

Sénat de Belgique

Session ordinaire 2011-2012



5-118COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 7 février 2012

Séance du matin

Annales

Belgische Senaat

Gewone Zitting 2011-2012

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 7 februari 2012

Ochtendvergadering

5-118COM

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:
www.senate.be www.lachambre.be

Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
cdH	centre démocrate Humaniste
Ecolo	Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	Parti Socialiste
sp.a	socialistische partij anders
VB	Vlaams Belang

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:
www.senate.be www.dekamer.be

Sommaire

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la consommation et la prescription de la Rilatine» (n° 5-1783)	4
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le fonctionnement de Beliris» (n° 5-1882)	6
Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le risque accru de cancers du sang chez les riverains de centrales nucléaires» (n° 5-1794)	8
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les intérêts que rapportent aux mutuelles les montants repris dans le fonds de réserve spécial» (n° 5-1814)	10
Demande d'explications de Mme Fatma Pehlivan à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations pour des soins de santé inclusifs» (n° 5-1815)	11
Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations de groupe de travail ETHEALTH et l'interculturalité» (n° 5-1885)	11
Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations du groupe de travail ETHEALTH intitulées Vers des soins de santé interculturels» (n° 5-1886)	11
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les projets relevant de l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités» (n° 5-1851)	14
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la responsabilisation dans le secteur des soins de santé» (n° 5-1853)	15
Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le système du tiers-payant» (n° 5-1867)	17

Inhoudsopgave

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik en het voorschrijven van Rilatine» (nr. 5-1783)	4
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de werking van Beliris» (nr. 5-1882)	6
Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verhoogde risico op bloedkanker voor buurtbewoners van kerncentrales» (nr. 5-1794)	8
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de interesten gerealiseerd door de ziekenfondsen op de bedragen opgenomen in het bijzonder reservefonds» (nr. 5-1814)	10
Vraag om uitleg van mevrouw Fatma Pehlivan aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen voor een inclusieve gezondheidszorg» (nr. 5-1815)	11
Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen van de ETHEALTH-werkgroep en de interculturaliteit» (nr. 5-1885)	11
Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen van de ETHEALTH-werkgroep met als titel Naar een interculturele gezondheidszorg» (nr. 5-1886)	11
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de projecten in het kader van artikel 56 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen» (nr. 5-1851)	14
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de responsabilisering in de gezondheidszorg» (nr. 5-1853)	15
Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de derdebetalersregeling» (nr. 5-1867)	17

Présidence de Mme Elke Sleurs*(La séance est ouverte à 10 h 40.)***Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la consommation et la prescription de la Rilatine» (n° 5-1783)**

M. Bert Anciaux (sp.a). – Fin août 2011, le Conseil supérieur de la Santé a publié son avis n° 8570 relatif à l'usage, la sécurité et les effets secondaires des stimulants centraux. L'avis portait principalement sur la Rilatine.

Cet avis n'est guère rassurant. Le Conseil a exprimé une triple préoccupation. La principale concerne le fonctionnement cardiaque, l'hypertension et surtout un possible lien avec la mort subite. Le second domaine de préoccupation et d'attention continue est l'influence sur le comportement alimentaire et la croissance, et le troisième est l'effet de la Rilatine et de médicaments similaires sur le développement cérébral. Le Conseil n'a pu se prononcer sur aucun de ces points par manque d'information. Il admet que, bien que ce médicament soit utilisé depuis longtemps, sa sécurité n'a pas été suffisamment étudiée.

J'ai déjà interrogé plus d'une fois la ministre sur la consommation et la prescription de Rilatine. Ses réponses précédentes évoquaient des constatations alarmantes. Je me fais beaucoup de souci quant à cette évolution, qui tend à enfermer dans un syndrome de plus en plus d'enfants et d'adolescents et à les traiter avec des psychostimulants lourds. Bien que la thérapie ait des effets positifs sur certains enfants et adolescents, je crains que diverses régions belges n'évoluent vers des situations à l'américaine, un exemple peu édifiant.

On apprend ainsi que le nombre de jeunes consommant de la Rilatine a doublé en cinq ans. Quelque 80% est prescrit en Flandre, avec des contrastes subrégionaux : en Flandre occidentale, on en prescrit le double de la moyenne du pays. Ces différences régionales soulèvent des questions sur le traitement adéquat du TDAH. Il est grand temps de les examiner.

Comment la ministre réagit-elle à l'avis du Conseil supérieur de la Santé ? Quelles suites veut-elle lui donner ? Le Conseil a également formulé différentes suggestions quant au suivi des médicaments traitant le TDAH chez les enfants. La règle générale serait de mesurer le poids, la taille, la tension et le pouls tant au début que durant le traitement. On recommande aussi un bilan physique et mental annuel.

La ministre envisage-t-elle de lier ces données avec d'autres portant sur le bien-être psychosocial, en vue d'une recherche de grande envergure sur l'usage de ces médicaments ? La ministre convient-elle que leur consommation croissante et l'ignorance profonde de leurs effets secondaires justifie, voire nécessite, un contrôle longitudinal répété ?

Comment la ministre explique-t-elle les grandes différences régionales ? Les a-t-elle déjà examinées ? Selon la pédopsychiatre Marina Danckaerts, elles sont principalement dues à des « situations à l'américaine » en ce qui concerne le

Voorzitster: mevrouw Elke Sleurs*(De vergadering wordt geopend om 10.40 uur.)***Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik en het voorschrijven van Rilatine» (nr. 5-1783)**

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Eind augustus 2011 publiceerde de Hoge Gezondheidsraad zijn advies nummer 8570 over het gebruik, de veiligheid en de bijwerkingen van centrale stimulantia bij kinderen. Het advies betreft vooral het medicijn Rilatine.

Het advies klonk niet erg geruststellend. De Raad uitte zijn bezorgdheid over drie punten. De grootste bezorgdheid betreft het cardiale functioneren, hypertensie, en vooral de mogelijke relatie met plotse dood. Een tweede domein van bezorgdheid en van continue aandacht betreft de invloed op het eetgedrag en de groei en een derde domein betreft de invloed van Rilatine en soortgelijke medicatie op de cerebrale ontwikkeling. In geen van deze domeinen kon de Raad uitsluitel geven omdat er onvoldoende informatie voorhanden is. De Raad geeft daarbij toe dat de veiligheid van dit medicijn onvoldoende onderzocht is, ook al is het al lang in gebruik.

Ik heb de minister al verschillende keren ondervraagd over het gebruik en het voorschrijven van Rilatine. In haar vorige antwoorden maakte ze telkens alarmerende vaststellingen. Ik maak me dan ook grote zorgen over de trend dat men steeds meer kinderen en jongeren in een ziektebeeld onderbrengt en met zware psychostimulantia behandelt. Hoewel de therapie voor sommige kinderen en jongeren ongetwijfeld gunstige effecten heeft, vrees ik dat men in sommige streken van België naar Amerikaanse toestanden evolueert, wat echt niet als een stichtend voorbeeld mag worden beschouwd.

Zo bleek dat het aantal jongeren dat Rilatine neemt in vijf jaar tijd is verdubbeld. Ongeveer 80% van deze medicatie wordt in Vlaanderen voorgeschreven, maar ook daar bestaan er sterke subregionale verschillen. In West-Vlaanderen wordt twee keer zoveel Rilatine voorgeschreven dan het landelijke gemiddelde. Deze regionale verschillen roepen vragen op over de adequate benadering van ADHD. Het is hoog tijd dat de overheid dit grondig en grootschalig gaat onderzoeken.

Wat is de reactie van de minister op het advies van de Hoge Gezondheidsraad? Welke gevolgen wil ze hieraan geven? De Raad formuleerde ook verschillende voorstellen voor de follow-up bij ADHD-medicatie bij kinderen. Algemeen geldt dat zowel bij de start als tijdens de behandeling gewicht, lengte, bloeddruk en hartslag moeten worden gemeten. Ook een jaarlijkse algemene fysieke en mentale evaluatie wordt aangeraden.

Overweegt de minister om deze en andere gegevens over het psychosociale welzijn te verzamelen voor een grootschalig onderzoek naar het gebruik van deze medicijnen? Is de minister het ermee eens dat het explosieve gebruik en de grote onwetendheid over de bijwerkingen van deze medicijnen een grote en wederkerende, longitudinale survey

comportement prescripteur dans certaines régions. La ministre demandera-t-elle une enquête sur le comportement prescripteur dans ces communes ? Les données relatives au comportement prescripteur sont-elles enregistrées et suivies à l'échelle de la commune et du médecin ? Les médecins peuvent-ils être rappelés à l'ordre en cas de comportement prescripteur excessif ? Cela s'est-il déjà produit et avec quelles conséquences ?

La ministre explique ce comportement prescripteur notamment par la pression exercée par les écoles et par les parents. La ministre s'est-elle déjà concertée avec les communautés ? Que projette-t-on pour mieux sensibiliser les écoles et les parents à l'approche et au traitement du TDAH ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *L'avis du Conseil supérieur de la Santé relatif à la Rilatine confirme qu'il n'est pas aisé de définir une politique en matière de psychotropes. Dans différents domaines, j'ai donné suite tant à cet avis qu'à celui du même Conseil sur l'influence des psychotropes sur les séniors.*

Tout d'abord, j'ai prié l'administration de la Santé publique de créer une plate-forme scientifique, sur le modèle de la BAPCOC pour les antibiotiques. En concertation avec l'ensemble des acteurs, cette plate-forme définira, coordonnera et exécutera les actions dans le domaine des psychotropes. L'AFMPS et les services compétents des communautés et des régions y prendront part aux côtés des représentants du SPF Santé publique et de l'INAMI.

