



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG

COMPTE RENDU INTÉGRAL

MET HET BEKNOPT VERSLAG

AVEC LE COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

dinsdag

mardi

22-05-2001

22-05-2001

14:15 uur

14:15 heures

AGALEV-ECOLO	<i>Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
CVP	<i>Christelijke Volkspartij</i>
FN	<i>Front National</i>
PRL FDF MCC	<i>Parti Réformateur libéral – Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement</i>
PS	<i>Parti socialiste</i>
PSC	<i>Parti social-chrétien</i>
SP	<i>Socialistische Partij</i>
VLAAMS BLOK	<i>Vlaams Blok</i>
VLD	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
VU&ID	<i>Volksunie&ID21</i>

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 50 0000/000	<i>Parlementair document van de 50e zittingsperiode + nummer en volgnummer</i>	DOC 50 0000/000	<i>Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° et du n° consécutif</i>
QRVA	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	QRVA	<i>Questions et Réponses écrites</i>
CRIV	<i>Integraal Verslag (op wit papier, bevat de bijlagen en het beknopt verslag, met kruisverwijzingen tussen Integraal en Beknopt Verslag)</i>	CRIV	<i>Compte Rendu Intégral (sur papier blanc, avec annexes et CRA, avec renvois entre le CRI et le CRA)</i>
CRIV	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>	CRIV	<i>Version Provisoire du Compte Rendu Intégral (sur papier vert)</i>
CRABV	<i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>	CRABV	<i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>
PLEN	<i>Plenum (witte kaft)</i>	PLEN	<i>Séance plénière (couverture blanche)</i>
COM	<i>Commissievergadering (beige kaft)</i>	COM	<i>Réunion de commission (couverture beige)</i>

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : alg.zaken@deKamer.be</i>	<i>e-mail : aff.generales@laChambre.be</i>

INHOUD

Samengevoegde vragen van	1
- de heer Olivier Chastel aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de algemene aanbeveling 5 van het jaarverslag 2000 van de federale ombudsmannen" (nr. 4522)	1
- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanbevelingen van de federale ombudsmannen (jaarverslag 2000) over de uitkeringen aan personen met een handicap" (nr. 4641)	1
<i>Spreekers: Olivier Chastel, Magda De Meyer, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen</i>	

Samengevoegde interpellaties en vragen van	3
- de heer Jef Valkeniers tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het blijven negeren van de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 775)	3
- mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale zaken en Pensioenen over "de commissie-Jadot" (nr. 4550)	3
- de heer Koen Bultinck tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 781)	3
- de heer Pierre Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de verschillende kostprijs voor een behandeling appendicitis tussen Vlaanderen en Wallonië" (nr. 4609)	3
- mevrouw Annemie Van de Casteele tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 797)	3
<i>Spreekers: Trees Pieters, Koen Bultinck, Annemie Van de Casteele, Jef Valkeniers, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen</i>	

<i>Moties</i>	12
Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociaal statuut voor kunstenaars" (nr. 4615)	13
<i>Spreekers: Luc Goutry, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen</i>	

Samengevoegde vragen van	17
- mevrouw Anne-Mie Descheemaeker aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de sociale zekerheid en thuisverpleging" (nr. 4676)	17
- de h. Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de uitgavengroei voor	17

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- M. Olivier Chastel au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sur "la recommandation générale 5 du rapport annuel 2000 des médiateurs fédéraux" (n° 4522)	1
- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les recommandations des médiateurs fédéraux (rapport annuel 2000) concernant les allocations octroyées aux personnes handicapées" (n° 4641)	1
<i>Orateurs: Olivier Chastel, Magda De Meyer, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions</i>	

Interpellations et questions jointes de	3
- M. Jef Valkeniers au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fait que l'on continue à ignorer les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 775)	3
- Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la commission Jadot" (n° 4550)	3
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 781)	3
- M. Pierre Chevalier au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la différence du coût du traitement de l'appendicite en Flandre et en Wallonie" (n° 4609)	3
- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 797)	3
<i>Orateurs: Trees Pieters, Koen Bultinck, Annemie Van de Casteele, Jef Valkeniers, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions</i>	

<i>Motions</i>	12
Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le statut social des artistes" (n° 4615)	13
<i>Orateurs: Luc Goutry, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions</i>	

Questions jointes de	17
- Mme Anne-Mie Descheemaeker au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la sécurité sociale et les soins à domicile" (n° 4676)	17
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "l'augmentation des	18

thuisverpleging" (nr. 4696)

Sprekers: **Anne-Mie Descheemaeker, Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

dépenses pour les soins à domicile" (n° 4696)

Orateurs: **Anne-Mie Descheemaeker, Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Vraag van de h. Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de conventiecijfers" (nr. 4698) 20

Sprekers: **Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le nombre de médecins déconventionnés" (n° 4698) 20

Orateurs: **Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

van

DINSDAG 22 MEI 2001

14:15 uur

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

du

MARDI 22 MAI 2001

14:15 heures

De vergadering wordt geopend om 14.32 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.

La séance est ouverte à 14.32 heures par M. Joos Wauters, président.

01 Questions jointes de

- **M. Olivier Chastel au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sur "la recommandation générale 5 du rapport annuel 2000 des médiateurs fédéraux" (n° 4522)**

- **Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les recommandations des médiateurs fédéraux (rapport annuel 2000) concernant les allocations octroyées aux personnes handicapées" (n° 4641)**

01 Samengevoegde vragen van

- **de heer Olivier Chastel aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de algemene aanbeveling 5 van het jaarverslag 2000 van de federale ombudsmannen" (nr. 4522)**

- **mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanbevelingen van de federale ombudsmannen (jaarverslag 2000) over de uitkeringen aan personen met een handicap" (nr. 4641)**

(La réponse sera fournie par le ministre des Affaires sociales et des Pensions.)

(Het antwoord zal worden verstrekt door de minister van Sociale Zaken en Pensioenen.)

01.01 Olivier Chastel (PRL FDF MCC): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, dans son rapport annuel et plus précisément dans sa recommandation générale 2000/5, le Collège des médiateurs fédéraux évoque le cas particulier de la prise en compte

des revenus de la personne avec laquelle une personne handicapée était établie en ménage après leur séparation éventuelle et recommande de modifier la réglementation en vigueur.

Il n'est en effet tenu compte de la séparation de fait des conjoints ou de la fin de la cohabitation des personnes qui sont établies en ménage que pour autant que cette situation dure depuis un an au moins. La prise en compte des revenus du conjoint ou de la personne avec laquelle la personne handicapée est établie en ménage aboutit souvent à ce que la personne handicapée ne perçoive plus ou trop peu d'allocation dès lors que les revenus du ménage dépassent le plafond autorisé. En cas de séparation, les allocations ne seront calculées sur la base des revenus de la personne handicapée que pour autant que ladite séparation dure depuis un an au moins.

Ce délai de carence peut-être particulièrement défavorable aux couples non mariés et séparés puisqu'il n'existe aucun devoir légal de secours. La personne handicapée peut ainsi, pendant un an, se trouver en situation précaire, dépendante du CPAS, en attendant qu'après ce délai d'un an, son allocation lui soit attribuée en fonction de ses revenus personnels.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous donner votre avis relatif au problème social soulevé, quant aux solutions envisageables, quant à une éventuelle application de celles-ci à l'ensemble des couples séparés, conjoints ou vivant en ménage et quant aux possibles modalités pratiques qui permettraient, le cas échéant, d'éviter des abus en la matière?

01.02 Magda De Meyer (SP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik wil me graag aansluiten bij de vraag van collega

Chastel. Ik wil het onderwerp wel wat uitbreiden. Ook mijn vraag is gebaseerd op het verslag van de federale ombudsmannen. Zij vroegen wijzigingen in verband met twee problemen op het vlak van de gehandicaptenuitkeringen. Collega Chastel heeft reeds een van de problemen aangehaald. Een tweede probleem ontstaat volgens het college van de federale ombudsmannen rond de wet die bepaalt dat bij overlijden van een persoon met een handicap de nog niet uitbetaalde uitkering van de lopende maand ambtshalve wordt uitgekeerd aan de overblijvende echtgenoot of echtgenote. De uitkering van personen met een handicap wordt echter uitbetaald op een vaste datum, namelijk de 25^e van de maand. Dit betekent dat wanneer iemand overlijdt op de 24^e van de maand, de volledige uitkering van die maand niet wordt uitbetaald aan de weduwe of de weduwnaar. Wanneer iemand daarentegen op de 26^e van de maand overlijdt, krijgt de overlevende partner wel de hele maand uitbetaald. De ombudsmannen suggereren nu om de uitkering verhoudingsgewijs uit te betalen, rekening houdend met de datum van overlijden. Zo krijgt de weduwe of weduwnaar de maandvergoeding a rato van de dagen die de overledene die maand nog heeft geleefd.

De tweede suggestie van de ombudsmannen houdt in dat onmiddellijk rekening wordt gehouden met een feitelijke scheiding bij het bepalen van de uitkering voor een voorheen samenwonende gehandicapte. Nu bepaalt de wet dat de feitelijke scheiding minstens één jaar een feit moet zijn, vooraleer de uitkering wordt aangepast. Een ouder koppel, waarvan bijvoorbeeld de vrouw gehandicapt is en een uitkering als samenwonende ontvangt, en waarvan de man een werknemerspensioen geniet, kan in zware problemen geraken bij de definitieve opname van de man in een rusthuis. De gehandicapte vrouw moet in dat geval immers een jaar wachten vooraleer haar uitkering wordt aangepast aan haar nieuwe situatie, en vooraleer zij dus een uitkering als alleenstaande kan ontvangen.

Mijnheer de minister, graag vernemen wij uw antwoord op de bovenstaande suggesties van de federale ombudsmannen.

01.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, inzake de uitbetaling van de gehandicaptenuitkering voor de maand van het overlijden van de rechthebbende, kan ik u meedelen dat in de regel de uitkeringen voor personen met een handicap per maand en per twaalfden worden betaald. Dit is dezelfde regeling als die welke geldt in de pensioensector en in

andere sectoren van de sociale zekerheid. Bij wijze van uitzondering wordt voor de maand van overlijden de tegemoetkoming uitbetaald aan de echtgenoot of echtgenote van de betrokkene, of aan de persoon van het andere geslacht met wie de persoon met een handicap een feitelijk huishouden vormde, namelijk wanneer de gerechtigde overlijdt na de uitgifte van de postassignatie of de bankoverschrijving.

Inzake de betaling aan andere personen dan de genoemden, is een ontwerp van koninklijk besluit in de maak over de inkomensvervangende uitkeringen en de integratietegemoetkoming. De wijziging zal inhouden dat vervallen en niet uitbetaalde termijnen met betrekking tot de maand van het overlijden, uitgekeerd zullen kunnen worden aan de rechthebbenden, namelijk de kinderen met wie de gerechtigde leefde tot op het ogenblik van zijn overlijden, de vader of moeder met wie de betrokkene leefde tot op het ogenblik van zijn overlijden, of iedere persoon met wie de gerechtigde leefde tot op het ogenblik van zijn overlijden, of de persoon die tussengekomen is in de verplegingskosten, of de persoon die de begrafenis kosten heeft betaald. Voorwaarde hiervoor is wel dat de persoon met een handicap niet is overleden voor de uitgiftedatum van de postassignatie of voor de overdrachtdatum bij betaling op rekening.

Wat de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en mindervaliden betreft, zullen de regelingen in dezelfde zin worden aangepast. De drie koninklijke besluiten zullen hun uitwerking hebben vanaf 1 januari 2002. Door de aanpassing zal het aantal gerechtigden dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming voor de maand van overlijden aanzienlijk toenemen.

Wat de vragen van mevrouw De Meyer en de heer Chastel betreft inzake de suggestie van de federale ombudsmannen om onmiddellijk rekening te houden met de feitelijke scheiding bij het bepalen van de uitkering voor de voorheen samenwonende persoon met een handicap, kan ik meedelen dat de regelgeving er uitdrukkelijk in voorziet dat met het einde van het samenwonen van de personen die een huishouden vormen slechts rekening wordt gehouden, voor zover deze situaties tenminste één jaar duren. Bovendien bevestigt de administratieve praktijk de noodzaak om een bepaalde periode in acht te nemen alvorens rekening te houden met de feitelijke scheiding of met het einde van het vormen van het huishouden en wel omdat de familiale situatie van vele personen met een handicap een veranderlijk karakter kent en verzoeningen of het vormen van

een huishouden met een andere persoon vaak op scheidingen volgen.

Cette mesure n'est pas arbitraire mais trouve son origine dans la manière d'appréhender le revenu pris en compte pour fixer le droit aux éventuelles allocations pour personnes handicapées. C'est donc au cœur même du droit fiscal qu'il convient de trouver une justification aux dispositions réglementaires puisqu'en matière d'impôts sur les revenus des personnes physiques, la séparation de fait des conjoints ne reçoit pleine concrétisation qu'après un an.

Bovendien wil ik verwijzen naar artikel 9 van het koninklijk besluit van 6 juli 1987 dat bepaalt dat wanneer de inkomsten van het kalenderjaar, dat voorafgaat aan het jaar in de loop waarvan de aanvraag uitwerking heeft, met ten minste 20% verlaagd zijn ten opzichte van de inkomsten van het tweede kalenderjaar voorafgaand aan het jaar in de loop waarvan de aanvraag haar uitwerking heeft, wordt er rekening gehouden met de inkomsten van het kalenderjaar voorafgaand aan het jaar in de loop waarvan de aanvraag uitwerking heeft.

Je tiens toutefois à préciser que la séparation de fait telle qu'elle est appréhendée par la loi du 27 février 1987 n'est pas systématiquement défavorable à la personne handicapée puisque les droits perçus ou en examen sont calculés sur la base du taux pour personne à charge qui est plus élevé que le taux pour isolé, tant pour le montant barémique de l'allocation de remplacement de revenus que pour les abattements pratiqués sur les revenus.

01.04 **Magda De Meyer** (SP): Mijnheer de voorzitter, als ik het goed heb begrepen, wordt aan de uitbetalingdatum niets gewijzigd. Het systeem, dat afhankelijk van de datum van het overlijden al dan niet wordt uitbetaald, blijft bestaan. Het aantal gerechtigden wordt op deze manier vergroot maar aan die datum kan niets worden veranderd.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er werd rekening gehouden met de opmerkingen van de ombudsman. Voor de langstlevende echtgenoot wordt de maand van overlijden wel degelijk uitbetaald, overeenkomstig de datum van overlijden.

Het wordt dus uitgebreid naar andere categorieën.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

02 **Samengevoegde interpellaties en vragen van**
- de heer Jef Valkeniers tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het blijven negeren van de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 775)

- mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale zaken en Pensioenen over "de commissie-Jadot" (nr. 4550)

- de heer Koen Bultinck tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 781)

- de heer Pierre Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de verschillende kostprijs voor een behandeling appendicitis tussen Vlaanderen en Wallonië" (nr. 4609)

- mevrouw Annemie Van de Casteele tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 797)

02 **Interpellations et questions jointes de**

- M. Jef Valkeniers au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fait que l'on continue à ignorer les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 775)

- Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la commission Jadot" (n° 4550)

- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 781)

- M. Pierre Chevalier au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la différence du coût du traitement de l'appendicite en Flandre et en Wallonie" (n° 4609)

- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 797)

De **voorzitter**: De heer Valkeniers is niet aanwezig. Ik heb hem laten oproepen, maar heb nog geen nieuws. Derhalve heeft mevrouw Pieters het woord.

02.01 **Trees Pieters** (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, op 21 februari 2001 hebben wij u over de werkzaamheden van de werkgroep-Jadot een aantal vragen gesteld. Ik heb mijn vraag toen ingetrokken omdat er na uw eerder antwoord aan collega Bultinck geen nieuwe gegevens meer

beschikbaar waren. U stelde toen dat de werkgroep-Jadot was samengekomen op 12 februari 2001 en opnieuw zou samenkomen op 12 maart 2001. Een tweede punt is dat de werkgroep een eenvormige toepassing van de wetgeving in het hele land hanteert. Recent deelde de werkgroep gegevens mee over de uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen. Tevens heeft zij het voorschrijfgedrag van huisartsen inzake klinische biologie en medische beeldvorming geanalyseerd. De werkgroep heeft de regionale verschillen in de praktijk en de consumptie bij de patiënten onder de loep genomen, vooral wat appendicitis betreft. Gesteld kan worden dat Wallonië per inwoner een hogere kostprijs voor de behandeling van deze patiënten heeft dan Vlaanderen. De minder selectieve indicatiestelling voor heelkundige ingrepen speelt daarbij een belangrijke rol. Op het vlak van klinische biologie blijkt er in Wallonië een minder rationeel verbruik dan in Vlaanderen. Inzake preoperatieve anesthesieonderzoeken voert men in Wallonië prestaties uit die volgens de wetenschappelijke richtlijnen niet strikt noodzakelijk of zelfs overbodig zijn, waardoor de kosten van deze onderzoeken daar driemaal zo hoog ligt als in Vlaanderen. Deze voorbeelden tonen aan dat er nog duidelijk aanzienlijke verschillen bestaan tussen het Vlaams Gewest en het Waals Gewest. Het Brussels Gewest vertoont een eigenaardig fenomeen: voor sommige aspecten sluit het aan bij het gedrag van Vlaanderen wat de frequentie betreft, voor andere dan weer bij Wallonië wat de technische onderzoeken betreft.

Mijnheer de minister, hoe evolueren de werkzaamheden van de werkgroep-Jadot sinds de laatste vraagstelling begin maart 2001? Kwam de werkgroep samen op 12 maart 2001? Wanneer zal het vijfde rapport verschijnen? Welke maatregelen zult u nemen om de toch aanzienlijke verschillen op diverse domeinen tussen de regio's te nivelleren?

02.02 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, net zoals mevrouw Pieters stellen wij vast dat in de medische vakliteratuur met de regelmaat van de klok een aantal artikels verschijnen over de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg. Reeds op 21 februari 2001 berichtte het tijdschrift *De Huisarts* over de verschillen in het voorschrijfgedrag met betrekking tot de medische beeldvorming en de klinische biologie. Ook maakte het tijdschrift melding van de regionale verschillen bij de behandeling van patiënten die zijn opgenomen met appendicitis. De

Artsenkrant van 20 april 2001 ging dieper in op het onderzoek van de dienst voor Geneeskundige Verzorging met betrekking tot de medische praktijk en consumptie bij patiënten die werden opgenomen voor appendectomie.

Telkens blijkt, mijnheer de minister, dat de regionale consumptieverschillen tussen Vlaanderen, enerzijds, en Wallonië en Brussel, anderzijds, blijven bestaan. Ook moeten wij steeds opnieuw vaststellen dat als wij u hierover vragen stellen – wat wij reeds op 21 februari en op 28 maart 2001 deden – uw antwoorden aan de vage kant zijn. Ik druk mij dan nog beleefd uit. U stelde in uw antwoord meestal dat u inderdaad veel verwacht van de koppeling van de MKG en de MFG-gegevens of van formuleringen van aanbevelingen inzake beste medische praktijk.

