la carte » pourrait créer un appel à des formes organisées de tourisme médical qui briseraient les fondements du système belge de sécurité sociale et qui en affaibliraient son efficacité et son financement durable.

C'est pourquoi les personnes qui sont ou peuvent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé ainsi que les étrangers qui ne sont pas de plein droit autorisés à séjourner plus de trois mois dans le Royaume ou qui ne sont pas autorisés à s'établir ou à séjourner plus de six mois sont exclues de l'accès à l'assurance soins de santé. Le Roi pourra étendre cette disposition à certaines autres catégories et pour une période déterminée. Il pourra également ne pas appliquer cette disposition.

Cette restriction mise à l'accès à l'assurance soins de santé doit, d'une part, pouvoir s'adapter à l'évolution des formes d'abus éventuels et, d'autre part, elle doit tenir compte de situations existantes, telles que la couverture par la sécurité sociale des soins de santé de certains candidats réfugiés politiques en attente d'une décision sur le fond quant à la recevabilité de leur demande et de certaines victimes de conflits qui sont accueillies dans le pays dans le cadre de notre politique étrangère.

A cette fin, il a été prévu que le Roi pourra étendre cette restriction à certaines autres catégories et pour une période déterminée. Il pourra également ne pas appliquer cette restriction.

En outre, il suffira de s'acquitter d'une première cotisation mensuelle pour bénéficier d'une carte d'identité sociale et d'assurance-soins de santé qui ouvre l'accès au remboursement des soins et des médicaments pendant un an. Les montants de ces cotisations seront revus pour protéger les personnes dont les revenus sont les plus bas. Ainsi, il Vous sera proposé ultérieurement de fixer à un montant de zéro franc la cotisation mensuelle personnelle due par ces personnes. Pour ces mêmes personnes, le stage d'attente est supprimé. Enfin, le droit d'entrée est supprimé pour tous les assurés.

degen die hun rechten in de algemene regeling (uit de echt gescheiden vrouwen, uitgesloten werklozen,...), in de regeling voor de zelfstandigen (gefaillieerde zelfstandigen,...), ja zelfs in de ene of andere residuaire regeling (niet betalen van de persoonlijke bijdrage,...) hadden verloren.

Aan de hand van een precies voorbeeld kan men de draagwijdte vatten van de hervorming die U wordt voorgelegd. Iemand die sedert meer dan vijf jaar geen vaste woonplaats heeft, moet thans, om toegang te hebben tot verzorging die in de regeling voor de nog niet beschermde personen wordt vergoed, sinds zes maanden zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen en een bijkomende wachttijd van zes maanden vervullen. Bovendien moet hij die wachttijd financieren door een maandelijks persoonlijke bijdrage (2.064 F). Ten slotte wordt zijn laatste aansluiting bij een ziekenfonds opgezocht waarbij ten hoogste vijf jaar wordt teruggegaan, opdat hem een intrederecht (eerste bijdrage) kan worden gevraagd dat overeenstemt met de betaling van de tijdens die periode verschuldigde persoonlijke bijdragen. Kortom, hij moet in die toestand van grote uitsluiting een jaar wachten tussen het tijdstip waarop hij zijn aanvraag tot inschrijving bij een ziekenfonds indient en het tijdstip van de eerste vergoeding van verzorging door de sociale zekerheid. Voorts moet hij ook vooraf een bedrag van zowat 140.000 F aan bijdragen vereffenen.

De hervorming van de verzekerbaarheid schaft die toestand en die verplichtingen af. De algemene regeling zal toegankelijk zijn voor al wie is ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen (afschaffing van de inschrijvingsduur).

Die veralgemeende toegang voor elke persoon die gemachtigd is om zijn woonplaats te kiezen in het Koninkrijk, kan slechts worden overwogen voor zover de persoon er bestendig verblijft of zich in dergelijke omstandigheden bevindt die een bestendig verblijf doen vermoeden.

De stabiliteit van het recht op de verzekering voor geneeskundige verzorging is immers één van de meest afdoende antwoorden op het verschijnsel van uitsluiting uit de dekking van de verzorging die door de sociale zekerheid wordt vergoed. Die stabiliteit kan slechts worden overwogen voor zover de verzekerde zelf zijn recht kan doen gelden op een inschrijving bij een verzekeringsinstelling die twee jaar geldig blijft en op een verzekeringsplicht van ten minste een jaar.

Als het anders was geweest, zou elke persoon krachtens de bepalingen van dit ontwerp van hervorming, een vergoeding van zijn verzorging door de sociale zekerheid kunnen genieten, zodra hij zelfs tijdelijk verzorging nodig heeft. Die evolutie naar een verzekering « op maat » kan tot gevolg hebben dat een beroep wordt gedaan op de georganiseerde vormen van medisch toerisme die de grondvesten van het Belgisch stelsel van de sociale zekerheid zouden vernietigen en die de doeltreffendheid en de duurzame financiering van dat stelsel zouden aantasten.

Daarom zijn de personen die recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging en de vreemdelingen die niet van rechtswege tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk zijn toegelaten of die niet zijn gemachtigd tot vestiging of een verblijf van meer dan zes maanden, uitgesloten van de toegang tot de verzekering voor geneeskundige verzorging. De Koning zal deze bepaling voor andere bepaalde categorieën en voor een bepaalde periode kunnen uitbreiden. Hij zal eveneens deze bepaling niet van toepassing kunnen verklaren.

Die beperking op de toegang tot de verzekering voor geneeskundige verzorging, moet enerzijds kunnen worden aangepast aan de evolutie van de eventuele vormen van misbruiken en anderzijds moet ze rekening houden met bestaande situaties zoals de dekking door de sociale zekerheid van de geneeskundige verzorging van sommige kandidaat politieke vluchtelingen, in afwachting van een beslissing ten gronde over de ontvankelijkheid van hun aanvraag en van sommige slachtoffers van conflicten die in het kader van onze buitenlandse politiek in ons land worden opgevangen.

De Koning zal daartoe deze beperking voor andere bepaalde categorieën en voor een bepaalde periode kunnen uitbreiden. Hij zal eveneens deze beperking niet van toepassing kunnen verklaren.

Voorts zal het voldoende zijn om een eerste maandelijks bijdrage te betalen om een sociale identiteitskaart inzake verzekering voor geneeskundige verzorging te verkrijgen, die gedurende een jaar recht geeft op de vergoeding van verzorging en geneesmiddelen. De bedragen van die bijdragen zullen worden herzien om de personen met het laagste inkomen te beschermen. Zo zal U later worden voorgesteld om de voor deze personen verschuldigde maandelijks persoonlijke bijdrage vast te stellen op nul frank. Voor diezelfde personen wordt de wachttijd afgeschaft. Ten slotte wordt het toegangsrecht afgeschaft voor alle verzekerden.

En résumé, pour reprendre le cas particulier précédemment cité comme exemple, le sans domicile fixe devra prendre contact avec un CPAS pour obtenir une adresse de référence et l'aide sociale à laquelle il a droit et prendre contact avec une mutuelle pour bénéficier de soins remboursés par la sécurité sociale.

Il y a aujourd'hui, en Belgique, près de 100.000 personnes qui sont totalement exclues du système de soins. En 1998, cette situation devrait être résorbée. Il y a encore des dizaines de milliers de personnes qui n'ont accès aux soins de santé que parce que l'aide sociale résiduaire prend en charge les factures de soins, de médicaments, d'hospitalisation et de cotisation. Cette charge financière s'opère au détriment des politiques d'insertion sociale et professionnelle. Avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurabilité, la sécurité sociale va reprendre à son compte la grande majorité de ce poids financier pour favoriser l'accès de tous à une réelle citoyenneté socio-économique. La présente réforme de l'assurabilité opère, dans l'esprit de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, un renforcement de la place, du rôle et de l'efficacité de la sécurité sociale pour garantir la cohésion sociale du pays.

