



BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

**INTEGRAAL VERSLAG**  
MET  
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG  
VAN DE TOESPRAKEN

**COMPTE RENDU INTÉGRAL**  
AVEC  
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT  
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**woensdag**

**mercredi**

**05-02-2003**

**05-02-2003**

**14:15 uur**

**14:15 heures**

AGALEV-ECOLO	<i>Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
CD&V	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
FN	<i>Front National</i>
MR	<i>Mouvement réformateur</i>
PS	<i>Parti socialiste</i>
cdH	<i>centre démocrate Humaniste</i>
SP.A	<i>Socialistische Partij Anders</i>
VLAAMS BLOK	<i>Vlaams Blok</i>
VLD	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
VU&ID	<i>Volksunie&amp;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 + basisnummer en volgnummer</i>	DOC 50 0000/000	<i>Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
QRVA	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	QRVA	<i>Questions et Réponses écrites</i>
CRIV	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>	CRIV	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</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><a href="http://www.deKamer.be">www.deKamer.be</a></i>	<i><a href="http://www.laChambre.be">www.laChambre.be</a></i>
<i>e-mail : <a href="mailto:publicaties@deKamer.be">publicaties@deKamer.be</a></i>	<i>e-mail : <a href="mailto:publications@laChambre.be">publications@laChambre.be</a></i>

## INHOUD

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de antiselectie in de aanvullende verzekering voor kleine risico's" (nr. A803)

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

Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het wegwerken van de negatieve gevolgen van de cumulatie van sommige sociale uitkeringen" (nr. A817)

*Sprekers:* **Olivier Chastel, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Samengevoegde vragen van

- de heer Peter Vanvelthoven aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de kosten van medische behandeling van Nederlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A830)
- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociale Europa" (nr. A861)
- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de overeenkomst met Groot-Brittannië inzake de opvang van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A904)
- de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het akkoord met de Britse overheid over de behandeling van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A907)

*Sprekers:* **Peter Vanvelthoven, Yolande Avontroodt, Annemie Van de Casteele, Jo Vandeurzen, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van materiaal voor ziekenhuizen" (nr. A869)

*Sprekers:* **Jo Vandeurzen, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van het geneesmiddel Pegasys" (nr. A903)

*Sprekers:* **Annemie Van de Casteele, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

## SOMMAIRE

Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la discrimination négative en ce qui concerne l'assurance complémentaire des petits risques" (n° A803)

*Orateurs:* **Yolande Avontroodt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la neutralisation de l'effet pervers de certains cumuls d'allocations sociales" (n° A817)

*Orateurs:* **Olivier Chastel, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Questions jointes de

- M. Peter Vanvelthoven au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les coûts des traitements médicaux dispensés à des patients néerlandais dans les hôpitaux belges" (n° A830)
- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'Europe sociale" (n° A861)
- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A904)
- M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A907)

*Orateurs:* **Peter Vanvelthoven, Yolande Avontroodt, Annemie Van de Casteele, Jo Vandeurzen, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de matériel pour les hôpitaux" (n° A869)

*Orateurs:* **Jo Vandeurzen, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement du médicament Pegasys" (n° A903)

*Orateurs:* **Annemie Van de Casteele, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions



COMMISSIE VOOR DE SOCIALE  
ZAKEN

van

WOENSDAG 5 FEBRUARI 2003

14:15 uur

COMMISSION DES AFFAIRES  
SOCIALES

du

MERCREDI 5 FEVRIER 2003

14:15 heures

De vergadering wordt geopend om 14.23 uur door de heer Jo Vandeurzen, voorzitter.  
La séance est ouverte à 14.23 heures par M. Jo Vandeurzen, président.

**01** Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de antiselectie in de aanvullende verzekering voor kleine risico's" (nr. A803)

**01** Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la discrimination négative en ce qui concerne l'assurance complémentaire des petits risques" (n° A803)

**01.01** Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb u over dit onderwerp twee jaar geleden al eens een vraag gesteld. U hebt toen gezegd dat u die zaak zou onderzoeken en maatregelen zou nemen om inderdaad die antiselectie te nivelleren of om de toegankelijkheid tot de aanvullende verzekering breder en meer solidair te maken. Het tweede luikje waarover ik het heb gaat over de medicatie en de geneesmiddelen die nog altijd in de verzekering voor kleine risico's voor zelfstandigen zitten, terwijl het nochtans gaat over levensnoodzakelijke medicamenten en geneesmiddelen.

Ik stel die vraag, omdat ik alweer werd geconfronteerd met iemand die vastzit met zijn dossier en dat symbool kan staan voor de schrijnende problematiek terzake. Mensen met zware aandoeningen, die bijvoorbeeld een harttransplantatie hebben ondergaan, moeten dag na dag, week na week, jaar in jaar uit een bepaalde medicatie nemen en het is een geluk dat zij die medicatie – ik heb het over de immunosuppressiva – kunnen nemen! Die patiënten kunnen zich echter niet in een verzekeringssysteem laten opnemen en zij kunnen vooralsnog uiteraard niet genieten van de maximumfactuur. Wij menen – ik denk dat u het met mij eens bent – dat deze mensen een probleem hebben, wanneer wij denken aan de toegankelijkheid tot het verzekeringssysteem en de solidariteit. Vandaar dat ik mijn concrete vragen wil hernemen.

Ten eerste, vindt u het gerechtvaardigd dat zelfstandigen nog altijd de volle prijs moeten betalen voor levensreddende geneesmiddelen uit categorie A? Als voorbeeld geef ik de immunosuppressiva waarvan bepaalde mensen, na een hart- of andere transplantatie, zelf de kosten moeten dragen.

**01.01** Yolande Avontroodt (VLD): Les travailleurs indépendants peuvent s'assurer contre les petits risques en matière de soins de santé en contractant une assurance petits risques, soit auprès d'une compagnie d'assurance privée, soit auprès de la mutualité. Bien que les mutualités reçoivent des subsides publics, elles utilisent toujours des échelles de cotisations basées sur les risques des patients et elles excluent les travailleurs indépendants âgés de plus de 50 ans. Vous aviez déjà indiqué par le passé que cette limite d'âge pourrait être assouplie. Un problème se pose également sur le plan des médicaments: les travailleurs indépendants ne peuvent, par exemple, pas obtenir de remboursement des médicaments immunosuppresseurs alors que ces médicaments sont susceptibles de sauver des vies après une transplantation cardiaque. En outre, ils ne peuvent bénéficier du régime de la facture maximale. Est-il juste que les indépendants

Ten tweede, vindt u niet dat het tijd wordt om maatregelen te nemen op het vlak van de toegankelijkheid tot de aanvullende verzekering voor zelfstandigen en moet geen mouw worden gepast aan de leeftijdsgrens van vijftig jaar die bepaalde mutualiteiten nog steeds opleggen?

Ten derde, welke stappen hebt u terzake inmiddels al ondernomen?

doivent payer eux-mêmes des médicaments de la catégorie A susceptibles de sauver des vies, alors que les travailleurs les reçoivent gratuitement? Le décalage entre les deux catégories n'augmente-t-il pas le risque de voir apparaître une médecine à deux vitesses? L'âge d'adhésion, et donc l'accès pour les indépendants, sera-t-il assoupli?

**01.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, op de eerste vraag van mevrouw Avontroodt, kan ik zeer principiële antwoorden dat ik het met haar eens ben. Wanneer zij de vraag stelt of ik het gerechtvaardigd vind dat zelfstandigen de volle prijs moeten betalen, dan antwoord ik neen. Dat is eigenlijk een soort van onrecht. Ik ben van mening dat iedereen, zowel werknemers als zelfstandigen, best gelijkwaardig verzekerd worden voor hun medische kosten. Dat geldt bij uitstek wanneer het gaat over medische kosten voor levensnoodzakelijke geneesmiddelen of behandelingen.

Ook op de tweede vraag kan ik zeker de vaststellingen van het geachte lid beamen. Het vrijwillig of niet verplicht karakter van de aanvullende verzekering voor kleine risico's zorgt er inderdaad voor dat niet alle zelfstandigen, om diverse redenen, verzekerd zijn voor heel wat medische kosten in de ambulante sfeer. Mijn conclusie is dan ook dat de meest effectieve remedie hiervoor is om ook de kleine risico's die in de praktijk vanuit sociaal en financieel oogpunt ook tot grote kosten kunnen leiden, op te nemen in de wettelijk verplichte ziekteverzekering. U weet ongetwijfeld dat ik als minister en als persoon vragende partij ben en blijf om dat echt te realiseren. Ik denk dat dit nodig is. Ik denk dat we dit moeten doen.

Op de derde vraag moet ik u meedelen dat in de wetgeving nergens is bepaald dat er een leeftijdsgrens is met betrekking tot de vrije verzekering voor kleine risico's. Dus is dat geen zaak van wetten. De leeftijdsgrens is er gekomen via een omzendbrief van de controledienst voor de ziekenfondsen op 17 maart 1993. Het uitgangspunt van deze omzendbrief was het verzekeren van het jaarlijkse financiële evenwicht van deze diensten die geconfronteerd waren met belangrijke tekorten. Wanneer u verwijst naar mijn vroeger antwoord in dit verband, wil ik nogmaals bevestigen dat ik geen bezwaar heb tegen een versoepeling van deze leeftijdsgrens, maar ik ben er wel van overtuigd dat voor een oplossing ten gronde het volledig integreren van de kleine risico's in het systeem van de algemene verplichte ziekteverzekering de beste en meest sociale keuze is en blijft.

**01.03** **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw positieve instelling terzake.

Ik richt u evenwel het concrete verzoek om reeds stappen te ondernemen, minstens wat levensreddende medicatie en immunosuppressiva betreft. Het gaat immers om onvoorstelbaar hoge facturen voor personen die de kans niet hebben om zich te

**01.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Sur le plan des principes, je peux répondre positivement à votre première question. Chacun devrait être assuré sur une base identique pour les frais médicaux, surtout lorsqu'il s'agit de médicaments ou de traitements d'importance vitale.

Ma réponse à votre deuxième question est également positive : le caractère volontaire de l'assurance complémentaire a pour conséquence que certains indépendants ne sont pas assurés. Il serait utile que les petits risques soient inclus dans l'assurance maladie obligatoire.

Légalement, il n'existe pas de limite d'âge pour l'assurance "petits risques". Cette limite est la conséquence d'une circulaire du service de contrôle des mutualités prise à la suite de déficits financiers importants. Je confirme que je n'ai pas d'objections à un assouplissement de la limite d'âge.

Ce dossier est pour moi prioritaire.

**01.03** **Yolande Avontroodt** (VLD): Très concrètement, je demande que des démarches soient entreprises en ce qui concerne les médicaments susceptibles de sauver des vies. Le temps presse.

verzekeren en evenmin in aanmerking te komen voor terugbetaling. Ook al zouden betrokkenen willen toetreden, zij kunnen het niet.

De situatie omtrent immunosuppressiva is schrijnend en bovendien is het aantal betrokkenen niet eens zo groot.

**01.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is inderdaad juist, maar het lijkt mij niet raadzaam specifieke geneesmiddelen te verschuiven van de kleine naar de grote risico's. Het systeem moet fundamenteel worden veranderd en dat kan vrij snel.

Tijdens de gesprekken die ik had met de zelfstandigen, heb ik altijd gezegd dat dit voor mij wellicht het meest belangrijke dossier is. Niet iedereen denkt daar zo over. Voor sommigen is het dossier kinderbijslag belangrijker, maar die mening deel ik niet. Het is goed dat er op dat vlak iets gebeurt voor de zelfstandigen, maar het dossier waarover wij het thans hebben, is prangender.

**01.05** **Yolande Avontroodt** (VLD): Inderdaad.

**01.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is uiteraard een kwestie van opvatting.

Ik ben van mening dat het eerste grote dossier dat de volgende regering moet behandelen, dat van de gezondheidszorg is.

**01.07** **Yolande Avontroodt** (VLD): Wat zal er inmiddels gebeuren?

**01.08** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik meen eerlijk gezegd niets meer te kunnen ondernemen op korte termijn.

Ik leg die vraag echter niet naast mij neer, maar ik geef er een principieel antwoord op.

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

*Président: Jean-Marc Delizée, président.  
Voorzitter: Jean-Marc Delizée, voorzitter.*

**02** **Question de M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la neutralisation de l'effet pervers de certains cumuls d'allocations sociales" (n° A817)**

**02** **Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het wegwerken van de negatieve gevolgen van de cumulatie van sommige sociale uitkeringen" (nr. A817)**

**02.01** **Olivier Chastel** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, comme je l'indiquais déjà à l'occasion d'une question en avril dernier, certaines augmentations dans un régime d'allocations sociales peuvent parfois se traduire, in fine, par une moins-value lorsqu'elles sont combinées avec des allocations dues en vertu d'autres régimes de sécurité sociale.

Ainsi, que ce soit dans le secteur du chômage ou dans celui des pensions, par exemple, une augmentation, même légère, d'une allocation d'un des deux membres d'un ménage peut coûter à l'autre, notamment, sa qualité de chef de ménage, entraînant ainsi une

**01.04** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Des mesures ont été prises mais il ne me semble guère utile de déplacer des médicaments des petits vers les gros risques. Des initiatives radicales doivent s'imposer dans ce dossier.

**01.06** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Ce sera une priorité du prochain gouvernement.

**01.08** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je ne puis plus rien entreprendre à très court terme. Cela ne signifie pas que je fais fi de cette demande: j'y apporte une réponse de principe.

**02.01** **Olivier Chastel** (MR): Bepaalde verhogingen in een stelsel van sociale uitkeringen kunnen soms tot een waardedaling leiden als ze worden gecombineerd met uitkeringen die verschuldigd zijn krachtens een ander stelsel van sociale zekerheid.

Het college van federale

diminution du revenu total net du ménage. C'est dire que, plutôt que de profiter à l'assuré social, le bénéficiaire d'une allocation peut, dans certains cas, se retourner contre lui ou son ménage.

Le collège des médiateurs fédéraux avait recommandé d'instaurer un système permettant soit de neutraliser cet effet pervers lors de certains cumuls d'allocations sociales, soit d'instaurer une progressivité dans les cumuls des allocations sociales.

En avril dernier, vous m'aviez précisé que vous étiez parfaitement conscient de la problématique et que vous examiniez la mesure pour y remédier. Vous ajoutiez que la proposition visant à passer à des limites de revenus plus graduels méritait assurément d'être examinée.

Monsieur le ministre, espérez-vous encore une solution fondamentale dans un délai rapproché? Si oui, pouvez-vous nous préciser la problématique évoquée et si elle a évolué?

**02.02 Frank Vandebroucke**, ministre: Monsieur le président, en réponse à la question de l'honorable membre, je puis lui communiquer ce qui suit.

Dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994, il n'a pas été prévu d'adapter systématiquement, en dehors de l'indexation, le montant maximal autorisé à ne pas dépasser pour être considéré comme personne à charge.

A la suite de diverses mesures d'augmentation dans d'autres secteurs de la sécurité sociale tels que celui des pensions ou du chômage, il a toutefois été décidé d'adapter en conséquence le plafond à ne pas dépasser pour être considéré comme personne à charge, afin que l'assuré qui cohabitait avec un autre allocataire social et percevait des indemnités d'incapacité de travail en qualité de titulaire ayant charge de famille, ne perde pas cette qualité, à la suite de l'augmentation du montant octroyé à cet autre allocataire social.

Le plafond à ne pas dépasser pour être considéré comme personne à charge a ainsi été relevé à 623,74 €, le 1<sup>er</sup> janvier 2002, et à 636,21 €, le 1<sup>er</sup> février 2002. Je me demande si l'on n'a pas fait une erreur de dactylographie dans le texte que j'ai sous les yeux, je vais vérifier.

Cette mesure a été prise à la suite de l'augmentation du montant de l'allocation de chômage de 35 à 40% du salaire journalier moyen pour le cohabitant et d'un certain nombre de montants de pensions. Grâce à cette première mesure, tous les chômeurs contrôlés cohabitants pouvaient continuer à être considérés comme personnes à charge d'un titulaire reconnu comme étant en incapacité de travail.