Ik citeer uit uw beleidsbrief naar aanleiding van de begroting voor 2001. U verklaarde toen nog het volgende: "Men moet in feite concluderen dat verschillen tussen grote regio's van het land een afgeleide zijn van hardnekkige en systematische praktijkverschillen tussen individuele verstrekkers. De vraag of deze verschillen gerechtvaardigd zijn blijft open en het is voorbarig daaromtrent een standpunt in te nemen". Uiteraard wisten wij dat ook twee leden van de meerderheid, twee VLD-leden, u daar vandaag over zouden ondervragen. Dat geeft ons een beetje hoop dat wij vandaag duidelijkere antwoorden zullen krijgen. Misschien is het echter een politiek signaal dat de VLD, wanneer zij over zulke gevoelige thema's interpelleert, in extremis toch schittert door afwezigheid! Desalniettemin blijven wij hopen, mijnheer de minister, dat u vandaag een poging zult doen om iets duidelijker te antwoorden op dit soort lastige vragen.

Vroeg of laat zal men de bevolking toch moeten zeggen dat er onvoldoende geld is om een aantal sociale eisen – die wat ons betreft terecht zijn en die zondag laatsleden nogmaals werden geformuleerd – te concretiseren omdat ook in de sector van de sociale zekerheid oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van het geld, mede door het probleem van de noord-zuidtransfers. Vroeg of laat zal men de Vlamingen moeten uitleggen waarom de overheid een aantal ernstige studies, zoals de KBC-studie daterend van november 2000 over deze transfers in de sociale zekerheid, blijft negeren. Het zal u niet verwonderen dat vroeg of laat vanuit onze hoek de cynische vraag zal worden gesteld waarom de regering wel het bestaansminimum voor prins Laurent met 11 miljoen frank denkt te kunnen optrekken, maar dit geld niet wenst vrij te maken voor gewone

stervelingen.

Tot slot, mijnheer de minister, wil ik een aantal evidente vragen stellen. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de werkzaamheden van de werkgroep-Jadot? Wanneer mogen wij het vijfde rapport-Jadot verwachten? Het wordt bijna eentonig om volgende vraag te stellen, omdat ze telkens opnieuw wordt gesteld. Daarom nog eens: welke maatregelen overweegt u concreet te nemen om voor eens en voor altijd komaf te maken met de consumptieverschillen tussen de regio's?

02.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb mij aangesloten bij de interpellaties over dit onderwerp omdat het reglement mij anders niet toelaat te interveniëren na het antwoord van de minister als er meer dan een interpellant is.

Mijnheer de minister, de problematiek omtrent de eenvormige toepassing van de wetgeving kwam al vaker aan bod. Aanvankelijk was de opdracht van de werkgroep-Jadot de regionale verschillen in kaart te brengen en oplossingen voor te stellen om tot een eenvormige toepassing van de wetgeving te komen. De werkgroep vordert evenwel traag en blijkt vooral criteria te zoeken om de bestaande verschillen objectief te verklaren. Nadat het laatste rapport werd voorgelegd - wat steeds werken in uitgesteld relais betekent vermits de gegevens dan al jaren oud zijn - gaf u overigens zelf toe dat er "een grote stabiliteit blijft bestaan inzake de verschillen tussen de verschillende gewesten in dit land wat betreft de consumptie van gezondheidszorgen".

U reikte ons een paar remedies aan die u zou aanwenden om deze problemen te verhelpen, maar inmiddels zijn wij twee jaar verder en nu mag toch stilaan enig resultaat worden gemerkt.

Mijnheer de minister, mijn vraag betreft voornamelijk de piste waarvoor u opteerde. U ging er van uit dat vooral de heterogeniteit in de medische praktijken aan de basis ligt van de verschillen in de consumptie. Daarom zouden die aangepakt worden via de koppeling van gegevens en via "evidence based medicine" en "guide lines". Dit is evenwel een zeer trage weg.

Ik had graag van u vernomen, mijnheer de minister, waarop de meest recente cijfers terzake wijzen. Nemen de verschillen eindelijk af of blijven zij stabiel? Ware het niet aangewezen prioriteiten te bepalen? In welke sectoren zijn de verschillen

het grootst? Waar zullen de verschillen het eerst worden aangepakt? Thans geeft men de indruk dat men alles tegelijk wil doen, maar volgens mij kan men op die manier geen goede resultaten boeken. In geen enkele sector werd reeds bewezen dat de piste waarvoor u opteerde tot succes zal leiden en de bestaande verschillen zal wegwerken.

Uiteindelijk, mijnheer de minister, vraag ik mij af of het wel wenselijk is dat alle verschillen worden weggewerkt. Immers, een aantal bevoegdheden inzake gezondheidszorg werden - gelukkig - reeds overgeheveld naar de gemeenschappen. Zal het hele systeem niet te strak worden zodra alles wordt gelijkgeschakeld? Misschien moeten er wel verschillen worden toegelaten in de diverse gewesten, die beter aansluiten bij hun visie op de gezondheidszorg. Recent nog moest minister Aelvoet toegeven dat inzake echelonnering de verschillen meespelen en dat de Vlaamse huisartsen dat idee meer genegen zijn dan hun Franstalige collega's. Ik meen dat wij sneller tot een ernstige oplossing zouden komen en de verschillen kunnen uitvlakken als wij de bevoegdheid inzake gezondheidszorg volledig naar de gemeenschappen overhevelen. Op die wijze kan een coherent beleid tot stand komen waarin iedereen verantwoordelijk is binnen de perken van zijn eigen budget om orde op zaken te stellen.

02.04 Jef Valkeniers (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, de heer Chevalier, die met minister Michel naar China is, heeft mij gevraagd om in zijn plaats de door hem ingediende vraag te stellen. Ik zal daarmee beginnen, vermits ze aansluit op dit thema.

Uit een studie van het RIZIV blijkt dat de behandeling van een appendicitis in Vlaanderen totaal verschillend is van deze in Wallonië. In Vlaanderen is de behandeling ook aanzienlijk goedkoper dan in Wallonië. De Vlaamse behandeling sluit aan bij de internationale aanbevelingen inzake de beste medische praktijk. In Wallonië en Brussel gebeuren meer appendicitis-operaties dan internationaal als normaal wordt beschouwd. In Brusselse ziekenhuizen vinden dubbel zoveel voorafgaande laboratoriumonderzoeken bij de operaties plaats dan in Vlaanderen. In Wallonië is dat de helft zoveel.

Ook qua kostprijs zijn er belangrijke verschillen tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Per duizend inwoners geeft de ziekteverzekering in Vlaanderen 155.000 frank uit aan

appendectomieën. In Wallonië spreken we over een bedrag van 225.000 frank.

We kunnen concluderen dat Brussel en Wallonië met hun duurdere geneeskunde kwalitatief een slechter resultaat boeken. Daarom zou ik graag de volgende zaken van de minister vernemen.

Ten eerste, deze studie toont aan dat Vlaanderen, Wallonië en Brussel anders omgaan met geneeskunde en dat Vlaanderen minder uitgaven heeft dan Wallonië en Brussel. Telkens over het rapport-Jadot wordt gediscussieerd, beweerden de minister en zijn voorgangers dat de verschillen geen regionale verschillen zijn maar verschillen in praktijkvoering. Deze studie toont echter aan, mijnheer de minister, dat uw voorgangers en u fout zijn. Wat is uw reactie daarop?

Ten tweede, per duizend inwoners geeft men in Wallonië 100.000 frank te veel uit. Op 16.000 appendectomieën lopen de meerkosten van een slechter en duurder geneeskundig beleid in Wallonië op. De ziekteverzekering kampt met tekorten en de middelen ontbreken om nieuwe geneesmiddelen ter erkennen. Wat zal de minister aan deze verspilling van middelen doen?

Ten derde, de studie toont aan dat in een belangrijk deel van ons land een geneeskunde wordt gevoerd die, rekening houdend met de aanbevelingen inzake de beste medische praktijk, als minder kwalitatief kan worden beschouwd. Het rapport-Peers leerde ons dat kwaliteitsbewaking de komende jaren een van de belangrijkste opdrachten van de overheid moet zijn. Wat zal de minister doen om in Wallonië en Brussel geneesheren meer aansluiting te doen vinden bij deze aanbevelingen inzake de beste medische praktijk?

Dit was de mondelinge vraag van de heer Chevalier, die door mij werd overgenomen zoals overeengekomen.

Ik heb zelf een eigen interpellatie voorbereid, mijnheer de minister.

Het vijfde rapport-Jadot is inderdaad nog niet klaar en als het van de voorzitter van de werkgroep afhangt zal het nog zeer lang duren voor het afgeraakt. Dat neemt niet weg dat de vier vorige rapporten telkens hetzelfde patroon bevestigden, met name een systematische overconsumptie in Wallonië en Brussel tegenover Vlaanderen. Met een dergelijke overvloed aan bewijzen wordt in de klassieke geneeskunde dan iets voor waar aangenomen.

De minister ligt er in het geneesmiddelen dossier wakker van dat in ons land 10% meer geneesmiddelen worden verbruikt dan in de ons omringende landen. Over de 30% verschil in, bijvoorbeeld, het antibioticagebruik tussen het noorden en het zuiden van ons land, wordt niet gerept. De verschillen in de klinische biologie bestaan al 20 jaar. Nog steeds bestaan er aanzienlijke verschillen in de forfaitaire honoraria per verpleegdag. Als er al enige afname in deze verschillen zou merkbaar zijn, dan is het omdat de consumptie in Vlaanderen uiteindelijk ook begint te stijgen, vooral in de urgenties. Nog steeds is de gemiddelde verpleegdagprijs in Wallonië significant hoger dan in Vlaanderen, zodat de Waalse patiënten in principe ook beter kunnen worden verzorgd dan de Vlaamse, die deze solidariteit mee betalen. In het actuele dossier van de cardiologie blijken ook overduidelijk de regionaal verschillende attitudes en gebruiken waarbij uiteindelijk iedereen mee het gelag betaalt.

Nooit zijn de verschillen duidelijker in kaart gebracht dan in de recente studie van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV over de medische praktijk en consumptie bij patiënten opgenomen voor een appendectomie, waar de heer Chevalier het ook over had.

Appendectomie, een van de meest frequente chirurgische ingrepen, is goed voor een totale kostprijs van 1 miljard frank per jaar. De gegevens worden niet vergeleken met het landelijk gemiddelde maar getoetst aan standaardaanbevelingen voor een goede medische praktijk. De totale kosten per inwoner liggen in Wallonië 44% hoger dan in Vlaanderen. Voor geneesmiddelen en honoraria wordt 33% meer uitgegeven.

Op basis van wetenschappelijke literatuur in Guidelines zou in ons land de preoperatieve oppuntstelling mogelijk moeten zijn met een gemiddeld bedrag van 1.077 frank voor klinische biologie. De gecompliceerde gevallen buiten beschouwing gelaten, zijn deze cijfers voor Wallonië en Brussel respectievelijk 1.880 frank en 2.229 frank. Voor Vlaanderen is dat 1.188 frank, ongeveer het internationaal gemiddelde. Dit betekent dat er niet alleen een aanzienlijke meeruitgave kan worden vastgesteld ten opzichte van Vlaanderen maar ook ten opzichte van de wetenschappelijk aanvaarde richtlijnen. Volgens de geldende richtlijnen moeten andere preoperatieve onderzoeken selectief worden uitgevoerd. Voor een appendectomie wordt in Wallonië en Brussel 4 tot 5 maal meer een ECG

genomen dan in Vlaanderen. Meer nog, bepaalde Waalse en Brusselse ziekenhuizen voeren preoperatief systematisch een vecto- en fonocardiogram uit, niet alleen bij een appendectomie maar bij alle heekkundige ingrepen. In Vlaanderen is deze praktijk zo goed als onbestaand. Laat de cardiologen maar steen en been klagen dat deze nomenclatuurnummers geschrapt worden! Laat de medicomut maar vergaderen om uit te zoeken hoe de budgetoverschrijding kan worden rechtgetrokken!

Blijkbaar is een preoperatieve thoraxradiografie in Wallonië en Brussel noodzakelijk in respectievelijk 47,5 en 50,9% van de gevallen. In Vlaanderen is dat slechts nodig bij 21,9% van de patiënten. Volgens de richtlijnen zou men 20% mogen verwachten. Resultaat is dat de mediaan van de preoperatieve uitgaven in Wallonië en Brussel 3 tot 4 maal hoger ligt dan in Vlaanderen.

Abdominale echografie wordt in Vlaanderen frequenter uitgevoerd dan in Brussel en Wallonië. Dit kan de reden zijn waarom in Vlaanderen significant minder ingrepen worden uitgevoerd: 146 per 100.000 inwoners in Vlaanderen, 150 in Brussel, 197 in Wallonië. Eigenaardig genoeg ligt het aantal appendectomieën in Wallonië beduidend lager dan in Vlaanderen en Brussel. Dit roept vragen op over de indicatiestelling.

De strategieën van de minister om deze kwaal te bestrijden, lijken me niet erg waterdicht. Precies een jaar geleden werd de koppeling MKG-MFG met luide trom aangekondigd. Tot op heden heeft geen enkel ziekenhuis feedback gekregen. Naar verluidt is dit te wijten aan gebrek aan mankracht in de administratie die hiervoor instaat. Ook op dit punt moeten keuzes en prioriteiten worden gemaakt. Als deze feedback niet beschikbaar wordt gesteld, zal hij weinig effect hebben.

Mijnheer de minister, ik zie niet goed in hoe een aanpassing van de honoraria aan de reële kostprijs van de verstrekking de communautaire verschillen zal wegwerken. Een dergelijke aanpassing kan hoogstens bijdragen tot een herijking tussen de verschillende disciplines. Het is eveneens simplistisch te verwachten dat de forfaitaire betalingssystemen zullen bijdragen tot het verdwijnen van de ongerechtvaardigde verschillen. Alles hangt immers af van de manier waarop deze systemen worden uitgewerkt. De voorbeelden van de klinische biologie en van de radiologie zijn bijzonder misplaatst. De betaling per prestatie biologie of radiologie is vervangen door een forfait dat een afgeleide is van een aantal prestaties in andere disciplines. Men

vervangt de ene prestatiebetaling door een andere en noemt dit voor de goedgelovige buitenwereld forfaitarisering. Wie profiteert hiervan? Steeds dezelfde, de Waalse universitaire ziekenhuizen.

Tot tweemaal toe en tevergeefs vroeg het algemeen syndicaat der Geneesheren van België de voorzitter van de medicomut een herziening van de forfaitaire honoraria voor de klinische biologie per verpleegdag te agenderen. Het is best mogelijk dat de onoordeelkundige forfaitarisering van de radiologie die vorig jaar werd beslist een van de oorzaken van de huidige budgetoverschrijding.

Mijnheer de minister, u hebt gelijk te stellen dat ook in Vlaanderen onaanvaardbare praktijkverschillen in medische handelingen bestaan. De systematische verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië kunnen echter niet worden genegeerd. Altijd opnieuw worden de budgetoverschrijdingen die daarvan het gevolg zijn lineair gecorrigeerd zodat zij die correct werken zwaarder bestraft worden dan de overgebruiker zelf. Dit mechanisme is voor ons niet langer aanvaardbaar. We vermoeden dat ook voldoende Waalse artsen hierin verandering willen brengen.

Mijnheer de minister, al deze opmerkingen werden me bezorgd door collega Dr. Robert Butsaert, voorzitter van het algemeen syndicaat die terzake een deskundige is. Zijn opmerkingen zijn volgens mij correct.

Graag kreeg ik hierop uw commentaar, want de gegevens zijn afkomstig van een glasheldere studie die door uw eigen diensten werd uitgevoerd, mijnheer de minister.

02.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's; ik ben soms verbaasd over het woordgebruik. Wanneer een van de interpellanten zegt: "Mevrouw Aelvoet heeft moeten toegeven dat...", dan lijkt het alsof de regering wat dan ook probeerde te verbergen. Natuurlijk zijn wij zeer goed op de hoogte van de feiten en hoeven wij ze dus niet toe te geven. Bovendien wordt gesuggereerd dat ik het een of het ander zou hebben gezegd of niet zou hebben willen zeggen. Ik begrijp niet waarover men het dan heeft en verwijs naar mijn vorige antwoorden op gelijkaardige vragen. Sta me toe opnieuw omstandig te antwoorden op de gestelde vragen.

Wat de procedure met betrekking tot het rapport-Jadot betreft: artikel 16 paragraaf 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor

geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt dat de algemene raad van de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV jaarlijks een omstandig rapport aan de regering toestuurde over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land. Dat rapport omvat een evaluatie van de eventuele ongerechtvaardigde verschillen en voorstellen tot wegwerking ervan. In de praktijk werd hiertoe een werkgroep opgericht, voorgezeten door de heer Jadot, voorzitter van de algemene raad van de dienst voor geneeskundige verzorging, die alle werkzaamheden voorbereidt. Op basis van alle analyses stelt de voorzitter een voorlopige versie op van het rapport, waarin hij tracht een synthese weer te geven van de beschikbare statistische gegevens en de conclusies die de leden van de werkgroep hebben geformuleerd. Die voorlopige versie van het rapport wordt dan aan de leden van de algemene raad voorgesteld. Na de verwerking van eventuele opmerkingen van de leden keurt de algemene raad de definitieve versie van het rapport goed, waarna het eindrapport aan de regering en het Parlement wordt toegestuurd. Tot vandaag heeft de algemene raad vier rapporten opgesteld; het recentste dateert van november 1999.

Wat is de stand van zaken? Momenteel zijn de werkzaamheden gestart voor de opmaak van het vijfde rapport. De bovengenoemde werkgroep is reeds tweemaal bijeengekomen, namelijk op 12 februari 2001 en 12 maart 2001. De eerstvolgende vergadering is gepland op 18 juni 2001. Tijdens de eerste twee vergaderingen werden de volgende onderwerpen besproken: een globale analyse van de regionale consumptie en de geneeskundige verstrekkingen voor de dienstjaren 1998-1999; een onderzoek naar regionale verschillen in medische praktijk en consumptie bij patiënten opgenomen voor appendectomie, waarover de vragen handelen; een detailanalyse van de regionale consumptie voor klinische biologie en medische beeldvorming op basis van de voorschrijvende geneesheer en een globale analyse van de regionale consumptie van geneesmiddelen in de ambulante sector op basis van de gegevens van Farmanet. In de eerstvolgende vergadering zal de aandacht onder andere gaan naar de regionale verschillen in de uitgaven in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen, de regionale analyse van de daghospitalisatie en de verdere uitdieping van de regionale consumptie voor ambulante geneesmiddelen. Het is vrij moeilijk om nu reeds een timing te plakken op de afwerking van het vijfde rapport. Naar alle waarschijnlijkheid zal het worden voltooid in het najaar van 2001.

Ik kom nu tot een paar opmerkingen in verband met de appendectomiestudie. Ik heb met bijzonder veel aandacht de studie gelezen over appendectomie van de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voor de werkgroep eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land. Het gaat hier niet, zoals in eerdere rapporten, om de gemiddelde kosten per globale pathologiegroep, waarbij altijd de ernst en de comorbiditeit van de patiënten in een bepaalde regio interpretaties bemoeilijken, maar over een analyse van de kosten bij een goed af te lijnen en vrij homogene patiëntengroep, met name de patiënten die een appendectomie ondergingen. Het betreft hier in principe meestal een urgente ingreep, wat ook betekent dat ook alle preoperatieve onderzoeken in het verblijf van de ingreep opgenomen zijn en dus niet, zoals voor een electieve ingreep, voorafgaand ambulant hebben plaatsgevonden.

