



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG

COMPTE RENDU INTÉGRAL

MET HET BEKNOPT VERSLAG

AVEC LE COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

woensdag

mercredi

22-11-2000

22-11-2000

14:15 uur

14:15 heures

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

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

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

INHOUD

- Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de patiënten met chronische ziekten" (nr. 2615) 1
Sprekers: Greta D'Hondt, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de werking van de ombudsdienst "Pensioenen"" (nr. 2631) 3
Sprekers: Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het cumuleren van een overlevingspensioen en een ziekte-, invaliditeits- of werkloosheidsuitkering" (nr. 2632) 4
Sprekers: Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van mevrouw Marie-Thérèse Coenen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanpassing van de WIGW's barema's en van andere vrijstellingen aan de verhoging van de pensioenen" (nr. 2636) 6
Sprekers: Marie-Thérèse Coenen, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de schaalvergroting in Belgische ziekenhuizen" (nr. 2651) 8
Sprekers: Trees Pieters, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de niet-terugbetaling van cholinesteraseremmers" (nr. 2654) 10
Sprekers: Yolande Avontroodt, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de procedures van het Bijzonder Solidariteitsfonds" (nr. 2740) 13
Sprekers: Joos Wauters, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

SOMMAIRE

- Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les patients atteints de maladies chroniques" (n° 2615) 1
Orateurs: Greta D'Hondt, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fonctionnement du service de médiations pour les pensions" (n° 2631) 3
Orateurs: Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le cumul entre une pension de survie et une indemnité pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage volontaire" (n° 2632) 4
Orateurs: Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de Mme Marie-Thérèse Coenen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'adaptation du barème des VIPO et d'autres exonérations à l'augmentation des pensions" (n° 2636) 5
Orateurs: Marie-Thérèse Coenen, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'augmentation d'échelle dans les hôpitaux belges" (n° 2651) 8
Orateurs: Trees Pieters, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'absence de remboursement des inhibiteurs de Cholinestérase" (n° 2654) 10
Orateurs: Yolande Avontroodt, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les procédures applicables au Fonds spécial de solidarité" (n° 2740) 13
Orateurs: Joos Wauters, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions

**COMMISSIE VOOR DE SOCIALE
ZAKEN**

van

WOENSDAG 22 NOVEMBER 2000

14:15 uur

**COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES**

du

MERCREDI 22 NOVEMBRE 2000

14:15 heures

De vergadering wordt geopend om 14.15 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.

La séance est ouverte à 14.15 heures par M. Joos Wauters, président.

01 Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de patiënten met chronische ziekten" (nr. 2615)

01 Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les patients atteints de maladies chroniques" (n° 2615)

01.01 Greta D'Hondt (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, de Christelijke Mutualiteiten maakten onlangs de uitslag bekend van hun onderzoek naar de toekenning van het zorgforfait aan chronische zieken. De evaluatie bleek positief. Het zorgforfait bereikt inderdaad de juiste mensen, maar een actieplan voor de volgende jaren dringt zich op.

De CM willen in dit verband een aantal prioriteiten naar voren brengen. Zo is er de opname van het remgeld van geneesmiddelen van categorie B in de sociale franchise en de fiscale franchise. Er zijn verder de verhoging van de uitkeringen voor werkonbekwame en invalide chronische zieken en de bijsturing van het incontinentieforfait. Bij de toekenning van het zorgforfait zou dus niet alleen rekening gehouden mogen worden met de zorgafhankelijkheid van de chronische zieke, maar ook met alle kosten die zijn ziekte met zich brengt.

In het licht van uw beleidsvoorstellen, mijnheer de minister, werd bij de chronische zieken gepeild naar wat zij belangrijk vinden. Het grootste belang hechten zij aan de financiële maatregelen. Zij willen kortom een hoger inkomen. Uit het

onderzoek blijkt immers dat het gezinsinkomen van meer dan een derde van de chronische zieken minder dan 40.000 frank per maand bedraagt. Zij vragen dat de vermindering van uitgaven voor de gezondheidszorg gemiddeld 36.000 frank op jaarbasis zou bedragen. Ook de uitbouw van de hulpverlening aan huis is voor vele chronische zieken prioritair.

Ik besef wel, mijnheer de minister, dat een aantal van die eisen in uw beleidsbrief worden opgenoemd. Vraag en antwoord hebben elkaar inmiddels gekruist. Ik heb er dus geen moeite mee als u in uw antwoord op mijn vraag zou verwijzen naar de inleiding van uw beleidsbrief en het debat dat daaraan volgende week zal worden gewijd. Vandaag zou u dan de punten kunnen behandelen die niet specifiek in uw beleidsbrief vermeld zijn.

Mijnheer de minister, ik heb zaterdag samen met 2.000 andere mensen met veel aandacht en interesse geluisterd naar de antwoorden die u gaf op de Dag van de Patiënt op de Heizel. Zaterdag hebt u mijn vragen dus eigenlijk reeds buiten het Parlement beantwoord. Ik wil u hier toch nog vragen wat uw mening is over het onderzoek van de CM en of de resultaten ervan in uw beleidslijnen kunnen worden ingepast? Op welke termijn zult u dit dan doen? Ik veronderstel dat uw beleidsbrief daar een antwoord op geeft?

Voor welke andere voorstellen mogen wij de spoedige omzetting naar concrete wetteksten verwachten, en op welke termijn?

Ik wil u ook vragen, mijnheer de minister, op welke termijn u het zorgforfait wil uitbreiden tot de chronische zieken die niet onmiddellijk zorgafhankelijk zijn, maar die door de frequentie of de langdurigheid van hun hospitalisatie hoge

gezondheidsuitgaven hebben.

Ten slotte wil ik u vragen voor welke initiatieven het bedrag van 1,5 miljard frank zal worden aangewend dat u in uw begroting voor 2001 hebt ingeschreven voor de chronische zieken?

Nogmaals, mijnheer de minister, ik heb er geen enkele moeite mee als u in uw antwoord zou verwijzen naar uw beleidsbrief en dat u vandaag alleen de punten behandelt die niet onmiddellijk in de beleidsbrief terug te vinden zijn.

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, dit gegeven staat centraal in de bespreking van de beleidsnota. Ik wil toch enkele bemerkingen maken. Mevrouw D'Hondt vraagt mijn mening over het recente onderzoek van de Christelijke Mutualiteiten. Een stuk van het onderzoek door CM uitgevoerd heb ik al grondig gelezen, namelijk dat deel over het inkomen van de chronisch zieken. Ik heb het nog niet in zijn geheel kunnen bestuderen. Een aspect dat mij interessant lijkt en belangrijk is om te signaleren, is wat gezegd wordt over het incontinentieforfait en de vraag of het de mensen die het nodig hebben wel bereikt. Daar durf ik mij nu niet over uitspreken. Ik heb mijn medewerkers gevraagd dat aspect van de problematiek grondig te bestuderen.

De studie van CM voegt zich volgens mij bij een aantal andere. Er is deze week sprake geweest van een studie van de VUB. Ik verwijs in de beleidsnota tot mijn spijt ook nog naar enkele andere voorbeelden. Ze tonen aan dat de ongelijkheid op het vlak van toegang tot gezondheidszorg - meer bepaald de ongelijkheid inzake gezondheid in onze samenleving - toeneemt. Bijgevolg hebben een aantal mensen het financieel bijzonder moeilijk om hun langdurige ziekte, ook financieel, door te spartelen.

Ik heb een aantal beslissingen genomen. Ik zal er dadelijk op terugkomen. Er zijn ook een aantal zaken in voorbereiding. Die zijn terug te vinden in de beleidsnota.

Zo is er het project over de maximumfactuur. Ik zal u nu reeds enige uitleg geven over de wetgevende techniek. Het project over de maximumfactuur is een zeer fundamentele ambitie. Ik wil namelijk het geheel van persoonlijke uitgaven voor verzekerde prestaties gezondheidszorg op jaarbasis beperken tot een maximumbedrag. Ik zal dat doen in functie van het inkomen. Omdat dit vele jaren werk veronderstelt, zal ik in etappes werken.

De eerste etappe is het inbrengen van de geneesmiddelen in de teller van de franchisesystemen. Dit kan, reglementair gesproken, met een koninklijk besluit inzake de sociale franchise worden verwezenlijkt. Voor de fiscale franchise is er een wijziging in de wetgeving nodig. Dat leg ik straks voor in de programmawet. Daarvoor moet de wetgeving worden gewijzigd. Meer heb ik in de programmawet niet willen brengen.

De les die ik uit mijn eerste jaar als minister heb getrokken is te vermijden te veel zaken in de programmawet in te brengen. Doe alleen het hoogstnodige. Ik heb de regering dus voorgesteld om rond het idee maximumfactuur - waarvoor meer wijzigingen aan de wet moeten worden aangebracht dan de zeer korte termijn oefening rond geneesmiddelen - een apart wetsontwerp in te dienen, want het is belangrijk dat hierover in deze commissie en in de Kamer een grondig debat wordt gevoerd.

U hebt mij een vraag gesteld over het zorgforfait. Het zorgforfait bereikt vandaag een doelgroep van ongeveer 45.000 mensen. Een grote groep mensen valt daarbuiten. Zij hebben ook veel kosten, maar zij voldoen niet aan een van de geldende afhankelijkheidscriteria om het zorgforfait te krijgen. Ik voeg daarom een nieuw uitbreidend criterium toe. Het komt erop neer dat, als men de voorbije twee jaar 120 dagen in een ziekenhuis heeft verbleven of 6 keer is opgenomen, men het zorgforfait kan krijgen, als men ook voldoet aan de financiële voorwaarde. Dat betekent dat men twee jaar na elkaar minstens 10.000 frank remgeld heeft moeten betalen. Bovendien verhoog ik het incontinentieforfait van 10.000 frank naar 15.000 frank.

De eerste maatregel inzake het zorgforfait vergroot de doelgroep tot ongeveer 100.000 mensen. De tweede maatregel inzake het incontinentieforfait vergroot de doelgroep niet, maar verhoogt het bedrag naar 15.000 frank.

De studie van de CM volgens dewelke de doelgroep niet goed gevat wordt door die criteria verontrust mij dus enigszins.

Ik geef u nu de stand van zaken. Op de Ministerraad van 6 oktober werd een koninklijk besluit goedgekeurd betreffende die twee elementen, zorgforfait en incontinentieforfait. Ik heb een advies gevraagd aan de Raad van State op 12 oktober op termijn van een maand maar ik

wacht nog steeds op antwoord. Ik hoop dat advies natuurlijk zo snel mogelijk te ontvangen. Ik wil het nog dit jaar publiceren zodanig dat het dit jaar van toepassing kan zijn.

Wat het budget betreft, ook dat komt nog ter sprake. U zult zien dat ik eigenlijk, enerzijds, voor de eerste etappe "maximumfactuur", het incorporeren van noodzakelijke geneesmiddelen, 1,4 miljard frank ter beschikking heb voor 2001. Anderzijds, heb ik voor een aantal kwaliteitsprojecten rond chronisch zieken maar ook voor specifieke punctuele problemen van terugbetaling, zoals voor prothesen, oorapparaten enzovoort 1,5 miljard frank ter beschikking.

Dat is mijn antwoord op uw vragen. De andere elementen zullen ter sprake komen bij de discussie over de beleidsnota.

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

02 Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fonctionnement du service de médiations pour les pensions" (n° 2631)

02 Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de werking van de ombudsdienst "Pensioenen"" (nr. 2631)

02.01 Jean-Jacques Viseur (PSC): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, je lisais récemment dans une information du gouvernement fédéral qu'en cas de problème de pension, «le médiateur pour les pensions vous écoute» et la publicité disait: «Vous avez une plainte à propos des prestations du fonctionnement des services de pension, à propos du calcul de votre pension légale, de son montant ou de son paiement; que vous soyez salarié, indépendant ou fonctionnaire, vous pouvez adresser toutes vos plaintes portant sur les pensions légales au médiateur pour les pensions: le médiateur cherche une solution, etc.».

Mon attention a été attirée par la situation suivante: quelqu'un, en raison de cette information, prend contact avec le service de médiations des pensions à propos de difficultés rencontrées dans le cadre d'une pension mixte, pension qui, partiellement, est due par une institution provinciale.

La réponse du service de médiations des pensions est qu'il lui est impossible d'intervenir auprès de l'autorité provinciale conformément au

principe de l'autonomie des autorités locales.

Ou le service de médiations des pensions a une portée aussi large que la publicité l'indique, et dans ce cas-là, pourquoi s'abstenir d'intervenir auprès d'une institution provinciale?

Ou, en raison de la répartition des pouvoirs, ce service de médiations des pensions ne peut pas intervenir - il vaudrait mieux d'ailleurs que la publicité en fasse état - et alors quelles sont, pour les bénéficiaires de ces pensions exclus de la compétence des médiateurs, les possibilités d'introduire des réclamations?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, le législateur a effectivement assigné au service de médiations pour les pensions l'instruction des plaintes relatives aux activités et au fonctionnement des services de pension qui attribuent et paient les pensions légales.

Le collège examine les réclamations qui touchent à l'établissement des droits à pension légale, leur paiement et leur montant. Toute personne intéressée, pensionnée ou future pensionnée, peut donc introduire une plainte.

La législation belge en matière de sécurité sociale connaît différents régimes légaux de pension selon la nature de la carrière professionnelle: le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime des fonctionnaires. A côté de ces régimes principaux coexistent des régimes spécifiques ou de moindre importance, qui en dérivent.

Tous les actes et comportements des services de pension et tous les faits dont le citoyen se plaint, peuvent être soumis à l'enquête du service de médiations pour les pensions.