Le plafond à ne pas dépasser pour être considéré comme personne à charge a, en outre, été relevé à 657,28€, le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Cette mesure a été prise à la suite de l'introduction des codes de chômage 55 à 58, disposition produisant des effets concrets le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Grâce à cette deuxième mesure, tous les chômeurs contrôlés cohabitants peuvent continuer à être considérés comme personnes à charge.

ombudsmannen had aanbevolen om een systeem in te stellen zodat dit nadelig gevolg kan worden weggewerkt of progressiviteit bij de cumulatie kan worden ingevoerd. In april jongstleden hebt u verklaard dat het voorstel om uit te gaan van progressieve inkomensgrenzen diende te worden onderzocht. Hebt u er nog hoop op dat er binnenkort een structurele oplossing uit de bus komt? Zo ja, kunt u ons dan de aangeroerde problematiek verduidelijken en ons meedelen of er evolutie in het dossier zit?

**02.02 Minister Frank Vandebroucke**: In het kader van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van 14 juli 1994 werd niet voorzien in een systematische aanpassing van het niet te overschrijden bedrag om als persoon ten laste te worden beschouwd. Er werd toch besloten de niet te overschrijden maximumgrens aan te passen zodat de verzekerde die samenwoont met een andere uitkeringsgerechtigde en als gezinshoofd een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, deze hoedanigheid niet verliest door de verhoging van het aan de andere uitkeringsgerechtigde toegekende bedrag. Die maatregel werd genomen naar aanleiding van het optrekken van het bedrag van de werkloosheidsuitkering voor samenwonenden en van sommige pensioenen. Dankzij eerstgenoemde maatregel kunnen alle gecontroleerde samenwonende werklozen beschouwd worden als zijnde persoon ten laste van een arbeidsongeschikte gerechtigde. De maximumgrens om als persoon ten laste te kunnen worden beschouwd, werd op 1 januari 2003 nog opgetrokken, naar aanleiding van de invoering van de werkloosheidscodes 55 tot



Une troisième augmentation a été proposée entre-temps par le comité de gestion de l'assurance indemnité des travailleurs salariés sur la base d'une décision de principe du gouvernement pour compenser intégralement l'augmentation de certaines pensions prévue pour le 1er avril 2003. Cette augmentation qui est fixée par un projet d'arrêté royal est à l'examen en ce moment. Je ne peux donc pas promettre que cela va se réaliser avec certitude mais la position de principe a déjà été adoptée.

58. Dank zij de tweede maatregel kunnen alle gecontroleerde samenwonende werklozen verder als persoon ten laste worden beschouwd. Het beheercomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers heeft een derde verhoging voorgesteld, om de verhoging van bepaalde pensioenen, die gepland is voor 1 april 2003, volledig te compenseren. Er werd al een principieel standpunt ingenomen.

**02.03 Olivier Chastel (MR):** Monsieur le président, je voudrais remercier le ministre pour sa réponse et lui dire que je suis bien conscient qu'il n'a pas perdu la problématique de vue, ce que je comprends mieux aujourd'hui. Indiscutablement, un certain nombre de mesures, combinées les unes aux autres, permettent d'arranger sensiblement la situation. Nous attendrons la mise en pratique de la dernière mesure proposée par M. le ministre.

**02.03 Olivier Chastel (MR):** Ik stel vast dat de toestand opmerkelijk verbetert door de combinatie van een aantal maatregelen.

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

**03 Samengevoegde vragen van**

- de heer Peter Vanvelthoven aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de kosten van medische behandeling van Nederlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A830)
- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociale Europa" (nr. A861)
- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de overeenkomst met Groot-Brittannië inzake de opvang van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A904)
- de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het akkoord met de Britse overheid over de behandeling van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A907)

**03 Questions jointes de**

- M. Peter Vanvelthoven au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les coûts des traitements médicaux dispensés à des patients néerlandais dans les hôpitaux belges" (n° A830)
- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'Europe sociale" (n° A861)
- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A904)
- M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A907)

**03.01 Peter Vanvelthoven (SP.A):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb u over die problematiek een maand of twee geleden, denk ik, ook al een vraag gesteld. U heeft mij toen geantwoord dat artikel 104ter van de ziekenhuiswet bepaalt dat ziekenhuizen aan Nederlandse patiënten enkel de toegestane verpleegdagprijzen mogen aanrekenen, eventueel met een supplement voor een eenpersoonskamer.

**03.01 Peter Vanvelthoven (SP.A):** Il y a quelque temps, je vous ai posé une question sur les prix que doivent facturer les hôpitaux aux Néerlandais qui subissent une intervention de chirurgie plastique dans notre pays.

*(Het geluid van een GSM weerklinkt)  
(Une sonnerie de GSM retentit)*

Nu blijkt dat het ziekenhuis Oost-Limburg in Genk een nieuw contract heeft gesloten met de grootste Nederlandse zorgverzekeraar, de CZ, die ingevolge het oude contract al regelmatig Nederlandse patiënten naar ons land stuurt voor medische behandeling. Dankzij dat oude contract is er ook een grote toevloed van Nederlandse patiënten. Wat zegt nu dat ziekenhuis? In dat nieuwe contract moeten we een hogere prijs gaan aanrekenen, want door die vele Nederlandse patiënten stijgen onze kosten en de ligdagprijs die door het RIZIV is bepaald is te laag. Die is maar berekend op de kosten van een gemiddelde patiënt en nu blijkt dat de Belgische patiënten bijvoorbeeld maar voor 25% worden geopereerd, terwijl de Nederlandse patiënten voor 75% worden geopereerd.

Het argument is dat het niet de eerste opdracht is van een Belgisch ziekenhuis om Nederlanders te verzorgen. Het tweede argument is dat die meerkosten, waarvan men toch beweert dat die er zijn, niet door onze gemeenschap moeten worden gedragen. Om die redenen vraagt dat Limburgs ziekenhuis Oost-Limburg nu meer geld aan de Nederlandse zorgverzekeraar.

Men rekent blijkbaar de reële kosten of een raming ervan effectief aan. Dat lijkt mij ook logisch. Deze praktijk lijkt mij dan ook in strijd met wat u toen hebt geantwoord. In dat antwoord zei u dat ook aan de Nederlanders enkel de toegestane verpleegdagprijs mag worden aangerekend.

Mijnheer de minister, het toeval wil nu dat mijn vraag enigszins op het ogenblik komt dat u met de Britse regering een akkoord hebt afgesloten om Engelse patiënten ook in België te kunnen laten verzorgen.

Mijn vraag is tweërlei.

Ten eerste, hoe zit het nu? Is het de verpleegdagprijs die men mag aanrekenen? Of mag men toch meer aanrekenen, zoals men blijkbaar in het contract tussen het ziekenhuis Oost-Limburg uit Genk en de Nederlandse zorgverzekeraar heeft gedaan? Mag men nu meer aanrekenen of niet?

Ten tweede, wat mij ook eigenaardig lijkt, is dat u blijkbaar met de Britse overheid een akkoord hebt gesloten. Er is echter ook een akkoord tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, waarbij de Belgische overheid en u als dusdanig niet zijn betrokken. U zal mij wel verbeteren indien dit niet zo is. Wat Engeland betreft is er dus enig toezicht vanwege de Belgische overheid? Voor Nederland stel ik mij daarbij vragen. Ook op die vraag had ik graag van u een antwoord gekregen.

**03.02 Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, mijn vraag heeft betrekking op een artikel dat ik op 21 januari heb gevonden op de website van De Standaard. In dit artikel stond de visie van de minister op het sociale Europa.

Mijnheer de minister, wij moeten in een van de commissies eens een fundamenteel debat organiseren. Enerzijds, is er het vrije verkeer van goederen en diensten en de Europese concurrentieregels maar, anderzijds, is er de vraag hoe men dit kan vertalen naar de

Etant donné que la première mission des hôpitaux belges n'est pas de soigner les patients néerlandais, les hôpitaux facturent les frais à CZ. Il se fait que le ministre a récemment conclu un accord avec le gouvernement britannique en vue du traitement de patients britanniques dans des hôpitaux belges. La facturation des frais réels est en contradiction avec votre réponse, dans laquelle vous avez affirmé que seul le prix de la journée d'hospitalisation convenu peut être facturé.

Les hôpitaux ont-ils le droit de facturer un montant supérieur au prix de la journée d'hospitalisation? Les autorités belges exercent-elles un contrôle, en ce qui concerne tant les Pays-Bas que la Grande-Bretagne?

Etant donné que la première mission des hôpitaux belges n'est pas de soigner les patients néerlandais, les hôpitaux facturent les frais à CZ. Il se fait que le ministre a récemment conclu un accord avec le gouvernement britannique en vue du traitement de patients britanniques dans des hôpitaux belges. La facturation des frais réels est en contradiction avec votre réponse, dans laquelle vous avez affirmé que seul le prix de la journée d'hospitalisation convenu peut être facturé.

Les hôpitaux ont-ils le droit de facturer un montant supérieur au prix de la journée d'hospitalisation? Les autorités belges exercent-elles un contrôle, en ce qui concerne tant les Pays-Bas que la Grande-Bretagne?

**03.02 Yolande Avontroodt** (VLD): La présente question m'a été inspirée par un article que j'ai trouvé sur le site internet du *Standaard* et dans lequel le ministre s'exprime à propos de l'Europe sociale. La libre circulation des biens et des services constitue l'un des

gezondheidszorg en meer in het algemeen de verzekeraarbaarheid en de verzekeringen. Wij hebben daarover al eens kunnen discussiëren naar aanleiding van de resolutie over de aanvullende verzekeringen. In het Witboek drong men aan op een duidelijke overdraagbaarheid van verzekeringen. Een en ander heeft volgens mij met mekaar te maken. We moeten terzake in het Parlement een ad-hoc-commissie of een task force oprichten.

Mijnheer de minister, ik zou een concreet antwoord willen op de vragen die ik schriftelijk had geformuleerd. Heeft de werkgroep die zich buigt over het sociale Europa al dan niet conclusies geformuleerd? Kunnen die conclusies in het Parlement worden voorgelegd? Heeft u het rapport gelezen van het onderzoek over de invloed van de marktintegratie op de sociale zekerheid, waaraan onder meer professor De Grauwe en mevrouw Polan hebben meegewerkt? Zult u daaruit conclusies trekken? Dit onderzoek toont aan dat de OESO-landen waar meer aan sociale zekerheid wordt besteed, over het algemeen een betere ranking inzake competitiviteit hebben.

Ik had graag een antwoord gekregen op deze twee concrete vragen.

**03.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vragen zijn eigenlijk allemaal een beetje gelijkaardig en zij houden verband met een aantal concrete feiten.

Ik kan alleen maar vaststellen wij het debat deels hebben ingezet naar aanleiding van, onder andere, de arresten Kohl en Dekker, over de uitdaging van de gezondheidszorg binnen Europa. Enerzijds, is Europa geneigd om de gezondheidszorg te beschouwen als een economische sector waar het vrij verkeer van goederen en de regels van de vrije markt van toepassing zijn en, anderzijds, is onze gezondheidszorg gebouwd op een solidair beschermingssysteem dat aan de grondslag ligt van het feit dat een stuk van de sector wordt gesubsidieerd.

Mijnheer de minister, u heeft deze week een concreet dossier bekendgemaakt, namelijk een akkoord met uw Britse collega voor gezondheidszorg over de verzorging van Britse patiënten in Belgisch ziekenhuizen. Ik zou heel concreet willen weten wat de juiste inhoud van dat akkoord is. Waarover zijn er afspraken gemaakt? In de media stelde men dat de afspraak bedoeld is om lege bedden op te vullen, hoewel het langs de andere kant – ik verwijs naar het verhaal van de Nederlanders in de streek van onze collega Vanvelthoven – blijkbaar niet altijd om lege bedden gaat. Bestaat het risico niet dat er een tweesporenbeleid ontstaat, zeker wanneer die buitenlandse patiënten andere betalingsmodaliteiten kunnen genieten dan de Belgische patiënten? Ik meen te begrijpen dat het die zorg was die er aanleiding heeft toe gegeven dat u deze kwestie wil gaan regelen. Dan moeten wij natuurlijk de vraag stellen waarom het in eerste instantie over Britten gaat. Bestaat daar een acuut probleem? Wij weten allemaal dat het Britse systeem van gezondheidszorg

principes cardinaux de l'Union européenne. Comment transposons-nous ce principe dans le domaine des soins de santé et de l'assurabilité sociale? Nous avons déjà abordé ce sujet dans le cadre de la résolution concernant les assurances complémentaires mais il serait peut-être préférable d'élargir le débat en créant une commission *ad hoc* ou une *task force*. Le groupe de travail en charge de l'Europe sociale a-t-il déjà formulé des conclusions? Lesdites conclusions peuvent-elles être examinées par le Parlement? L'étude du professeur De Grauwe et de Mme Polan relative à l'influence de l'intégration des marchés sur la sécurité sociale démontre que les pays de l'OCDE disposant d'une bonne assurance sociale sont en général plus compétitifs. Quelle est la conclusion du ministre à cet égard?

**03.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID):** Les médias nous ont appris que les ministres Tavernier et Vandenbroucke ont conclu avec le ministre britannique Hutton un accord sur le traitement de patients anglais dans des hôpitaux belges.

Quelle est la teneur de cet accord? Porte-t-il essentiellement sur l'occupation de lits vides? Qu'advient-il si d'autres pays européens souhaitent conclure avec nous un accord de ce type? Fixerez-vous alors des priorités? En agissant de la sorte, le gouvernement ne transforme-t-il pas le secteur des soins de santé en marché? Comment les frais d'hospitalisation de ces patients étrangers seront-ils calculés? Dans quelle mesure tiendrez-vous compte de ces patients dans votre politique de financement des hôpitaux? Quels accords ont été passés concernant l'emploi des langues dans ces hôpitaux?

Comment évolueront ces accords

inderdaad een serieus aantal mankementen kent, maar is dat op zichzelf een voldoende reden om met hen prioritair een akkoord te sluiten? Wat als andere landen, Nederland bijvoorbeeld of andere buurlanden, een gelijkaardig akkoord willen sluiten? Moet men in dat geval een aantal prioriteiten stellen, want die lege bedden zijn natuurlijk niet eindeloos? Op welke manier gaan wij daar keuzes in maken? Gaat de regering – u heeft daar zelf in uw interviews naar verwezen, mijnheer de minister – niet mee de “vermarkting” van de gezondheidszorg en het shoppen in de hand werken?

Hoe zullen de kosten voor de buitenlandse patiënten concreet worden berekend? Wij weten allemaal dat een groot stuk van de ziekenhuisinfrastructuur gesubsidieerd wordt met overheidsmiddelen, dus door de gemeenschap, en dat deze middelen niet worden doorgerekend aan de patiënt via de honoraria en de verpleegdagprijs. Op welke manier kan daar rekening mee worden gehouden? In welke mate wordt in het nieuwe systeem van ziekenhuisfinanciering rekening gehouden met de behandeling van buitenlandse patiënten? Tellen die patiënten volledig mee wanneer de performantie van de ziekenhuizen wordt berekend? Zijn er afspraken gemaakt over het taalgebruik in de ziekenhuizen waarmee een akkoord werd gesloten, of laat men dat probleem compleet buiten beschouwing? Hoe ziet u – in aansluiting met de vraag van collega Avontroodt – de evolutie van die overeenkomsten in het kader van de Europese Unie? Heeft u in het akkoord op één of andere manier een stimulans ingebouwd voor de Britten om hun systeem van gezondheidszorg zo snel mogelijk aan te passen zodanig dat het niet meer nodig is dat mensen wegens lange wachttijden beroep moeten doen op buitenlandse infrastructuur en buitenlandse gezondheidszorg?

Een laatste vraag gaat over de lege bedden, waarvoor de gemeenschap een deel van de financiële lasten op zich neemt, want daar komt het in feite op neer, tenzij u zegt dat die kosten op een andere manier zullen worden doorgerekend aan de Britten. Kunnen wij deze lege bedden niet beter ter beschikking stellen van patiënten met acute problemen, komende uit landen die helemaal geen sluitend gezondheidszorgsysteem hebben en die de grootste noden hebben?

**03.04 Jo Vandeurzen (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, de discussie is, denk ik, absoluut niet recent. Ze is al meermaals hier in de commissie aangekaart. Het is ook een bijzonder complexe zaak. Ik wil toch op voorhand aan de heer Vanvelthoven zeggen dat hij heel gerust mag zijn dat het ziekenhuis van Genk zeer scrupuleus de regelgeving zal volgen. U moet zich daar geen zorgen over maken, mijnheer Vanvelthoven.