Toch moet hieraan een nuance worden toegevoegd, aangezien het niet uitgesloten is dat de verschillende regionale attitude van de huisartsen het resultaat ten dele zou kunnen beïnvloeden. Eventueel voert de huisarts bij sommige patiënten zelf reeds een aantal onderzoeken uit – labonderzoek en radiologie – die dan niet in het ziekenhuis moeten worden herhaald. Het is niet uitgesloten dat de huisarts soms een meer afwachter houding aanneemt bij patiënten met klinisch een twijfelachtig rechter fossa syndroom, wat medisch als het zogenaamd watchful waiting bekendstaat.

Dit element zou dus bijkomend moeten worden bestudeerd. Een ander interessant element van de studie is ongetwijfeld dat het hier voor een groot deel om jonge patiënten gaat waarbij er geen regionaal verschil naargelang ernst en comorbiditeit kan worden verwacht. De spreiding van de gegevens van de individuele ziekenhuizen per regio is onvoldoende om de geconstateerde verschillen aan het toeval te kunnen toeschrijven. Verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië voor klinische biologie en radiologie zijn kleiner dan $p < 0,001$ bij strenge post-hoc test na ANOVA. Uit de studie van het RIZIV blijkt dat er in Wallonië vlugger dan in Vlaanderen wordt overgegaan tot een appendectomie bij patiënten met een klinisch vermoeden van appendicitis. Dit verschil is mogelijks te verklaren door een verschil in klinische attitude van zowel de chirurg als de verwijzende huisarts. In de wetenschappelijke literatuur leidt dit tot discussies. Wat is de meest optimale strategie bij het vermoeden van appendicitis? Gaat men steeds onmiddellijk

heelkundig ingrijpen of zal men in sommige klinisch onduidelijke gevallen even afwachten en het zogenaamde watchful waiting beoefenen? De optimale strategie bij het vermoeden van appendicitis is volgens de literatuur in die mate selectief te opereren zonder dat het aantal complicaties – perforaties – stijgt. Dit werd nagegaan in de studie. Het werd niet opgenomen in de nota maar wel meegedeeld aan de werkgroep. De complicatiegraad is in de twee gewesten gelijk, wat betekent dat een meer selectieve indicatiestelling de kwaliteit niet compromitteert. De minder selectieve indicatiestelling voor de ingreep waarnaar de heer Goutry verwijst, biedt nochtans geen afdoende verklaring voor het verschil aangezien de kosten ook per patiënt werden bestudeerd. Uiteraard houden ook de kosten voor de preoperatieve onderzoeken per individu geen verband met de al dan niet strikte indicatiestelling. Samengevat kan uit deze studie worden geconcludeerd dat er regionale verschillen zijn in de medische praktijk van appendectomie bij de in principe homogene patiëntenpopulatie. Voor een aantal prestaties zoals de preoperatieve onderzoeken werd vrij duidelijk aangetoond dat er verschillen zijn in doelmatigheid tussen de gewesten. De vraag is mijns inziens niet zozeer hoe dergelijke praktijkverschillen genivelleerd moeten worden maar wel welke mechanismen noodzakelijk zijn om in elk ziekenhuis, los van de regio, te zorgen voor de beste medische praktijk en dit op de meest kosteneffectieve manier. Voor het aanpakken van de vastgestelde verschillen in doelmatigheid kies ik dus niet voor een op de regio georiënteerde benadering maar wel voor een op het ziekenhuis georiënteerde aanpak.

Een tweede element dat de medische praktijk in bijzondere mate kan beïnvloeden is de opleiding van de specialist. Uit studies blijkt dat de klinische attitude van de specialist ondanks de constante stimulans tot postgraduaat opleiding voor een belangrijk deel verband houdt met zijn universiteit van herkomst. Een andere element is ongetwijfeld het aanbodprobleem. Er werden reeds maatregelen genomen voor het beperken van het aanbod. Deze maatregelen moeten nauwgezet door de planningcommissie worden gevolgd.

Wat zijn de mogelijke oplossingen om de beste medische praktijk te stimuleren en de zorgvariabiliteit tot een aanvaardbaar minimum te beperken? Een eerste en zeer belangrijke stap is het in kaart brengen van de probleemgebieden – dat moet letterlijk worden genomen – waar er een onverklaarbare zorgvariabiliteit in de medische praktijk bestaat. In die zin kunnen studies zoals de

zonet beschreven analyse voor appendectomie alleen maar worden aangemoedigd. Hoewel deze studie interessante gegevens over verschillen in medische praktijk aantoonst, moet dit op een soortgelijke gedetailleerde wijze voor andere aandoeningen worden bestudeerd voor hier algemene conclusies aan kunnen worden verbonden. Ik denk bijvoorbeeld aan het gebruik van ambulante geneesmiddelen of aan het gebruik van technische onderzoeken in de cardiologie. Ik zal voorzitter Jadot een brief sturen om met grote spoed studies zoals de voornoemde uit te laten voeren, gebruik makend van dezelfde methodologie. Er kunnen eveneens interessante gegevens worden opgesteld in het kader van de zogenaamde technische cel waar een fusie werd gerealiseerd tussen de pathologiegegevens en de financiële gegevens in het kader van de ziekenhuissector. Het hoger vermelde dossier van de appendectomie is reeds een eerste concreet resultaat van deze gegevens. U moet daar dus niet neerbuigend over doen, wat ik heb aangekondigd wordt hier ook in de praktijk gebracht en verschaft ons interessante resultaten.

Aan het probleem van de mankracht in de zogenaamd technische cel, waarnaar het lid verwijst, wordt gevolg gegeven. Daar is inderdaad een probleem.

Een tweede stap is het wegwerken van oneigenlijke verschillen in de medische praktijk via de organisatie van het systeem van kwaliteitspromotie en peer review. In dit kader is de verspreiding van informatie aan artsen en ziekenhuizen van cruciaal belang. Door de confrontatie van de gegevens inzake prestatie en voorschrijfgedrag van de individuele geneesheer en de individuele ziekenhuisdienst met de globale cijfers, kan een gedragswijziging tot stand worden gebracht. Feedback zoals die van de minimale klinische gegevens naar de ziekenhuizen, waarbij momenteel een inhaalbeweging in de tijd wordt doorgevoerd, kan een grote impact hebben. Het stimuleren van verder gedetailleerde analyses van de medische praktijk in de ziekenhuizen hangt nauw samen met de verantwoordelijkheden van de colleges van geneesheren en het aanbieden van goede navorming, zoals in de accrediteringsorganen en de lokale overlegkoepels.

Een derde stap is het wijzigen van de vergoedingssystemen in die sectoren waar de verschillen inzake medische praktijken groot zijn. In dit verband kan worden verwezen naar de verdere forfaitarisering die werd doorgevoerd in de sectoren van de medische beeldvorming en de

klinische biologie. Voor de medische beeldvorming werd deze forfaitarisering doorgevoerd op 1 juli 1999, voor de klinische biologie op 1 mei 2000. In de mate dat er regionale verschillen optreden in de consumptie van de medische beeldvorming en de klinische biologie per akte, worden deze verschillen voor ten minste een deel gecorrigeerd bij een grotere forfaitarisering van de terugbetalingen.

Concreet voor dit dossier heb ik ook de intentie om binnenkort een advies te vragen over de preoperatieve onderzoeken aan de afdeling voor de doorlichting van de nomenclatuur van de Wetenschappelijke Raad voor Preoperatieve Onderzoeken.

In de opdrachtverklaring van het comité van de Wetenschappelijke Raad van het RIZIV voor de doorlichting van de nomenclatuur staat bijvoorbeeld, als illustratie dat ik dat proces ernstig neem, al expliciet dat zij rekening moeten houden met de doelmatigheid van de verstrekkingen vanuit de gegevens vanuit evidence based medicine. Ik verneem van enkele klinische experts terzake uit ziekenhuizen waar de preoperatieve onderzoeken volgens strikte praktijkrichtlijnen worden aangevraagd – tenzij er natuurlijk klinische argumenten zijn om ervan af te wijken – dat dit inderdaad tot een rationalisatie leidt, vermits er door de band beduidend minder onderzoeken worden aangevraagd, zonder dat dit de kwaliteit in negatieve zin beïnvloedt, misschien zelfs integendeel.

De reglementering om deze afdeling van de wetenschappelijke raad op te richten bevindt zich in de finale fase en ze zal weldra dan ook operationeel moeten worden.

Een vierde stap die mijns inziens van het grootste belang is, is het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen. Dit gebeurt per definitie door klinische en wetenschappelijke experts per onderwerp. Dat is een langzaam proces dat een mentaliteitsverandering vereist en vele jaren in beslag zal nemen. Nochtans ben ik op dit vlak optimistisch vermits uit de eerste projecten voor evidence based-richtlijnen, bijvoorbeeld antibioticabehandeling, er een grote en enthousiaste bereidwilligheid van de meeste artsen is om aan de totstandkoming mee te werken. Dit proces zal evenwel heel wat mankracht en ook middelen vergen en momenteel onderzoek ik hoe dit vanuit de overheid nog meer gesteund en versneld kan worden.

Mijnheer de voorzitter, ziedaar een strategie

gebaseerd op vier lijnen, die wij consistent moeten volhouden. Ik denk eerlijk gezegd dat het beleid dat ik ontwikkel enkele eerste punctuele resultaten zal geven. Ik denk bijvoorbeeld aan dit soort studie. Bovendien voer ik campagne bij het medische korps over het belang van evidence based medicine. Ik heb daarover gesproken op het tweejaarlijks congres van de internisten. Ik heb ook gesproken op het congres van de chirurgen. Men vraagt mij nu uit alle hoeken om daarover te spreken. Ik probeer ook reacties daarop in te zamelen. Volgens mij is dit de sleutel van goede medische praktijk en ook van het soort fenomenen dat hier volgens mij terecht in het debat wordt gebracht.

02.06 Trees Pieters (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb op mijn twee vragen een antwoord gekregen. Het rapport-Jadot zal volgens u gefinaliseerd worden tegen het einde van dit jaar. Wij zullen dit afwachten.

Ik constateer evenwel dat men op 12 maart vergaderd heeft en men opnieuw zal bijeenkomen op 18 juni. Dat betekent dat men toch voortwerkt, niettegenstaande tegenstrijdige berichten op een bepaald ogenblik.

02.07 Minister Frank Vandenbroucke: Ik begreep dat bericht niet.

02.08 Trees Pieters (CVP): U zou dat rechtzetten bij diegenen die het foute bericht verspreid hadden.

U geeft dus een opvolging aan de data van de bijeenkomsten en u geeft een ultieme periode waarin het rapport zou kunnen worden afgewerkt. Ik dank u ook voor de pistes die u aangeeft om de verschillen weg te werken, zoals het in kaart brengen van probleemgebieden, de wegwerking van oneigenlijke verschillen door kwaliteitspromotie en peer review, vergoedings-systemen wijzigen via een forfaitair systeem en de vooropstelling van praktijkgerichte richtlijnen, wat een mentaliteitsproces op gang moet brengen. Dat zijn zeer lovenswaardige initiatieven.

We zijn ondertussen echter al tien jaar bezig met de opmaak van de rapporten-Jadot. We zijn eigenlijk verder af van de initiële doelstellingen. Om de verschillen duidelijker af te lijnen, zijn we eigenlijk aan het afdwalen. Ik hoop echter dat u in uw opzet slaagt.

02.09 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, beleefdheidshalve dank ik de minister voor zijn antwoorden. Ik stel vast dat hij

voorzichtig het bestaan van regionale consumptieverschillen erkent. Hij blijft echter gedeeltelijk ook bij zijn stelling dat het zeer voorbarig is om standpunten in te nemen. De minister zegt dus niet te kiezen voor een regio-georiënteerde aanpak maar wel voor een ziekenhuis-georiënteerde aanpak. Dat antwoord is vergelijkbaar met de vroegere antwoorden die ongeveer zo klonken: "Wij verwachten van de MKG-MFG-gegevenskoppeling zeer veel en ook van de aanpak qua aanbeveling van de beste medische praktijk".

Ik vind dat de minister ook op dat vlak in een politiek zeer keurig geformuleerd antwoord het probleem heel verregaand tracht te relativiseren, om niet te zeggen te verdrinken. Vanuit onze hoek bekeken, kan ik dat allesbehalve toejuichen.

Een politieke vaststelling is dat de heer Valkeniers krasse oppositietaal gesproken heeft. Vanuit een meerderheidsfractie is dat een merkwaardige vaststelling. Ik zou de heer Valkeniers er bijna moeten van verdenken dat zijn verleden hem opnieuw parten speelt.

Mijnheer de minister, met de regelmaat van een klok keren die interpellaties en vragen terug. Het geduld van het Vlaams Blok geraakt een beetje op. Via een motie van aanbeveling nemen wij zeer gematigd stelling in. We vragen aan de regering om de gematigde motie, die in 1999 in het Vlaams Parlement werd goedgekeurd, uit te voeren. In deze motie wordt gevraagd de hele sector van gezondheidszorgen aan de gemeenschappen over te dragen.

De federale ministers zijn blijkbaar niet bereid aan dat probleem een fundamentele oplossing te bieden. Wij moeten dus kiezen voor een meer radicale oplossing.

02.10 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Mijnheer de minister, ik zei dat mevrouw Aelvoet heeft moeten toegeven dat verschillen tussen Noord en Zuid wegen op het beleid inzake gezondheidszorg. Dat heb ik uit de pers vernomen. In vergelijking met u heeft zij een langere weg afgelegd vooraleer dat te beseffen.

Ten tweede verwondert het me wat dat onze Franstalige collega's in dit debat niet tussenkomen. Uit uw antwoorden over de appendectomie leerde ik dat men in Wallonië meer risico's loopt onterecht van zijn appendix te worden verlost dan in Vlaanderen. Wat dat betreft kan men dus beter Vlaming zijn dan Waal. Ik zeg dat bij wijze van boutade. Toch zou het een

zorg moeten zijn dat medische praktijken consequenties kunnen hebben voor het welzijn van de patiënten, niet alleen voor wat betreft de kosten.

Ik steun u in uw standpunt dat we naar praktijkrichtlijnen en gedragswijzigingen moeten gaan. U hebt de studie van het RIZIV bevolen om die verschillen vast te stellen. Dat doet me denken aan de dollekoeienziekte: hoe meer studies worden verricht naar verschillende aandoeningen, des te meer verschillen zal men vaststellen en des te meer zal die dolle koe naar boven komen. Uiteraard stelt u dan vast dat er regionale verschillen zijn.

Mijnheer de minister, ik kan de weg die u wil volgen gedeeltelijk begrijpen, maar ik denk dat het op die manier te traag zal gaan. U hebt zelf gezegd dat het voorkomen van de regionale verschillen kan liggen aan de opleiding. Die opleiding is een bevoegdheid van de gemeenschappen. Voor mij is dit een argument te meer om te zeggen dat de weg die u voorstelt, gemakkelijker te volgen zou zijn als de gemeenschappen hem zouden volgen. Als de gemeenschappen coherent omgaan met hun bevoegdheid inzake preventie en opleiding, kunnen zij zelf voor een gedragswijziging zorgen. Het blijft mijn overtuiging dat het voor beide landsgedeelten beter is dat de gezondheidszorg wordt overgeheveld naar de gemeenschappen.

02.11 Jef Valkeniers (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, men heeft hier verwezen naar mijn verleden in de Volksunie. Ik wil daar eerst iets over zeggen. Toen de Volksunie in 1988 toetrad tot de regering, was een van de voorwaarden hiervoor dat de regionale verschillen tussen de gewesten zouden worden uitgeschakeld door een gelijkvormige toepassing van de wetgeving. Dertien jaar later stellen wij vast dat de toestand identiek dezelfde gebleven is. Misschien vallen de verschillen nu een beetje voordeliger uit voor Vlaanderen, precies omdat men ook hier meer is gaan consumeren. Zo is er het voorbeeld van de spoeddiensten. Op een bepaald moment bleken dat er in Wallonië veel meer urgenties waren, en toen heeft men aan de Vlaamse kant gezegd dat men er ook daar wat bij moest fabriceren. U mag dit een verbetering noemen, ik noem het een verslechtering. In het rapport-Jadot werd dit feit echter aangehaald als een verbetering wegens het verkleinen van de regionale verschillen.

Aanvankelijk heeft men ons zoet gehouden met de fameuze indicatoren die werden gebruikt voor

de voorschotten aan de verschillende ziekenfondsen. Men kwam met cijfers die bijeengebracht waren door de ULB en door de KUL. Geef toe dat het daar ging om een piste die ons van de grond van de zaak moest afleiden. Toen men voelde dat dit systeem niet meer werkte, is men komen aandraven met de verschillen van streek tot streek, of zelfs van ziekenhuis tot ziekenhuis. Nu wij in dat straatje verzeild geraakt zijn, probeert men ook daar de zaken nog wat af te remmen. Ik sta hier eerlijk gezegd verstomd van.

Mijnheer de minister, u verwijst naar de beste medische praktijk. Mevrouw Van de Castele heeft terecht aangehaald dat regionale verschillen voortkomen uit de opleiding. De universiteiten moeten dus worden aangespoord om al bij de opleiding te benadrukken dat onnodige onderzoeken schadelijk kunnen zijn en veel geld kosten. Mijnheer de minister, ik verwijs eens te meer naar uw vader zaliger. Uw vader was de enige professor aan de universiteit van Leuven die ons wees op de kostprijs van bepaalde onderzoeken en bepaalde geneesmiddelen. Hij zei dat een onderzoek dat niet nodig is, ook niet moet gebeuren. Het kost immers veel geld en het kan schadelijk zijn. Mijnheer de minister, ik zie nu dat u net als uw voorgangers schrik hebt om de Franstalige universiteiten voor hun verantwoordelijkheid te plaatsen. Ik wil u dus vragen: doe er iets aan. Een appendectomie hoeft in Wallonië toch geen 50.000 frank meer te kosten dan in Vlaanderen? U kunt misschien met een reeks argumenten voor de dag komen, maar ik vind dat niet nodig. Waarom mag dit niet luidop gezegd worden? Waarom kan men aan de Waalse ziekenhuizen niet zeggen: dit of dat is de beste medische praktijk, dit is de algemeen aanvaarde praktijk; wij kunnen aanvaarden dat bepaalde onderzoeken preoperatief worden uitgevoerd, maar bepaalde andere onderzoeken komen neer op geld scheppen. Het gaat daar immers vaak over onderzoeken die gebeuren onder impuls van de directies van de ziekenhuizen, die een percent ontvangen op al hun onderzoeken. De ziekenhuisdirecties zetten hun geneesheren aan te consumeren.

Ik verwacht inderdaad – ik weet dat u gewoonlijk niet bang bent – dat u de moed zult hebben om de ziekenhuizen die consumeren, hoofdzakelijk aan Franstalige zijde, op hun verantwoordelijkheid te wijzen en een rondzendbrief van uw ministerie naar de ziekenhuizen, waar ze ook gelegen zijn, te sturen met de vaststelling dat in het betreffende ziekenhuis niet de beste medische praktijken worden gehanteerd. De parlementsleden hebben

het recht om u en ook de minister van Volksgezondheid eisen inzake sociale voorzorg te stellen.

Ik heb aangetoond dat wij reeds 13 jaar met steeds nieuwe argumenten en uitvluchten tevreden werden gesteld. Ik verwacht dat u inderdaad – met uw achtergrond, zowel familiaal als wetenschappelijk – eindelijk orde op zaken zult stellen. Dit is misschien oppositietaal, maar na al die jaren word ik het stilaan beu dat men steeds opnieuw nieuwe argumenten aanbrengt om zaken, helder als pompwater, recht te zetten.

