

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

Beknopt Verslag

VAN DE OPENBARE VERGADERING VAN DE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN
VAN

26 - 01 - 2000
namiddag

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

Afkorting bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 50 0000/000	: Parlementair document van de 50e zittingsperiode + het nummer en het volgnummer	DOC 50 0000/000	: Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° et du n° consécutif
QRVA	: Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	: Questions et Réponses écrites
HA	: Handelingen (Integraal Verslag)	HA	: Annales (Compte Rendu Intégral)
BV	: Beknopt Verslag	CRA	: Compte Rendu Analytique
PLEN	: Plenum	PLEN	: Séance plénière
COM	: Commissievergadering	COM	: Réunion de commission

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

INHOUD

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN – C 096

VRAGEN

– van de heren **Peter Vanvelthoven** en **Yves Leterme** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de achterstallige RSZ-bijdragen van sportclubs (nrs 681, 867 en 767)

Sprekers : **Yves Leterme** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen 5

– van de heer **Paul Timmermans** tot de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over de Maribel (nr. 739)

Sprekers : **Paul Timmermans** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, namens **Johan Vande Lanotte**, vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie 6

– van mevrouw **Trees Pieters**, de heer **Joos Wauters** en mevrouw **Kathleen van der Hooft** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de tekorten bij het Riziv (nrs 769, 835 en 881)

Sprekers : **Trees Pieters**, **Joos Wauters**, **Kathleen van der Hooft** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen 7

– van de heer **Bruno Van Grootenbrulle** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de ziekte van Alzheimer (nr. 790)

Sprekers : **Bruno Van Grootenbrulle** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen 8

– van mevrouw **Magda De Meyer** tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor allochtonen (nr. 831)

Sprekers : **Magda De Meyer** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, mede namens **Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu 9

– van mevrouw **Yolande Avontroodt** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de financiering van dagcentra voor bejaarden (nr. 813)

Sprekers : **Yolande Avontroodt** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen 10

– van de heer **Daniel Bacquelaine** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over het neurologisch centrum van Fraiture (nr. 836)

Sprekers : **Daniel Bacquelaine** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen 11

– van de heer **Richard Fournaux** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de verzekering van ambtenaren met politiek verlof (nr. 848)

Sprekers : **Richard Fournaux** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen 12

– van mevrouw **Marie-Thérèse Coenen** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de invoering van de SIS-kaart (nr. 862)

Sprekers : **Marie-Thérèse Coenen** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

12

– van mevrouw **Anne-Marie Descheemaeker** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over blinden, slechtzienden, en de euro (nr. 863)

Sprekers : **Anne-Marie Descheemaeker** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

13

– van de heer **Yves Leterme** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de terugbetaling van Beta-Interferon (nr. 872)

Sprekers : **Yves Leterme** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

14

– van de heer **Luc Goutry** en mevrouw **Trees Pieters** tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over de supplementen in de radiotherapie (nrs 828 en 893)

Sprekers : **Trees Pieters** en **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

14

COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE ZAKEN

OPENBARE VERGADERING

WOENSDAG 26 JANUARI 2000

NAMIDDAG

VOORZITTER :

de heer **Joos WAUTERS**

De vergadering wordt geopend om 14.10 uur.

VRAGEN

ACHTERSTALLIGE RSZ-BIJDRAGEN VAN SPORTCLUBS

– *Vraag van de heer Peter Vanvelthoven tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de achterstallige betalingen van RSZ-bijdragen van voetbalclubs" (nr. 681)*

– *Vraag van de heer Yves Leterme tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de RSZ-achterstallen van basketbalclubs en andere sportclubs" (nr. 767)*

– *Vraag van de heer Peter Vanvelthoven tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de achterstallige betalingen van RSZ-bijdragen van voetbalclubs" (nr. 867)*

De **voorzitter** : De vragen van de heer Vanvelthoven worden op zijn vraag naar de volgende week verschoven.

Ook mevrouw D'Hondt kan niet bij ons zijn wegens ziekte. Haar vragen worden eveneens uitgesteld.

De heer **Yves Leterme** (CVP) : Over dit onderwerp stel ik al een aantal schriftelijk vragen. Profclubs uit eerste

en tweede klasse zijn blijkbaar schulden aan het opstapelen bij de belastingen en de sociale zekerheid.

Basketbalclubs zijn kleine ondernemingen geworden. We moeten oppassen voor concurrentievervalsing door het niet betalen van schulden. Het normale economische circuit volgt dit dossier met argusogen, omdat men denkt dat er voor sportclubs een soepeler houding wordt aangenomen.

Gaat het voor de basketbalclubs enkel om achterstallen of zijn er ook betwistingen ?

Is er een specifieke houding van de administratie ten aanzien van RSZ-plichtige sportclubs ?

Waarom hebben bepaalde clubs de schulden ongebreideld kunnen opstapelen zonder dat de overheid heeft ingegrepen ?

Worden er initiatieven genomen om de RSZ-achterstallen te innen ?

Bestaan er afspraken met bepaalde clubs inzake de terugbetaling van schulden ? Bestaat de kans dat de

schulden van bepaalde clubs zouden worden kwijtgescholden ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Dit is een belangrijk probleem. Het gaat onder meer om billijkheid en concurrentievervalsing. Ik betreur het dat enkele parlementsleden aan wie ik meer informatie over het dossier had gegeven, precieze gegevens hebben bekendgemaakt en clubs met naam en toenaam hebben genoemd.

De voetbalbond werkt aan een systeem waarbij het verlenen van licenties afhankelijk zal worden van het in orde zijn met onder meer de RSZ-bijdragen. Dat maakt het mogelijk om nu met afbetalingsplannen te beginnen.

Ik bevestig dat er inderdaad RSZ-achterstallen bestaan bij sommige basketbalclubs. Deze problemen zijn – net zoals in andere sporttakken – geenszins dramatisch. De situatie van de basketbalclubs in eerste en tweede nationale ziet er als volgt uit : in eerste zijn er 8 en in tweede 7 clubs in orde met de betalingen ; 6 eersteklassers en 7 tweedeklassers zijn niet in orde met de betalingen, voor een totaal bedrag van 16 miljoen frank. Het gaat meestal om achterstallen wegens betalingsmoeilijkheden.

Sommige clubs betwisten de onderwerping van hun spelers aan het sociale zekerheidsstelsel, maar tot op heden is de juridische uitspraak in dergelijke gevallen altijd al gunstig uitgevallen voor de RSZ.