Le contrôle de légalité constitue une des priorités et réside dans l'examen du respect de la législation par les services de pension. L'établissement des droits à pension dans chaque régime légal de pension, le paiement de la pension, y compris le délai de paiement, les modalités de paiement et le calcul du montant, entrent en ligne de compte dans une enquête visant à vérifier si la législation et la réglementation ont été correctement appliquées. Cela vaut également pour le traitement des demandes d'estimation de la future pension par le service Info-Pensions.

Les compétences des médiateurs pour les pensions sont toutefois limitées aux services de

pension. Ainsi, ils ne sont pas compétents en matière de plaintes au sujet du fonctionnement des services du personnel des autorités fédérales, communautaires ou régionales, qui fournissent des données de carrière aux services de pension.

De même, l'autonomie de certains organismes ou parastataux communautarisés et régionalisés, ainsi que celle des autorités provinciales et locales, doit être respectée. Le service de médiations pour les pensions n'est donc pas compétent pour instruire des plaintes sur des pensions légales que l'une de ces autorités attribuerait et/ou paierait elle-même.

Il arrive qu'une institution provinciale délègue la gestion ou le paiement de ses pensions. Dès lors, selon l'avis même du Conseil d'Etat, le service de médiations devient compétent lorsque cette délégation a été faite au bénéfice d'un service de pension à l'égard duquel le service de médiations des pensions est légalement compétent.

A titre d'exemple, je citerai les pensions du personnel de l'ancienne Province du Brabant lorsque les services de l'administration des pensions du ministère des finances ont été chargés de la gestion.

De plus, certaines prestations et indemnités qui dans le langage courant sont cataloguées comme pensions, telles que les prépensions et les pensions complémentaires, ne sont pas des pensions légales et le service de médiations n'est pas non plus compétent à cet égard.

Les bénéficiaires de pensions - ou des avantages dont je viens de parler - exclus de la compétence du service de médiations pour les pensions peuvent faire appel aux procédures ordinaires en cas de réclamation: ils peuvent s'adresser à l'administration concernée, au tribunal compétent ou encore, dans certains cas, aux services de médiations fédéraux, régionaux ou communaux. Quand ils s'adressent dans ces cas au service de médiations pour les pensions, l'arrêté royal du 27 avril 1997 impose aux médiateurs d'informer immédiatement le plaignant de leur incompétence et de les renvoyer à la personne, organisme ou service intéressé.

02.03 Jean-Jacques Viseur (PSC): Monsieur le président, je constate que le service de médiations des pensions décline sa compétence en ce qui concerne les pensions provinciales.

Concernant la dernière phrase du ministre à propos du renvoi obligatoire vers le service

concerné, je dois bien constater - bien sûr, je songe à un dossier particulier - que cela n'est pas toujours fait. En effet, il y a seulement une déclaration qui dit: «nous sommes incompétents».

02.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Tout d'abord, il s'agit là d'une question de terminologie; vous dites que «le service de médiations décline». Non, il s'agit de la loi.

Si vous avez un dossier concret où, selon vous, on a commis une erreur en ne le renvoyant pas au service compétent, donnez-le moi et je contacterai les médiateurs.

02.05 Jean-Jacques Viseur (PSC): D'accord, je vous le communiquerai.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le cumul entre une pension de survie et une indemnité pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage volontaire" (n° 2632)

03 Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het cumuleren van een overlevingspensioen en een ziekte-, invaliditeits- of werkloosheidsuitkering" (nr. 2632)

03.01 Jean-Jacques Viseur (PSC): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, durant ces dernières années, nous avons dû gérer la pénurie, et ce faisant, nous avons parfois pris des libertés avec le caractère «assurantiel» de la sécurité sociale.

J'ai sous les yeux un exemple typique relatif à la situation des conjoints survivants bénéficiant d'une pension de survie. Ces derniers peuvent, dans les conditions définies à l'article 64, § 2B, de l'arrêté royal du 21 décembre 1967, exercer une activité complémentaire à partir du moment où le revenu de cette activité ne dépasse pas un certain montant. Lorsque ces bénéficiaires des pensions de survie, d'ailleurs parfois assez jeunes, exercent cette activité complémentaire, ils ou elles cotisent évidemment aux diverses formes de sécurité sociale. Cependant, en cas de maladie ou de chômage, ces bénéficiaires d'une pension de survie ne peuvent cumuler celle-ci avec les indemnités de sécurité sociale. Cette situation présente un double défaut:

1. un défaut d'équité puisque les personnes, qui bénéficient d'une pension de survie et

qui exercent une activité professionnelle dont elles retirent un revenu, se voient financièrement pénalisées si par malchance elles perdent involontairement leur emploi ou tombent malade. Dans ce cas, elles ne bénéficient évidemment plus de leur revenu du travail mais elles perdent aussi le bénéfice des revenus de remplacement et des allocations sociales auxquels pourrait prétendre tout travailleur salarié dans la même situation;

2. un défaut de cohérence juridique puisque toutes les dispositions relatives au contrat de travail sont applicables aux pensionnés qui exercent des activités dans de telles conditions.

La solution passe par une modification de la loi. Cependant, indépendamment de la modification législative qui pourrait nécessiter un certain temps, le texte prévoit que le Roi peut faire usage du pouvoir que lui confère l'article 25 de l'arrêté royal n° 50 pour autoriser le cumul entre la pension de survie et une allocation sociale de chômage involontaire ou d'invalidité.

Si l'on veut tenir compte de la situation de ces personnes, la logique juridique de l'équité voudrait qu'il soit fait usage de cette possibilité ouverte au Roi pour limiter les cas les plus flagrants.

Monsieur le ministre, pourriez-vous me dire si vous avez l'intention d'apporter des modifications légales ou d'user de ce pouvoir conféré par l'article 25 de l'arrêté royal n° 50? Si votre réponse est négative, pourriez-vous me donner la raison qui justifie cette situation déséquilibrée?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, chers collègues, en réponse à la question, je peux communiquer qu'en vertu de l'article 25 de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés, le paiement de la pension de survie est subordonné à deux conditions:

- le bénéficiaire ne peut pas jouir d'une indemnité pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage involontaire, ni d'une allocation pour cause d'interruption de carrière ou de réduction des prestations, ni d'une indemnité complémentaire accordée dans le cadre d'une prépension conventionnelle; à cette règle, il n'existe pas de dérogation;
- le bénéficiaire ne peut pas exercer d'activité professionnelle; par dérogation à cette condition, l'exercice d'une activité professionnelle est autorisé pour autant

que l'intéressé en ait fait la déclaration et que les revenus provenant de cette activité ne dépassent pas certaines limites.

C'est la situation actuelle. Nous discutons ici d'un élément qui se trouve aussi dans ma note de politique générale, mais vous l'ignoriez, évidemment. Ce n'est pas une critique de ma part.

Le paiement d'une pension étant soumis à des règles strictes, il peut en résulter une chute d'activité parce que tout travail supplémentaire est découragé. Afin de pouvoir soutenir les efforts des personnes qui souhaitent travailler, j'ai chargé le service d'étude du ministère des Affaires sociales d'examiner cette problématique. Sur la base des résultats de cette étude, il sera examiné comment rendre plus attractive la combinaison d'un travail partiel avec une pension. Fera également l'objet d'un examen, l'opportunité, dans le cas particulier des bénéficiaires d'une pension de survie, de pouvoir cumuler deux revenus de remplacement: le revenu de remplacement - pension de survie - sur la base de l'activité du conjoint décédé et le revenu de remplacement sur la base de sa propre activité. Il y a parfois des drames personnels, par exemple, une veuve qui travaillait devient malade ou chômeuse et ne peut donc pas cumuler son revenu de remplacement avec la pension de survie.

Comme vous l'avez mentionné, vous avez déposé une proposition concernant cette problématique et Mme Cahay l'a fait également. En ce qui me concerne, je finalise actuellement une étude et je suis occupé à en tirer les conclusions.

Je signale que dans ce problème, il faut en outre tenir compte du fait que les mêmes conditions existent dans les régimes de pension des travailleurs indépendants et des agents du secteur public, de sorte que des modifications éventuelles devraient être applicables aux trois régimes de pension. Je dois me concerter avec mon collègue, Jaak Gabriels, et je ne peux pas m'aventurer dans des propositions actuellement. Je dois finaliser l'étude que je suis occupé à mener, comme il est indiqué dans la note de politique générale.

En conséquence, j'estime qu'il est prématuré d'envisager une modification dans le seul régime des travailleurs salariés, mais il faudra certainement revenir à ce dossier.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question orale de Mme Marie-Thérèse Coenen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'adaptation du barème des VIPO et d'autres exonérations à l'augmentation des pensions" (n° 2636)

04 Mondelinge vraag van mevrouw Marie-Thérèse Coenen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanpassing van de WIGW's barema's en van andere vrijstellingen aan de verhoging van de pensioenen" (nr. 2636)

04.01 Marie-Thérèse Coenen (ECOLO-AGALEV): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, depuis le 1^{er} janvier 2000, le revenu minimum des personnes âgées a augmenté d'un peu plus de 1.000 francs. On s'en réjouit. Mais plusieurs personnes m'ont signalé que cette augmentation avait des effets pervers. Je vous citerai l'exemple d'une personne handicapée à plus de 68% qui touche une pension de l'Etat. Elle a bénéficié pendant un certain nombre d'années du statut de VIPO. A partir de 1994, les barèmes n'ont plus été indexés par mesure d'économie. Ensuite, le barème VIPO a été à nouveau indexé, mais sans tenir compte de la période de vaches maigres. Il n'y a donc pas eu de réévaluation des barèmes en tant que telle.

On constate que toute augmentation des pensions peut entraîner, dans le chef d'un certain nombre de personnes, la suppression du statut de VIPO si leur revenu dépasse le plafond de référence. Or, perdre le statut de VIPO à cause d'une augmentation relativement faible peut poser d'énormes problèmes pour ces personnes et entraîner des conséquences importantes sur leur niveau de vie réel. En effet, elles perdent des remboursements préférentiels à la mutualité, une série d'accès aux soins et des avantages en matière de journées d'hospitalisation. Il faut tenir compte aussi des secteurs dérivés. Il y a encore le problème des transports, mais ce dernier a été résolu par une mesure que vous avez prise en la matière. Il y a aussi le problème des déductions fiscales, des déductions liées au téléphone, au gaz, à l'électricité, etc. Donc, une augmentation relativement faible peut entraîner une perte de statut et celle d'une série d'avantages liés au statut de VIPO. Cela aura aussi des conséquences sur les taxes régionales qui sont perçues sur le revenu des personnes. A ce niveau-là aussi, ces personnes perdent leur droit à des réductions.

Qu'en est-il exactement de la liaison des barèmes de référence avec le niveau des revenus des personnes âgées? Une adaptation des revenus

est-elle prévue non pas simplement sur la base de l'index de l'année mais selon un mécanisme de rattrapage par rapport à la période d'austérité? Un recensement est-il prévu de tous les systèmes conditionnels ayant trait au statut VIPO? Si le statut VIPO reste plafonné à un certain niveau, ces systèmes conditionnels ne doivent-ils pas être augmentés afin que ces personnes puissent avoir accès au statut?

La personne prise en exemple a constaté qu'elle aurait encore eu droit pendant un an au statut VIPO. Elle en a été informée trop tard. Je me demande donc si l'on ne pourrait pas prévoir un système d'information centralisé en vue de mieux renseigner les gens sur leurs droits en cours d'année. En effet, si les personnes ne se renseignent pas elles-mêmes sur leurs droits, on constate qu'il y a un problème d'accès à l'information et à la mise en œuvre de droits auxquels elles peuvent normalement prétendre.

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, chers collègues, la question de Mme Coenen vise une série de problèmes importants qui touchent à l'architecture même de la politique sociale. La manière dont les réglementations sociales s'articulent peut parfois générer des petits et des grands drames chez certains.

La question posée est donc aussi très intéressante du point de vue de l'architecture optimale de la protection sociale, matière qui connaît de nombreuses contradictions.

Après avoir abordé quelques aspects techniques, je reviendrai sur le fond de la question.

L'article 1^{er}, § 1^{er}, alinéa 3 de l'arrêté royal du 8 août 1997 fixant les conditions de revenus et les conditions relatives à l'ouverture, au maintien et au retrait du droit à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, prévoit que les plafonds prévus sont liés à l'indice-pivot 143,02 et sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être d'une manière identique à celle en vigueur pour les pensions.

Etant donné cette règle, une indexation de la pension minimum ne peut donc pas avoir pour effet de faire dépasser à un titulaire le plafond prévu pour l'octroi du droit à l'intervention majorée. Celui-ci est fixé actuellement, à la suite de l'indexation intervenue le 1^{er} septembre 2000, à 484.007 francs, augmenté de 89.602 francs par personne à charge.

Il est vrai que dans la mesure où il pouvait y avoir, jusqu'à présent, un ou deux mois de différenciation, cela pouvait causer des problèmes. Mais si les mécanismes d'indexation sont exactement les mêmes, cela ne pose, en principe, aucun problème, parce que le plafond est lui-même indexé.

Il en va autrement d'une majoration de la pension comme celle que vous évoquez et qui est intervenue au début de l'année 2000, majoration qui est venue s'ajouter à l'indexation. Certaines personnes ayant bénéficié de cette majoration et dont les revenus se situaient auparavant juste au-dessous du plafond, ont ainsi effectivement pu perdre leurs régimes préférentiels.

Je vais d'ailleurs à cet égard vous communiquer une note chiffrée, de laquelle il ressort que si l'on compare, d'une part, les plafonds et, d'autre part, les pensions minima, pour une personne vivant seule ou un ménage disposant de la pension minimum, la majoration de 1.000 francs que j'avais proposée ne peut pas poser de problèmes.