Le dernier élément de la réforme de l'assurabilité trouve sa base légale dans l'article 41 de la loi du 26 juillet 1996 susvisée qui permet au Roi de prendre toutes les dispositions utiles en vue de la généralisation et l'utilisation d'une carte d'identité sociale.

L'arrêté royal du 18 décembre 1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux pris en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi précitée dispose, en son article 2, alinéa 4, que la carte d'identité sociale contient des données à caractère personnel lisibles de manière électronique concernant notamment le numéro d'identification de la mutualité de l'assuré social, son numéro d'affiliation ou d'inscription auprès d'un organisme assureur, la date de début et d'expiration de l'assurabilité de l'assuré social, l'indication de son statut en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi qu'une indication relative au droit de l'assuré social à la franchise sociale.

L'article 3 de l'arrêté royal précité prévoit également que les organismes assureurs sont chargés de délivrer cette carte d'identité sociale. Tous les assurés sociaux affiliés ou inscrits auprès d'un organisme assureur recevront donc une carte d'identité sociale quelle que soit leur situation d'assurabilité.

Au cours des discussions préparatoires à l'instauration de la carte d'identité sociale et au présent projet de réforme, les organismes assureurs et l'INAMI ont conclu que, dans un souci de simplification administrative et de lisibilité pour l'assuré social, il convenait de fusionner la carte d'identité sociale et l'actuelle carte d'assurance soins de santé afin d'éviter l'émission d'un nouveau document, et les frais y afférents. A cette fin, il importe de veiller à une plus grande stabilité des conditions d'assurabilité.

Dans l'arrêté royal qui Vous est soumis, il est ainsi prévu que le droit annuel accordé à tout bénéficiaire des soins de santé l'est pour une année civile.

Cette disposition vient compléter la présente réforme et vise à garantir que l'inscription d'un assuré auprès d'un organisme assureur reste valable jusqu'à deux ans après la date ultime à laquelle le droit était encore ouvert. Par ailleurs, elle établit un parallélisme entre la période d'assurabilité et la période de référence pour l'application de certains droits existants en matière d'assurance soins de santé, tels le droit à la franchise sociale.

La nécessaire coordination de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sera réalisée ultérieurement sur la base de l'article 52 de la loi du 26 juillet 1996 susvisée.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Samengevat en om terug te keren tot het bijzondere geval dat hiervoor als voorbeeld is vermeld, zal de persoon zonder vaste woonplaats contact moeten opnemen met een O.C.M.W. om een referentie-adres te verkrijgen, alsook de sociale hulp waarop hij recht heeft, en zal hij ook contact moeten opnemen met een ziekenfonds om verzorging te krijgen die door de sociale zekerheid wordt vergoed.

Bijna 100.000 personen zijn vandaag in België volledig uitgesloten uit het verzorgingssysteem. In 1998 zou deze situatie moeten worden opgelost. Er zijn nog tienduizenden personen die slechts toegang tot geneeskundige verzorging hebben omdat de residuaire sociale hulp de kosten voor verzorging, geneesmiddelen, ziekenhuisverpleging en bijdragen ten laste neemt. Die financiële last wordt gedragen ten nadele van het beleid inzake sociale en beroepsintegratie. Met de inwerking-treding van de hervorming van de verzekeraarheid zal de sociale zekerheid het grootste gedeelte van die financiële last voor haar rekening nemen, om voor eenieder de toegang tot een echt sociaal-economisch burgerschap in de hand te werken. Deze hervorming van de verzekeraarheid zorgt, in de geest van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, voor een versterking van de plaats, rol en efficiëntie van de sociale zekerheid ten einde de sociale samenhang van het land te garanderen.

Het laatste element van de hervorming van de verzekeraarheid vindt zijn wettelijke grondslag in artikel 41 van de voormelde wet van 26 juli 1996, die de Koning de mogelijkheid biedt om alle nuttige maatregelen te nemen met het oog op de veralgemening en het gebruik van een sociale identiteitskaart.

Het koninklijk besluit van 18 december 1996 houdende maatregelen met het oog op de invoering van een sociale identiteitskaart ten behoeve van alle sociaal verzekerden, met toepassing van de artikelen 38, 40, 41 en 49 van de bovengenoemde wet bepaalt in zijn artikel 2, vierde lid dat de sociale identiteitskaart elektronisch leesbare gegevens bevat van persoonlijke aard met name met betrekking tot het identificatienummer van het ziekenfonds van de sociaal verzekerde, zijn aansluitings- of inschrijvingsnummer bij een verzekeringsinstelling, de begin- en einddatum van verzekeraarheid inzake de verplichte verzekering, de aanduiding van zijn statuut inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen alsmede een aanduiding van het recht van de sociaal verzekerde op de sociale franchise.

Artikel 3 van het voormeld koninklijk besluit bepaalt eveneens dat de verzekeringsinstellingen belast zijn met het uitreiken van die sociale identiteitskaart. Alle sociaal verzekerden die aangesloten of ingeschreven zijn bij een verzekeringsinstelling zullen dus een sociale identiteitskaart ontvangen ongeacht hun verzekeraarheidstoestand.

Tijdens de voorbereidende besprekingen over de invoering van de sociale identiteitskaart en dit hervormingsontwerp, hebben de verzekeringsinstellingen en het R.I.Z.I.V. besloten dat het, met het oog op de administratieve vereenvoudiging en de duidelijkheid voor de sociaal verzekerde, passend was de sociale identiteitskaart en de huidige verzekeringskaart voor de geneeskundige verzorging tot één kaart samen te smelten, zodat de uitgave van een nieuw document en de bijbehorende kosten vermeden kunnen worden. Hiervoor is het van belang te zorgen voor een grotere stabiliteit van de verzekeraarheidsvoorwaarden.

In het koninklijk besluit dat U is voorgelegd, is aldus bepaald dat het jaarrecht dat aan elke rechthebbende op geneeskundige verzorging is toegekend, geldt voor een kalenderjaar.

Deze bepaling vult de huidige hervorming aan en beoogt te waarborgen dat de inschrijving van een verzekerde bij een verzekeringsinstelling geldig blijft tot twee jaar na de uiterste datum waarop het recht nog bestond. Verder voert ze een parallelisme in tussen de periode van verzekeraarheid en de referentieperiode voor de toepassing van sommige bestaande rechten inzake verzekering voor geneeskundige verzorging, zoals het recht op de sociale franchise.

De noodzakelijke coördinatie van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zal later worden uitgevoerd op grond van artikel 52 van voormelde wet van 26 juli 1996.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar,

De Minister van Sociale zaken,
Mevr. M. DE GALAN

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

Le CONSEIL D'ETAT, section de législation, première chambre, saisi par le Ministre des Affaires sociales, le 15 avril 1997, d'une demande d'avis, dans un délai ne dépassant pas trois jours, sur un projet d'arrêté royal "portant des mesures visant à généraliser et assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés, en exécution de l'article 11, 2°, de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions", a donné le 17 avril 1997 l'avis suivant :

Conformément à l'article 84, alinéa 1^{er}, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, inséré par la loi du 4 août 1996, la demande d'avis doit indiquer les motifs qui en justifient le caractère urgent.