De RSZ voert geen specifiek beleid ten aanzien van sportclubs. Het is dus niet juist dat de overheid bepaalde clubs de schulden laat opstapelen. Het is voor de RSZ niet altijd evident om tot een effectieve schuldinvordering over te gaan bij vzw's die over weinig of geen actief beschikken.

Indien de oplossingen die ik voor de voetbalclubs uitwerk efficiënt zijn, kunnen zij ook op andere sportclubs worden toegepast.

Sommige basketbalclubs hebben een afbetalingsakkoord gesloten, dat niet in alle gevallen correct wordt nageleefd. Voor hen zal de normale invorderingsprocedure worden hernomen.

Er bestaat echter geen specifieke regeling die voorziet in een kwijtschelding van de wettelijk bepaalde burgerlijke sancties die worden aangerekend wanneer een werkgever zijn bijdragen niet tijdig betaalt. De basketbalclubs kunnen, net zoals andere debiteuren, van een vermindering van deze sancties genieten mits voldaan wordt aan de bepalingen van artikel 55 van het koninklijk besluit van 28 november 1969.

De heer **Yves Leterme** (CVP) : Ik steun de beleidslijn die de minister heeft uitgestippeld.

In de eerste helft van de jaren tachtig waren er ook problemen met wielersclubs. De wielerbond heeft toen zelf een oplossing uitgewerkt.

De basketbalbond is ook bereid om op te treden. Men wil er ook het licentiesysteem invoeren.

Bij de basketbalclubs gaat het dus om 16 miljoen RSZ-achterstallen. Voegt men dit bij de fiscale schulden, dan wordt het toch een aanzienlijk bedrag.

Vzw's moeten een reserve aanleggen voor de aanzuivering van een sociaal passief bij ontbinding. Geldt dat ook in deze sector ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Daarop durf ik u niet voor de vuist weg te antwoorden.

Men kan ook beslag leggen zonder een faillissement te veroorzaken. Alleszins wijst de RSZ erop dat het rendement bij invordering te laag is.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

MARIBEL

Vraag van de heer Paul Timmermans tot de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de Maribel" (nr 739)

De heer **Paul Timmermans** (Ecolo-Agalev) : U verklaarde eind december dat de ondernemingen Maribel bis en ter vanaf 1 april 2000 moeten terugbetalen.

Over welk bedrag gaat het ?

Is het juist dat de regering zich ertoe heeft verbonden dat het een neutrale operatie wordt voor de bedrijven aangezien de terugbetaling door een structurele bijdraagevermindering wordt gecompenseerd ?

Is die operatie overigens ook neutraal voor de regering en, zo niet, hoe verklaart u de vooropgestelde verhoging met 24 miljard van de vrijstelling van structurele lasten voor de bedrijven ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Frans*) : In het kader van de onderhandelingen met de Europese Commissie is er op 23 juni 1999 uiteindelijk een protocolakkoord gesloten tussen de Belgische regering en de Europese Commissie. Het protocol bepaalt dat het grootste gedeelte van de teruggevorderde bedragen zal

herverdeeld worden onder de vorm van vermindering van werkgeversbijdragen voor het geheel van de werknemers in alle sectoren. De Belgische regering is er strikt toe gehouden de modaliteiten van dit protocolakkoord na te leven.

De recyclage van de Maribelsteun wordt dus opgenomen in de structurele bijdragevermindering die met deze verplichting rekening houdt.

De verhoging van de vrijstelling van structurele lasten is niet bedoeld om het verlies van de ondernemingen ten gevolge van de terugstorting te compenseren. Ze is bestemd voor een versterkte structurele lastenverlaging van werkgeversbijdragen, zowel voor de arbeiders als voor de bedienden, die vanaf het 2de kwartaal 2000 in werking zal treden.

Wellicht is er een misverstand gerezen. De nieuwe regering is met een verrekend programma van verlaging van de sociale lasten begonnen. Aan de andere kant hebben we een akkoord met Europa dat ons in staat stelt de bedragen die door de ondernemingen moeten worden terugbetaald te herverdelen.

Over de techniek is men het eens. De ondernemingen gaven de voorkeur aan één enkele administratieve verrichting zonder eigenlijke terugbetaling, maar dat is onmogelijk.

De weerslag voor de ondernemingen werd tenietgedaan door een reeks technische maatregelen die de compensatie waarborgen.

Er is een budget van twaalf miljard mee gemoeid. De werkgevers krijgen de keuze tussen een eenmalige terugbetaling op 1 april en een over twaalf trimesters gespreide terugbetaling.

In 2000 bedraagt de recyclage 3 miljard.

De heer **Paul Timmermans** (Ecolo-Agalev) : Ik dank de minister voor zijn antwoord.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

TEKORTEN BIJ HET RIZIV

– *Vraag van mevrouw Trees Pieters tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de uitgavenontsporingen in de ziekteverzekering" (nr. 769)*

– *Vraag van de heer Joos Wauters tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het jaartekort in het Riziv" (nr. 835)*

– *Vraag van mevrouw Kathleen van der Hooft tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de budgetoverschrijdingen in de gezondheidszorg" (nr. 881)*

Mevrouw **Trees Pieters** (CVP) : De pers berichtte onlangs over ontsporingen in de ziekteverzekering voor het jaar 1999. Het zou gaan om een tekort van 8 miljard frank. Tijdens de discussies over de sociale programma-wet heeft de minister verklaard dat hij niet op de hoogte was van dergelijk bedrag. Hij maakte gewag van een initieel tekort van 4 à 5 miljard frank, hooguit 6 à 7 miljard frank op grond van boekhoudkundig gegevens. Hij meende zelfs dat het tekort wellicht lager zou liggen.

Nu blijkt het tekort, mede door toedoen van de griep-epidemie, toch op te lopen tot 8 miljard frank en hoger.

Kan de minister dit tekort bevestigen ? Hoe zal het tekort worden aangezuiverd ? Zullen er desnoods lineaire maatregelen komen ? Zal het persoonlijk aandeel van de patiënt eventueel worden verhoogd ?

De heer **Joos Wauters** (Agalev-Ecolo) : Er bestaat discussie over de juiste cijfers. In het begin van 1999 vreesde men overschrijding, dan werd bijgestuurd, maar blijkbaar heeft men later niet de discipline gehad om binnen het budget te blijven.