Le problème se pose lorsqu'il y a cohabitation. La pension minimum est largement au-dessous du plafond VIPO. Si une personne est isolée et vit de sa pension, elle n'aura aucun problème car le montant de sa pension ne dépassera jamais le plafond suite à la majoration que j'ai donnée. Le problème concerne les personnes vivant au sein d'une famille et pour qui le revenu familial est évidemment pris en compte dans le système VIPO.

Dès lors, il est possible que la majoration de la pension d'un des partenaires fasse perdre à l'un ou l'autre le statut VIPO préférentiel. Cela dépend des montants.

Je crois que l'on est confronté à un problème fondamental ainsi qu'à une certaine contradiction insoluble: les mécanismes et les outils sont tels qu'avec le système VIPO préférentiel limité par un plafond - où tout est noir ou tout est blanc -, la personne qui ne dépasse pas le seuil bénéficie de l'avantage à 100% tandis que celle qui le dépasse, perd tout avantage. Cela crée toute une série de problèmes.

C'est l'inconvénient de ce système de ciblage basé sur ce genre de plafond. A vrai dire, mais ce n'est pas ma compétence et donc je reste prudent, je regrette que tant au niveau fédéral qu'au niveau des communautés et des régions, motivées par des initiatives faisant preuve

d'inspirations tout à fait louables, de plus en plus de systèmes basés sur ce type de seuils ont été mis en place ciblant certaines couches défavorisées de la société. Les gens qui dépassent ce plafond à cause d'une mesure, perdent toute une série d'avantages.

Les parlementaires régionaux et fédéraux devraient réfléchir lorsqu'ils proposent des mesures qui, à première vue, sont des mesures bien ciblées. C'est vraiment une contradiction de la politique sociale. Je pense pouvoir apporter une solution par le biais de ce que j'appelle la «facture maximale». Dans la première étape, ce système comprendrait plusieurs seuils, lesquels protégeraient les personnes contre la perte de tout avantage parce que le deuxième seuil ne serait pas encore atteint.

J'imagine un exemple. Supposons que le premier seuil s'arrête à 100 - 100.000 ou 500.000 francs, peu importe -; le deuxième seuil à 120.

Par exemple, pour ceux dont le revenu se situe au-dessous de 100, nous fixons la facture maximale annuelle à 15.000 francs; pour ceux dont le revenu se situe entre 100 et 110, nous fixons cette facture maximale à 20.000 francs. Cela signifie qu'un pensionné qui, par le biais de la majoration hors index que j'ai évoquée, dépasse le premier seuil, ne pourrait sur une base annuelle qu'être pénalisé, en cas de grave maladie, à ratio de 5.000 francs, la différence entre la première et la deuxième facture maximale.

Un système de facture maximale, plutôt graduel en termes de seuil et de limitation, est déjà beaucoup plus adéquat que le mécanisme actuel comportant un seul plafond, le VIPO préférentiel, où tout n'est que noir ou blanc.

Si la facture maximale est instaurée, j'espère pouvoir dans une première étape fixer une facture maximale pour les revenus les plus modestes, notamment le VIPO préférentiel, mais également une deuxième facture maximale pour des revenus modestes sans être les plus faibles. Nous pourrions alors corriger quelque peu l'effet pervers de ce type de majoration. Pour celui qui reçoit un supplément mensuel de 1.000 francs grâce à une mesure appliquée sur les pensions - soit 12.000 francs brut par an et sans doute moins en net -, si l'effet négatif est limité à 5.000 francs au maximum, les résultats sont déjà beaucoup plus nuancés.

C'est une des raisons pour lesquelles j'estime que le système VIPO est de plus en plus inadéquat. Il

faut un système de protection complémentaire, visant la facture sur une base annuelle et prévoyant des gradations permettant un lissage plus souple de la protection.

Nous en discuterons lors des débats sur la loi-programme et toutes les mesures d'exécution, notamment quand j'introduirai un projet séparé sur le concept de la facture maximale. Je pourrai alors vous en parler d'une manière plus concrète qu'aujourd'hui.

Vous avez également évoqué la problématique de l'information des personnes concernées. Je reviens à ma note technique.

Pour obtenir le droit à l'intervention majorée, le titulaire doit souscrire une déclaration sur l'honneur et la remettre à sa mutuelle. C'est à cette dernière, donc la mutuelle, que revient par le biais de la presse mutualiste notamment, la tâche d'informer ses affiliés de la possibilité éventuelle d'obtenir le régime préférentiel, pour autant, bien entendu, que les revenus du ménage des personnes concernées soient inférieurs au plafond. La mutuelle n'ayant pas connaissance des revenus de ses affiliés, une démarche de ceux-ci demeure donc nécessaire.

C'est un inconvénient, mais c'est aussi une des contradictions de la politique sociale. Si on voulait avoir un système automatique, alors les mutuelles ou l'INAMI devraient avoir accès à toutes les statistiques et même toutes les données immédiates concernant les revenus de gens. Mais la loi sur la vie privée ne le permet pas.

Je suis en train de faire des simulations sur l'idée de la facture maximale. J'ai dû exercer d'énormes pressions sur le ministère des Finances pour obtenir des données concernant les revenus, uniquement pour faire mes recherches, même pas pour faire de la politique concrète! Donc ce n'est pas simple du tout. Il y a là une autre contradiction: c'est l'idée de la protection de la vie privée, l'idée que des statistiques fiscales, des données concernant les revenus ne sont pas distribuées comme cela à une mutuelle, avec la conséquence que les personnes concernées doivent elles-mêmes activer cette protection, et avec les conséquences négatives que vous avez évoquées.

La faisabilité d'une protection plus automatique, qui ne dépende pas de l'action de la personne concernée, est aussi un des débats qu'il faudra avoir lorsqu'on va concrétiser l'idée de la facture maximale. Car, à vrai dire, je voudrais que ce soit

plus automatique que le système actuel de la franchise ou du VIPO.

04.03 Marie-Thérèse Coenen (ECOLO-AGALEV): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il est vrai que cela touche, comme vous le dites, à l'architecture de la sécurité sociale et que le fait d'avoir un barème «soit on est dedans, soit on est dehors» crée parfois des injustices. Certaines personnes ont même pensé refuser une augmentation parce que dans l'équilibrage à faire entre les avantages du statut et le revenu, quand cela se joue à 500 ou 1.000 francs, il est clair que pour beaucoup, on commence à calculer de la sorte. Surtout qu'il y a beaucoup d'autres droits qui sont liés au statut, vous l'avez souligné.

Je n'ai pas déposé une interpellation, j'ai posé une question, mais je trouve que ce serait un beau sujet d'étude pour avancer plus finement.

Enfin, au niveau de la démarche individuelle et du droit privé de la protection des personnes, ce n'est pas de votre ressort, ce n'est pas vous qui gérez cela, mais, dans cette philosophie de la politique beaucoup plus proche du citoyen, de l'information plus proche du citoyen, le portail d'informations, n'y aurait-il pas moyen d'ouvrir une piste?

On pourrait peut-être, par ce biais-là, attirer l'attention des personnes sur le fait qu'elles sont au-dessous d'un certain plafond de revenu officiel et qu'elles peuvent, individuellement, faire appel à toute une série de démarches. Cela devrait être possible, à mon avis, dans les systèmes informatisés et mécanisés que l'on connaît. Mais on ne sait pas ce qui se passe au-dessous de 500.000 francs de revenu par an. C'est aussi un no man's land qui reste important.

Je trouve que ce serait peut-être une piste de travail.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Mondelinge vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de schaalvergroting in Belgische ziekenhuizen" (nr. 2651)

05 Question orale de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'augmentation d'échelle dans les hôpitaux belges" (n° 2651)

05.01 Trees Pieters (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, de

overheid in dit land is er sedert decennia van uitgegaan dat schaalvergroting in ziekenhuizen schaalvoordelen genereert. Precies omdat de kosten in de gezondheidszorg in het algemeen en in de ziekenhuissector in het bijzonder explosief gestegen zijn, heeft de overheid ingegrepen in de schaalgrootte via allerlei normen en wetten die ze aan die sector oplegt. Zo werd onder meer eind de jaren '80 een minimumconcept van kracht waardoor de ziekenhuizen die niet meer aan dit concept voldeden de keuze hadden ofwel te sluiten ofwel te fusioneren. In de jaren die daarop volgden legde de wetgever de normen vast voor drie verschillende geformaliseerde samenwerkingsverbanden: de groepering, de fusie en de associatie.

Na een aantal jaren op die manier te hebben gewerkt werd zopas een nieuw onderzoek afgerond over het feit of die genomen maatregelen wel tot de gewenste effecten hebben geleid. Of, anders gezegd, of grotere ziekenhuizen effectief goedkoper werken dan kleinere, of nog anders gezegd: bestaan de schaalvoordelen die de overheid hanteert om haar beleid te verantwoorden ook echt?

De studie die ik onder ogen heb gekregen is alleen gebaseerd op de verpleegdagprijs. Dat is dus maar één element van de totale kostprijs van het ziekenhuis. Op basis van onderdeel B1 van de verpleegdagprijs - en deze gegevens zijn gebaseerd op cijfers van het ministerie - komen de onderzoekers tot de conclusie dat er geen algemene tendensen te ontdekken zijn waarbij de gemiddelde kosten in relatie staan tot de grootte van het ziekenhuis.

Wat de globale verpleegdagprijs betreft, krijgt men ongeveer dezelfde conclusies. De kleinste ziekenhuizen scoren zwak, maar hetzelfde geldt voor alle ziekenhuizen met meer dan 300 bedden. In beide gevallen, zowel voor onderdeel B1 als voor de globale verpleegdagprijs scoren de ziekenhuizen met 200 tot 300 bedden het best. De econometrische analyse levert ook geen causaal verband tussen de grootte van de ziekenhuizen en het bedrag van de verpleegdagprijs. Eenvoudig gesteld: grotere ziekenhuizen zijn wat verpleegdagprijzen betreft niet goedkoper.

Ten slotte werd in de studie nog de rendabiliteit van grote en kleine ziekenhuizen ontleed. Ook hier werd geen eenduidig beeld gevonden. Enerzijds, scoren grotere ziekenhuizen beter wanneer de gemiddelde waarden per jaar bekeken worden; anderzijds, blijkt dat de nettomarge van de grootste ziekenhuizen een dalende trend vertoont,

hoewel de nettomarge van ziekenhuizen met 200 tot 300 bedden opnieuw een stijgende trend vertoont.

Besluit van de studie is: er kan zeker niet worden beweerd dat grotere ziekenhuizen goedkoper zijn voor de overheid of rendabeler werken dan kleinere - daarmee bedoel ik dan boven de 200 bedden. Weliswaar behaalt de groep van de kleinste ziekenhuizen vaak de slechtste score, maar hetzelfde geldt bijna even vaak voor de groep van de grootste ziekenhuizen.

Mijnheer de minister, in vele regio's van dit land wordt thans gewerkt aan fusies van ziekenhuizen met het oog op operationaliteit en rendabiliteit. Uit cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering blijkt dat de ziekenhuissector met onder meer zijn verpleegdagprijs, betaling per prestatie en infrastructuurinvesteringen, verantwoordelijk is voor meer dan de helft van de uitgaven in de gezondheidssector. Ondertussen hebt u de middelen voor de gezondheidszorg drastisch verhoogd met meer dan 8% of 542 miljard frank voor 2001. Toch meen ik dat de beleidsverantwoordelijken de begroting nauwgezet onder controle moeten blijven houden want ook hier blijven de kosten explosief stijgen.

Ik citeer Luc Coene, kabinetschef van de eerste minister, vandaag in de Financieel Economische Tijd: "De uitgaven van de ziekteverzekering blijven zorgen baren". En verder: "Een rationeel gebruik van de middelen moet mogelijk zijn."

Ik heb reeds gesteld dat dit enkel ging over de verpleegdagprijs, dus slechts over één element. Ik vraag mij af of het hier gaat om een studie van een verwaaide professor of om de realiteit en moet de overheid qua grootte een nieuw ziekenhuisconcept opstellen.

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, de studie die mevrouw Pieters aanhaalt is mij niet bekend. Zij kan mij van de studie misschien een kopie of de referentie en de naam van "verwaaide hoogleraar" bezorgen, want dat interesseert mij wel.

De laatste bekende gegevens over de boekhoudkundige kosten, die thuishoren onder het onderdeel B1 van de verpleegdagprijs, dateren van 1994. Dat is dus van vóór de fusiegolf van de laatste jaren. Met andere woorden, op basis van de boekhoudkundige kosten van B1 kan men op dit ogenblik onmogelijk vaststellen of door fusies al dan niet schaaffecten zijn opgetreden.

Misschien kunt u mij de studie overhandigen, want dit is iets wat ik niet begrijp.

Bovendien is het onderdeel B1 van het budget verpleegdagprijs een verdeling van een beschikbaar budget waarin de reële boekhoudkundige kosten lang niet de enige elementen zijn die de grootte van het onderdeel B1 bepalen. We zullen hierop moeten terugkomen bij de bespreking van de ziekenhuisfinanciering. In de berekening van B1 verwijst men onder meer naar de boekhoudkundige kosten, maak vaak is er een groot verschil tussen wat een ziekenhuis betaald krijgt onder de noemer B1 en wat men de boekhoudkundige kosten noemt. De ligduur, uitgedrukt in een aantal dagen PAL of NAL speelt hier eveneens een belangrijke rol.

In de toekomst wil ik het verband tussen de grootte van het budget B1 en de reële kost nog verder verminderen aangezien vanaf 2001 een nieuwe berekeningswijze wordt geïntroduceerd die het beschikbare budget op een totaal andere manier zal verdelen.