**03.05 Peter Vanvelthoven (SP.A):** Daar gaat het mij niet om.

**03.06 Jo Vandeurzen (CD&V):** Ik kom nu tot mij vraag. Ik denk dat ik weet waarom er eerst met de Britten een akkoord is kunnen tot stand komen. Het stelsel is natuurlijk van die aard dat u daar met de overheid spreekt en u kan daar natuurlijk ook met de overheid bepaalde afspraken maken. Ik moet zeggen dat ik zeer tevreden ben dat u dit initiatief genomen hebt, mijnheer de minister. Ik vind dat het

dans le cadre de l'Union européenne, selon vous? Evoque-t-on, dans cet accord, le fait que la Grande-Bretagne veut ainsi régler son problème de listes d'attente? Ne serait-il pas préférable de mettre nos lits inoccupés à la disposition de patients provenant de pays dépourvus d'une structure efficace de soins de santé?

**03.04 Jo Vandeurzen (CD&V):** Je me pose des questions sur l'accord intervenu entre le gouvernement fédéral et les autorités britanniques en ce qui concerne le traitement de patients britanniques dans des hôpitaux belges.

**03.06 Jo Vandeurzen (CD&V):** Quelle valeur juridique cet accord revêt-il? Quelles sont les conséquences pour les hôpitaux et les médecins concernés? Comment sont calculés les prix

heel complex is. Ik heb een aantal van uw artikels daarover ook gelezen. U heeft volgens mij terzake de juiste bezorgdheden. Het is niet zomaar met een slogan op te lossen. Het is iets dat men moet laten evolueren en waarin men moet zoeken naar een weg die de opportuniteit kan combineren met het vermijden van de risico's. Het is mijn aanvoelen – en in die zin ben ik dus persoonlijk blij met het feit dat het akkoord gemaakt is – dat dit gemakkelijker te doen is met de Britten dan met de Nederlanders. Daar zit de zorgverzekeraar er natuurlijk als partij tussen. Dit maakt het debat aan de Nederlandse zijde anders. Ik ben absoluut geen expert, ik geef hierover mijn eerste impressie.

Ik denk ook dat het voor de Nederlanders en de Engelsen een tijdelijk fenomeen zal zijn. Het zal niet zo lang duren of men zal in staat zijn met eigen middelen zijn eigen voorzieningen te treffen. Er is niets zo vervelend voor een overheid – dat hebben we in de verkiezingen ook gezien – dan te moeten zeggen dat uw zorgaanbod niet volstaat om aan de behoeften van de bevolking te voldoen. Dit is een zeer moeilijk aanvaardbare situatie.

Ik heb wel wat vragen bij uw overeenkomst. Ik kan mij sterk vergissen, maar u probeert zich sterk te houden in het kader van de verordeningen, maar dat is natuurlijk niet het kader van Kohl en Dekker. Het is haast het tegenovergestelde. De situatie die op het terrein tot stand is gekomen en waar de verzekeraars ook partij zijn, is het verhaal van een patiënt die men niet kan verbieden zijn zorg elders te gaan zoeken. Men mag daar niet met nationale regelgeving tussenkomen. Dit is natuurlijk iets dat zich meer aandient in de praktijk van Kohl en Dekker en misschien in de zaak van individuele verzekeraars en van individuele patiënten, dan op het niveau van overheid tot overheid. Ik zie dat u kiest voor dat stelsel. Ik vrees dat dit niet helemaal het antwoord is op het probleem dat zich zal voordoen wanneer individuele patiënten of individuele verzekerde patiënten die vragen aan Belgische ziekenhuizen stellen. Dit is toch voor mij een bedenking.

Ik vraag ook naar de juridische waarde van het gesloten akkoord. Heeft het de waarde van een verbintenis die de andere overheid bindt en waar men zich ertoe verbindt iets te doen naar de actoren in eigen land? Dit is belangrijk om te weten. De vraag is wat de gevolgen zijn van dit akkoord voor de betrokken ziekenhuizen en de betrokken artsen. In het akkoord wordt gesproken over het aanrekenen van de verzorging overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het Belgische gezondheidsstelsel, met dien verstande dat de Belgische tarieven dienen gehanteerd te worden en enkel voor eventuele meerkosten – waarvan ik veronderstel dat het over vertalers en zo gaat – waarvoor geen Belgisch tarief is voorzien, men andere zaken kan overeenkomen. Telt dat voor de artsen, telt dat voor de ziekenhuizen en op welke basis geldt dat voor de betrokken partijen?

Mijn tweede vraag heeft betrekking op de manier waarop die prijzen worden berekend. Dan ben ik bij het punt dat door collega Vanvelthoven terecht is aangehaald. We hebben een nieuwe ziekenhuisfinanciering die werkt met enveloppen of bedragen per ziekenhuis voor de exploitatie van een jaar.

Vroeger hadden we nog een ligdagprijs, die een gemiddelde was. Het

que les médecins et les hôpitaux peuvent appliquer sur la base du nouvel accord sur le financement des hôpitaux? Comment le ministre évitera-t-il que cet accord soit mis en oeuvre au détriment des patients belges qui ressortissent à la Sécurité sociale belge?

is correct dat als men een gemiddelde aanreken voor een specifieke pathologie men natuurlijk altijd subsidieert. Dat bedrag bestaat nu nog voor de niet-verzekerden of diegenen die niet in het stelsel van het RIZIV zitten. De vraag is natuurlijk of het dat is wat bedoeld wordt met de Belgische tarieven. In die redenering – ik leg ze voor omdat ik absoluut niet zeker ben dat ik juist redeneer – betekent dit dat u de medische activiteit laat meenemen in de registratie. Twee jaar later krijgt u een nieuwe financiering van de prijs van het ziekenhuis berekend op de pathologie van dit jaar. A la limite betekent dit dat, wanneer de patiënten uit Engeland chirurgische patiënten zijn, de Belgische patiënt en de Belgische ziekteverzekering de verzwaren van de pathologie die het ziekenhuis behandelt mee betaalt. Ik herhaal dat ik mij in deze heel graag laat verbeteren. Dat betekent dat wij met een systeem zitten waarbij we met deze redenering een patiënt in Engeland een tarief aanrekenen dat de gemiddelde prijs is voor een verblijf in een Belgisch ziekenhuis met chirurgische behandeling van een pathologie die waarschijnlijk veel meer kost dan het gemiddelde. Dan komt die zware pathologie in de prijsberekening van dat ziekenhuis van twee jaar later. Dit wordt dan gefinancierd volgens het Belgische systeem van de ziekteverzekering. Dan ga ik minder akkoord met de idee dat men dit de buitenlanders niet mag aanrekenen. Ik vind persoonlijk niet dat het Belgische stelsel dit soort indirecte subsidiëring van behandeling van patiënten moet organiseren. Als dat juist zou zijn, zou ik de Engelse regering zeggen dat ze al hun patiënten naar België moeten sturen omdat ze daar geopereerd zullen worden aan een tarief dat men in Engeland nooit zal kunnen waarmaken. De Belgische ziekenhuizen zullen na twee jaar blij zijn met de verhoging van hun eigen case load en de daarop geënte pathologiefinanciering. De enveloppe is gesloten en met het principe van de communicerende vaten zal iemand anders in België het dan natuurlijk wel moeten bekopen.

Ik weet niet of dit waar is en ik herhaal trouwens dat ik dit niet in termen van polemie stel. Ik denk dat het complex is en dat de slogan hier heel moeilijk te hanteren is. Het feit alleen al dat u daarin een initiatief durft te nemen vind ik op zichzelf al positief.

Mijn derde vraag is hoe ervoor gewaakt kan worden dat dit niet ten koste gaat van de Belgische patiënten. Ik vind persoonlijk dat u daarvoor een monitorsysteem moet hebben. Dat vind ik evident. De vraag is natuurlijk – en dan kom ik bij de vragen van de collega's – of men dan niet in de situatie komt van een niet-performant ziekenhuis dat zichzelf daardoor performant kan maken. We zullen natuurlijk overcapaciteit hebben of het ziekenhuis zal de capaciteit die het heeft niet volledig benutten. In uw financieringslogica zal dat leiden tot een vermindering van de financiering van dat ziekenhuis. Hierdoor kan men dat natuurlijk corrigeren. Ik ben benieuwd om te horen hoe u kunt meten of dat niet ten koste gaat van de Belgische patiënt. Heel concreet vraag ik dat men bij ons de wachtlijst meet voor de meest courante ingrepen. Nogmaals, het gaat om 1 of 1,5%, alle ambulante patiënten erbij genomen. Dat is dus toch niet zo gigantisch. Ik vind wel dat het moet stopgezet worden voor sommige zaken omdat ik merk dat het eigenlijk een trend is die wij zorgvuldig moeten monitoren. Het is een delicate en moeilijke zaak om dat te doen. Mijn vraag is dus hoe u denkt dergelijke zaken op nationaal niveau op te vangen. Het is immers niet alleen het feit dat dit ten koste van anderen gaat, maar ook dat ziekenhuizen die in normale omstandigheden – in de logica van uw financiering – de gevolgen

zouden moeten ondervinden van een minder performante bezetting, dat nu niet zullen hebben. Vandaar ook de vraag naar de monitoring.

**03.07** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik liet verschillende antwoorden voorbereiden op al de vragen, maar ik stel voor een beetje te improviseren om te komen tot een geheel. Misschien zal ik niet alle details die ik op papier had laten zetten, weergeven, maar wellicht is het geen probleem om mijn schriftelijke antwoorden uit te delen.

Om te beginnen ben ik het helemaal eens met de leden die de aangelegenheid, al is zij een beetje marginaal vermits het slechts gaat om 1 tot 1,5% van de patiënten, een fundamentele kwestie noemen. Het is belangrijk dat een duidelijke visie wordt ontwikkeld omtrent de mobiliteit van patiënten in Europa. In dat verband herhaal ik wat de heer Vandeurzen zei, met name dat dat op zichzelf zeer positief is voor degenen die in een grensregio wonen. Geneeskundige verzorging over de grens moet kunnen worden georganiseerd. Los daarvan kan het positief zijn om kansen te bieden aan personen die vandaag geneeskundige verzorging om een of andere reden in hun land niet krijgen.

Overigens zullen wij op lange termijn misschien zelfs moeten kiezen om op Europees vlak samen te werken voor sommige zeer bijzondere therapieën of onderzoeken, zodanig dat niet alles in elk land moet gebeuren. Moet elke technologie worden ontwikkeld in Luxemburg en daar ook worden toegepast? Volgens mij kan dat niet. Op lange termijn is dat zelfs misschien niet evident voor België.

Europese samenwerking zal altijd gepaard gaan met de mobiliteit van patiënten en is op zichzelf een veelbelovend gegeven, enerzijds. Anderzijds is er ook een risico aan verbonden, met name dat de interactie tussen de verschillende sociale systemen in de verschillende lidstaten, zich op een ongecontroleerde manier ontwikkelt, als een soort totaal gedereguleerde vrije markt, waarbij ongewenste effecten kunnen optreden.

Dat is niet omdat de individuele sociale systemen van de lidstaten vrije marktssystemen zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan Groot-Brittannië: mochten de lead commissioners – de gevolmachtigden van de Britse gezondheidsdienst – worden toegelaten om zonder meer en vrij zorg aan te kopen in de rest van de wereld, dan zaaien zij eigenlijk privatisering in de rest van Europa, zelfs al zitten zij in een staatssysteem. Inderdaad, laat men hun toe te bieden en vrij in te kopen, los van hoe de systemen elders zijn georganiseerd, dan worden er als het ware infectiehaarden van privatisering gecreëerd, al is het systeem dat dit veroorzaakt geen privaat systeem.

Dat gebeurt ook, maar dan op een andere manier, met Nederland. Daar is het probleem evenwel veel complexer. De Nederlandse sociale wetgeving maakt immers een onderscheid tussen patiënten die vallen onder de ziekenfondswet, en heel wat andere patiënten die daar niet onder vallen en die particulier zijn verzekerd. Ik uit hierop geen enkele kritiek; dat is de keuze die in Nederland wordt gemaakt, maar daarmee omgaan vanuit het buitenland is behoorlijk complex en het scheidt hetzelfde probleem als bijvoorbeeld patiënten die particulier zijn verzekerd in Nederland, vrij zouden shoppen zonder enige regulering. Dan zaaien zij uiteraard problemen van congestie

**03.07** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je vais m'efforcer de répondre aux questions combinées. Je pense comme les orateurs qu'il s'agit en l'espèce d'un problème fondamental. Il importe d'avoir un aperçu précis de la mobilité des patients en Europe et pas seulement dans les régions frontalières. La collaboration européenne offre des perspectives prometteuses. Ainsi, chaque pays ne devra plus disposer des mêmes technologies, ce qui ouvre la voie à la spécialisation. Mais cette approche comporte également des risques. L'interaction entre les différents systèmes sociaux peut être incontrôlée et mener à la dérégulation du marché libre. L'achat, partout dans le monde des soins médicaux par les Anglais pourrait conduire à la privatisation. De même, les Néerlandais assurés sur le marché libre sont source de problèmes lorsqu'ils se mettent à faire du shopping dans le secteur européen des soins de santé.

Le problème est double. D'une part, le calcul financier doit être exact et les patients étrangers doivent payer ce qu'ils coûtent. D'autre part, l'interaction doit être organisée dans le respect de nos propres choix sociaux. La Belgique n'opte ni pour une intervention purement étatique, ni pour le marché libre. Nous sommes dotés d'un système de convention et nous souhaitons le conserver.

La Cour européenne et la Commission européenne doivent indiquer des orientations claires. Le même défi doit être relevé pour les retraites et les fonds de formation. Ces règles devront en définitive être insérées au traité de l'Union européenne. Voilà la position que j'ai défendue au sein du groupe de travail sur la

of van privatisering, die in de rest van Europa niet gewenst zijn.

Er is een dubbel probleem. Enerzijds is er wat de heer Vandeurzen heeft beklemtoond, te weten de vraag of de financiële rekening wel correct is. Met andere woorden, betalen de betrokkenen wel wat zij kosten. Dat is een belangrijke vraag, waarop ik later nog terugkom. Er is echter nog een meer fundamentele vraag. Zelfs al betalen de patiënten iets minder dan wat zij kosten, of al betalen zij morgen iets meer dan wat zij kosten, de vraag is of de wijze waarop de interactie wordt georganiseerd elke Europese lidstaat toelaat de sociale cohesie van het eigen systeem en van de eigen keuze te behouden.

In België wensen we geen etatistische geneeskunde. Geneeskunde is geen staatsdienst. We hebben heel wat vrijheden. Er werken heel wat zelfstandigen in de geneeskunde. Onze geneeskunde is grotendeels georganiseerd in de brede grijze zone tussen enerzijds, puur staatsoptreden en anderzijds, puur vrije markt. We willen deze eigenheid behouden, mogelijks met correcties en evoluties. Onze eigenheid willen we echter behouden. We hebben een conventiesysteem. We willen evenmin dat deze eigenheid aangetast wordt door interactie van anderen op een manier die wij niet de baas kunnen. Dat is de grote uitdaging. Het is correct dat dit debat op Europees niveau zal moeten worden gevoerd.