Welke cijfers heeft de minister ter beschikking ? Wat zijn de oorzaken van het tekort ? In welke sectoren doet het zich voor ? Welke maatregelen zullen worden genomen om het tekort op te vangen ?

Mevrouw **Kathleen van der Hooft** (VLD) : Het tekort in de ziekteverzekering zou voor 1999 tussen de 6 en 10 miljard bedragen. Het tekort staat nog niet definitief vast : de uitgaven voor het laatste trimester 1999 zijn nog niet gekend. Op die manier wordt de groeinorm van 1,5 procent nogmaals overschreden.

In welke sectoren doet zich een overschrijding voor ? Wat is de oorzaak van de overschrijding ?

Hoe zal het tekort worden opgevangen ?

Trekt de minister conclusies uit de jaarlijks weerkerende tekorten in de gezondheidszorg ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Er zijn verschillende soorten cijfers in omloop. Ik probeer dit te verduidelijken.

In de loop van de week van 10 januari werd in de pers gewag gemaakt van een ontsporing van de uitgaven in de ziekteverzekering. Het zou gaan om een ontsporing met 8 miljard frank. Deze berichten zijn wellicht het gevolg van de mededeling van het Verzekeringscomité

van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv over de evolutie van de thesauriegegevens tot en met november 1999.

De begrotingsdoelstelling moet echter worden vergeleken met de geboekte uitgaven en niet met de thesauriegegevens, die slechts een indicator zijn. De formele overschrijding van de begrotingsdoelstellingen 1999 zal pas bekend zijn begin april 2000. Men kan dus niet zeggen dat er effectief een overschrijding is met 8 miljard frank.

De geboekte uitgaven van de verzekeringsinstellingen zijn gekend tot september 1999. De uitgaven tot dan namen toe met 6,15 procent ten opzichte van dezelfde periode in 1998. Dat zou kunnen leiden tot een overschrijding met 6 miljard frank.

Bij de opstelling van de begrotingsdoelstelling 1999 werd rekening gehouden met besparingen ten bedrage van 6 miljard frank, die echter onvolledig werden doorgevoerd.

Volgens het "knipperlicht-KB" vertoonden volgende sectoren een overschrijdingsrisico op basis van de uitgaven voor het eerste semester 1999 : de thuiszorg-verpleegkundigen, de geneesmiddelen, de daghospitalisatie, de bejaardentehuizen en de logopedie. Eerlang zal de analyse van de geboekte uitgaven tot en met het derde trimester 1999, voor het eerst op basis van de strengere bepalingen, worden uitgevoerd.

De begrotingsdoelstelling 2000 werd vastgesteld op 500.728,2 miljoen. Dit bedrag houdt rekening met besparings- en uitgavenbeheersingsmaatregelen ten bedrage van 9.567 miljoen en een reeks positieve maatregelen ten belope van 2.007 miljoen. Deze doelstelling moet worden gerespecteerd.

In het *Belgisch Staatsblad* verscheen het KB tot uitvoering van artikel 51, § 4 van de ziekteverzekeringswet, dat bepaalt wat onder een beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan. Dit KB zal het "knipperlicht-KB" nog verfijnen en verbeteren. Daarnaast verwijs ik naar artikel 5 van de sociale programmawet, waarin voorzien wordt in automatische correctiemaatregelen door de Algemene Raad van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv, wanneer blijkt dat een bepaalde overeenkomstencommissie geen of onvoldoende correctiemaatregelen heeft genomen.

Voor 2000 moeten eerst de al vermelde regeringsmaatregelen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Daarenboven bestaan er nu voldoende wettelijke bepalingen om de sectoren waar een overschrijdingsrisico bestaat, te doen overgaan tot het nemen van correctiemaatregelen.

Mevrouw **Trees Pieters** (CVP) : Ik geloof dat de minister weet wat er gebeurt en er iets aan wil doen.

Het KB-knipperlichten heeft wel een snelle opsporing mogelijk gemaakt van de sectoren die het budget overschrijden. We blijven echter sukkelen met die overschrijdingen.

Per 1 april zullen we de stand van zaken voor 1999 kennen. Het is raadzaam de uitgaven op de voet te volgen.

Mevrouw **Kathleen van der Hooft** (VLD) : We wachten ongeduldig op de definitieve cijfers. Ik heb de indruk dat de behoeften van sommige sectoren worden onderschat, terwijl die van andere sectoren worden overschat.

De heer **Joos Wauters** (Agalev-Ecolo) : We weten dat het KB-knipperlichten bestaat. De minister kondigt aan dat hij op basis daarvan zal optreden. Meer maatregelen zijn nodig. We moeten vaststellen dat de maatregelen voor de geneesmiddelensector in 1999 slechts zeer gedeeltelijk werden uitgevoerd. Daar moeten consequenties aan worden verbonden.

Ik heb ook begrepen dat de minister voor 2000 de hand zal houden aan de uitgaven. Dat is ook nodig.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

ZIEKTE VAN ALZHEIMER

Vraag van de heer Bruno Van Grootenbrulle tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de Riziv-terugbetaling van inhibitoren van acetylcholine-esterase" (nr. 790)

De heer **Bruno Van Grootenbrulle** (PS) : Er is momenteel geen geneesmiddel dat de ziekte van Alzheimer kan genezen. Wel bestaat er een groep van stoffen, de zogenaamde inhibitoren van acetylcholine-esterase (met onder meer Aricept, Cognex, Exelon en Metrifonate), waarmee de achteruitgang van de cognitieve en functionele vermogens van de patiënt, zolang de ziekte niet te ver gevorderd is, kan worden afgeremd of gestopt. Deze (vrij dure) middelen worden evenwel niet terugbetaald door het Riziv.

Onderzoekt het Riziv momenteel aanvragen tot terugbetaling voor deze middelen ? Zo ja, wanneer zal de terugbetaling een feit zijn ? Zo neen, kan u opdracht geven om te onderzoeken of terugbetaling opportuun zou zijn, en eventueel aandringen op terugbetaling bij de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten en het Beheerscomité van de dienst geneeskundige verzorging van het Riziv ?

Mevrouw De Galan heeft het Riziv gevraagd geneesmiddelen tegen chronische ziekten prioritair te behandelen.