En l'occurrence, cette motivation s'énonce comme suit :

"Cette urgence est motivée par le fait que d'une part, en raison du contexte financier et de la complexité administrative et juridique de l'assurance soins de santé obligatoire, les discussions menées en vue de la réforme de l'assurabilité furent compliquées et longues alors que les pouvoirs accordés au Roi en application de l'article 11, 2° de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, expirent le 30 avril 1997 et que d'autre part les organismes assureurs chargés d'appliquer les nouvelles dispositions doivent être informés sans retard afin de pouvoir adapter leurs programmes informatiques et de garantir à tous les assurés sociaux le renouvellement de leur carte d'assurance avant le 1^{er} juillet 1997. » .

En application de l'article 84, alinéa 2, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, modifié par la loi du 4 août 1996, la section de législation s'est essentiellement limitée à l'examen du fondement juridique, de la compétence de l'auteur de l'acte ainsi que de l'accomplissement des formalités prescrites".

Cet examen requiert de formuler les observations suivantes.

PORTEE ET FONDEMENT LEGAL DU PROJET

1. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis comporte essentiellement deux catégories de mesures.

La première catégorie de mesures a trait aux régimes dits "résiduaire" en matière d'assurance soins de santé. Afin de simplifier cette assurance, le projet met fin à l'existence des régimes résiduaire, ce qui implique que les personnes concernées doivent être intégrées, soit dans le régime d'assurance général pour les travailleurs salariés, soit dans le régime pour les indépendants. De plus, le projet ouvre des possibilités de modifications en ce qui concerne la durée requise du stage et les cotisations personnelles. Ainsi, la durée du stage ne vaudra plus que pour les bénéficiaires qui sont tenus de payer des cotisations personnelles, et les personnes dont le revenu ne dépasse pas une certaine limite pourront être dispensées, par un arrêté exécutoire, de payer les cotisations concernées.

Une mesure qui, parce que de portée générale, et non limitée aux régimes résiduaire, est d'une autre nature, consiste à faire coïncider désormais le droit annuel aux soins de santé avec une année civile. Selon le délégué du gouvernement, cette modification est liée à l'instauration généralisée de la carte d'identité sociale.

2. Selon le premier alinéa du préambule du projet, un fondement légal peut être trouvé aux articles 11, 2°, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions.

2.1. L'article 11, 2°, de la loi du 26 juillet 1996 susvisée s'énonce comme suit :

"Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, apporter toutes les modifications nécessaires aux dispositions de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin :

(...);

2 de généraliser et d'assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés;

(...)".

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

De Raad van State, afdeling wetgeving, eerste kamer, op 15 april 1997 door de Minister van Sociale Zaken verzocht haar, binnen een termijn van ten hoogste drie dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit "houdende maatregelen om de toegang tot de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen, in het bijzonder voor de sociaal-economisch achtergestelde groepen, ter uitvoering van artikel 11, 2°, van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels", heeft op 17 april 1997 het volgende advies gegeven :

Volgens artikel 84, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, ingevoegd bij de wet van 4 augustus 1996, moeten in de adviesaanvraag de redenen worden opgegeven tot staving van het spoedeisend karakter ervan.

In het onderhavige geval luidt die motivering als volgt :

« Cette urgence est motivée par le fait que d'une part, en raison du contexte financier et de la complexité administrative et juridique de l'assurance-soins de santé obligatoire, les discussions menées en vue de la réforme de l'assurabilité furent compliquées et longues alors que les pouvoirs accordés au Roi en application de l'article 11, 2°, de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, expirent le 30 avril 1997 et que d'autre part les organismes assureurs chargés d'appliquer les nouvelles dispositions doivent être informés sans retard afin de pouvoir adapter leurs programmes informatiques et de garantir à tous les assurés sociaux le renouvellement de leur carte d'assurance avant le 1^{er} juillet 1997. » .

Met toepassing van het bepaalde in artikel 84, tweede lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996, heeft de afdeling wetgeving zich in hoofdzaak beperkt tot « het onderzoek van de rechtsgrond, van de bevoegdheid van de steller van de handeling, alsmede van de vraag of aan de voorgeschreven vormvereisten is voldaan » .

Dat onderzoek noopt tot het maken van de volgende opmerkingen :

STREKKING EN RECHTSGROND VAN HET ONTWERP

1. Het voor advies voorgelegde ontwerp van koninklijk besluit bevat in essentie twee categorieën maatregelen.

De eerste categorie maatregelen heeft betrekking op de zogeheten « Residuaire stelsels » inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging. Teneinde te komen tot een vereenvoudiging van die verzekering wordt in het ontwerp een einde gemaakt aan het bestaan van de residuaire stelsels, wat inhoudt dat de betrokken personen moeten worden geïntegreerd hetzij in het algemene verzekeringsstelsel voor de werknemers, hetzij in de regeling voor de zelfstandigen. Voorts worden wijzigingen mogelijk gemaakt op het vlak van de vereiste wachttijd en de persoonlijke bijdragen. Zo zal de wachttijd enkel nog moeten worden doorlopen door gerechtigden die tot het betalen van persoonlijke bijdragen gehouden zijn en wordt de mogelijkheid geschapen om, door middel van een uitvoeringsbesluit, personen met een inkomen dat een bepaalde grens niet overstijgt, vrij te stellen van het betalen van de betrokken bijdragen.

Een maatregel welke vermits hij een algemene draagwijdte heeft en niet beperkt blijft tot de residuaire stelsels, van een andere aard is, bestaat erin dat het jaarlijks recht op geneeskundige verzorging voortaan met een kalenderjaar samenvalt. Deze wijziging hangt volgens de gemachtigde van de regering samen met de veralgemeende invoering van de sociale identiteitskaart.

2. Blijkens het eerste lid van de aanhef van het ontwerp kan een rechtsgrond ervoor worden gevonden in de artikelen 11, 2°, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels.

2.1. Artikel 11, 2°, van de voornoemde wet van 26 juli 1996 luidt als volgt :

« De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, in de bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alle nuttige wijzigingen aanbrengen teneinde :

(...);

2° de toegang tot het stelsel van geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen, inzonderheid voor de sociaal-economisch achtergestelde bevolkingsgroepen;

(...).

Les travaux préparatoires relatifs à cette disposition font apparaître que l'objectif qui la fonde est "d'englober les régimes encore existants dans le régime général" (1) dans un effort, également, d'harmoniser (2) les différents régimes en matière d'assurance soins de santé, effort qui ne doit même pas porter nécessairement et uniquement sur les groupes socio-économiques défavorisés dont il est question à l'article 11, 2°, de la loi du 26 juillet 1996 précitée.

Vu la portée de la plupart des dispositions du projet, celui-ci peut être considéré comme puisant un fondement légal suffisant à l'article 11, 2°, de la loi du 26 juillet 1996 susvisée. Seules les dispositions figurant ci-après, au point 2.2 ne semblent toutefois pouvoir tirer de fondement légal de cette dernière disposition légale.

2.2. Certaines dispositions du projet n'envisagent pas tant l'accès au régime des soins de santé en tant que tel, qu'une simplification administrative qui ne peut s'intégrer à l'article 11, 2°, de la loi du 26 juillet 1996 susvisée. Les dispositions du projet concernées sont celles qui font coïncider le droit annuel aux soins de santé avec l'année civile, ou qui s'y rapportent (voir les articles 122 et 123, phrase introductive, en projet, de la loi coordonnée et, dans la mesure où elle s'explique par cet aspect de la réglementation, la disposition transitoire de l'article 11 du projet). C'est peut-être pourquoi il est également fait référence, au premier alinéa du préambule, à l'article 41 de la loi du 26 juillet 1996, comme procurant un fondement légal au projet.