Moties

Motions

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heren Koen Bultinck en Guy D'haeseleer en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellaties van de heren Jef Valkeniers, Koen Bultinck en mevrouw Annemie Van de Castele
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
vraagt de regering:
alle noodzakelijke voorbereidingen te treffen om, binnen haar bevoegdheidsdomein, uitvoering te geven aan een van de vijf in het Vlaams Parlement in 1999 goedgekeurde resoluties.
In deze resolutie stelde het Vlaams Parlement: 'de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moeten integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen."

Une motion de recommandation a été déposée par MM. Koen Bultinck et Guy D'haeseleer et est libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu les interpellations de MM. Jef Valkeniers, Koen Bultinck et Mme Annemie Van de Castele
et la réponse du ministre des Affaires sociales et des Pensions,
demande au gouvernement:
de prendre, dans le cadre de ses compétences, toutes les dispositions requises pour mettre en oeuvre une des cinq résolutions adoptées au

Parlement flamand en 1999 et libellée comme suit: 'les compétences en matière de fixation des normes, d'exécution et de financement relatives à l'ensemble de la politique de la santé et de la famille doivent être transférées aux entités fédérées, en ce comprises, notamment, l'assurance-soins de santé et les allocations familiales.'

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Pierrette Cahay-André, Magda De Meyer en Zoé Genot en de heren Jean-Marc Delizée, Bruno Van Grootenbrulle, Jean-Jacques Viseur en Joos Wauters.

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Pierrette Cahay-André, Magda De Meyer et Zoé Genot et MM. Jean-Marc Delizée, Bruno Van Grootenbrulle, Jean-Jacques Viseur et Joos Wauters.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement.
La discussion est close.

03 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociaal statuut voor kunstenaars" (nr. 4615)

03 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le statut social des artistes" (n° 4615)

03.01 Luc Goutry (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, met de regelmaat van een metronoom probeer ik u een vraag te stellen over de artiesten. Als dat statuut er ooit komt – men voorspelt zelfs nog dit jaar –, hoop ik dat zij voor mij een kleine opera zullen opvoeren.

Mijnheer de voorzitter, met de nodige aandacht las ik de artikelen die begin deze maand in de pers zijn verschenen. In De Morgen verscheen een vrij eigenaardig artikel. Uit die krantenartikelen bleek dat de regionale ministers Anciaux en Miller een doorbraak hebben geforceerd want minister Vandenbroucke wou geen onderscheid maken tussen de scheppende en de uitvoerende kunstenaars. Minister Vandenbroucke is eindelijk tot de vaststelling gekomen dat dit onderscheid niet houdbaar is.

Mijnheer de minister, zo eenvoudig is het ongetwijfeld niet. Wellicht is dit onderscheid niet het belangrijkste strijdpunt in heel de discussie. We werden ooit geconfronteerd met een wetsvoorstel dat enkel sloeg op het koninklijk

besluit van 1969 voor de uitvoerende podiumkunstenaars. In de subcommissie die in het Parlement werd opgericht, werd dan ook enkel gesproken over de uitvoerende kunstenaars. Dit betekent niet dat een aandachtige lezer van onze rapporten kon merken dat wij de kwestie van de scheppende kunstenaars ook hebben besproken. In een aantal gevallen is de sociale positie van deze laatsten even kwetsbaar. Dit onderscheid is volgens mij reeds lang voorbijgestreefd. Mijnheer de minister, ik hoop dat dit geen struikelblok vormde voor het uitstel.

In andere artikelen stond te lezen dat u een meldpunt, een sociaal secretariaat wou oprichten dat is aangepast aan de noden uit die sector. Op die manier is iedereen via die intermediaire structuur ervan verzekerd dat de nodige bijdragen worden betaald. Het gaat hier zeker niet om een uitzendbureau maar een sociaal secretariaat dat met kennis van zaken de belangen kan verdedigen van de kunstenaars. Het zwakke punt van het koninklijk besluit van 1969 was uiteraard dat er weliswaar een virtueel werkgeverschap werd gecreëerd zonder evenwel te voorzien in de nodige controle.

Mijnheer de minister, u hebt het dan ook over de noodzaak om de sociale bijdragen te modereren overeenkomstig het karakter van het beroep. In het verleden is het reeds gebeurd dat er voor bepaalde beroepsgroepen een andere regeling werd uitgewerkt omdat ze niet dezelfde socio-economische realiteit kennen.

Daarom ben en blijf ik enigszins verwonderd over het feit dat er niet echt vooruitgang wordt geboekt. Twee jaar geleden – de voorzitter van deze commissie was toen ook lid van die commissie – waren wij reeds tot een zekere consensus gekomen over het statuut voor de artiesten door middel van de oprichting van een sociaal secretariaat, de vermindering van de sociale bijdragen en het toestaan van het zelfstandig statuut waar kon worden bewezen dat het voldoet aan een socio-economische realiteit. Tot op vandaag blijven we echter op onze honger zitten.

Mijnheer de minister, de berichten in de pers verplichten mij als het ware om u daarover andermaal te ondervragen. Graag uw visie op het probleem.

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik heb een erg uitvoerig antwoord laten voorbereiden met een stand van zaken en enige voorgeschiedenis. Ik vond namelijk dat de heer Goutry daar recht op had. Hij heeft immers al

verscheidene keren naar informatie gevraagd. Het leek mij nuttig een aantal dingen nog eens op een rijtje te zetten, omdat dezer dagen wel wat vooruitgang wordt geboekt. Ik zal niet het hele antwoord voorlezen, want dat wordt eindeloos. Ik zal het overhandigen aan de heer Goutry en stip nu de belangrijkste punten aan.

Ik herhaal dat wij in dezen oplossingen moeten zoeken en niet mogen vervallen in een strijd tussen ideologische en partijpolitieke symbolen. Dat betekent dat wij op een pragmatische manier vijf doelstellingen nastreven. De eerste is juridische duidelijkheid en zekerheid scheppen voor kunstenaars. De tweede is een goeie sociale bescherming organiseren, wat ook het statuut is waarin de kunstenaar werkt, namelijk als werknemer of als zelfstandige. De derde is ervoor zorgen dat dit administratief eenvoudig uitvoerbaar is. Dat was een van de problemen in het verleden. Ten vierde moeten wij ervoor zorgen dat dit financierbaar is door de kunstenaars en in het artistieke circuit: er moet een voldoende sterk economisch draagvlak zijn om dit te financieren. De vijfde doelstelling had ik eerder moeten vermelden, want ze staat nogal centraal. Eigenlijk wensen wij tot een systeem te komen waarbij de inkomsten van een kunstenaar – dat kan nogal verschillend van karakter zijn, namelijk door ergens artistiek uitvoerend bezig te zijn of door scheppende arbeid – samen worden genomen. Als de kunstenaar een werknemersstatuut heeft, moeten die volledig gelden als bijdragebasis van waaruit zijn sociale bescherming wordt georganiseerd in het werknemersstatuut. Als hij een zelfstandigenstatuut heeft, moeten de bijdragen die op deze inkomsten worden geheven, dienen als financieringsbasis voor zijn bescherming in het zelfstandigenstatuut. Dat is het principe dat ik in mijn verslag de unieke rekening noem. Daarbij kan men twee verschillende financieringskanalen hebben, namelijk voor activiteiten met een zelfstandig karakter en activiteiten met een karakter van loontrekkende arbeid. Daarbij gaan de twee verschillende financieringskanalen uiteindelijk naar één rekening. Afhankelijk van de keuze die de artiest maakt, wordt daarmee volledig zijn bescherming als zelfstandige dan wel als werknemer gefinancierd. Dat zijn dus vijf grote principes: juridische zekerheid, afdoende bescherming als zelfstandige of werknemer, het principe van de unieke rekening hanteren met betrekking tot degene die wordt beschermd of het doen uitmonden van eventueel twee financieringskanalen in de financiering van een sociaal statuut, de praktische uitvoerbaarheid en de financierbaarheid.

Ik ben optimistisch omdat ik denk dat dit erg goed vooruitgaat. We hebben werkgroepen opgericht. Ik ga daar niet in detail op in, we hebben dat immers al eens behandeld. Minister Gabriëls, minister Onkelinx, minister Reynders en ikzelf hebben elk de leiding over bepaalde zaken. In denk dat wij zeer eensgezind, wars van polemieken en het verlangen om de pluim op de eigen hoed te steken, bijzonder goed aan het werk zijn. In dit dossier mag de pluim op ieders hoed worden gestoken. Ik wil in deze hulde brengen aan mijn collega's, zoals ik ook hulde breng aan het initiatief van Bert Anciaux en de heer Miller. Ik had Bert Anciaux aangeraden om deze démarche te doen, om samen met zijn Franstalige collega op het federale niveau suggesties te doen over zaken waarover zij eens zijn. Het was immers ook de noord-zuidkloof die ons hinderde. Ik vind de démarche van minister Miller en minister Anciaux bijzonder nuttig.

Zoals gezegd zal ik niet in detail mijn rapport overlopen. Ik geef er wat historiek in en ik omschrijf de werkgroepen die nu actief zijn. Wel zal ik, in het kader van de vijf grote bekommernissen enkele elementen bespreken.

Een eerste punt dat moet worden uitgeklaard is dat van het statuut van de kunstenaar. Het koninklijk besluit van 1969 heeft tot gevolg dat een podiumkunstenaar onweerlegbaar het werknemersstatuut heeft. Daartegenover staat een koninklijk besluit van 1967 dat stelt dat wie een mandaat uitoefent in een winstgevende vereniging of vennootschap zeker het statuut van zelfstandige heeft. Het resultaat hiervan is dat mensen die zowel podiumkunstenaar als mandataris in een vereniging of vennootschap met een winstgevende activiteit zijn, twee keer werden aangesproken. Hier beschouwde men hem als zelfstandige en daar als werknemer, met als resultaat dat hij twee keer moest betalen. Dit moet worden uitgeklaard. Het is evident dat iemand die mandataris is van een vennootschap met winstgevende activiteit, een zelfstandige is. We moeten hem dan uiteraard niet ook nog eens als werknemer beschouwen. Veel artiesten zijn het slachtoffer van deze onduidelijkheid geweest.

Een tweede element is dat van de unieke rekening. Ik heb reeds gezegd dat wij in hoofde van elke kunstenaar zouden werken met één unieke rekening. Voor de financiering van het stelsel kan evenwel een onderscheiden bijdragencircuit worden gehanteerd. De redenering is vrij pragmatisch: ofwel is de kunstenaar bij het stelsel van de werknemers

aangesloten en wordt hij daardoor beschermd, ofwel zit hij in het stelsel der zelfstandigen. Alle inkomsten van zijn activiteiten, uitvoerende en scheppende, gaan dan naar het ene of naar het andere.

Hoe maakt men nu de keuze tussen zelfstandige of werknemer? Er zijn situaties waarin men onweerlegbaar werknemer is. Bijvoorbeeld, wanneer men onder contract staat of wanneer men functioneert in een vennootschap, waar men niet de mandataris is, maar wel een lid van bijvoorbeeld het orkest van die vennootschap. Is men een mandataris van een vennootschap, dan is men zelfstandig.

Uiteraard is er een brede grijze zone. Veel freelance-artisten bevinden zich tussen de twee statuten. In die gevallen geven we de keuze, al kan die niet helemaal vrij worden genomen. De keuze moet worden gemaakt in overeenstemming met de geldende regels met betrekking tot het zelfstandigen- en werknemersstatuut. Er zijn een aantal indicaties die in een bepaalde richting wijzen en wij zijn niet van plan die te veranderen. Het is ook belangrijk dat er wordt gewerkt zoals over het algemeen in het zelfstandigenstatuut wordt gewerkt. Men moet bijvoorbeeld weten dat men als zelfstandige een boekhouding moet bijhouden.

Ik kom nu bij het punt over de administratieve eenvoud. Wij denken dat wij inderdaad een intermediaire structuur moeten hebben, die ervoor zorgt dat de hele papierwinkel wordt opgevangen voor de kunstenaar, zodat hij dat niet zelf moet doen. Dat geldt zeker voor iemand die zich bevindt in het circuit van optredens bij talloze kleine organisatoren, die een kleine uitkoopsom betalen. Wij willen werken met een modelovereenkomst. De uitkoopsom wordt betaald aan de betrokken artiest. Automatisch gaan daar de noodzakelijke sociale bijdragen af en de paperasserie gebeurt door een soort intermediaire structuur. Hoe die structuur er precies moet uitzien, moeten we nog bepalen.

Sommigen beweren dat het aangewezen is een specifieke structuur uit te werken en volgens anderen zouden de interimkantoren zulks kunnen doen. Welnu, sommige interimkantoren zijn hiervoor geïnteresseerd en zij laten dat ook weten door creatieve ideeën voor te stellen. Zo zouden sommige interimkantoren bereid zijn om artiesten die niet voltijds artistiek werk leveren, te helpen zoeken naar andere activiteiten die passen bij hun profiel. In dat verband denk ik bijvoorbeeld aan een decorbouwer die niet vast voor een

gezelschap werkt, maar die ook elders een goede stielman zou kunnen zijn. Een interimkantoor kan alternatieven bieden mocht zo'n persoon op een gegeven ogenblik geen activiteit hebben.

Ik moet wel toegeven dat ik daar niet helemaal in geloof. Er kunnen ook intermediaire structuren worden uitgebouwd in plaats van de piste van de interimkantoren te kiezen. Er bestaan weliswaar heel wat argumenten om te stellen dat de interimkantoren een intermediaire rol kunnen vervullen.

Het probleem van de financiering is vrij eenvoudig. Eigenlijk liggen de uitkoopsommen, zeker in het kleinere circuit, niet erg hoog en wellicht zijn wij niet in staat deze drastisch te verhogen. Wil men een volwaardige sociale bescherming dan moet men dit ook mogelijk maken.

Ik pleitte voor de idee van een culturele Maribel. Hiermee bedoel ik dat men de bijdragelast vermindert, ongeveer zoals dat gebeurt in de sociale sector met de sociale Maribel. In de sociale sector geldt als argument: verzorging en werkgelegenheid in de verzorgingssector mogelijk maken. In het geval dat ons thans bezighoudt kan er een ander argument worden aangehaald, met name dat cultuur ook zorgt voor cohesie in de samenleving en op die manier sociaal belangrijk is.

Wat moet men zich daarbij voorstellen? Op dat punt wens ik uiterst voorzichtig te zijn, want alles bevindt zich nog een in preliminair stadium. Teneinde u zo goed mogelijk te informeren wil ik de zaken als volgt illustreren. Met de sociale Maribel als voorbeeld, maar dan met de uitkoopsommen voor ogen die een gemiddelde podiumartiest in het circuit genereert, kan een systeem worden uitgewerkt waarbij een forfaitaire vrijstelling van bijdrageplicht van 1.800 tot 2.500 Bfr per artiest per optreden wordt bepaald; het overige zou dan wel aan bijdragen zijn onderworpen.

Zo'n forfaitair systeem is volgens mij een interessante piste omdat het een beginnende artiest, diegene die aan de weg timmert, helpt. Wellicht zou iemand zoals Koen Wauters het verschil niet eens merken en iemand zoals Pavarotti helemaal niet, maar de beginnende artiest zeker en vast.

Voorts zou eveneens in een dergelijke verlichting van de bijdragen moeten worden voorzien voor wie effectief onder contract werkt bij een of ander orkest. Dat kan gebeuren op maat van de sociale

Maribel.

Ik haal dit louter aan als een element dat thans ter discussie ligt binnen de werkgroep van de regering; immers, alles moet nog verder worden uitgewerkt en er moet nog concreet gestalte worden aan gegeven. Het artikel in De Morgen in dat verband was te optimistisch; ik heb hierop trouwens boos gereageerd – maar de zaken zijn inmiddels al bijgelegd – omdat het de indruk wekte dat tegen het einde van het jaar een statuut zou zijn uitgewerkt voor de artiesten. Zo snel gaat het evenwel niet. Eerst moeten alle aspecten van deze aangelegenheid worden nagegaan; zowel op budgettair vlak als op het niveau van de Europese Commissie moet nog een en ander worden bestudeerd en ook op technisch vlak moet nog veel werk worden verricht.

Ik laat talloze details links liggen en wens mij toe te spitsen op de essentiële vragen.

Op de vragen of er iets specifiek kan worden ondernomen voor de scheppende activiteiten en of iets kan worden geleerd uit landen zoals Frankrijk, Nederland, Duitsland waar op het niveau van de commercialisering van scheppende artistieke activiteiten bijkomende solidariteit wordt georganiseerd, kan ik het volgende antwoorden. Ik ben van oordeel dat het Franse systeem niet perfect te kopiëren is, maar dat het Duitse systeem misschien iets meer aangewezen is. Het Duitse systeem houdt in dat degenen die producten, ontstaan uit scheppende activiteiten commercialiseren, een erg kleine bijdrage storten in een solidair fonds waarmee de sociale bescherming van betrokkenen kan worden gesteund.

Men zou inderdaad kunnen zeggen dat dit, voor wie zich in het werknemerstatuut organiseert, eigenlijk de patronale bijdrage is. Deze piste, die wij nu verder onderzoeken, is denkbaar. Het is niet zo duidelijk hoe men dit moet beschouwen voor mensen die in het zelfstandigenstatuut zitten. Daar zijn wij nog niet uit.

Ik zal u mijn tekst geven, mijnheer Goutry. Ik heb hem ook aan het secretariaat gegeven. Het is een volledig verslag, denk ik. Ik geloof dat de zaken vooruitgang boeken en ik hoop dat wIJ in staat zijn om binnenkort, op basis van een tekst die door de regering wordt gedragen, ook het debat in de commissie te kunnen beginnen. Wij moeten dan inderdaad iedereen dankbaar zijn die aan deze weg heeft getimmerd. Ik verwijs naar de werkgroep, de universiteitsprofessoren en alle anderen die het mee hebben gedragen. Het is een

hervorming die wij absoluut moeten waarmaken. U weet dat ik voor de actieve welvaartsstaat pleit. Dat is een samenleving waarin mensen actief kunnen bijdragen. Het is de bedoeling dat zoveel mogelijk mensen dat kunnen op zoveel mogelijk manieren. Activiteit is voor mij echter niet alleen harde economische activiteit, ook artistieke creativiteit moet daarin een plaats vinden en een stuk sociale bescherming krijgen. Dat beweegt mij in dit dossier.

De **voorzitter**: Wij zullen de tekst, los van het verslag, aan alle leden verzenden.

03.03 Luc Goutry (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik moet u van harte gelukwensen, want ik wacht al maanden op het lichten van deze tip van de sluier over de manier waarop het systeem operationeel zou zijn. Wij hadden er allemaal wel onze ideeën over. Zoals u zegt is dit de verdienste van iedereen die er heeft aan meegewerkt. Ik vind het fijn dat u deze inspanningen erkent. Dat was precies de frustratie. Een aantal zaken waren door de vele contacten met de sector duidelijk zichtbaar gemaakt, onder andere in het rapport, waarin stond dat dit echt de juiste weg naar de oplossing is. Wij zakten bijna op onze knieën van moedeloosheid toen wij vaststelden dat alle goede ideeën op een domme breuklijn zouden kunnen stoten waardoor wij geen stap meer vooruit zouden kunnen geraken.