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Frans*) : Er zijn momenteel in ons land drie specialiteiten geregistreerd voor de symptomatische behandeling van "lichte tot matige vormen van de ziekte van Alzheimer". Een ervan, tacrine, werd door het Riziv verworpen voor terugbetaling ; de twee andere zijn nog in studie bij het Riziv. Deze middelen geven een zekere verbetering van de cognitieve vermogens van de patiënt ; hij kan ook beter functioneren in het dagelijkse leven. Niets wijst er evenwel op dat ook de zelfredzaamheid verbetert.

Deze geneesmiddelen kosten minimaal ± 350 frank per dag ; het aantal alzheimerpatiënten in België wordt op 100.000 geschat. Rekening houdend met de indicaties en met het geschatte aantal patiënten dat een behandeling krijgt, kan de potentiële doelgroep op 15.000 à 20.000 patiënten geschat worden, d.i. een budget van 739 à 985 miljoen frank.

De evolutie van de ziekte is onvoorspelbaar. De werkzaamheid van de geneesmiddelen kan derhalve enkel door gecontroleerde studies worden beoordeeld. De behandeling moet worden stopgezet wanneer de ziekte te ver gevorderd is, en dat ligt psychologisch dikwijls zeer moeilijk.

Ik beschik nog niet over het advies van de TRFS en het Verzekeringscomité, al heb ik wel vernomen dat de Technische Raad een aantal voorwaarden stelt, onder meer met betrekking tot de dagelijkse kost van de behandeling, die niet meer dan 138 BEF mag bedragen en met betrekking tot het halveren van de terugbetalingsbasis van Aricept.

Er moet een afzonderlijk krediet van 600 miljoen worden uitgetrokken voor de behandeling van deze ziekte, afgezien van het krediet voor de geneesmiddelen dat er vooralsnog niet komt.

Mijn conclusie is dat deze middelen niet bij alle patiënten even werkzaam zijn. Voorts is het erg moeilijk om controleerbare criteria vast te stellen voor een middel dat alleen wordt toegediend aan patiënten met een lichte tot matige vorm van de ziekte van Alzheimer. Ten slotte blijven het dure behandelingen, en tot nu toe kunnen we de fabrikanten niet dwingen de prijzen te laten zakken wanneer het gebruik toeneemt.

Ik ben dus vooralsnog niet van plan het licht op groen te zetten voor de terugbetaling van deze geneesmiddelen, maar zal het dossier zeker blijven volgen.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG VOOR ALLOCHTONEN

Vraag van mevrouw Magda De Meyer tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de problemen van allochtonen op het vlak van gezondheid en de toegang tot de gezondheidszorg" (nr. 831)

Mevrouw **Magda De Meyer** (SP) : Volgens het jaarboek 1999 *Armoede en sociale uitsluiting* van professor Jan Vranken, bemoeilijken drempels de toegang tot de gezondheidszorg voor allochtonen. De meeste databanken maken echter de identificatie van etnische minderheden niet mogelijk. Onderzoek toont wel meer TBC, diabetes mellitus en maagzweren aan bij allochtonen. Ook de perinatale mortaliteit en de babysterfte liggen veel hoger. Marokkanen en Turken zijn ook meer het slachtoffer van beroepsziekten en arbeidsongevallen.

Er is ook een verschil in het beroep dat men doet op de gezondheidszorg. Bij allochtonen worden vooral technische onderzoeken uitgevoerd. Ze blijven ook langer in observatie. Communicatieproblemen spelen daarbij een grote rol. Dit leidt tot een kleiner aantal transplantaties.

Allochtone vrouwen kennen nog een bijkomend probleem. Bij hen bestaat meestal een grote kinderwens. Onderwerpen als seks en zwangerschapsbegeleiding zijn nog altijd taboe. Interculturele bemiddelaars kunnen hierbij een rol spelen.

Van 1991 tot 1998 liep het project *Interculturele bemiddelaar in de gezondheidszorg*. Uit evaluatie is gebleken dat de bemiddelaars de kwaliteit van de dienstverlening verhogen, vooral bij patiënten in ziekenhuizen. Aan de andere kant werden de bemiddelaars met heel wat handicaps geconfronteerd, onder meer inzake communicatie met de allochtonen.

Ondertussen is een MB verschenen dat interculturele bemiddelaars in dienst kon doen treden in ziekenhuizen. De eerste uitbetaling aan ziekenhuizen gebeurde in december 1999, terwijl er aanvankelijk geld was voorzien vanaf 1 januari 1999.

Momenteel beschikken 25 ziekenhuizen over een dergelijke bemiddelaar. De financiële enveloppe is piepklein : 20 miljoen frank in 1999 en 30 miljoen in 2000. Een aantal hospitalen zou het geld al oneigenlijk gebruikt hebben.

Is het mogelijk om in bestaande databanken een variabele in te bouwen zodat etnische gezondheidspatronen zichtbaar worden gemaakt ?

Kan aan de hand van de Belgische gezondheidsenquête over dit onderwerp diepgaander onderzoek worden gevoerd of werd ook hier de variabele van de etniciteit niet mee ingecalculleerd ?

Is er geen specifiek beleid nodig naar deze doelgroep die qua gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg met bijzondere problemen te kampen heeft, naast de problemen die voortkomen uit hun socio-economische achterstelling ?

Het verhoogd risico op perinatale sterfte en foeto-infantiele sterfte baart grote zorgen. Kan hier ook op het federale vlak soelaas geboden worden of is dit een exclusieve bevoegdheid van de gemeenschappen ?

Welke opvolging werd er gegeven aan de tekorten in het project van interculturele bemiddelaars die bleken uit de evaluatie ? Is er zicht op eventueel misbruik in verband met het aanwerven van de interculturele bemiddelaars die zelfs geen allochtone taal spreken ?

Is een budget van 30 miljoen frank toereikend om een antwoord te bieden aan de grote vraag ?

Er zijn plannen in verband met infocampagnes rond het geneesmiddelengebruik. Is er in speciale aandacht voor deze doelgroep voorzien ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Uit de conclusies van een VUB-onderzoek blijkt dat het niet makkelijk is – maar wel mogelijk – om etnische minderheden in databestanden over gezondheid zichtbaar te maken. Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te onderzoeken, kan men de gegevens vanzelfsprekend niet bij de hulpverleningsinstellingen zelf gaan zoeken. Voorts zijn er juridische en morele beperkingen aan het werken met een etnische variabele in databestanden. Elk misbruik van gegevens over afkomst moet worden uitgesloten.