Ik begrijp niet op welke manier de studie waarnaar u verwijst de kosten verdeelt, maar ze interesseert mij sterk, temeer omdat ik kritisch sta tegenover een evolutie naar mastodontziekenhuizen. Hierover wil ik nog enkele elementen aanhalen.

In het koninklijk besluit van 31 mei 1989 is bepaald dat de maximale grootte van een fusie de 1.000 bedden niet mag overschrijden. Een ontwerp van besluit dat binnenkort in het Belgisch Staatsblad verschijnt, wijzigt bovendien deze bepaling. Elke fusie die vanaf 1 januari 2002 tot stand komt buiten de grote agglomeraties - Brussel, Antwerpen, Luik, Gent, en Charleroi - mag slechts over maximaal 700 bedden beschikken. De fusies die tot stand komen tussen het ogenblik van de inwerkingtreding van dit besluit en 1 januari 2002 mogen nog over maximum 900 bedden beschikken.

Deze vermindering ten aanzien van de huidige maximumgrens van 1.000, wil vermijden dat in de toekomst nog te omvangrijke ziekenhuizen tot stand zouden komen. Het maximum van 1.100 bedden na fusie, in de hoger vermelde agglomeraties, bleef ongewijzigd, met dien verstande dat er geen afwijking door de bevoegde minister meer vereist is.

Ik werk dus eerder in de omgekeerde richting. Ik denk inderdaad dat, afhankelijk van de aard van het ziekenhuis, ziekenhuizen van 400 tot 500 bedden uiterst performant kunnen zijn. Dit cijfer

wordt in het buitenland gehanteerd als optimale schaal.

Je moet al speciale argumenten hebben om daarvan af te wijken. Ik durf mij daarover zelfs niet uitspreken want ik vind niet echt conclusies in die buitenlandse studies. Het is duidelijk dat er geen enkel argument bestaat om te evolueren naar ziekenhuizen met 800 à 1.000 bedden.

05.03 Trees Pieters (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb het artikel, dat een uittreksel is van een Ehsal-publicatie, met verbazing gelezen. Uit een gesprek met de auteur, Bart Kimpe, heb ik kunnen concluderen dat hij bij zijn stelling blijft. De studie werd 2 of 3 jaar geleden uitgevoerd. De man werkt nu in een gefusioneerd ziekenhuis met 400 tot 500 bedden.

Ik stel in mijn buurt toch vast dat nu reeds een aantal grote fusies wordt voorbereid die pas over 10 jaar zullen kunnen werken. Deze vaststelling stemde mij tot nadenken en ik vond het dan ook interessant om u dit mee te delen.

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

De **voorzitter**: De mondelinge vraag nr. 2690 van de heer Daniel Bacquelaine wordt naar een latere datum verschoven.

06 Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de niet-terugbetaling van cholinesteraseremmers" (nr. 2654)

06 Question orale de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'absence de remboursement des inhibiteurs de Cholinesterase" (n° 2654)

06.01 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb deze vraag op de agenda geplaatst nadat ik in de pers de houding of beslissing van de minister in dit verband kon lezen. Ik wil daarover duidelijkheid krijgen. Bovendien hebben wij in deze commissie een resolutie ingediend inzake heel de Alzheimerproblematiek en de behandeling van dementerenden. Hierbij vraag ik om misschien aan de hand van het antwoord van de minister dit thema enigszins sneller op de agenda te laten komen. Mijn motivatie hiervoor is, mijnheer de minister, dat ik gisteren met enthousiasme uw toelichting bij de beleidsnota heb gehoord.

U wilt tot een vernieuwing van het beleid komen,

onder meer door gezondheidsdoelen te stellen en door een grotere objectieerbare aandacht voor kwaliteit en voor evidence based medicine. Dat zijn toch al drie zeer duidelijke pijlers, maar de nadruk ligt op de pijler die u het meest na aan het hart ligt, te weten de maximale gezondheidsfactuur. Voor een doelgroep die u toch heel na aan het hart ligt, wringt er hier toch iets. Ik heb dus vier argumenten waarmee ik u om aandacht vraag. Deze groep van patiënten past perfect bij de chronische zieken en verder is er de maximale facturatie, alleen voor de terugbetaalbare prestaties. In de pers verschenen een aantal uittalingen van professoren die niet van de minste zijn, namelijk professor Dom van Leuven en professor Baeyens, al jaren experts in integrale behandeling, opvolging, preventie, nazorg en al wat men wil inzake de begeleiding en behandeling van dementerenden. Zij hebben nogmaals gepleit voor enige verfijning van uw besluit of voor enige terugbetaling voor de cholinesterase-inhibitoren of de nieuwe generatie medicamenten die zich aandient inzake de evolutie van Alzheimer of beginnende Alzheimer of MCI - mild cognitive impairment syndrome, met excuses voor dit jargon. U weigert deze medicatie terug te betalen en dat kan ik niet volgen. Wij zijn vrijwel het enige land in Europa dat geen terugbetaling kent voor deze medicatie. Even goed als ik weet u dat, als men wordt geconfronteerd met beginnende dementering en met een duidelijke Alzheimerdiagnose, er onomstreden bewijzen zijn dat gedurende een beperkte periode van misschien enkele jaren een behoorlijke winst in kwaliteit van levensjaren kan worden gerealiseerd. Dat geldt niet alleen in de eerste plaats voor de betrokkene, maar in de tweede plaats ook voor de omgeving van de dementerende patiënt, wat ook uw zorg is naar ik lees. Ik deel uw mening dat ook daar iets moet gebeuren. Preventie is er vooralsnog niet, maar ondersteuning voor de omgeving van dementerenden is nodig.

Het gaat hier niet over het één of het ander. Ik meen dat men voor de begeleiding en de behandeling van dementen perfect "good medical practice guidelines" kan opstellen, specifiek voor de situatie in België. Men moet rekening houden met de bestaande structuren en de mogelijkheden om mantelzorg te steunen. We kunnen niet blijven volhouden dat die medicatie niet terugbetaalbaar is.

De discussie die daarover moet worden gevoerd, moet gaan over de indicatiestelling. Men kan niet zomaar eenieder daar vrij in laten. U hebt zelf een pleidooi gehouden voor de responsabilisering van de verschillende actoren. Ik denk dat hier perfect

een responsabilisering kan worden ingebouwd, als men in samenwerking met de beroepsgroepen en rekening houdend met de wetenschappelijke stand van zaken een verfijnde indicatiestelling zou opmaken. In die welomlijnde indicaties zou terugbetaling dan toch in aanmerking moeten komen.

Ziehier, mijnheer de minister, mijn vier vragen.

Ten eerste, in de pers hebt u de weigering van terugbetaling bevestigd, ondanks het positieve advies van de Technische Commissie. Kan u mij zeggen waarop uw weigering is gebaseerd? Acht u dat niet in tegenspraak met de "evidence based medicine", een richtlijn die u wel wil hanteren voor uw gezondheidspolitiek?

Ten tweede, u haalt de kostprijs aan als argument voor de weigering van terugbetaling. Hebt u al wel een studie laten maken, of kent u een studie waarin het aantal patiënten in België wordt geraamd? Er circuleren daaromtrent verschillende cijfers. Hoeveel mensen lijden eigenlijk aan Alzheimer? Hoeveel komen er daarvan in aanmerking voor een behandeling met cholinesteraseremmers?

Ten derde, in datzelfde persartikel zegt u dat de begeleiding en de ondersteuning van de mantelzorg prioritair zijn. Kan u mij daar al iets concreets over meedelen?

Ten vierde, er zijn heel wat verwachtingen gewekt door de zorg die u aan het geneesmiddelenbeleid hebt besteed. Hoe zal u daar mee omgaan? Zullen er perspectieven worden geopend voor nieuwe geneesmiddelen? Zo ja, waarom worden deze geneesmiddelen dan niet terugbetaald?

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

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, dit is een belangrijke kwestie en ik wil een misverstand rechtzetten. Ik heb niet resoluut geweigerd om deze nieuwe medicatie terug te betalen. Ik heb daar maanden over nagedacht en steeds nieuwe adviezen gevraagd. Uiteindelijk heb ik besloten het nog niet terug te betalen. Dat sluit niet uit dat ik het later wel zal toestaan. Het wordt echter niet terugbetaald binnen het budget van 2000 of 2001.

Dat heeft te maken met het verplicht stellen van prioriteiten, ondanks een nog steeds beperkt budget.

Ik ben het eens met de vier knelpunten die werden

aangehaald. Er is zelfs nog een vijfde element waar het schoentje knelt, met name dat er keuzes moeten worden gemaakt om prioriteiten te bepalen. En, zonder te overdrijven, kan ik u zeggen dat ik soms wakker lig van bepaalde keuzes die moeten worden gemaakt. De aangelegenheid die ons thans bezighoudt is een goed voorbeeld van een bijzonder moeilijke keuze.

Sta mij toe eerst en vooral een paar technische elementen naar voren te brengen. Momenteel zijn er in België drie specialiteiten geregistreerd voor de symptomatische behandeling van lichte tot matige vormen van Alzheimer-dementie, die behoren tot dezelfde groep van de acetylcholinesterase-inhibitoren.

De eerste specialiteit, met name Tachrine van het merk Cochnex werd een tijdje geleden door het RIZIV niet aanvaard voor terugbetaling, omwille van het feit dat er wel bewijzen zijn van werkzaamheid op cognitief vlak, maar niet op het vlak van de onafhankelijkheid, en omwille van belangrijke neveneffecten voor de lever. Ingevolge levertoxiciteit komt dit geneesmiddel niet meer in aanmerking voor terugbetaling.

Inmiddels worden twee andere specialiteiten door het RIZIV behandeld, namelijk Donepesil van het merk Aricept en Rivastigmine van het merk Excelon. Uiteindelijk werd gewacht op mijn uitspraak na een zeer genuanceerd en nauwelijks positief te noemen advies vanwege de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten. Het advies was doorspekt met vele pro's en contra's.

Aricept en Excelon zijn niet meer zo toxisch voor de lever als Tachrine. De doeltreffendheid van Donepesil en Rivastigmine is vergelijkbaar, voor zover zulks kan worden beoordeeld in afwezigheid van vergelijkende studies. Dat betekent dat zij de cognitieve functies, alsook het dagelijks functioneren van de patiënt zeker verbeteren. Er bestaan echter geen studies over de invloed van deze geneesmiddelen op de graad van zorgbehoefte. Uit een recente studie blijkt dat met een product uit dezelfde groep, Metrifonaat, een vermindering van de psychologische burdon of care voor de zorgverlener wordt waargenomen, maar de bewezen verbetering is beperkt en treedt niet bij iedereen op.

Hier speelt uiteraard een belangrijke sociale dimensie. Immers, ook al is de werking van de geneesmiddelen beperkt en niet individueel voorspelbaar, toch is er een zeker effect merkbaar op groepsniveau. Vanzelfsprekend hoopt iedere individuele patiënt op een effect en wie bemiddeld

is kan zich meer hoop veroorloven dan wie arm is. Dat is een sociaal probleem. In de meeste Europese landen, met uitzondering van België en Denemarken, is voorzien in een terugbetaling, evenwel volgens verschillende modaliteiten. Het is dus inderdaad juist dat alleen in België en Denemarken niet wordt voorzien in terugbetaling.

Een volgend belangrijk element inzake onze terughoudendheid is dat de ziekte moeilijk te diagnosticeren is.

Het gaat om een duur geneesmiddel dat 135 frank per dag kost. Volgens ons telt België ongeveer 100.000 Alzheimerpatiënten. Rekening houdend met de aanvaarde indicaties - geen beginnende maar ook geen vergevorderde dementie - en met het aantal patiënten dat in de praktijk een voorgeschreven therapie volgt, dan schommelt de potentiële markt voor de medicatie rond 15.000 tot 20.000 patiënten. Dat stelt een jaarlijks budget voor van 739 tot 985 miljoen frank. Dat zijn althans de berekeningen van het RIZIV, want volgens de farmaceutische firma's zou zulks een jaarlijks budget voorstellen van 200 tot 300 miljoen frank. Momenteel weet ik niet welke de precieze cijfers terzake zijn.

Het is op budgettair vlak in elk geval een belangrijke beslissing.

Samengevat kan ik u zeggen dat er slechts geringe medische evidentie is, niettegenstaande de kostprijs vrij hoog is. Er ontbreken studies die duidelijk aantonen dat de patiënt zich beter voelt, dat de toestand van de familie draagbaar wordt, of dat de zorgbehoefte afneemt. Er zijn geen studies die de werkzaamheid en de doeltreffendheid van de geneesmiddelen in die groep vergelijken. De beoordeling van de werkzaamheid van het geneesmiddel op individuele basis is zeer moeilijk. De arts ziet een patiënt en dient een geneesmiddel toe. Men kan niet voor elke patiënt voorspellen wat het resultaat zal zijn. Het geheugen gaat verder achteruit en de vraag is of de toestand zonder het geneesmiddel slechter zou zijn. Een beoordeling op dit vlak is heel moeilijk. Dit zorgt ervoor dat ik enigszins terughoudend ben. Er is nood aan enorm goede onderzoeken en de bijkomende kosten van deze onderzoeken schatten wij op ongeveer 45 tot 100 miljoen Belgische frank per jaar.

Een zekerheidsdiagnose tijdens het leven van de mensen is niet mogelijk. Ook ervaren artsen komen dikwijls slechts tot een waarschijnlijkheidsdiagnose. Bovendien moet men de indicatie hoe dan ook beperken tot lichte of

matig ernstige vormen van dementie. Als er ooit een positieve beslissing terzake wordt genomen - wat ik echt niet uitsluit -, kan het slechts mits bepaalde onderzoeken of resultaten.