Cette dernière disposition s'énonce comme suit :

"Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prendre toutes les dispositions utiles en vue de la généralisation et de l'utilisation d'une carte d'identité sociale, sur laquelle est mentionné le numéro d'identification de sécurité sociale qui identifie l'assuré social de manière univoque et afin de préciser la façon dont cette carte permet à l'assuré social de faire prévaloir ses droits et de faire respecter les obligations dans le cadre de l'application de la sécurité sociale et du droit du travail.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prendre toutes les dispositions utiles afin d'assurer la qualité des données mentionnées sur cette carte. »

Le délégué du gouvernement a précisé que les mesures qui sont contenues dans le projet et sont liées à la durée du droit annuel aux soins de santé, doivent être comprises à la lumière de la généralisation et de l'utilisation de la carte d'identité sociale. Afin toutefois de mieux souligner le lien entre les dispositions concernées du projet et l'article 41 de la loi du 26 juillet 1996, précité, et en d'autres mots, d'indiquer sans équivoque que cette dernière disposition est effectivement de nature à procurer un fondement légal suffisant en ce qui concerne l'aspect susvisé de la réglementation en projet, il est recommandable de fournir une explication plus substantielle dans le rapport au Roi quant à l'intention précise qui fonde les dispositions concernées du projet.

3. Il appert de la portée du projet, décrite sous le point 1, que celui-ci règle un nombre de matières plutôt techniques. Il est donc recommandé de compléter le rapport au Roi par un commentaire par article, apportant des précisions au sujet des différentes mesures contenues au projet. De la sorte, le rapport au Roi contribuera plus efficacement à une meilleure compréhension des règles en projet qu'il ne le fait à l'heure actuelle. Le texte du rapport au Roi, adressé au Conseil d'Etat, section de législation, se limite en effet à une simple définition générale des objectifs poursuivis par le projet.

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

1. Selon le délégué du gouvernement, l'avis du Conseil général de l'assurance soins de santé a été demandé d'urgence, en application de l'article 15, alinéa 2, de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, et le 7 avril 1997, le projet a été délibéré au sein du Conseil général. Lors de la réunion susmentionnée du Conseil général, le quorum des présences requis pour que la délibération soit valable n'a cependant pas été atteint. Dans le souci d'assurer la clarté sur le plan de la procédure administrative parcourue, il est recommandé, dès lors, de ne pas inscrire dans le préambule du projet une référence générale à l'article 15

(1) Doc. parl., Chambre des représentants, 1995-1996, n° 607/9, p. 210.

(2) Pour l'utilisation de ce terme, voir Doc. parl., Chambre des représentants, 1995-1996, n° 607/1, exposé des motifs, p. 10.

Uit de parlementaire voorbereiding van deze bepaling blijkt dat eraan de bedoeling heeft ten grondslag gelegen op « de nog overblijvende regelingen in het algemene stelsel te integreren » (1) en dat ermee tevens naar het harmoniseren (2) van de diverse stelsels inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging is gestreefd, waarbij dat streven zelfs niet noodzakelijk en uitsluitend betrekking heeft te hebben op de sociaal-economisch achtergestelde bevolkingsgroepen waarvan sprake in artikel 11, 2°, van de voornoemde wet van 26 juli 1997.

Gelet op de draagwijdte van het merendeel van de bepalingen van het ontwerp kan dit worden geacht een voldoende rechtsgrond te putten uit artikel 11, 2°, van de betrokken wet van 26 juli 1996. Enkel voor wat de hierna onder punt 2.2 vermelde bepalingen betreft, lijkt de laatstgenoemde wetsbepaling echter geen rechtsgrond te kunnen bieden.

2.2. Sommige bepalingen van het ontwerp hebben niet zozeer betrekking op de toegang tot het stelsel van geneeskundige verzorging als zodanig, doch strekken tot een administratieve vereenvoudiging welke niet in artikel 11, 2°, van de meermaals genoemde wet van 26 juli 1996 kan worden ingepast. De desbetreffende bepalingen van het ontwerp zijn die welke het jaarlijks recht op geneeskundige verzorging doen samenvallen met het kalenderjaar of die daarmee in verband staan (zie de ontworpen artikelen 122 en 123, inleidende zin, van de gecoördineerde wet en, voor zover zij door dat aspect van de regeling is ingegeven, de onvergangsbepaling van artikel 11 van het ontwerp). Wellicht om die reden wordt in het eerste lid van de aanhef ook aan artikel 41 van de wet van 26 juli 1996 gerefereerd als biedende een rechtsgrond voor het ontwerp.

Deze laatste wetsbepaling luidt als volgt :

« De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, alle nuttige maatregelen treffen met het oog op de veralgemening en het gebruik van een sociale identiteitskaart, waarop het identificatienummer van de sociale zekerheid, dat de sociaal verzekerde op een ondubbelzinnige wijze identificeert, vermeldt wordt en ten aanzien van de wijze waarop deze kaart in het kader van de toepassing van de sociale zekerheid en het arbeidsrecht de sociaal verzekerde in staat stelt zijn rechten te laten gelden en de verplichtingen na te komen.

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, alle nuttige maatregelen treffen om de kwaliteit van de gegevens vermeld op deze kaart te waarborgen. »

Door de gemachtigde van de regering werd verduidelijkt dat de maatregelen welke in het ontwerp zijn vervat en welke in verband staan met de duurtijd van het jaarlijks recht op geneeskundige verzorging moeten worden begrepen in het licht van de veralgemening en het gebruik van de sociale identiteitskaart. Opdat evenwel het verband tussen de betrokken bepalingen van het ontwerp en het aangehaalde artikel 41 van de wet van 26 juli 1996 duidelijker tot uiting zou komen en er met andere woorden niet over zou kunnen worden getwijfeld dat deze laatste bepaling wel degelijk van aard is een voldoende rechtsgrond te bieden voor het betrokken aspect van de ontworpen regeling, verdient het aanbeveling om in het verslag aan de Koning een meer substantiële toelichting te geven omtrent de precieze bedoeling welke aan de desbetreffende bepalingen van het ontwerp ten grondslag ligt.

3. Uit de sub 1 beschreven strekking van het ontwerp blijkt dat daarin een aantal vrij technische aangelegenheden wordt geregeld. Het zou dan ook aanbeveling verdienen het verslag aan de Koning aan te vullen met een artikelsgewijze en verduidelijkende bespreking van de diverse maatregelen welke het ontwerp bevat. Aldus zal het verslag aan de Koning meer bijdragen tot een beter begrip van de ontworpen regeling dan nu het geval is. De aan de Raad van State, afdeling wetgeving, toegezonden tekst van het verslag aan de Koning beperkt zich immers tot louter een algemene omschrijving van de met het ontwerp nagestreefde doeleinden.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

1. Naar het zeggen van de gemachtigde van de regering werd de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging met toepassing van artikel 15, tweede lid, van de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging, om een spoedeisend advies verzocht en werd op 7 april 1997 door de Algemene raad over het ontwerp beraadslaagd. Tijdens de betrokken vergadering van de Algemene raad werd evenwel niet het aanwezigheidsquorum bereikt dat is vereist voor een geldige beraadslaging. Omwille van de duidelijkheid op het vlak van de doorlopen administratieve procedure

(1) Gedr. St., Kamer van volksvertegenwoordigers, 1995-1996, nr. 607/9, blz. 210.

(2) Voor het gebruik van die term zie Gedr. St., Kamer van volksvertegenwoordigers, 1995-1996, nr. 607/1, memorie van toelichting, blz. 10.

de la loi du 25 avril 1963 sans mentionner pour le surplus le fait que le Conseil général avait effectivement été invité à émettre son avis, mais de viser expressément l'article 15, alinéa 2, de la loi précitée, et d'insérer complémentaiement dans le préambule un alinéa faisant mention des circonstances dans lesquelles le Conseil général a émis son avis.