De Belgische gezondheidsenquête biedt enkele beperkte mogelijkheden. Het aantal allochtonen dat wordt ondervraagd, is echter klein. Het WIV voegde categorieën samen tot een heterogene groep EU-burgers. We hebben slechts een fragmentarische kijk op het tekortschieten van de gezondheidszorg voor allochtonen.

De cross-culturele vaardigheden van alle hulpverleners moet worden verhoogd. Men moet bovendien komen tot een algemeen gezondheidsbeleid, door een sectoroverschrijdende aanpak.

Doelgroepen moeten in de eerste plaats op de hoogte worden gebracht van het bestaan van prenatale begeleiding vóór zij hiervan effectief gebruik kunnen maken. Voorlichting is evenwel geen federale bevoegdheid.

Het budget voor de interculturele bemiddelaars bedraagt inderdaad 30 miljoen frank. Dat betekent een toename met vijftig procent ten opzichte van 1999. Of deze middelen toereikend zijn, valt af te wachten.

Gezien de verwevenheid van etniciteit met sociale problematiek, moeten ook de bijkomende middelen voor de correctie van sociale factoren in rekening worden gebracht : in 2000 wordt hiervoor 110 miljoen frank ingeschreven, alsook bijkomend nog 110 miljoen frank voor de ziekenhuizen die op basis van patiëntendossiers aantonen dat sociale factoren een invloed hebben gehad op de verblijfsduur.

De begeleiding en opvolging van de interculturele bemiddelaars in de ziekenhuizen gebeurt vanuit de recent opgerichte coördinatiecel *Interculturele Bemiddeling* van het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Deze cel zal onder meer door aanwezigheid in de ziekenhuizen zelf de situatie kunnen onderzoeken en daarover verslag uitbrengen.

De idee om te werken met een pool van bemiddelaars is uitstekend. Hieraan bestaat zeker een behoefte. Momenteel bestaat alleen in Brussel zo een pool. De gemeenschappen kunnen eventueel regionale bemiddelingspools opzetten.

Tot slot zal ik bij de informatiecampagne rond geneesmiddelen zeker rekening houden met de specifieke doelgroep van allochtonen.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

FINANCIERING VAN DAGCENTRA VOOR BEJAARDEN

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de financiering van centra voor dagverzorging voor zwaar zorgbehoevende bejaarden" (nr. 813)

Mevrouw **Yolande Avontroodt** (VLD) : Door een recente beslissing van de ministerraad kunnen centra voor dagverzorging van het Riziv een tegemoetkoming van 857 frank per dag krijgen voor de opvang van zwaar zorgbehoevende bejaarden gedurende minstens zes uur per dag. Dit is een goed initiatief, maar de voorwaarden tot subsidiëring zijn niet altijd even gelukkig gekozen. Waarom geldt de financiële tussenkomst bijvoorbeeld alleen voor zwaar zorgbehoevenden ? Waarom worden de nieuwe particuliere initiatieven inzake dagzorg uitgesloten van subsidiëring ? Waarom houdt men vast aan een verblijf van zes uur per dag ? Hoe zal men beletten dat sommige bejaarden dubbel worden gefinancierd ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Het door mevrouw Avontroodt vermelde MB is nog niet aan mij voorgelegd, laat staan bekrachtigd. Het ontwerp stond op de agenda van het Verzekeringscomité van 10 januari jongstleden. Wanneer ik formeel wordt ingelicht, zal ik een beslissing nemen. Ik kan dus nu nog geen details over het ontwerp meedelen.

De criteria inzake dagverzorgingscentra liggen vast in het protocol van 9 juni 1997. Dit protocol werd op 12 februari 1999 door de Ministerraad goedgekeurd en in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd op 20 oktober 1999. Dit protocol bepaalt onder meer dat centra voor dagverzorging slechts personen kunnen opnemen die minstens in categorie B zitten van de in rusthuizen gehanteerde KATZ-schaal.

Dagverzorgingscentra willen zorgbehoevende bejaarden een kans bieden op opvang overdag in een aangepast milieu, terwijl hij of zij 's nachts bij een van zijn of haar familieleden verblijft. Dat beantwoordt aan een reële behoefte in de moderne maatschappij.

Dagverzorgingscentra staan ook open voor minder zwaar zorgbehoevende bejaarden. Deze patiënten kunnen rekenen op een tegemoetkoming via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. De voorwaarde is recht hebben op het forfait.

Dagverzorgingscentra zijn nieuw, de criteria moeten worden geëvalueerd. Misschien dient het criterium zorgbehoevendheid te worden versoepeld. Voor het vervoer van de rechthebbende verwijs ik naar de erkenningsvoorwaarden van de gemeenschappen.

De opening van een plaats in een centrum voor dagverzorging moet gepaard gaan met de sluiting van een bed in een rustoord of de niet-openstelling van een geprogrammeerd rustoordbed, om zo de verschillende mogelijkheden in het aanbod aan elkaar te verbinden.

Er komt pas een forfaitaire tegemoetkoming van het Riziv wanneer de persoon zes uur per dag in het dagcentrum is opgenomen. Ik wil wel nadenken over de bedenking van mevrouw Avontroodt.

De toekenning van het dagforfait vormt geen beletsel voor de terugbetaling van verpleegkundige verstrekkingen. Deze bepaling is verijnd door het KB van 13 juni 1999, dat het samengaan van een forfait dagverzorgingscentrum en een forfait voor ROB en RVT onmogelijk maakt. We moeten er echter rekening mee houden dat een patiënt ook 's avonds thuis nog verzorging nodig kan hebben.

Mevrouw **Yolande Avontroodt** (VLD) : Kan de commissie inzage krijgen in het protocol ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Het staat in het Belgisch Staatsblad van 20 oktober 1999.

Mevrouw **Yolande Avontroodt** (VLD) : Kan de verpleegkundige die de bejaarde thuis verzorgt, die zorg op zich nemen in het centrum ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Op die technische vraag kan ik niet zo meteen antwoorden. Het besluit moet nog worden genomen.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

NEUROLOGISCH CENTRUM VAN FRAITURE

Vraag van de heer Daniel Bacquelaine tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over het "neurologisch centrum van Fraiture" (nr. 836)

De heer **Daniel Bacquelaine** (PRL FDF MCC) : In het neurologisch centrum van Fraiture worden patiënten met multiple sclerose en personen die aan andere evolutieve neurologische aandoeningen lijden, behandeld. Sinds 1991 vraagt het centrum een overeenkomst aan met het Riziv om langdurige functionele revalidatiebehandelingen mogelijk te maken, zoals in andere vergelijkbare centra gebeurt.