Men neemt wel eens aan dat de medicatie kan worden gestopt na enkele maanden proeftherapie bij diegenen die niet reageren. Ik heb daarover mijn twijfels, hoezeer ik ook denk dat veel artsen de nodige moed tonen in hun relatie met hun patiënten. Het is niet gemakkelijk om aan een patiënt of diens familie te zeggen dat iets waarschijnlijk niet helpt en dat het dan ook beter is om ermee te stoppen. Dat doet mij ook aarzelen.

Ik kom dan tot de alternatieven. Je moet je uiteraard afvragen of die som van 500 of 750 miljoen frank aan iets anders kon worden besteed. Volgens mij zijn er op het vlak van Alzheimer-dementie nog andere, dringende noden. Er zijn een aantal veelbelovende initiatieven van begeleiding van patiënten en mantelzorg die moeten kunnen worden gesteund. Er zijn goede studies waaruit blijkt dat hulp aan mantelzorgers de zorgbehoefte en ook de noodzaak aan een of andere vorm van begeleiding of institutionalisering vermindert. Het Comité voor Chronische Ziekten dat ik heb geïnstalleerd, heeft de problematiek van zorg voor dementerende patiënten reeds besproken. Ik wens dat de problematiek van Alzheimer-dementie en geriatrische aandoeningen in het algemeen in de toekomst als een prioriteit wordt behandeld. Mevrouw Aelvoet en ikzelf zijn daarvoor vragende partij.

We moeten volgens mij even wachten op het advies van het Comité voor Chronische Ziekten over andere vormen van begeleiding en therapie die misschien belangrijker zijn en een onmiddellijk resultaat opleveren. Volgens mij kunnen we nu nog niet beslissen over de terugbetaling. Zelfs al is het budget voor medicamenten iets groter geworden, dan nog moeten we beseffen dat het een beperkt budget is. Ik ben ervan overtuigd dat een positieve beslissing tot een overschrijding van het budget zou leiden.

Ik wil nog even verwijzen naar het feit dat we met betrekking tot mantelzorg wel over "evidence" beschikken. Er zijn gerandomiseerde studies waaruit blijkt dat hulp aan en van mantelzorgers de hulpbehoefte vermindert. Ik verwijs bijvoorbeeld naar "A Family Intervention to the Laynursing" "Homeplacement of Patients with Alzheimer Disease" "Randomized Control Trial" die in 1996 werd gepubliceerd. We moeten ons afvragen waarom we daarin geen geld steken.

Ik wil nog eens beklemtonen dat ik mij er niet voor afsluit om in de toekomst, als ons budget groeit en er minder scherpe keuzes moeten worden gemaakt, wel positief te beslissen. Overigens, morgen ontmoet ik de professoren Dom en Baeyens om daarover te spreken.

06.03 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, ik ben het zeker met u eens dat men af en toe wakker ligt van de keuzes die men moet maken. Dat is inderdaad een enorm belangrijke beslissing. Ook ben ik het met u eens dat het is bewezen dat ondersteuning van de mantelzorg een enorm belangrijk element is bij de begeleiding van de dementerende. Ik denk dat ook hier dan een zeer belangrijk element is dat met de gewesten of gemeenschappen terzake overleg wordt gepleegd of een samenwerkingsakkoord wordt gesloten. Zeer belangrijk is een vroege en juiste diagnose, vroege oriëntatie en begeleiding. Op Vlaams niveau bestaan er al enkele zeldzame gespecialiseerde centra die begeleiding en ondersteuning van de familie en de omgeving van de dementerende verzekeren. Dat is altijd nog maar projectmatig en de subsidiëring gebeurt dus projectmatig. Dat is zeker positief. Moeilijk heb ik het wel met uw uitspraak dat dit zoveel gaat kosten. Ik ben vragende partij om dit te objectiveren. Men kan hiervoor een studie bestellen of vragen of weet ik veel, hoe het er in het buitenland aan toe gaat. Men moet daarvoor niet ver gaan. In Frankrijk heeft men de gegevens. Dat zijn niet zo vreselijk grote budgetten, indien dat in de juiste indicatiestelling gebeurt. Patiënten moeten dan bijna worden gecoresponsabiliseerd. Ik denk dat dit een van de elementen is van een geïntegreerde ziektebegeleiding of -benadering. Ik voeg mij dan bij de club die op hoop leeft. Ik denk dat dit een bijzonder belangrijk signaal is naar de mensen en de familieleden van de steeds groter wordende groep Alzheimerpatiënten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Mondelinge vraag van de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de procedures van het Bijzonder Solidariteitsfonds" (nr. 2740)

07 Question orale de M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les procédures applicables au Fonds spécial de solidarité" (n° 2740)

07.01 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, het Bijzonder Solidariteitsfonds vervult een belangrijke rol inzake de terugbetaling van

kosten voor patiënten en is volgens mij een goede aanvulling bij de verplichte ziekteverzekering in geval van zeldzame ziekten die belangrijke uitgaven vergen. Voorts kunnen via dit fonds bepaalde behoeften worden aangetoond, waardoor bepaalde elementen eventueel kunnen worden opgenomen in de verplichte verzekering.

De voorbije jaren werden inspanningen geleverd voor een beter functioneren van het Bijzonder Solidariteitsfonds, zulks na aandringen en suggesties van sommige patiëntengroepen. Sommige groepen namen daarin zelfs het voortouw.

Vorig jaar, mijnheer de minister, kondigde u een koninklijk besluit aan dat de werking van het fonds nog zou verbeteren, maar op dat vlak knelt het schoentje. Inderdaad, in ons streven naar een optimale werking van het Bijzonder Solidariteitsfonds zijn wij van oordeel dat het aangekondigde koninklijk besluit lang op zich laat wachten. Ik had graag vernomen welke de redenen zijn van die vertraging en binnen welke termijn de afhandeling hiervan kan worden verwacht.

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, het is juist dat het koninklijk besluit dat ik aankondigde, met betrekking tot het Bijzonder Solidariteitsfonds, nog niet werd gepubliceerd, waardoor ik alle begrip kan opbrengen voor de ongerustheid van de commissievoorzitter en van de betrokken patiënten.

Hoewel alle inhoudelijke elementen en voorwaarden voor voornoemd koninklijk besluit zijn vervuld, het noodzakelijk bijkomend budget dienaangaande werd vrijgemaakt via publicatie van het ministerieel besluit van 7 september 2000, verschenen in het Belgisch Staatsblad van 7 oktober 2000 - de administratie voorzag in een verhoging van het budget van het fonds van 50 miljoen frank - en het document in kwestie zowel door het Verzekeringscomité als door de Inspectie van Financiën en door de minister van Begroting werd goedgekeurd, verscheen het nog niet in het Belgisch Staatsblad omwille van een procedureprobleem van de Raad van State.

Op voorstel van mijn administratie werd advies binnen de drie dagen - een spoedadvies - aan de Raad van State aangevraagd. Dat leek mij verantwoord, hoewel het mij onverantwoord lijkt een advies te vragen zonder termijn, want dan kunnen de zaken soms erg lang aanslepen. Op 19 september deelde de Raad van State mij mede

dat hij onmogelijk zo'n dringend advies kon verstrekken en verklaarde de aanvraag niet-ontvankelijk.

Ik zoek thans een juridische oplossing voor dit probleem en ik hoop het koninklijk besluit waarvan sprake zo snel mogelijk te kunnen publiceren want ik meen inderdaad dat heel wat personen hierop wachten.

07.03 **Joos Wauters** (AGALEV-ECOLO): Mijnheer de minister, het lijkt mij wel belangrijk te weten welke richting de juridische oplossing zal uitgaan.

Het verheugt mij dat inhoudelijk gezien alles in orde is om het koninklijk besluit te laten publiceren, maar er moet wel zo snel mogelijk een oplossing worden gevonden voor het procedureprobleem terzake. Kunt u hierop een termijn plakken?

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wij kunnen proberen een advies op een maand te vragen, maar misschien moet daarop toch twee of drie maanden worden gewacht. Wij zitten werkelijk met een groot probleem.

07.05 **Joos Wauters** (AGALEV-ECOLO): Als ik het goed begrijp, mijnheer de minister, werd er nog geen nieuwe beslissing genomen na de mededeling van niet-ontvankelijkheid vanwege van de Raad van State.

07.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb alles voorgelegd aan mijn administratie met de vraag naar alternatieven te zoeken op het vlak van de procedure. Volgens mijn administratie moet het document opnieuw worden voorgelegd voor advies, maar dat sleept maanden aan, ofwel moet het zonder meer worden gepubliceerd.

07.07 **Joos Wauters** (AGALEV-ECOLO): Is dat de keuze die u nog moet maken?

07.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben geneigd om het koninklijk besluit zonder meer te laten publiceren.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.52 uur.
La réunion publique de commission est levée à 15.52 heures.*



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

woensdag

mercredi

22-11-2000

22-11-2000

14:15 uur

14:15 heures

INHOUD

- Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de patiënten met chronische ziekten" (nr. 2615) 1
Sprekers: **Greta D'Hondt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de werking van de ombudsdienst "Pensioenen"" (nr. 2631) 2
Sprekers: **Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het cumuleren van een overlevingspensioen en een ziekte-, invaliditeits- of werkloosheidsuitkering" (nr. 2632) 4
Sprekers: **Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van mevrouw Marie-Thérèse Coenen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanpassing van de WIGW-barema's en van andere vrijstellingen aan de verhoging van de pensioenen" (nr. 2636) 5
Sprekers: , **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de schaalvergroting in Belgische ziekenhuizen" (nr. 2651) 7
Sprekers: **Trees Pieters, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de cholinesteraseremmers" (nr. 2654) 9
Sprekers: **Yolande Avontroodt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Mondelinge vraag van de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de procedures van het Bijzonder Solidariteitsfonds" (nr. 2740) 10
Sprekers: **Joos Wauters, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

SOMMAIRE

- Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les patients atteints de maladies chroniques" (n° 2615) 1
Orateurs: **Greta D'Hondt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fonctionnement du service de médiations pour les pensions" (n° 2631) 2
Orateurs: **Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur «le cumul entre une pension de survie et une indemnité pour cause de maladie d'invalidité ou de chômage volontaire» (n° 2632) 4
Orateurs: **Jean-Jacques Viseur, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de Mme Marie-Thérèse Coenen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'adaptation du barème des VIPO et d'autres exonérations à l'augmentation des pensions" (n° 2636) 5
Orateurs: , **Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'augmentation d'échelle dans les hôpitaux belges" (n° 2651) 7
Orateurs: **Trees Pieters, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'absence de remboursement des inhibiteurs de cholinestérase" (n° 2654) 9
Orateurs: **Yolande Avontroodt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question orale de M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les procédures applicables au Fonds spécial de solidarité" (n° 2740) 10
Orateurs: **Joos Wauters, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

van

WOENSDAG 22 NOVEMBER 2000

14:15 uur

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

du

MERCREDI 22 NOVEMBRE 2000

14:15 heures

De vergadering wordt geopend om 14.15 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.

01 Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de patiënten met chronische ziekten" (nr. 2615)

01.01 Greta D'Hondt (CVP): Op basis van een onderzoek naar de toekenning van het zorgforfait aan chronisch zieken, schuiven de Christelijke Mutualiteiten (CM) een aantal prioriteiten naar voren. In het licht van de beleidsvoorstellen van de minister werd gepeild naar wat chronisch zieken belangrijk vinden. Financiële maatregelen – een hoger inkomen – genieten de hoogste prioriteit. Ook de verdere uitbouw van de hulpverlening aan huis vinden de zieken belangrijk.

Wat denkt de minister over de resultaten van het onderzoek van de CM en over hun voorstellen in verband met de chronisch zieken?

Wanneer zullen die voorstellen in wetgeving worden omgezet?

Voor wanneer mag de uitbreiding van het zorgforfait voor chronisch zieken die niet zorgafhankelijk zijn, maar hoge gezondheidsuitgaven hebben, worden verwacht?

Voor welke initiatieven zal het 1,5 miljard worden aangewend waarin de begroting 2001 voor de chronisch zieken voorziet? Ik heb er geen moeite mee als de minister voor zijn antwoord op sommige vragen naar zijn beleidsbrief, die later vanmiddag

La séance est ouverte à 14.15 heures par M. Joos Wauters, président.

01 Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les patients atteints de maladies chroniques" (n° 2615)

01.01 Greta D'Hondt (CVP): Les mutualités chrétiennes ont défini leurs priorités sur la base d'une étude portant sur l'octroi du forfait aux patients atteints d'une maladie chronique. Elles ont cherché à déterminer ce que les malades souffrant d'une affection chronique jugent important, en ayant à l'esprit les propositions ministérielles les concernant. Il est apparu que ces patients accordent la plus grande priorité à des mesures financières. En clair, ils souhaitent voir leurs revenus augmenter. Ils appellent également de leurs vœux un développement des soins à domicile.

Que pense le ministre des résultats de l'étude réalisée par les Mutualités Chrétiennes et de leurs propositions concernant les patients atteints d'une maladie chronique ?

Quand ces propositions seront-elles traduites dans la législation ?

Quand va-t-on élargir le champ d'application du forfait prévu pour les patients atteints d'une maladie chronique qui, même s'ils ne nécessitent pas de soins, doivent néanmoins faire face à des dépenses de santé élevées?

A quelles initiatives sera affecté le 1,5 milliard réservé aux patients atteints d'une maladie chronique dans le budget 2001 ? Je ne verrais aucun inconvénient à ce que le ministre renvoie, pour répondre à certaines questions, à sa note de

besproken wordt, zou verwijzen.