2. L'avis de l'Inspecteur des Finances a été donné le 4 avril 1997, et non le 7 avril 1997, ainsi que le mentionne erronément le texte néerlandais du cinquième alinéa du préambule, lequel, en conséquence, devra évidemment être corrigé sur ce point.

Article 1^{er}

1. L'article 32, alinéa 1^{er}, 15°, de la loi coordonnée, en projet, exclut plusieurs catégories de personnes du droit aux prestations définies au chapitre III, titre III, de la même loi. Le Roi se réserve en même temps le pouvoir de prévoir, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, que l'exclusion précitée ne vaut pas ou vaut aussi pour certaines catégories de personnes, auquel cas Il peut prescrire que la limitation ou l'extension de l'exclusion ne se maintiendra que pendant une période bien déterminée. Néanmoins, le projet ne prévoit pas les critères que le Roi devra appliquer pour exercer cette compétence. Ce pouvoir ne paraît dès lors pas suffisamment délimité sur ce point.

La question se pose en outre de savoir si le pouvoir du Roi, tel qu'il est défini, offre suffisamment de garanties quant au respect du principe d'égalité et de non-discrimination. La question s'impose du reste avec autant de pertinence en ce qui concerne l'exclusion des catégories de personnes, mentionnées à l'article 32, alinéa 1^{er}, 15°, de la loi coordonnée, en projet. Encore qu'il appartiendra en définitive uniquement à la Cour d'arbitrage de juger si l'exclusion susvisée et le pouvoir conféré au Roi en l'espèce sont conformes au principe d'égalité et de non-discrimination, une fois la réglementation en projet entérinée par le législateur, il n'est cependant pas sans utilité de préciser d'ores et déjà dans le rapport au Roi, les motifs objectifs et raisonnablement justifiés sur lesquels s'appuient les règles figurant aux alinéas 2 et 3 de l'article 32, alinéa 1^{er}, 15°, de la loi coordonnée, en projet.

2. A la fin de la première phrase de l'article 32, alinéa 2, de la loi coordonnée, en projet, (article 1.2 du projet), il y aura lieu d'écrire "... et par "les enfants des titulaires" visés à l'alinéa 1^{er}, 20°".

Article 8

L'article 8.1 du projet tend à modifier l'article 191, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi coordonnée. Le Conseil d'Etat, section de législation, constate toutefois que l'article 1^{er}, 3°, du projet d'arrêté royal au sujet duquel l'avis L. 26.327/1 est rendu ce jour (1), tend à abroger le point 3° de l'article 191, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée (2). Il y aura lieu d'harmoniser les deux projets sur ce point.

Article 11

Dans la mesure où l'article 11, § 4, du projet, désigne les même personnes que celles envisagées dans les paragraphes précédents, il y a lieu d'utiliser la même terminologie. Il convient, dans ce cas, de faire mention, à l'article 11, § 4, de "titulaires" et non de "bénéficiaires".

(1) Il s'agit du projet d'arrêté royal "modifiant les ressources de l'assurance dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités".

(2) Contrairement à ce qui vaut pour l'article 8.1 du présent projet, lequel entrera normalement en vigueur le 1er janvier 1998, le projet L. 26.327/1 ne prévoit pas de date spécifique d'entrée en vigueur de son article 1er, 3°.

verdiert het dan ook aanbeveling om in de aanhef van het ontwerp niet algemene verwijzing te maken naar artikel 15 van de wet van 25 april 1963 en voor het overige geen melding te maken van het feit dat de Algemene raad wel degelijk om advies is verzocht, doch wel om uitdrukkelijk te refereren aan artikel 15, tweede lid, van de voornoemde wet, en in aansluiting daarop een lid in de aanhef in te voegen waarin wordt vermeld in welke omstandigheden de Algemene raad tot zijn advies is gekomen.

2. Het advies van de Inspectie van Financiën werd op 4 april 1997 uitgebracht en niet op 7 april 1997, zoals verkeerd wordt vermeld in de Nederlandse tekst van het vijfde lid van de aanhef, welke derhalve op dat punt zal moeten worden gecorrigeerd.

Artikel 1

1. Het ontworpen artikel 32, eerste lid, 15°, van de gecoördineerde wet, sluit een aantal categorieën personen uit van het recht op de in titel III, hoofdstuk III, van dezelfde wet, omschreven verstrekkingen. Tevens behoudt de Koning zich de bevoegdheid voor om, bij een in Ministerraad overlegd besluit, te bepalen dat de voornoemde uitsluiting niet of mede geldt voor sommige categorieën van personen, waarbij Hij kan voorschrijven dat de inperking of de uitbreiding van de uitsluiting slechts voor een welomschreven periode zal gelden. Het ontwerp voorziet evenwel niet in criteria met toepassing waarvan de Koning deze bevoegdheid zal kunnen uitoefenen. Deze laatste komt op dat punt derhalve als te weinig afgebakend over.

Daarenboven rijst de vraag of de aldus omschreven bevoegdheid van de Koning voldoende waarborgen biedt op het vlak van de eerbiediging van het gelijkheids- en het niet-discriminatiebeginsel. Deze vraag lijkt trouwens even pertinent voor wat de uitsluiting betreft van de categorieën personen, vermeld in het ontworpen artikel 32, eerste lid, 15°, van de gecoördineerde wet. Alhoewel het uiteindelijk enkel aan het Arbitragehof zal toekomen om erover te oordelen of de voornoemde uitsluiting en 's Konings bevoegdheid terzake in overeenstemming zijn met het gelijkheids- en niet-discriminatiebeginsel, eenmaal de ontworpen regeling door de wetgever zal zijn bekrachtigd, kan het niettemin nuttig zijn dat nu reeds in het verslag aan de Koning duidelijk zou worden aangegeven welke objectieve en in redelijkheid verantwoorde motieven vallen aan te wijzen voor de regeling die is vervat in het tweede en het derde lid van het ontworpen artikel 32, eerste lid, 15°, van de gecoördineerde wet.

2. In fine van de eerste zin van het ontworpen artikel 32, tweede lid, van de gecoördineerde wet (artikel 1.2 van het ontwerp), dient te worden geschreven « ... en onder de in het eerste lid, 20°, bedoelde « kinderen van de gerechtigden » wordt verstaan ».

Artikel 8

Artikel 8.1 van het ontwerp beoogt artikel 191, eerste lid, 3°, van de gecoördineerde wet, te wijzigen. De Raad van State, afdeling wetgeving, stelt evenwel vast dat artikel 1, 3°, van het ontwerp van koninklijk besluit waarover heden het advies L. 26.327/1 wordt uitgebracht (1), punt 3° van artikel 191, eerste lid, van de gecoördineerde wet, beoogt op te heffen (2). De beide ontwerpen zullen wat dat betreft beter op elkaar moeten worden afgestemd.

Artikel 11

Voor zover in artikel 11, § 4, van het ontwerp, dezelfde personen worden bedoeld als die welke in de daaraan voorafgaande paragrafen worden beoogd, dient dezelfde terminologie te worden gebruikt. In dat geval gewage men in artikel 11, § 4, van « gerechtigden » (Fr. : « titulaires ») en niet van « rechthebbenden » (Fr. : « bénéficiaires »).

(1) Het betreft het ontwerp van koninklijk besluit "tot wijziging van de verzekeringsinkomsten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen".

(2) In tegenstelling tot wat het geval is voor artikel 8.1 van het voorliggende ontwerp, dat normaliter in werking zal treden op 1 januari 1998, voorziet het ontwerp L. 26.327/1 niet in een specifieke datum van inwerkingtreding voor artikel 1, 3°, ervan.