Ik ga wat dieper in op de problematiek die mevrouw Avontroodt heeft aangekaart. De voorbije maanden heb ik achter de schermen heel veel tijd geïnvesteerd in een beetje eigen onderzoekswerk – ik heb daarover een publicatie uitgebracht en veel contacten en lobbywerk gehad – over de legale architectuur van de Europese Unie. De instellingen van de Europese Unie weten heel goed wat puur “staat” is en wat puur “markt” is. Als een activiteit een pure marktactiviteit is, past men er principes op toe van de eenheidsmarkt, geen staatssteun, de concurrentiewetgeving. Voor een pure staatsactiviteit geldt de concurrentiewetgeving niet en geldt de interne markt niet. Conclusie: de Britten met hun nationale gezondheidsdienst hebben geen last van de Europese Unie omdat het een staatsactiviteit is. Wat tussen de twee inzit, is niet duidelijk geklasseerd. Op dit ogenblik is er een gebrek aan richtingaanwijzers voor de actoren van de Europese Unie zoals de Commissie, het Hof van Justitie. Hoe moeten zij oordelen over patiënten in België, de ziekenfondsen en het conventiesysteem? Is dat vrije markt of is dat iets anders. Het is absoluut noodzakelijk dat terzake duidelijke richtingaanwijzers worden ingebouwd in de fundamenteel legale architectuur van de Unie. Dat geldt niet alleen voor de gezondheidszorg maar ook voor het sociaal overleg, voor de tweede pijler inzake pensioenen, voor vormingsfondsen die worden opgericht bij CAO. Ik kan tal van voorbeelden geven. Ik herhaal dat hierover verduidelijking moet komen in het Europees Verdrag, verduidelijking die moet leiden tot meer respect voor de eigenheid van sociale systemen die niet puur etatistisch zijn maar ook niet puur vrije markt. Dat is de uitdaging. Ik kom later terug op een stand van zaken. Ik herhaal dat ik deze problematiek de voorbije maanden heb voorgelegd aan heel wat mensen en heb mijn standpunt verdedigd in een werkgroep inzake sociaal beleid van de Conventie. Ik voel dat ik meer en meer mensen kan overtuigen van dit fundamenteel probleem voor de Europese Unie, zeker voor beleidsvoerders die geen etatisten zijn maar toch een sociaal beleid willen voeren.

politique sociale de la Convention. La mobilité des patients est régie par le règlement 1408/71. L'organisation de cette mobilité respecte les particularités et la cohésion des régimes nationaux. Un patient britannique qui est par exemple hospitalisé pour un certain temps dans le système belge, recevra la facture par courrier. La Cour européenne de Justice a toutefois suscité des doutes à ce propos en donnant à penser qu'il existe en quelque sorte une certaine marge de manoeuvre.

J'ai l'intention de moderniser le règlement 1408/71. J'ai amorcé cette réforme pendant la présidence belge de même qu'au sein de la Convention pour l'avenir de l'Europe. Toutefois, pour modifier le règlement, il faut une majorité qualifiée.

J'ai pu conclure des contrats avec les Britanniques dans l'esprit du règlement 1408. Cela n'a pas été possible avec les Pays-Bas et il faudra donc poursuivre la concertation avec ce pays. Aux Pays-Bas, une partie de la population a en effet souscrit des assurances privées. Jusqu'ici, cette catégorie de la population hollandaise a été délibérément exclue du champ d'application du règlement 1408. Pour ces personnes, il n'existe pas de cadre légal lorsqu'elles franchissent la frontière.

Je confirme ma réponse à la question précédente, n° A496, de M. Vanvelthoven dans laquelle j'ai fait référence à l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux. Par conséquent, hormis les suppléments pour la chambre, un montant supérieur ne peut en aucun cas être facturé pour les frais de séjour à l'hôpital.

Ne conviendrait-il pas de faire payer plus les patients auxquels des soins lourds doivent être dispensés? Les Britanniques



Ik kom terug tot het concrete vraagstuk. Wat moeten we doen met patiëntenmobiliteit in afwachting van verduidelijking in de architectuur van de Europese Unie. Klassiek wordt dit geregeld met de verordening 1408/71 waarnaar de heer Vandeurzen heeft verwezen. Inzake basisfilosofie is deze verordening precies wat we nodig hebben. Men organiseert mobiliteit maar respecteert de cohesie en de eigenheid van de nationale systemen. Een Brit die naar België komt, wordt even opgenomen in de solidariteit van de Belgische sociale zekerheid, hij respecteert de spelregels en gaat terug met een factuur. We sturen hem de factuur maar hij wordt opgenomen in onze spelregels.

Het is correct dat het Hof van Justitie rechtspraak heeft die een andere richting uitgaat. Kohl en Dekker is daarvan een voorbeeld. Persoonlijk vind ik dit niet zo dramatisch.

Het Hof is ook erg genuanceerd, dus we moeten niet panikeren. Maar het Hof heeft wel wat twijfels gezaaid over patiëntenmobiliteit. Op een bepaald moment gaf het de indruk dat er naast die klassieke procedure, die de eigenheid van de sociale systemen respecteert, een soort van vrije ruimte zou kunnen ontstaan, waar er niets anders van toepassing kan zijn dan vrijemarktprincipes als patiënten de grenzen overgaan. Dat is niet goed.

Dat is ook de reden waarom ik om te beginnen probeer om die 1408 te moderniseren, zodat die vlot aanpasbaar is. Dat was een belangrijke inzet van het Belgische voorzitterschap en wij zijn daarin ook wel gelukt.

Om die reden probeerde ik in de Conventie ook de Britten ervan te overtuigen dat er voor een onderwerp als 1408 ten minste met een gekwalificeerde meerderheid beslist moet kunnen worden om daarin vooruit te kunnen gaan, maar dat is een ander debat.

Om die reden heb ik ook zelf initiatief genomen – dat was het gevolg van reeds bestaande contacten, want de Britten benaderden ons, maar ik heb het zelf meteen interessant gevonden – om te proberen met de Britse autoriteiten de filosofie van 1408 te doen respecteren, maar het ook gemakkelijk te maken om toe te passen. Wat we met de Britten hebben gedaan, zou ik kunnen omschrijven als een soort van 1408-light procedure. We maken het gemakkelijk omdat het niet individueel is, maar we maken contracten tussen de lead commissioners en de ziekenhuizen. Dat is een globaal contract. Wij doen de monitoring en we garanderen de geest van 1408. Dat zaait namelijk geen privatisering uit. De patiënten worden verzorgd volgens onze tarieven en aan onze voorwaarden, waartegenover dezelfde kwaliteitsgaranties staan, wat voor hen ook belangrijk is.

Dat is met de Britse overheid veel gemakkelijker te bespreken dan met de Nederlandse overheid. Ondanks het feit dat het nog niet in mijn geschreven antwoord staat, wil ik daaraan wel het volgende toevoegen. Ik ben vandaag toch tot de slotsom gekomen dat ik zelf, als er een nieuwe Nederlandse regering is en als dat kan vooraleer de Belgische regering ontslag neemt, de Nederlandse regering met dat probleem zal aanspreken. Alhoewel, het is veel ingewikkelder. De complexiteit zit hem daarin dat in Nederland een deel van de mensen particulier verzekerd is. Zijzelf hebben, naar ik meen – hopelijk maak ik daarmee geen verkeerde inschatting –, altijd wel

reçoivent, comme les Belges, une facture moyenne. Dès lors, les patients nécessitant des soins importants "profitent" pour ainsi dire un peu de notre système. Mais dans l'UE, le principe de l'égalité de traitement s'applique. Y déroger et, partant, déroger au système belge ne va pas de soi.

Le principe de base est donc l'application du règlement 1408. Cela vaut tant pour les Britanniques que pour les Néerlandais assurés par le biais de la loi relative aux mutualités. Le principe européen d'égalité de traitement exige que si l'on facture davantage à un Néerlandais disposant d'une assurance privée, il faut apporter la preuve objective que cette différence est justifiée. Cette question doit certainement être débattue avec les Pays-Bas.

En ce qui concerne la mobilité des patients, une procédure est déjà prévue à l'article 22 du règlement 1408/71 relatif à l'application des règles de sécurité sociale. Les Etats membres ne devraient-ils pas envisager de l'appliquer avec souplesse? La création d'un cadre transparent relève de la bonne gouvernance.

L'accord cadre conclu entre la Belgique et la Grande-Bretagne s'inscrit dans ce contexte. En outre, le Conseil européen des ministres de la Santé du 26 juin 2002 a adopté une série de conclusions en matière de mobilité des patients. Le Conseil reconnaît que sont possibles des accords bilatéraux et régionaux qui respectent la compétence des Etats membres en ce qui concerne l'organisation de leurs systèmes de soins de santé et qui soient, en outre, conformes à la législation européenne. De tels accords doivent permettre une meilleure collaboration entre les systèmes de soins de santé nationaux en vue de favoriser leur complémentarité, plutôt que l'exportation unilatérale de patients.

hun best gedaan om die groep buiten de 1408 te houden. De Nederlanders hebben altijd gezegd dat de verordening 1408 daarop niet van toepassing is, omdat het om particuliere verzekeringen gaat, wat dan ook louter particulier is. Als die mensen zich dan over de grenzen bewegen, is er natuurlijk geen kader.

Mijnheer Vanvelthoven, ik wil u een stuk van mijn precieze antwoord geven, want daarover valt wel een en ander te zeggen. Om te beginnen wil ik verwijzen naar een antwoord op vraag nummer A496, waarin ik heb verwezen naar het principe van artikel 104ter van de ziekenhuiswet. Dat principe sluit de aanrekening van een bedrag uit, hoger dan de vastgestelde prijs per parameter, vastgesteld door de Koning onder de door hem bepaalde voorwaarden en regels, behoudens de toegelaten kamersupplementen. Elk ziekenhuis krijgt een mededeling van de bedoelde bedragen. Buiten de kamersupplementen kan geen hoger bedrag worden aangerekend dan hetgeen aan het ziekenhuis werd meegedeeld.

De vraag luidt of dat principe wel goed is. Als het gaat om patiënten met een typische, wat zwaardere pathologie, moeten zij dan niet meer gefactureerd krijgen? Om te beginnen denk ik dat de opmerking van de heer Vandeurzen terzake wel juist is. Die Britse patiënten krijgen, net zoals de Belgische patiënten, een gemiddelde factuur. Een Belg die met een zeer zware complicatie rond een heupfractuur geopereerd wordt, veroorzaakt veel meer kosten, maar zijn ziekenfonds krijgt uiteindelijk ook maar de gemiddelde factuur.

Natuurlijk, een Brit die met een zware complicatie naar hier komt en de gemiddelde factuur krijgt, "profiteert" uiteindelijk een beetje van het systeem. Daar hebt u gelijk. Uw precieze balans zou er dus eventueel niet kunnen zijn. Ik kan niet ontkennen wat u zegt en pleit er inderdaad voor dat we dat goed bekijken.

Natuurlijk, het is niet evident af te wijken van dat tamelijk fundamenteel principe dat in ons eigen systeem geldt. Als wij zeggen dat wij interactie willen op basis van 1408, dan wil dat zeggen dat wij de principes van ons eigen systeem toepassen. Mocht het bijvoorbeeld zo zijn dat typisch mensen van, ik zeg maar iets, Scherpenheuvel en Zichem in Genk terechtkomen met wat zwaardere pathologie dan mensen van Genk zelf – dat zou kunnen – dan is dat nog geen reden om te zeggen dat de inwoners van Scherpenheuvel en Zichem wat meer gaan betalen. Wij doen dat niet. Dat is ook de cohesie van ons systeem. Het is dus niet evident om daar even van af te stappen. Ik denk dat dit moet worden bekeken. We moeten inderdaad bekijken of men daar niet een systematiek krijgt die leidt tot een onevenwicht. Voor mij is het basisprincipe belangrijk, namelijk dat je 1408 toepast. Dat wil zeggen dat deze mensen in de solidariteit van ons systeem komen. Dan sturen we de factuur.

Met de Nederlandse patiënten die als particulier verzekerden naar bijvoorbeeld het ziekenhuis in Genk gaan, kan je dat niet. Ik moet toch wel zeggen dat er in de Europese wetgeving een absolute constante is, met name het principe van gelijkheid van behandeling. Nadenken over de vraag of je de reële kostprijs aanrekent en besluiten dat die hoger is, iets wat men nu niet doet in een Belgisch ziekenhuis, dan krijg je een andere Europese wetgeving die om de hoek komt kijken, namelijk gelijke behandeling. Dan moet je kunnen

L'accord bilatéral conclu peut être considéré comme un accord conformément à l'article 8 du règlement 1408/71. Il tend à créer un cadre dans lequel les patients du NHS britannique et les prestataires de soins belges peuvent conclure des accords. Les hôpitaux doivent passer un contrat avec le *NHS Lead Commissioner*, le mandataire britannique, dans le respect des dispositions de l'accord cadre. Cet accord dispose que les patients du NHS ne peuvent se voir adresser une facture plus élevée que les patients belges et que les patients anglais ne peuvent avoir la priorité sur les patients belges. Seule la surcapacité éventuelle dans nos hôpitaux peut donc être mise à profit. Nous suivrons l'application de ces contrats et, si nécessaire, nous prendrons des sanctions.

L'accord-cadre ne mentionne d'ailleurs nullement l'élimination des listes d'attente britanniques.

Le rapport du groupe de travail Affaires sociales de la Convention appuie mon point de vue en matière de sauvegarde des systèmes de soins de santé et sociaux "mixtes". J'espère que mon texte, qui peut d'ailleurs être lu sur mon site internet, sera inséré à l'article 3 du traité de l'UE.

Des progrès considérables ont déjà été réalisés dans ce domaine. Ainsi, certains membres du groupe de travail soutiennent ma proposition tendant à intégrer une sorte de clause horizontale dans le Traité européen. Avec l'aide de juristes, j'ai formulé un texte que j'aimerais insérer à l'article 3. Vous trouverez sur mon site internet ce texte, que j'ai prononcé devant la Convention le 21 janvier: "dans toutes ses activités et quelque forme que prenne la politique mise en oeuvre, l'Union doit tenir compte

bewijzen dat dat objectief zo is. Dus er is daar ook wel Europese wetgeving rond.

Daarover zijn er verschillende juridische interpretaties, maar kort samengevat: een patiënt uit Nederland valt onder de ziekenfondswet, die valt onder 1408. Daar moeten wij aanrekenen wat we aan Belgen aanrekenen. Een patiënt die particulier is verzekerd, valt niet onder 1408, maar die valt wel onder een paar andere Europese fundamentele principes. Die zijn natuurlijk voor veel interpretaties vatbaar. Stel dat je meer zou aanrekenen, dan moet je nog bewijzen dat dit objectief gegrond is. Ik lees even wat hier staat. Aan dergelijke patiënten die particulier verzekerd zijn, zou het aanrekenen van een meerkost voor particulier verzekerden slechts gerechtvaardigd zijn in het licht van Europese regelgeving indien dit gebaseerd is op objectieve overwegingen die losstaan van de nationaliteit van de betrokken personen en evenredig zijn aan het legitiem doel, volgens de vaste uitspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap.

Ik kom nu even terug van het juridische naar het politieke. Het blijft natuurlijk zo dat ik mij ook politiek beleidsmatig zorgen maak over mobiliteit van patiënten, zelfs al vallen die juridisch niet onder hetgeen ik onmiddellijk kan regelen, zelfs al zijn dat dus particulier verzekerden. Ik moet mij daar evenzeer zorgen over maken als ik mij zorgen maak over die Britse patiënten die uit Groot-Brittannië komen, waar het wel gemakkelijk aanpakbaar is. Ik denk dat ik daar inderdaad met Nederlandse collega's over moet spreken. Dat is ook de reden waarom wij daarover een fundamenteel debat moeten hebben.

Laat mij misschien eerst nog wat zeggen over het akkoord met de Britten. Ik denk eigenlijk dat ik het meeste al gezegd heb. Ik lees voor uit het akkoord met de Britten: "Op heden bestaat reeds een procedure voor het verlenen van toestemming om zich in het buitenland te laten verzorgen."

Deze procedure is vastgelegd in artikel 22 van verordening 1408/71 betreffende toepassing van de sociale zekerheidsregeling op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden die zich binnen de gemeenschap verplaatsen. Misschien moeten we ons ook de vraag stellen of de lidstaten niet moeten overwegen om deze procedure op een soepeler wijze toe te passen. Dit is een Europees debat op zich.

De huidige situatie in overweging genomen en in een poging om te vermijden dat patiënten buiten enig transparant kader toch grensoverschrijdend zorg gaan inkopen, lijkt het mij een daad van goed bestuur om dergelijk transparant kader te creëren. Het raamakkoord tussen België en Engeland inzake patiëntenmobiliteit dient dan ook in dit licht gezien te worden. Bovendien heeft de Europese Raad van ministers van Gezondheid van 26 juni 2002 een aantal conclusies inzake patiëntenmobiliteit aangenomen. De Raad erkende dat ten aanzien van de ontwikkeling van grensoverschrijdende samenwerking een belangrijke rol kan weggelegd zijn voor bilaterale en regionale afspraken die enerzijds, de bevoegdheid van de lidstaten eerbiedigen om hun gezondheidsstelsels te organiseren en die anderzijds, stroken met de toepasselijke Europese wetgeving. Het is mijn overtuiging dat

du fait que les Etats membres développent des systèmes de sécurité sociale dans le cadre desquels ils organisent la solidarité, l'accessibilité et un haut niveau de qualité". Si ce principe peut être inscrit dans la Convention, il constituera une orientation importante pour la Cour de Justice.