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke** : Ik heb het deel betreffende het inkomen van chronisch zieken in het onderzoek van de CM reeds ingekeken, maar heb dit nog niet grondig genoeg kunnen doen. Er zijn nog verschillende andere studies over het inkomen van langdurig zieken. Ook die studies zullen worden onderzocht.

Er is een aantal maatregelen genomen die in het beleidsplan zijn opgenomen, wat later wordt besproken.

Eén maatregel is het systeem van de maximumfactuur. Een eerste onderdeel daarvan is de inbreng van geneesmiddelen. Dit zal door middel van een KB gebeuren voor de sociale franchise; inzake de fiscale franchise moet dit gebeuren door een wijziging van de wetgeving.

Ik wens de maximumfactuur niet in een programmawet te stoppen, maar wil daarvoor een apart wetsontwerp opstellen en een grondig debat daaromtrent voeren in het Parlement.

Het zorgforfait bereikt vandaag 45.000 zieken. Een aantal mensen valt daarbuiten. Daarom willen wij een criterium toevoegen. Als men de voorbije twee jaar 120 dagen in het ziekenhuis verbleef of zesmaal werd opgenomen, komt men in aanmerking voor het zorgforfait. Natuurlijk gelden ook nog de financiële voorwaarden. Op die manier zullen 100.000 zieken in aanmerking komen voor het forfait.

Ik verhoog het incontinentieforfait van 10.000 naar 15.000 frank.

Ik heb op 12 oktober een advies over deze maatregelen gevraagd aan de Raad van State.

Voor de maximumfactuur heb ik een bedrag van 1,4 miljard in de begroting van 2001 ingeschreven. Voor specifieke terugbetalingen is dat 1,5 miljard.

Het incident is gesloten.

02 Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de werking van de ombudsdienst "Pensioenen"" (nr. 2631)

02.01 **Jean-Jacques Viseur** (PSC): Met toepassing van de wet van 26 juli 1996 werd bij

politique, qui sera examinée en fin d'après-midi.

01.02 **Frank Vandenbroucke** , ministre: J'ai déjà pris connaissance du volet relatif aux revenus des malades chroniques qui figure dans l'étude menée par les mutualités chrétiennes, mais je ne n'ai pas encore eu l'occasion de l'examiner en détail. D'autres études ont par ailleurs été consacrées aux revenus des malades de longue durée. Ces études font également l'objet d'un examen.

Le plan de politique définit un certain nombre de mesures que nous discuterons ultérieurement.

Une des mesures porte sur le système de la facture maximale dont la part des médicaments constitue le premier élément. La question de la franchise sociale sera réglée par la voie d'un arrêté royal. Quant à la franchise fiscale, elle donnera lieu à une modification de la législation.

Je ne souhaite pas inscrire la facture maximale dans une loi programme, mais j'opterais plutôt en faveur d'un arrêté royal et de l'organisation d'un débat de fond au Parlement à ce sujet.

Le forfait des soins concerne aujourd'hui 45.000 malades. Comme certaines personnes sont exclues de ce système, nous souhaiterions ajouter un critère. Si, au cours des deux dernières années, une personne a séjourné 120 jours dans un hôpital ou si elle a été hospitalisée à six reprises, elle a le droit de bénéficier du forfait de soins. Les conditions financières restent évidemment d'application. Grâce à cette mesure, 100.000 malades pourront bénéficier du forfait.

J'ai décidé de rehausser le forfait d'incontinence qui passe de 10.000 à 15.000 francs.

Le 12 octobre, j'ai demandé au Conseil d'Etat de se prononcer sur ces mesures.

J'ai prévu un montant de 1,4 milliard de francs au budget 2001 pour la facture maximale ; 1,5 milliard de francs sera affecté aux remboursements spécifiques.

L'incident est clos.

02 Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le fonctionnement du service de médiations pour les pensions" (n°2631)

02.01 **Jean-Jacques Viseur** (PSC): L'arrêté royal du 27 avril 1997 a instauré un service de médiation

koninklijk besluit van 27 april 1997 een Ombudsdienst voor pensioenen ingesteld.

Krachtens dat koninklijk besluit heeft die dienst tot doel klachten met betrekking tot de vaststelling van de rechten van de gepensioneerden, de uitbetaling van het bedrag van die uitkeringen en de handelingen en de werking van die pensioendiensten te onderzoeken.

Die ombudsdienst weigert echter op te treden wanneer de klachten betrekking hebben op pensioenen die door een provinciale instelling zijn verschuldigd. Worden klachten met betrekking tot sommige pensioenen niet door die ombudsdienst behandeld? Zo ja, waar kunnen de gerechtigden van die pensioenen, die door de ombudsdienst niet worden behandeld, met hun klachten terecht?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke** : Alle handelingen en beslissingen van de pensioendiensten, alsook alle feiten waarover de burgers klachten hebben, kunnen voor onderzoek aan de Ombudsdienst voor pensioenen worden voorgelegd.

De controle op de wettelijkheid behoort tot de kerntaken van de dienst. Een enquête die ertoe strekt of de wettelijkheid en de regelgeving correct werden toegepast houdt rekening met de vaststelling van de pensioenrechten in elk wettelijk pensioenstelsel, de uitbetaling van het pensioen, met inbegrip van de betalingstermijn, de betalingsmodaliteiten en de berekening van het bedrag. Dat geldt eveneens voor de behandeling van aanvragen tot raming van het toekomstig pensioenbedrag door de dienst Info-pensioenen.

De bevoegdheden van de ombudsmannen zijn beperkt tot de pensioendiensten. Zij zijn niet bevoegd met betrekking tot klachten ten aanzien van personeelsdiensten die de gegevens meedelen.

De ombudsdienst is evenmin bevoegd voor het onderzoek van klachten over wettelijke pensioenen toegekend of betaald door gemeenschaps- en gewestoverheden of provinciale en plaatselijke overheden.

Een provinciale instelling kan het beheer of de uitbetaling van haar pensioenen delegeren en de ombudsdienst wordt bevoegd wanneer die delegatie is gebeurd ten voordele van een pensioendienst waarvoor hij bevoegd is.

De ombudsdienst is evenmin bevoegd wanneer het brugpensioenen, aanvullende pensioenen of andere

de pensions en application de la loi du 26 juillet 1996.

Selon cet arrêté royal, ce service a pour but d'examiner les réclamations ayant trait à l'établissement des droits des pensionnés, au paiement du montant de ces prestations, aux activités et au fonctionnement des services des pensions.

Il semblerait que le service de médiation refuse d'intervenir en cas de réclamations relatives à des pensions dues par une institution provinciale. Certaines pensions sont-elles exclues du service de médiation ? Si oui, quelles sont, pour les bénéficiaires de ces pensions exclus de la compétence des médiateurs, les possibilités de faire des réclamations ?

02.02 **Frank Vandenbroucke** , ministre: Tous les actes et comportements des services de pension, et tous les faits dont se plaint le citoyen, peuvent être soumis à enquête du Service de médiation pour les pensions.

Le contrôle de légalité représente une des priorités. Une enquête qui vise à vérifier si la législation et la réglementation sont correctement appliqués tient compte de l'établissement des droits à pension dans chaque régime légal de pension, du paiement de la pension, y compris le délai de paiement, des modalités de paiement et du calcul du montant. Cela vaut aussi pour le traitement des demandes d'estimation de la future pension par le service Info-pensions.

Les compétences des médiateurs sont limitées aux services de pension. Ils ne sont pas compétents en matière de plaintes contre les services du personnel qui fournissent les données.

Le service de médiation n'est pas compétent non plus pour instruire des plaintes sur les pensions légales attribuées ou payées par des organismes communautaires ou régionalisés, par les autorités provinciales et locales.

Une institution provinciale peut déléguer la gestion ou le paiement de ses pensions, le service de médiation devint compétent lorsque cette délégation a été faite au bénéfice d'un service de pensions pour lequel il est compétent.

Le service de médiation n'est pas non plus compétent à l'égard des prépensions, pensions

uitkeringen die geen wettelijke pensioenen zijn, betreft.

In voormelde gevallen kunnen de gerechtigden zich wenden tot het betrokken bestuur, de bevoegde rechtbank of de federale, gewestelijke of gemeenschapsombudsdienst. Als zij zich tot de ombudsdienst voor pensioenen wenden, dan is die verplicht hen te melden dat hij onbevoegd is.

02.03 Jean-Jacques Viseur (PSC): Ik stel vast dat de ombudsdienst "Pensioenen" zijn bevoegdheid inzake de provinciale instellingen van zich afschuift.

Ook wordt niet altijd doorverwezen naar de betrokken dienst, wat nochtans verplicht is.

02.04 Minister Frank Vandenbroucke : De ombudsdienst schuift zijn verantwoordelijkheid niet van zich af. Het is gewoon de wet. Als er een vergissing gebeurd is, verzoek ik u mij het bewuste dossier over te leggen.

Het incident is gesloten.

03 Mondelinge vraag van de heer Jean-Jacques Viseur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het cumuleren van een overlevingspensioen en een ziekte-, invaliditeits- of werkloosheidsuitkering" (nr.2632)

03.01 Jean-Jacques Viseur (PSC): Gerechtigden van een overlevingspensioen mogen krachtens het koninklijk besluit van 21 december 1967 bijklussen. In geval van ziekte of werkloosheid kunnen zij hun overlevingspensioen evenwel niet aanvullen met een sociale uitkering.

De nadelen van die situatie zijn tweërlei. Enerzijds is de regeling niet billijk, aangezien gerechtigden van een overlevingspensioen die nog een beroepsactiviteit uitoefenen financieel gestraft worden als ze hun werk verliezen wegens ziekte of onvrijwillige werkloosheid. Niet alleen ontvangen ze niet langer hun inkomen uit arbeid, maar ze genieten evenmin de sociale uitkering waarop ze als loontrekkende in dezelfde situatie aanspraak hadden kunnen maken. Anderzijds is er een gebrek aan juridische coherentie. Alle bepalingen betreffende de arbeidsovereenkomst zijn immers toepasselijk op gepensioneerden die in een dergelijk verband een werkzaamheid uitoefenen.

Ik heb een wetsvoorstel ingediend teneinde deze situatie recht te trekken. In afwachting van een wetswijziging zou de Koning mij dunkt krachtens het koninklijk besluit nr. 50 van zijn macht gebruik

complémentaires et autres indemnités qui ne sont pas des pensions légales.

Dans les cas précités, les bénéficiaires peuvent s'adresser à l'administration concernée, au tribunal compétent ou aux services de médiation fédéraux, régionaux ou commerciaux. S'ils s'adressent au service de médiation pour les pensions, ce dernier est tenu de les informer de son incompétence.

02.03 Jean-Jacques Viseur (PSC): Je constate que le service de médiation des personnes renonce à sa compétence en ce qui concerne les institutions provinciales.

Quant au renvoi obligatoire vers le service concerné, cela n'est pas toujours fait.

02.04 Frank Vandenbroucke , ministre : Le service de médiation ne décline pas sa compétence. Il s'agit de la loi. Si une erreur a été commise, je vous demanderais de me faire parvenir le dossier concerné.

L'incident est clos.

03 Question orale de M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur «le cumul entre une pension de survie et une indemnité pour cause de maladie d'invalidité ou de chômage volontaire» (n° 2632)

03.01 Jean-Jacques Viseur (PSC): Les bénéficiaires d'une pension de survie peuvent, en vertu de l'arrêté royal du 21 décembre 1967, exercer une activité complémentaire. Cependant, en cas de maladie ou de chômage, ces bénéficiaires ne peuvent cumuler leur pension de survie avec les indemnités de sécurité sociale.

Cette situation présente un double défaut. Tout d'abord, un défaut d'équité. Les personnes bénéficiant d'une pension de survie et qui exercent une activité professionnelle se verront financièrement pénalisées si elles perdent leur emploi en raison de chômage involontaire ou de maladie. En effet, elles ne pourront bénéficier ni de leur revenu du travail, ni des allocations sociales auxquelles pourrait prétendre tout travailleur salarié dans la même situation. Ensuite, un défaut de cohérence juridique, puisque toutes les dispositions relatives au contrat de travail sont applicables aux pensionnés qui exercent des activités dans de tels liens.

J'ai déposé une proposition de loi visant à corriger cette situation. En attendant une modification législative, le Roi pourrait, selon moi, faire usage de son pouvoir, en vertu de l'arrêté royal n° 50, pour

kunnen maken om de cumulatie van een overlevingspensioen en een invaliditeits- of werkloosheidsuitkering toe te staan.

Is u van plan de wet in die zin te wijzigen ? Zo neen, waarom niet ?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke** : De pensioengerechtigde die een beroepsactiviteit wenst uit te oefenen, kan hiervoor een afwijking bekomen op voorwaarde dat hij de activiteit aangeeft en dat de inkomsten die eruit voortvloeien een bepaald bedrag niet overstijgen. Om een pensioen te ontvangen moet aan strenge voorwaarden worden voldaan, wat elke professionele nevenactiviteit ontmoedigt. Dat kan een daling van de beroepsactiviteit tot gevolg hebben. Om degenen die willen werken te steunen, heb ik opdracht gegeven tot een onderzoek terzake. Op grond van de onderzoeksresultaten zal worden uitgezocht hoe de combinatie werk-pensioen aantrekkelijker kan worden gemaakt.

Voorts zal ook worden nagegaan of het opportuun is dat gerechtigden van een overlevingspensioen twee vervangingsinkomens ontvangen: het pensioen dat uit de beroepsactiviteit van de overleden echtgenoot voortvloeit en het vervangingsinkomen dat op grond van de eigen activiteit wordt toegekend.