En ce qui concerne le traitement du TDAH chez les enfants, j'inscrirai à l'agenda de la Conférence interministérielle Santé publique au printemps prochain un point relatif au rôle des associations qui informent les enseignants et les parents et qui, parfois inconsciemment peut-être, prônent l'usage de la Rilatine pour les enfants atteints de troubles de l'attention.

Enfin, à l'occasion d'une concertation avec les mutuelles sur un contrôle renforcé des médicaments soumis à l'approbation du médecin conseil – ce qu'on appelle les médicaments chapitre IV –, j'ai demandé l'ajout de la Rilatine dans la catégorie à contrôler prioritairement en 2012.

Il est vrai que de vastes études épidémiologiques s'imposent afin de déterminer les risques de cette molécule ; nous manquons d'instruments adéquats, mais nous avançons dans ce domaine.

La plate-forme qui sera bientôt créée nous permettra de mieux comprendre les écarts régionaux dont a parlé M. Anciaux et de réfréner le comportement prescripteur outrancier.

gerechtvaardigd en zelfs noodzakelijk maken?

Hoe verklaart de minister de grote regionale verschillen en heeft ze die intussen al grondiger onderzocht? Volgens kinderpsychiater Marina Danckaerts zijn die vooral te wijten aan 'Amerikaanse toestanden' in het voorschrijfgedrag in welbepaalde regio's. Kan de minister dit beamen en illustreren? Zal de minister het voorschrijfgedrag in deze gemeenten aan een onderzoek onderwerpen? Worden de gegevens over het voorschrijfgedrag per gemeente en per arts nauwkeurig bijgehouden en gevolgd? Kunnen de artsen ter verantwoording worden geroepen bij bovenmatig voorschrijfgedrag? Is dat al gebeurd en welk gevolg is eraan gegeven?

De minister schrijft dit voorschrijfgedrag onder meer toe aan de druk die door de scholen en ouders wordt uitgeoefend. Heeft de minister hier al overleg over gepleegd met de gemeenschappen? Welke plannen bestaan er om de scholen en ouders beter te informeren over de benadering en de behandeling van ADHD?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het advies van de Hoge Gezondheidsraad over Rilatine bevestigt dat een psychotropenbeleid geen eenvoudige zaak is. Ik heb op verschillende domeinen gevolg gegeven aan dit advies en ook aan het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de weerslag van psychotropen op bejaarden.

In de eerste plaats heb ik de administratie van Volksgezondheid gevraagd een wetenschappelijk platform op te zetten, naar analogie met het platform voor de antibiotica met de naam BAPCOC. Dat platform zal in overleg met alle betrokken partijen de acties rond de psychofarmaca moeten definiëren, coördineren en uitvoeren. Naast de diensten van de FOD Volksgezondheid en van het RIZIV zullen ook het FAGG en de bevoegde diensten van de gemeenschappen en de gewesten hieraan deelnemen.

Inzake het probleem van de ADHD-behandeling bij kinderen zal ik op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid die in de komende lente plaatsvindt, een punt op de agenda zetten over de rol van de verenigingen die leerkrachten en ouders in de scholen informeren en die, wellicht niet altijd bewust, het gebruik van Rilatine aanmoedigen voor kinderen met aandachtstoornissen.

Tot slot heb ik in het kader van het overleg met de ziekenfondsen over de strengere controle voor geneesmiddelen met een a priori controle door de adviserend geneesheer – de zogenaamde geneesmiddelen hoofdstuk IV – Rilatine laten toevoegen als een in 2012 bij voorrang te controleren klasse.

Het klopt dat er grootschalige epidemiologische studies nodig zijn om een duidelijk beeld te kunnen geven van de risico's van die molecule en ook dat het ons aan geschikte onderzoeksinstrumenten ontbreekt, maar er wordt op dat domein vooruitgang geboekt.

Het platform dat we binnenkort zullen oprichten, zal ervoor zorgen dat we de regionale verschillen die de heer Anciaux vermeldt, beter kunnen begrijpen en dat we het extreme voorschrijfgedrag zullen kunnen controleren.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je me réjouis que la ministre prenne le problème au sérieux, qu'elle prenne trois initiatives claires et concrètes et veuille approfondir la question. Je continue à suivre le dossier, et suis d'ores et déjà heureux de sa décision de considérer la Rilatine comme un médicament dont le comportement prescripteur doit être contrôlé en priorité.*

Nous constatons tous les deux qu'aucune étude globale sur les effets d'un traitement de longue durée à la Rilatine n'est actuellement menée. Les résultats des études à l'étranger sont plutôt effarants. Je suis content que la ministre veuille lancer une telle étude chez nous, car elle est plus que nécessaire.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le fonctionnement de Beliris» (n° 5-1882)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *J'ai déjà interrogé la ministre sur le fonctionnement de Beliris à l'occasion de ma question 5-2186. Malgré la réponse détaillée, certaines choses sont restées floues ou sans réponse parce que le gouvernement de l'époque était en affaires courantes.*

La ministre a exprimé sa satisfaction générale sur le fonctionnement de Beliris et la collaboration avec la Région de Bruxelles-Capitale. Elle espérait que Beliris se consacrerait davantage à l'avenir à des grands et très grands projets. Selon la ministre, l'arriéré et les retards devaient être imputés à un excès de petits projets. La charge administrative reste en effet la même quelle que soit la taille du projet. La ministre a laissé entendre qu'elle avait une autre vision que les acteurs régionaux. Elle a même constaté «l'absence de programme précis dans le chef des autorités régionales». La ministre m'a dit peu de choses sur les plans d'avenir de Beliris parce qu'un gouvernement en affaires courantes ne pouvait pas approuver un nouveau programme triennal.

Un nouveau programme triennal a-t-il entre-temps été approuvé? La ministre peut-elle en indiquer les points principaux? Ce nouveau programme est-il davantage orienté vers des grands et très grands projets? Est-il exact que les acteurs régionaux au sein du comité de coopération s'obstinent à utiliser les moyens de Beliris pour des projets plus petits? Qu'a voulu dire la ministre par «l'absence de programme précis dans le chef des autorités régionales»?

En outre, il reste la question des 209 millions d'euros thésaurisés que Beliris n'a manifestement pas pu affecter à des choses importantes. Selon la ministre, le ministre du Budget devait donner son accord pour porter la capacité d'engagement de Beliris au-delà des 125 millions d'euros annuels fixés. Le ministre du Budget a-t-il entre-temps donné son accord? De quel montant Beliris dispose-t-il encore? Qu'advient-il de ce montant?

La ministre a déclaré dans sa réponse antérieure qu'elle avait demandé à la direction Infrastructure de transport de faire réaliser une étude d'impact des effets de l'accord de coopération. Qu'en est-il? L'étude a-t-elle eu lieu et quels

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik ben blij dat de minister het probleem ernstig neemt en dat ze drie duidelijke en concrete initiatieven neemt. Ik volg deze kwestie verder op de voet, maar het doet me deugd dat minister Onkelinx dit probleem ernstig wil onderzoeken. Ik ben bijzonder blij met haar beslissing om Rilatine als een van de prioriteiten op te nemen in de lijst van medicamenten waarvoor ze het voorschrijfgedrag wil laten controleren.

We zijn het blijkbaar met elkaar eens dat er momenteel geen globaal onderzoek naar de gevolgen van een langdurige behandeling met Rilatine wordt gevoerd. In het buitenland zijn die er wel en ze zijn vrij beangstigend. Het verheugt me dan ook dat de minister ook bij ons een onderzoek wil opstarten, want dat is meer dan nodig.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de werking van Beliris» (nr. 5-1882)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik heb de minister al ondervraagd over de werking van Beliris, meer bepaald met mijn vraag 5-2186. Ondanks het uitgebreide antwoord bleven bepaalde zaken onduidelijk of onbeantwoord, omdat we toen een regering van lopende zaken hadden.

De minister sprak een globale tevredenheid uit over de werking van Beliris en de samenwerking met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Ze hoopte dat Beliris zich in de toekomst meer zou toelagen op grote en zeer grote projecten. Volgens de minister waren de achterstand en de vertragingen namelijk toe te schrijven aan een teveel aan kleine projecten. De administratieve last is immers altijd dezelfde, ongeacht de grootte van het project. De minister liet hiermee uitschijnen dat ze een andere visie had dan de gewestelijke actoren. Ze stelde zelfs een 'gebrek aan een duidelijk programma van de gewestelijke overheden' vast. De minister vertelde mij daarbij ook weinig over de toekomstplannen van Beliris, omdat een regering van lopende zaken geen nieuw driejarenplan kon goedkeuren.

Is er intussen wel een nieuw driejarenplan goedgekeurd? Kan de minister daarvan de hoofdpunten schetsen? Is dat nieuwe plan uiteindelijk meer op grote en zeer grote projecten toegespitst? Klopt het dat de gewestelijke actoren in het Samenwerkingscomité koppig vasthouden aan het gebruik van middelen van Beliris voor vrij kleine projecten? Wat bedoelde de minister met 'een gebrek aan een duidelijk programma van de gewestelijke overheden'?

Daarnaast bleef er de kwestie van de opgepotte 209 miljoen euro, die Beliris blijkbaar niet aan relevante zaken kon uitgeven. Volgens de minister moest de minister van Begroting zijn akkoord geven om de bestedingscapaciteit van Beliris tot boven de vastgelegde 125 miljoen euro per jaar te verhogen. Gaf de minister van Begroting intussen zijn toestemming? Welk bedrag heeft Beliris momenteel nog op overschot? Wat zal hiermee concreet gebeuren?