Die behandelingen worden op dit ogenblik enkel op grond van de nomenclatuur van de medische verstrekkingen ten laste genomen en terugbetaald. Omdat de terugbetaling van die verstrekkingen beperkt is, kan het centrum geen optimale behandeling in optimale financiële voorwaarden bieden.

Veel patiënten moeten zich derhalve tot het centrum van Melsbroek wenden, dat wel een overeenkomst heeft gesloten. Vermoeiende verplaatsingen zijn in hun toestand echter niet aangewezen.

Het college van artsen-directeurs van het Riziv zou zich gunstig over de aanvraag hebben uitgesproken, maar om louter budgettaire redenen werd de overeenkomst nog niet gesloten. Hoever staat het daarmee ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Frans*) : De overeenkomst om 35 miljoen frank aan het centrum van Fraiture toe te kennen, kreeg op 14 april 1999 een positief advies van het college van geneesheren-directeurs. Om begrotingsredenen kon het centrum zijn plannen evenwel nog niet uitvoeren.

Het college onderzoekt momenteel welk budget nog beschikbaar is voor de verwezenlijking van nieuwe heropvoedingsprojecten. Op grond daarvan zal het dan een

aantal van de in 1999 geselecteerde projecten uitkiezen en die financieren. Het project van Fraiture maakt daarbij een goede kans omdat het centrum befaamd is. De te verdelen middelen zijn echter heel beperkt.

De heer **Daniel Bacquelaine** (PRL FDF MCC) : Het verheugt me dat u interesse toont voor de problemen waarmee het centrum van Fraiture kampt. Eigenlijk gaat het hier ook om de behandeling van de chronisch zieken, die voor de regering een prioriteit vormt.

Die patiënten hebben inderdaad recht op extra overheidssteun. Ik vraag mij trouwens af of het geld dat naar de terugbetaling van raadplegingen voor verkoudheden of verstuurde enkels gaat, niet nuttiger kan worden besteed. Weliswaar is dat eerder een ethische bedenking.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

VERZEKERING VOOR AMBTENAREN MET POLITIEK VERLOF

Vraag van de heer Richard Fournaux tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de voortgezette verzekering ten gunste van ambtenaren die politiek verlof genieten" (nr. 848)

De heer **Richard Fournaux** (PSC) : Een ambtenaar die mandataris wordt in een gemeente van meer dan 80.000 inwoners moet krachtens de wet van 18 september 1986 ambtshalve voltijds politiek verlof nemen om zijn mandaat te kunnen uitoefenen. Naar aanleiding van het antwoord van de minister van Ambtenarenzaken op een vraag over exact hetzelfde onderwerp op 12 januari jongstleden vraag ik u of personen met politiek verlof gelijkgesteld kunnen worden met begunstigen van de voortgezette verzekering als ze voordien ambtenaar of loontrekkende waren. De huidige wet betreffende het politiek verlof voorziet niet in een statuut op het stuk van de sociale zekerheid. De dekking waarop de betrokkene aanspraak kan maken hangt geheel af van de omschrijving op het door de vorige werkgever uitgereikte formulier.

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Frans*) : Het ambtshalve voltijds politiek verlof wordt verleend op grond van de wet van 18 september 1986 ; daarvoor is de minister van Ambtenarenzaken bevoegd.

De rechten van de betrokken ambtenaren op het stuk van de geneeskundige verzorging hangen af van hun situatie als overheidsambtenaar. Als de betrokkene verlof om persoonlijke redenen opneemt, geniet hij de voortgezette verzekering voor de duur van de vrijstelling van zijn activiteit, mits hij een persoonlijke bijdrage van

1.250 frank/maand betaalt. Als de mandataris in kwestie geen verlof om persoonlijke redenen opneemt, kan hij alsnog recht hebben op geneeskundige verzorging op grond van zijn inschrijving in het rijksregister. In dat geval is een kwartaalbijdrage verschuldigd die berekend wordt op grond van het gezinsinkomen.

De heer **Richard Fournaux** (PSC) : Volgend jaar wordt een nieuwe bezoldigingsregeling van kracht voor mandatarissen, ook in kleinere gemeenten, die stellig een weerslag zal hebben op de huidige situatie.

Zou het niet opportuun zijn om met uw betrokken collega's een stand van zaken op te maken ?

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

SIS-KAART

Vraag van mevrouw Marie-Thérèse Coenen tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de invoering van de SIS-kaart" (nr. 862).

Mevrouw **Marie-Thérèse Coenen** (Ecolo-Agalev) : Uit diverse getuigenissen blijkt dat de invoering van de SIS-kaart in de dagelijkse realiteit voor grote problemen zorgt. Uw antwoord op de vraag van de heer Chastel heeft een lawine aan telefonische recaties uitgelokt.

Mensen van wie het dossier niet helemaal in orde is, moeten alle medische kosten voorschieten. De behandeling van hun dossier vergt heel veel tijd.

Bestaansminimumtrekkers maken aanspraak op sociale zekerheid, maar de OCMW's zijn niet met de Kruispuntbank verbonden, zodat talloze administratieve verrichtingen noodzakelijk zijn. Sommige bestaansminimumtrekkers zijn derhalve voor de maand januari niet volledig beschermd.

Het publiek heeft weinig begrip voor deze belangrijke hervorming. Is het niet mogelijk, wanneer er problemen zijn omdat een kaart niet klaar is, voorlopig met kleefbriefjes te werken ?

– **Voorzitter** : de heer **Jean-Marc Delizée**

U kondigde een overlegvergadering op 17 januari aan. Hoe staan de zaken ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Frans*) : De invoering van de SIS-kaart verloopt goed. De apothekers en de ziekenhuizen hebben de software op een correcte manier geïnstalleerd en er zijn nagenoeg geen gevallen waarin de kaarten niet kunnen worden gelezen.