Het probleem is niet eenvoudig aangezien in de pensioenstelsels voor de zelfstandigen en voor de overheidsambtenaren dezelfde voorwaarden gelden. Eventuele aanpassingen moeten dus voor de drie pensioenstelsels gelden.

Ik weet dat mevrouw Cahay lang geleden terzake al een voorstel indiende en dat ook u hierover een voorstel hebt ingediend. Het huidige onderzoek is echter nog niet afgerond. Bovendien moet ik hierover overleg plegen met mijn collega Gabriëls. Nu een wijziging doorvoeren die zich tot het stelsel van de loontrekkenden beperkt, is dus voorbarig.

Het incident is gesloten.

04 Mondelinge vraag van mevrouw Marie-Thérèse Coenen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanpassing van de WIGW-barema's en van andere vrijstellingen aan de verhoging van de pensioenen" (nr. 2636)

04.01 Marie-Thérèse Coenen (ECOLO-AGALEV): Per 1 januari 2000 werd het minimuminkomen voor bejaarden met iets meer dan 1.000 frank verhoogd.

autoriser le cumul entre une pension de survie et une allocation de chômage involontaire ou d'invalidité.

Entre-t-il dans vos intentions d'apporter de telles modifications ? Si non, pourquoi ?

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le bénéficiaire d'une pension peut bénéficier d'une dérogation en vue de l'exercice d'une activité professionnelle, pour autant qu'il en ait fait la déclaration et que les revenus de cette activité ne dépassent pas certaines limites. Le paiement d'une pension étant soumis à des règles strictes, il peut en résulter une chute d'activité parce que tout travail supplémentaire est découragé. Afin de soutenir les personnes qui souhaitent travailler, j'ai demandé l'examen de cette problématique. Sur base des résultats de cette étude, il sera examiné comment rendre plus attractive la combinaison de travail avec une pension.

L'opportunité, dans le cas particulier des bénéficiaires d'une pension de survie, de cumuler deux revenus de remplacement (la pension, sur la base de l'activité du conjoint décédé et le revenu de remplacement sur la base de sa propre activité) fera également l'objet d'un examen.

Ce problème n'est pas simple : il faut aussi tenir compte de ce que les mêmes conditions existent dans les régimes de pension de travailleurs indépendants et des agents du secteur public. Dès lors, des modifications éventuelles devraient être applicables aux trois régimes de pension.

Je sais qu'il existe des propositions : la vôtre et celle de madame Cahay-André, déposée il y a longtemps. Cependant, l'étude actuelle n'est pas terminée. De plus, je dois réaliser une concertation avec mon collègue Gabriëls. Il est donc encore prématuré d'envisager une modification dans le seul régime des travailleurs salariés.

L'incident est clos.

04 Question orale de Mme Marie-Thérèse Coenen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'adaptation du barème des VIPO et d'autres exonérations à l'augmentation des pensions" (n°2636)

04.01 Marie-Thérèse Coenen (ECOLO-AGALEV): Depuis le 1^{er} janvier 2000, le revenu minimum des personnes âgées a augmenté d'un peu plus de 1.000 francs.

Met die beleidsbeslissing geeft de regering uiting aan haar wil om de laagste pensioenen op te trekken, maar die beslissing heeft kwalijke effecten. Sommige personen kunnen bijvoorbeeld niet langer aanspraak maken op het WIGW-statuuat omdat hun bruto-inkomsten sinds de inwerkingtreding van die maatregel en de daaruit voortvloeiende verhoging van hun barema, het toegestane grensbedrag overschrijden. Die beslissing heeft ernstige gevolgen voor de betrokkenen : verlies van terugbetaling aan voorkeurtarieven door het ziekenfonds, beperking van de toegang tot de verzorging, verhoging van de ligdagprijs bij opname in het ziekenhuis.

Dat komt bovenop het verlies van de 50% reductie bij de spoorwegen, dat thans wordt gecompenseerd door de invoering van een forfaitair tarief voor bejaarden, maar ook bovenop het verlies van het recht op belastingaftrek van de Belgacomfacturen. De betrokkenen komen evenmin nog in aanmerking voor het recht op een sociaal tarief voor gas en elektriciteit.

Hoe zit het met de koppeling van de referentiebarema's aan het inkomen van de bejaarden? Is een aanpassing gepland die rekening houdt met de nodige inhaalbeweging die verband houdt met de periode van bezuinigingen?

Werd met betrekking tot de diverse sectoren van de sociale zekerheid een inventaris gemaakt van alle aan voorwaarden gekoppelde stelsels, teneinde de referentiebedragen aan de financiële gevolgen van de politieke beslissingen ten gunste van de laagste inkomens aan te passen? Overweegt men ten slotte de personen die gelet op hun inkomsten aanspraak op een voorkeurregeling zouden kunnen maken, voor te lichten?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke** : Het koninklijk besluit van 8 augustus 1997 bepaalt dat de vastgestelde maxima aan spilindex 143,02 zijn gekoppeld en dat zij aan het indexcijfer en aan de evolutie van de welvaart worden aangepast. Een indexering van het minimumpensioen kan dus niet tot gevolg hebben dat het plafond waarin is voorzien voor het recht op een verhoogde tegemoetkoming, zou worden overschreden. Dat plafond bedraagt nu 484.007 BEF plus 89 602 BEF per persoon ten laste.

Het voorgaande geldt niet voor de pensioenverhoging die begin 2000 in werking trad. Het is mogelijk dat personen wier inkomen zich voorheen net onder het plafond bevond, het recht op voorkeurregelingen hebben verloren. Het

Bien que cette politique traduise la volonté d'augmenter le niveau des pensions les plus basses, elle a des effets pervers. Par exemple, une personne s'est vue supprimer son statut de VIPO parce que, depuis la prise de cette mesure et l'indexation subite de son barème, ses revenus bruts dépassent le plafond autorisé. Les conséquences sont lourdes pour cette personne, ainsi que pour toutes les autres qui se trouvent dans la même situation : perte du bénéfice des remboursements préférentiels par la mutualité, limitation de l'accès aux soins, augmentation du prix de la journée d'hospitalisation.

Cela se conjugue avec la suppression de la réduction de 50% sur les tarifs des chemins de fer, aujourd'hui compensée par le prix forfaitaire du transport pour les personnes âgées, mais aussi avec la perte du droit à la déduction fiscale pour les factures Belgacom. De son côté, Electrabel supprime aussi le droit au tarif social pour le gaz et l'électricité.

Qu'en est-il de la liaison des barèmes de référence avec le niveau des revenus des personnes âgées ? Une adaptation, qui tienne compte du rattrapage nécessaire lié à la période d'austérité, est-elle prévue?

Concernant les différents secteurs de la sécurité sociale, existe-t-il un recensement de tous les systèmes conditionnels, de manière à ajouter les montants de référence aux conséquences financières des décisions politiques favorisant les revenus les plus faibles ? Enfin, une information des personnes dont les revenus permettraient d'accéder à un statut préférentiel est-elle envisageable ?

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'arrêté royal du 8 août 1997 prévoit que les plafonds prévus sont liés à l'indice pivot 143,02 et sont adaptés à l'index et à l'évolution du bien-être. Une indexation de la pension minimum ne peut donc faire dépasser le plafond prévu pour le droit à l'intervention majorée. Le plafond, actuellement, est de 484.007 francs, plus 89.602 francs par personne à charge.

La situation est différente pour la majoration de la pension intervenue au début de l'année 2000. Effectivement, certaines personnes dont les revenus se situaient auparavant juste en-dessous

probleem doet zich alleen voor bij samenwonende bejaarden. Het is echter bijna onoplosbaar omdat verschillende mechanismen in strijd zijn met elkaar. Dat is te wijten aan het vaststellen van plafonds. Het sociaal beleid is dus tegenstrijdig. De maximumfactuur zal tot een betere bescherming leiden. Dat stelsel zou immers gepaard gaan met een systeem van drempels. Dat trapsgewijs systeem zou meer aangewezen zijn dan de huidige stelsels van verhoogde tegemoetkomingen. Een tweede maximumfactuur voor de middeninkomens kan bijdragen tot het voorkomen van averechtse gevolgen. Ik denk dat het WIGW-systeem door een meer trapsgewijs systeem kan worden vervangen.

Om het recht op een verhoogde tegemoetkoming te verkrijgen, moet de titularis een verklaring op erewoord afleggen en deze aan zijn ziekenfonds bezorgen. De ziekenfondsen moeten hun leden over de mogelijkheid om het voorkeurstelsel te genieten inlichten. Toch is het recht op een verhoogde uitkering, die op één inkomensgrens stoelt en die tot bepaalde sociale groepen is beperkt, niet de beste oplossing om hen die hoge gezondheidsuitgaven hebben, een maximale bescherming te bieden. Het plan voor een maximumfactuur wordt nu onderzocht. Soms is het echter moeilijk om goede simulaties uit te voeren omdat onvoldoende nauwkeurige gegevens over het inkomen van de mensen beschikbaar zijn. Als ik het ministerie van Financiën om meer inlichtingen vraag, beroept het zich op het recht op privacy, wat begrijpelijk is.

Dat probleem zullen wij ook hebben als wij een meer automatisch beschermingssysteem willen invoeren.

04.03 Marie-Thérèse Coenen (ECOLO-AGALEV): De manier waarop de sociale zekerheid thans gestructureerd is, kan tot contradicties leiden. Zou men ter wille van het recht op eerbiediging van de privacy en het recht op informatie geen gebruik kunnen maken van het aanslagbiljet? Kan u die oplossing overwegen?

Het incident is gesloten.

05 Mondelinge vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de schaalvergroting in Belgische ziekenhuizen" (nr. 2651)

05.01 Trees Pieters (CVP): De overheid gaat er de laatste decennia van uit dat schaalvergroting in de ziekenhuizen voor schaalvoordelen zorgt. Ze heeft via allerlei normen en wetten ingegrepen in de schaalgrootte. Het minimumconcept van het einde

du plafond ont pu perdre des régimes préférentiels. Cela peut s'avérer problématique pour les personnes âgées vivant en couple, uniquement. Mais il s'agit presque d'une question insoluble, car les différents mécanismes peuvent se contredire. Cela est dû à la fixation de plafonds. La politique sociale s'avère donc contradictoire. Par le biais de la facture maximale, les personnes seront protégées davantage. Car ce système serait couplé à un système de seuils. Le système graduel serait plus indiqué que les systèmes actuels d'interventions majorées. Une seconde facture maximale, pour les revenus intermédiaires, permettrait d'éviter les effets pervers. Le système VIPO me paraît devoir être remplacé par un système plus graduel.

Pour obtenir le droit à l'intervention majorée, le titulaire doit faire une déclaration sur l'honneur et la remettre à sa mutuelle. Cette dernière devrait informer ses affiliés de la possibilité d'obtenir le régime préférentiel. Cependant, le droit à l'allocation majorée, basée sur une seule limite de revenus et limitée à quelques catégories sociales, n'est pas la meilleure solution pour garantir une protection maximale à ceux qui ont des frais médicaux élevés. Le projet de la facture maximum est actuellement à l'étude. Toutefois, j'éprouve parfois des difficultés pour faire de bonnes simulations, car je manque d'informations précises sur les revenus des personnes. Le ministère des Finances invoque le droit à la vie privée quand je lui en demande davantage, ce qui est bien normal.

C'est un problème que nous rencontrerons aussi quand nous voudrions mettre en œuvre un système de protection plus automatique.

04.03 Marie-Thérèse Coenen (ECOLO-AGALEV): En effet, l'architecture actuelle de la sécurité sociale peut conduire à des contradictions. Pour le droit des personnes à protéger leur vie privée, et pour le droit à l'information, on pourrait peut-être utiliser la feuille d'avertissement-extrait de rôle. Pourriez-vous envisager cette solution ?

L'incident est clos.

05 Question orale de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'augmentation d'échelle dans les hôpitaux belges" (n° 2651)

05.01 Trees Pieters (CVP): Ces dernières décennies, les pouvoirs publics ont estimé que l'augmentation d'échelle dans les hôpitaux était avantageuse et ils l'ont favorisée en imposant diverses normes et lois. Le concept minimaliste de

van de jaren tachtig zorgde ervoor dat heel wat ziekenhuizen moesten fuseren of sluiten.

Onlangs werd een nieuw onderzoek afgerond omtrent de vraag of grotere ziekenhuizen effectief goedkoper werken dan kleinere. Bestaan al dan niet die schaalvoordelen die als verantwoording voor het beleid van de overheid worden gehanteerd? Volgens deze studie is er geen causaal verband tussen de grootte van de ziekenhuizen enerzijds en het bedrag van de verpleegdagprijs anderzijds en zijn grotere ziekenhuizen qua ligdagprijs niet goedkoper.

Er kan dus niet worden beweerd dat grotere ziekenhuizen goedkoper zouden zijn voor de overheid of rendabeler zouden werken dan de kleinere. De kleinste ziekenhuizen scoren hier vaak het slechtst, maar hetzelfde geldt voor de grootste ziekenhuizen.

Is het resultaat van deze studie realistisch en moet de overheid een nieuw ziekenhuisconcept qua omvang voordragen?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke** : Ik ben niet op de hoogte van de betrokken studie maar heb er zeer veel interesse voor. Op basis van de budgetten B1, waarvan de laatste dateren van 1994, kan onmogelijk worden vastgesteld of door de fusies schaaffecten zijn opgetreden. Het verband tussen de grootte van het budget B1 en de reële kost zal verminderen vanaf 2001 aangezien dan een nieuwe berekeningswijze wordt gehanteerd, die het beschikbare budget op een totaal andere manier zal verdelen.