Ik zou mij bijna aansluiten bij de woorden van uw voorzitter, die zegt dat u de beste minister van Sociale Zaken uit onze geschiedenis bent. Als u erin slaagt om de zaken samen te brengen en een werkbaar statuut te verwezenlijken, mijnheer de minister, zult u in elk geval een serieuze pluim op uw hoed kunnen steken. Er zullen natuurlijk nog een aantal valkuilen opduiken, maar wij moeten vooruit. Ik hoop oprecht op een oplossing, want het is soms zielig hoe mensen moeten knoeien om ook maar enigszins in orde te kunnen blijven.

Wij zijn niet onmiddellijk ten gronde op de tekst ingegaan. Dit dossier is zo belangrijk en er is ook zoveel parlementair werk gebeurd, onder andere in de consultatie. Dat is ook belangrijk. Hier is het forum geweest waar de mensen elkaar hebben kunnen ontmoeten. Hier hebben wij de valkuilen, moeilijkheden en overeenkomsten gezien. Mijnheer de minister, zullen wij de gelegenheid krijgen om de zaken die u bij volmacht – koninklijke besluiten en dergelijke – kunt regelen aan een opportuniteitsstoets te onderwerpen? Misschien kunnen wij nog een aantal verfijningen aanbrengen. Ik geef u een voorbeeld. U zult

wellicht in de mogelijkheid van een bijberoep voorzien. U hebt het niet uitdrukkelijk gezegd, maar als u spreekt over een zelfstandigenstatuut verwijs ik naar de vele mensen die al een volledig werknemersstatuut hebben en 's zaterdags en 's zondags gaan optreden. Het is een kruising tussen een bijverdienste en vrije tijd. Voor een timmerman of een metselaar is dat geen probleem, want die kan een handelsregister nemen en facturen opstellen. Hij heeft een zelfstandig bijberoep. Ondanks de harde tegenstand die altijd heeft bestaan, is dit een realiteit die zich zeker in dat beroep voordoet, natuurlijk met alle gevaren voor schijnzelfstandigheid van dien. We moeten voldoende in staat zijn om deze gevallen te ondervangen. Wij mogen geen systemen op voorhand veroordelen omdat er ooit misbruiken zijn geweest.

Hetzelfde geldt voor het sociaal secretariaat. U opent een piste, waarbij het – lijkt me – zeer nuttig zou zijn om deze niet te sterk te "verambtenariseren", maar ze veeleer aan de vrije initiatieven te koppelen. In Nederland heeft men dat ook gedaan. Ik refereer aan de payroll-service. Er is trouwens een dergelijk bureau operationeel in Antwerpen.

Er moet niets meer worden uitgevonden. Wij beschikken over de knowhow. Wij moeten een organisatie zoeken die hierin wil investeren. Wij zullen moeten waken over de onverenigbaarheid tussen de interim-activiteiten en het secretariaat. De werkgroep heeft altijd gesteld dat het niet wenselijk is dat het systeem verwordt tot een soort impresario's die eveneens de administratie van de artiest voor hun rekening nemen en zorgen dat hij zijn sociale rechten opbouwt. Dit is niet goed. Wij zijn voorstander van een onafhankelijk organisme dat het sociaal secretariaat waarneemt. Interim-arbeid mag niet rechtstreeks met de uitvoering van het kunstenaarsschap te maken hebben. Dit probleem kwam herhaaldelijk aan bod in de subcommissie.

Wat de Maribel betreft, moeten wij ervoor zorgen dat het statuut de toets kan doorstaan inzake de Europese regelgeving met betrekking tot de concurrentievervalsing. Kunst en cultuur zijn immers bij uitstek grensoverschrijdend.

Mijnheer de minister, wat is de concrete timing. Ik ben voldoende op de hoogte van de problematiek om te weten dat dit sociaal statuut moeilijk realiseerbaar is tegen eind 2001. Zonder de zaak te willen forceren, moet, mijns inziens, op een bepaald ogenblik een timing worden vastgelegd.

U hebt duidelijke informatie gegeven. Iedereen die de moeilijkheden kent waarmee de sector wordt geconfronteerd en die de voorbije jaren het debat heeft gevolgd, weet dat de zaken de goede richting uitgaan en dat de plannen kunnen rekenen op een brede steun. Op een bepaald ogenblik dreigde alles echter te mislukken. Wij zijn op de goede weg. Het wordt, mijns inziens, tijd om een timing voorop te stellen. Alle aspecten kunnen nog niet worden geregeld. Denken wij maar aan het fiscaal aspect van de BTW, het aspect van de sociale bescherming, de arbeidsorganisatie en de arbeidswetgeving. Zonder over een volledige synthese te beschikken, is het, mijns inziens, wenselijk dat op een bepaald ogenblik een aantal uitvoeringsbesluiten worden genomen. Op die manier kan de sector zelf vaststellen dat een aantal elementen reeds geregeld zijn. Het openbreken van het inmiddels totaal voorbijgestreefde koninklijk besluit nr. 69 dat een virtuele realiteit schept maar geen inkomsten genereert - wat oorspronkelijk de bedoeling was -, is daarvan een voorbeeld. De beslissing inzake het openbreken van dit besluit kan snel genomen worden. Op die manier zou men mensen toelaten te doen wat ze tot op heden op verdoken wijze hebben gedaan. Laat de zelfstandigen zelfstandig zijn en de loontrekkenden loontrekkend en biedt een tussenweg die het bijberoep is. Voor freelancers kan dit reeds heel wat problemen oplossen. Zij hebben geen behoefte aan een sociaal statuut. Ze hebben er een. De overheid moet echter bijdragen op deze inkomsten kunnen innen. Het statuut van het bijberoep biedt een uitkomst.

Mijnheer de minister, uw antwoord is interessant. We zullen de teksten aandachtig bestuderen. We hopen oprecht dat het Parlement – de subcommissie heeft heel wat knowhow opgebouwd - de tijd krijgt om de voorstellen te toetsen aan onze bevindingen zodat een evenwichtige wetgeving tot stand kan komen die eveneens dertig jaar meekan.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne-Mie Descheemaeker aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de sociale zekerheid en thuisverpleging" (nr. 4676)

- de h. Luc Gouty aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de uitgavengroei voor thuisverpleging" (nr. 4696)

04 Questions jointes de

- **Mme Anne-Mie Descheemaeker au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la sécurité sociale et les soins à domicile" (n° 4676)**

- **M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "l'augmentation des dépenses pour les soins à domicile" (n° 4696)**

04.01 Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, over de uitgavengroei in de thuisverpleging verklaart het verzekeringscomité van het RIZIV onomwonden in een artikel in de Artsenkrant dat er in de sector van de thuisverpleging gefraudeerd wordt. Nochtans is die toename te wijten aan verschillende factoren. Thuiszorg wordt gepromoot; de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis daalt; de vergrijzing van de bevolking leidt tot een grotere zorgafhankelijkheid; daghospitalisatie vraagt nazorg thuis en patiënten verkiezen ook thuiszorg. Ook u, mijnheer de minister, stelt in hetzelfde artikel dat de uitgavengroei niet evenredig is met de toegenomen behoefte. Voorts pleit u voor een fundamentele herziening van de nomenclatuur in de thuisverpleging die zich volgens u thans te veel richt op een vergoeding per prestatie. Nochtans worden de kosten in de thuisverpleging grotendeels forfaitair vergoed volgens de zorgbehoefte van de patiënt op basis van de Katz-schaal. Het is waar dat die schaal beter wordt uitgebreid tot andere criteria. Er moet, mijns inziens, bijvoorbeeld rekening mee worden gehouden dat een patiënt al dan niet alleen woont en welk comfort er voorhanden is.

Mijn vraag handelt inzonderheid over de prestatievergoedingen die volgens u, mijnheer de minister, ten grondslag liggen aan de overmatige uitgavengroei. Er blijft immers maar een zeer beperkt aantal nomenclatuurnummers over die verwijzen naar een prestatie. Daarnaast is er hoe dan ook los van het aantal prestaties een dagplafond voor de geleverde prestaties, onafhankelijk van de aard of de dagelijkse frequentie van de verzorging. Ik haal hier enkele cijfers aan ter illustratie. De verpleegkundige als zelfstandige of de dienst die hem of haar tewerkstelt, ontvangt van het RIZIV per prestatie voor een WIGW-patiënt – dit is het hoogste bedrag – 279 frank voor een toilet of 182 frank voor een inspuiting of 317 frank voor wondverzorging. Ik heb de drie voornaamste prestaties opgesomd. Er zijn daarnaast zo goed als geen prestaties meer die als aparte prestatie worden vergoed. In ieder geval, zelfs wanneer er nog andere prestaties worden geleverd, is er een

dagplafond van 530 frank, een bedrag dat overeenkomt met de dagvergoeding voor een forfait voor een A-patiënt.

Mijnheer de minister, als u kiest voor een algemene forfaitarisering, vrees ik voor een stijging van de uitgaven, gelet op de geringe bedragen voor de prestaties en de beperking tot een dagplafond van 530 frank.

Welke andere manieren ziet u om in te grijpen in de situatie?

04.02 Luc Goutry (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik sluit mij volledig aan bij de vraag van collega Descheemaeker die de situatie op het terrein beter kent dan ik, omdat ze vroeger actief was in de thuisverzorging.

Wat mij in het dossier intrigeert, is het feit dat hier met vitriool over en weer wordt gegooid. Eerst beschuldigt men de zelfstandige verpleegkundigen van fraude die dan weer een beschuldigende vinger uitsteken naar het Gele Kruis met een beschrijving van de gangbare praktijken. Blijkbaar verwijt de pot de ketel dat hij zwart ziet.

Mijn conclusie is dat er blijkbaar een probleem is. Dat moet voor u een signaal zijn om op te treden, mijnheer de minister. Op welke manier zult u dat dan doen? Ik veronderstel dat de prestaties van de thuisverpleegkundigen toch strikt gecontroleerd worden? Voor zover ik weet, wordt geen enkel forfait toegekend tenzij de prestatie de toets van de controlerende geneesheer van de ziekenfondsen heeft doorstaan. Die controlerende geneesheer kan zelfs te allen tijden huisbezoeken doen of een vertegenwoordiger sturen. Hoe zijn in een zo nauwgezet gecontroleerde sector frauduleuze praktijken nog mogelijk? Ik kijk alvast met veel belangstelling uit naar uw antwoord, mijnheer de minister.

04.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik zou hierop nogal kort willen antwoorden, dit echter niet omdat ik het niet belangrijk vind. Ik wil verwijzen naar een brief die ik heb geschreven naar de voorzitter van de overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen. De brief dateert van 16 maart en is zeer uitvoerig en gedetailleerd. U kunt hem op mijn website vinden. Ik krijg daar namelijk graag commentaar op, ook van mensen van het terrein. Via die brief heb ik de overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen opdracht gegeven om een totale herziening van de nomenclatuur voor te

bereiden. De brief bevat twee elementen die rechtstreeks verband houden met de problemen die door mevrouw Descheemaeker en de heer Goutry werden aangehaald. Het gaat met name om de redenen voor overscoring en de reden waarom er een grijze zone is waardoor men het onderscheid tussen overscoring en fraude niet kan vaststellen. Het eerste element is het meetinstrument. De Katz-schaal is ongetwijfeld verouderd. Ze dateert van 1963. De heer Katz heeft dit in 1963 ontworpen met een heel andere bedoeling. Wij hebben er intussen mee gewerkt, maar eigenlijk is dit instrument niet langer goed aangepast. Voor een aantal verzorgingen moeten de verpleegkundigen wat overscoren om voldoende vergoed te worden voor wat zij doen. Ik neem aan dat deze schaal niet langer goed aangepast is en dat het meetinstrument moet worden herzien. In mijn brief heb ik in één adem gesteld dat ook het probleem van de controle moet worden gesteld. Er moet immers een effectieve controle zijn. Het tweede element is dat de verpleegkundige deze inschaling vandaag zelf doet. Dat is eigenlijk niet gezond. De verpleegkundige die vergoed wordt overeenkomstig de inschaling, doet zelf de inschaling. Zeker voor het vaststellen van zware zorgafhankelijkheid zouden we veeleer moeten overgaan naar een multidisciplinaire beoordeling waarbij men met een groep mensen, inclusief de huisarts of een andere arts, de zware zorgafhankelijkheid vaststelt. Dat is een tweede element in mijn brief. Ik meen dat de nomenclatuur zelf voor herziening vatbaar is.

Mevrouw Descheemaeker, ik meen niet dat "De Artsenkrant" zelf fout was. Ik ben wel enigszins verbaasd dat ik zou hebben gezegd dat ik vooral de vergoeding per prestatie een probleem vind en dat ik naar een verdere forfaitarisering wil gaan. Ik weet niet of men mij terzake zo kan citeren. Eigenlijk is het verhaal veel genuanceerder. Ik zeg dat men vandaag zit met bepaalde soorten verpleegkundige prestaties die eigenlijk niet goed worden vergoed in deze nomenclatuur. Verder zit men met expertisevorming en deskundigheidsondersteuning. Er is ook een probleem met het bijbrengen van zelfredzaamheid. Verpleegkundigen worden wel vergoed als ze een insulinespuit geven maar niet als ze mensen leren om dat zelf te doen. Er zijn allerlei problemen die vereisen dat de nomenclatuur heel grondig wordt herzien. Ik heb een zeer systematische oefening gevraagd en ik hoop dat men mij binnen heel korte tijd verslag zal uitbrengen. Ik ben ook heel nieuwsgierig naar de reacties van het terrein. Om die reden heb ik dat ook op mijn website gezet. Wat mij betreft,

hebben we hier een heel ambitieuze hervorming op gang gebracht. Ik meen dat hieraan een grondige studie en een grondig overleg vooraf moeten gaan. Het maakt deel uit van een oproep die ik enige tijd geleden heb gedaan om een echt maatschappelijk debat te houden over de ouderenzorg in onze samenleving. De thuiszorg is daarvan een onderdeel.

U weet dat de regering de partners die zondag hebben betoogd heeft uitgenodigd voor een rondetafelgesprek. Een federaal ouderenbeleid opnieuw gestalte geven en vernieuwen is daarin voor mij een belangrijk thema. Dat verwijst onder meer naar thuisverpleging.

Ik stel voor dat u mijn brief aan de heer Maes zou lezen, want daarin staat wat ik echt heb gezegd.

04.04 Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO): Mijnheer de voorzitter, sta mij toe enkele opmerkingen te maken. In de discussie over wie fraudeert en of er gefraudeerd wordt, wil ik zeker niet tussenbeide komen. Een zaak speelt daarin waarschijnlijk een rol, met name het feit dat de commissie die deze zaken beoordeelt is samengesteld van voor de tijd dat zelfstandigen te velde werkten. Er is een probleemsituatie ontstaan omdat de zelfstandigen daarin niet vertegenwoordigd zijn. Dat speelt mee in de "strijd", waarin ik zeker geen standpunt wens in te nemen.

Op de inschaling kan op twee manieren worden gereageerd. Enerzijds zou het zo moeten zijn dat de verpleegkundige haar eigen verantwoordelijkheid opneemt en dat zij in staat is om de patiënt correct in te schalen. Anderzijds en zeker als het een patiënt betreft die onder forfait-C valt, is het zeer duidelijk dat de thuisverpleegkundige niet de enige is die bij die patiënt terechtkomt. Diezelfde inschaling gebeurt de facto door de diensten gezinshulp of door de sociale diensten, want daar komen meerdere partners in een dergelijke situatie. Ik ben het er volledig mee eens dat via teamwork een gemeenschappelijke inschaling wordt gerealiseerd.

Daarnaast zijn er nog andere prestaties, waarvoor ik altijd persoonlijk heb gepleit. Ik denk bij voorbeeld aan de prestatie "toilet". Alhoewel een verpleegkundige geen grote inspanningen moet leveren om zoveel mogelijk toiletten te doen aan 279 frank per toilet – is dit een ruime vergoeding? – wordt er nooit een medisch voorschrift voor gevraagd. Dat is volgens mij niet de aangewezen handelwijze.

04.05 Luc Goutry (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, wellicht heeft mevrouw Descheemaeker ook gelezen wat ik heb gelezen, wellicht met de nodige relativeringen. De minister is de mening toegedaan dat de nomenclatuur zich te veel richt op een vergoeding per prestatie. Dat is inderdaad het grote strijdpunt: als men per prestatie betaalt voor zaken die ook maar per prestatie moeten worden betaald, dan ligt de prijs veel lager omdat men een forfait zal toekennen van, bijvoorbeeld 750 frank aan een B-patiënt die alleen een spuit nodig heeft. Dat is de kern van de beschuldiging van de zelfstandigen tegenover het Wit-Geel Kruis die een opwaardering zou maken en forfaits toepassen waar er geen forfaits nodig zijn.

Mijnheer de minister, bedoelt u hiermee dat u ook de enveloppe kunt openbreken? Ik hoor u zeggen dat bepaalde prestaties niet voldoende worden vergoed. Wat wil dat zeggen?

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: Een en ander moet passen in een budgettair carcan.

04.07 Luc Goutry (CVP): Dat gedeelte van de brief had ik ook gelezen. De vraag rijst of het ene met het andere strookt. Het is mijn stelling dat wij goed moeten toezien op de misbruiken en die zijn al voor een groot stuk, ook door vroeger genomen maatregelen, gedicht. Er zijn veel grotere problemen geweest dan nu, wij moeten dan nu ook niet doen alsof alles één grote frauduleuze boel zou zijn. Toch moeten wij ook waakzaam blijven. Zoals u zegt zijn er controlesystemen voorhanden. Laten wij rustig blijven, maar het is volgens mij wel belangrijk het budget in zijn geheel in ogenschouw te nemen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

05 Vraag van de h. Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de conventiecijfers" (nr. 4698)

05 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le nombre de médecins déconventionnés" (n° 4698)

05.01 Luc Goutry (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's ik zal deze vraag kort houden. Ik dien ze in omdat ik er duidelijkheid over wil. Via de website van het Verbond van Belgische Specialisten verneem ik dat nogal wat geneesheren-specialisten weigeren zich te conventioneren. Zoiets trekt altijd mijn aandacht. Het zou gaan om één op drie cardiologen.

Mijn vragen daarbij zijn de volgende.

Is u dat ontgaan of niet? Wellicht niet.

Welke besluiten leidt u daaruit af? Misschien gaat het om andere besluiten dan ik daaruit op het eerste gezicht zou afleiden. Ik wacht uw antwoord dus af.

Het feit dat een belangrijke groep cardiologen zich niet conventioneert, vindt u dat onrustwekkend?

Zou dat eventueel hypotheek leggen op een volgend akkoord?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Goutry, op uw eerste en twee de vraag kan ik antwoorden dat ik zeer tevreden ben over het akkoord artsen-ziekenfondsen, dat ondertussen al een half jaar geleden gesloten is.

Uit de globale cijfers blijkt dat de overgrote meerderheid van de artsen, namelijk 85%, tot de conventie is toegetreden. Bij de huisartsen gaat het zelfs om bijna 88%.

Voor de patiënt brengt dat belangrijke voordelen met zich mee, onder andere wat betreft tariefzekerheid.

Ook voor de artsen zijn er meerdere belangrijke elementen in het akkoord opgenomen.