De minister verklaarde in haar eerdere antwoord dat ze de directie Vervoersinfrastructuur had gevraagd de gevolgen en de weerslag van het samenwerkingsakkoord te laten

sont les résultats ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Dans le cadre des négociations sur l'avenant 11 qui couvre les années 2012-2014, je veillerai à ce que Beliris soit chargé de l'exécution de grands projets dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le réaménagement de l'avenue Léopold III qui sera finalisé cette année, la rénovation complète du pôle multimodal Schuman, le réaménagement en cours de la station Arts-Loi et la rénovation des logements sociaux « Ieder zijn huis » à Evere qui devrait commencer cette année, sont tous des projets de référence structurels pour lesquels Beliris engage tant les gens que les moyens budgétaires.*

Beliris s'occupera donc principalement du développement de projets à grande échelle mais il continuera bien entendu à réaliser des projets moyens. Les autorités régionales partagent cette approche.

La direction Infrastructure de transport du SPF Mobilité et la Région de Bruxelles-Capitale élaborent en ce moment les fiches et les budgets qui constituent la base de l'avenant 11. J'espère pouvoir entamer les négociations dans le courant du mois de février.

Beliris a fixé un budget d'environ 150 millions d'euros en 2011, malgré la période d'affaires courantes. Comme les années précédentes, le solde du fonds a diminué. Fin 2011, un solde de 187 millions d'euros a été transféré. Fin 2010, il s'élevait encore à 208 millions d'euros. Les mesures visant à réduire au fil des années l'accumulation et le transfert de moyens semblent donc porter leurs fruits. Le premier contrôle budgétaire de cette année approchant, je ne peux pas anticiper les décisions du gouvernement concernant les limites budgétaires définitives pour 2012.

Enfin, j'ai présenté au gouvernement l'étude d'impact que j'avais annoncée dans ma réponse écrite. Le Conseil des ministres n'a pas pu approuver ce point durant la période d'affaires courantes. Je le présenterai donc de nouveau lors d'un prochain Conseil des ministres.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Si j'ai bien compris, la capacité d'engagement est passée en 2011 de 125 à 150 millions d'euros, d'où une diminution de l'excédent. Je suis très satisfait de cette évolution positive. Je suppose que la ministre a demandé au gouvernement de garder la capacité d'engagement à 150 millions d'euros. Ou a-t-elle fait une autre proposition ?*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Nous devons examiner cette question lors du contrôle budgétaire, qui ne sera pas facile.*

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je comprends que ce ne soit pas simple. J'accepte la réponse de la ministre. Toutefois, elle laisse certains volets de côté et j'ai l'impression que la*

onderzoeken. Hoever staat het daarmee? Is het intussen gebeurd en wat zijn de resultaten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *In het kader van de onderhandelingen over de bijakte 11, die de jaren 2012-2014 dekt, zal ik ervoor zorgen dat Beliris met de uitvoering van grote projecten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt belast. De heraanleg van de Leopold III-laan die dit jaar wordt afgerond, de volledige renovatie van de multimodale pool Schuman, de lopende herinrichting van het station Kunst-Wet, de renovatie van de sociale woningen 'Ieder zijn huis' in Evere die dit jaar zou moeten starten, zijn allemaal structurele referentieprojecten waarvoor Beliris zowel de mensen als de budgettaire middelen inzet.*

Beliris zal zich dus vooral bezighouden met de ontwikkeling van grootschalige projecten, maar het spreekt vanzelf dat het ook middelgrote projecten zal blijven uitvoeren. Ik kan u bevestigen dat de gewestelijke overheden deze benadering delen.

Zowel de directie Vervoersinfrastructuur van de FOD Mobiliteit, als het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn bezig met het uitwerken van de fiches en budgetten die de grondslag van de bijakte 11 vormen. Ik hoop dat ik de effectieve onderhandelingen in de loop van februari kan aanvatten.

Op begrotingsvlak heeft Beliris, ondanks de periode van lopende zaken, in 2011 een budget van ongeveer 150 miljoen euro vastgelegd. Daardoor werd het saldo van het fonds, net zoals in de vorige jaren, verminderd. Op het einde van 2011 werd een overschot van ongeveer 187 miljoen euro overgedragen. Op het einde van 2010 was dat nog 208 miljoen euro. De maatregelen om de accumulatie en overdracht van middelen in de loop der jaren te verminderen, lijken dus vruchten af te werpen. We staan voor de eerste begrotingscontrole van dit jaar en ik kan u dus nu niet zeggen wat de regering zal beslissen met betrekking tot de budgettaire grenzen die ze voor 2012 definitief zal vastleggen.

Tot slot heb ik de regering de impactstudie voorgelegd die ik u in mijn schriftelijke antwoord had aangekondigd. Door de periode van lopende zaken heeft de Ministerraad dit punt evenwel niet kunnen goedkeuren. Ik zal het dus op een volgende Ministerraad opnieuw voorleggen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Als ik het goed begrepen heb, is de bestedingscapaciteit in 2011 verhoogd van 125 naar 150 miljoen euro, waardoor het overschot daalt. Dat is een positieve evolutie waar ik bijzonder blij mee ben. Ik ga ervan uit dat de minister de regering heeft gevraagd om de bestedingscapaciteit op 150 miljoen te houden. Of heeft ze een ander voorstel gedaan?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Dat zullen we moeten zien bij de begrotingscontrole, die moeilijk zal zijn.*

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Ik begrijp dat het niet eenvoudig is. Het antwoord van de minister is oké. Bepaalde zaken laat ze echter in het midden en ik heb de indruk dat het*

Région de Bruxelles-Capitale lui a tout de même demandé de pouvoir continuer à réaliser des projets moyens. Je trouve cela quelque peu regrettable. J'aurais aimé que la ministre puisse « convaincre » la Région de Bruxelles-Capitale de réaliser les projets les plus importants. Peut-être que nous devrions tout de même réfléchir à un transfert structurel de Beliris à la Région de Bruxelles-Capitale, avec ou sans contrôle du parlement fédéral. Nous savons tous qu'il est absurde que la gestion de Beliris reste du ressort de la direction Infrastructure de transports du SPF Mobilité et Transports, alors qu'elle devrait en réalité relever de la compétence de l'administration de la Région de Bruxelles-Capitale.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Mais nous avons un excellent service avec des jeunes très compétents au SPF Mobilité et Transports.

M. Bert Anciaux (sp.a). – Je suis d'accord avec vous. Je les connais pour avoir travaillé avec eux. C'est sans aucun doute un très bon service. Cependant, un problème structurel se pose car Beliris n'a pas vraiment sa place au SPF Mobilité et Transports. Il serait plus logique que l'administration de la Région de Bruxelles-Capitale reprenne Beliris, à condition qu'un contrôle fédéral subsiste. Mais nous en reparlerons dans le futur.

Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le risque accru de cancers du sang chez les riverains de centrales nucléaires» (n° 5-1794)

M. Richard Miller (MR). – Le quotidien *Le Monde* du 13 janvier dernier a rendu compte d'une étude menée en France selon laquelle on constate un doublement de la fréquence des cancers du sang chez les jeunes riverains d'une centrale nucléaire.

La survenue d'une leucémie est ainsi deux fois plus fréquente chez les enfants et les adolescents habitant à moins de 5 km de l'une des 15 centrales françaises. Il en va de même pour le nombre de cas de cancers hématologiques. Chez les enfants de moins de 5 ans, l'écart est plus marqué encore.

Cette étude a été réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, par le Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, ainsi que par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.

La méthodologie de l'étude a été saluée par les milieux scientifiques en raison de la taille de la population examinée et de la cohérence de ses résultats avec des études allemandes portant sur le même sujet, ce qui lui confère « une valeur de signal sanitaire sûr ».

Toutefois, l'étude se limite à acter les résultats, elle ne les explique pas. Elle ne permet pas de rendre compte de la corrélation constatée. C'est pourquoi la responsable de cette étude incite les chercheurs des États membres de l'Union à

Brussels Hoofdstedelijk Gewest haar toch gevraagd heeft de mogelijkheid te kunnen behouden om middelgrote projecten uit te voeren. Dat vind ik een beetje jammer. Ik had liever gehad dat de minister haar overtuiging had kunnen 'opdringen' aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om echt de grootste projecten te realiseren. Misschien moeten we toch eens nadenken over een structurele overheveling van Beliris naar het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, al dan niet met controle door het federaal parlement. We weten allemaal dat het absurd is dat de bevoegdheid voor Beliris bij de directie Vervoersinfrastructuur van de FOD Mobiliteit en Vervoer blijft liggen, terwijl ze in de praktijk bij de administratie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zou moeten liggen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Maar in de FOD Mobiliteit en Vervoer hebben we een uitstekende dienst met zeer competente jonge mensen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik ben het daarmee eens. Ik ken die mensen want ik heb met hen nog gewerkt. Het is zonder enige twijfel een zeer goede dienst. Structureel is er wel een probleem omdat Beliris niet echt thuishoort in de FOD Mobiliteit en Vervoer. Het zou logischer zijn dat de administratie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest Beliris zou overnemen, op voorwaarde dat er een federale controle blijft. Maar daar zullen we het in de toekomst nog wel over hebben.

Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verhoogde risico op bloedkanker voor buurtbewoners van kerncentrales» (nr. 5-1794)

De heer Richard Miller (MR). – *De krant Le Monde berichtte op 13 januari over een Franse studie van het Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), het Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, en het Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, waarin werd vastgesteld dat de incidentie van bloedkanker bij jongeren die in de buurt van een kerncentrale wonen, was verdubbeld.*

Leukemie komt tweemaal vaker voor bij kinderen en adolescenten die binnen een straal van vijf kilometer van een van de vijftien Franse kerncentrales wonen. Hetzelfde geldt voor het aantal gevallen van andere vormen van bloedkanker. Bij kinderen onder vijf jaar is het verschil nog groter.

De methodologie kon in wetenschappelijke kringen op veel bijval rekenen wegens de omvang van de controlegroep en de samenhang van de resultaten met gelijkaardige Duitse studies.

De studie beperkt zich echter tot de vaststelling van de resultaten en biedt geen verklaringen voor de vastgestelde verbanden. Om die reden roept de verantwoordelijke van de studie de EU-lidstaten op om meer onderzoek te doen en incidentiestudies over dat onderwerp te maken.

Beschikt de minister over vergelijkbare analyses voor ons

multiplier les recherches et études d'incidences sur le sujet.

Madame la ministre, disposez-vous d'analyses semblables pour notre pays ? Si oui, quels en sont les résultats ? Si non, envisagez-vous de lancer une étude de ce type ?

Quelle est votre lecture des résultats de l'étude française ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – J'ai été interrogée à ce sujet par un de vos collègues en séance plénière du Sénat, mais je vais répéter, à votre intention exclusive, les conclusions de cette intervention.

M. Richard Miller (MR). – J'étais présent et j'ai entendu votre réponse. J'aimerais simplement savoir si vous disposez de nouveaux éléments.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – En 2008, j'ai chargé l'Institut de santé publique de réaliser, à l'échelle nationale, une étude épidémiologique sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire.

L'objectif était d'examiner le nombre de cancers, tels que la leucémie et le cancer de la thyroïde, qui se développent dans un rayon de vingt kilomètres autour des sites nucléaires de Tihange, Fleurus, Mol et Doel.

Le territoire belge près des sites nucléaires de Chooz, en France, et de Borssele, aux Pays-Bas, sont également concernés.

Le cadre de cette étude a été défini en concertation avec différents partenaires, à savoir l'Agence fédérale de contrôle nucléaire, le Registre du cancer, le SPF Santé publique et le Centre d'étude de l'énergie nucléaire.

Les résultats finaux de cette étude sont attendus au plus tard fin mars, début avril. Dès que je les aurai reçus, je les communiquerai au Parlement et nous mènerons le nécessaire débat de société dont nous parlions tout à l'heure.

Si les résultats s'avéraient problématiques – des consultations sont en cours sur le plan international –, j'entamerai immédiatement une concertation avec ma collègue, la ministre de l'Intérieur, ainsi qu'avec le secrétaire d'État en charge de l'Environnement, sans oublier mes homologues des entités fédérées.

Par ailleurs, la Belgique ne vivant pas en vase clos – je viens de parler des Pays-Bas et de la France –, nous devons nous concerter avec les pays voisins.

Pour en revenir aux résultats de l'étude française, ceux-ci sont à prendre avec la plus grande prudence. En effet, Jacqueline Clavel, qui a dirigé l'étude et qui est responsable d'épidémiologie environnementale des cancers à l'Inserm, indique qu'à ce stade, on ne peut pas conclure à un lien direct entre les « très faibles radiations émises » et les cas de leucémie. Elle ajoute que sur une période plus longue (1990-2007), le doublement des cas n'apparaît plus. Les auteurs de l'enquête ne tirent donc aucune conclusion mais demandent une extension de l'étude à l'échelon international.

M. Richard Miller (MR). – Je remercie Mme la ministre d'avoir repris les différents éléments de réponse et d'avoir

land? Zo ja, wat zijn de resultaten? Zo niet, gaat ze een dergelijke studie laten verrichten?

Wat is haar interpretatie van de Franse studie?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik heb hierover al een vraag beantwoord in de plenaire vergadering van de Senaat. Ik zal dat antwoord voor de heer Miller kort herhalen.

De heer Richard Miller (MR). – Ik was toen aanwezig, maar ik wil weten of de minister over nieuwe elementen beschikt.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – In 2008 heb ik het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, het WIV, belast met een epidemiologische studie over de gezondheidstoestand van wie in de nabije omgeving van een nucleaire vestiging woont.

Het doel was te onderzoeken hoeveel geval van onder meer leukemie en schildklierkanker voorkomen binnen een straal van 20 kilometer rond de kerncentrales van Tihange, Fleurus, Mol en Doel.

De studie had ook betrekking op het Belgische grondgebied in de nabijheid van de kerncentrales van Chooz in Frankrijk en van Borssele in Nederland.

De studie kwam tot stand in overleg met de verschillende partners: het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, het Kankerregister, de FOD Volksgezondheid en het Studiecentrum voor Kernenergie.

De eindresultaten van de studie worden eind maart, begin april verwacht. Zodra ik ze heb ontvangen, zal ik ze aan het parlement meedelen zodat we het nodige kunnen doen om het maatschappelijke debat op gang te brengen.

Mocht blijken dat er problemen zijn – op internationaal niveau zijn er gesprekken – dan zal ik overleg plegen met de minister van Binnenlandse Zaken, de staatssecretaris voor Leefmilieu en uiteraard de collega's van de deelgebieden.

Ook zal overleg worden gepleegd met onze buurlanden.

De resultaten van de Franse studie moeten met de grootste omzichtigheid worden gelezen. Jacqueline Clavel, de verantwoordelijke voor milieuepidemiologie van kankers, die de studie leidde, heeft aangegeven dat in dit stadium nog geen direct verband kan worden gelegd tussen de zwakke vrijgekomen straling en de leukemiegevallen. Ze voegt eraan toe dat over een langere periode (1990-2007) geen verdubbeling meer wordt vastgesteld. De auteurs van de studie trekken dus geen enkele conclusie, maar ze vragen dat de studie naar het internationale niveau wordt uitgebreid.

De heer Richard Miller (MR). – Ik dank de minister voor haar antwoord en de belofte om de resultaten aan het

annoncé la communication des résultats au parlement.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les intérêts que rapportent aux mutuelles les montants repris dans le fonds de réserve spécial» (n° 5-1814)

M. Louis Ide (N-VA). – J'ai plusieurs demandes d'explications sur le même thème, à savoir la recherche de transparence dans le financement de notre système de mutualités.

Dans sa réponse à ma demande d'explications 5-1735, la ministre a communiqué l'état des comptes, ventilé par union nationale, du fonds de réserve spécial que les mutualités doivent maintenir dans le cadre de leur responsabilité financière. À la fin de 2009, le montant s'élevait à 501,6 millions d'euros. Ce montant peut être divisé en deux composantes : les bonis à hauteur de 429,7 millions d'euros et les cotisations/moyens propres à hauteur de 71,9 millions d'euros.

Dans cette réponse, la ministre fait aussi savoir que pour la composante boni en 2009, le montant des intérêts reçus était de 551,62 euros, contre 2,8 millions pour la composante cotisations/moyens propres. Autrement dit, les bonis ont un rendement de 0,00012% alors que celui des cotisations/moyens propres est de 3,86%. C'est évidemment une très grande différence.

C'est pourquoi j'aimerais savoir s'il est exact que les intérêts de la composante boni de 2009 ne s'élevaient qu'à 511,62 euros. Si oui, à quoi est due la grande différence de rendement entre les deux composantes du fonds de réserve spécial ? Si non, quel est alors le montant correct ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – En effet, les intérêts de la composante boni du fonds de réserve spécial ne s'élevaient qu'à 511,62 euros à la fin de l'exercice 2009.

Pour justifier ce faible montant par rapport aux intérêts de la composante cotisations/moyens propres, il faut rappeler que les moyens de la composante boni sont ajoutés à la trésorerie de l'assurance obligatoire et affectés au paiement des prestations de l'assurance obligatoire des affiliés. Les fonds de trésorerie de l'assurance obligatoire ne peuvent être placés pour plus de sept jours, au contraire des moyens de la composante cotisations/moyens propres, pour laquelle des placements à plus long terme et avec un meilleur rendement sont autorisés. Dans la pratique, les fonds de trésorerie se trouvent sur des comptes à vue.

Le calcul du montant des intérêts des fonds de trésorerie relatif à la composante boni est réalisé sur la base d'une formule établie par le service de contrôle. Dans cette formule, la part de cette composante est calculée dans la trésorerie totale de l'assurance obligatoire. Si l'orateur le désire, je peux lui communiquer la formule.

parlement mee te delen.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de interesten gerealiseerd door de ziekenfondsen op de bedragen opgenomen in het bijzonder reservefonds» (nr. 5-1814)

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik heb meerdere vragen om uitleg met dezelfde strekking, namelijk de zoektocht naar transparantie bij de financiering van ons ziekenfondssysteem.

In het antwoord van de minister op mijn vraag om uitleg nr. 5-1735 deelde ze, uitgesplitst per landsbond, de stand mee van de rekeningen van het bijzonder reservefonds dat de ziekenfondsen moeten aanhouden in het kader van hun financiële verantwoordelijkheid. Einde 2009 ging het om een bedrag van 501,6 miljoen euro. Dit bedrag kan worden opgedeeld in twee componenten, namelijk de boni ten belope van 429,7 miljoen euro en de bijdragen/eigen middelen ten belope van 71,9 miljoen euro.

In dat antwoord laat de minister ook weten dat voor de component boni in 2009 een bedrag van 551,62 euro intresten was ontvangen en 2,8 miljoen op de component bijdragen/eigen middelen. Met andere woorden, de boni hebben een rendement van 0,00012% terwijl dat voor de bijdragen/eigen middelen 3,86% is. Dat is een wel een zeer groot verschil.