U vindt het systeem nogal stroef omdat al wie de derde-betalersregeling wil genieten in ziekenhuizen en apotheken stelselmatig de SIS-kaart moet overleggen in plaats van de kleefbriefjes. Ik zie het vooral als een mentaliteitswijziging. Het is bekend dat zo iets tijd vergt. Iedereen moet immers de gewoonte aannemen de SIS-kaart steeds op zak te hebben.

De verplichting om zijn SIS-kaart te laten valideren geldt slechts voor sommige specifieke groepen. Voor meer dan 90 procent van de verzekerden rijzen momenteel geen problemen. De ziekenfondsen, de apothekers, de ziekenhuizen en het Riziv hebben immers afgesproken dat voor 2000 de gegevens op de SIS-kaart niet moeten worden bijgewerkt voor al degenen wier situatie inzake verzekerbaarheid ongewijzigd is gebleven in vergelijking met 1999. De gegevens die in de geheugenchip zijn opgeslagen zijn geldig tot 31 december 2000.

Men weet wie deel uitmaakt van de specifieke groepen waarbinnen problemen rijzen. Het aantal betrokkenen is beperkt, met name om en nabij de 6 procent. Voor hen zullen specifieke maatregelen worden genomen. Het betreft inzonderheid verzekerden wier situatie gewijzigd is in vergelijking met 1999, verzekerden die niet meer verzekerd zijn, die zelfstandig zijn en een vrijwillige verzekering kleine risico's zijn aangegaan – die groep is het talrijkst – en personen wier situatie inzake verzekerbaarheid op internationale overeenkomsten stoelt. De meesten onder hen werden al door hun ziekenfonds aangeschreven om de gegevens van hun SIS-kaart te laten bijwerken. Dat kan momenteel enkel aan het loket van het ziekenfonds. Zowel de ziekenfondsen als de apothekers en de landsbonden van zelfstandigen maken gebruik van de geëigende kanalen om de betrokkenen te informeren.

Het probleem zou dus binnenkort zijn opgelost. De suggestie om te voorzien in een overgangsperiode van 3 tot 12 maanden voor het gebruik van de kleefbriefjes van de ziekenfondsen wordt bijgevolg niet in aanmerking genomen. De hervorming moet worden uitgevoerd en technisch gezien verloopt dat zeer goed.

Mevrouw **Marie-Thérèse Coenen** (Ecolo-Agalev) : De SIS-kaart werkt anders dan de oude kleefbriefjes. Wie zijn SIS-kaart verliest, krijgt pas een week later een nieuwe. In de tussentijd is hij niet gedekt. Bovendien kost de vervanging 100 frank, wat veel is voor de minstbedeelden.

De ziekenhuizen die ik contacteerde zijn bereid dat rechtstreeks met de ziekenfondsen te regelen. Daarmee is het probleem echter nog niet geheel opgelost.

Bovendien heeft de minister niet geantwoord op mijn vraag of de OCMW's aangesloten zijn op de Kruispuntbank.

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Frans*) : U had dat laatste punt niet in uw schriftelijke vraag vermeld, zodat ik het niet kon voorbereiden. Ik neem liever niet het risico u terzake verkeerd te informeren.

Mevrouw **Marie-Thérèse Coenen** (Ecolo-Agalev) : Wat zijn na de vergadering van 17 januari de vooruitzichten ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Frans*) : We willen het actieterrein nu al uitbreiden. Ik kom daarop later nog terug.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

BLINDEN, SLECHTZIENDEN EN DE EURO

Vraag van mevrouw Anne-Marie Descheemaeker tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de euro" (nr. 863)

Mevrouw **Anne-Marie Descheemaeker** (Agalev-Ecolo) : Op 1 januari 2002 start de effectieve invoering van de euro. Voor blinden of slechtzienende medeburgers vergt dit een specifieke voorbereiding. Zij hebben nood aan trainers met efficiënt en aangepast studiemateriaal. Europese maatregelen sluiten de eigen verantwoordelijkheid van België niet uit.

Welke specifieke maatregelen heeft de overheid al getroffen ? Worden de nodige financiële middelen vrijgemaakt ? Zijn er afspraken gemaakt met gehandicaptenorganisaties, banken en consumentenverenigingen ? Zijn er al realistische voorbeelden van biljetten en munten ? Zo neen, wanneer zijn die voorhanden ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : De gehandicaptenproblematiek behoort eigenlijk tot de bevoegdheid van de minister van Maatschappelijke Integratie. Ik antwoord dus namens minister Vande Lanotte.

In verband met de invoering van de euro werd een aantal acties voor blinden en slechtzienenden voorgesteld. De kostprijs ervoor zou 3,956 miljoen frank bedragen, waarvan de EU 1 miljoen frank betaalt. Een werkgroep, gecoördineerd door de Nationale Bank, moet de financiering rond krijgen.

De Dienst tegemoetkomingen aan gehandicapten betaalt de omzetting van de brochure "De invoering van de euro en de tegemoetkomingen aan gehandicapten" in de verschillende blindentalen.

Mevrouw **Anne-Marie De Scheemaeker** (Agalev-Ecolo) : Hoe zal de concrete informatie en voorlichting aan de blinden en slechthorenden worden overgebracht ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : De blindenorganisaties zijn ermee bezig. De overheid heeft middelen uitgetrokken om de blinden en slechthorenden zo goed mogelijk in te lichten over en voor te bereiden op de euro.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

TERUGBETALING VAN BETA-INTERFERON

Vraag van de heer Yves Leterme tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de uitbreiding van de terugbetaling van Beta-Interferon bij de behandeling van "multiple sclerosis" (nr. 872)

De heer **Yves Leterme** (CVP) : Onlangs werden maatregelen genomen om de terugbetaling te verzekeren van middelen tegen beginnende multiple sclerose, maar niet van middelen voor de behandeling van secundaire progressieve multiple sclerose.

Hoe staat de minister tegenover de terugbetaling van Beta-Interferon ? Indien hij daar positief tegenover staat, wanneer kan die terugbetaling dan worden verwacht ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : Een echte doorbraak op het vlak van de genezing van MS is er nog altijd niet. Enkele decennia geleden dacht men hierover veel positiever.

De ziekte multiple sclerose verloopt in vier stadia : het benige stadium, de relapse remitting, de secundaire progressie en de primaire progressie. Het eerste interferon op de markt was Betaferon, enkel geregistreerd voor de relapse remitting-fase. De behandeling hiermee was zeer duur : 36.345 frank per maand, waarvan 250 of 375 frank ten laste van de patiënt.