Uw derde vraag ging over de deconventionering van een deel van de cardiologen. Ik vind dat niet onrustwekkend. Gezien de hele discussie die de afgelopen maanden met de cardiologen plaatsvond over de dringende noodzaak tot meer doelmatig gebruik van een aantal technische prestaties in de cardiologie, was dat eigenlijk te verwachten. Ondanks de oproep van de beroepsvereniging van de cardiologen tot massale deconventie, trad toch nog 65% van de cardiologen tot de conventie toe.

De inhoud van de discussie met de cardiologen heb ik al in het Parlement toegelicht. Ik verwijs dan ook naar die eerdere antwoorden.

Het volgende wil ik wel benadrukken. Na de overlegronde met de cardiologen zijn ondertussen al enkele constructieve voorstellen inclusief praktijkrichtlijnen voor echocardiografie en andere technische onderzoeken uitgewerkt. Momenteel wordt onderzocht hoe die voorstellen vertaald kunnen worden in concrete maatregelen die een

meer doelmatig gebruik stimuleren en toelaten het budget te beheersen.

Voor de patiënt zal de actuele beperkte deconventionering van de cardiologen in principe geen gevolgen hebben omdat de arts steeds verplicht is om zijn patiënt op voorhand duidelijk in te lichten over het al dan niet volgen van de tarieven, zoals overeengekomen in het nationaal akkoord.

Op uw vierde vraag kan ik antwoorden dat er momenteel onvoldoende valabele argumenten zijn om, met het oog op een volgend akkoord, aanpassingen door te voeren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.15 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16.15 heures.



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

dinsdag

22-05-2001

14:15 uur

mardi

22-05-2001

14:15 heures

INHOUD

Samengevoegde mondelinge vragen van	1
- de heer Olivier Chastel tot de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de algemene aanbeveling 5 van het jaarverslag 2000 van de federale ombudsmannen" (nr. 4522)	
- mevrouw Magda De Meyer tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanbevelingen van de federale ombudsmannen (jaarverslag 2000) over de uitkeringen aan personen met een handicap" (nr. 4641)	
<i>Sprekers: Olivier Chastel, Magda De Meyer, Frank Vandenbroucke</i> , minister van Sociale Zaken en Pensioenen	
Samengevoegde interpellaties en mondelinge vragen van	3
- de heer Jef Valkeniers tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het blijven negeren van de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 775)	
- mevrouw Trees Pieters tot de minister van Sociale zaken en Pensioenen over "de commissie-Jadot" (nr. 4550)	
- de heer Koen Bultinck tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 781)	
- de heer Pierre Chevalier tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de verschillende kostprijs voor een behandeling appendicitis tussen Vlaanderen en Wallonië" (nr. 4609)	
- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 797)	
<i>Sprekers: Trees Pieters, Koen Bultinck, Annemie Van de Casteele, Jef Valkeniers, Frank Vandenbroucke</i> , minister van Sociale Zaken en Pensioenen	
<i>Moties</i>	8
Vraag van de heer Luc Goutry tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociaal statuut voor kunstenaars" (nr. 4615)	9
<i>Sprekers: Luc Goutry, Frank Vandenbroucke</i> , minister van Sociale Zaken en Pensioenen	
Vraag van de heer L. Goutry tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de uitgavengroei voor thuisverpleging" (nr. 4696)	11
Vraag van mevrouw Anne-Mie Descheemaeker tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de sociale zekerheid en thuisverpleging"	11

SOMMAIRE

Questions orales jointes de	1
- M. Olivier Chastel au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sur "la recommandation générale 5 du rapport annuel 2000 des médiateurs fédéraux" (n° 4522)	
- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les recommandations des médiateurs fédéraux (rapport annuel 2000) concernant les allocations octroyées aux personnes handicapées" (n° 4641)	
<i>Orateurs: Olivier Chastel, Magda De Meyer, Frank Vandenbroucke</i> , ministre des Affaires sociales et des Pensions	
Interpellations et questions orales jointes de	3
- M. Jef Valkeniers au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fait que l'on continue à ignorer les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 775)	
- Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la commission Jadot" (n° 4550)	
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 781)	
- M. Pierre Chevalier au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la différence du coût du traitement de l'appendicite en Flandre et en Wallonie" (n° 4609)	
- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 797)	
<i>Orateurs: Trees Pieters, Koen Bultinck, Annemie Van de Casteele, Jef Valkeniers, Frank Vandenbroucke</i> , ministre des Affaires sociales et des Pensions	
<i>Motions</i>	8
Question de M. L. Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le statut social des artistes" (n° 4615)	9
<i>Orateurs: Luc Goutry, Frank Vandenbroucke</i> , ministre des Affaires sociales et des Pensions	
Question de M. L. Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "l'augmentation des dépenses pour les soins à domicile" (n° 4696)	11
Question de Mme Anne-Mie Descheemaeker au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la sécurité sociale et les soins à domicile"	11

(nr. 4676)

Sprekers: **Anne-Mie Descheemaeker, Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

(n° 4676)

Orateurs: **Anne-Mie Descheemaeker, Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Vraag van de heer Luc Goutry tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de conventiecijfers" (nr. 4698)

13

Sprekers: **Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le nombre de médecins déconventionnés" (n° 4698)

13

Orateurs: **Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

van

DINSDAG 22 MEI 2001

14:16 uur

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

du

MARDI 22 MAI 2001

14:16 heures

De vergadering wordt geopend om 14.32 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.

La séance est ouverte à 14.32 heures par M. Joos Wauters, président.

01 **Samengevoegde mondelinge vragen van**
- de heer Olivier Chastel tot de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de algemene aanbeveling 5 van het jaarverslag 2000 van de federale ombudsmannen" (nr. 4522)
- mevrouw Magda De Meyer tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanbevelingen van de federale ombudsmannen (jaarverslag 2000) over de uitkeringen aan personen met een handicap" (nr. 4641)

01 **Questions orales jointes de**
- M. Olivier Chastel au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sur "la recommandation générale 5 du rapport annuel 2000 des médiateurs fédéraux" (n° 4522)
- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les recommandations des médiateurs fédéraux (rapport annuel 2000) concernant les allocations octroyées aux personnes handicapées" (n° 4641)

(Het antwoord zal worden verstrekt door de minister van Sociale Zaken en Pensioenen).

(La réponse sera fournie par le ministre des Affaires sociales et des Pensions).

01.01 **Olivier Chastel** (PRL FDF MCC): In zijn algemene aanbeveling 2000/5 bespreekt het College van de federale ombudsmannen het feit dat na een eventuele scheiding rekening gehouden wordt met de inkomsten van de persoon met wie een gehandicapte een gezin vormde, en wordt een wijziging van de vigerende reglementering aangeraden. In geval van een scheiding is artikel 10, laatste lid van het koninklijk besluit van 6 juli 1987 toepasselijk.

01.01 **Olivier Chastel** (PRL FDF MCC) : Dans sa recommandation générale 2000/5, le Collège des médiateurs fédéraux évoque la prise en compte des revenus de la personne avec laquelle une personne handicapée était établie en ménage après leur séparation éventuelle, et recommande de modifier la réglementation en vigueur. En cas de séparation, c'est l'article 10 dernier al. de l'arrêté royal du 6 juillet 1987 qui s'applique.

Doordat de inkomsten van de echtgenoot meegeteld worden, ontvangt de gehandicapte geen of een te lage tegemoetkoming als de inkomsten van het gezin boven een bepaald plafond uitkomen.

La prise en compte des revenus du conjoint aboutit à ce que la personne handicapée ne perçoive pas ou trop peu d'allocations, si les revenus du ménage dépassent le plafond fixé.

De wachttijd van één jaar, waarin het voormelde artikel 10 voorziet, kan in het nadeel spelen van niet-gehuwden die uit elkaar zijn. Bij gebrek aan een wettelijke bijstandsverplichting kan de gehandicapte in een zeer precaire situatie terechtkomen in afwachting van de uitkering van

Le délai de carence d'un an prévu dans l'article 10 peut être défavorable aux couples non mariés séparés. La personne handicapée peut se retrouver, faute de devoir légal de secours, en situation précaire, en attendant qu'après un an son allocation lui soit attribuée en fonction de ses

zijn tegemoetkoming, die na dat jaar op grond van zijn persoonlijke inkomsten wordt toegekend.

revenus personnels.

Wat is het standpunt van de minister over dit probleem ? Welke oplossingen stelt hij voor ? Hoe kan misbruik in de praktijk worden voorkomen ? Kunnen die oplossingen voor alle gescheiden koppels gelden ?

Quel est l'avis du ministre sur ce problème ? Quelles solutions envisage-t-il ? Quelles modalités pratiques permettraient d'éviter des abus ? Pourrait-il y avoir application des solutions envisagées à l'ensemble des couples séparés ?

01.02 Magda De Meyer (SP): Ik sluit mij aan bij de heer Chastel. De federale ombudsmannen vragen een bijsturing met betrekking tot de uitkeringen aan gehandicapten, enerzijds betreffende de uitbetaling in de maand waarin de gehandicapte overlijdt, en anderzijds betreffende het in rekening brengen van de feitelijke scheiding van een voorheen samenwonende gehandicapte. Voor de uitbetaling in de maand van overlijden suggereren de ombudsmannen een verhoudingsgewijze uitkering a rato van het aantal dagen dat de overledene die maand nog heeft geleefd. Voor het bepalen van de uitkering na feitelijke scheiding van een voorheen samenwonende gehandicapte stellen zij voor dat onmiddellijk rekening zou worden gehouden met de feitelijke scheiding, in plaats van te wachten tot deze reeds een jaar duurt. Wat is het standpunt van de minister?

01.02 Magda De Meyer (SP): Je partage l'avis de M. Chastel. Les médiateurs fédéraux demandent que des correctifs soient apportés aux dispositions relatives aux allocations octroyées aux handicapés, d'une part en ce qui concerne leur paiement au cours du mois où le handicapé décède et d'autre part en ce qui concerne la prise en compte de la séparation de fait d'avec un handicapé cohabitant. Pour ce qui regarde le versement au cours du mois du décès, les médiateurs suggèrent une allocation proportionnelle au nombre de jours que le handicapé décédé a encore vécus ce mois-là. Pour déterminer l'allocation à octroyer à une personne handicapée après la séparation de fait de son ancien cohabitant ou de son ancienne cohabitante, ils préconisent de tenir compte immédiatement de cette séparation au lieu d'attendre qu'elle ait déjà duré un an. Quel est le point de vue du ministre en la matière ?

01.03 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De algemene regeling voor tegemoetkomingen aan personen met een handicap is dat er per maand in twaalfden wordt betaald. De uitzondering is de uitbetaling aan de partner van een gehandicapte die overlijdt na het ogenblik van uitbetaling.

01.03 Frank Vandenbroucke , ministre (en néerlandais): Le règlement général relatif aux allocations octroyées aux personnes handicapées prévoit un versement mensuel en douzièmes et une exception en vertu de laquelle l'allocation est versée au partenaire d'un handicapé ou d'une handicapée qui décède après le moment du versement.

Er is een ontwerp van KB zodat de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming kunnen worden uitbetaald aan de rechthebbenden, na het overlijden van een gehandicapte, als die overleden is na het tijdstip van betaling. Andere besluiten zullen in dezelfde zin worden aangepast. Deze maatregelen zullen in voege gaan op 1 januari 2002.

Il existe un projet d'arrêté royal visant à permettre le versement des allocations de remplacement et des allocations d'intégration aux ayants droit après le décès d'un handicapé si celui-ci est décédé après le moment du paiement. D'autres arrêtés seront l'objet d'adaptations allant dans le même sens. Ces mesures entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

De suggestie van de federale ombudsmannen is om slechts rekening te houden met het einde van het samenwonen als die situatie één jaar duurt. De familiale situatie van personen met een handicap wijzigt wel eens.

La suggestion des médiateurs fédéraux est de ne tenir compte que de la fin de la cohabitation si cette situation dure un an. Il arrive en effet que la situation familiale des personnes handicapées évolue.

(Frans) Dit is geen willekeurige maatregel; zij spruit voort uit de manier waarop de inkomsten die meetellen bij de bepaling van het recht op een eventuele uitkering van een gehandicapte, in aanmerking worden genomen;

(En français) : Cette mesure n'est, par ailleurs, pas une mesure arbitraire ; elle trouve sa source dans la manière d'appréhender les revenus pris en compte pour fixer le droit aux éventuelles allocations de personne handicapée.

De rechtvaardiging van de reglementaire bepalingen moet dan ook gezocht worden in het fiscaal recht, want inzake inkomstenbelastingen doen de gevolgen van een feitelijke scheiding zich pas na een jaar echt voelen.

(Nederlands): Ik verwijs ook naar het KB van 6 juli 1987 dat zegt dat rekening moet worden gehouden met de inkomsten van het kalenderjaar voorafgaand aan het jaar in de loop waarvan de aanvraag haar uitwerking heeft.

(Frans) De feitelijke scheiding, zoals bepaald bij de wet van 7 februari 1987, is niet stelselmatig nadelig voor de gehandicapte. De rechten worden berekend op grond van het tarief "personen ten laste", dat hoger is dan het tarief "alleenstaande", zowel voor het bedrag van de inkomensvervangende uitkering als voor de aftrek op het inkomen.

01.04 Magda De Meyer (SP): Het systeem van de uitbetalingsdatum wordt dus niet aangepast?

01.05 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Nee, maar de langstlevende echtgenoot krijgt het bedrag van de maand van het overlijden wel degelijk uitbetaald, in functie van de datum van het overlijden. Er komt uitbreiding naar andere categorieën.

Het incident is gesloten.

02 Samengevoegde interpellaties en mondelinge vragen van

- de heer Jef Valkeniers tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het blijven negeren van de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 775)
- mevrouw Trees Pieters tot de minister van Sociale zaken en Pensioenen over "de commissie-Jadot" (nr. 4550)
- de heer Koen Bultinck tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 781)
- de heer Pierre Chevalier tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de verschillende kostprijs voor een behandeling appendicitis tussen Vlaanderen en Wallonië" (nr. 4609)
- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg" (nr. 797)

02.01 Trees Pieters (CVP): De commissie-Jadot

C'est donc au cœur du droit fiscal qu'il convient de trouver une justification aux dispositions réglementaires, puisqu'en matière d'impôts sur les revenus la séparation de fait ne reçoit pleine concrétisation qu'après un an.

(En néerlandais) Je me réfère également à l'arrêté royal du 6 juillet 1987 qui dispose qu'il y a lieu de tenir compte des revenus de l'année civile précédant l'année au cours de laquelle la demande produit ses effets.

(En français): La séparation de fait, telle que prévue par la loi du 7 février 1987, n'est pas systématiquement défavorable à la personne handicapée. Les droits sont calculés sur base du taux « personnes à charge » plus élevé que le taux « isolé », tant pour le montant barémique de l'allocation de remplacement de revenus que pour les abattements sur les revenus.

01.04 Magda De Meyer (SP): Le système de la date de paiement ne sera donc pas adapté ?

01.05 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais) : Non, mais le conjoint survivant recevra le montant correspondant au mois du décès, en fonction de la date du décès. Cette mesure sera étendue à d'autres catégories.

L'incident est clos.

02 Interpellations et questions orales jointes de

- M. Jef Valkeniers au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fait que l'on continue à ignorer les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 775)
- Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la commission Jadot" (n° 4550)
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 781)
- M. Pierre Chevalier au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la différence du coût du traitement de l'appendicite en Flandre et en Wallonie" (n° 4609)
- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les différences régionales en matière de consommation dans le domaine des soins de santé" (n° 797)

02.01 Trees Pieters (CVP): La commission Jadot

heeft onlangs een studie gemaakt over de uitgaven van geneeskundige verstrekkingen en onder meer de consumptie bij patiënten inzake appendicitis nagegaan. Daarbij is gebleken dat er in Wallonië een hogere kost is dan in Vlaanderen. Ook inzake klinische biologie en anesthesieonderzoeken worden in Wallonië meer prestaties uitgevoerd, waarvan sommige zelfs wetenschappelijk overbodig zijn.

Wanneer zal het nieuw rapport- Jadot verschijnen? Welke maatregelen zal de minister treffen om die regionale verschillen weg te werken?

02.02 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): In de voorbije maanden werd de minister geregeld ondervraagd over de regionale verschillen inzake medische behandeling. De minister erkende toen dat er regionale verschillen bestaan, maar kon de oorzaak ervan niet aanwijzen. Hopelijk zal de minister vandaag duidelijker kunnen zijn. Vroeg of laat moet men toch aan de bevolking uitleggen waarom er onvoldoende geld is voor de sociale noden of waarom er wel geld is voor prins Laurent. Hoever staat de werkgroep-Jadot met zijn rapport? Welke maatregelen overweegt de minister om de regionale verschillen inzake medische consumptie weg te werken?

02.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID): De minister geeft zelf toe dat een "grote stabiliteit" blijft bestaan inzake de regionale consumptieverschillen in de gezondheidszorg. De werkgroep- Jadot werkt inderdaad traag. De minister heeft zelf remedies aangegeven, intussen wel al twee jaar geleden. De minister stelde daarbij dat hij de heterogeniteit in de medische praktijk wou aanpakken via het meegeven van *guidelines*. Dit is echter een zeer trage weg.

Wat zeggen de recentste cijfers? Heeft deze aanpak succes? Moeten geen prioriteiten worden gesteld en bepaalde sectoren eerder worden aangepakt dan andere? Moeten wij nog per se willen gelijkschakelen, of mogen wij de verschillen tussen de regio's laten bestaan? Een overheveling van alle bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de Gemeenschappen zou een coherent beleid opleveren.

02.04 Jef Valkeniers (VLD): Ik zal eerst de vraag stellen die het onderwerp uitmaakte van de vraag van de heer Chevalier. In Wallonië kost een behandeling voor appendicitis veel meer dan in Vlaanderen, dat meer aansluit bij de internationale norm. Toch is het resultaat minder goed.

a récemment consacré une étude aux dépenses afférentes aux prestations médicales et notamment à la consommation dans le cadre du traitement de l'appendicite. Il en ressort que la Wallonie enregistre des coûts plus élevés que la Flandre. Il apparaît également que le nombre de prestations de biologie clinique ou d'exams sous anesthésie est plus élevé en Wallonie, alors que certaines de ces interventions sont scientifiquement superflues.

Quand le nouveau rapport Jadot sera-t-il publié ? Quelles mesures le ministre prendra-t-il pour gommer ces différences régionales ?

02.02 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Ces derniers mois, le ministre a déjà été interrogé sur les différences régionales en matière de traitement médical. Il a admis l'existence de différences régionales, sans pouvoir en indiquer les causes. J'espère que le ministre sera plus clair aujourd'hui. Tôt ou tard, il faudra bien expliquer à la population pourquoi il n'y a pas assez d'argent pour les besoins sociaux et pourquoi il y en a pour le Prince Laurent. Qu'en est-il du rapport du groupe de travail Jadot ? Quelles mesures le ministre envisage-t-il pour gommer les différences régionales en matière de consommation médicale ?

02.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Je m'associe à cette interpellation. Le ministre admet que l'on observe toujours une « grande stabilité » des disparités régionales en matière de consommation dans le secteur des soins de santé. Le groupe de travail Jadot travaille en effet lentement. Le ministre lui-même a indiqué des remèdes mais deux ans se sont déjà écoulés depuis lors. Le ministre avait laissé entendre qu'il voulait s'attaquer au problème de l'hétérogénéité de la pratique médicale en fixant des lignes de conduite. Il s'agit toutefois d'une voie très lente.