Daarom had ik graag vernomen of het klopt dat de intresten op de component boni in 2009 slechts 511,62 euro bedroegen. Zo ja, waar is het grote verschil in opbrengst tussen de beide componenten van het bijzonder reservefonds aan te wijzen? Zo nee, wat is dan het correcte bedrag?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het is correct dat de intresten op de component boni van het bijzonder reservefonds per einde boekjaar 2009 slechts 511,62 euro bedroegen.

Ter verduidelijking van dit lage bedrag ten opzichte van de intresten op de component bijdragen/eigen middelen dient eraan te worden herinnerd dat de middelen van de component boni worden toegevoegd aan de thesaurie van de verplichte verzekering en worden aangewend voor de betaling van de prestaties verplichte verzekering aangesloten. Vermelde thesauriemiddelen van de verplichte verzekering mogen enkel worden belegd op ten hoogste zeven dagen, in tegenstelling tot de middelen van de component bijdragen/eigen middelen, waarvoor beleggingen op langere termijn met een hoger rendement toegestaan zijn. In de praktijk bevinden de thesauriemiddelen zich op zichtrekeningen.

De berekening van het bedrag van de intresten op de thesauriemiddelen dat betrekking heeft op de component boni gebeurt op basis van een formule die is vastgelegd door de controledienst. In deze formule wordt het aandeel van deze component berekend in de totale thesaurie van de verplichte verzekering. Als de spreker dat wenst, kan ik hem de formule

M. Louis Ide (N-VA). – *Si je comprends bien, le fonds de réserve et ses intérêts sont placés dans la trésorerie, ce qui explique que le fonds de réserve appartienne au cashflow du système de paiement.*

Demande d'explications de Mme Fatma Pehlivan à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations pour des soins de santé inclusifs» (n° 5-1815)

Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations de groupe de travail ETHEALTH et l'interculturalité» (n° 5-1885)

Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations du groupe de travail ETHEALTH intitulées Vers des soins de santé interculturels» (n° 5-1886)

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

Mme Fatma Pehlivan (sp.a). – *Ma question porte sur une étude récente relative à la communauté allochtone et à la politique de santé développée à son endroit.*

La diversité culturelle de la population belge s'est considérablement renforcée ces dernières années, ce qui influe sur la politique en matière de soins de santé. En dépit du financement de certaines initiatives très intéressantes, la Belgique semble toujours à la traîne à l'échelon mondial. Une étude réalisée à la demande de la Santé publique montre que, dans notre pays, les immigrés sont plus souvent malades que les autochtones. Ils souffrent davantage de maladies infectieuses et chroniques et de problèmes psychiques. Il apparaît en outre que chez les femmes marocaines et turques, le diabète est deux fois plus fréquent que chez les autochtones (12% contre 6%). Cela ne s'explique pas seulement par la moindre qualité du logement, un revenu inférieur et une formation plus courte. Les chercheurs ont constaté que les immigrés sont systématiquement discriminés dans les soins de santé.

Un autre problème dénoncé par l'étude est que les soins, tels qu'ils sont organisés aujourd'hui, s'adressent à un grand groupe homogène de blancs alors que la société est très diversifiée. Les préjugés sur les immigrés ont malheureusement la vie dure dans le secteur de l'aide.

Le rapport du groupe ETHEALTH formule

bezorgen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Als ik het goed begrijp, worden het reservefonds en zijn intresten ondergebracht in de thesaurie, waardoor het reservefonds tot de cashflow van het uitbetalingssysteem behoort.

Vraag om uitleg van mevrouw Fatma Pehlivan aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen voor een inclusieve gezondheidszorg» (nr. 5-1815)

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen van de ETHEALTH-werkgroep en de interculturaliteit» (nr. 5-1885)

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen van de ETHEALTH-werkgroep met als titel Naar een interculturele gezondheidszorg» (nr. 5-1886)

De voorzitter. – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

Mevrouw Fatma Pehlivan (sp.a). – Mijn vraag gaat over een recent onderzoek met betrekking tot de allochtone gemeenschap en het gezondheidsbeleid voor die groep. Als lid van het Vlaams Parlement heb ik die vraag ook gesteld aan de Vlaamse minister die voor die materie bevoegd is. Aangezien een aantal aspecten onder de bevoegdheid vallen van de federale minister van Volksgezondheid, wens ik als gemeenschapssenator deze vraag ook aan de federale minister te stellen.

De culturele diversiteit van de Belgische bevolking is de jongste jaren sterk toegenomen. Dat heeft een weerslag op het gezondheidszorgbeleid. Ondanks de financiering van een aantal zeer goede initiatieven, lijkt België op mondiaal vlak toch achterop te hinken. Uit onderzoek in opdracht van Volksgezondheid blijkt dat migranten in ons land vaker ziek zijn dan autochtonen. Ze hebben meer last van infectieziekten, chronische aandoeningen en psychische problemen. Voorts blijkt ook dat diabetes bij Turkse en Marokkaanse vrouwen dubbel zoveel voorkomt als bij autochtonen, namelijk 12% tegenover 6%. De oorzaken hiervan zijn niet enkel een slechtere huisvesting, een lager inkomen en een kortere opleiding. Eén van de vaststellingen van de onderzoekers is dat migranten systematisch worden geconfronteerd met discriminatie binnen de gezondheidszorg.

Een ander probleem dat naar voren komt, is dat de zorg zoals

46 recommandations en faveur de la réduction des inégalités de santé. Le groupe appelle les différentes autorités de ce pays qui sont liées aux soins de santé et aux services sociaux à une conférence interministérielle pour mettre en œuvre ces 46 recommandations.

Une conférence interministérielle au sujet des recommandations a-t-elle déjà eu lieu ? Si oui, quelles en ont été les conclusions ? Si non, quand la conférence aura-t-elle lieu ?

Quelles mesures la ministre prendra-t-elle pour rendre les soins de santé plus inclusifs et plus diversifiés ?

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – *Ma question concerne l'enregistrement. J'ai eu la chance de faire partie du groupe de pilotage de l'étude au sein du SPF Santé publique. L'exercice a été intéressant et s'est soldé par un rapport de qualité formulant 46 recommandations, réparties en quatre catégories. Un des problèmes est l'enregistrement. L'origine ethnique n'est pas enregistrée en raison de la loi sur la protection de la vie privée. On pourrait toutefois prévoir une exception à cette loi.*

La ministre est-elle favorable à un enregistrement de données relatives à l'origine ethnique qui permettrait de mieux cerner le problème de la morbidité et de l'immigration ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Je préciserai tout d'abord que l'accessibilité et la qualité de notre système de soins de santé pour tous les ayants droit me tient fort à cœur. C'est d'ailleurs à ma demande que le groupe ETHEALTH a été créé.*

Le rapport de ce groupe contient un grand nombre de recommandations intéressantes et traduit les avis des universitaires comme des acteurs de terrain. Nous étudierons dans les prochains mois l'opportunité et la possibilité d'en tenir compte dans la politique. Plusieurs d'entre elles ne relèvent pas des compétences du gouvernement fédéral.

J'inscrirai donc ce point à l'ordre du jour de la prochaine conférence interministérielle réunissant tous les ministres compétents en matière de santé. Nous y aborderons la plupart des points soulevés dans vos demandes d'explications.

Plus concrètement, il s'agit des points suivants :

- *l'introduction auprès de la Commission de la protection de la vie privée d'une demande d'enregistrement systématique de données sur la santé des immigrés et des personnes issues des minorités ethniques au moyen d'un système de monitoring continu ;*
- *la nécessité d'un meilleur enregistrement des données sur la santé pour ces groupes ;*
- *l'intérêt et les possibilités d'organiser une concertation sur la migration et la santé entre le secteur des soins, le monde*

die vandaag georganiseerd is, gericht is op een grote blanke homogene groep terwijl de samenleving net zeer divers is. Binnen de hulpverlening leven spijtig genoeg nog steeds sterke vooroordelen over migranten.

In het rapport van de ETHEALTH-werkgroep worden 46 aanbevelingen geformuleerd om de bestaande verschillen op het vlak van gezondheidszorg efficiënt aan te pakken. De groep roept de verschillende beleidsorganen in het sociale domein en het domein van de gezondheidszorg op om die te behandelen op een interministeriële conferentie.

Ik heb volgende vragen aan de minister:

- 1) Heeft er reeds een interministeriële conferentie over de aanbevelingen plaatsgevonden? Zo ja, welke waren de conclusies? Zo nee, wanneer zal de conferentie plaatsvinden?
- 2) Welke maatregelen zal de minister nemen om de gezondheidszorg meer inclusief en meer divers te maken?

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – *Mijn vraag betreft de registratie. Ik had het geluk deel uit te maken van de stuurgroep van het onderzoek binnen de FOD Volksgezondheid. Het was een interessante oefening, die resulteerde in een goed rapport met zesenvertig aanbevelingen, onderverdeeld in vier categorieën. Een van de problemen is de registratie. De etnische afkomst wordt niet geregistreerd als gevolg van de wet op de privacy. Er kan evenwel een uitzondering op die wet worden gevraagd.*

Is de minister er voorstander van om gegevens rond etnische afkomst te registreren, zodat het probleem van morbiditeit en migratie beter in beeld kan worden gebracht?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Vooreerst wil ik u zeggen dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van ons gezondheidszorgsysteem voor alle rechthebbenden een thema is dat mij na aan het hart ligt. De groep ETHEALTH werd trouwens op mijn vraag opgericht.*

Het rapport van deze groep bevat een groot aantal waardevolle aanbevelingen en weerspiegelt de adviezen van zowel academici als veldwerkers. We zullen de volgende maanden bekijken in welke mate het opportuun en mogelijk is om de voorgestelde aanbevelingen in het beleid in te passen. Ik vestig er evenwel uw aandacht op dat een groot deel daarvan niet onder mijn bevoegdheden of zelfs die van de federale regering valt.