Le groupe de travail social de la Convention a également réagi positivement à mon plaidoyer pour l'insertion d'une méthodologie dans le traité. C'est ce que j'appelle une "coordination ouverte". A cette fin, nous devons rédiger un article général ainsi que des articles spécifiques pour l'application dans divers domaines. De cette manière, nous formulerons nos objectifs avec davantage de précision et nous nous familiariserons avec les autres systèmes.

Ma prise de position en faveur d'une majorité qualifiée a rencontré davantage de réticences. Si nous souhaitons adapter la coordination des règles de sécurité sociale aux patients mobiles, nous devons abandonner la condition d'unanimité. Je pense toutefois que mes arguments ont fait leur effet. Je n'exclus pas que les Britanniques me rejoignent sur ce point même si, par ailleurs, ils restent très réticents à l'idée d'abandonner le principe de l'unanimité dans le domaine de la politique sociale.

En d'autres termes, le débat mené au sein de la Convention s'est avéré fort utile. La Commission a de surcroît créé un *High Level Group on Health*, composé de ministres et de représentants de la société civile. La première réunion de ce groupe de travail au niveau ministériel a eu lieu lundi après-midi. Je suis parvenu à convaincre l'assemblée de la nécessité de créer un groupe de travail spécifique pour un certain nombre de questions

dergelijke akkoorden moeten leiden tot een betere samenwerking tussen de nationale gezondheidsstelsels, veeleer met het oog op de complementariteit van onze zorgstelsels dan op het eenzijdig exporteren van patiënten van het ene land naar het andere land.

Verder kan het bilateraal raamakkoord ook worden beschouwd als een akkoord overeenkomstig artikel 8 van verordening 1408/71. Dit artikel laat toe dat twee of meer lidstaten onderling, voor zover daaraan behoefte bestaat, overeenkomsten sluiten op de beginselen en de geest van deze verordening. Het bilateraal raamakkoord tussen België en Engeland dient in dit licht gezien te worden. Het raamakkoord heeft tot doel een transparant kader te creëren waarbinnen zowel NHS-patiënten als de Belgische zorgverstrekkers overeenkomsten kunnen sluiten, rekening houdend met de basisbeginselen van sociale bescherming en gelijkheid van behandeling. De ziekenhuizen dienen een contract af te sluiten met de NHS lead commissioner, de terzake gevolmachtigde persoon, overeenkomstig en rekening houdend met hetgeen bepaald is in het raamakkoord.

Dit is niet voorzien in onze wetgeving. Ik kan niet verwijzen naar een artikel in de ziekenhuiswet waarop ik mij kan beroepen. Ik heb een circulaire rondgestuurd. Aan Britse kant ligt het natuurlijk anders. Zij geven opdracht aan die lead commissioners om op die manier te functioneren. Ik zie niet direct een probleem van non-compliance of zo. Ik ben niet zo ongerust.

Het raamakkoord bepaalt dat NHS-patiënten niet meer mogen aangerekend worden dan de Belgische patiënten. De verzorging gebeurt overeenkomstig de wettelijke bepalingen van ons gezondheidsstelsel. De Belgische tarieven dienen gehanteerd te worden. Dat is trouwens ook het principe van artikel 104ter van de ziekenhuiswet. Elk ziekenhuis krijgt in het kader van de toepassing van de nieuwe ziekenhuisfinanciering mededeling van de bedragen die zij kunnen aanrekenen. Behoudens kamersupplementen is dat wat zij aanrekenen. Zij mogen geen andere dingen aanrekenen.

Voor de vertaling wil ik zeggen dat er een zeer vervelende tyfout staat in mijn antwoord op de vraag van de heer Vanvelthoven. Er staat: "Zij mogen een hoger bedrag..." Dit moet zijn: "Zij mogen geen hoger bedrag aanrekenen."

Het raamakkoord bepaalt ook heel duidelijk dat NHS-patiënten geen voorrang kunnen krijgen op Belgische patiënten. In die zin kan enkel gebruikgemaakt worden van de eventueel beschikbare overcapaciteit in de Belgische ziekenhuizen. De kwaliteit en toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging voor Belgische patiënten moeten gegarandeerd blijven. De ziekenhuizen dienen terzake ook hun rol en verantwoordelijkheid te nemen en geen contracten af te sluiten indien zij niet over de nodige overcapaciteit beschikken. We zullen de toepassing van de deze contracten van nabij volgen. Indien wij problemen vaststellen, zullen wij niet aarzelen de nodige maatregelen te nemen die ons wenselijk lijken.

Inzake het taalgebruik kan ik u meedelen dat ingevolge het raamakkoord de NHS lead commissioner en de betrokken Belgische ziekenhuizen terzake de nodige afspraken kunnen maken. Ik moet u zeggen dat het raamakkoord geen melding maakt van het

"horizontales". Comment concevoir le Traité européen si l'on veut, en tant que responsable politique national, conserver la possibilité de mener une politique propre, tout en rendant possible la mobilité des patients? Comment obtenir davantage de sécurité législative en matière de mobilité des patients? D'autres groupes de travail se consacreront à la qualité des soins de santé, à l'accessibilité et à la mobilité professionnelle. Quoi qu'il en soit, un important processus de réflexion a été engagé.

La France, les Pays-Bas, la Belgique, le Royaume-Uni et la Finlande s'efforceront d'apporter une réponse à ces questions, en étroite collaboration avec les autres pays. Ma proposition consistait à réunir un représentant de chaque type de système de soins de santé européen. Ces systèmes sont au nombre de quatre: le système d'Etat, le système de remboursement, le système de soins de santé en nature et le système scandinave. Ce *High Level Group* lance un important processus de réflexion dans le domaine des soins de santé.

Mme Avontroodt m'a enfin demandé mon opinion au sujet du rapport De Grauwe et Polan. Le fait que les auteurs s'étonnent de la corrélation positive entre compétitivité et développement de la sécurité sociale me surprend. Cette thèse est pourtant étayée par une ample littérature scientifique. La teneur de ce rapport confirme en d'autres termes ce que l'Europe défend depuis le sommet de Lisbonne : la protection sociale n'est pas l'ennemie de l'efficacité économique.

Je vais me livrer un instant à une interprétation polémique. Ceux qui prétendent que la protection sociale nuit au développement économique ont tort mais ceux qui

wegwerken van wachtlijsten maar ik neem aan dat dit voor Groot-Brittannië een redelijk gênante situatie is. Zij maken daar overigens niet veel publiciteit voor. Ik meen dat zij dit niet lang zullen kunnen aanhouden.

Ik kom dan terug op het meer algemene aspect. Ik heb geprobeerd bij te dragen tot het conventiedebat. Ik meen dat in de werkgroep Sociale Zaken van de Conventie, waarin ook Danny Pieters zetelde, vooruitgang werd geboekt omdat een aantal argumenten goed werden begrepen.

In het verslag van die werkgroep bijvoorbeeld wordt, niet door alle leden, maar toch door een significant aantal leden, steun gegeven aan mijn stelling dat we een soort van horizontale clause nodig hebben in het Europese verdrag. Hierdoor geef je aan bijvoorbeeld het Hof van Justitie, maar ook aan de Europese Commissie wat meer guidance met betrekking tot de vrijwaring van sociale systemen, van gezondheidssystemen die bestaan in lidstaten en die niet zuiver etatistisch zijn. Ik druk me nu zeer vrij uit, want het staat er niet zo in.

Ik heb met behulp van juristen een tekst geformuleerd. Ik stel voor dat hij wordt opgenomen in artikel 3. Het presidium bestempelt dat artikel als één van de basisartikelen van het nieuwe verdrag. U kan de tekst vinden op mijn website. Het staat in mijn tussenkomst op de Conventie van 21 januari. Ik zeg dat "bij alle activiteiten en in elke beleidsvorm de Unie rekening moet houden met het feit dat de lidstaten sociale zekerheidssystemen uitbouwen waarbij zij solidariteit, toegankelijkheid, hoge kwaliteit organiseren". Hetzelfde geldt overigens voor gezondheidszorg, onderwijs en vorming. Ik heb dat geformuleerd in één zin. Juristen zeggen mij dat als dit principe in het verdrag wordt geschreven, dit voor bijvoorbeeld het Hof van Justitie wel een belangrijke bijkomende richtingaanwijzer is. Een belangrijke groep van de sociale werkgroep staat er positief tegenover.

De sociale werkgroep van de Conventie heeft ook positief gereageerd op mijn pleidooi om ook een methodiek vast te leggen in het verdrag. Ik denk dat deze nuttig is in het kader van de Europese samenwerking. Het gaat namelijk over wat we open coördinatie noemen. We moeten dat doen met zowel een algemeen artikel als met specifieke toepassingsartikelen op diverse domeinen. Ik geloof dat die open coördinatiemethode nuttig is omdat we daarmee doelstellingen die we allemaal hebben duidelijker formuleren. We leren elkaars systemen ook beter kennen. We leren ook beter begrijpen hoe wij die doelstellingen respectievelijk willen waarmaken.

Ik heb meer moeite met mijn pleidooi voor gekwalificeerde meerderheid. Het gaat over het argument dat ik heb ontwikkeld over mobiliteit van mensen en coördinatie van sociale zekerheidsregelingen voor mobiele mensen. Ik denk dat we, als we deze coördinatie willen aanpassen, daar toch zeker moeten afstappen van de unanimitetsvoorwaarden. We moeten daar een gekwalificeerde meerderheid invoeren. Ik heb de indruk dat dit argument wel veel indruk heeft gemaakt. Ik sluit niet uit dat bijvoorbeeld de Britten op dat punt wel gaan bewegen.

Voor de rest blijft Groot-Brittannië bijvoorbeeld zeer weigerachtig om

affirment que la liberté de commerce, l'internationalisation et la mondialisation nuisent à la sécurité sociale ont également tort. Tout dépend simplement des objectifs que nous nous fixons. On peut parfaitement développer une protection sociale dans un pays très performant sur le plan économique.

op andere domeinen van het sociale beleid, waar Europa wel bevoegdheden heeft, af te stappen van de unanimitetsvoorwaarde. Ik denk dat, als men daar niet van afstapt, er op die andere domeinen niet veel meer gaat gebeuren in het grotere Europa.

Ik denk dat het debat in de Conventie totnogtoe nuttig is geweest. Morgen is er een plenair debat over de conclusies van de sociale werkgroep. Ik denk dat het wel vooruitgaat. Er is echter nog een ander initiatief dat erg belangrijk is. De Commissie heeft een High Level Group on Health opgericht. Deze groep bestaat uit ministers en ook uit vertegenwoordigers uit het middenveld. Dit zijn dan mensen uit hospitaaldirecties, artsen, patiënten, mensen van mutualiteiten en verzekeraars.

We hebben de eerste vergadering van deze High Level Group on Health maandagnamiddag gehad op het ministeriële niveau. Dat was een erg positieve vergadering. Ik had ook een aparte Belgische non-paper met vragen geïntroduceerd. In het begin van de vergadering was het nog niet zeker of we daarover een specifieke werkgroep zouden oprichten. Ik heb de vergadering echter overtuigd om een specifieke werkgroep op te richten over een aantal van deze – wat ik noem – horizontale kwesties. Deze kwesties zijn hoe je moet kijken naar de legale architectuur van het Europese verdrag als je als nationale beleidsmaker de mogelijkheid wilt behouden om je eigen beleid te voeren en tegelijkertijd patiëntenmobiliteit mogelijk te maken. Hoe krijgen we meer wetgevende zekerheid met betrekking tot die hele patiëntenmobiliteit? De heer Vandeurzen heeft gealludeerd op Kohl-Dekker en hoe het verder zou gaan lopen.

Ik had een hele reeks vragen op papier gezet en er is een akkoord in de High Level Group dat een aantal landen dat uitwerken, maar in nauw contact met alle landen. Dat zijn Frankrijk, Nederland, België, UK en Finland. Ik had gesuggereerd om van elk type model van Europees gezondheidszorgsysteem één vertegenwoordiger te nemen. Meestal is men het ermee eens dat het er vier zijn, staatsystemen à la Groot-Brittannië en Spanje, rembourseringssystemen of “fee for service” zoals Frankrijk en België, “in natura”-systemen zoals Nederland en Duitsland en dan het Scandinavische systeem. We gaan dus eigenlijk met een representatieve club van dat soort systemen rond die vragen werken en dat dan voorleggen aan de plenaire groep. Ik denk dat die High Level Group een heel belangrijk proces in gang zet van nadenken over gezondheidszorg. Er zijn vier werkgroepen. Andere werkgroepen gaan het ook hebben over kwaliteit – de Britten hebben een heel interessant papier neergelegd over kwaliteit, toegankelijkheid, professionele mobiliteit, enzovoort. We zetten dus een heel belangrijk denkproces in gang op Europees vlak.

Ten slotte vroeg mevrouw Avontroodt mij nog wat ik dacht van die paper van De Grauwe en Polan. Ik vind dat een goede paper. Het zal misschien wat kritisch klinken als ik het zo samenvat, maar het is wat verbazend dat de auteurs verbaasd zijn. Zij zeggen dat er eigenlijk een positieve correlatie is tussen concurrentiekracht en socialezekerheidsuitbouw. Zij zijn daar wat “verbaasd” over. Ze vinden dat een verrassend resultaat. Er is eigenlijk al heel wat wetenschappelijke literatuur die dat onderstreept heeft. Als men objectief gaat kijken hoe natiestaten economisch presteren en hoe natiestaten qua organisatie van hun sociale bescherming presteren,

dan stelt men vast dat wie goed is in het ene ook goed is in het andere. Daar is echt een heel duidelijke correlatie tussen. Dat spreekt tegen dat een hoog niveau van sociale bescherming slecht zou zijn voor de economische prestaties. Dat is niet zo. Het is gewoon een positieve correlatie. Ik vind dat dus een interessante paper omdat dit nog eens bevestigd wordt. Men kan daarrond enkele methodologische bedenkingen hebben, maar dat is niet essentieel. Die paper bevestigt eigenlijk wat wij op Europees vlak zeggen sinds de top van Lissabon, op een zeer officiële manier, namelijk dat sociale bescherming en economische efficiëntie niet elkaars vijand zijn. Dat gaat hand in hand. Dat kan samengaan. Die paper zegt dat. Ik geef even mijn wat polemische interpretatie. Enerzijds, hebben zij die zeggen dat sociale bescherming slecht is voor de economische ontwikkeling ongelijk, anderzijds hebben zij die zeggen dat openheid voor handel, internationale verwevenheid en globalisering slecht zijn voor de sociale zekerheid ook wel ongelijk. Het hangt er gewoon van af wat wij willen. Landen die zeer open zijn, kleine supertraders zoals België en Nederland, zijn ook kampioenen geweest van de sociale zekerheid. Het hangt er eigenlijk van af wat men wil. Men kan perfect een sociale bescherming uitbouwen in een land dat een supertrader is. Ik denk dat het interessant is dat dit ondersteund wordt. Dat maakt het ook gemakkelijker bepaalde debatten in de conventie gemakkelijker te voeren, als men kan zeggen dat sociale bescherming niet strijdig is met economische dynamiek. Ziedaar, voorzitter, een wat uitgebreide reactie op vier vragen.

**03.08 Peter Vanvelthoven (SP.A):** Mijnheer de minister, ik begrijp dat het een complex probleem is en dat de situatie van de Britten niet helemaal gelijklopend is met de situatie van de Nederlanders. Toch blijf ik met een paar vragen zitten. Wat het aanrekenen van de reële prijs betreft, zegt u dat voor de Nederlandse patiënten die door het Nederlands systeem van sociale zekerheid zijn verzekerd, alleen de verpleegdagprijs, en niets meer, mag worden aangerekend. Voor de patiënten die particulier zijn verzekerd, geldt ook dat principe, maar met de uitzondering dat men eventueel een meerprijs kan vragen voor zover men dat objectief kan verantwoorden, zoals u hebt geciteerd.