Que nous apprennent les derniers chiffres ? Cette approche est-elle couronnée de succès ? Ne faut-il pas établir des priorités et aborder certains secteurs plutôt que d'autres ? Devons-nous persister à vouloir harmoniser la situation ou pouvons-nous laisser subsister des différences entre les régions ? Un transfert de toutes les compétences en matière de soins de santé aux Communautés donnerait lieu à une politique cohérente.

02.04 Jef Valkeniers (VLD): Je poserai d'abord la question de M. Chevalier. En Wallonie, un traitement pour une appendicite coûte beaucoup plus qu'en Flandre, laquelle se conforme à la norme internationale. Le résultat est pourtant moins bon.

Volgens de opeenvolgende ministers zijn die verschillen in te wijten aan een andere praktijkvoering. Op die manier kost een behandeling in Wallonië soms tot 100.000 frank meer dan in Vlaanderen.

Het vijfde rapport-Jadot is nog niet klaar en kan nog wel wat op zich laten wachten. De vorige vier rapporten wezen allemaal op overconsumptie in Wallonië en Brussel.

De minister vindt het een probleem dat in ons land 10 procent meer aan geneesmiddelen wordt uitgegeven dan in de buurlanden, maar over de 30 procent verschil in antibioticagebruik tussen Noord en Zuid zegt hij niets. Ook de verschillen in de klinische biologie en in de forfaitaire honoraria blijven bestaan. Ook in de cardiologie zijn de regionale verschillen duidelijk.

Een recente studie van de dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV brengt de verschillen duidelijk in kaart. Voor appendicomie ligt de totale kost per inwoner in Wallonië 44 procent hoger dan in Vlaanderen. Er zijn niet alleen verschillen ten overstaan van Vlaanderen, maar ook ten overstaan van de wetenschappelijk aanvaarde richtlijnen. Preoperatieve thoraxradiografie wordt in Wallonië ruim twee keer zo vaak uitgevoerd dan in Vlaanderen, dat net boven de norm van de richtlijnen blijft. Abdominale echografie wordt vaker uitgevoerd in Vlaanderen; mogelijk worden hierdoor minder ingrepen uitgevoerd in Vlaanderen.

Ik zie niet goed in hoe het aanpassen van de honoraria aan de reële kostprijs van de verstrekkingen de communautaire verschillen zou kunnen wegwerken. Ook forfaitaire betalingssystemen brengen weinig baat. In de klinische biologie en de radiologie wordt eigenlijk de ene prestatiebetaling vervangen door de andere.

Ook in Vlaanderen bestaan onaanvaardbare praktijkverschillen in medisch handelen, maar dat is geen reden om de systematische verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië te negeren. Lineaire correctie van budgetoverschrijdingen treft wie correct werkt, relatief het zwaarst. Dat kan niet blijven duren.

Deze bemerkingen werden mij overgemaakt door dokter Robert Butsaert, voorzitter van de ASGB. Wat is de reactie van de minister?

Selon les ministres successifs, ces différences sont dues à une pratique différente. Un traitement en Wallonie peut ainsi coûter jusqu'à 100.000 francs de plus qu'en Flandre.

Le cinquième rapport Jadot n'est pas encore prêt et pourrait encore se faire attendre un certain temps. Les quatre rapports précédents faisaient tous apparaître une surconsommation en Wallonie et à Bruxelles.

Le ministre se soucie du fait que dans notre pays, les dépenses de médicaments soient de 10 % supérieures à celles enregistrées chez les pays voisins, mais il ne dit pas un mot de la différence de 30 % entre le Nord et le Sud de la Belgique sur le plan de la consommation d'antibiotiques. Dans le même ordre d'idées, les écarts constatés dans le domaine de la biologie clinique et des honoraires forfaitaires subsistent. Et dans le secteur de la cardiologie, les différences entre régions sont manifestes.

Une étude réalisée récemment par le service des soins médicaux de l'INAMI montre clairement où se situent ces différences. Pour une appendicectomie, le coût total par habitant est supérieur de 44% en Wallonie. Et la Wallonie ne s'écarte pas seulement des normes flamandes, mais aussi des directives admises dans les milieux scientifiques. Plus de deux fois plus de radiographies pré-opératoires du thorax sont effectuées en Wallonie, la Flandre restant juste au-dessus de la norme fixée par la directive. Un plus grand nombre d'échographies abdominales sont réalisées en Flandre, ce qui explique peut-être pourquoi les interventions chirurgicales y sont moins nombreuses.

Je ne vois pas bien en quoi l'adaptation des honoraires aux coûts réels des prestations effacerait les différences communautaires. Les systèmes de paiement forfaitaires n'aident guère non plus. En biologie clinique et en radiologie, en fait, une prestation remplace l'autre.

Il y a aussi des différences dans la pratique médicale qui sont inacceptables en Flandre mais ce n'est pas une raison pour nier les différences systématiques entre la Flandre et la Wallonie. Une correction linéaire des dépassements budgétaires pénalise proportionnellement plus ceux qui travaillent correctement. Cela ne peut plus durer.

Ces remarques m'ont été transmises par le Dr Butsaert, président de l'ASGB. Quelle est la réaction du ministre ?

02.05 Minister **Frank Vandenbroucke**

02.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en

(Nederlands): De algemene raad van de dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV moet jaarlijks een rapport sturen naar de regering over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land. Op basis van alle analyses stelt de voorzitter een voorlopige versie van het rapport op, die dan wordt voorgelegd aan de leden van de algemene raad. Als die het rapport goedkeurt, wordt het aan regering en Parlement bezorgd. Tot op heden werden vier rapporten opgesteld. Het laatste dateert van november 1999.

De werkzaamheden voor de opmaak van het vijfde rapport zijn gestart. Volgende onderwerpen werden besproken: een globale analyse van de regionale consumptie in 1998 en 1999, een onderzoek naar de regionale verschillen inzake appendectomie, en detailanalyse van de regionale consumptie voor klinische biologie en de globale analyse voor de regionale consumptie van geneesmiddelen in de ambulante sector. In de volgende vergaderingen zal aandacht worden besteed aan de rustoorden, de daghospitalisatie en het geneesmiddelengebruik in de ambulante sector. Waarschijnlijk is het rapport klaar in het najaar van 2001.

De studie over appendectomie voor de dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV is een analyse van de kosten bij een goed af te lijnen en vrij homogene patiëntengroep. Appendectomie is meestal een urgente ingreep. De preoperatieve onderzoeken zijn dus in het verblijf van de ingreep opgenomen. Toch is het mogelijk dat de huisarts vooraf zelf onderzoeken uitvoert of zich wat kan afwachtender opstellen. Voor een belangrijk deel gaat het om jongere patiënten, waarbij er geen regionaal verschil naargelang de ernst en de sterftegraad kan worden verwacht.

In Wallonië wordt blijkbaar vlugger dan in Vlaanderen overgegaan tot een appendectomie. Dat kan worden verklaard door een verschil in klinische attitude van chirurg en huisarts. De optimale strategie is immers selectief opereren zonder dat het aantal perforaties stijgt. De complicatiegraad is in Vlaanderen en Wallonië gelijk. De minder selectieve indicatiestelling verklaart echter niet alles omdat de kosten voor de preoperatieve onderzoeken hiermee geen verband houden. Er is dus een verschil bij een in principe homogene patiëntenpopulatie.

De voornaamste vraag is hoe men ervoor kan zorgen dat de beste medische praktijk wordt

néerlandais) :Le Conseil général du service des soins médicaux de l'INAMI doit transmettre au gouvernement un rapport annuel relatif à l'application uniforme de la législation dans tout le pays. Sur la base de toutes les analyses, le président rédige une version provisoire du rapport qui est présentée aux membres du Conseil général. Si celui-ci adopte le rapport, il sera soumis au gouvernement et au Parlement. Quatre rapports ont été élaborés jusqu'à présent, le dernier datant de novembre 1999.

Les travaux en vue de la publication du cinquième rapport ont démarré. Les thèmes suivants ont été discutés : une analyse globale de la consommation régionale en 1998 et 1999, une études des différences régionales en matière d'appendicectomie, l'analyse détaillée de la consommation régionale de biologie clinique et l'analyse globale de la consommation régionale de médicaments dans le secteur ambulatoire. Lors des prochaines réunions, il sera question des maisons de repos, de l'hospitalisation de jour et de l'utilisation de médicaments dans le secteur ambulatoire. Le rapport sera sans doute prêt à l'automne 2001.

L'étude relative à l'appendicectomie du service Soins médicaux de l'INAMI est une analyse des coûts pour un groupe de patients homogène et bien déterminé. L'appendicectomie est généralement une intervention urgente. Les examens préopératoires se font donc pendant le séjour. Il est cependant possible que le médecin traitant effectue préalablement lui-même certains examens ou qu'il adopte une attitude plus attentiste. Il s'agit pour la plupart de patients jeunes pour lesquels on ne s'attend pas à des différences régionales de gravité ou de taux de morbidité

Il semblerait que l'on procède plus rapidement à une appendicectomie en Wallonie qu'en Flandre. Cela pourrait s'expliquer par une différence d'attitude clinique du chirurgien et du médecin généraliste. La meilleure stratégie est d'opérer sélectivement sans que le nombre de perforations de l'appendice n'augmente. Le taux de complications est le même en Flandre qu'en Wallonie. Le caractère moins sélectif quant à l'indication n'explique cependant pas tout étant donné qu'il n'y a aucun rapport avec le coût des examens préopératoires. On constate donc une différence au sein d'une population de patients en principe homogène.

La question essentielle est de savoir comment assurer les meilleurs soins tout en maîtrisant au

toegepast op de meest kosten-effectieve manier. Ik kies dus niet voor een regio-georiënteerde aanpak. Ook de opleiding van de specialist kan een invloed hebben. Zijn klinische attitude houdt verband met de universiteit van afkomst. Een ander element is het aanbodprobleem. Op dat vlak werden al maatregelen genomen. Het in kaart brengen van de probleemgebieden waar onverklaarbare zorgvariabiliteit bestaat in de medische praktijk, is een eerste stap om de beste medische praktijk te stimuleren en de zorgvariabiliteit tot een aanvaardbaar minimum te beperken. Studies over andere aandoeningen dan appendectomie zijn belangrijk, zodat algemene conclusies zouden kunnen worden getrokken.

Voorbeelden zijn het verbruik van ambulante geneesmiddelen of het gebruik van technische onderzoeken in de cardiologie. Ik zal de heer Jadot hierover een brief sturen. Ook de "technische cel" kan interessant zijn in dit verband. Verder moeten oneigenlijke verschillen in medische praktijk weggewerkt worden via kwaliteitspromotie en *peer review*. Ook moeten de vergoedingssystemen worden gewijzigd in sectoren waar de verschillen inzake medische praktijk groot zijn. Ik verwijs naar de verdere forfaitisering in de medische beeldvorming en de klinische biologie.

De eventuele regionale verschillen worden gedeeltelijk gecorrigeerd door de forfaitaire uitbetaling. Daarbij heb ik aangedrongen op een onderzoek naar de doelmatigheid van de medische verstrekkingen. Dat moet leiden tot een grotere rationalisatie.

Ten slotte moet gestreefd worden naar het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen door klinische en wetenschappelijke experten. Daarbij is een mentaliteitsverandering nodig. Ik ben ter zake echter optimistisch en zal vanuit de overheid dat proces stimuleren.

02.06 Trees Pieters (CVP): Ik heb een antwoord gekregen op twee van mijn vragen. We wachten het rapport-Jadot af. De aangekondigde initiatieven zijn lovenswaardig, maar na tien jaar zijn we dus nog geen stap verder.

02.07 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): De minister erkent voorzichtig regionale consumptieverschillen, maar kiest niet voor een regiogerichte aanpak. Eigenlijk tracht hij het probleem te relativiseren.

De heer Valkeniers sprak krasse oppositietaal. Komt zijn Volksunie-verleden misschien boven?

mieux les coûts. Je n'opte dès lors pas pour une approche orientée en fonction des Régions. La formation du spécialiste peut aussi jouer un rôle. Son attitude clinique est liée à l'université où il a été formé. Le problème de l'offre est un autre élément dont il faut tenir compte. Des mesures ont déjà été prises à cet égard. Pour promouvoir la meilleure pratique médicale possible et pour ramener la variabilité des soins à un niveau raisonnable, il convient tout d'abord de dresser un inventaire des régions à problèmes où la variabilité des soins médicaux ne s'explique pas. Il importe de réaliser des études concernant d'autres pathologies de manière à pouvoir tirer des conclusions générales.

On pourrait s'intéresser à la consommation ambulatoire de médicaments ou aux examens techniques dans le domaine de la cardiologie. J'enverrai un courrier à M Jadot à ce sujet. La « cellule technique » peut également être un élément intéressant à cet égard. Les différences injustifiées dans la pratique médicale doivent être éliminées en favorisant la qualité et par le biais du « peer review ». Les systèmes de remboursement doivent également être modifiés dans les secteurs où les différences dans la pratique médicale sont importantes. Je voudrais évoquer sur ce plan la poursuite de la forfaitisation dans les domaines de l'imagerie médicale et de la biologie clinique.

Les éventuelles différences régionales seront corrigées en partie par la forfaitisation. A cet égard, j'ai insisté sur la nécessité d'une étude sur la pertinence et l'efficacité des prestations médicales. Tout cela devra déboucher sur une meilleure rationalisation.

Enfin, il convient d'aspirer à la mise au point de directives pratiques par l'expérimentation clinique et scientifique. Un changement des mentalités s'impose. Je suis toutefois optimiste à ce sujet et, en tant que membre de ce gouvernement, j'encouragerai ce processus.

02.06 Trees Pieters (CVP): Vous avez répondu à deux de mes questions. Nous attendons le dépôt du rapport Jadot. Les initiatives annoncées sont certes louables mais force est de constater qu'au bout de dix ans, aucun progrès n'a été réalisé.

02.07 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Le ministre reconnaît frileusement l'existence de différences régionales mais n'opte pas pour une approche régionale. En fait, il cherche à relativiser le problème.

Monsieur Valkeniers a tenu un langage d'opposition ferme. Son passé à la Volksunie refait-il surface ? Notre patience est à bout. Nous allons déposer une

Ons geduld raakt op. Wij zullen een motie van aanbeveling indienen die een overdracht van de gezondheidszorgen naar de Gemeenschappen vraagt, zoals het Vlaams Parlement dat in een resolutie trouwens heeft gevraagd.

02.08 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Het verwondert me dat onze Franstalige collega's niet in dit debat tussenkomen. Uit wat de minister hier zegt, leid ik af dat zij nochtans meer kans lopen om onterecht hun appendix kwijt te raken. Ik steun de minister waar hij praktijkrichtlijnen en gedragswijzigingen voorstaat en een studie naar verschillende fenomenen in plaats van enkel de appendectomie aanbeveelt. Ik vrees echter dat de weg die hij volgt te traag is. De Gemeenschappen zouden die weg moeten kunnen volgen in een coherenter geheel. Een overheveling van de gezondheidszorg naar de Gemeenschappen zou voor beide landsdelen beter zijn.

02.09 Jef Valkeniers (VLD): Men heeft verwezen naar mijn Volksunie-verleden. Toen de Volksunie in 1988 toetrad tot de regering was één van de voorwaarden dat men de verschillen tussen de regio's in de gezondheidszorg zou wegwerken door een gelijkvormige toepassing van de regels. Er is ondertussen niets veranderd. Als de verschillen wat verminderd zijn, is dat omdat de consumptie is gestegen aan Vlaamse kant.

De beste medische praktijk is op studies gebaseerd. Aanvankelijk hield men ons zoet met de indicatoren van de voorschotten aan de ziekenfondsen. Dan kwam men af met de verschillen van streek tot streek en zelfs van ziekenhuis tot ziekenhuis.

De universiteiten moeten leren dat bepaalde onderzoeken niet moeten worden uitgevoerd. De vader van de minister was zich hiervan bewust, maar de minister en zijn voorgangers durven de Franstalige universiteiten niet voor hun verantwoordelijkheden plaatsen. Ik verwacht dat de minister de ziekenhuizen die overconsumeren op de vingers zal tikken. In de jongste 13 jaar heeft men steeds uitvluchten gezocht om geen maatregelen te moeten nemen. Dat kan niet blijven duren. De minister is goed geplaatst om op te treden.

Moties

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heren Koen Bultinck en Guy D'haeseleer en luidt als

motion de recommandation réclamant un transfert des soins de santé aux Communautés, comme l'a proposé le Parlement flamand dans une résolution.

02.08 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Je m'étonne que nos collègues francophones n'interviennent pas dans ce débat. Je déduis de vos propos qu'ils courent pourtant plus de risques d'une ablation inutile de l'appendice. Je vous soutiens quand vous préconisez des directives pratiques et des changements de comportement et recommandez une étude de différents phénomènes plutôt que de la seule appendicectomie. Je crains toutefois que vous empruntiez une voie trop lente. Les Communautés devraient pouvoir suivre cette voie dans un ensemble plus cohérent. Un transfert des soins de santé aux Communautés serait préférable pour les deux parties du pays.

02.09 Jef Valkeniers (VLD): On a fait référence à mon passé de membre de la Volksunie. En 1988, la Volksunie avait posé comme condition à son entrée au gouvernement l'élimination des distorsions entre les Régions en matière de soins de santé par l'application uniforme des règles. La situation est toutefois demeurée inchangée. Si les différences se sont quelque peu aplanies, c'est en raison de l'augmentation de la consommation en Flandre.

Initialement, on a cherché à nous amadouer en invoquant les indicateurs des avances versées aux organismes assureurs. Ensuite, on a brandi les différences d'une Région à l'autre, voire d'un hôpital à l'autre.

La meilleure pratique médicale est basée sur l'étude. Les universités doivent apprendre que certaines études sont inutiles. C'est l'attitude qu'avait adoptée le père de l'actuel ministre mais ce dernier, suivant en cela les traces de ses prédécesseurs, n'ose placer les universités francophones face à leurs responsabilités. J'attends du ministre qu'il rappelle à l'ordre les hôpitaux qui font de la surconsommation. Au cours des 13 dernières années, on a sans cesse imaginé des prétextes pour ne pas prendre de mesures. C'en est assez! Le ministre est bien placé pour agir.

Motions

En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Une motion de recommandation a été déposée par MM. Koen Bultinck et Guy D'haeseleer et est

volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellaties van de heren Jef Valkeniers, Koen Bultinck en mevrouw Annemie Van de Casteele
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
vraagt de regering:
alle noodzakelijke voorbereidingen te treffen om, binnen haar bevoegdheidsdomein, uitvoering te geven aan één van de vijf in het Vlaams Parlement in 1999 goedgekeurde resoluties.
In deze resolutie stelde het Vlaams Parlement: 'de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moeten integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen.' "

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Pierrette Cahay-André, Magda De Meyer en Zoé Genot en de heren Jean-Marc Delizée, Bruno Van Grootenbrulle, Jean-Jacques Viseur en Joos Wauters.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

03 Vraag van de heer Luc Goutry tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociaal statuut voor kunstenaars" (nr. 4615)

03.01 Luc Goutry (CVP): Via de pers vernam ik dat kunstenaars mogelijk nog dit jaar een sociaal statuut zouden krijgen. De minister zou het reeds lang voorbijgestreefde onderscheid tussen scheppende en uitvoerende kunstenaars laten vallen. Men zou een soort sociaal secretariaat, een intermediaire structuur, oprichten. Hoe ver staat dit dossier? Welke voorstellen worden geformuleerd door de werkgroepen? Hoe zal de intermediaire structuur er uitzien? Wie zal zelfstandige kunnen worden?