In het KB van 31 mei 1989 is bepaald dat de maximale grootte van een fusie de 1000 bedden niet mag overschrijden. Vanaf 1 januari 2002 zal elke fusie buiten de grote agglomeraties trouwens maximaal over 700 bedden mogen beschikken. Door deze vermindering willen we vermijden dat in de toekomst nog te omvangrijke ziekenhuizen tot stand zouden komen.

Ik ben ervan overtuigd dat ziekenhuizen van 400 à 500 bedden zeer performant zijn. Er is geen enkel argument om naar ziekenhuizen van 800 tot 900 te streven.

05.03 **Trees Pieters** (CVP): Ik heb met de auteur van betrokken studie een gesprek gehad. Het is een studie van de EHSAL. Hij werkt zelf in een gefuseerd ziekenhuis met een vierhonderdtal bedden en weet dus waarover hij spreekt.

Ik stel vast dat er momenteel op heel wat plaatsen

la fin des années 80 a donné lieu à de nombreuses fusions et fermetures d'hôpitaux.

Une nouvelle étude a été menée récemment afin de déterminer si les coûts de fonctionnement des grands hôpitaux sont effectivement moins élevés que ceux des petits. Ces économies d'échelle qui sont à la base de la politique des pouvoirs publics existent-elles vraiment ? Selon cette étude, il n'y a pas de lien de cause à effet entre la taille des hôpitaux d'une part, et le montant du prix de la journée de soins d'autre part et le prix de la journée d'hospitalisation n'est pas moins élevé dans les grands hôpitaux.

On ne peut donc affirmer que les grands hôpitaux soient moins coûteux pour les pouvoirs publics ni qu'ils fonctionnent de manière plus rentable que les petits. Il est vrai que les petits hôpitaux enregistrent les moins bons résultats à cet égard, mais cette constatation vaut aussi pour les plus grands.

Les résultats de cette étude sont-ils réalistes et les pouvoirs publics doivent-ils revoir leur conception quant à la taille des hôpitaux ?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je ne suis pas informé de cette étude, mais elle m'intéresse beaucoup. Sur la base des budgets B1, dont les derniers datent de 1994, il est impossible de déterminer si les fusions ont produit des effets d'échelle. Le lien entre l'importance du budget B1 et le coût réel se relâchera à partir de 2001, dès lors qu'une nouvelle méthode de calcul sera appliquée, qui répartira le budget disponible d'une tout autre manière.

L'arrêté royal du 31 mai 1989 précise que la taille maximale d'une fusion ne peut excéder les 1.000 lits. A partir du 1^{er} janvier 2002, toute fusion réalisée en dehors d'une grande agglomération pourra d'ailleurs disposer de 700 lits au maximum. Nous voulons, avec cette diminution, éviter que des hôpitaux trop vastes puissent encore voir le jour à l'avenir.

Je suis convaincu que les hôpitaux de 400 à 500 lits sont très performants. Aucun argument ne justifie le passage à des hôpitaux de 800 à 900 lits.

05.03 **Trees Pieters** (CVP): J'ai eu un entretien avec l'auteur de l'étude en question. Il s'agit d'une étude de l'EHSAL. Il travaille lui-même dans un hôpital fusionné de 400 lits et sait donc de quoi il parle.

ziekenhuizen zinnens zijn te fuseren. Het gaat dus om een problematiek waarvan we het belang zeker niet mogen onderschatten.

Het incident is gesloten.

06 Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de cholinesteraseremmers" (nr. 2654)

06.01 Yolande Avontroodt (VLD): Ik stel deze vraag onder meer omdat wij een resolutie over Alzheimerpatiënten en andere dementerende bejaarden hebben ingediend. Ik maak van de gelegenheid gebruik om een snelle behandeling ervan te vragen. Bovendien heeft de minister in zijn beleidsnota zijn prioriteiten inzake het gezondheidsbeleid aangeduid. Ook het belang dat hij hecht aan de maximale factuur vormde voor mij een argument om mijn vraag te stellen.

Er is een discussie ontstaan over de beslissing van de minister om cholinesteraseremmers niet meer terug te betalen. Men twijfelt immers aan de doeltreffendheid van het geneesmiddel en men vindt het te duur. De professoren Dom en Baeyens wijzen echter wel op de efficiëntie van het product voor patiënten met het Alzheimersyndroom. Is de houding van de minister in overeenstemming met zijn beleid gesteund op medische evidentie? Kan hij de terugbetaling niet baseren op strenge voorwaarden? Is het aanvaardbaar dat de minister enkel geld wil besteden aan begeleiding en niet aan behandeling van de ziekte? Heeft hij door de verhoging van het budget voor nieuwe geneesmiddelen geen valse hoop gewekt?

Voorzitter : de heer Jean-Marc Delizée.

06.02 Minister Frank Vandenbroucke : Ik heb niet resoluut geweigerd om deze geneesmiddelen terug te betalen. Ik heb heel doordacht prioriteiten bepaald. Ik sluit niet uit dat ik ooit nog van mening zal veranderen.

De geringe medische evidentie staat tegenover een zeer hoge kostprijs. Het opleggen van strenge voorwaarden aan het gebruik van deze middelen is in de praktijk zeer moeilijk. De diagnose van Alzheimerdementie is moeilijk, arbeidsintensief en biedt tijdens het leven weinig zekerheid. Vermits de werkzaamheid van deze middelen alleen werd onderzocht bij lichte tot matig-ernstige vormen van dementie, mogen ze alleen in die stadia worden terugbetaald.

Je constate qu'en bien des endroits, des hôpitaux ont l'intention de fusionner. Il ne s'agit donc pas d'une problématique dont nous pourrions sous-estimer l'importance.

L'incident est clos.

06 Question orale de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'absence de remboursement des inhibiteurs de cholinestérase" (n° 2654)

06.01 Yolande Avontroodt (VLD): Je pose cette question car nous avons déposé une résolution relative aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démences qui touchent les personnes âgées. Je profite de l'occasion pour demander qu'elle soit traitée rapidement. En outre, le Ministre a indiqué quelles sont ses priorités en matière de santé dans sa note de politique générale. L'importance qu'il accorde à la facture maximale m'a aussi poussée à poser cette question.

La décision du Ministre de ne plus rembourser les inhibiteurs de cholinestérase a donné lieu à un débat. L'efficacité de ce médicament est mise en doute et on estime qu'il est trop cher. Les Professeurs Dom et Baeyens soulignent cependant que ce produit est efficace chez les patients atteints de syndromes d'Alzheimer. L'attitude du ministre est-elle conforme à sa politique fondée sur les évidences médicales ? Ne peut-il soumettre le remboursement à des conditions très strictes ? Peut-on admettre que le Ministre ne veuille financer que l'accompagnement et non le traitement de la maladie ? N'a-t-il pas suscité de vains espoirs en annonçant une augmentation du budget pour les nouveaux médicaments ?

Présidence : M. Jean-Marc Delizée

06.02 Frank Vandenbroucke , ministre: Je n'ai pas définitivement refusé de rembourser ce médicament. J'ai déterminé des priorités mûrement réfléchies. Je ne dis pas qu'il est exclu que je change d'avis.

Nous sommes confrontés à un prix de revient élevé pour un produit dont l'efficacité médicale n'est guère établie. Il est très difficile dans la pratique de soumettre l'utilisation d'un médicament à des conditions très sévères. Il est difficile d'établir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Cela demande beaucoup de travail et ce diagnostic reste incertain tant que le patient est en vie. Dans la mesure où l'efficacité de ces médicaments n'a été étudiée que pour des cas de démence légère ou modérée, ils ne peuvent être remboursés que pour

Er zijn andere dringende noden bij Alzheimerdementie: begeleiding en mantelzorg verdienen ondersteuning omdat ze de zorgbehoefte blijkt te verminderen. Het bevoegde RIZIV-comité heeft deze problematiek al besproken. Alzheimerdementie en andere geriatrische aandoeningen zullen in de toekomst alleen maar toenemen, omwille van de veroudering. Daarom zal het comité zorgvernieuwend projecten, die ikzelf en minister Aelvoet zullen voorstellen, bespreken.

De terugbetaling van alle geneesmiddelen zou tot budgetoverschrijding leiden. Naar schatting is voor de terugbetaling van deze geneesmiddelen een budget van 739 tot 985 miljoen frank vereist. Het is nodig prioriteiten aan te duiden. Patiëntenbegeleiding en mantelzorg is er een van. Het is natuurlijk mogelijk dat de beslissing om niet terug te betalen in de toekomst wordt herbekeken, als er meer evidentie is en de begroting dat toelaat.

06.03 Yolande Avontroodt (VLD): Ik begrijp dat de minister soms wakker ligt als hij dergelijke keuzes moet maken. (*Glimlachjes*) Ik ben het met hem eens dat een ondersteuning van de mantelzorg belangrijk is. Daartoe kan met de Gemeenschappen een samenwerkingsakkoord worden gesloten. Maar ik heb het wel moeilijk met het kostprijsargument van de minister. Ik vraag dat hij dit argument zou objectiveren en in de ons omringende landen eens zou gaan kijken.

De terugbetaling zou een belangrijk teken van hoop zijn voor de familieleden van de patiënten.

Het incident is gesloten.

07 Mondelinge vraag van de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de procedures van het Bijzonder Solidariteitsfonds" (nr. 2740)

07.01 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Het Bijzonder Solidariteitsfonds werkt de laatste jaren steeds beter, onder meer door toedoen van verschillende patiëntengroepen.

Er werd vorig jaar een KB aangekondigd om de werking van het Fonds nog te verbeteren. Dat KB is er nog niet. Wanneer zal het worden gepubliceerd?

ces stades de l'affection.

Il y a d'autres besoins criants qui concernent la maladie d'Alzheimer : l'accompagnement et les soins de proximité méritent d'être soutenus car ils permettent de réduire la demande de soins. Le comité compétent de l'INAMI a déjà discuté de cette problématique. La fréquence d'apparition de la maladie d'Alzheimer et d'autres affections gériatriques ne fera qu'augmenter à l'avenir, en raison du vieillissement. C'est pourquoi ce sujet sera débattu au sein du comité chargé d'étudier les projets liés à la question du renouvellement des soins, dont la Ministre Aelvoet et moi-même allons proposer la création.

Le remboursement de tous les médicaments amènerait à dépasser le budget. Le coût du remboursement de ces médicaments varierait de 739 à 985 millions. Il faut fixer des priorités au nombre desquelles figurent l'accompagnement des patients et les soins de proximité. Il est bien entendu possible de revenir à l'avenir sur la décision de ne pas rembourser ces médicaments, pour autant que l'on dispose de davantage de preuves médicales et que le budget le permette.

06.03 Yolande Avontroodt (VLD): Je comprends que les choix qu'ils sont amenés à opérer quotidiennement puissent parfois empêcher les ministres de dormir. (*Sourires*). Je partage votre souhait de soutenir les soins de proximité. A cet effet, un accord de coopération peut être conclu avec les Communautés. Cependant, je rejette l'argument financier invoqué par le ministre. Je lui demanderais de faire preuve de plus d'objectivité en la matière et d'aller voir comment d'autres pays règlent cette matière.

En remboursant le médicament, on adresserait un message d'espoir aux patients et aux membres de leur famille.

L'incident est clos.

07 Question orale de M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les procédures applicables au Fonds spécial de solidarité" (n° 2740)

07.01 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Depuis quelques années, le fonctionnement du Fonds spécial de solidarité ne cesse de s'améliorer, à l'intervention notamment de certains groupes de patients.

L'année passée, on a annoncé l'élaboration d'un arrêté royal dans le but de poursuivre l'amélioration de ce Fonds. Cet arrêté royal se fait toujours attendre. Quand sera-t-il publié ?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke** : Het KB is inderdaad nog niet gepubliceerd. Nochtans zijn alle inhoudelijke voorwaarden vervuld, zoals bijvoorbeeld de verhoging van het budget. Daarover werd door de Ministerraad al langer een beslissing genomen.

Reden voor de vertraging is een procedurekwestie bij de adviesaanvraag bij de Raad van State, ten gevolge van het hanteren van de urgentieprocedure. De Raad van State heeft de urgentie afgewezen.

Ik zoek nu een uitweg voor deze procedurekwestie om het KB zo snel mogelijk te kunnen publiceren.

07.03 **Joos Wauters** (AGALEV-ECOLO): In welke zin ziet u een juridische oplossing en binnen welke termijn?

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke** : Ik heb mijn administratie gevraagd alternatieven te zoeken.

Ofwel publiceren we het zonder advies, ofwel wachten we nog enkele maanden op het advies, maar dat kan vrij lang duren.

Ik ben geneigd om het zonder advies te publiceren.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.52 uur.

07.02 **Frank Vandenbroucke** , ministre: L'arrêté royal n'a effectivement pas encore été publié. Or, toutes les conditions portant sur le contenu ont été remplies, comme la revue à la hausse du budget. Le Conseil des ministres a depuis longtemps pris une décision à ce sujet.

L'origine de ce retard est à rechercher au niveau de la procédure lors de la demande d'avis déposée auprès du Conseil d'Etat, à la suite du recours à la procédure d'urgence que le Conseil d'Etat a rejeté.

Je recherche actuellement une solution à ce problème de procédure afin de pouvoir publier l'arrêté royal le plus rapidement possible.

07.03 **Joos Wauters** (AGALEV-ECOLO): Quel type de solution juridique envisagez-vous et dans quels délais sera-t-elle mise en oeuvre?

07.04 **Frank Vandenbroucke** , ministre: J'ai demandé à mon administration de trouver des solutions de rechange. Soit nous publions l'arrêté royal sans avoir obtenu d'avis, soit nous attendons encore quelques mois, mais cette situation ne peut pas perdurer.

Je serais enclin à publier cet arrêté sans l'avis du Conseil d'Etat.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 15.52 heures.