Dat betekent natuurlijk dat er toch een onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten die beter zijn verzekerd en die betere medische verzorging kunnen betalen, en andere patiënten. Voor de Belgische ziekenhuizen die zulke patiënten kunnen opnemen, kan dat de verleiding doen ontstaan om de beter verzekerden – de bemiddelde patiënten zal ik maar zeggen – uit het buitenland aan te trekken. Men kan hun immers meer aanrekenen dan andere patiënten.

**03.09 Minister Frank Vandenbroucke:** Mag ik u even onderbreken? Eerlijk gezegd, voor het Ziekenhuis Oost-Limburg lijkt mij dat niet duidelijk. Men zou de concrete praktijk van het ziekenhuis moeten bekijken om te weten of het iets doet dat eventueel een inbreuk op de ziekenhuiswet zou zijn, maar ik denk dat het dat niet doet.

**03.10 Peter Vanvelthoven (SP.A):** Ik zeg zelfs niet dat er een inbreuk zou zijn.

**03.08 Peter Vanvelthoven (SP.A):** Quelques questions restent tout de même à résoudre. Le ministre a déclaré que seul le prix de la journée d'entretien peut être facturé pour les patients néerlandais qui sont "officiellement" assurés socialement. Pour les personnes assurées individuellement, une majoration peut être portée en compte, pour autant qu'elle se justifie objectivement. Une personne mieux assurée peut donc payer davantage. Les hôpitaux belges ne seront-ils pas tentés d'attirer cette catégorie de patients?

**03.09 Frank Vandenbroucke, ministre:** Le directeur du *Ziekenhuis Oost-Limburg* a déclaré hier encore à la télévision que seul le montant facturable est facturé. Sur quoi votre crainte se fonde-t-elle?

**03.11** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik verlaat mij op een verklaring van de ziekenhuisdirecteur op tv. Ik neem aan dat wij ervan moeten uitgaan dat die juist is. Het klonk in ieder geval waarheidsgetrouw. Die man zegt dat zij dat helemaal niet doen: zij factureren wat zij mogen factureren. Natuurlijk, voor de rest zou het wel kunnen zijn – theoretisch gesproken en als het ziekenhuis artsen toeliet die niet op conventietarief werken – dat zij voor medische prestaties meer aanrekenen. Ook dat is daar niet het geval, denk ik. Het is dus niet heel duidelijk wat u daar als feitenmateriaal hebt.

**03.12** **Peter Vanvelthoven** (SP.A): Goed, maar ik lees in de krant uitspraken van ziekenhuisverantwoordelijken dat zij nu een nieuw contract hebben gesloten en dat zij nu meer vragen dan vroeger. Als men vroeger het correcte vroeg en men vraagt nu meer, vraagt men eigenlijk niet meer het correcte.

**03.12** **Peter Vanvelthoven** (SP.A): Sur ce que je lis dans les journaux: certains responsables d'hôpitaux facturent dès à présent davantage que le montant autorisé.

**03.13** Minister **Frank Vandenbroucke**: Maar dat is gisterenavond niet gezegd op tv.

**03.14** **Peter Vanvelthoven** (SP.A): Neen, maar ik lees het wel in de krant. Desgevallend kan ik het hier citeren. Maar goed, ik kom tot mijn volgende vraag. Ik lees dat in het bilateraal akkoord met Groot-Brittannië is bepaald dat er contracten moeten worden voorgelegd, dat die grondig worden bekeken en dat er controle is op de uitvoering ervan. Is het niet nuttig dat u dat ook zou doen in dit geval? Is er nu controle vanuit het ministerie of vanuit de Belgische overheid op de contracten tussen het ziekenhuis en de particuliere verzekeraars in Nederland? Is daarop controle? Als dat nuttig is voor het Engelse verhaal, is dat hier evenzeer nuttig, denk ik. Vandaar mijn vraag: is er die controle? Als die er nog niet is, denk ik dat het raadzaam is dat die er komt. Men moet niet afgaan op wat er gisteren op tv is gezegd, maar men moet concreet nagaan of wat men zegt ook klopt.

**03.14** **Peter Vanvelthoven** (SP.A): L'accord bilatéral avec la Grande-Bretagne prévoit un contrôle de l'exécution des contrats. Cette mesure serait également utile dans le cadre des contrats entre les hôpitaux et les assurances individuelles aux Pays-Bas.

Enfin, il y a le problème des listes d'attente. Nous devons absolument éviter de l'importer de Grande-Bretagne et des Pays-Bas. Il ne faut en aucun cas que la situation évolue de manière telle que le patient belge doive attendre plus longtemps et que la priorité soit accordée à l'étranger dont la clientèle est plus lucrative.

Daaruit volgt nog een laatste probleem, het probleem van de wachtlijsten, probleem waarmee men in Nederland en in Engeland geconfronteerd wordt. Men wil een stuk van dat probleem hier oplossen. Daardoor bestaat het hopelijk denkbeeldige gevaar dat die wachtlijsten zouden kunnen verschuiven naar hier. Ik lees ook vandaag dat de nationaal secretaris van de Christelijke Mutualiteit zegt dat er nu al wachtlijsten zijn in een Limburgs ziekenhuis waar Nederlandse patiënten worden behandeld. Ik weet niet over welk ziekenhuis men het heeft, maar als dat het gevolg is, is dat een knipperlicht dat overal moet beginnen te knippen. We hebben het dan immers niet alleen over het feit dat een belastingbetaler eventueel een stuk van de medische behandeling van Nederlanders betaalt, maar zelfs dat Belgische patiënten moeten wachten om misschien de meer lucratieve Nederlandse patiënten te laten voorgaan. Daarvoor wil ik absoluut waarschuwen.

**03.15** **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister uiteraard voor zijn uitgebreid antwoord, maar ik zou toch willen benadrukken dat er nog een ander probleem is. Er is niet alleen zoiets als patiëntenmobiliteit, maar meer en meer ook een verstrekkersmobiliteit.

**03.15** **Yolande Avontroodt** (VLD): Je crains un problème de mobilité pour les patients mais aussi pour les prestataires de soins. Un autre problème se pose: outre la mobilité des patients, il y a désormais également celle des

Mijn zorg is dat de werkomstandigheden en de aantrekkelijkheid



ervan worden gestimuleerd of behouden. Als wij niet opletten komt er een mobiliteit van zorgverstrekkers op gang, die trouwens vandaag reeds bestaat. Ook al is die mobiliteit niet per definitie fout, toch zijn er al ziekenhuizen die bepaalde excellenties – ik bedoel geen ministers, maar excellente verstrekkers – bij wijze van spreken uitbesteden gedurende een week, een maand, of een trimester, als een soort van uitwisseling. Dat kan een win-win-situatie opleveren, maar, mijnheer de minister, u zou dat facet moeten opwerpen in uw werkgroep of in uw afspraken, namelijk dat de mensen die wij hier een excellente opleiding hebben gegeven, bij wijze van spreken hier kunnen worden gehouden.

**03.16 Annemie Van de Casteele (VU&ID):** Mijnheer de minister, uw antwoord was vrij omslachtig en het is moeilijk om er in een korte repliek op in te gaan. Het is spijtig dat wij zo laat in de legislatuur zitten, maar een uitgebreider debat over dit thema was misschien ook in deze legislatuur nuttig geweest. In de vorige legislatuur hebben wij met mevrouw De Galan een dag gewijd aan de bespreking van de arresten van Kohl en Dekker en het was niet slecht geweest om daar een vervolg aan te breien. Dat zal dan misschien voor de volgende legislatuur zijn.

Dit debat kan inderdaad niet in slogans worden gevoerd, maar het is een debat dat wij niet uit de weg kunnen gaan. Het is belangrijk dat er een transparant systeem komt, een systeem dat toekomstkansen geeft op Europees niveau.

Wij halen eigenlijk twee dingen door elkaar, mijnheer de minister. Uw overeenkomst met de Britten geeft geen oplossing aan het probleem van de Nederlanders en de ziekenhuizen die een individueel contract sluiten met zorgverzekeraars in Nederland. Dat probleem blijft bestaan, maar misschien kunnen uw stappen bij de Nederlandse regering daar een oplossing aan bieden.

Wanneer u zegt dat u de overeenkomst voor een stuk wil gebruiken als koevoet om de Europese verordening nr. 1408 toekomstgericht aan te passen, moeten wij toch vaststellen dat verordening nr.1408 bedoeld was om individuele gevallen te helpen, mensen die individueel zorg zoeken in het buitenland. Men kan ervan uitgaan dat er een stuk bilateralisme is, want u noemt uw akkoord met de Britten bilateraal. Maar wat is er bilateraal aan? Ik bedoel daarmee, hoeveel mensen gaan er van ons naar Groot-Brittannië om zich daar te laten verzorgen? Ik neem aan dat beide zijden delen van het akkoord hebben aangebracht, maar ik noem het geen bilateraal, noch complementair akkoord. Het is een akkoord dat nu, op dit moment, aan de behoeften van Groot-Brittannië tegemoet komt en voor een deel de situatie bij ons kan verstoren. Wij moeten dat onder ogen zien en de situatie op de voet volgen.

Een aantal vragen blijven onbeantwoord. U zegt dat de Britten betalen wat de Belgische patiënten betalen, maar ik zei daarstraks dat wij onze ziekenhuizen ook met gemeenschapsmiddelen betalen. Wij betalen bijvoorbeeld hun infrastructuur en dat wordt niet doorgerekend, met andere woorden wij installeren een zekere solidariteit ten voordele van de Britten. Waarom ten voordele van de

prestataires de soins. Sur le plan des principes, nous ne sommes pas opposés à cette évolution mais nous devons veiller à maintenir des conditions de travail suffisamment attrayantes afin que les bons prestataires de soins ne soient pas tentés de quitter notre pays. Par ailleurs, l'échange de prestataires de soins, sous la forme de détachements temporaires, pourrait créer une situation gagnante pour les deux parties.

**03.16 Annemie Van de Casteele (VU&ID):** Il aurait été utile de mener un débat plus vaste sur ce thème mais nous manquons évidemment de temps à l'approche de la fin de la législature. Ce débat mérite plus que des slogans. Nous devons évoluer vers un système transparent au niveau européen. Votre accord avec les Britanniques n'apporte pas de solution en ce qui concerne les Néerlandais dans nos hôpitaux. Vos démarches auprès du gouvernement néerlandais pourraient peut-être contribuer à régler cette situation là. Vous vous basez sur le Règlement n° 1408 mais celui-ci évoque seulement des cas individuels.

Vous qualifiez l'accord conclu avec les Britanniques de bilatéral mais lequel d'entre nous ira se faire soigner en Grande-Bretagne? Je ne vois pas en quoi cet accord est bilatéral. Il n'est pas davantage complémentaire. Cet accord répond aux besoins des Britanniques mais pourrait perturber notre système de soins de santé. Vous indiquez qu'ils paient la même chose que nous mais les soins sont en partie financés par les deniers publics. Songez à l'infrastructure et au matériel. Pour quelle raison faites-vous preuve de solidarité envers les Britanniques et jusqu'où comptez-vous aller? Nous pourrions ainsi mettre en péril l'équilibre financier de notre

Britten en niet voor anderen die het misschien meer nodig hebben? Hoe ver kunnen wij daarin gaan? Europa legt inderdaad wel spelregels op, maar zegt ook duidelijk dat er uitzonderingen op het vrije verkeer kunnen zijn wanneer het financiële evenwicht van uw eigen systeem onder druk komt te staan. Dat moet u toch ook altijd in het achterhoofd houden!

Het moet ook eens onder de loep worden genomen wat u bedoelde toen u zei dat qua taal afspraken kunnen worden gemaakt. In hoeverre kan u dat op vrijwillige basis doen en wat gaat dat kosten?

Er wordt ook het signaal gegeven dat er in onze ziekenhuizen een overcapaciteit bestaat, wat niet altijd het geval is.

Ik heb daar toch ook vraagtekens bij. Wat doen we met de responsabilisering van de artsen? Gaan we die buitenlandse patiënten ook in rekening brengen bij de responsabilisering van de ziekenhuizen? Heel onze organisatie en programmatie van ons eigen systeem van gezondheidszorg wordt voor een stuk verstoord. We zullen het dus echt wel op de voet moeten volgen. Vandaar dat het toch wel nuttig is om daar ook op Europees niveau zeer veel zorg aan te besteden.

Ik wil eindigen. Ik ben zeker ook geen étatist. Ik wil ook de sociale cohesie en de eigenheid van ons systeem van gezondheidszorg en ons systeem van sociale zekerheid kunnen bewaren voor de toekomst. Wat dit betreft, moet ik toch nog even aanstippen dat als we naar een systeem gaan waar we de mogelijkheid hebben om op Europees niveau iedereen dezelfde garanties te geven om een kwaliteitsvolle en een betaalbare gezondheidszorg te krijgen, we ook rekening moeten houden met de mensen bij ons die niet op dezelfde manier behandeld worden in de ziekteverzekering. Het gaat hier over de zelfstandigen die nog altijd geen gelijke rechten hebben. Dat is een vraag die men toch moet stellen: hoewel buitenlanders naar hier kunnen komen hebben wij nog altijd mensen die ook meer moeten betalen voor hun gezondheidszorg, niet zozeer in de ziekenhuizen, maar vooral in de ambulante zorg. Misschien moeten we daar ook eens oog voor hebben.

**03.17 Jo Vandeurzen (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, ik zou de minister ook willen bedanken voor het antwoord. Er zijn al veel zaken in de repliek gezegd. Mijnheer de minister, ik pleit ervoor dat u zo snel mogelijk ook duidelijkheid creëert. De vraag van een aantal collega's en de nuanceringen in het antwoord, geven aan dat dit inderdaad op vele terreinen iets is waar ad hoc een aantal discussies en interpretaties aan gegeven worden. Ik denk dat het belangrijk is dat u duidelijkheid creëert naar aanleiding van de rondzendbrief. Wat zijn de tarieven van België en de eventuele meerkosten? Ik denk toch dat een aantal actoren die duidelijkheid verwachten.

De particuliere verzekeraars zouden natuurlijk niet liever hebben dat u gaat zeggen dat zij onder het stelsel van die verordening vallen. Dit is natuurlijk de goedkoopste vorm van zorg die zij zich kunnen voorstellen. Ik vind dat u toch zeer goed moet nadenken voor dit kan gebeuren. We zijn dan echt aan het subsidiëren en ik vrees dat dit niet de goede methode is. Wat de gelijkheid betreft, heeft u uiteraard een punt, maar ik denk dat wij als we aan dit debat beginnen ook moeten beseffen dat dit een zeer verregaande discussie is. Ik geef

propre système.

D'autres aspects seront également influencés par cet accord: la langue, la surcapacité, la responsabilisation, l'organisation et la programmation devront être attentivement suivies. Il importe que la cohésion sociale soit préservée en matière de soins de santé. Est-il équitable d'œuvrer pour la création d'un système égalitaire de soins de santé en Europe alors que des inégalités subsistent encore dans notre propre pays? Songez à l'important fossé qui sépare les salariés des indépendants.

**03.17 Jo Vandeurzen (CD&V):** Le ministre doit apporter une clarification. Dans de nombreux domaines, nous nous trouvons dans une situation où nous menons des débats et nous livrons à des interprétations ad hoc. Les acteurs de terrain veulent savoir à quoi s'en tenir en matière de tarifs et de surcoûts. Les assureurs privés aimeraient naturellement relever du système du règlement mais cette question doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. Quoi qu'il en soit, le subventionnement direct n'est certainement pas la bonne méthode. Nous pouvons marquer notre accord sur la question de

een voorbeeld. Bij de programmatienormen voor het zorgprogramma cardio moet men x-aantal cardiochirurgische operaties uitvoeren om erkend te blijven als zorgprogramma. Als wij daar doordenken is het mogelijk, door het exporteren van zorg en het opereren van Engelse patiënten, om in aanmerking te komen voor erkenningnormen in België met alle mogelijke investeringen en ondersteuning van dien. De vraag is wat de houding van de overheid daarin is. Als u zegt dat het Belgische patiënten moeten zijn, dan zit ik ook met een verhaal van Europa. Een Belgisch hart lijkt mij vanuit medisch standpunt hetzelfde te zijn als een Engels hart. Als het de bedoeling is om een volume op te leggen om kwaliteitsredenen, dan heb je daar ook een punt. Dit moet zeer voorzichtig, maar wel dringend onderzocht worden. Het is een verhaal met vele kanten.