03.02 Minister Frank Vandembroucke (Nederlands): Ik heb een erg uitvoerig antwoord laten klaarmaken dat bewijst dat we vooruitgang boeken. Ik zal de heer Goutry het schriftelijk antwoord overhandigen.
We moeten oplossingen zoeken en geen symbolenstrijd voeren. We streven vijf doelstellingen na: juridische duidelijkheid en zekerheid scheppen, een goede sociale bescherming organiseren, dit administratief

libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu les interpellations de MM. Jef Valkeniers, Koen Bultinck et Mme Annemie Van de Casteele
et la réponse du ministre des Affaires sociales et des Pensions,
demande au gouvernement:
de prendre, dans le cadre de ses compétences, toutes les dispositions requises pour mettre en oeuvre une des cinq résolutions adoptées au Parlement flamand en 1999 et libellée comme suit: 'les compétences en matière de fixation des normes, d'exécution et de financement relatives à l'ensemble de la politique de la santé et de la famille doivent être transférées aux entités fédérées, en ce comprises, notamment, l'assurance-soins de santé et les allocations familiales.' "

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Pierrette Cahay-André, Magda De Meyer et Zoé Genot et MM. Jean-Marc Delizée, Bruno Van Grootenbrulle, Jean-Jacques Viseur et Joos Wauters.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

03 Question de M. L. Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le statut social des artistes" (n° 4615)

03.01 Luc Goutry (CVP): Il me revient par la voie de la presse que les artistes pourraient encore bénéficier d'un statut social d'ici à la fin de l'année. Le ministre aurait l'intention de supprimer la distinction, devenue obsolète depuis longtemps, entre les artistes concepteurs et les artistes interprètes. Le ministre souhaiterait également créer une sorte de secrétariat social, de structure intermédiaire. Quel est l'état d'avancement de ce dossier ? Quelles propositions les groupes de travail ont-ils formulées ? A quoi ressemblera la structure intermédiaire ? Qui pourra devenir indépendant ?

03.02 Frank Vandembroucke , ministre (en néerlandais): J'ai fait préparer une réponse très détaillée. Nous enregistrons bel et bien un progrès. Je remettrai cette réponse à M. Goutry.
Nous devons rechercher des solutions et non pas mener une lutte symbolique. Nous poursuivons cinq objectifs : assurer la clarté et la sécurité juridique, organiser une bonne protection sociale, rendre le système facile à mettre en oeuvre sur le plan administratif, veiller à ce que le système soit

eenvoudig uitvoerbaar maken, ervoor zorgen dat het stelsel financierbaar is en een systeem oprichten waarbij de inkomsten van de kunstenaar samen worden geteld in het werknemers- of zelfstandigenstatuut. Eventueel kunnen er twee financieringskanalen zijn, maar de bijdragen moeten worden samengebracht op een unieke rekening.

Het dossier gaat erg goed vooruit. Werkgroepen werden opgericht, de zaken worden door verschillende ministers geleid, waaronder de ministers Gabriëls, Onkelinx, Reynders en mezelf. Ik ben ook collega's Anciaux en Miller erkentelijk. Enkele zaken moeten nog worden uitgeklaard. Zo moesten door het KB van 1969 sommige podiumkunstenaars tweemaal een bijdrage betalen, één keer als werknemer en één keer als zelfstandige. Het lijkt evident dat zo iemand een zelfstandige is en slechts in die hoedanigheid moet worden aangesproken.

Voor elke kunstenaar zal met een unieke rekening worden gewerkt, maar er zal een onderscheiden bijdragecircuit blijven. Voor kunstenaars die activiteiten verrichten in een vennootschapsstructuur, zonder mandataris te zijn, geldt de structuur als werkgever. Voor *free lance*-artiesten worden interimkantoren opgericht. Zo blijft een vorm van werknemerschap bestaan.

Er moet een intermediaire structuur komen die de hele paperasserie opvangt voor de kunstenaar. Hoe die er moet uitzien is nog niet uitgemaakt: een specifieke structuur of interimkantoren.

Ik heb gepleit voor een culturele Maribel, waarbij de bijdragelast wordt verlicht. Cultuur is ook sociaal belangrijk. Er zou bijvoorbeeld een forfaitaire vrijstelling van bijdrage kunnen komen per artiest en per optreden. Dat helpt vooral de kleine beginnende artiest. Ook voor wie effectief onder contract staat moet er dan een bijdrageverlichting komen. Het artikel in *De Morgen* was erg voorbarig: zo ver zijn we nog niet.

In het buitenland organiseert men een extra solidariteit bij het commercialiseren van scheppende activiteiten. In Duitsland werd daartoe een fonds opgericht. Het is een beetje de patronale bijdrage voor wie in het werknemersstatuut zit. Hoe dat moet worden geregeld voor wie in het zelfstandig statuut werkt, is nog niet duidelijk.

De zaken gaan vooruit. Ik hoop dat we binnenkort het debat in de commissie kunnen beginnen. De hervorming moet er komen. Ik pleit voor de actieve

finançable et mettre en place un système permettant de prendre les revenus de l'artiste en compte dans le cadre du statut des travailleurs salariés ou indépendants. Il peut éventuellement exister deux canaux de financement mais les montants doivent être regroupés sur un compte unique.

Le dossier progresse bien. Des groupes de travail ont été créés et les travaux ont été dirigés par différents ministres, dont les ministres Gabriëls, Onkelinx, Reynders et moi-même. Je suis également reconnaissant à nos collègues Anciaux et Miller. Certaines choses doivent encore être tirées au clair. En vertu de l'arrêté royal de 1969, certains artistes de la scène devaient ainsi payer deux fois des cotisations, une fois en tant que salarié et une fois en tant qu'indépendant. Il semble évident qu'une telle personne est un travailleur indépendant et ne doit être considérée qu'en cette seule qualité.

Pour chaque artiste, on travaillera avec un compte unique mais il subsistera un circuit de cotisation distinct. Pour les artistes qui exercent des activités dans la structure d'une société, sans être mandataire, la structure fait office d'employeur. Des agences intérimaires vont être créées pour les artistes *free lance*. Cela permet de conserver une forme de salariat.

Il faut créer une structure intermédiaire chargée d'accomplir toutes les formalités administratives pour l'artiste. Nous n'avons pas encore décidé si cette structure prendra la forme d'une structure spécifique ou s'il s'agira d'agences de travail intérimaires.

J'ai plaidé en faveur d'un Maribel culturel, la charge des cotisations étant allégée. La culture revêt également un aspect social. On pourrait ainsi instaurer une exonération forfaitaire de cotisations par artiste et par interprète. Ceci aiderait surtout l'artiste débutant. Il faut également prévoir un allègement des cotisations pour l'artiste qui est véritablement sous contrat. L'article paru dans *De Morgen* était vraiment prématuré : nous ne sommes pas encore arrivés aussi loin.

A l'étranger, on organise une solidarité supplémentaire lors de la commercialisation des activités créatrices. En Allemagne, un fonds a été créé à cette fin. Cela équivaut plus ou moins à la cotisation patronale pour celui qui bénéficie du statut de salarié. On ne voit pas encore précisément comment régler la situation de celui qui est actif sous le statut de travailleur indépendant.

Les choses progressent. J'espère que nous pourrions prochainement lancer le débat en commission. La réforme doit être menée à bien. Je

welvaartstaat, maar die beperkt zich niet tot de harde economische activiteiten.

03.03 Luc Goutry (CVP): Ik dank de minister voor dit antwoord en wens hem geluk met de evolutie in het dossier.

Ik ben blij dat een tip van de sluier werd opgelicht. Zaken die via KB's kunnen worden geregeld worden misschien hier nog aan een opportuniteitsstoets worden onderwerpen. Ik dank bijvoorbeeld aan de zelfstandigen in bijberoep of aan het sociaal secretariaat, dat best niet te veel wordt "verambtenariseerd". In Nederland bestaat reeds een goed model. Een onafhankelijk organisme zou voor het sociaal secretariaat moeten instaan. Verder moet voor de Maribel worden opgelet dat de toetsteen kan worden doorstaan, omdat het hier artistieke overstijgende activiteiten betreft.

Welke timing wordt vooropgezet? De minister heft nu duidelijke richtlijnen uitgezet. Alle betrokkenen wachten nu op een concrete uitwerking en op uitvoeringsbesluiten.

Wij hopen dat de subcommissie die hiermee reeds lang bezig is, de nodige teksten zal krijgen om de teksten grondig te bestuderen.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer L. Goutry tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de uitgavengroei voor thuisverpleging" (nr. 4696)

05 Vraag van mevrouw Anne-Mie Descheemaeker tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de sociale zekerheid en thuisverpleging" (nr. 4676)

05.01 Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO): Volgens het RIZIV wordt er in de sector van de thuisverpleging gefraudeerd. De uitgaven nemen toe tegen gevolg van de groeiende thuisverzorging, de vergrijzing van de bevolking en zo verder, maar die groei is niet evenredig met de toegenomen behoeften. Daarom pleit de minister voor een andere nomenclatuur. De vergoeding gebeurt thans nochtans al grotendeels forfaitair op basis van de zogenaamde Katz-schaal. Er zijn slechts enkele nomenclatuurnummers die verwijzen naar de prestaties. Zal een algemene forfaitarisering niet zorgen voor nog hogere uitgaven? Hoe zal de minister ingrijpen?

plaide pour l'État social actif mais celui-ci ne se limite pas aux activités purement économiques.

03.03 Luc Goutry (CVP): Tous mes vœux accompagnent le ministre.

Peut-être faudrait-il complémentarément examiner, sous l'angle de l'opportunité, les matières pouvant être réglées par simple arrêté royal. Je pense notamment aux questions concernant les indépendants à titre accessoire et le secrétariat social, dont il convient d'éviter la bureaucratisation. Nos voisins néerlandais ont déjà développé un bon modèle. Le secrétariat social devrait être assuré par un organisme indépendant. En ce qui concerne le Maribel, il faut veiller à ce que les mesures satisfassent aux critères car il s'agit en l'espèce d'activités dépassant le seul cadre artistique.

Quel calendrier est prévu? A présent, des directives précises ont été élaborées par le ministre. Tous les intéressés attendent une mise en œuvre concrète de ces directives ainsi que les arrêtés d'exécution.

Nous espérons que la sous-commission, qui se penche sur cette matière depuis longtemps déjà, se verra transmettre les textes et pourra ainsi les étudier attentivement.

L'incident est clos.

04 Question de M. L. Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "l'augmentation des dépenses pour les soins à domicile (n° 4696)

05 Question de Mme Anne-Mie Descheemaeker au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la sécurité sociale et les soins à domicile" (n° 4676)

05.01 Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO): L'INAMI dénonce l'existence de fraudes dans le secteur des soins à domicile. En raison de la demande croissante de soins à domicile, du vieillissement de la population etc., les dépenses augmentent, mais cette augmentation n'est pas proportionnelle à l'accroissement des besoins. Aussi le ministre plaide-t-il pour une nouvelle nomenclature. Or, à l'heure actuelle, l'indemnisation est déjà largement forfaitarisée, et calculée selon l'échelle dite de Katz. Quelques numéros de nomenclature seulement se réfèrent aux prestations. Une forfaitarisation générale n'entraînera-t-elle pas une augmentation plus accentuée encore des dépenses? Quelles mesures

le ministre prendra-t-il ?

05.02 Luc Goutry (CVP): Ik sluit mij aan bij de vraag van mijn collega. Het verzekeringscomité van het RIZIV boog zich over de onrustwekkende groei van het budget voor thuisverzorging en in het bijzonder over de forfaitmassa die de zelfstandige verpleegkundigen aanrekenen. Er zou gesproken worden van mogelijke fraude. De verpleegkundigen wijzen echter met de vinger naar andere groepen.

Dit gehakketak doet minstens besluiten dat er een probleem is. Erkent de minister het probleem van de expansieve uitgavengroei? In welke maatregelen voorziet hij?

05.03 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik verwijs naar een brief die ik midden maart heb gestuurd aan de heer Maes, voorzitter van de commissie Verpleegkundigen-Verzekeringen. Die brief staat op mijn website.

In de brief ga in op die "grijze zone". Zo is ondertussen het meetinstrument veranderd. De verpleegkundigen moeten een beetje "overscoren" om voldoende vergoed te worden. De controle moet blijven. Een tweede element is dat de verpleegkundige zelf de inschaling doet. Dat is niet correct. De zorgafhankelijkheid zou multidisciplinair moeten worden vastgesteld.

De nomenclatuur zelf is ook voor herziening vatbaar. Ik denk niet dat ik heb gezegd dat ik vooral de vergoeding per prestatie een probleem vind. De zaak is genuanceerder. Er spelen veel elementen en precies daarom heb ik de brief op mijn website gezet. Ik wil reacties krijgen.

We hebben een ambitieuze hervorming in gang gezet die door studiewerk moet voorafgegaan worden. Deze hervorming hangt samen met de oproep die ik heb gedaan naar een breed maatschappelijk debat waarvan de thuisverpleging deel uitmaakt. Ook de federale zorg voor ouderen is daarin belangrijk. Dat is wat ik heb gezegd.

05.04 Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO): De zelfstandigen zijn niet vertegenwoordigd in de conventiecommissie. Mijns inziens is dit een belangrijk punt in deze "strijd", waarin ik geen standpunt inneem. Voor de inschaling meen ik dat de verpleegkundige zelf haar eigen verantwoordelijkheid zou moeten kunnen opnemen. Bovendien gebeurt dezelfde inschaling

05.02 Luc Goutry (CVP): Je me rallie à la question de ma collègue. Le comité de l'assurance de l'INAMI a étudié l'augmentation inquiétante du budget des soins à domicile, et plus particulièrement la masse forfaitaire facturée par les infirmiers indépendants. Il se pourrait qu'il y ait fraude. Les infirmiers quant à eux montrent du doigt d'autres catégories.

Ces querelles nous incitent pour le moins à conclure qu'un problème se pose. Le ministre reconnaît-il que les dépenses connaissent une croissance exponentielle? Quelles mesures envisage-t-il de prendre ?

05.03 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Je vous renvoie à une lettre que j'ai adressée vers la mi-mars à M. Maes, président de la commission personnel infirmier-organismes assureurs. Cette lettre se trouve sur mon site web.

J'y aborde la question de la zone "grise". Tout d'abord, l'instrument de mesure est obsolète. Le personnel infirmier doit quelque peu "surperformer" pour être suffisamment rémunéré. Il faut maintenir les contrôles. Un second élément est que l'infirmier procède lui-même à la catégorisation. Ce n'est pas correct. Il faudrait déterminer la dépendance médicale par une approche multidisciplinaire.

Il conviendrait de revoir également la nomenclature elle-même. Je ne pense pas avoir dit que ce qui me posait surtout problème, c'est la rémunération à l'acte. Ce n'est pas aussi simple. De nombreux paramètres entrent en ligne de compte et c'est la raison pour laquelle j'ai placé cette lettre sur mon site web. Mon but est de susciter des réactions.

Nous avons entamé une réforme ambitieuse qui doit faire l'objet d'études préalables. Cette réforme est liée à l'appel que j'ai lancé pour que nous menions un large débat de société dans le cadre duquel il sera notamment question des soins à domicile. Les soins organisés à l'échelon fédéral pour les personnes âgées en constitueront aussi un volet important. Voilà ce que j'ai dit.

05.04 Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO): Les indépendants ne sont pas représentés au sein de la commission de convention. A mon sens, c'est un élément important de ce conflit, dans lequel je ne prends pas parti. En ce qui concerne la catégorisation, je pense que l'infirmière doit pouvoir prendre ses responsabilités. En outre, cette appréciation est aussi faite par

ook nog door anderen. Er zijn steeds meerdere partners in dezelfde situatie. Teamwork is aan te bevelen op dit punt.

05.05 Luc Goutry (CVP): Als men per prestatie betaalt, is de prijs uiteraard lager dan als men een forfait toekent. Dat is de kern van de beschuldiging van de zelfstandigen aan het Wit-Gele Kruis. Kan dit de enveloppe openbreken?

05.06 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): In mijn brief aan de heer Maes vermeldde ik dat alles binnen de enveloppe moet blijven.

05.07 Luc Goutry (CVP): We moeten niet doen alsof er niets dan fraude is, maar we moeten waakzaam blijven.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer Luc Goutry tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de conventiecijfers" (nr. 4698)

06.01 Luc Goutry (CVP): Via de website van het Verbond der Belgische Specialisten (VBS) werd bekend gemaakt hoeveel geneesheren weigeren zich te conventioneren. Vooral bij cardiologen zou dat vaak voorkomen.

Hoe interpreteert de minister die cijfers? Wat zijn zijn besluiten? Vindt de minister ze onrustwekkend? Overweegt hij aanpassingen met het oog op een volgend akkoord?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik ben tevreden over het akkoord artsen-ziekenfondsen dat een half jaar geleden afgesloten werd: 85 procent van de artsen trad toe tot de conventie. Dat brengt tariefzekerheid mee voor de patiënt.

De deconventionering bij cardiologen was te verwachten en is niet verontrustend. Zo is nog 65 procent van de cardiologen geconventioneerde. Met hen werd overleg gepleegd en werden een aantal voorstellen uitgewerkt die nu worden onderzocht vooraleer ze te implementeren. De deconventionering van een aantal cardiologen zal weinig gevolgen hebben voor de patiënten. Ik vind het dan ook niet nodig het akkoord aan te passen.

Het incident is gesloten.

d'autres. Il y a de plus en plus d'intervenants dans la même situation. Il faut recommander le travail en équipe à cet égard.

05.05 Luc Goutry (CVP): Si l'on paie à l'acte, le prix est en effet plus bas que si l'on accorde un forfait. C'est la principale accusation formulée par les indépendants à l'encontre de la Croix jaune et blanche. Est-ce que cela pourrait faire éclater l'enveloppe?

05.06 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Dans ma lettre à M. Maes, j'ai précisé qu'il fallait rester dans le cadre de l'enveloppe.

05.07 Luc Goutry (CVP): Nous ne devons pas faire comme si la fraude était partout mais nous devons rester attentifs.

L'incident est clos.

06 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires Sociales et des Pensions sur "le nombre de médecins déconventionnés" (n° 4698)

06.01 Luc Goutry (CVP): Le site internet du Groupement des unions professionnelles belges des médecins spécialistes (GBS) fait état du nombre de médecins qui ont refusé de se conventionner. Les refus sont particulièrement nombreux chez les cardiologues.

Comment le ministre interprète-t-il ces chiffres? Quelles conclusions tire-t-il à cet égard? Ces chiffres l'inquiètent-ils? Envisage-t-il des aménagements en vue d'un nouvel accord à conclure?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Je suis satisfait de l'accord médico-mutualiste qui a été conclu il y a six mois. 85% des médecins se sont conventionnés, ce qui donne aux patients des garanties quant aux honoraires appliqués.

Le déconventionnement des cardiologues était prévisible et n'est pas inquiétant. 65% des cardiologues restent conventionnés. Une concertation a été organisée avec les cardiologues et des propositions ont été élaborées. Ces propositions font actuellement l'objet d'un examen préalable à leur mise en œuvre. Le déconventionnement de certains cardiologues n'aura guère de conséquences pour les patients. Par conséquent, il ne me paraît pas nécessaire d'adapter l'accord.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.15 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16.15 heures.