Daarom zal ik het punt agenderen op een volgende interministeriële conferentie, waar alle ministers bevoegd voor gezondheid samenkomen. Daar zullen de meeste punten die in de vragen om uitleg worden gesteld aan bod komen.

Meer concreet gaat het om de volgende punten:

- het indienen van een aanvraag bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer om gegevens inzake de gezondheidsstatus van migranten en etnische minderheden te registreren door middel van een systeem van continue monitoring;
- de nood aan een betere registratie van gezondheidsgegevens voor deze groepen;

scientifique et la politique ;

- *l'effet discriminatoire de nos soins de santé, tant au niveau de l'accessibilité qu'à celui de la qualité des soins et des droits des patients.*

Je chargerai les experts du SPF Santé publique d'étudier les recommandations des Tables rondes de l'interculturalité et de présenter un rapport à ce sujet à la conférence interministérielle.

Je ne peux pas encore me prononcer sur les moyens qui seront disponibles, à partir de 2013, à la suite de l'accord sur le secteur non marchand. Lors de ces prochaines négociations, on décidera de l'affectation précise des moyens en fonction des besoins multiples exprimés sur le terrain.

Enfin, je tiens à souligner que des médiateurs interculturels dans les hôpitaux sont financés depuis plus de dix ans. Leur rôle est de réduire le plus possible les effets des barrières linguistiques et culturelles. Depuis trois ans, mon département expérimente également, dans les soins de santé, une médiation interculturelle au moyen de la vidéoconférence, y compris en dehors des hôpitaux.

Le concept développé par nos services présente quelques gros avantages. La médiation peut être rapide et ciblée. Il est également préférable du point de vue de l'économie de la santé au recours à des médiateurs interculturels ou à des interprètes devant se trouver physiquement sur place. Grâce à une collaboration entre les institutions, il est en effet possible de constituer un plus grand pool de médiateurs interculturels pour de nombreuses langues, ce qui optimisera la disponibilité et la ponctualité de l'offre.

Pour de plus amples informations à ce sujet, je vous renvoie au site www.intercult.be et à la cellule de coordination Médiation interculturelle et Support de la politique du SPF Santé publique qui a organisé une journée d'étude à ce sujet en octobre 2011.

Mme Fatma Pehlivan (sp.a). – *Mieux vaut en effet prévenir que guérir. Plus les gens seront informés sur les soins de santé, mieux ce sera. Je connais le système des médiateurs interculturels de la maison médicale gantoise De Sleep. Pour gérer le budget, nous devons tenir compte des mesures à prendre pour rendre les soins de santé plus accessibles à ces groupes.*

J'attends avec impatience la conférence interministérielle. Il s'agit effectivement d'une compétence partagée. J'espère que les ministres concernés prendront leurs responsabilités et je suivrai le dossier au Parlement flamand. Je me demande bien quelle attitude adoptera le ministre Vandeurzen. J'espère toutefois que les niveaux de pouvoir ne se renverront pas constamment la balle.

- het belang en de mogelijkheden van overleg over migratie en gezondheid tussen de zorgsector, de wetenschappelijke wereld en het beleid;
- het discriminerende effect van onze gezondheidszorg, zowel op het vlak van de toegankelijkheid als op dat van de zorgkwaliteit en de patiëntenrechten.

Ik zal experts van de FOD Volksgezondheid de opdracht geven de aanbevelingen van de Rondetafels van de Interculturaliteit te bestuderen en hierover te rapporteren aan de Interministeriële Conferentie.

Over de middelen die vanaf 2013 beschikbaar zijn in het kader van het akkoord voor de non-profitsector kan ik nog geen uitspraak doen. Tijdens die toekomstige onderhandelingen zal, afhankelijk van de talrijke behoeften op het terrein, beslist worden over de precieze toewijzing.

Ten slotte wil ik erop wijzen dat al sinds meer dan tien jaar interculturele bemiddelaars in de ziekenhuizen worden gefinancierd. Het is hun taak de gevolgen van de taal- en cultuurbarrière zoveel mogelijk terug te dringen. Sinds een drietal jaren worden vanuit mijn departement ook experimenten gedaan om interculturele bemiddeling via videoconferentie in de gezondheidszorg aan te bieden, ook buiten de ziekenhuizen.

Het concept dat door onze diensten werd ontwikkeld, heeft een aantal belangrijke voordelen. De bemiddeling kan snel en doelgericht worden aangeboden. Ook gezondheidseconomisch is het duidelijk voordeliger dan te werken met interculturele bemiddelaars of tolken die fysiek ter plaatse moeten komen. Door samenwerking tussen instellingen heeft men immers het potentieel om een grotere pool van interculturele bemiddelaars voor vele talen samen te stellen, waardoor de beschikbaarheid en de tijdigheid van het aanbod worden geoptimaliseerd.

Voor meer informatie in dat verband verwijs ik naar de site www.intercult.be, de Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning van de FOD Volksgezondheid, die daarover in oktober 2011 een studiedag organiseerde.

Mevrouw Fatma Pehlivan (sp.a). – Ik dank de minister voor haar antwoord en apprecieer haar bezorgdheid. Het is inderdaad beter te voorkomen dan te genezen. Hoe meer mensen er inzake gezondheidszorg geïnformeerd zijn, hoe beter. Ik ken het systeem van interculturele bemiddelaars via het Gentse Wijkgezondheidscentrum De Sleep, dat sinds 1976 actief is. Met het oog op het beheer van de begroting moeten we rekening houden met de maatregelen die we voor die groep dienen te nemen om de gezondheidszorg toegankelijker te maken.

Ik kijk uit naar de Interministeriële Conferentie. Het gaat inderdaad om een gedeelde bevoegdheid. Ik hoop dat de betrokken ministers hun verantwoordelijkheid op zich nemen en zal de problematiek in het Vlaams Parlement volgen. Ik ben benieuwd naar de houding van minister Vandeurzen. Ik hoop evenwel dat het geen pingpongspel wordt.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les projets relevant de l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités» (n° 5-1851)

M. Louis Ide (N-VA). – Dans le cadre de l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'INAMI peut, dans certains cas, conclure des accords avec des tierces parties pour le financement de projets ne relevant pas des interventions régulières.

Ce poste qui était au départ très limité, est devenu, au cours des dernières années, un poste important de l'assurance maladie obligatoire. Selon les données que vous m'avez communiquées, 62 projets seront financés de cette manière en 2012, pour un montant total de près de 92 millions d'euros.

Vu que certains des projets réalisés dans le cadre de l'article 56 sont financés par le budget de l'assurance obligatoire soins de santé et d'autres par les frais administratifs de l'INAMI, j'aimerais obtenir une réponse aux questions suivantes :

1) Sur la base de quels critères décide-t-on du budget auquel un projet est imputé ?

2) Ne serait-il pas préférable que toutes les dépenses dans le cadre de l'article 56 soient prises en charge par le budget de l'assurance maladie obligatoire, de manière à obtenir un aperçu plus clair des dépenses en matière de soins de santé.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – L'article 56, paragraphes 1 et 2, de la loi relative à l'INAMI du 17 juillet 1994, prévoit une intervention pour des modèles spéciaux de fourniture ou de paiement de soins de santé et permet le financement de projets dans ce cadre. Dans cette optique, il faut opérer une distinction entre les projets décrits au paragraphe 1, pour lesquels le Comité de l'assurance du Service des Soins de santé de l'INAMI conclut seul l'accord, et les projets prévus au paragraphe 2, pour lesquels le Comité de l'assurance conclut l'accord sur la base d'un arrêté royal.

D'un point de vue budgétaire, ces projets sont en principe imputés aux frais administratifs du Service des soins de santé de l'INAMI. Dans le passé, certains projets ont toutefois été imputés à l'objectif budgétaire global, même si c'était plutôt exceptionnel.

Dans le budget administratif du Service des soins de santé, un budget de 91,77 millions d'euros est prévu sous la rubrique « article 56-22 ».

Cette rubrique budgétaire s'étend donc bien au-delà des seuls projets conclus sur la base de l'article 56, paragraphes 1 et 2. Dans cette rubrique, des moyens financiers sont également prévus pour des matières qui relèvent de l'article 22 de la loi relative à l'INAMI ou pour des matières prévues à l'article 56, paragraphes 3 à 7 inclus.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de projecten in het kader van artikel 56 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen» (nr. 5-1851)

De heer Louis Ide (N-VA). – In het kader van artikel 56 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kan het RIZIV in bepaalde gevallen overeenkomsten afsluiten met derde partijen voor een financiering van projecten die buiten de reguliere tegemoetkoming vallen.

Wat begonnen is als iets zeer kleins, is de jongste jaren uitgegroeid tot een belangrijke post binnen de verplichte ziekteverzekering. Volgens gegevens die u mij bezorgd hebt, worden er in 2012 62 projecten op deze wijze gefinancierd voor een totaal bedrag van bijna 92 miljoen euro.

Aangezien sommige artikel 56-projecten worden gefinancierd door de begroting van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en andere via de administratiekosten van het RIZIV, had ik graag het volgende van u vernomen:

1) Op basis van welke criteria wordt beslist of een project aan de ene of aan de andere begroting wordt toegekend?