Ik had nog twee opmerkingen. Men kan zeggen dat ziekenhuizen dan de meer interessante patiënten gaan opereren omdat ze daar geld aan verdienen. U zou ook kunnen zeggen dat ziekenhuizen dit zullen gebruiken om voor hun probleem van structurele onderfinanciering een oplossing te vinden. Dit is hetzelfde, maar op een andere manier gezegd.

Het is toch bekend dat een aantal ziekenhuizen in Vlaanderen zeer getroffen is door de manier waarop de nieuwe ziekenhuisfinanciering geïmplementeerd is. Ik hoor daar echo's van en ik kan dus begrijpen dat dit inderdaad een heel groot probleem is op het terrein.

U hebt niets gezegd over de artsen. U zegt wel dat iedereen zich moet houden aan de Belgische tarieven, maar wat betekent dat voor de specialisten? Moeten zij zich houden aan uw regels inzake de tweepersoonskamers en dergelijke? Vallen zij helemaal onder die regels? Wat wanneer zij niet geconventioneerd zijn en dus ongelimiteerde afspraken kunnen maken? Zit dat in uw monitorsysteem en gaat u dat mee observeren? Op welke manier gaat u de artsen bepaalde richtlijnen geven die hen binden?

**03.18** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik zal repliceren in omgekeerde volgorde. Ik onderschrijf wat de heer Vandeurzen zegt, dat er vele kanten aan het probleem zijn. Een daarvan is, zoals mevrouw Avontroodt heeft gezegd, de mobiliteit van de verstrekkers en het feit dat men een dienst probeert uit te bouwen door bepaalde mensen aan te trekken. Het gaat dus om veel meer dan pure patiëntenmobiliteit.

Ik wil ook zeggen dat mevrouw Van de Castele toch een beetje het slachtoffer is van de wijze waarop de media het probleem voorstellen. Ik wil de media zeker niet bekritisieren maar eerlijk gezegd, dat is in de media gekomen zonder dat ik daar eigenlijk om gevraagd had. Ik heb zelf – wat ik zeer zelden doe – de media een klein beetje moeten corrigeren toen het radionieuws van maandagavond via Belga – want Belga wist iets over die vergaderingen – vermeldde dat de Britten nu in België verzorgd

l'égalité mais il faut y consacrer un débat de fond. Dans le programme de soins cardiologiques, par exemple, un établissement hospitalier doit pratiquer un nombre minimum d'opérations pour rester agréé. Opérer des patients anglais pourrait donc être nécessaire pour obtenir cet agrément. Quelle position adopte l'autorité publique à cet égard? J'avoue que je serais contrarié si, pour atteindre cette norme, on ne prenait en compte que des patients belges. Du point de vue médical, un cœur belge et un cœur anglais sont évidemment identiques. Si vous imposez une norme quantitative pour garantir la qualité des soins, on ne peut vous le reprocher. Mais il importe d'examiner et d'évaluer tout cela. C'est un dossier très complexe. Les hôpitaux acceptent évidemment de soigner les patients les plus intéressants car ils peuvent ainsi résoudre leurs difficultés financières structurelles. Des tarifs de médecins sont évidemment en vigueur en Belgique mais qu'en est-il des honoraires des spécialistes si un patient occupe une chambre à un lit ou que le médecin n'est pas conventionné et ne respecte pas les accords en vigueur? Etes-vous en mesure de contrôler tous ces éléments? Comment comptez-vous vous y prendre pour obliger les médecins à respecter les directives?

**03.18** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je partage le point de vue de M. Vandeurzen: le problème revêt, en effet, de multiples aspects au nombre desquels il convient de citer la mobilité des prestataires de soins. L'enjeu dépasse donc largement le seul aspect de la mobilité des patients. Mme Van de Castele est victime de la manière dont ce dossier a été présenté dans la presse. Je me suis même vu contraint d'apporter un rectificatif aux informations, diffusées à la radio lundi soir, selon lesquelles

konden worden voor dezelfde prijs. Dat gaf de indruk: die Vandenbroucke is toch een vriendelijke mens, laat ze maar komen. Maar dat is natuurlijk niet de juiste ontstaansgeschiedenis. Het is niet zo dat wij plotseling beslist hebben ons goed hart te tonen aan de Britten. Nee, wat mij bezighoudt, is dat die ontwikkeling er hoe dan ook komt. Zelfs wanneer, in dit geval, de National Health Service nu zegt dat zij verzorging begint aan te kopen, kan zij dat; hou ze maar eens tegen.

**03.19 Yolande Avontroodt (VLD):** Maar dan moet u ze doorrekenen.

**03.20 Minister Frank Vandenbroucke:** Wacht even, nu zoekt u echt de polemiekie omwille van de polemiekie. Ik heb daarnet al erkend dat daarover discussie kan zijn. Dat heb ik al gezegd. Aan een inwoner van Scherpenheuvel-Zichem rekenen wij misschien inderdaad niet de voor Scherpenheuvel-Zichem gemiddelde kosten door wanneer die bijvoorbeeld in Genk wordt geopereerd. Ik bedoel maar...

Er zijn twee aspecten. Ten eerste, is de weegschaal in balans? Ten tweede, wat is het reguleringsmechanisme? Ik kies dus voor het reguleringsmechanisme dat beantwoordt aan de geest van de Europese Verordening 1408.

Wat de Britten betreft, is het niet zo dat wij die speciaal hebben uitgenodigd of dat wij hebben gezegd dat wij Britten belangrijker vinden dan inwoners van Zimbabwe. Nee, de inwoners van Zimbabwe horen niet bij de Europese Unie en hebben dus geen uitspraken zoals Kohl and Dekker achter zich. Dat is een gegeven binnen de Unie. Het is dus niet zo dat ik een of andere goedhartigheid heb betoond voor een bepaald soort mensen in Europa. Nee, die kunnen naar hier komen ingevolge de structuur van de Unie. Die structuur is niet meer duidelijk op dat punt.

Daarom vond ik het nuttig, zodra ik wist dat dit op komst was, met de Britten een bilateraal akkoord te zoeken. En zij vonden dat ook nuttig want het is een win-win-situatie. Dat doet mij zeggen dat hoewel het veel moeilijker te bereiken is, het geen illusie is te denken dat wij met de Nederlanders over de globale problematiek van het Nederlandse patiëntenverkeer ook wel een akkoord kunnen vinden. Ook dat is een win-win-situatie. Wij garanderen hun kwaliteit. Wat winnen wij erbij? Ik ga ervan uit, mevrouw Avontroodt, dat er collega's van u zijn die misschien graag dergelijke patiënten krijgen om zo hun boterham te verdienen. Als hier inderdaad een overcapaciteit bestaat, is daar niets aan verloren.

Bovendien, ook omgekeerd, wanneer ik met de Spanjaarden onderhandel over hoe onze gepensioneerden het in Spanje moeten doen, heb ik er belang bij dat ik een coherent verhaal heb tegenover heel Europa. U moet dit dus toch een beetje breder zien dan wat de

les Britanniques peuvent désormais bénéficier en Belgique de soins au même prix. Cette information donnait à penser que le dossier était uniquement l'expression d'un sentiment de sympathique indulgence de notre part à l'égard des Britanniques. Il n'en est évidemment pas ainsi. Cette évolution était inéluctable. Nous ne sommes même pas en mesure d'empêcher que le *National Health Service* "achète" des soins.

**03.19 Yolande Avontroodt (VLD):** Dans le cas, il faut répercuter la facture.

**03.20 Frank Vandenbroucke, ministre:** Nous ne devons pas uniquement vérifier si la balance est en équilibre mais également quel est le mécanisme de régulation. Quant à moi, je plaide en faveur de la régulation conformément à l'esprit du règlement européen 1408.

Il est faux de prétendre que voulons accorder un traitement de faveur aux Britanniques. Dans le cadre de la structure de l'Union, rien ne leur interdit de venir se faire soigner chez nous. Cette structure manquant de clarté, j'ai jugé opportun de conclure un accord bilatéral avec les Britanniques. Ceux-ci ont acquiescé à cette suggestion, car les deux parties sortent gagnantes de l'opération. Quant aux Néerlandais, nous leur garantissons la qualité. Là aussi, les deux parties sont gagnantes. Lorsque que je négocie avec les Espagnols à propos des retraités belges résidant dans ce pays, j'ai tout intérêt à tenir un discours cohérent.

Aucune indication ne permet de penser que l'hôpital du Sud-Ouest du Limbourg se livre à des pratiques douteuses, mais je n'en suis pas convaincu à cent pour cent.

kruideniersweegschaal zegt over het patiëntenverkeer over het Kanaal, tussen Groot-Brittannië en België. Wij moeten een globaal verhaal hebben.

Als ik mag, kom ik even terug op de twee toch wel pertinente opmerkingen van de heer Vanvelthoven. Ik wil alles goed nuanceren en de kerk in het midden houden.

Mijnheer Vanvelthoven, ik denk dat er vandaag niet onmiddellijk een aanduiding is dat het ziekenhuis Zuid-Oost Limburg iets doet wat niet oorbaar is of dat men daar tot een soort van loven en bieden is gekomen. Daar ziet het niet echt naar uit, vind ik. Maar ik weet het inderdaad niet met zekerheid; ik ga af op verklaringen. U hebt wel gelijk op twee punten. Daarom wil ik de heer Vandeurzen toch waarschuwen, want terzake zal meer en meer achterdocht groeien.

Controle en transparantie is dus inderdaad absoluut noodzakelijk. Men zou dat in deze ziekenhuizen ook moeten begrijpen. Ik neem aan dat men het ook wel begrijpt.

Controle op de boekhouding kan ik vandaag uitoefenen via de ziekenhuiswetgeving. Dat is geen enkel probleem. Ik mankeer echter inderdaad wel een raamakkoord dat die controle enigszins op een aantal gevoelige punten oriënteert. Over dat probleem zouden we met de Nederlanders moeten spreken. Dat akkoord is wat we met de Britten nu hebben. We zeggen dat we bepaalde punten gaan volgen. Het zou nuttig zijn dat we dit akkoord ook met de andere landen zouden hebben. Ik herhaal, ik kan controle uitoefenen in die ziekenhuizen. Dat is mogelijk. Het zou echter nuttig zijn om een soort raamakkoord te hebben dat die controle enigszins evident maakt en oriënteert.

Rond het probleem van de wachtlijsten vind ik dat de heer Hermes, die dit probleem in De Morgen heeft aangekaart, man en paard zou moeten noemen. Het is immers nogal gemakkelijk om te zeggen dat er een probleem is met de wachtlijsten. Ik vind dat hij dan man en paard moet noemen. Ook voor dat probleem zou het echter inderdaad voor het beleid preventief gezien goed zijn om een totale transparantie en een monitoring te hebben. Ik zou in dat geval aan u kunnen zeggen dat er een x aantal Nederlandse patiënten in België zijn. Ik zou dan ook kunnen aanduiden in welke ziekenhuizen die zich bevinden. Dan zou er geen probleem met de wachtlijsten zijn. Dat zou ik moeten kunnen zeggen. Zover zijn we echter vandaag nog niet. U heeft op dat vlak echt een punt. Die transparantie is precies waar we, onder meer, aan moeten werken.

Heb ik iets niet beantwoord?

**03.21 Yolande Avontroodt (VLD):** U heeft alles beantwoord. Ik wil enkel duidelijk stellen dat voor mij de win-win-situatie ook weer niet te regulerend mag zijn.

**03.22 Minister Frank Vandenbroucke:** Men moet inderdaad een kader hebben waarbinnen zij kan evolueren.

**03.23 Yolande Avontroodt (VLD):** Men moet dat vrij verkeer hebben. U zegt dat ik u verbaas. Ik denk echter dat men niet te strikt

Le contrôle et la transparence sont absolument impératifs. Je contrôle la comptabilité par le biais de la législation sur les hôpitaux. Je ne dispose cependant pas d'un accord cadre qui focaliserait le contrôle sur un certain nombre de points délicats. Nous avons conclu un accord de ce type avec les Britanniques et il serait bon de procéder de la sorte avec d'autres pays. En ce qui concerne le problème des listes d'attente, il conviendrait d'instaurer une transparence totale et un contrôle. Je pourrais alors vous indiquer précisément combien de patients néerlandais ont séjourné dans nos hôpitaux et à quels établissements ils se sont adressés.

**03.23 Yolande Avontroodt (VLD):** Je pense que nous ne

moet reguleren. Het kan immers ook voor de ziekenhuizen een win-win-situatie zijn.

devons pas adopter une réglementation trop stricte. Il est en effet possible que cette situation profite également aux hôpitaux.

**03.24** Minister **Frank Vandenbroucke**: Daar ben ik het mee eens. Ik had het verkeerd begrepen.

**03.25** **Yolande Avontroodt** (VLD): U bent niet van mening veranderd?

**03.26** Minister **Frank Vandenbroucke**: Neen.

De **voorzitter**: We moeten afronden. We zijn nu een uur en een kwartier over deze zaak bezig. Dat is voldoende. Het was interessant. Laten we terugkeren naar de agenda.

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

De vragen A845 en A859 van de dames Fientje Moerman en Muriel Gerkens worden naar een latere datum verschoven.

**04** **Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van materiaal voor ziekenhuizen" (nr. A869)**

**04** **Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de matériel pour les hôpitaux" (n° A869)**

**04.01** **Jo Vandeurzen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het zal u wel bekend zijn dat er in de ziekenhuissector toch wat onvrede is in verband met de regeling die is uitgewerkt voor het endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal. Die terugbetaling is beperkt tot 10% van een vooraf bepaalde kostprijs. Dat zou de kostprijs zijn van het materiaal. Men zegt mij dat de kostprijs die u hanteert, niet altijd overeenkomt met de reële kostprijs, zodat er met een fictief bedrag wordt gestart. Mijn vraag is: hoe worden de bedragen bepaald waarop dan de 10%-regel is toegepast?

**04.01** **Jo Vandeurzen** (CD&V): Le remboursement du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse mécontente les hôpitaux. Ce remboursement est limité à 10% d'un montant fixé préalablement qui est nettement inférieur aux frais réels de ce matériel à charge de l'hôpital. Comment les montants auxquels s'applique la règle des 10% ont-ils été fixés? Le ministre peut-il prouver qu'ils correspondent au prix réel de ces matériels? Ce règlement n'a-t-il pas pour effet de répercuter les frais sur les patients?

U schuift 90% door naar de patiënt of via de MAF naar de verzekeraar. Uiteindelijk zijn dat toch weer kosten die op een of andere manier aan de patiënt worden doorgerekend. Mijn vraag tweede is dan ook: wat zegt u op de kritiek dat u eens te meer kosten afwentelt?

**04.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, de bedragen van de verstrekkingen waarop de 10%-regel werd toegepast, kunnen worden opgesplitst in twee delen. Er zijn enerzijds, bedragen van verstrekkingen waarvoor er nog geen terugbetaling bestaat in het kader van de verplichte verzekering of van de aanvullende verzekering die aangeboden wordt door een aantal verzekeringsinstellingen. Anderzijds zijn er bedragen van de verstrekkingen waarvoor er reeds een terugbetaling via de aanvullende verzekering van verzekeringsinstellingen bestaat.

**04.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: On peut subdiviser les montants auxquels s'applique la règle des 10%, d'une part, en montants pour lesquels aucun remboursement n'est encore prévu et, d'autre part, en montants qui sont remboursés par l'assurance complémentaire. Ce règlement offre une solution au problème du nombre sans cesse

De bedragen van het eerste deel werden bepaald in overleg met

ziekenhuisapothekers en verzekeringsinstellingen en werden door hen tevens getoetst aan reële facturatiegegevens van de ziekenhuizen. Voor de tweede categorie hebben wij de bedragen overgenomen die in de aanvullende verzekering reeds gehanteerd werden.

De regeling wil een oplossing bieden aan de toenemende juridische geschillen en de onduidelijkheden in verband met de aanrekening van dergelijk materiaal aan de opgenomen patiënt. Ze laat ook toe dat de materialen op dezelfde wijze aangerekend worden voor alle verzekerden, ongeacht het ziekenfonds waarbij zij zijn aangesloten. Tevens wordt de financiële weerslag voor de patiënt ook ingedijkt door het overblijvende remgeld op te nemen in de teller van de MAF.