Niet elke MS-patiënt kon deze behandeling gebruiken, aangezien ze enkel nuttig was voor de relapse remitting-fase.

Nadien kwamen Avonex en Rebif, twee gelijkaardige geneesmiddelen, die terugbetaald werden onder dezelfde voorwaarden.

Betaferon heeft nu als eerste van de drie een bijkomende indicatie gekregen, namelijk secundaire progressieve vormen van MS. De Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten (TRFS) gaat akkoord mits de prijs daalt. De farma-industrie veroverd wel vaker met hoge

prijzen een klein deeltje van de markt om dan progressief de hele markt te veroveren. Men ziet dit ook bij geneesmiddelen tegen kanker.

Ik sta positief tegenover een uitbreiding van het gebruik van Beta-Interferon. Wanneer de omzet stijgt, moet echter de prijs dalen. Mijn kabinet werkt het principe van budgetten per therapeutische klasse, ingeschreven in de programmawet, verder uit.

De termijn waarop de terugbetalingsvoorwaarden worden aangepakt, hangt af van de reactie van de producent op de vraag naar een prijsdaling.

De heer **Yves Leterme** (CVP) : Dit antwoord biedt een hoopvol perspectief voor de patiënten. De minister bekijkt het probleem van de economische zijde en stuurt aan op een prijsdaling. Dat is verheugend.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

SUPPLEMENTEN IN DE RADIOTHERAPIE

– *Vraag van de heer Luc Goutry tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de supplementen in de radiotherapie" (nr. 828)*

– *Vraag van mevrouw Trees Pieters tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de supplementen in de radiotherapie" (nr. 893)*

De **voorzitter** : De vraag van mevrouw Pieters (nr. 893) vervangt die van de heer Goutry (nr. 828) die werd ingetrokken.

Mevrouw **Trees Pieters** (CVP) : Een aantal grote ziekenhuizen in Oost- en West-Vlaanderen rekent aanzienlijke supplementen aan voor radiotherapie. Eén ervan verwijst daarbij naar de verouderde nomenclatuur, de investerings- en onderhoudskosten en de bestaffing van de apparatuur.

In 1998 antwoordde minister De Galan op een vraag hierover van de heer Lenssens dat bij gebrek aan een akkoord de erelonen van de artsen vrij waren en dat een nieuwe nomenclatuur zou worden uitgewerkt in 1999. Er worden echter nog steeds aanzienlijke supplementen aangerekend.

Zal de nomenclatuur worden aangepast ? Wanneer ? Kan het dat sommige ziekenhuizen een supplement aanrekenen aan de patiënt en andere niet ? Kan een ziekenhuis investerings-, onderhouds- en bestaffingskosten ten laste leggen van de patiënt ? Kan een ziekenhuis supplementen aanrekenen voor ambulante prestaties,

voor prestaties die gepaard gaan met een opname, voor prestaties verricht in een universitair ziekenhuis dat zich ertoe verbonden heeft de conventietarieven toe te passen voor het geheel van het ziekenhuis ? Hoe zal de minister beletten dat er na een eventuele aanpassing van de nomenclatuur nog supplementen worden aangerekend voor radiotherapie ? Hoe zal hij in het algemeen beletten dat een echte of vermeende gebrekkige financiering wordt doorgeschoven naar de patiënt ?

Minister **Frank Vandenbroucke** (*in het Nederlands*) : De Technische Geneeskundige Raad heeft op 7 december 1999 een nieuwe nomenclatuur radiotherapie goedgekeurd. De geraamde meerkost bedraagt 600 miljoen frank. Na onderzoek van dit voorstel door de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen op 28 februari eerstkomend kan een ontwerp van KB aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd.

Een niet-eenvormige toepassing van de wet is onaanvaardbaar. Inzake de bijkomende kosten voor de verzekerde is er een onderscheid tussen honorariumsupplementen van geneesheren enerzijds en door ziekenhuizen geëiste aanvullende bedragen anderzijds.

Een geconventioneerde geneesheer is, binnen de grenzen van zijn geconventioneerde activiteit, verplicht de vastgelegde tarieven toe te passen en hij mag alleen maar die supplementen vragen die toegelaten zijn in het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen.

Artikel 50 bis van de ZIV-wet biedt de mogelijkheid om maximumhonoraria op te leggen voor prestaties aan patiënten in een één- of tweepersoonskamer, ongeacht of de geneesheer geconventioneerd is of niet.

De ziekenhuizen kunnen voor rechthebbenden alleen maar die bijkomende kosten aanrekenen, die vermeld staan in artikel 7 van de nationale overeenkomst ver-

pleeginrichtingen-verzekeringsinstellingen. Enkel de volgende kosten mogen worden aangerekend : De supplementen voor één- of tweepersoonskamers ; de persoonlijke aandelen in de ligdagprijs en in de terugbetaalbare farmaceutische verstrekkingen ; de honoraria van geneesheren en van paramedische medewerkers ; alle wegens revalidatie en herscholing vereiste verzorging en de niet-vergoedbare farmaceutische specialiteiten ; producten of diensten die geen strikte medische indicatie hebben en die door de patiënt of zijn vertegenwoordiger zijn gevraagd. De lijst van deze producten of diensten moet met de prijs aan de patiënt kenbaar gemaakt worden bij de opname. Voor eventuele producten of diensten die niet op deze lijst voorkomen is een schriftelijk akkoord van de patiënt of zijn vertegenwoordiger vereist.

Het toepassingsgebied van deze bepaling is niet beperkt tot een bepaalde categorie van rechthebbenden, met name de gehospitaliseerden. De bepaling slaat zowel op ziekenhuisopname als op daghospitaisatie en ambulante zorgverstrekking.

Evenmin kunnen supplementen worden gevraagd aan patiënten die verblijven in een twee- of tweepersoonskamer van een ziekenhuis dat extra financiering geniet voor nieuwe medische technologieën, ook indien het gaat om prestaties van niet-verbonden artsen of prestaties verricht in een periode waarin geen akkoord van kracht is. In de praktijk is deze bepaling uitsluitend van toepassing op universitaire ziekenhuizen.

Wanneer er concrete overtredingen van de supplementenregeling zouden zijn, wil ik daarvan op de hoogte worden gebracht. Het Riziv moet dan inspecties uitvoeren.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

– *De vergadering wordt gesloten om 16.15 uur.*