2) Zou het niet zijn beter om alle uitgaven voor artikel 56 op te nemen in de begroting van de verplichte ziekteverzekering zodat een duidelijker beeld kan worden gevormd van de uitgaven inzake gezondheidszorg?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Artikel 56, paragrafen 1 en 2 van de RIZIV-wet van 17 juli 1994 voorziet in een tegemoetkoming voor bijzondere modellen van verstrekking of betaling van geneeskundige verzorging en laat de financiering toe van projecten binnen dit kader. Er moet in dat opzicht een onderscheid worden gemaakt tussen de projecten beschreven in paragraaf 1, waarvoor het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV alleen de overeenkomst sluit, en de projecten voorzien in paragraaf 2, waarvoor het Verzekeringscomité de overeenkomst sluit op basis van een koninklijk besluit.

Budgettair gezien worden deze projecten in principe ten laste gelegd van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. In het verleden werden sommige projecten echter ten laste gelegd van de totale begrotingsdoelstelling, maar dat was vrij uitzonderlijk.

In de administratieve begroting 2012 van de Dienst voor geneeskundige verzorging is in een budget voorzien van 91,77 miljoen euro onder de rubriek 'artikel 56-22'.

Deze budgettaire rubriek is dus veel ruimer dan enkel de projecten die afgesloten worden op basis van artikel 56, paragrafen 1 en 2. In deze rubriek zijn ook financiële middelen opgenomen voor onderwerpen die vallen binnen

Il n'existe pas de critère spécifique pour décider du budget – objectif budgétaire global ou budget administratif – auquel un projet réalisé dans le cadre de l'article 56, paragraphes 1 et 2 doit être imputé. Le Conseil général de l'INAMI peut ainsi décider lors de l'élaboration de l'objectif budgétaire global de réserver un budget déterminé pour un financement spécifique au moyen de la nomenclature des prestations de santé. Lors de la réalisation effective du projet, on constate parfois que le financement au moyen de la nomenclature n'est pas le moyen idéal et qu'il serait plus judicieux d'exécuter le projet dans le cadre de l'article 56.

Le Conseil général a récemment mené un débat de principe sur les projets réalisés dans le cadre de l'article 56 au sens large et sur la question de savoir s'il ne serait pas préférable de transférer les projets qui ont un lien direct avec le budget administratif vers l'objectif budgétaire global. Cet échange de vues n'a cependant pas pu être achevé avant la fixation de l'objectif budgétaire global de 2012. Il est cependant poursuivi avec pour but une transparence budgétaire accrue.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je suis surpris que le Conseil général ait mené ce débat. Cela prouve que ma question n'est pas si extravagante !*

J'espère que ce débat sera poursuivi. Dans un souci de transparence, j'estime que tous les projets relatifs aux soins de santé doivent être repris dans un budget soumis au contrôle parlementaire.

Certains projets sont déjà financés depuis des années et échappent à tout contrôle. De cette manière, le budget pour les projets réalisés dans le cadre de l'article 56, paragraphes 1 et 2, ne cesse de s'accroître.

J'espère que la ministre insistera auprès du Conseil général pour que le débat de principe soit poursuivi et qu'elle témoignera de son désir de voir davantage de transparence.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la responsabilisation dans le secteur des soins de santé» (n° 5-1853)

M. Louis Ide (N-VA). – *Tout le monde est convaincu que la responsabilisation de tous les acteurs des soins de santé constitue un instrument important pour contrôler les dépenses dans le secteur.*

La Cour des comptes, dans l'un de ses rapports les plus récents sur la gestion de l'assurance obligatoire, plaide dès lors pour qu'on s'attaque à ce problème. Le système actuel n'incite en effet pas les prestataires de soins à économiser les moyens disponibles, ce qui ne signifie bien entendu pas qu'ils sont tous des gaspilleurs. Cela montre seulement que nous dépendons de la bonne volonté et du sens des responsabilités des personnes concernées pour contrôler les dépenses.

La responsabilisation reste pour le moment limitée aux

artikel 22 van de RIZIV-wet of voor onderwerpen die voorzien zijn in artikel 56, paragraaf 3 tot en met paragraaf 7.

Er bestaan geen specifieke criteria om te beslissen bij welke begroting – globale begrotingsdoelstelling of administratieve begroting – een project van artikel 56, paragrafen 1 en 2 moet worden ondergebracht. De Algemene raad van het RIZIV kan zo beslissen bij de opmaak van de globale begrotingsdoelstelling om een bepaald budget te reserveren voor een specifieke financiering via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Bij de daadwerkelijke uitvoering van het project wordt soms vastgesteld dat de financiering via de nomenclatuur niet de ideale weg is en dat het project beter wordt uitgevoerd als een artikel 56-project.

De Algemene raad heeft recentelijk een principiële debat gevoerd over de projecten artikel 56 in ruime zin en de vraag of het niet beter is om de projecten die een rechtstreekse band hebben met zorg, over te hevelen van de administratieve begroting naar de globale begrotingsdoelstelling. Deze gedachtewisseling kon echter niet worden afgerond vóór de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling 2012. Ze wordt evenwel voortgezet met het oog op een grotere budgettaire transparantie.

De heer Louis Ide (N-VA). – Het verbaast mij dat de Algemene Raad die discussie heeft gevoerd. Dat bewijst dat mijn vraag niet eens zo gek is!

Ik hoop dat die discussie wordt voortgezet. Met het oog op de transparantie vind ik dat alle projecten inzake gezondheidszorg in een begroting moeten worden opgenomen die aan de parlementaire controle wordt onderworpen.

Sommige projecten worden al jaren gefinancierd en ontsnappen aan elke controle. Op die manier blijft het budget voor de projecten in het kader van artikel 56, paragrafen 1 en 2, voortdurend aangroeien.

Ik hoop dat de minister er bij de Algemene Raad op aandringt dat de principiële discussie wordt voortgezet en dat zij laat blijken dat het goed zou zijn om naar meer transparantie te streven.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de responsabilisering in de gezondheidszorg» (nr. 5-1853)

De heer Louis Ide (N-VA). – Iedereen is ervan overtuigd dat de responsabilisering van alle spelers in de gezondheidszorg een belangrijk instrument is om de uitgaven in de sector onder controle te krijgen.

Het Rekenhof pleit er in een van zijn recentste rapporten over het beheer van de verplichte verzekering dan ook voor om hiervan werk te maken. Het huidige systeem zet zorgverstrekkers er immers niet toe aan om zuinig om te springen met de beschikbare middelen. Dat betekent uiteraard niet dat alle zorgverstrekkers verspillers zijn. Het toont enkel dat we op de goodwill en de verantwoordelijkheidszin van de betrokkenen aangewezen zijn om de uitgaven onder controle te houden.

mutuelles qui, par le biais d'un modèle unique, utilisent une série de paramètres qui ne sont pas validés à l'échelon international comme facteur expliquant une différence des dépenses pour les soins de santé.

La responsabilisation était un sujet important également lors des négociations gouvernementales précédentes. On a cherché non seulement des moyens de responsabiliser les prestataires de soins, mais on s'est aussi interrogé sur le système actuel pour les mutuelles.

Étant donné que j'attache beaucoup d'importance à la responsabilisation, j'ai donc été très déçu de voir que l'accord d'octobre 2011 ne contient aucune référence à la responsabilisation, bien que la piste avait été envisagée dans la proposition du formateur.

La ministre estime-t-elle comme moi qu'il faut aussi responsabiliser les médecins, pharmaciens, hôpitaux et autres prestataires de soins ? Dans l'affirmative, va-t-elle prendre les initiatives nécessaires ? Dans la négative, pourquoi pas ?

La ministre estime-t-elle comme moi que le système actuel de la responsabilisation des mutuelles présente des lacunes, en particulier sur le plan des paramètres utilisés ? Dans l'affirmative, va-t-elle faire le nécessaire pour adapter le système actuel ? Dans la négative, sur la base de quels arguments arrive-t-elle à la conclusion que le système actuel est satisfaisant ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *L'accord gouvernemental du 1^{er} décembre 2011 mentionne expressément que l'un des objectifs de la politique de la santé dans la législature actuelle consiste en davantage de responsabilisation des acteurs des soins de santé.*

Le point 2.3.1 de l'accord gouvernemental contient sur ce plan toute une série de mesures ayant trait à une meilleure prescription et utilisation de médicaments, une promotion du bon usage de la radiologie, une extension du système des montants de référence des hôpitaux et une réforme du remboursement des dispositifs médicaux.

Les dernières mesures du gouvernement sur le plan de la prescription bon marché et efficace de médicaments sont les meilleures preuves que nous ne baissons pas les bras.

Dans l'accord gouvernemental, il a été convenu d'examiner le système de la responsabilité financière des mutualités, notamment sur la base des conclusions du rapport de la Cour des comptes de juin 2011.

Je vais confier au Conseil général la mission de préparer sérieusement ce dossier et de me fournir un rapport circonstancié dans trois mois avec des propositions qui tiennent compte des recommandations de la Cour des comptes.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je me réjouis que la ministre tienne compte des avis de la Cour des comptes. L'une de mes questions, qui a été transformée en question écrite, portait sur la création du fonds de réserve sur la base de la norme de croissance. Je suis curieux de savoir si l'on est parti de la norme de croissance légale de 4,5% ou bien de la norme de*

Momenteel blijft de responsabilisering beperkt tot de ziekenfondsen die via een uniek model gebruik maken van een reeks parameters die niet internationaal zijn gevalideerd als een verklarende factor voor een verschil in gezondheidsuitgaven.