De regeling heeft geenszins tot doel de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen te vergroten. Het voorstel dat wij hebben gedaan, is een belangrijke stap naar een oplossing voor het aanrekenen van het endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal vanaf 1 april 2003. Vanaf die datum kunnen enkel nog de kosten van endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal worden aangerekend, wanneer die hetzij het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming door de ziekte- en invaliditeitsverzekering, hetzij voorkomen op een door de minister van Sociale Zaken vast te stellen lijst, nadat er een voorstel tot opname in de nomenclatuur werd geformuleerd. Voor de andere gevallen vallen de kosten ten laste van het ziekenhuisbudget.

Ondertussen zijn er contacten geweest met de ziekenhuisbeheerders die hun berekeningen en voorstel aan de technische raad voor implantaten hebben bezorgd. Op basis daarvan zal de terugbetaling van het endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal in zijn totaliteit met alle betrokken partijen worden geëvalueerd en zullen de forfaitaire bedragen, indien nodig, worden aangepast.

Tijdens de vergadering van 27 januari 2003 heeft het verzekeringscomité het voorstel tot gedeeltelijke terugbetaling van endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal goedgekeurd onder de volgende voorwaarden. Ten eerste, de gegevens – de berekening van de financiële weerslag van het voorstel en de lijst met berekeningen van de ziekenhuizen – worden uitgewisseld en geanalyseerd. Daarvan wordt verslag uitgebracht aan het verzekeringscomité.

Ten tweede, de prijzen van de belangrijkste verstrekkingen waarbij het bedrag ontoereikend is, zullen bij prioriteit worden herzien en vóór 1 juli 2003 aan het verzekeringscomité worden voorgelegd. Het gaat hier onder meer om het materiaal gebruikt bij de hemicolectomie, obesitas-chirurgie en endoscopische nefrectomie.

Ten derde, wachtlijsten worden opgesteld voor verstrekkingen waarbij de meerwaarde van endoscopische technieken aanvaard wordt en waarbij de kosten aan de patiënt kunnen worden aangerekend, voor zover de minister deze verstrekkingen op een door hem te publiceren lijst zet.

Ten vierde, de volledige nomenclatuur van endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal, zowel categorie 1A als 1B, wordt herzien. Dit houdt in dat zowel de medische aktes als de forfaitaire

croissant de litiges juridiques et du manque de clarté entourant la facturation de ce type de matériel. Dorénavant, ces matériels seront facturés de la même manière pour tous les assurés, quelle que soit la mutualité à laquelle ils sont affiliés.

Les conséquences financières pour les patients sont limitées grâce au fait que le ticket modérateur restant est intégré dans le calcul du maximum à facturer. A partir du 1<sup>er</sup> avril 2003, les frais du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse ne seront plus facturés que s'ils sont remboursés par l'assurance maladie-invalidité ou si le ministre les a inclus dans une liste après qu'une proposition d'insertion dans la nomenclature a été formulée.

Après concertation avec les parties concernées, j'ai décidé de procéder à une évaluation du nouveau mode de remboursement et, si nécessaire, d'adapter les forfaits. Le Comité de l'assurance a approuvé la proposition de remboursement partiel du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse. Dorénavant, les informations seront échangées, analysées puis communiquées au Comité de l'assurance. Les montants qui s'avèrent insuffisants seront revus et soumis au Comité de l'assurance avant le 1<sup>er</sup> juillet 2003. Des listes d'attente seront dressées pour des prestations dont la plus-value de l'endoscopie sera acceptée et dont les frais pourront être facturés aux patients. L'ensemble de la nomenclature des matériels d'endoscopie et de viscérosynthèse sera revu. Des spécialistes techniques seront associés à cette révision. La nomenclature et les listes d'attente seront mises à jour régulièrement. Le ministre de la Santé publique a promis d'apporter le plus rapidement possible une solution au problème de la stérilisation.

bedragen zullen geëvalueerd en indien nodig aangepast worden.

Ten vijfde, er zullen technische experts – aangesteld door de ziekenhuisbeheerders – bij de besprekingen betrokken worden.

Ten zesde, bij de minister van Volksgezondheid zal worden aangedrongen om het volledig verbod op hersterilisatie en hergebruik van one use-materiaal te nuanceren. Dit zou kunnen worden gerealiseerd via het bepalen van de materialen waarbij hergebruik wel is toegelaten en waarvoor guidelines voor de wijze waarop dit moet gebeuren, zijn opgesteld.

Ik kom tot het zevende en laatste punt dat door het verzekeringscomité is gemaakt. Er moet een regelmatige bijwerking zijn van de nomenclatuur en van deze nog op te stellen wachtlijsten.

Ik kan u al zeggen dat de minister van Volksgezondheid zich inmiddels bereid heeft verklaard om een oplossing voor de problematiek van de hersterilisatie te bespoedigen. Ik betwist toch wel zeer formeel dat we hiermee kosten afwentelen op de patiënten. Op 1 april verbieden we elke aanrekening van materiaal. Het wordt gewoon verboden. De ziekenhuizen zijn inderdaad zeer ongerust over de vraag of zij in hun budget voldoende middelen hebben om dit waar te maken. In het kader van de besprekingen in het RIZIV willen we in een systeem van gedeeltelijke terugbetaling voor endoscopisch en viscerosynthesemateriaal voorzien en de rest van de terugbetaling via de MAF mogelijk maken voor wie aan de financiële voorwaarden voldoet. Dat willen we mogelijk maken, maar we gaan niet over een nacht ijs. Ik wil daarin persoonlijk zeer voorzichtig optreden. We voeren heel wat overleg met iedereen die daarbij is betrokken, maar ik denk echt niet dat u kan zeggen dat we de patiënten op kosten jagen. Dat is niet zo. Integendeel, wij zijn bezig met een bijkomende financiering van de ziekenhuizen. Ik neem aan – dat is de bonne guerre – dat zij zeggen dat het hun problemen niet echt oplost. Ik neem aan – dat is zelfs niet de bonne guerre, maar een zeer technische discussie – dat we goed moeten verifiëren of we wel goed inschatten wat de kosten zijn van die materialen. We zijn de ziekenhuizen voor een deel aan het herfinancieren op dit punt en daardoor is het precies mogelijk om de patiënten beter te beschermen. Ik zal dat doen met veel overleg met alle betrokkenen.

Wat het budget van de ziekenhuizen betreft, wil ik u toch even een paar cijfers geven, allemaal over medische materialen. Om te beginnen is er 27,625 miljoen euro die al in 2001 werd beslist en stapsgewijze werd toegevoegd aan het budget van de ziekenhuizen. Vervolgens zijn er de bijkomende middelen die in de begroting 2003 werden toegevoegd ten bedrage van 32,24 miljoen euro. Ten slotte is een bedrag van 18,3 miljoen euro toegevoegd om extra kosten te dekken als gevolg van het verbod op hersterilisatie, waarvan ongeveer de helft sinds 1 juli 2002 en het saldo vanaf 1 juli 2003 aan het ziekenhuisbudget is toegevoegd. Als u dat nu optelt, kunt u zeggen dat de voorbije drie jaar meer dan 78 miljoen euro aan het ziekenhuisbudget is toegevoegd voor de opvang van kostenstijgingen van medische materialen. U hoort mij niet zeggen dat het voldoende is, maar het is toch een belangrijke inspanning.

**04.03 Jo Vandeurzen (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, we kunnen daarover nog lang discussiëren, maar ik dank de minister voor het

Le nouveau règlement n'a nullement pour effet de répercuter les frais sur les patients. Nous interdisons en effet toute facturation de matériels et financerons davantage les hôpitaux. Nous nous concertons abondamment à ce sujet avec toutes les parties concernées. Ces dernières années, nous avons fourni de gros efforts pour accroître le budget des matériels médicaux utilisés par les hôpitaux: 27, 625 millions d'euros de plus en 2001 et 32,24 millions de plus en 2003. Enfin, nous avons dégagé 18,3 millions d'euros pour financer le surcoût d'une interdiction de restérilisation.



uitvoerig antwoord.

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

**05** Vraag van mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van het geneesmiddel Pegasys" (nr. A903)

**05** Question de Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement du médicament Pegasys" (n° A903)

**05.01** Annemie Van de Casteele (VU&ID): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het is niet de eerste keer dat in onze commissie gesproken wordt over een dossier inzake de niet-terugbetaling van een nieuw geneesmiddel. Dit dossier vergt, mijns inziens, onze speciale aandacht, omdat het handelt over een nieuw interferon dat kan gebruikt worden bij de behandeling van hepatitis C. Zoals u weet, heeft ongeveer 1 tot 1,5% van onze bevolking deze aandoening. Het is een ziekte waarrond de jongste tijd sensibilisatie werd gevoerd omdat een aantal mensen, ook bekende mensen, zich geout heeft en verklaarde aan de ziekte te lijden. U kent de prognose van de ziekte. Na verloop van 10 jaar brengt dat in 20 à 30% van de gevallen levercirrose mee en leverfalen. In vele gevallen is er een sterk oplopend risico voor leverkanker. Het is een ziekte die heel veel menselijk leed alsook heel veel kosten met zich meebrengt.

Om deze redenen is het verwonderlijk dat de commissie Terugbetaling van geneesmiddelen een negatief advies heeft verleend over de mogelijke terugbetaling van een nieuw interferon dat beschikbaar is op de markt en in de meeste van de ons omringende landen terugbetaald wordt. Op dit ogenblik bestaat er in ons land een behandeling met interferon en ribaverine. Dat is een klassieke behandelingsvorm. Volgens specialisten geeft die behandeling slechts 40% kans op genezing. Met het nieuwe veelbelovende interferon Pegasys met een unieke structuur en een eenvoudige toediening zou de genezingskans verhogen tot ongeveer 60%.

Mijnheer de minister, is het correct dat de commissie Terugbetaling een negatief advies heeft uitgebracht? Waarop baseert zij zich? Aangezien het gaat om een interferon, is het geen goedkoop geneesmiddel. Over welke kostprijs spreekt men? De kostprijs is immers een van de achterliggende redenen voor een minder vlotte beslissing inzake terugbetaling. Men moet echter ook de voordelen van het geneesmiddel afwegen. Als het correct is dat het genezingspercentage stijgt van 40 naar 60%, ga ik ervan uit dat men op die manier vele andere kosten voor de ziekteverzekering kan uitsparen. Hebt u een idee hoeveel patiënten beter af zouden zijn met een behandeling met dit middel? Wat is uw standpunt in het dossier? Hebt u het advies overgenomen of bestaat de mogelijkheid dat het dossier opnieuw naar de commissie wordt verstuurd?

U weet dat in de commissie universiteitsprofessoren hun oordeel over het middel hebben gegeven. Zij waren unaniem positief. De Belgische hepatologen en gastro-enterologen hebben eveneens een positief oordeel geveld. Een aantal rapporten wijst duidelijk op het nut van dit geneesmiddel. Men spreekt zo dikwijls over evidence based medicine, dat ik mij hier toch vragen stel wanneer er

**05.01** Annemie Van de Casteele (VU&ID): L'hépatite C peut évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie et est source de bien des souffrances humaines et entraîne des frais médicaux importants. Pegasys est une nouvelle forme d'interféron utilisé dans le traitement de l'hépatite C. D'après les hépatologues, le produit est plus efficace que les produits disponibles sur le marché belge et le taux de guérison est de 60 %. Le produit est donc recommandé comme le nouveau traitement standard lors de la plupart des conférences scientifiques et il est remboursé dans la majeure partie des pays voisins. La commission compétente au sein de l'INAMI aurait toutefois rendu un avis négatif.

Est-ce exact? Sur quels éléments cet avis négatif se fonde-t-il? Quel serait le montant des dépenses supplémentaires dans l'hypothèse du remboursement? Ne conviendrait-il pas de prendre également en compte le taux de guérison de 60% et les économies qui en résultent? Combien de patients sont-ils concernés? Quel est le point de vue du ministre dans ce dossier?

hinderpalen blijken te zijn. Ik weet hoe het eraan toegaat in zo'n commissie. Er wordt heel vaak gelobbyd. Het zou wel eens kunnen dat een concurrerende firma de terugbetaling van Pegasys niet zit zitten. Hoe zit de vork aan de steel? Ik wil dat graag van u vernemen.

**05.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik ben het met het geachte lid eens dat preventie en behandeling van chronische hepatitis C onze volle aandacht verdient. In de interministeriële Conferentie voor volksgezondheid is trouwens een werkgroep actief die zich over deze problematiek buigt. Ik verneem dat de standaardbehandeling van chronische hepatitis C bestaat uit interferon, indien mogelijk in associatie met ribavirine. Beide geneesmiddelen worden momenteel terugbetaald. Recent werden zogenaamde gepegyleerde interferonen ontwikkeld, die onder meer het voordeel bieden slechts eenmaal in plaats van driemaal per week te moeten worden toegediend. De kostprijs van deze gepegyleerde interferonen ligt grosso modo driemaal hoger dan die van de klassieke moleculen.

De CTG schat dat de kostprijs van de behandeling van chronische hepatitis C met gepegyleerd interferon tussen 21 en 41 miljoen euro op jaarbasis bedraagt. De terugbetaling ervan dient dan ook nauwkeurig te worden afgewogen in functie van het verhoogd gebruiksgemak en vooral de therapeutische meerwaarde ervan. Dat is het werk van experts binnen de CTG. Op hun advies wordt sinds deze zomer een eerste van deze moleculen terugbetaald, met name Pegintron. Een tweede dossier dat werd ingediend, is inderdaad dat van Pegasys. Op basis van de wetenschappelijke elementen die in het dossier voorhanden waren, kwam de CTG binnen de haar wettelijk opgelegde termijnen echter niet tot een eensluidend advies over het al dan niet terugbetalen ervan. Ondertussen zijn echter nieuwe elementen beschikbaar gekomen over de waarde van het product. Ik heb de CTG dan ook gevraagd dit dossier in het licht daarvan opnieuw te evalueren. In afwachting ervan wordt het product nog niet terugbetaald.

**05.03** **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): Mijnheer de minister, er is dus duidelijk nog hoop. Er was geen eensluidend advies. U hebt een nieuw advies gevraagd. De enige vraag die ik dan nog heb, gaat over de timing.

**05.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat durf ik niet te zeggen, omdat ik even mijn procedurele referenties kwijt ben. Ik moest na 180 dagen natuurlijk iets tekenen. Ik teken dan negatief, maar ik vraag tegelijkertijd aan de commissie om het opnieuw te bekijken. Ik weet niet binnen welke timing zij dat doen, eerlijk gezegd. Ik durf het dus niet te zeggen, maar hoop natuurlijk zo snel mogelijk.

**05.05** **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): Kunt u dat voor mij eens opzoeken en mij dat laten weten?

**05.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, maar ik wil vermijden dat ik de indruk geef dat ik ze opjaag.

**05.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Actuellement, le traitement de base de l'hépatite C se compose d'interféron, combiné si possible à la ribavirine. Ces deux médicaments sont remboursés. De nouveaux médicaments appelés interférons pégylés ont récemment été mis au point. Ils ne doivent être administrés qu'une fois par semaine plutôt que trois fois mais ils coûtent trois fois plus cher que les molécules classiques.

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) a formulé un avis positif en faveur du remboursement du PEGintron. Quant au Pegasys, la CRM n'a pas émis d'avis unanime. Dans l'intervalle, de nouveaux éléments sont toutefois apparus et j'ai donc demandé à la CRM de réévaluer le dossier. En attendant, le médicament n'est toujours pas remboursé.

**05.03** **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): Tout espoir n'est donc pas perdu dans ce dossier. Le ministre peut-il fournir un échéancier?

**05.04** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je ne m'y risquerai pas. J'espère que la commission rendra un avis favorable dans les meilleurs délais.

**05.05** **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): Le ministre ne peut-il se renseigner à ce sujet?

**05.06** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je ne vais pas presser la CRM mais je poserai la question.

**05.07** **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): Ik vraag niet het te vragen voor dit specifieke dossier, maar ik vraag wat het normale tijdsbestek is.

**05.08** Minister **Frank Vandenbroucke**: Goed, dat zal ik doen.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.06 uur.  
La réunion publique de commission est levée à 16.06 heures.*