La Chambre était composée de :

Messieurs :

J. De Brabandere, président de chambre;
M. Van Damme, D. Albrecht, conseillers d'Etat;

Mme A. Beckers, greffier.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. D. Albrecht.

Le rapport a été présenté par Mme R. Thielemans, auditeur. La note du Bureau de coordination a été rédigée et exposée par M. J. Drijkoningen, référendaire.

Le greffier,
A. Beckers.

Le président,
J. De Brabandere.

De kamer was samengesteld uit :

De heren :

J. De Brabandere, kamervoorzitter;
M. Van Damme, D. Albrecht, straastraden;

Mevr. A. Beclers, griffier.

De overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst werd nagezien onder toezicht van de H. D. Albrecht.

Het verslag werd uitgebracht door Mevr. R. Thielemans, auditeur. De nota van het Coördinatiebureau werd opgesteld en toegelicht door de H. J. Drijkoningen, referendaris.

De griffier,
A. Beckers.

De voorzitter,
J. De Brabandere.

25 AVRIL 1997. — Arrêté royal portant des mesures visant à généraliser et assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés, en exécution des articles 11, 2°, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, notamment les articles 11, 2°, 41 et 49;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 32, modifié par la loi du 4 août 1996, 33, modifié par l'arrêté royal du 18 novembre 1996, 121, 122, 123, 124, 125, 191 et 192 tels que modifiés à ce jour, et 203;

Vu l'avis émis le 7 avril 1997 par le Comité de l'assurance soins de santé;

Vu l'article 15, alinéa 2, de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale;

Vu l'impossibilité du Conseil général de remettre un avis en raison du fait que le quorum des membres nécessaire pour qu'il puisse délibérer valablement n'a pas été atteint;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 4 avril 1997;

Vu l'urgence motivée par le fait que d'une part, en raison du contexte financier et de la complexité administrative et juridique de l'assurance-soins de santé obligatoire, les discussions menées en vue de la réforme de l'assurabilité furent compliquées et longues alors que les pouvoirs accordés au Roi en application de l'article 11, 2° de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, expirent le 30 avril 1997 et que d'autre part les organismes assureurs chargés d'appliquer les nouvelles dispositions doivent être informés sans retard afin de pouvoir adapter leurs programmes informatiques et de garantir à tous les assurés sociaux le renouvellement de leur carte d'assurance avant le 1^{er} juillet 1997;

Vu l'avis du Conseil d'Etat donné le 17 avril 1997 en application de l'article 84, alinéa 1^{er}, 2° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

25 APRIL 1997. — Koninklijk besluit houdende maatregelen om de toegang tot de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen, in het bijzonder voor de sociaal- economisch achtergestelde groepen, ter uitvoering van de artikelen 11, 2°, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, inzonderheid op de artikelen 11, 2°, 41 en 49;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 32, gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996, 33, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 18 november 1996, 121, 122, 123, 124, 125, 191 en 192 zoals deze tot nog toe zijn gewijzigd en 203;

Gelet op het advies, uitgebracht door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 7 april 1997;

Gelet op artikel 15, tweede lid, van de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg;

Gelet op de onmogelijkheid van de Algemene raad om een advies uit te brengen omdat het vereiste aantal leden om geldig te kunnen beraadslagen, niet is bereikt;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, uitgebracht op 4 april 1997;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid, gemotiveerd doordat, eensdeels, wegens de financiële context en de administratieve en juridische complexiteit van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, de besprekingen met het oog op de hervorming van de verzekerbaarheid ingewikkeld en lang waren, terwijl de machtiging die aan de Koning is verleend met toepassing van artikel 11, 2°, van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, verstrijkt op 30 april 1997, en, anderdeels, de verzekeringsinstellingen die ermee belast zijn de nieuwe bepalingen toe te passen, onverwijld moeten worden ingelicht om hun informaticaprogramma's te kunnen aanpassen en om de vernieuwing van de verzekeringskaart te kunnen waarborgen voor alle verzekerden vóór 1 juli 1997;

Gelet op het advies van de Raad van State, uitgebracht op 17 april 1997 met toepassing van artikel 84, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 32 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par la loi du 4 août 1996 sont apportées les modifications suivantes :

1. A l'alinéa 1^{er}, les points 12° à 16° sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 12°. les personnes, déterminées par le Roi, auxquelles le décret du 4 août 1959 remplaçant le décret du 5 septembre 1955 sur l'assurance relative aux soins de santé des agents et anciens agents administratifs et militaires, des magistrats et anciens magistrats de carrière et des agents et anciens agents de l'ordre judiciaire et de la police judiciaire des parquets, était applicable avant le 1^{er} janvier 1994;

13°. les personnes qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif;

14°. les étudiants qui fréquentent l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour. Le Roi détermine les obligations que ces établissements doivent remplir pour rendre possible le dépistage des assujettis;

15°. les personnes, autres que celles énumérées à l'article 33, inscrites au Registre national des personnes physiques.

Sont cependant exclues :

- les personnes qui sont ou peuvent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé;

- les étrangers qui ne sont pas de plein droit autorisés à séjourner plus de 3 mois dans le royaume ou qui ne sont pas autorisés à s'établir ou à séjourner plus de six mois.

Le Roi peut, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, déclarer l'exclusion susvisée, pour certaines catégories et éventuellement pour une période déterminée, non applicable ou l'étendre.

16°. les veufs et les veuves des titulaires susvisés;

17°. les personnes à charge des titulaires visés sous 1° à 16° et 20°;

18°. les personnes à charge des titulaires visés sous 1° à 16° et 20° qui remplissent leurs obligations de milice;

19°. les personnes à charge des travailleurs de nationalité belge assujettis à une législation étrangère de sécurité sociale, lorsqu'elles se trouvent ou reviennent en Belgique pendant que ces travailleurs remplissent leurs obligations de milice.

20°. les enfants des titulaires visés sous 1° à 16°, orphelins de père et de mère et bénéficiant des allocations familiales. »

2. L'alinéa 2 est remplacé par la disposition suivante :

« Le Roi détermine ce qu'il convient d'entendre par « chômage contrôlé », par « personne à charge » et par « les enfants des titulaires » visés à l'alinéa 1^{er}, 20°. Il fixe également par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions selon lesquelles les personnes visées à l'alinéa 1^{er}, 13° à 15°, sont considérées comme bénéficiaires du droit aux soins de santé et notamment de l'intervention majorée de l'assurance et Il détermine l'ordre de priorité entre les différentes qualités énumérées à l'alinéa 1^{er} ainsi que les conditions dans lesquelles la personne à charge peut opter pour une qualité de titulaire. »

Art. 2. A l'article 33, alinéa 1^{er} de la même loi coordonnée, modifié par l'arrêté royal du 18 novembre 1996, les points 3° à 6° sont abrogés.

Art. 3. L'article 121 de la même loi coordonnée est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 121. § 1^{er}. Les titulaires définis à l'article 32 alinéa 1^{er}, 1° à 16° et 20°, ont droit pour eux-mêmes et pour les personnes à leur charge aux prestations visées au titre III.

Le Roi détermine le ou les document(s) de cotisation établissant la qualité de titulaire ainsi que la fréquence selon laquelle ce ou ces document(s) de cotisations doit ou doivent être remis à l'organisme assureur.