Ook tijdens de voorbije regeringsonderhandelingen was de responsabilisering een belangrijk thema. Niet alleen werd gezocht naar manieren waarop de zorgverstrekkers kunnen worden geresponsabiliseerd, ook werden vragen gesteld bij het huidige systeem voor de ziekenfondsen.

Aangezien ik veel belang hecht aan de responsabilisering was ik dan ook zeer ontgoocheld dat in het akkoord van oktober 2011 elke verwijzing naar de responsabilisering was geschrapt, hoewel het denkspoor nog opgenomen was in het voorstel van de formateur.

Is de minister het met mij eens dat ook artsen, apothekers, ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers moeten worden geresponsabiliseerd? Zo ja, zal ze de nodige initiatieven nemen? Zo neen, waarom niet?

Is de minister het met mij eens dat het huidige systeem van de responsabilisering van de ziekenfondsen tekortkomingen vertoont, en dat vooral op het vlak van de gebruikte parameters? Zo ja, zal ze het nodige doen om het huidige systeem aan te passen? Zo neen, op basis van welke argumenten komt ze tot het besluit dat het huidige systeem voldoet?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – In het regeerakkoord van 1 december 2011 staat uitdrukkelijk dat een van de doelstellingen van het gezondheidsbeleid in de huidige legislatuur erin bestaat de actoren van de gezondheidszorg meer te responsabiliseren.

Punt 2.3.1 van het regeerakkoord bevat op dat vlak een hele reeks maatregelen die betrekking hebben op het beter voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen, de bevordering van het goed gebruik van de radiologie, de uitbreiding van het systeem van de referentiebedragen in de ziekenhuizen en een hervorming van de terugbetaling van de medische hulpmiddelen.

De recente maatregelen van de regering op het vlak van het goedkoop en doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen zijn het beste bewijs dat we niet bij de pakken blijven zitten.

In het regeerakkoord is overeengekomen het systeem van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen te onderzoeken, onder meer op basis van de conclusies van het rapport van het Rekenhof van juni 2011.

Ik zal de Algemene Raad de opdracht geven dit dossier grondig voor te bereiden en mij hierover binnen een drietal maanden een omstandig verslag te bezorgen met voorstellen die rekening houden met de aanbevelingen van het Rekenhof.

De heer Louis Ide (N-VA). – Het is goed dat de minister met de adviezen van het Rekenhof rekening houdt. Een van mijn vragen, die in een schriftelijke vraag is omgezet, ging over de opbouw van het reservefonds op basis van de groeinorm. Ik ben benieuwd of wordt uitgegaan van de wettelijke groeinorm van 4,5%, dan wel van de reële groeinorm.

croissance réelle.

Je suis heureux que la ministre s'engage à rester attentive à la responsabilisation.

Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le système du tiers-payant» (n° 5-1867)

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – La note politique en matière de santé prévoit une généralisation du système du tiers-payant pour les groupes de patients les plus vulnérables. Nous nous en réjouissons car le montant à supporter par le patient n'a cessé d'augmenter ces dernières années.

L'application du tiers-payant n'étant pas si évidente pour certains groupes, j'ai proposé de généraliser le système du tiers-payant et de passer à un droit automatique pour tous à ce système. Nous avons déjà travaillé à une telle proposition sous la précédente législature, répondant ainsi à la demande de nombreux généralistes. Une telle mesure représenterait un allègement administratif pour les médecins et contribuerait à leur sécurité. Par ailleurs, elle aurait un impact positif sur les soins dispensés au patient.

Je ne veux pas revenir sur le dossier mais je souhaite poser deux questions concrètes :

La ministre estime-t-elle comme moi qu'à terme, nous devons aboutir à une généralisation du système du tiers-payant ?

Dans l'affirmative, pouvons-nous considérer la proposition figurant dans la note politique comme une première étape intermédiaire vers une généralisation ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Un groupe de travail a été créé avec les organismes assureurs au sein de l'INAMI afin d'examiner la réforme de la réglementation concernant le système du tiers-payant. Comme précisé dans l'accord de gouvernement, le groupe de travail a formulé une première proposition visant à imposer l'application du système du tiers-payant à toutes les prestations de santé pour les malades chroniques et les bénéficiaires de l'intervention majorée, le système du tiers-payant étant le moyen le plus adapté de lever l'obstacle financier à l'accès aux soins de santé. Le groupe de travail n'a pas encore terminé son étude.

La réflexion concernant l'éventuelle généralisation du système du tiers-payant ne peut pas être vue indépendamment d'autres aspects : simplification administrative pour tous les acteurs concernés – assurés, compagnies d'assurances, prestataires de soins – et développements nécessaires en matière d'informatique, transparence des différentes composantes des coûts des soins de santé, lutte contre la fraude, etc.

Bref, ce problème est complexe. J'attends de voir la proposition du groupe de travail.

Het verheugt me dat de minister zich ertoe verbindt aandacht te blijven besteden aan de responsabilisering.

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de derdebetalersregeling» (nr. 5-1867)

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – Uit de beleidsnota over gezondheid verneem ik dat de minister de derdebetalersregeling voor de meest kwetsbare patiëntengroepen zal veralgemenen. Dat voornemen is zeer positief en wij juichen het ten zeerste toe want het bedrag dat de patiënt uit eigen zak bijdraagt, is de voorbije jaren blijven stijgen.

Toch zijn er nog steeds een aantal hindernissen in de toepassing van de derdebetalersregeling voor aparte doelgroepen. Daarom heb ik voorgesteld om de derdebetalersregeling te veralgemenen en over te gaan tot een automatisch recht op die derdebetalersregeling voor iedereen. Aan een voorstel daarover hebben we reeds gewerkt tijdens de vorige regeerperiode. Het komt trouwens tegemoet aan een vraag van veel huisartsen. Het zou enerzijds een administratieve verlichting betekenen voor de artsen en bijdragen tot hun veiligheid en anderzijds zou het een gunstig effect hebben op de zorgverstrekking aan de patiënt.

Ik wil niet het hele dossier opnieuw bespreken, maar heb twee concrete vragen:

Is de minister het met mij eens is dat we op termijn beter tot een veralgemening van het derdebetalersregeling komen?

Zo ja, kunnen we het voorstel in de beleidsnota beschouwen als een eerste tussenstap naar een veralgemening?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – In het RIZIV is een werkgroep met de verzekeringsinstellingen opgericht om de hervorming van de reglementering betreffende de derdebetalersregeling te onderzoeken. Zoals in het regeerakkoord is opgenomen, bestaat een eerste voorstel van de werkgroep erin de toepassing van de derdebetalersregeling te verplichten voor alle geneeskundige verstrekkingen aan twee kwetsbare groepen van de bevolking, waarvoor de derdebetalersregeling het meest geschikte middel is om de financiële drempel voor de toegang tot de geneeskundige verzorging op te heffen, namelijk de chronische zieken en de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. De werkgroep is nog niet klaar met zijn onderzoek.

De reflectie betreffende de eventuele veralgemening van de derdebetalersregeling kan niet los gezien worden van andere aspecten: de administratieve vereenvoudiging in hoofde van alle betrokken actoren – verzekeren, verzekeringsinstellingen, zorgverleners – en de noodzakelijke ontwikkelingen op het vlak van informatica, de transparantie van de verschillende bestanddelen van de kosten van de geneeskundige verzorging, de fraudebestrijding enzovoort.

L'accord national médico-mutualiste de décembre 2011 prévoit que la commission nationale médico-mutualiste examinera l'évolution du système du tiers-payant qui a été renforcé dans le courant de l'année 2011. Elle présentera, le cas échéant, des mesures adéquates en vue de favoriser l'accessibilité des soins de santé de première ligne.

Je reviendrai sur la question de Mme Temmerman dans plus ou moins six mois, lorsque le groupe de travail aura rédigé ses conclusions. À ce moment, nous pourrions étudier ensemble la possibilité d'une généralisation du système du tiers-payant.

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – *Je me réjouis que la ministre soutienne toujours le principe du système du tiers-payant. Je me rends compte qu'il y a encore beaucoup à faire : M. Robben de la plateforme eHealth a dit, au cours d'une audition qu'en matière d'informatique, que la plupart des préparatifs avaient été accomplis.*

Nous continuerons à suivre le dossier et à apporter notre aide où nous le pourrons.

(La séance est levée à 11 h 35.)

Kortom, het is een complexe problematiek. Ik kijk wel uit naar het voorstel van de werkgroep.

In het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van december 2011 staat dat de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen de evolutie van derdebetalersregeling, dat in de loop van 2011 werd versterkt, zal onderzoeken. Ze zal in voorkomend geval passende maatregelen voorstellen om de toegankelijkheid van de zorgverlening in de eerste lijn verder te bevorderen.

Ik kom op de vraag van mevrouw Temmerman graag terug over een zestal maanden als de werkgroep klaar is met zijn conclusies. Op dat ogenblik kunnen we samen de mogelijkheid van een veralgemening van de derdebetalersregeling onderzoeken.

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – Ik ben blij te horen dat de minister nog steeds achter het principe van de derdebetalersregeling staat. Ik beseft dat er een lange weg af te leggen is: de heer Robben van het platform eHealth heeft tijdens een hoorzitting gezegd dat op het vlak van informatica vrijwel alle voorbereidingen zijn getroffen.

We zullen het dossier verder opvolgen en helpen waar we kunnen.

(De vergadering wordt gesloten om 11.35 uur.)