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. In het eerste lid worden de punten 12° tot 16° vervangen door de volgende bepalingen :

« 12°. de door de Koning bepaalde personen op wie het decreet van 4 augustus 1959 tot vervanging van het decreet van 5 september 1955 op de verzekering voor gezondheidszorg van de administratieve en militaire ambtenaren en gewezen ambtenaren, van de beroepsmagistraten en gewezen beroepsmagistraten, van de ambtenaren en gewezen ambtenaren van de rechterlijke orde en van de gerechtelijke politie bij de parketten, van toepassing was voor 1 januari 1994;

13°. de personen die wegens hun gezondheidstoestand als ongeschikt zijn erkend om arbeid ter verkrijging van inkomen te verrichten;

14°. de studenten die onderwijs van het derde niveau volgen in een instelling voor dagonderwijs. De Koning stelt de verplichtingen vast waaraan die instellingen moeten voldoen om de opsporing van de verzekeringsplichtigen mogelijk te maken;

15°. de andere dan de in artikel 33 opgesomde personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen.

Zijn evenwel uitgesloten :

- de personen die recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging;

- de vreemdelingen die niet van rechtswege tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk zijn toegelaten of die niet zijn gemachtigd tot vestiging of tot een verblijf van meer dan zes maanden.

De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit de bovenvermelde uitsluiting voor bepaalde categorieën en eventueel voor een bepaalde periode niet van toepassing verklaren of uitbreiden.

16°. de weduwnaars en weduwen van de voornoemde gerechtigden;

17°. de personen ten laste van de onder 1° tot 16° en 20° bedoelde gerechtigden;

18°. de personen ten laste van de onder 1° tot 16° en 20° bedoelde gerechtigden die hun legerdienst doen;

19°. de personen ten laste van de werknemers van Belgische nationaliteit die onder een buitenlandse wetgeving inzake sociale zekerheid vallen wanneer zij in België zijn of terugkomen terwijl die werknemers hun legerdienst doen;

20°. de kinderen van de onder 1° tot 16° bedoelde gerechtigden, die volle wezen zijn en recht geven op kinderbijslag. »

2. Het tweede lid wordt vervangen door de volgende bepaling :

« De Koning stelt vast wat onder « gecontroleerde werkloosheid », onder « persoon ten laste » en onder de in het eerste lid, 20°, bedoelde « kinderen van de gerechtigden » wordt verstaan. Hij stelt eveneens bij in Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden vast waaronder de in het eerste lid, 13° tot 15°, bedoelde personen als rechthebbenden op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging en inzonderheid van de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering worden beschouwd en Hij bepaalt de volgorde inzake voorrang van de verschillende in het eerste lid opgesomde hoedanigheden, alsmede de voorwaarden waaronder de persoon ten laste voor de hoedanigheid van gerechtigde mag opteren. »

Art. 2. In artikel 33, eerste lid, van dezelfde gecoördineerde wet, gewijzigd bij koninklijk besluit van 18 november 1996, worden de punten 3° tot 6° opgeheven.

Art. 3. Artikel 121 van dezelfde gecoördineerde wet wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 121. § 1. De gerechtigden omschreven in artikel 32, eerste lid, 1° tot 16° en 20°, hebben voor henzelf en voor de personen te hunnen laste recht op prestaties bedoeld in titel III.

De Koning bepaalt het of de bijdragebescheid(en) volgens welke de hoedanigheid van gerechtigde wordt vastgesteld, alsook de frequentie volgens welke dit of deze bijdragebescheid(en) aan de verzekeringsinstelling moet(en) worden overgemaakt.

§ 2. Le Roi détermine les conditions dans lesquelles les titulaires définis à l'article 32 alinéa 1^{er}, 1° à 16° et 20°, et qui paient des cotisations personnelles, seront tenus d'accomplir un stage d'attente pour bénéficier des prestations susmentionnées. Il détermine la date de référence devant entrer en ligne de compte pour déterminer le début du stage. La durée de ce stage d'attente est de 6 mois au maximum.

Toutefois, le Roi peut dispenser de ce stage d'attente les titulaires, visés au premier alinéa, dans les conditions qu'il détermine.

Les cotisations dues dans le secteur des soins de santé pour la durée de ce stage doivent avoir été payées.

Ces cotisations doivent atteindre un montant minimum fixé par le Roi ou doivent, dans les conditions fixées par Lui, être complétées par des cotisations personnelles.

Le Roi détermine également la façon dont la preuve de ces paiements est fournie. ».

Art. 4. L'article 122 de la même loi coordonnée est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 122. Le Roi détermine les conditions dans lesquelles les titulaires dont le droit est ouvert conformément aux dispositions de l'article 121, conservent ce droit pour eux-mêmes et les personnes à leur charge jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle le droit est ouvert. ».

Art. 5. L'article 123 de la même loi coordonnée est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 123. Les titulaires visés à l'article 122 peuvent continuer à bénéficier pour eux-mêmes et les personnes à leur charge des prestations visées au titre III pendant une période annuelle de droit située entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de la même année, si, pour la seconde année civile précédant le début de cette période, appelée année de référence :

- soit ils ont remis à leur organisme assureur, dans les conditions fixées par le Roi, des documents de cotisation dont la valeur atteint un montant minimum fixé par le Roi ou, qui, dans les conditions fixées par Lui par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, sont éventuellement complétés par des cotisations personnelles;

- soit ils ont payé à leur organisme assureur des cotisations personnelles fixées par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

Pendant la période visée à l'alinéa 1^{er}, les titulaires et les personnes à leur charge qui en application de la présente loi coordonnée, sont dispensés du paiement des cotisations, continuent à bénéficier des prestations visées au titre III.

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les périodes et les situations qui sont censées être couvertes par des cotisations atteignant, pro rata temporis, le montant minimum visé à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 6. L'article 124 de la même loi coordonnée est remplacé par la disposition suivante :

« Le Roi peut prévoir des dérogations aux dispositions du présent chapitre, pour les titulaires et les personnes à charge, visés aux articles 32 et 33, qui ne sont pas soumis au paiement des cotisations prévues en application des articles 32, 33 ou 125. ».

Art. 7. L'article 125 de la même loi coordonnée est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 125. Le Roi détermine, après avis du Comité de l'assurance les conditions que doivent remplir les personnes à charge pour bénéficier des prestations de santé, et fixe par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, le montant des cotisations personnelles qui peuvent être dues pour les ascendants à charge.

Il fixe également par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, la cotisation personnelle des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 7°, 11° et 16°, qui bénéficient d'une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle ainsi que la cotisation due par les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 12°. ».

Art. 8. A l'article 191, alinéa 1^{er}, de la même loi coordonnée, tel que modifié à ce jour, le « 22° » est supprimé.

Art. 9. A l'article 192, 1°, j, de la même loi coordonnée, tel que modifié jusqu'à ce jour, le « 22° » est supprimé.

§ 2. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de gerechtigden omschreven in artikel 32, eerste lid, 1° tot 16° en 20°, en die persoonlijke bijdragen betalen, een wachttijd zullen moeten volbrengen alvorens recht te verkrijgen op deze prestaties. Hij bepaalt de referentiedatum die in aanmerking moet genomen worden voor het bepalen van het begin van de wachttijd. De duur van deze wachttijd bedraagt maximum 6 maanden.

De Koning kan de gerechtigden, bedoeld in het eerste lid, evenwel vrijstellen van de wachttijd, onder de voorwaarden die Hij bepaalt.

De bijdragen verschuldigd voor de sector geneeskundige verzorging moeten voor de duur van deze wachttijd betaald zijn.

Die bijdragen moeten een door de Koning vastgesteld minimumbedrag bereiken of, onder de door Hem bepaalde voorwaarden, met persoonlijke bijdragen worden aangevuld.

De Koning bepaalt eveneens de wijze waarop het bewijs van die betalingen moet worden geleverd. ».

Art. 4. Artikel 122 van dezelfde gecoördineerde wet wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 122. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de gerechtigden wier recht ingaat overeenkomstig de bepalingen van artikel 121, dat recht voor henzelf en voor de personen te hunnen laste behouden tot 31 december van het jaar dat volgt op dat tijdens hetwelk het recht ingaat. ».

Art. 5. Artikel 123 van dezelfde gecoördineerde wet wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 123. De in artikel 122 bedoelde gerechtigden kunnen voor henzelf en de personen te hunnen laste de in titel III bedoelde prestaties een jaar lang blijven genieten, dat is tussen 1 januari en 31 december van hetzelfde jaar, als zij voor het tweede kalenderjaar dat aan het begin van die periode voorafgaat, referentiejaar geheten :

- hetzij aan hun verzekeringsinstelling onder de voorwaarden, bepaald door de Koning, bijdragebescheiden hebben overhandigd waarvan de waarde een minimumbedrag, bepaald door de Koning, bereikt of die de onder de voorwaarden, door Hem vastgesteld bij in Ministerraad overlegd besluit, eventueel vervolledigd worden met persoonlijke bijdragen;

- hetzij aan hun verzekeringsinstelling persoonlijke bijdragen hebben betaald die door de Koning bij in Ministerraad overlegd besluit zijn vastgesteld.

De gerechtigden en de personen te hunnen laste die met toepassing van deze gecoördineerde wet vrijgesteld zijn van de betaling van bijdragen, blijven de in titel III bedoelde prestaties genieten gedurende de in het eerste lid bedoelde periode.

De Koning stelt bij in Ministerraad overlegd besluit de tijdvakken en de situaties vast die worden beschouwd als zijnde gedekt door bijdragen die, pro rata temporis, het in het eerste lid bedoelde minimumbedrag bereiken. ».

Art. 6. Artikel 124 van dezelfde gecoördineerde wet wordt vervangen door de volgende bepaling :

« De Koning kan afwijkingen op de bepalingen van dit hoofdstuk toestaan aan de gerechtigden en de personen ten laste bedoeld in artikel 32 en 33 die niet onderworpen zijn aan de betaling der bijdragen voorzien in toepassing van artikel 32, 33 of 125. ».

Art. 7. Artikel 125 van dezelfde gecoördineerde wet wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 125. De Koning bepaalt, na advies van het Verzekeringscomité, aan welke voorwaarden de personen ten laste moeten voldoen om geneeskundige verstrekkingen te genieten en stelt bij in Ministerraad overlegd besluit het bedrag vast van de persoonlijke bijdragen die kunnen verschuldigd zijn voor de ascendenten ten laste.

Hij stelt eveneens bij in Ministerraad overlegd besluit de persoonlijke bijdrage vast van de in artikel 32, eerste lid, 7°, 11° en 16°, bedoelde gerechtigden die een pensioen genieten dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan, alsmede de bijdrage die verschuldigd is door de in artikel 32, eerste lid, 12°, bedoelde gerechtigden. ».

Art. 8. In artikel 191, eerste lid, van dezelfde gecoördineerde wet, zoals zij tot nog toe is gewijzigd, wordt het « 22° » geschrapt.

Art. 9. In artikel 192 1°, j, van dezelfde gecoördineerde wet, zoals zij tot nog toe is gewijzigd, wordt het « 22° » geschrapt.

Art. 10. A l'article 203, § 5, de la même loi coordonnée, les termes « 7° à 12° et 16° » sont remplacés par les termes « 7° à 12°, 16° et 20° ».

Art. 11. § 1^{er}. Les titulaires qui ont droit aux prestations de santé jusqu'au 30 juin 1997, conformément aux dispositions en vigueur jusqu'à cette date, conservent ce droit jusqu'au 31 décembre 1997.

§ 2. Les titulaires visés au § 1^{er}, qui conformément aux règles applicables jusqu'au 30 juin 1997, auraient prolongé le droit aux prestations de santé jusqu'au 30 juin 1998, conservent ce droit jusqu'au 31 décembre 1998.

§ 3. Les titulaires dont le droit aux soins de santé est ouvert ou à qui ce droit est à nouveau octroyé dans la période du 1^{er} juillet 1997 au 31 décembre 1997 conformément aux dispositions applicables jusqu'au 30 juin 1997, conservent ce droit jusqu'au 31 décembre 1998.

§ 4. Le Roi peut prévoir les conditions dans lesquelles les bénéficiaires qui ne satisfont pas aux dispositions faisant l'objet des §§ 1^{er} à 3 pourront prétendre aux prestations de santé au cours de la période située entre le 1^{er} juillet 1997 et le 31 décembre 1998.

Art. 12. Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur le 1^{er} janvier 1998, à l'exception de l'article 11 qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 1997.

Art. 13. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 25 avril 1997.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Art. 10. In artikel 203, § 5, van dezelfde gecoördineerde wet, worden de termen « 7° tot 12° en 16° » vervangen door de termen « 7° tot 12°, 16° en 20° ».

Art. 11. § 1. De gerechtigden die tot 30 juni 1997 recht hebben op geneeskundige verstrekkingen overeenkomstig de bepalingen die tot die datum gelden, behouden dat recht tot 31 december 1997.

§ 2. De in § 1 bedoelde gerechtigden die overeenkomstig de tot 30 juni 1997 geldende regels het recht op geneeskundige verstrekkingen zouden hebben verlengd hebben tot 30 juni 1998, behouden dat recht tot 31 december 1998.

§ 3. De gerechtigden wier recht op geneeskundige verstrekkingen ingaat of aan wie dat recht opnieuw wordt toegekend tijdens het tijdvak van 1 juli 1997 tot 31 december 1997 overeenkomstig de tot 30 juni 1997 geldende bepalingen, behouden dat recht tot 31 december 1998.

§ 4. De Koning kan de voorwaarden vaststellen waaronder de rechthebbenden die niet voldoen aan de bepalingen van de §§ 1 tot 3, aanspraak kunnen maken op de geneeskundige verstrekkingen tijdens het tijdvak van 1 juli 1997 tot 31 december 1998.

Art. 12. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1998, uitgezonderd artikel 11 dat in werking treedt op 1 juli 1997.

Art. 13. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 25 april 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

F. 97 — 1194

[97/22395]

6 MAI 1997. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35;

Vu l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés tel qu'il a été modifié jusqu'à ce jour;

Vu les propositions du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, émises le 10 octobre 1996;

Vu l'avis de la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs, émis le 31 janvier 1997;

Vu l'avis du Comité de l'assurance des soins de santé, émis le 3 mars 1997;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par les lois du 9 août 1980, 16 juin 1989, 4 juillet 1989 et 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il y a lieu de tout mettre en œuvre pour respecter les délais prévus à l'arrêté royal du 2 septembre 1980 susvisé;

Considérant que ces délais ont été fixés en application de la directive 89/105/CEE du 21 décembre 1988 du Conseil des Communautés européennes concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie;

N. 97 — 1194

[97/22395]

6 MEI 1997. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten zoals heden gewijzigd;

Gelet op de voorstellen, uitgebracht op 10 oktober 1996 door de Technische raad voor farmaceutische specialiteiten;

Gelet op het advies uitgebracht op 31 januari 1997 door de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringinstellingen;

Gelet op het advies uitgebracht op 3 maart 1997 door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 16 juni 1989, 4 juli 1989 en 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat alles in het werk gesteld moet worden om de termijnen, bepaald in het bovengenoemd koninklijk besluit van 2 september 1980, na te leven;

Overwegende dat deze termijnen werden bepaald in toepassing van de richtlijn 89/105/EEG van 21 december 1988 van de Raad van de Europese Gemeenschappen betreffende de doorzichtigheid van de maatregelen van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opneming daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg;