



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

07-03-2001

07-03-2001

15:00 uur

15:00 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 de heer Paul Timmermans aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de verminderde BTW-voet op de sector van de sociale economie" (nr. 3504)

Sprekers: Paul Timmermans, Johan Vande Lanotte, vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale

Mondelinge vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de inspectie ten opzichte van het medisch pediatrisch centrum van Grez-Doiceau" (nr. 3468)

Sprekers: Zoé Genot, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Mondelinge vraag van mevrouw Michèle Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten" (nr. 3481)

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

Mondelinge vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de tariefzekerheid voor de patiënt naar aanleiding van het ministerieel besluit van 12 januari 2001 houdende de wijziging van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende de bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs" (nr. 4004)

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

Mondelinge vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdragen" (nr. 4012)

Sprekers: Maggie De Block, Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Samengevoegde mondelinge vragen van
- de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van geneesmiddelen bij dementie" (nr. 4023)

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van Donepezil, Rivastigmine en Galantamine voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer" (nr. 4038)

- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de

SOMMAIRE

Question orale de M. Paul Timmermans au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale sur "le taux réduit de TVA applicable au secteur de l'économie sociale" (n° 3504)

Orateurs: Paul Timmermans, Johan Vande Lanotte, vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie

Question orale de Mme Zoé Genot au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'inspection à l'égard du centre médico-pédiatrique de Grez-Doiceau" (n° 3468)

Orateurs: Zoé Genot, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question orale de Mme Michèle Gilkinet au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de médicaments pour les maladies rares" (n° 3481)

Orateurs: Michèle Gilkinet, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions, **Trees Pieters**

Question orale de M. Jo Vandeurzen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la sécurité tarifaire des patients à la suite de l'arrêté ministériel du 12 janvier 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation" (n° 4004)

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

Question orale de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la diminution structurelle des cotisations de la sécurité sociale" (n° 4012)

Orateurs: Maggie De Block, Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Questions orales jointes de
- M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de médicaments en cas de démence" (n° 4023)

- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement des Donepezil, Rivastigmine et Galantamine pour le traitement de la maladie d'Alzheimer" (n° 4038)

- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des

minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de niet-terugbetaling van cholinesterasere-mmers" (nr. 4055)

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

Mondelinge vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de medische huizen" (nr. 3501)

Sprekers: **Daniel Bacquelaine**, voorzitter van de PRL FDF MCC-fractie, **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Mondelinge vraag van de heer Karel Van Hoorebeke aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de samenstelling van de referentiecentra voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 4046)

Sprekers: **Karel Van Hoorebeke, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "Farmanet" (nr. 4064)

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

Affaires sociales et des Pensions sur "le non-remboursement des inhibiteurs de cholinestérase" (n° 4055)

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

Question orale de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les maisons médicales" (n° 3501)

Orateurs: **Daniel Bacquelaine**, président du groupe PRL FDF MCC, **Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question orale de M. Karel Van Hoorebeke au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la composition des centres de référence pour des patients atteints du syndrome de fatigue chronique" (n°4046)

Orateurs: **Karel Van Hoorebeke, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "Pharmanet" (n° 4064)

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

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

van

WOENSDAG 7 MAART 2001

15:00 uur

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

du

MERCREDI 7 MARS 2001

15:00 heures

De vergadering wordt geopend om 15.12 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.

La séance est ouverte à 15.12 heures par M. Joos Wauters, président.

01 Question orale de M. Paul Timmermans au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale sur "le taux réduit de TVA applicable au secteur de l'économie sociale" (n° 3504)

01 Mondelinge vraag van de heer Paul Timmermans aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de verminderde BTW-voet op de sector van de sociale economie" (nr. 3504)

01.01 Paul Timmermans (AGALEV-ECOLO): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, ma question peut paraître singulière.

Lors de récents colloques qui ont recueilli un certain succès, le vice-premier ministre a annoncé d'importantes mesures décidées par le gouvernement en ce qui concerne la promotion de l'économie sociale. Je pense notamment à l'affectation de 310 millions au budget 2001 et à une réduction du taux de TVA. Or, il semblerait, mais peut-être les explications du vice-premier ministre me démontreront-elles que les craintes des institutions concernées ne sont pas justifiées, que le taux réduit de TVA – 6% - soit difficilement applicable aux institutions qui pratiquent l'économie sociale: la mesure ne vise en effet que les organisations exclusivement chargées de recyclage et un certain nombre d'institutions wallonnes d'économie sociale qui pratiquent deux activités, dont le recyclage, se sont vu interdire l'application d'un taux de TVA de 6% par le contrôle TVA de leur région.

Je voudrais savoir, monsieur le vice-premier ministre, si l'application d'un taux de TVA réduit fait bien partie des mesures que vous avez annoncées et qui visent à promouvoir l'économie sociale, dont l'affectation des 310 millions?

En outre, l'interprétation restrictive du contrôle TVA visant une activité exclusivement réservée au recyclage est-elle correcte?

Enfin, monsieur le vice-premier ministre, comment vous positionnez-vous par rapport à cette réduction du taux de TVA qui semble véritablement nécessaire pour encourager un secteur encore bien fragile aujourd'hui?

Je précise que ma question vise davantage à faire la clarté sur certains points qu'à susciter des polémiques.

01.02 Johan Vande Lanotte, ministre: Monsieur le président, chers collègues, effectivement, nous avons décidé d'une mesure de réduction du taux de TVA, sachant que nous devons nous conformer aux limites fixées à l'échelle européenne. Une certaine sélectivité s'impose, ainsi qu'un agrément. Ce sont des mots clés en la matière.

Ainsi, nous avons élaboré une circulaire, un règlement, qui manifestement pose problème, surtout du côté francophone.

Nous avons rencontré, le 27 février 2001, des représentants d'institutions travaillant dans le secteur de l'économie sociale, qui nous ont fait part des éléments les plus importants.

Les difficultés portent sur les institutions de travail adapté pour lesquelles Mme Onkelinx a d'ailleurs mis sur pied un groupe de travail. Je vous dis

d'emblée que selon moi, la solution ne réside pas dans la réduction du taux de TVA mais dans une diminution des charges patronales. En effet, le secteur du travail adapté fait beaucoup de sous-traitance pour des entreprises du marché régulier. L'instauration de différents taux de TVA pourrait générer des problèmes non négligeables.

En ce qui concerne la non-application découlant du texte existant et posant les problèmes, nous allons travailler pour résoudre le problème de l'absence d'agrément de certaines institutions.

Il y a là une grande différence avec la Flandre où le ministre de l'Environnement a eu l'initiative d'agréer un certain nombre d'entreprises d'économie sociale qui travaillent sur le recyclage. Cette démarche n'a pas encore été effectuée au niveau francophone. Mme Onkelinx tente de trouver des solutions, notamment en les agréant comme entreprises sociales ou entreprises d'intégration sociale, je n'en connais pas la dénomination exacte.

Mme Onkelinx a en effet le pouvoir de reconnaître un certain nombre d'entreprises. Nous allons également peaufiner le système de manière à ce que l'on ne puisse travailler qu'avec des produits que l'on récolte gratuitement. C'est le problème que nous rencontrons avec les magasins qui récoltent non seulement des produits de recyclage, mais également les magasins du type "magasins du monde" qui y sont joints. Nous avons fait un inventaire de ce problème.

Nous avons 320 millions disponibles. Nous tenterons d'utiliser cet argent le mieux possible. Nous allons avoir une nouvelle concertation pour indiquer qu'un élargissement peut s'appliquer en la matière. Il s'agira toujours de quelque chose de sélectif et d'agréé, mais où les modalités seront plus appropriées.

J'espère qu'une solution sera trouvée dans les semaines ou les mois à venir, de manière à pouvoir appliquer les choses comme il le faut et utiliser l'argent dans le but prévu, notamment pour encourager les initiatives d'économie sociale.

01.03 Paul Timmermans (AGALEV-ECOLO): Merci, monsieur le ministre, je pense que vos explications vont rassurer pas mal d'institutions, pour peu qu'elles doutaient de vos intentions, mais j'ai une question complémentaire: ce que vous venez de dire signifie-t-il que la réduction de TVA n'est envisagée que pour les associations d'économie sociale qui pratiqueraient le recyclage et non pas pour d'autres formes d'activité?

01.04 Johan Vande Lanotte, ministre: Elles peuvent faire autre chose mais une partie doit être consacrée au recyclage.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question orale de Mme Zoé Genot au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'inspection à l'égard du centre médico-pédiatrique de Grez-Doiceau" (n° 3468)

02 Mondelinge vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de inspectie ten opzichte van het medisch pediatriesch centrum van Grez-Doiceau" (nr. 3468)

02.01 Zoé Genot (ECOLO-AGALEV): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, le centre pédiatrique de cure de Biez et de soins de Grez-Doiceau est une de ces institutions situées à la croisée de multiples compétences. Il est parfois difficile de savoir qui est compétent et dans quel cas. Cela ne peut évidemment pas être un prétexte pour se renvoyer les problèmes ou les responsabilités.

Ce centre accueille plusieurs mineurs d'âge relevant de l'aide à la jeunesse, mais le pouvoir de tutelle et de subordination complet appartient à l'INAMI. L'administration de l'aide à la jeunesse peut donc y effectuer des inspections pédagogiques mais n'est nullement compétente pour investiguer plus avant.

Deux structures, l'unité de rééducation fonctionnelle des affections respiratoires et le centre pédiatrique de Biez ont fonctionné jusqu'à présent grâce à une ancienne convention passée avec l'INAMI. Cette convention doit ou a dû être révisée. Quelles sont les modifications intervenues? Quels sont les objectifs définis pour l'institution?

Monsieur le ministre, différents témoignages font état de suspicion de mauvais traitements à l'égard des enfants de ces institutions. Des courriers sont parvenus à ce sujet à votre cabinet, dès octobre 1999, et précédemment à celui de votre prédécesseur. Votre administration a-t-elle demandé une inspection? Et le cas échéant, quelles en sont les conclusions?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, en réponse à la question de l'honorable membre, j'ai l'honneur de pouvoir lui annoncer que j'ai interrogé le fonctionnaire

dirigeant du service des soins de santé de l'INAMI à propos des faits soulevés. Ce dernier m'a fourni les renseignements suivants.

L'ASBL Centre mutualiste neutre de Biez bénéficie d'une convention avec le comité de l'assurance institué auprès du service des soins de santé de l'INAMI pour le centre médico-pédiatrique Léon Porinot. Elle ne bénéficie plus d'une convention pour la rééducation fonctionnelle d'enfants et d'adolescents atteints d'affections respiratoires, cette convention ayant été dénoncée à sa demande et ayant cessé de produire ses effets à la date du 31 mars 1997.

La convention actuelle pour le centre médico-pédiatrique Léon Porinot a été conclue en application de la loi portant des dispositions sociales du 25 janvier 1999, qui substitue le cadre légal des centres médico-pédiatriques à celui des ex-préventoriums.

Cette convention est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2000. Elle prévoit que les bénéficiaires de la convention sont des enfants ou adolescents souffrant d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, ayant occasionné des hospitalisations prolongées ou répétitives mais ne justifiant plus un maintien en service aigu, maladie chronique nécessitant des soins actifs spécifiques relevant d'une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire et dont la famille n'est pas en mesure d'assumer le suivi.

Les buts de la prise en charge sont donc de garantir la continuité des soins médicaux et paramédicaux nécessaires au traitement de la maladie chronique, de réduire la durée ou la fréquence des hospitalisations, d'éduquer le bénéficiaire et sa famille et/ou les membres de son entourage, à la compréhension et à la gestion quotidienne à domicile de la maladie chronique, de ses conséquences et de son traitement.

En ce qui concerne la suspicion de mauvais traitements à l'égard d'enfants, le service des soins de santé de l'INAMI a reçu pour toute information, le 27 juin 2000, un dossier constitué par la direction générale de l'aide à la jeunesse du ministère de la Communauté française, relatif à un fait qui serait survenu dans le centre: un enfant présentant de graves troubles de comportement aurait été giflée par un éducateur.

Après un examen attentif des pièces de ce dossier et, notamment parmi celles-ci, des explications fournies par la direction du centre qui a reconnu que, je cite, « la réponse de l'éducateur

a été manifestement inadaptée » et que « ce dérapage était inadmissible », et constatant qu'à sa connaissance, ce fait était isolé, le service des soins de santé a préféré ne pas intervenir directement auprès du centre mais il a immédiatement pris contact avec la direction générale de l'aide à la jeunesse de la Communauté française en lui demandant de bien vouloir lui communiquer sans délai tout fait de maltraitance physique ou psychologique qui surviendrait dans le centre à l'avenir et dont elle aurait connaissance.

A ce jour, aucun nouveau fait de maltraitance n'a été signalé au service de soins de santé de l'INAMI.

02.03 Zoé Genot (ECOLO-AGALEV): Si je comprends bien, les services qui ont effectué une inspection sont ceux de la Communauté française. Donc, les services de l'INAMI ne se sont jamais rendus sur place afin de constater les faits dans ce centre.

02.04 Frank Vandenbroucke, ministre: On a pourtant étudié un dossier qui a été fourni par les services compétents.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question orale de Mme Michèle Gilkinet au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de médicaments pour les maladies rares" (n° 3481)

03 Mondelinge vraag van mevrouw Michèle Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten" (nr. 3481)

03.01 Michèle Gilkinet (ECOLO-AGALEV): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, le 24 octobre dernier, je vous ai interrogé sur la problématique du remboursement des médicaments pour les malades atteints de maladie rare. A cette occasion, je vous avais proposé ceci: "Ne conviendrait-il pas d'établir une prise en charge, sous conditions, par la sécurité sociale, des médicaments utilisés pour soigner une maladie rare?"

Cette prise en charge concernerait les indications orphelines, c'est-à-dire les indications pour lesquelles il n'existe actuellement aucune autre solution. La base du remboursement pourrait être la suivante: un remboursement serait octroyé aux malades atteints de maladie rare lorsqu'il n'existe

aucune autre solution et dans le cas d'une présomption, par analogie, de l'efficacité du médicament contre la maladie en question.

Cette manière de pratiquer permettrait de rencontrer un certain nombre d'attentes des patients victimes de maladies rares.

Lors de votre réponse, vous m'aviez précisé que vous ne voyiez aucun inconvénient à étudier ma proposition et ce, malgré un certain nombre de craintes que vous formuliez. Vous avez proposé d'étudier une méthodologie générale et d'examiner ainsi ma proposition.

Je voudrais savoir, monsieur le ministre, à quel stade se situe cette étude?

L'approche de cette problématique a-t-elle avancé?

Ma proposition a-t-elle pu être examinée de plus près?

Qu'en est-il de ce dossier?

Je vous remercie d'avance pour les réponses que vous m'apporterez.

03.02 Frank Vandebroucke, ministre: Monsieur le président, chère collègue, en réponse à votre question, je commenterai la situation actuelle au sujet du remboursement des médicaments orphelins en Belgique.

Dans ma réponse antérieure, je pense avoir renvoyé à l'intention du gouvernement la matière traitant des médicaments orphelins. Et ce, dans le cadre de la nouvelle politique en matière de médicaments.

Le projet de loi que le gouvernement est en train d'élaborer contient une base légale en vue de l'élaboration de contrats « prix-volumes ». Dès qu'il aura été approuvé par le Conseil des ministres, et après l'avis du Conseil d'Etat, ce projet de loi sera soumis ici pour examen. Dans ma réponse, j'ai également fait référence à un groupe de travail présidé par le cabinet du premier ministre. Depuis, ce groupe de travail s'est réuni à nouveau afin de considérer l'évolution de la situation.

A ce sujet, je peux également vous renvoyer à une publication de la Commission européenne décrivant la situation des diverses mesures prises par les Etats membres en vue de la promotion des médicaments orphelins. Vous trouverez cette

publication sur le site internet. Je peux, si vous le souhaitez, vous procurer un exemplaire papier de ce document.

03.03 Michèle Gilkinet (ECOLO-AGALEV): Monsieur le ministre, je suis un peu perplexe car ma question était assez précise, me semble-t-il, dans la mesure où j'avais fait une proposition. Il me semble avoir entendu de votre part, et cela se trouve dans les rapports de cette commission, que ma proposition, même si elle soulevait un certain nombre de questions, méritait un examen.

Je voulais savoir où en était cet examen. Je sais que l'Etat entreprend plusieurs initiatives. Je suis contente que ce sujet préoccupe le gouvernement mais ma question était extrêmement précise.

03.04 Frank Vandebroucke, ministre: Monsieur le président, je propose revenir à cela au moment de la discussion du projet de loi concernant la politique du médicament. Je préfère me référer à une base légale.

03.05 Michèle Gilkinet (ECOLO-AGALEV): Monsieur le président, je me permettrai donc d'y revenir à ce moment-là.

03.06 Trees Pieters (CVP): Mijnheer de voorzitter, ik heb vastgesteld dat mijn mondelinge vraag nr. 4000 reeds gesteld werd door de heer Bultinck vóór het krokusreces. Ik heb akte genomen van het antwoord van de minister op die vraag, met name dat het bericht over de werkgroep-Jadot niet zou kloppen. Als er terzake geen nieuwe gegevens zijn, trek ik mijn vraag in. Dat betekent niet dat we de zaak niet voort zullen volgen.

Mijnheer de minister, u hebt gezegd dat de werkgroep-Jadot op 12 februari samenkwam en dat hij op 12 maart opnieuw vergadert. Het bericht in de Artsenkrant zou dus niet kloppen. We zullen in ieder geval nagaan of de vergaderingen plaatsvinden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Mondelinge vraag van de heer Jo Vandeuren aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de tariefzekerheid voor de patiënt naar aanleiding van het ministerieel besluit van 12 januari 2001 houdende de wijziging van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende de bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling

van de verpleegdagprijs" (nr. 4004)

04 Question orale de M. Jo Vandeurzen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la sécurité tarifaire des patients à la suite de l'arrêté ministériel du 12 janvier 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation" (n° 4004)

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

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

04.01 **Jo Vandeurzen** (CVP): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, het antwoord van de minister op deze vraag is volgens mij niet onbelangrijk voor de patiënten.

De wijzigingen die aan het ministerieel besluit van 1986 werden aangebracht, heeft tot gevolg dat er vragen rijzen over het feit of materiaal voor endoscopische ingrepen en viscerosynthesematerieel al dan niet begrepen is in de verpleegdagprijs. Blijkbaar is er enige discussie naar aanleiding van dit besluit. Volgens sommige ziekenfondsen kan dit besluit geen afbreuk doen aan de bepalingen van de ziekenhuiswet die in de artikelen 94 en 95 bepalen dat de verpleegdagprijs alle kosten omvat. De stelling is dat een wettelijke bepaling primeert op een ministerieel besluit.

Diezelfde problematiek geldt voor een daghospitalisatie. Op dit vlak wordt verwezen naar artikel 5 van de conventie die bepaalt dat er geen extra kosten aan de patiënt mogen worden aangerekend buiten het forfait dat in de terugbetaling is opgenomen. Dit betekent concreet dat een endoscopie en viscerosynthesemateriaal niet kunnen worden aangerekend.

Ik beklemtoon nogmaals dat dit voor de patiënt toch wel een belangrijke discussie is. Het lijkt mij dan ook aangewezen dat terzake zo vlug mogelijk duidelijkheid wordt gecreëerd.

Ik heb drie eenvoudige vragen. Ten eerste, kan de minister met betrekking tot het materiaal voor endoscopische ingrepen en viscerosynthesemateriaal duidelijkheid scheppen? Moet men uit het feit dat in het ministerieel besluit voor dit soort materiaal een uitzondering werd gemaakt afleiden dat dit materiaal niet in de verpleegdagprijs is opgenomen? Ten tweede, klopt het argument dat de ziekenhuiswet primeert op dit ministerieel besluit? Ten derde, wat is de argumentatie terzake ingeval van daghospitalisatie? Men zou

immers tot een enigszins paradoxale toestand kunnen komen waarbij er op dit vlak een verschil wordt gemaakt tussen een opname in daghospitalisatie en een klassieke opname.

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik kan het volgende antwoorden op de vraag van de heer Vandeurzen.

Artikel 12 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 bepaalt welke bestanddelen via het onderdeel B2 van het ziekenhuisbudget worden gedekt. Er wordt onder meer aangestipt dat medische verbruiksgoederen, verplegingsartikelen en klein instrumentarium worden gedekt door het verpleegdagbudget. Dit geldt uiteraard uitsluitend voor de diensten die door dat budget worden gefinancierd, zoals bijvoorbeeld het operatiekwartier. Het materiaal dat via honoraria wordt vergoed, valt ten laste van deze honoraria.

Reeds geruime tijd bestaat verwarring omtrent de financiering van endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal. Hieromtrent worden door de verschillende partijen verschillende standpunten ingenomen. Aangezien het medisch materiaal in de verpleegdagprijs wordt gedekt door forfaitaire bedragen waarvan de totale massa is gebaseerd op de uitgaven van in het begin van de jaren tachtig en gelet op het feit dat endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal recentere technologieën betreffen, beschouwen de ziekenhuizen deze materialen in vele gevallen als niet gedekt en worden ze aan de patiënt aangerekend.

De verwarring werd nog in de hand gewerkt door de inrichting van aanvullende verzekeringen door bepaalde ziekenfondsen in bepaalde regio's van het land waarbij deze materialen werden opgenomen in polissen die met de ziekenhuizen werden afgesloten. Door het aanbieden van dergelijke verzekeringen werd impliciet uitgegaan van een situatie waarbij deze materialen niet door het ziekenhuisbudget zijn gedekt.

Daarnaast voorziet de ziekteverzekering in een steeds grotere terugbetaling van dergelijke materialen via artikel 35 van de nomenclatuur. Zowel in 2000 als in 2001 werd met dit doel in bijkomende budgetten voorzien in de globale begrotingsdoelstelling van het RIZIV. Er zullen in de nabije toekomst nog nieuwe materialen worden terugbetaald door de ziekteverzekering.

In het licht van deze ontwikkelingen werd besloten het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 aan te vullen. Daarbij was het de bedoeling aan te

geven dat de betreffende materialen niet langer een bestanddeel zijn van onderdeel B2 van het ziekenhuisbudget indien ze gedekt zijn door artikel 35 van de nomenclatuur.

De huidige beschrijving van artikel 12 laat echter een dubbele interpretatie toe. Teneinde duidelijkheid te verschaffen, zal het betreffende artikel als volgt worden opgesteld: "De medische verbruiksgoederen, de verplegingsartikelen, het klein instrumentarium, het materiaal voor transplantaties, met uitzondering van het endoscopisch materiaal en het materiaal voor viscerosynthese, waarvoor overeenkomstig artikel 35 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, in een tussenkomst van de ziekteverzekering is voorzien".

Deze bepaling heeft in de huidige fase enkel betrekking op de gehospitaliseerde patiënten. Ze zal ook van toepassing worden op patiënten opgenomen in daghospitalisatie van zodra deze wordt gefinancierd via het verpleegdagbudget. Het is de bedoeling vanaf 2002 de financiering van de heelkundige daghospitalisatie uit te voeren via het verpleegdagbudget.

04.03 Jo Vandeuren (CVP): Mijnheer de minister, mag nog een wijziging van dat besluit worden verwacht?

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ja.

04.05 Jo Vandeuren (CVP): Voorts had ik nog graag geweten of de terugbetaling van het materiaal momenteel valt onder de bepalingen van artikel 35 van de nomenclatuur.

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: De beslissing in dat verband werd pas genomen en ik heb in die zin middelen vrijgemaakt. Ik aarzel evenwel wat betreft de huidige stand van de procedure. Het verzekeringscomité verleende zijn goedkeuring terzake, maar ik kan u niet met zekerheid zeggen of de publicatie reeds gebeurde.

Het materiaal voor endoscopie en viscerosynthese zal alleszins worden terugbetaald volgens een reeks vrij ingewikkelde indicaties.

De bepalingen van het ministerieel besluit dat ik recent liet publiceren zijn inderdaad niet goed geformuleerd, maar de nieuwe bepalingen, na wijziging, zullen geen twijfel laten bestaan, in die zin dat de elementen die niet behoren tot het verpleegdagbudget, via de ziekteverzekering worden terugbetaald.

04.07 Jo Vandeuren (CVP): Is het dan zo dat, in afwachting van de incorporatie van de daghospitalisatie, de situatie met betrekking tot het forfait verschilt naargelang het gaat om een ingreep in een daghospitaal of om een klassieke hospitalisatie?

04.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ja en dat lijkt mij logisch, al hoop ik dat ik mij op dat vlak niet vergis.

Immers, in de mate dat de daghospitalisatie niet in het verpleegdagbudget zit, is de wet op de ziekenhuizen niet van toepassing.

04.09 Jo Vandeuren (CVP): Dat zou aanleiding kunnen tot merkwaardige beslissingen over waar men best behandelt.

04.10 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ben het met u eens. Dat is een van de redenen waarom ik wil voortmaken met de incorporatie. Daarom moeten we de incorporatie van de daghospitalisatie in het verpleegdagbudget zo snel mogelijk doorvoeren, zeker voor chirurgische ingrepen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Mondelinge vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdragen" (nr. 4012)

05 Question orale de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la diminution structurelle des cotisations de la sécurité sociale" (n° 4012)

05.01 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, mijn vraag handelt over de structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdrage, die werd ingevoerd vanaf 1 april 2000. Het mechanisme voorzag in een drempel van 33% van de theoretisch voltijds gepresteerde arbeidstijd op kwartaalbasis.

Dit betekent dat een werknemer gedurende een kwartaal minimum 33% van een voltijdse arbeidstijd moet gepresteerd hebben vooraleer zijn werkgever kan genieten van een structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdrage. Deze drempel verhoogt echter de kosten van de arbeidsovereenkomsten van bepaalde duur ten aanzien van de arbeidsovereenkomsten van onbepaalde duur. Deze arbeidsovereenkomsten van bepaalde duur kunnen bijvoorbeeld te

kortlopend zijn of over twee kwartalen gespreid zijn, zodat de werkgevers niet in aanmerking komen voor de loonlastvermindering.

Het is vooral de uitzendsector die heel wat nadelen ondervindt van dit systeem. Zij werken immers meestal met weekcontracten en vaak met kortlopende contracten. De sector werd door de hervorming van het systeem vanaf 1 april 1999 reeds geconfronteerd met de volgende paradoxale situatie. De uitbreiding van de structurele lastenverlaging naar het systeem van de bedienden alsook de invoering van de 33%-drempel op de kwartaalbasis mondde voor hen uit in een stijging van de loonkosten met ongeveer 1%. Door de verhoging van de aftrekbare bedragen in 1 april 2000 is die discriminatie nog groter geworden.

Het lijkt ons daarom wenselijk het systeem bij te schaven, zodat ook de uitzendsector in aanmerking zou komen voor de structurele loonkostvermindering. Een alternatief zou de invoering van een proportionele toekenning van de vermindering van de loonlasten kunnen zijn, in verhouding tot de door de werknemers gepresteerde arbeidstijd op kwartaalbasis. Het systeem dat in een verhoogde proportionaliteit voorziet boven de 33% kan gewoon behouden blijven.

Ik zou u graag het volgende willen vragen, mijnheer de minister: ten eerste, zal de 33%-drempel op kwartaalbasis herbekeken worden, zodat ook de kortlopende arbeidsovereenkomsten van bepaalde duur in aanmerking kunnen komen voor de structurele loonlastverlaging? Ten tweede, in welke zin zou deze aanpassing eventueel doorgevoerd kunnen worden? Ten derde, op welke termijn voorziet u hier een aanpassing van de maatregelen?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, als antwoord op de vraag van het geachte lid kan ik het volgende meedelen. Het is inderdaad correct dat in het mechanisme van de structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdrage een minimumdrempel van 33% is ingebouwd, waardoor een werknemer minstens 33% van de theoretisch voltijds te presteren arbeidstijd op kwartaalbasis dient te verrichten alvorens in aanmerking te komen voor de structurele lastenverlaging.

Dit mechanisme heeft daardoor inderdaad tot gevolg dat werknemers die via de uitzendsector tewerkgesteld worden met kortlopende en weekcontracten, geen recht hebben op de

structurele lastenverlaging. In de arbeidswetgeving overeenkomstig artikel 11bis van de Arbeidsovereenkomstenwet is bepaald dat de minimale wekelijkse arbeidsduur voor deeltijdse werknemers niet lager mag liggen dan één derde van de wekelijkse arbeidsduur van voltijds tewerkgestelde werknemers die in de onderneming tot dezelfde categorie behoren.

De arbeidswetgeving voorziet wel in enkele uitzonderingen op deze minimale arbeidsduur, onder andere ook voor de deeltijdse uitzendkrachten. Ik verwijst naar de CAO van 31 januari 1994, afgesloten in het paritair comité voor de uitzendkrachten. De uitzendsector heeft onder andere deze afwijking verkregen omdat de sector precies tot doel heeft te beantwoorden aan een tijdelijke vermeerdering van werk, te zorgen voor de uitvoering van een uitzonderlijk werk, of om in de tijdelijke vervanging van vaste werknemer te voorzien.

Het lijkt mij echter logisch dat de maatregel van de structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdragen focust op die vormen van de arbeidsovereenkomsten en bepalingen uit de arbeidswetgeving die algemeen geldend zijn, zonder rekening te houden met de uitzonderingen en afwijkingen die werden toegestaan. Zo is de structurele lastenverlaging bijvoorbeeld ook niet van toepassing op werknemers die niet onder alle takken van de sociale zekerheidswetgeving vallen.

Tot slot zou ik het geachte lid erop willen wijzen dat de uitbreiding van de structurele lastenverlaging tot arbeidsovereenkomsten van zeer beperkte duur niet zonder budgettaire consequenties is. De opheffing van de 33%-drempel kan echter geëvalueerd worden in het kader van de doorvoering van een tweede fase van de structurele lastenverlaging onder de voorwaarden zoals ze in het regeerakkoord werden gespecificeerd.

05.03 **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de voorzitter, voor onze vraag gingen wij ervan uit dat lagergeschoolde mensen vaak een beroep doen op de uitzendsector in de hoop op die manier vast werk te vinden. Het is dus een belangrijke hulp bij het zoeken naar definitieve tewerkstelling.

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

06 **Samengevoegde mondelinge vragen van - de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van geneesmiddelen bij**

dementie" (nr. 4023)

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van Donepezil, Rivastigmine en Galantamine voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer" (nr. 4038)

- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de niet-terugbetaling van cholinesteraserepressors" (nr. 4055)

06 Questions orales jointes de

- M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de médicaments en cas de démence" (n° 4023)

- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement des Donepezil, Rivastigmine et Galantamine pour le traitement de la maladie d'Alzheimer" (n° 4038)

- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le non-remboursement des inhibiteurs de cholinestérase" (n° 4055)

06.01 **Joos Wauters** (AGALEV-ECOLO): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, iedereen is bekommerd om de problematiek rond de ziekte van Alzheimer. De Geneesmiddelencommissie heeft een aantal geneesmiddelen onderzocht op hun doeltreffendheid. Wij weten dus dat een aantal geneesmiddelen bijdraagt tot de genezing van deze ziekte.

Mijnheer de minister, een tijd geleden hebt u geoordeeld deze geneesmiddelen niet op te nemen in de lijst van de terugbetaalbare specialiteiten. U argumenteerde dat het niet voldoende bewezen was dat zij een substantiële bijdrage leveren tot de behandeling en dat zij de afhankelijkheid van Alzheimerpatiënten niet vertragen. Dat was uw standpunt, terwijl men in andere Europese landen anders heeft geoordeeld. Recent heeft in het Verenigd Koninkrijk het nationaal instituut NICE geadviseerd de geneesmiddelen op te nemen in de lijst van de terugbetaalbare geneesmiddelen. NICE is een onafhankelijk instituut dat de nationale gezondheidszorg adviseert en dat niet aanleunt bij de farmaceutische industrie. Het heeft nu andermaal onafhankelijke, gefundeerde adviezen over de waarde van deze geneesmiddelen geformuleerd.

Ik kom tot mijn vragen. Bent u op de hoogte van dit verslag van NICE over Alzheimer? Is dit onpartijdig advies voor u een nieuw argument om

de terugbetaling van deze geneesmiddelen in overweging te nemen? Zo niet, welke opinies hebt u nog nodig om tot een beslissing te komen?

06.02 **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik kom terug op mijn vraag van 22 november 2000, waarop u antwoordde dat u om twee redenen niet overging tot de terugbetaling. De eerste was een budgettaire reden – dat is natuurlijk altijd een reden – en de tweede reden was het gebrek aan medische evidentie. Ik heb toen ook gezegd dat deze studies wel bestonden op internationaal gebied. Zoals ook collega Wauters heeft gezegd, is inmiddels ook het rapport van het NICE-instituut ter beschikking gekomen. Dit rapport gaat echter wel verder. Het rapport stelt namelijk dat er een duidelijk diagnostisch verband moet worden gelegd. Wat de terugbetalingsvoorwaarden betreft, werden richtlijnen opgesteld en overgemaakt aan de National Health Service in Engeland en Wales.

Zo'n regeling komt helemaal tegemoet aan het pleidooi dat wij daarover in november hebben gehouden, omdat het NICE de toepassing van de minimum mental state examination, een classificatie die de graad van Alzheimer aangeeft, oplegt. We moeten het warm water dus niet uitvinden: men heeft het voor ons gedaan. Alzheimer is namelijk een wereldwijd verspreide aandoening.

06.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Avontroodt, sta me toe u even te onderbreken.

Dit is een erg interessant punt, dat ik vroeger ook niet wist: in Zweden daalt bijvoorbeeld het aantal Alzheimerpatiënten bijvoorbeeld. Dat heeft ook te maken met de algemene opvang. Alzheimer is geen louter somatisch verschijnsel. Ook de opvang, de activering en de omkadering van ouderen spelen een rol. Het zou voor een student interessant zijn te onderzoeken of er een samenhang is tussen de soorten welvaartsstaten, de soorten van opvang van ouderen en de incidentie van Alzheimer.

06.04 **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de minister, u hebt het nu over de opvang van dementerenden en dementen. Ik treed u bij wanneer u stelt dat er veel verschillen zijn in opvang en dat zulks een invloed heeft. Ikzelf heb het duidelijk over de gevallen waar het acetylcholinegehalte aantoonbaar lager is.

Ik sta even stil bij de noodzaak van een duidelijke afbakening. In de Verenigde Staten is

terugbetaling mogelijk voor patiënten met een minimum mental state examination-score hoger dan twaalf punten. Dat is een norm die wij als indicatie zouden kunnen gebruiken.

Ik heb nog een bijkomende vraag. Ik heb vernomen dat u 331 miljoen BEF geeft aan studies in verband met Alzheimer. Dat is toch een behoorlijk bedrag. Klopt dat bedrag? Ik heb uw antwoord terzake in november nagetrokken en toen dacht u dat de kosten voor onderzoek op 45 tot 100 miljoen geschat zouden worden.

Mijn eerste concrete vraag is dezelfde als de vraag van collega Wauters. Kent u de NICE-studie?

Ten tweede, bent u bereid om onder bepaalde voorwaarden terugbetaling toe te staan?

Ten derde, waaruit bestaat de experimentele studie in verband met Alzheimer en met zorg van zulke patiënten? Ik dacht dat u van plan was een studie te vragen in verband met het respect voor dementerenden in de verschillende verzorgingsvormen.

Ten vierde, heeft het comité voor Chronische Ziekten u al geadviseerd over andere vormen van therapie, waar u in een van uw antwoorden op hebt gealludeerd?

Ten vijfde, hebt u met de betrokken beroepsgroepen, namelijk de geriaters, de psychiaters, de huisartsen en de paramedici, al overlegd om eventuele guidelines op te stellen voor de diagnose en de behandeling met acetylcholinesterase-inhibitoren?

06.05 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb nog maar weinig toe te voegen aan de vragen die de collega's reeds hebben gesteld.

We delen volgens mij allemaal dezelfde zorg. Wie een aantal Alzheimerpatiënten kent, beseft dat dit de meest pijnlijke ziekte is die men kan krijgen en dit voor zowel de patiënt als zijn omgeving. Ik heb ook geregeld te maken met mensen die (*onverstaanbaar*) maar die daarvoor ook een zware prijs moeten betalen. Sommigen zijn dan ook heel inventief om te proberen de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk te kunnen gebruiken.

Mijnheer de minister, ik heb ook inzage gekregen in het rapport waarnaar de andere collega's reeds

hebben verwezen. Ik heb uw antwoorden op de vragen die mevrouw Avontroodt in november heeft gesteld eens nagelezen. Het is mij daarbij opgevallen dat u het enerzijds had over de budgettaire aspecten maar anderzijds heeft u ook zwaar de nadruk gelegd op het feit dat er volgens u een geringe medische evidentie bestaat. Dit verwondert mij omdat de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten op dat moment reeds een positief advies had verstrekt over die specialiteiten waarin bovendien in een aantal terugbetalingcriteria werd voorzien in de categorie BF. Er werd enkel opgemerkt dat het hier niet ging om een prioriteit. Ik vind dit een heel eigenaardige manier van werken. Ik vermoed dat u zich had uitgelaten over het al dan niet prioritaire karakter maar zij hebben dit toch maar opgenomen in hun advies. Zij pleitten bovendien voor een supplementair budget van zowat 600 miljoen Belgische frank. Met andere woorden, het kan blijkbaar enkel worden terugbetaald als het wordt beschouwd als een exogene factor.

Mijnheer de minister, zal voor alle innovatieve geneesmiddelen dezelfde procedure worden gehanteerd? Zal bij de beoordeling rekening worden gehouden met het gezondheids-economische aspect, namelijk het feit dat een aantal kosten kan worden uitgespaard? Ik verwijs trouwens naar een andere Engelse studie waarin men heeft vastgesteld dat door het inkrimpen van de tijd in een residentiële opvang door het toedienen van het geneesmiddel eigenlijk de behandeling van 6 maanden met een cholinesteraseremmer wordt terugbetaald. Met ons enveloppensysteem is het onmogelijk om over het muurtje te kijken en besparingen in de ziekenhuissector of de psychiatrische sector met mekaar te vergelijken.

Mijnheer de minister, hoe zal dit in de toekomst worden gerealiseerd? Volgens mij zullen wij geblokkeerd raken als we elk nieuw geneesmiddel dat zich op de markt aandient op die manier zullen behandelen.

Mevrouw Avontroodt heeft u daarstraks gevraagd of u bij uw standpunt blijft. In november heeft u nog gezegd dat er in Europa nog één land was dat deze geneesmiddelen niet terugbetaalde, namelijk Denemarken. Ondertussen heeft Denemarken ook beslist deze geneesmiddelen terug te betalen. België is dus het laatste land in Europa dat op geen enkele manier aan selectieve terugbetaling doet. De MMSE werd vastgelegd op 12 in het NICE-rapport, terwijl dat bij ons door de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten op 10 werd vastgelegd. Op dat vlak

kan misschien al enige besparing worden gerealiseerd als die norm enigszins wordt opgetrokken. Volgens mij kunnen op dat vlak toch de nodige vragen worden gesteld.

Ten derde is er de kostprijs. Wij hebben daarover reeds allerhande cijfers gehoord. U sprak over 1 miljard frank. Het advies van de technische raad voor farmaceutische specialiteiten vermeldt een bedrag van 600 miljoen frank. De sector zelf heeft het over 300 tot 400 miljoen frank. Hebt u een budgetimpactanalyse die iets nauwkeuriger is? Zo zouden wij het juiste budget voor de komende jaren kunnen achterhalen en nagaan of er ruimte kan worden vrijgemaakt, eventueel met de afspraak dat na een aantal jaren opnieuw wordt bekeken of de begroting niet wordt overschreden.

Een laatste vraag nog. Er wordt gefluisterd dat bij een apart budget voor Alzheimer, er getouwtrek zou ontstaan tussen degenen die de mantelzorg extra willen bedelen en degenen die de terugbetaling van het geneesmiddel voorstaan. Is er iets aan van het gerucht dat, als er middelen ter beschikking worden gesteld, sommigen ze liever zouden besteden aan de residentiële zorg dan aan de terugbetaling van geneesmiddelen?

06.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik ben de leden dankbaar voor het opnieuw onder de aandacht brengen van wat een belangrijk, maar heel moeilijk dossier is. Persoonlijk ervaar ik het als een bijzonder delicate kwestie, omdat men met nogal wat mensen wordt geconfronteerd. Ik krijg heel wat brieven van personen die er zich over beklagen dat de arts van hun moeder of vader een geneesmiddel heeft aangeraden dat erg duur is.

In de meeste Europese landen is men overgegaan tot terugbetaling, maar bij ons nog niet. Dat is een "mooi" voorbeeld van de paradox van het Belgische geneesmiddelenbeleid of non-beleid tot nu toe. Wij verbruiken zeer veel geneesmiddelen en behoren daarin tot de kampioenen, maar wij stellen ook dikwijls vast dat wij bepaalde nieuwe medicatie niet terugbetalen, terwijl dit elders in Europa reeds lang het geval is. Het is duidelijk dat wij voor een deel een verkeerd pakket van geneesmiddelen gebruiken. Even een boutade die men liefst niet verkeerd aanhaalt. Ik heb ooit een geriater en een neuroloog gezegd dat, indien zij hun collega's ervan konden overtuigen een keer op tien geen antibiotica voor te schrijven, ik meer dan genoeg geld had voor Alzheimerpatiënten. Een keer op tien! Dat is natuurlijk precies het drama. Ik zet die uitspraak wel tussen aanhalingstekens, want ik vind niet dat de

Alzheimerpatiënten moeten worden gegijzeld door het overdreven voorschrijven van antibiotica. Dat is toch wel het probleem waarmee wij worden geconfronteerd.

Ik heb mij vorige keer toch wel erg genuanceerd uitgelaten, denk ik. Ik beschik hier niet over de tekst, maar ik meen gezegd te hebben dat er een beperkt effect was. Ik heb niet gezegd dat er geen effect was, noch dat het te beperkt was: ik heb gezegd dat er een beperkt effect was. Ik heb gezegd dat het ons nog ontbrak aan vergelijkende studies tussen de medicamenten onderling, want het gaat over minstens twee medicamenten. Tevens heb ik gewezen op het belang van de mantelzorg. Ik heb inderdaad verklaard nog niet over te gaan tot terugbetaling. Overigens had ik een uitermate genuanceerd advies van de technische raad voor farmaceutische specialiteiten gekregen. Hij geeft niet zo onverdeeld groen licht, zoals hier wordt beweerd. Het is een nogal genuanceerd advies, eerlijk gezegd.

Ik ben uiteraard op de hoogte van het NICE-rapport omtrent het gebruik van de Alzheimer-geneesmiddelen, al is het maar omdat dit ook voor mijn medewerkers een zodanig heet hangijzer is dat er bij de publicatie van elk nieuw rapport wel één medewerker is die vindt dat ik het moet lezen. Mijn medewerkers hebben ook wat verschillende meningen en ik krijg dus uit alle richtingen nota's en rapporten. Ik heb het NICE-rapport dus gezien.

Het eerste wat ik zou willen beklemtonen is dat NICE precies ook rekening houdt met een aantal criteria die ik zelf ook in overweging heb genomen vooraleer ik mijn beslissing in november 2000 heb bekendgemaakt. Ik blijf deze trouwens aanhangen. Het is belangrijk een diagnose te stellen en ook om de follow-up op een zeer nauwkeurige wijze te laten verlopen. Het is belangrijk dat de MMSE-score wordt gebruikt en voor patiënten waar geen verbetering of een vertraging van de verslechtering van de aandoening optreedt wordt er aangeraden om met de medicatie te stoppen. Dit is één van de delicate punten en we hebben het daarover gehad. Collega Valkeniers was er toen bij. Het is niet gemakkelijk om te beslissen om met de medicatie te stoppen omdat deze niet helpt. Dit is één van de grote moeilijkheden in dit dossier.

Ik heb ook altijd gezegd dat ik mijn standpunt beschouw als een voorlopig standpunt en dat ik ook bereid ben dit standpunt te herzien op basis van de beschikbare wetenschappelijk gegevens. We volgen dit dus aandachtig en ik herhaal nog

eens dat ik mijn mening zal herzien als dit nodig is. Het NICE-rapport biedt niet echt nieuwe wetenschappelijke bewijzen. Dit is trouwens ook de rol van NICE niet. Het is eerder een gedetailleerd overzicht van de huidige stand van zaken.

Mevrouw Van de Castele heeft een vraag gesteld naar het budget. Ik kan vandaag het noodzakelijke budget niet nauwkeuriger inschatten dan enkele maanden geleden. De industrie geeft een zeer lage inschatting. Dit is begrijpelijk. Onze inschatting is een stuk duurder. Er is ook een inschatting van de onderzoekskosten die daarbij komen, maar dat gaat niet over wetenschappelijk studies. Ik weet dus eerlijk gezegd niet waar die 331 miljoen frank vandaan komt. Er is misschien iets dergelijks, maar ik heb geen idee waar dit vandaan komt. Er is een debat over de toepassing van de minimental state. Het uitvoeren van allerlei onderzoeken kost ook geld aan de ziekteverzekering. Dit moet je meerekenen. Daar heb ik een bedrag voor vermeld, dat niet noodzakelijk meer dan 300 miljoen frank bedroeg, maar dat toch belangrijk genoeg was om het te vermelden. Ik weet dus eerlijk gezegd niet waar deze 331 miljoen betrekking op heeft.

06.07 Annemie Van de Castele (VU&ID): Ik zal het u bezorgen.

06.08 Minister Frank Vandenbroucke: Het kan zijn dat dit mij ontgaan is. Ik weet het niet. Er zijn ook vragen gesteld over de globale benadering. Het gerucht waarover mevrouw Van de Castele spreekt is het eerste wat ik terzake verneem. Ik begrijp het ook niet goed. Ik denk dat het onzinnig is. Ik ben niet van plan in een Alzheimerbudget te voorzien. Ik denk er niet aan. Het is wel zo dat ik aan het Comité voor de Chronisch Zieken, de Commissie Frühling, heb gevraagd eens na te denken over de Alzheimerproblematiek vanuit het standpunt van de zorgvernieuwing. Ik heb een globaal bedrag voor allerlei pathologiën waarover het comité adviezen kan geven. Dit globaal bedrag is 464 miljoen frank voor het jaar 2001. We hebben voorlopig, op basis van het eerste advies van de Commissie Frühling 6 aandoeningen als prioriteit vooropgesteld bij de zorgvernieuwing. Deze zes zijn chronische pijn, diabetes, autisme, incontinentie, cerebro-vasculaire ongelukken en astma-COPD. Dit betekent echter niet dat ik Alzheimer ben vergeten. Wij zijn bezig om middelen vrij te maken. Voor chronische pijn hebben we al beslist 150 miljoen frank vrij te maken. Ik wacht eigenlijk andere adviezen af. Het feit dat ik rond deze prioritaire aandoening nog maar één advies heb ontvangen en men voorts

nog bezig is deze adviezen te formuleren toont ook aan dat dit een zeer complexe materie is. Ik zou ook niet graag de mantelzorg tegenover de medicatie stellen. Ik denk dat inderdaad beide noodzakelijk zijn. Ik wil toch nog eens hetgeen ik daarnet zei herhalen. Dit hoeft volgens mij geen meningsverschil teweegbrengen. Dit is dus mijn spontane reactie op wat mevrouw Avontroodt zei.

Niet alle landen in de wereld hebben dezelfde ervaringen met Alzheimer. Er zijn landen waar men blijkbaar om een of andere reden succesvoller is; wij moeten waarschijnlijk onderzoeken waarom. Dat zou wel eens kunnen samenhangen met de algemene opvang. Ik weet het niet, het zou kunnen. Het kan natuurlijk ook met andere dingen te maken hebben, bijvoorbeeld met medicatie, ik weet het niet. Maar niet alle landen in de wereld hebben helemaal hetzelfde verloop van het probleem. Ik neem mij voor zeer aandachtig te blijven volgen wat er aan evidentie is. Ik reken natuurlijk op uw steun in de meerderheid, mevrouw Avontroodt, om meer geld te vragen voor gezondheidszorg. Echt waar, ik reken echt op uw actieve steun, want dat heeft er natuurlijk ook mee te maken. Dit is inderdaad een zaak waar je naar andere prioriteiten kan overgaan naarmate je een groter budget krijgt.

06.09 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, uw antwoord is genuanceerd, onze vraag was dat ook, denk ik.

We kennen het dilemma waar we voorstaan: het grote verbruik van medicamenten, het innoveren dat geen plaats krijgt. Ik denk dat we er allemaal van overtuigd zijn dat we daar oplossingen voor moeten zoeken, en daar zijn we samen ook mee bezig. We weten ook dat de diagnose en de follow-up belangrijk is. Het is ook belangrijk dat een medicament ingezet kan worden wanneer zou blijken dat het effectief is. Dat is natuurlijk ook de verantwoordelijkheid van artsen en daar rekenen wij dan ook op.

Ik begrijp ook de redenering dat er een evenwicht tot stand moet komen met mantelzorg en het volledige zorgpakket. Volgens mij moeten we dus een gezamenlijke strategie ten aanzien van de ziekte van Alzheimer voeren, met goede opvang, goede mantelzorg, maar ook medicatie op de juiste momenten. Het is jammer dat wij nu geen stap in die richting zetten. U zegt dat u de evidentie nog wat beter wil onderzoeken maar ik blijf er toch op aandringen dat dat op korte termijn zou gebeuren. We zijn uiteindelijk de laatsten in heel Europa om dat selectief toe te passen.

Vandaar dat ik er blijf op aandringen binnen een redelijke termijn toch de terugbetaalbaarheid in het vooruitzicht te stellen.

06.10 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, ik vind wel dat er tot hiertoe weinig concreet gestart is. Ik lees hier uw antwoord voor op mijn vraag in november. U stelt zelf: "Er is nood aan enorm goede onderzoeken en de bijkomende kosten van deze onderzoeken schatten wij op ongeveer 45 tot 100 miljoen".

06.11 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, maar dat gaat over pre-klinisch onderzoek, denk ik.

06.12 Yolande Avontroodt (VLD): Dat staat hier niet in gespecificeerd, en ik had nu gehoopt dat u hier zou op antwoorden dat u de opdracht gegeven heeft om te vergelijken.

06.13 Minister Frank Vandenbroucke: Nee, nee, mag ik eens kijken? Ik denk echt dat dat een misverstand is, hoor.

Ik geef natuurlijk heel veel antwoorden op heel verschillende dingen, maar dit gaat niet over wetenschappelijk onderzoek dat ik financier. Dit gaat over onderzoek door artsen van de patiënten.

06.14 Yolande Avontroodt (VLD): Nee, nee, u hebt toen gezegd: "Vooraleer ik zou beslissen tot terugbetaling, wil ik het effect zien van de andere vormen van therapie en we moeten dat kunnen vergelijken".

06.15 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, maar ik ga toch geen 100 miljoen steken in wetenschappelijk onderzoek, ik heb wel mijn geld beter te besteden dan dat. Voor wetenschappelijk onderzoek moeten andere ministers zorgen. Ik denk echt dat dit een misverstand is hoor. Ik meen - ik hoop dat ik juist ben: ik begin ook al een beetje last te krijgen van mijn geheugen, zo jong - dat ik hier het volgende heb willen zeggen. Als je zegt dat een medicament een bepaalde prijs heeft, en je spaart daarmee ander geld uit, dan moet je ook zeggen dat het goed toedienen van het medicament heel veel bijkomend klinisch onderzoek meebrengt, los van het medicament.

Dat heb ik willen zeggen.

06.16 Yolande Avontroodt (VLD): Ik herinner mij heel levendig dat u toen hebt gezegd dat er nood is aan meer vergelijkbare onderzoeken.

06.17 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb de problematiek inzake de ziekte van Alzheimer op de agenda van de commissie-Frühling geplaatst.

06.18 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, dat is een concreet antwoord. Zij is er dus mee bezig?

06.19 Minister Frank Vandenbroucke: Ze kan niet alles tegelijk, maar het staat wel op haar agenda.

06.20 Yolande Avontroodt (VLD): Dat is alvast iets. Momenteel hebt u zelf geen opdracht gegeven om een studie uit te voeren over de ziekte van Alzheimer in België?

06.21 Minister Frank Vandenbroucke: Wetenschappelijk onderzoek?

06.22 Yolande Avontroodt (VLD): Ik heb het over een vergelijkend onderzoek.

06.23 Minister Frank Vandenbroucke: Neen.

06.24 Yolande Avontroodt (VLD): U hebt destijds gezegd dat u eerst wou zien wat de andere vormen zijn.

06.25 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, de commissie-Frühling...

06.26 Yolande Avontroodt (VLD): De commissie-Frühling houdt zich daarmee niet bezig?

06.27 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk niet dat ze er al mee begonnen is, maar het is wel een van de dingen die zij moet doen.

06.28 Yolande Avontroodt (VLD): U wacht op dat resultaat alvorens tot terugbetaling over te gaan?

06.29 Minister Frank Vandenbroucke: Dat zeg ik niet. Ik vind het echter nodig.

06.30 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Als we nu eens samen aandringen?

06.31 Yolande Avontroodt (VLD): Ik denk dat daarvoor nog een innovatief "geneesmiddel" nodig zal zijn.

06.32 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, als wij Alzheimer op de een of andere manier kunnen voorkomen, moeten we dat volgens mij gewoon doen. Onderzoek doen naar het eventueel voorkomen en de oorzaken van verschillen in

Alzheimer lijkt mij nuttig, maar de vraag is uiteraard of België dat moet doen. Volgens mij moet het onderzoek op een ander niveau worden gevoerd, net zoals het wetenschappelijk onderzoek niet door elke lidstaat afzonderlijk moet worden verricht. Volgens mij kunnen wij ons baseren op wat daarover in het buitenland is gepubliceerd.

Aangezien alle andere Europese landen vandaag erkennen dat er voldoende wetenschappelijke evidentie bestaat om de geneesmiddelen terug te betalen, zij het voor een beperkte groep, meen ik dat we ons daarbij kunnen aansluiten. U wilt dat nog steeds niet doen.

Wat de prijs betreft, moet ik toegeven dat het prijskaartje enigszins onzeker is. Als de farmaceutische industrie het budget schat op 300 of 400 miljoen frank zou ik willen voorstellen haar terzake op haar woord te nemen en te starten met dat budget. Bij een overschrijding van dat budget is het aan haar om hiervoor op te draaien, volgens de pax pharmaceutica.

06.33 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is een prijs-volumecontract en dat sluiten ze niet graag.

06.34 **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): Men zou het voor deze specifieke categorie wel kunnen toepassen.

Er moeten misschien bijkomende onderzoeken worden uitgevoerd, maar ik vind het toch enigszins vreemd dat u een diagnose wil waarbij de graad van Alzheimer wordt vastgesteld, alsof dat allemaal niet moet gebeuren als die patiënten die geneesmiddelen niet slikken. Ik vind dat een frappante uitspraak. Men moet de evolutie van de ziekte inderdaad opvolgen. Er bestaan voldoende voorbeelden van BF-geneesmiddelen waarbij de opgelegde onderzoeken vooraleer de toestemming tot terugbetaling werd verleend, meer kostten dan de besparing die het BF-systeem moest opleveren. U hebt op dat vlak misschien gelijk, maar er kan volgens mij gediscussieerd worden over wat precies moet gebeuren om het geneesmiddel op een efficiënte manier voor de juiste categorie terug te betalen.

Ik blijf dan ook aandringen om de terugbetaling zo snel mogelijk te regelen.

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

07 **Question orale de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et des Pensions**

sur "les maisons médicales" (n° 3501)

07 **Mondelinge vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de medische huizen" (nr. 3501)**

07.01 **Daniel Bacquelaine** (PRL FDF MCC): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, je sais que cette question a déjà été posée par M. Valkeniers la semaine passée mais je souhaiterais revenir sur l'étude que vous avez proposée en ce qui concerne l'évaluation du profil des patients qui ont recours à la médecine forfaitaire pratiquée dans les maisons médicales.

Vous avez dit que cette étude coûterait 5 millions. Pouvez-vous m'apporter des précisions sur la méthodologie de l'étude? Il en existe un bon nombre sur divers sujets mais la fiabilité de ces études dépend évidemment de l'indépendance et du sérieux avec lesquels elles sont réalisées. En ce qui concerne par exemple le *numerus clausus*, certaines études ont été commandées par des universitaires à d'autres universitaires qui souhaitaient bien entendu que ces études aillent dans le sens de leur position. Il est évident que de telles études n'ont pas beaucoup de sens.

J'aimerais donc savoir qui réalisera cette étude. Comptez-vous étudier les bénéfices retirés de la médecine au forfait par rapport à la médecine à l'acte? Ce point fera-t-il partie du cahier des charges remis aux auteurs de cette étude?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, chers collègues, comme le disait M. Bacquelaine, M. Valkeniers m'a déjà interrogé à propos des maisons médicales. Je serai donc bref.

L'étude à laquelle vous faites référence doit permettre d'établir un lien entre le profil des patients qui s'inscrivent auprès d'une maison médicale, les soins dispensés par les maisons médicales et le prix coûtant réel y afférent.

La méthodologie de l'étude fera l'objet d'une concertation entre les organismes assureurs et les maisons médicales au sein de la commission chargée de la conclusion d'accords en matière de forfaits.

La décision à ce sujet et l'attribution de l'étude relèvent de la compétence du comité de l'assurance, conformément à l'article 56 de la loi coordonnée.

Les règles relatives au forfait prévoient une

évaluation annuelle des dépenses moyennes en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale et d'hospitalisation des bénéficiaires inscrits auprès d'une maison médicale, par rapport à la moyenne nationale.

Par ailleurs, le profil socio-économique des patients inscrits sera évalué tous les deux ans. Il n'est pas prévu d'autres études comparatives.

07.03 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): Monsieur le président, je remercie le ministre de sa réponse. Mais je me permets de remettre en cause le fondement d'une étude sur un objet, réalisée en partie par l'objet lui-même.

07.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je comprends ce que vous voulez dire. En fait, je n'ai pas dit que j'allais augmenter ce budget. J'ai d'ailleurs publié un communiqué de presse à ce sujet parce que j'avais donné un prix concernant les soins prodigués par l'une de ces maisons médicales. A cette occasion, j'ai sciemment évité de dire que j'augmenterais le budget. J'ai dit que je comptais améliorer la façon d'organiser le remboursement, c'est-à-dire le répartir sans doute autrement, non plus sur la base des moyennes linéaires comme cela se fait actuellement. Il faut peut-être accorder plus de moyens à certaines maisons médicales et moins à d'autres, en fonction du profil des patients qui les fréquentent. Il est possible qu'il faille augmenter le budget mais c'est une autre discussion.

Il n'est donc pas faux de demander à la commission chargée de cette matière de définir la méthodologie d'une étude qui établirait un lien entre le profil des patients et les coûts.

Je n'ai aucun a priori à ce sujet.

07.05 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, il serait intéressant de mettre sur pied une étude qui non seulement définirait le profil du patient, notamment le coût qu'il représente en soins spécialisés (imagerie médicale, biologie clinique, etc.) en maison médicale. Je répète qu'une telle étude serait très intéressante. Mais il faudrait également faire réaliser une étude sur l'état de santé du patient selon qu'il est inscrit dans un réseau de type maison médicale ou dans le réseau libre. Il me semble, en effet, qu'il peut exister des effets induits. Il est clair que les patients qui se situent dans le cadre d'une médecine au forfait ont moins recours à la médecine spécialisée car ils sont plus "tenus" par le médecin généraliste qui exerce son activité

dans la maison médicale. Cela me semble clair.

Mais je serais surtout curieux de connaître le résultat de cette moindre consultation de la médecine spécialisée. Il y a le profil du patient au départ, au moment où il s'inscrit dans un système ou dans un autre, mais il y a aussi le devenir de ce patient au fur et à mesure de sa vie d'un point de vue médical. Il serait donc très intéressant de savoir quel est l'impact du forfait lui-même ou de la médecine à l'acte par rapport à l'état de santé et à l'évolution de l'état de santé du patient. Cela serait une étude réellement intéressante.

07.06 Frank Vandenbroucke, ministre: C'est très compliqué. Mais vous avez raison de dire qu'une telle étude serait intéressante. Cela dépasse toutefois un peu le sujet de votre question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Mondelinge vraag van de heer Karel Van Hoorebeke aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de samenstelling van de referentiecentra voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 4046)

08 Question orale de M. Karel Van Hoorebeke au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la composition des centres de référence pour des patients atteints du syndrome de fatigue chronique" (n°4046)

08.01 Karel Van Hoorebeke (VU&ID): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, omtrent deze problematiek stelde ik u, samen met de heer Goutry trouwens, reeds een vraag op 10 mei 2000, waarop u antwoordde dat de voorbereiding van de referentiecentra volop aan de gang was.

Thans vernam ik dat de Hoge Gezondheidsraad een consensus had bereikt over de samenstelling van de referentiecentra met betrekking tot de medisch-sociale, economische en juridische aspecten van patiënten die lijden aan het syndroom van chronische vermoeidheid.

Het multidisciplinair team zou zijn samengesteld uit een geneesheer-internist, een psychiater, een geneesheer in de fysische geneeskunde en/of revalidatiearts, een psycholoog of neuropsycholoog, een neuropsycholoog, een maatschappelijk werker en een kinesitherapeut.

Graag had ik vernomen of in het kader van continue zorgverstrekking en integrale

kwakeitsverlening deze referentiecentra zullen bestaan uit nieuw personeel dat in zijn diverse geledingen deze functies voltijds waarneemt of het daarentegen zou gaan over bestaande medische centra in universitaire klinieken of andere ziekenhuizen, die deze complexe en veelomvattende taak erbij zullen nemen.

Ware het niet aangewezen een nieuwe equipe samen te stellen en werden in voorkomend geval, reeds financiële regelingen getroffen in die zin?

Voorts is het niet duidelijk waarom de dubbele notie 'psycholoog of neuropsycholoog' wordt gehanteerd.

Tot slot, mijnheer de minister, wou ik nog weten of het voltijdse functies betreft.

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, in antwoord op de vragen van de heer Van Hoorebeke met betrekking tot de samenstelling van het multidisciplinair team van de referentiecentra voor chronisch vermoeidheidssyndroom, het volgende

U weet wellicht dat ik de problematiek van de talrijke patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom bijzonder ernstig neem. Ik hecht erg veel belang aan een deskundige opvang en begeleiding van deze patiënten die nog te vaak op onbegrip stuiten, terwijl hun aandoening belangrijke gevolgen kan hebben op socio-professioneel vlak.

De in oprichting zijnde multidisciplinaire referentiecentra zullen voor de patiënt op een wetenschappelijk verantwoorde wijze en gebaseerd op de laatste stand van zaken, in eerste instantie de juiste diagnose trachten te stellen en vervolgens een therapeutisch plan uit te werken, in overleg met de huisarts en uiteraard met de patiënt. Er moet eveneens aandacht worden besteed aan de socio-professionele problematiek.

Mijnheer Van Hoorebeke, in uw vraag somt u een lijst op van deelnemers aan het multidisciplinair team, zoals deze ook is terug te vinden in het finale document over CVS van de Hoge Gezondheidsraad van juli 2000. Op dit ogenblik beëindigt het RIZIV de overeenkomsten met een vijftal centra die zich kandidaat hebben gesteld als referentiecentrum voor het CVS. Op basis van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad wordt in die overeenkomsten de samenstelling van het multidisciplinaire team als volgt geoperationaliseerd. Tot het diagnostisch team

behoren minstens een specialist in de inwendige geneeskunde, een psychiater en een deskundige in de socio-professionele problematiek - dit kan een maatschappelijk werker of een sociaal verpleegkundige zijn - en facultatief een fysiotherapeut of revalidatiearts. In het therapeutisch of revalidatieteam wordt er nog een kinesitherapeut en een psycholoog aan toegevoegd.

Op uw vraag of het hier altijd zal gaan over nieuwe aanwervingen in deze referentiecentra, kan ik niet antwoorden. Het bedrag dat in de RIZIV-overeenkomsten met de referentiecentra wordt bepaald zal toelaten een aantal nieuwe personeelsleden aan te trekken. Men mag evenwel niet vergeten dat de ziekenhuizen die zich nu kandidaat hebben gesteld, in de praktijk al geruime tijd heel wat patiënten met chronische vermoeidheidsklachten krijgen doorverwezen en dus nu reeds als expertisecentrum functioneren.

Het lijkt me niet meer dan logisch dat die artsen en andere zorgverstrekkers die de voorbije jaren een grote expertise inzake de diagnose en behandeling van CVS hebben opgebouwd, de spilfiguren worden van de referentiecentra. Met de nieuwe financiële middelen zullen de ziekenhuizen bijkomende personeelsleden kunnen aanwerven of de reeds bestaande deskundigen ontlasten van andere taken zodat ze meer tijd kunnen besteden aan de CVS-patiënten. De keuze van de personeelsleden en de vraag of de deskundigen nu al dan niet voltijds een functie moeten waarnemen zijn elementen van interne organisatie van de referentiecentra. Deze elementen zijn afhankelijk van de hoeveelheid patiënten die het referentiecentrum zal opvangen. Het ziekenhuis dat het referentiecentrum inricht zal hierover zelf beslissen. De RIZIV-overeenkomst voorziet in een rigoureuze evaluatie van de werking van al de referentiecentra. Vooraleer de overeenkomst wordt afgesloten zal het RIZIV onderzoeken of aan de voorwaarden van het multidisciplinair team wordt voldaan. Van elke CVS-patiënt zal een uitgebreide registratie van de toegepaste diagnostiek en therapie plaatsvinden én een opvolging door middel van gestandaardiseerde parameters.

Het is correct dat de dubbele notie psycholoog en neuro-psycholoog een onduidelijkheid is in het document van de Hoge Gezondheidsraad. In de overeenkomst zal alleen sprake zijn van een psycholoog.

08.03 **Karel Van Hoorebeke** (VU&ID): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor het

antwoord. Wanneer zullen de overeenkomsten getekend worden die het RIZIV op dit ogenblik met de 5 centra onderhandelt?

08.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, we mikken op juni 2001 voor de eerste implementatie van de overeenkomsten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "Farmanet" (nr. 4064)**

09 **Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "Pharmanet" (n° 4064)**

09.01 **Greta D'Hondt (CVP)**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, in zijn lang ontstaansproces is Farmanet regelmatig het onderwerp geweest van heel wat discussies onder meer inzake de privacy. Op andere momenten werd Farmanet gebruikt om in andere dossiers positieve resultaten te bereiken. Dit is het geval geweest in de laatste rechte lijn van de realisatie van het unieke spoor van Farmanet. De voorbije weken waren we in een eigenaardige situatie terechtgekomen. De magnetische banden die de realisatie van het uniek spoor mogelijk moesten maken, werden niet afgeleverd. Dit gebeurde enerzijds omdat er problemen waren met verzekeringsinstellingen en, anderzijds omdat men poogde de winstmarges van de klassieke en de generische geneesmiddelen te verhogen.

Ik heb kennis genomen van uw persmededeling waarin u de bereikte overeenkomst meedeelt. De magnetische banden worden alsnog afgeleverd vanaf 1 januari 2001, de vooropgestelde datum. U beklemtoont geen toegevingen te hebben gedaan met betrekking tot de winstmarges.

Mijnheer de minister, kunt u de inhoud van het akkoord van 26 februari 2001 van het verzekeringscomité van het RIZIV toelichten?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik kan dat inderdaad doen. Op 12 februari 2001 werd in het verzekeringscomité een protocol goedgekeurd betreffende de overgangsregeling in de voorbereiding van de invoering van het Farmanet 'Uniek Spoor'. De belangrijkste passage uit dit protocol voor het antwoord op de vraag van mevrouw D'Hondt is: "De verzekeringsinstellingen betalen op basis van de papieren factuur binnen de huidige betalingstermijn van 20 werkdagen na

ontvangst van de papieren factuur op voorwaarde dat de magnetische vraag die overeenstemt met de papieren factuur, werd overgemaakt binnen de week die volgt op de ontvangst van de papieren factuur. De betaling is evenwel niet afhankelijk van de geldigheid van de magnetische drager. Aan de papieren facturatie documenten wordt in de overgangsregeling niets gewijzigd".

De apothekersbond weigerde om dit protocol uit te voeren. Ze weigerden meer bepaald om de magnetische drager door te geven. Ze koppelden dit probleem aan het probleem van hun winstmarges, meer bepaald het feit dat ze deze wilden bevriezen in het geval van prijsdalingen van de geneesmiddelen ten gevolge van de introductie van een nieuw prijsmechanisme. Ondertussen is deze koppeling opgeheven. Op 26 februari 2001 is een afwijking toegestaan op de hierboven geciteerde passage uit het protocol.

Ik citeer even de betreffende passage uit het protocol: "In afwijking van de vermelde bepalingen zijn, voor de betalingen van de facturen die bij de VI's ontvangen werden in de maanden februari 2001 respectievelijk maart 2001 en die betrekking hebben op de farmaceutische producten die afgeleverd werden in de maanden januari 2001 respectievelijk februari 2001, de volgende regels van toepassing: de betalingen van de facturen die bij de VI's werden ontvangen in de maand februari 2001 – afleveringen in de maand januari 2001 – worden enkel verricht op basis van de papieren facturatie documenten. De betalingen van de facturen die bij de VI's werden ontvangen in de maand maart 2001 – afleveringen in de maand februari 2001 – worden verricht op voorwaarde dat, binnen de week die volgt op de ontvangst van de papieren facturatie documenten, twee magnetische bestanden afgeleverd worden die overeenstemmen met de papieren facturen die in februari respectievelijk maart ontvangen werden".

De draagwijdte van deze bepaling is dat op deze manier de VI's toch in het bezit zullen zijn van de magnetische dragers vanaf de maand januari en dat met het oog op het opnemen van de geneesmiddelen in de fiscale en de sociale franchise.

09.03 **Greta D'Hondt (CVP)**: Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Buiten de restricties die u gemaakt hebt over de termijnen in januari, betekent het dus dat Farmanet 'Uniek Spoor' definitief kan starten.

09.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als

niemand nieuwe problemen heeft, is dat zo.

09.05 **Greta D'Hondt** (CVP): Ik zal niet voor problemen zorgen. Na de lijdensweg die we afgelegd hebben, betekent dit dat we zonder onverwachte zaken van start kunnen gaan. U ziet er hopelijk geen.

09.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: In dit dossier moet men altijd met twee woorden spreken, maar voorlopig zie ik geen onverwachte zaken.

09.07 **Greta D'Hondt** (CVP): U ziet voorlopig geen onverwachte zaken, dus kan Farmanet 'Uniek Spoor' starten.

09.08 **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): ... als de apothekers meewillen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.38 uur.

La séance publique de commission est levée à 16.38 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

07-03-2001

07-03-2001

15:00 uur

15:00 heures

INHOUD

Mondelinge vraag van de heer Paul Timmermans aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de verlaagde BTW-voet in de sector van de sociale economie" (nr. 3504)

Sprekers: **Paul Timmermans, Johan Vande Lanotte**, vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie

Mondelinge vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de inspectie ten opzichte van het medisch pediatrisch centrum van Grez-Doiceau" (nr. 3468)

Sprekers: **Zoé Genot, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Mondelinge vraag van mevrouw Michèle Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten" (nr. 3481)

Sprekers: **Michèle Gilkinet, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Mondelinge vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de werkgroep Jadot" (nr. 4000)

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

Mondelinge vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de tariefzekerheid voor de patiënt naar aanleiding van het ministerieel besluit van 12 januari 2001 houdende de wijziging van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende de bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs" (nr. 4004)

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

Mondelinge vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdragen" (nr. 4012)

Sprekers: **Maggie De Block, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Samengevoegde mondelinge vragen van
- de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de

SOMMAIRE

Question orale de M. Paul Timmermans au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale sur "le taux réduit de TVA applicable au secteur de l'économie sociale" (n° 3504)

Orateurs: **Paul Timmermans, Johan Vande Lanotte**, vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Économie sociale

Question orale de Mme Zoé Genot au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'inspection à l'égard du centre médico-pédiatrique de Grez-Doiceau" (n° 3468)

Orateurs: **Zoé Genot, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question orale de Mme Michèle Gilkinet au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de médicaments pour les maladies rares" (n° 3481)

Orateurs: **Michèle Gilkinet, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question orale de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le groupe de travail Jadot" (n° 4000)

Orateurs: **Trees Pieters, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question orale de M. Jo Vandeurzen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la sécurité tarifaire des patients à la suite de l'arrêté ministériel du 12 janvier 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation" (n° 4004)

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

Question orale de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la diminution structurelle des cotisations de sécurité sociale" (n° 4012)

Orateurs: **Maggie De Block, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Questions orales jointes de
- M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement

terugbetaling van geneesmiddelen bij dementie" (nr. 4023)

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van Donepezil, Rivastigmine en Galantamine voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer" (nr. 4038)

- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de niet-terugbetaling van cholinesteraseremmers" (nr. 4055)

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

de médicaments en cas de démence" (n° 4023)

- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement des Donepezil, Rivastigmine et Galantamine pour le traitement de la maladie d'Alzheimer" (n° 4038)

- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le non-remboursement des inhibiteurs de cholinestérase" (n° 4055)

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

Mondelinge vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de groepspraktijken" (nr. 3501)

Sprekers: **Daniel Bacquelaine**, voorzitter van de PRL FDF MCC-fractie, **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Question orale de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les maisons médicales" (n° 3501)

Orateurs: **Daniel Bacquelaine**, président du groupe PRL FDF MCC, **Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Mondelinge vraag van de heer Karel Van Hoorebeke aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de samenstelling van de referentiecentra voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 4046)

Sprekers: **Karel Van Hoorebeke, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Question orale de M. Karel Van Hoorebeke au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la composition des centres de référence pour des patients atteints du syndrome de fatigue chronique" (n°4046)

Orateurs: **Karel Van Hoorebeke, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "Farmanet" (nr. 4064)

Sprekers: **Greta D'Hondt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "Pharmanet" (n° 4064)

Orateurs: **Greta D'Hondt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

van

WOENSDAG 07 MAART 2001

15:00 uur

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

du

MERCREDI 07 MARS 2001

15:00 heures

De vergadering wordt geopend om 15.10 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.

La séance est ouverte à 15.10 heures par M. Joos Wauters, président.

01 Mondelinge vraag van de heer Paul Timmermans aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de verlaagde BTW-voet in de sector van de sociale economie" (nr. 3504)

01 Question orale de M. Paul Timmermans au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale sur "le taux réduit de TVA applicable au secteur de l'économie sociale" (n° 3504)

01.01 Paul Timmermans (ECOLO-AGALEV): Ingevolge een koninklijk besluit van 20 september 2000 genieten sommige instellingen uit de sector van de sociale economie een verlaagd BTW-tarief.

01.01 Paul Timmermans (ECOLO-AGALEV): Suite à un arrêté royal du 20 septembre 2000, un taux réduit de valeur ajoutée est réservé à certains organismes d'économie sociale.

Dat besluit had heel wat hoop gewekt in de sector, maar het verlaagd tarief geldt maar voor zeer weinig ondernemingen. Het is enkel van toepassing voor de ondernemingen die actief zijn in de recycling en het hergebruik en die een herinschakeling van arbeidskrachten nastreven.

Malgré l'espoir suscité par cet arrêté dans le secteur, ce taux ne s'applique qu'à très peu d'entreprises. Il est limité à celles dont l'activité est le recyclage ou la récupération et qui poursuivent un objectif d'insertion.

Kadert de maatregel inzake de verlaagde BTW in het begrotingskrediet van 310 miljoen? Is de restrictieve interpretatie van het toepassingsgebied van de maatregel door de administratie van de BTW-controle juist?

La mesure de réduction de la TVA est-elle inscrite dans la ligne budgétaire de 310 millions ? L'interprétation restrictive du champ d'application de la mesure par l'administration du contrôle TVA est-elle correcte ?

Welke maatregelen zal u treffen opdat de BTW-verlaging effectief tot een ontwikkeling van de sociale economie zou bijdragen?

Quelles mesures comptez-vous prendre pour que la réduction de la TVA puisse effectivement encourager le développement de l'économie sociale ?

01.02 Minister Johan Vande Lanotte (Frans) : Wij hebben een operatie "verlaging van de BTW in de sociale economie" opgezet, maar wij moeten rekening houden met de beperkingen inzake selectiviteit en erkenning die Europa ons oplegt. Wij hebben inderdaad een circulaire en een regeling gepubliceerd, maar zij doen problemen rijzen, vooral dan in het Franstalig landsgedeelte.

01.02 Johan Vande Lanotte , ministre (en français) : Nous avons lancé une opération de diminution de la TVA dans le domaine de l'économie sociale mais nous devons respecter les limites européennes qui imposent sélectivité et agrément. Nous avons effectivement publié une circulaire et un règlement, qui posent problème, surtout du côté

Wij hebben de vertegenwoordigers van de ondernemingen uit de sector van de sociale economie op 27 februari ontmoet. Zij hebben ons gemeld dat er problemen zijn in de sector van het aangepast werken. Mevrouw Onkelinx zal dienaangaande maatregelen treffen binnen het kader van haar bevoegdheden.

Omdat die sector vaak een beroep doet op onderaannemers zal de oplossing schuilen in een vermindering van de sociale lasten veeleer dan in een verlaging van het BTW-tarief.

De niet-toepassing van het verlaagd BTW-tarief is te wijten aan het uitblijven van erkenningen in het Franstalig landsgedeelte.

Mevrouw Onkelinx kan bepaalde ondernemingen erkennen maar het aantal erkende ondernemingen die actief zijn in de recycling is beperkt.

Een bedrag van 320 miljoen is beschikbaar. Er komt een nieuw overleg maar ik hoop dat ik zeer snel een oplossing zal kunnen vinden om initiatieven in de sociale economie aan te moedigen.

01.03 Paul Timmermans (ECOLO-AGALEV): Uw antwoord zal vele instellingen geruststellen. Houdt dit echter in dat het verlaagd BTW-tarief enkel van toepassing zal zijn op de ondernemingen actief in de sector van de recycling?

01.04 Minister Johan Vande Lanotte (Frans): Hun activiteiten moeten een zekere mate van recycling omvatten.

Het incident is gesloten.

02 Mondelinge vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de inspectie ten opzichte van het medisch pediatrisch centrum van Grez-Doiceau" (nr. 3468)

02.01 Zoé Genot (ECOLO-AGALEV): Het pediatrisch centrum van Biez van Grez-Doiceau verenigt verscheidene bevoegdheden in zich. Het centrum biedt onderdak aan een aantal minderjarigen die onder Jeugdzorg ressorteren, maar voor toezicht en subsidiëring is het RIZIV bevoegd. De eenheid voor functionele revalidatie voor aandoeningen van de luchtwegen en het pediatrisch centrum van Biez draaiden dankzij een overeenkomst met het RIZIV. Die overeenkomst moet nu of werd onlangs herzien. Welke wijzigingen werden er aangebracht? Welke doelstellingen worden er voor de instelling vooropgesteld?

In oktober 1999 werd u in een aantal brieven

francophone.

Nous avons rencontré les entreprises du secteur de l'économie sociale le 27 février; celles-ci nous ont fait part des difficultés rencontrées par le secteur du travail adapté, pour lequel Mme Onkelinx interviendra dans le domaine de ses compétences.

La solution viendra non pas via une diminution de TVA mais bien via une diminution des charges sociales, ce secteur travaillant souvent en sous-traitance.

Quant à l'actuelle non-application d'une diminution de la TVA, celle-ci est due à un manque d'agrément dans la partie francophone du pays.

Mme Onkelinx peut reconnaître certaines entreprises mais il y a une limitation à des entreprises qui sont agréées et qui travaillent dans le domaine du recyclage.

320 millions sont disponibles; il y aura une nouvelle concertation mais j'espère pouvoir trouver une solution dans un futur proche pour encourager les initiatives d'économie sociale.

01.03 Paul Timmermans (ECOLO-AGALEV): Votre réponse rassurera bon nombre d'institutions mais signifie-t-elle que la réduction de TVA ne touchera que les entreprises qui pratiquent le recyclage?

01.04 Johan Vande Lanotte, ministre (en français): Il doit y avoir un certain type de recyclage inclus dans leur activité.

L'incident est clos.

02 Question orale de Mme Zoé Genot au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'inspection à l'égard du centre médico-pédiatrique de Grez-Doiceau" (n° 3468)

02.01 Zoé Genot (ECOLO-AGALEV): Le centre pédiatrique de cure et de soins de Grez-Doiceau cumule plusieurs compétences. Ce centre accueille plusieurs mineurs relevant de l'aide à la Jeunesse mais le pouvoir de tutelle et de subordination appartient à l'INAMI. L'unité de rééducation fonctionnelle des affections respiratoires et le centre pédiatrique de Biez ont fonctionné grâce à une convention avec l'INAMI, qui doit ou a dû être révisée. Quelles modifications y sont intervenues? Quels objectifs sont définis pour l'institution?

En octobre 1999, des courriers vous ont fait part de

gemeld dat kinderen in die instelling mishandeld zouden worden. Is er intussen inspectie geweest ? Zo ja, wat waren de bevindingen ?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Frans*) : De vzw "Centre mutualiste neutre de Biez" heeft sinds 31 maart 1997 een overeenkomst met het RIZIV voor het "medisch-pediatriesch centrum Léon Porinot", behalve wat de functionele revalidatie van kinderen en adolescenten met aandoeningen van de luchtwegen betreft.

De overeenkomst met het centrum Léon Porinot werd gesloten uit hoofde van de wet van 25 januari 1999, waarbij het wettelijk kader van de vroegere sanatoria vervangen wordt door het kader van de medisch-pediatrische centra. In deze overeenkomst, die op 1 april 2000 in werking trad, wordt omschreven welke kinderen en adolescenten met een duidelijk gediagnosticeerde chronische aandoening binnen het toepassingsgebied vallen, en wordt het kader voor de doelstellingen van de opname gedefinieerd.

Wat het vermoeden van kindermishandeling betreft, ontving het RIZIV op 27 juni 2000 als enige informatie een door het ministerie van de Franse Gemeenschap samengesteld dossier over een meisje met ernstige gedragsstoornissen dat van een opvoeder een klap zou hebben gekregen. Het centrum heeft erkend dat zijn opvoeder zijn boekje is te buiten gegaan. Aangezien het om een alleenstaand feit ging, kwam het RIZIV niet tussenbeide maar nam contact op met de Franse Gemeenschap om deze te verzoeken elk nieuw feit van kindermishandeling dat zich in de toekomst zou voordoen, onverwijld mee te delen. Tot nu toe werd geen enkel nieuw feit gesignaleerd.

02.03 **Zoé Genot** (ECOLO-AGALEV): Als ik het goed begrijp, hebben alleen de diensten van de Franse Gemeenschap een inspectie uitgevoerd, en niet die van het RIZIV.

02.04 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Frans*): De inspectie werd door de bevoegde diensten uitgevoerd.

Het incident is gesloten.

03 **Mondelinge vraag van mevrouw Michèle Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten" (nr. 3481)**

03.01 **Michèle Gilkinet** (ECOLO-AGALEV): Is het niet wenselijk om voortaan de terugbetaling van

mauvais traitements à l'égard d'enfants de cette institution. Y a-t-il eu une inspection ? Quelles en sont les conclusions ?

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en français*) : L'ASBL "Centre mutualiste neutre de Biez" bénéficie d'une convention avec l'INAMI pour le « Centre Porinot » sauf pour la rééducation fonctionnelle d'enfants et d'adolescents atteints de maladies respiratoires, et ce depuis le 31 mars 1997.

La convention avec le Centre Porinot a été conclue en application de la loi du 25 janvier 1999 qui substitue le cadre légal des centres médico-pédiatriques à celui des ex-préventoriums. Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2000, cette convention précise quels sont les enfants et adolescents souffrant d'une maladie chronique clairement diagnostiquée qui peuvent en bénéficier, et détermine le cadre des objectifs de leur prise en charge.

En ce qui concerne la suspicion de mauvais traitements d'enfants, l'INAMI a reçu pour toute information, le 27 juin 2000, un dossier constitué par le ministère de la Communauté française sur une enfant présentant de graves troubles de conduite et qui aurait été giflée par un éducateur. Le Centre a reconnu le dérapage de ce dernier. Comme le fait était isolé, l'INAMI n'est pas intervenu mais a pris contact avec la Communauté française pour qu'elle lui communique, sans délai, tout nouveau fait de maltraitance qui y surviendrait à l'avenir.

A ce jour, aucun fait nouveau n'a été signalé.

02.03 **Zoé Genot** (ECOLO-AGALEV) : Si je comprends bien, les seuls services qui ont réalisé une inspection sont ceux de la Communauté française et pas ceux de l'INAMI.

02.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en français*): L'inspection a été réalisée par les services compétents.

L'incident est clos.

03 **Question orale de Mme Michèle Gilkinet au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de médicaments pour les maladies rares" (n° 3481)**

03.01 **Michèle Gilkinet** (ECOLO-AGALEV): Ne convient-il pas d'établir une prise en charge des

weesgeneesmiddelen voor zeldzame ziekten te waarborgen ?

Ik heb u daarover u al op 24 oktober ondervraagd en gesuggereerd dat de terugbetaling aan de patiënt zou worden toegekend als er geen alternatief is en men bij analogie kan vermoeden dat het geneesmiddel doeltreffend is voor de ziekte waaraan hij of zij lijdt.

U beloofde om een methodologie uit te werken en mijn voorstel onder de loop te nemen. Hoe staat het met dat onderzoek ? Werd mijn voorstel bestudeerd?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Frans*): Het wetsontwerp in voorbereiding bevat de wettelijke grondslag voor het opstellen van prijs-volumecontracten. Na goedkeuring door de ministerraad en voorlegging om advies aan de Raad van State, zal de tekst aan het Parlement worden voorgelegd.

Nadat ik uw vorige vraag had beantwoord, is de door het kabinet van de eerste minister voorgezeten werkgroep nog een keer bijeengekomen om de evolutie in het dossier te bekijken. Ik kan ook verwijzen naar een Europese publicatie waarin de onderscheiden maatregelen worden omschreven die de lidstaten hebben getroffen ter bevordering van het gebruik van weesgeneesmiddelen. U vindt een en ander op de website <http://www.eudra.org>, maar ik kan u ook een kopie bezorgen.

Uw voorstel zal besproken moeten worden ter gelegenheid van de bespreking van het wetsontwerp betreffende het geneesmiddelenbeleid. We zullen er dus nog op terugkomen.

03.03 **Michèle Gilkinet** (ECOLO-AGALEV): Dat zal ik zeker ook doen.

Het incident is gesloten.

04 **Mondelinge vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de werkgroep Jadot" (nr. 4000)**

04.01 **Trees Pieters** (CVP): De werkgroep-Jadot buigt zich al enkele jaren over de eenvormige toepassing van de ziekwetgeving in heel het land. Zij moet nagaan of de verschillen tussen de regio's wel te verantwoorden zijn. Klopt het dat de heer Jadot de activiteiten van zijn werkgroep wil terugschroeven of zelfs stopzetten?

Twee weken geleden heeft de minister aan de heer Bultinck gezegd dat dit een loos gerucht is. Blijft hij

médicaments orphelins utilisés contre les maladies rares ?

Je vous avais déjà interrogé à ce sujet le 24 octobre et j'avais suggéré que le remboursement soit octroyé aux malades lorsqu'il n'y a pas d'alternative et que l'on peut présumer par analogie l'efficacité du médicament pour l'affection dont ils sont victimes.

Vous aviez promis d'étudier une méthodologie et d'examiner ma proposition. Où en est cette étude ? Ma proposition a-t-elle été examinée ?

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en français*): Le projet de loi, que le gouvernement prépare en ce moment, comporte une base légale en vue de l'élaboration de contrats prix-volume. Il vous sera soumis après approbation par le Conseil des ministres et avis du Conseil d'État.

Depuis ma réponse à votre question précédente, le groupe de travail présidé par le cabinet du Premier ministre s'est réuni pour considérer l'évolution de la situation.

Je puis aussi vous renvoyer à une publication européenne qui comporte l'inventaire des diverses mesures prises par les États membres en vue de la promotion des médicaments orphelins. Vous la trouverez sur <http://www.eudra.org> ou je vous en fournirai une copie.

Votre proposition devra être examinée lors de la discussion du projet de loi relatif à la politique en matière de médicaments. Nous y reviendrons donc.

03.03 **Michèle Gilkinet** (ECOLO-AGALEV) : Je me permettrai d'y revenir également.

L'incident est clos.

04 **Question orale de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le groupe de travail Jadot" (n° 4000)**

04.01 **Trees Pieters** (CVP): Le groupe de travail Jadot s'occupe depuis quelques années déjà de l'application uniforme de la législation en matière de maladie dans l'ensemble du pays. Il est chargé de vérifier si les différences entre les Régions sont justifiées. Est-il exact que M. Jadot envisage de réduire ou même de mettre fin aux activités du groupe ?

Voici deux semaines, le ministre a fait savoir à M. Bultinck que cette rumeur était fausse. Persiste-t-il

bij dat antwoord?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Ik heb daaraan weinig toe te voegen. Op 12 februari heeft de werkgroep-Jadot haar normale werkzaamheden hervat. Op 12 maart komt er een nieuwe vergadering. De activiteiten staan dus zeker niet op een laag pitje.

Het incident is gesloten.

05 Mondelinge vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de tariefzekerheid voor de patiënt naar aanleiding van het ministerieel besluit van 12 januari 2001 houdende de wijziging van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende de bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs" (nr. 4004)

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

05.01 Jo Vandeurzen (CVP): De recente beslissing over materiaal voor endoscopie en viscero-synthese leidt tot discussies tussen de ziekenhuizen en de ziekenfondsen. De ziekenfondsen stellen dat voor gehospitaliseerde patiënten het endoscopisch en viscero-synthesemateriaal wel een onderdeel zijn van de verpleegdagprijs. Bij opname in een dagziekenhuis zouden er geen extra kosten aan de patiënt mogen worden aangerekend.

Kan de minister de draagwijdte van het MB van 12 januari 2001 verduidelijken? Zitten deze materialen niet in de verpleegdagprijs? In welke mate is het argument dat artikels uit de ziekenhuiswet primeren op een MB, correct? Op welke juridische argumentatie wordt het standpunt gebaseerd dat deze materialen worden aangerekend bij de daghospitalisatie?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Het MB van 2 augustus 1986 bepaalt dat medische verbruiksgoederen, verplegingsartikelen en het klein instrumentarium worden gedekt door het verpleegdagbudget. Het materiaal in diensten die via honoraria worden vergoed vallen ten laste van deze honoraria.

Er bestaat wel verwarring omtrent de financiering van endoscopisch- en viscero-synthesemateriaal. Aangezien dit recentere technologieën betreft, beschouwen de ziekenhuizen deze materialen in

dans cette opinion?

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Je n'ai pas grand-chose à ajouter à ma réponse précédente. Le 12 février dernier, le groupe de travail Jadot a repris ses activités habituelles. Une nouvelle réunion sera organisée le 12 mars prochain. Les activités du groupe n'ont dès lors nullement été mises en veilleuse.

L'incident est clos.

05 Question orale de M. Jo Vandeurzen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la sécurité tarifaire des patients à la suite de l'arrêté ministériel du 12 janvier 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation" (n° 4004)

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

05.01 Jo Vandeurzen (CVP): La décision prise récemment au sujet du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse donne lieu à une controverse entre hôpitaux et mutuelles. Selon les mutuelles, ce matériel est bel et bien inclus dans le prix de la journée d'hospitalisation pour les patients hospitalisés. Il est prévu qu'en cas d'admission dans un hôpital de jour, aucun supplément ne devrait être imputé au patient.

Le ministre pourrait-il clarifier la portée de l'arrêté royal du 12 janvier 2001 ? Ces matériels ne sont-ils pas inclus dans le prix de la journée d'hospitalisation ? Dans quelle mesure des articles de la loi sur les hôpitaux priment-ils un arrêté ministériel ? Sur quelle argumentation juridique est fondée l'idée que ces matériels sont imputés au patient en cas d'hospitalisation de jour ?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): L'arrêté ministériel du 2 août 1986 prévoit que les biens de consommation médicaux, les articles de soins infirmiers et les petits instruments sont couverts par le budget de la journée d'hospitalisation. Le matériel utilisé pour fournir des services rémunérés par des honoraires est imputé à ces honoraires.

Certes, une certaine confusion règne en matière de financement du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse. Etant donné qu'il s'agit de technologies récentes, les hôpitaux considèrent,

vele gevallen als niet-gedekt en worden ze aangerekend aan de patiënt.

Door bepaalde ziekenfondsen worden deze materialen opgenomen in het kader van de aanvullende verzekeringen, in polissen die werden afgesloten met de ziekenfondsen. De ziekteverzekering gaat uit van een steeds grotere terugbetaling van dergelijke materialen. Bijkomende budgetten werden voor dit doel uitgetrokken door het RIZIV. Er zullen in de nabije toekomst nog nieuwe materialen terugbetaald worden.

In het licht van deze ontwikkelingen werd besloten het MB van 2 augustus 1986 aan te vullen. Ten einde duidelijkheid te verschaffen zal het artikel als volgt gelibelleerd worden: "de medische verbruiksgoederen, de verplegingsartikelen, het klein instrumentarium, het materiaal voor transplantaties, met uitzondering van het endoscopisch materiaal en het materiaal voor viscero-synthese waarvoor overeenkomstig artikel 35 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen in een tussenkomst van de ziekteverzekering is voorzien". Deze regeling zal ook van toepassing zijn voor patiënten opgenomen in de daghospitalisatie, van zodra deze wordt gefinancierd via het verpleegdagbudget. Dit gaat in vanaf 2002.

05.03 Jo Vandeurzen (CVP): Hoe ver staat de procedure precies? Kan de beslissing niet tot merkwaardige resultaten leiden?

05.04 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De beslissing is pas genomen en er is geld vrijgemaakt. Het Verzekeringscomité heeft de beslissing al aanvaard. Het eerdere MB was wat onduidelijk, het nieuwe MB zal elk misverstand uitsluiten. Om misbruiken tegen te gaan moet de incorporatie van de chirurgische daghospitalisatie in de verpleegdagprijs zo snel mogelijk gebeuren.

Het incident is gesloten.

06 Mondelinge vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdragen" (nr. 4012)

06.01 Maggie De Block (VLD): Vorig jaar voerde de regering vanaf 1 april een structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdragen door. Het mechanisme legt echter een drempel van 33 procent vast van de voltijds te presteren arbeidstijd op kwartaalbasis, wat wil zeggen dat een

dans de nombreux cas, que ces matériels ne sont pas couverts, si bien qu'ils sont imputés au patient.

Toutefois, certains hôpitaux incluent ces matériels dans le prix de la journée d'hospitalisation, dans le cadre d'assurances complémentaires et de polices conclues avec les mutuelles. Les gestionnaires de l'assurance-maladie considèrent que, de plus en plus, des matériels de ce type donnent lieu à un remboursement. Des budgets supplémentaires ont été réservés à cette fin par l'INAMI. Dans un avenir proche, d'autres matériels seront remboursés.

Compte tenu de ces développements, il a été décidé de compléter l'arrêté ministériel du 2 août 1986. Afin de clarifier les choses, l'article sera libellé comme suit: « les biens de consommation médicaux, les articles de soins infirmiers, le petit instrumentarium, le matériel utilisé pour les transplantations, à l'exception du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse pour lequel est prévue une intervention de l'assurance-maladie conformément à l'article 35 de la nomenclature des prestations médicales. » Cette réglementation s'appliquera aux patients hospitalisés de jour sitôt que celle-ci sera financée par le budget prévu pour le financement de la journée d'hospitalisation. Elle entrera en vigueur à partir de 2002.

05.03 Jo Vandeurzen (CVP): Où en est exactement la procédure? La décision ne risque-t-elle pas d'avoir de curieuses conséquences?

05.04 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): La décision vient d'être prise et des crédits ont été libérés. Le Comité de l'assurance a déjà accepté la décision. Le précédent arrêté ministériel était un peu flou. Un nouvel arrêté ministériel permettra d'éviter tout malentendu. Pour prévenir les abus, il faut inclure au plus tôt l'hospitalisation de jour pour intervention chirurgicale dans le calcul du prix de la journée d'hospitalisation.

L'incident est clos.

06 Question orale de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la diminution structurelle des cotisations de sécurité sociale" (n° 4012)

06.01 Maggie De Block (VLD): Le gouvernement s'est attelé, dès le premier avril, à une diminution structurelle des cotisations de sécurité sociale. Le mécanisme fixe cependant un seuil minimal, correspondant à 33% du temps de travail pour un temps-plein au cours d'un trimestre. Cela signifie

werknemer gedurende een kwartaal minimaal 33 procent van een voltijdse arbeidstijd moet presteren, vooraleer zijn werkgever een structurele vermindering van de sociale zekerheidsbijdragen kan genieten.

Op die manier stijgt echter de kost van contracten van bepaalde duur tegenover contracten van onbepaalde duur. De contracten van bepaalde duur kunnen bijvoorbeeld te kortlopend zijn of over twee kwartalen gespreid zijn, zodat de werkgevers niet in aanmerking komen voor een loonlastvermindering.

Voor de uitzendsector ondervindt zo heel wat nadelen. Voor die sector is de hervorming van het systeem paradoxaal genoeg uitgemond in een stijging van de loonkosten met ongeveer 1 procent. Door de verhoging van de aftrekbare bedragen sinds 1 april 2000 is die discriminatie nog groter geworden.

Het is dus wenselijk om het systeem bij te schaven. Een alternatief zou de invoering van een proportionele vermindering van de loonlast kunnen zijn in verhouding tot de door de werknemers gepresterde arbeidstijd op kwartaalbasis. Het systeem van de verhoogde proportionaliteit boven de 33 procent kan dan behouden blijven.

Zal de 33 procentdrempel op kwartaalbasis worden herbekeken, zodat ook kortlopende arbeidsovereenkomsten van bepaalde duur in aanmerking komen voor de structurele loonlastverlaging? Hoe zal die aanpassing eruit zien? Op welke termijn plant de minister een aanpassing van de maatregel?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (Nederlands): Het is inderdaad zo dat werknemers uit de uitzendsector die aan de slag gaan met kortlopende werkcontracten, geen recht hebben op de structurele lastenverlaging. In de wetgeving is bepaald dat de minimale wekelijkse arbeidsduur voor deeltijdse werknemers niet lager mag liggen dan een derde van de wekelijkse arbeidsduur van voltijdse werknemers uit dezelfde categorie.

Hierop bestaan wel uitzonderingen, ook voor deeltijdse uitzendkrachten. Het is logisch dat de structurele lastenverlaging geen rekening houdt met deze uitzonderingen, die niet algemeen geldend zijn. Een uitbreiding van de structurele lastenverlaging tot arbeidsovereenkomsten van zeer beperkte duur is niet zonder budgettaire consequenties.

In de tweede fase van de structurele lastenverlaging kan eventueel over de opheffing van de 33

qu'un travailleur doit satisfaire à cette norme pour que son employeur puisse bénéficier d'une diminution structurelle des cotisations de sécurité sociale.

Ainsi, le coût des contrats à durée déterminée augmente par rapport à celui des contrats à durée indéterminée. Les contrats à durée déterminée peuvent par exemple être de courte durée où s'étaler sur deux trimestres, auquel cas l'employeur ne bénéficie pas d'une réduction des charges salariales.

Les désavantages concernent principalement le secteur intérimaire. Paradoxalement, la réforme du système a entraîné une augmentation des coûts à hauteur de 1% dans ce secteur. En outre, l'augmentation des montants déductibles en avril 2000 n'a fait qu'accroître la discrimination.

Une correction du système s'impose donc. Une solution envisageable consiste en une réduction progressive de la charge patronale en fonction des heures effectuées au cours d'un trimestre par le travailleur. Le système de la proportionnalité augmentée au-delà des 33% peut alors être maintenu.

Va-t-on revoir le seuil de 33% sur une base trimestrielle afin que les diminutions structurelles des charges salariales puissent également être appliquées aux contrats de travail à durée déterminée, et plus particulièrement de courte durée? Quel délai le ministre prévoit-il pour l'adaptation de ce mécanisme?

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en néerlandais): Il est exact que les travailleurs du secteur intérimaire sous contrats de courte durée ou à la semaine n'ont pas droit à une réduction structurelle des charges. La législation prévoit que la durée hebdomadaire de travail des travailleurs à temps partiel ne peut être inférieure à un tiers de la durée de travail hebdomadaire des travailleurs à temps plein de la même catégorie.

Il existe des exceptions, également pour les travailleurs intérimaires à temps partiel. Il est logique que pour l'application de la réduction structurelle des charges, on ne tienne pas compte de ces exceptions qui n'ont aucun caractère général. Un élargissement de la réduction structurelle des charges aux contrats de travail de très courte durée ne serait pas sans répercussions budgétaires.

Au cours d'une deuxième phase de la réduction structurelle des charges, la suppression du seuil de

procentdrempel gepraat worden.

06.03 Maggie De Block (VLD): Voor laaggeschoolden is een uitzendcontract van beperkte duur een opstap naar een volwaardige job. Daar wilden wij de minister graag op wijzen.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: Jean-Marc Delizée

07 Samengevoegde mondelinge vragen van
 - de heer Joos Wauters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van geneesmiddelen bij dementie" (nr. 4023)
 - mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van Donepezil, Rivastigmine en Galantamine voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer" (nr. 4038)
 - mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de niet-terugbetaling van cholinesteraseremmers" (nr. 4055)

07.01 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Sedert enkele jaren werden voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer enkele geneesmiddelen op de markt gebracht na door de Geneesmiddelencommissie te zijn onderzocht op hun doeltreffendheid. De minister besliste deze geneesmiddelen niet op te nemen binnen de categorie der terugbetaalde specialiteiten, omdat hun nut onvoldoende bewezen zou zijn.

In andere Europese landen werden andere beslissingen genomen onder meer in het Verenigd Koninkrijk, waar het NICE-rapport de nationale sociale dienst aanmoedigt om deze geneesmiddelen terug te betalen.

Bent u op de hoogte van dit Nice-verslag over de Alzheimer-geneesmiddelen? Neemt u maatregelen met betrekking tot de terugbetaling van deze geneesmiddelen?

07.02 Yolande Avontroodt (VLD): Recent onderzoek uit Engeland werpt een nieuw licht op de problematiek van de terugbetaling van cholinesteraseremmers voor dementerende patiënten. In Engeland worden deze medicijnen wel terugbetaald. Onderzoek toont aan dat deze medicijnen de afbraak van acetylcholine tegengaan en de werking van acetylcholine op sommige hersenreceptoren verbeteren. Zo wordt het verloop

33% pourra éventuellement être discutée.

06.03 Maggie De Block (VLD): Pour les personnes qualifiées, un contrat intérimaire à durée déterminée constitue souvent un premier pas vers un emploi à part entière. Nous souhaitons attirer l'attention du ministre sur cet aspect.

L'incident est clos.

Présidence : M. Jean-Marc Delizée

07 Questions orales jointes de
 - M. Joos Wauters au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de médicaments en cas de démence" (n° 4023)
 - Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement des Donepezil, Rivastigmine et Galantamine pour le traitement de la maladie d'Alzheimer" (n° 4038)
 - Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le non-remboursement des inhibiteurs de cholinestérase" (n° 4055)

07.01 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Depuis quelques années, plusieurs traitements permettant de combattre la maladie d'Alzheimer ont été mis sur le marché, après que leur efficacité eut été testée par la Commission des médicaments. Le ministre a toutefois estimé que ces médicaments ne pouvaient être inclus dans la catégorie des spécialités remboursées, parce que leur efficacité n'a pas été suffisamment prouvée.

D'autres pays européens ont cependant adopté une attitude différente. Ainsi, en Grande-Bretagne, le rapport NICE encourage le service social national à procéder au remboursement de ces médicaments.

Etes-vous au courant des conclusions de ce rapport NICE concernant les médicaments combattant la maladie d'Alzheimer? Envisagez-vous de prendre des mesures à propos du remboursement de ces médicaments?

07.02 Yolande Avontroodt (VLD): Des recherches menées récemment en Angleterre éclairent le problème du remboursement des inhibiteurs de cholinestérase administrés aux patients déments sous un jour nouveau. En Angleterre, ces médicaments sont remboursés. Des études ont établi que ces médicaments entravent la dégradation de l'acétylcholine et améliorent l'action de cette dernière sur certains récepteurs du

van de ziekte afgeremd en vertraagt het de opname van patiënten, wat kostenbesparend werkt.

07.03 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): In Zweden daalt Alzheimer. Het is dus geen puur somatisch verschijnsel, het heeft ook te maken met welvaart, omkadering en activering van ouderen. Men zou de band tussen welvaartsgraad en Alzheimer eens moeten nagaan.

07.04 **Yolande Avontroodt** (VLD): In Engeland worden deze geneesmiddelen terugbetaald bij patiënten met een MMSE-score boven 12 punten. In de pers lees ik dat de minister zelf studies rond Alzheimer heeft opgezet. Hiervoor zou 331 miljoen zijn uitgetrokken. Dat is een aanzienlijk deel van het budget van 739 à 985 miljoen dat de minister nodig achtte voor de terugbetaling van cholinesteraseremmers. In november schatte de minister de kosten voor onderzoek op 45 à 100 miljoen en zei hij dat er geen studies bestonden over de invloed van die remmers.

Heeft de minister weet van de Nice-studie die in Engeland tot terugbetaling heeft geleid?

Is de minister bereid om de terugbetaling van Donepezil, Rivastigmine en Galantamine te overwegen?

Wat houden de studies in waarvoor de minister 331 miljoen heeft gereserveerd? Wanneer worden de resultaten hiervan verwacht? Waar en door wie worden deze studies uitgevoerd?

Kreeg u van het comité voor chronische ziekten al advies over "andere therapienormen" en wat hield dat advies dan in? Bestaat er overleg met de sector om *guidelines* op te stellen voor de diagnose en de behandeling met acetylcholinesteraseremmers van Alzheimer-patiënten?

07.05 **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): Op een vraag van mevrouw Avontroodt in november 2000 antwoordde de minister dat er te weinig medische evidentie is om cholinesteraseremmers terug te betalen. Een recent Britse NICE-rapport beveelt de Britse gezondheidsdienst echter aan om deze geneesmiddelen toch terug te betalen voor

cerveau. Ainsi, la progression de la maladie est ralentie et les patients peuvent être admis plus tard en établissements de soins, ce qui permet de réaliser des économies.

07.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): En Suède, le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer est en baisse. Ce phénomène n'est donc pas purement somatique, mais il est également lié à la prospérité, à l'encadrement et à l'activité des personnes âgées. Il conviendrait d'étudier le lien entre le degré de prospérité et la maladie d'Alzheimer.

07.04 **Yolande Avontroodt** (VLD): En Angleterre, ces médicaments sont remboursés pour les patients présentant un score MMSE supérieur à 12. J'ai lu dans la presse que le ministre a lui-même commandé des études à propos de la maladie d'Alzheimer. Un montant de 331 millions aurait été prévu à cet effet. Ce montant représente une part importante du budget de 739 à 958 millions jugé nécessaire par le ministre pour le remboursement des inhibiteurs de cholinestérase. En novembre, le ministre avait évalué les frais de recherche à un montant oscillant entre 45 et 100 millions et avait déclaré qu'il n'existait pas d'étude relative à l'influence de ces inhibiteurs.

Le ministre a-t-il connaissance de l'étude NICE, qui s'est traduite par un remboursement des médicaments en Grande-Bretagne?

Le ministre est-il disposé à envisager le remboursement des médicaments Donepezil, Rivastigmine et Galatamine?

Quel est l'objet des études pour lesquelles le ministre a réservé 331 millions? Quand les résultats de ces études seront-ils disponibles? Où les études sont-elles réalisées et par qui le sont-elles?

Le Comité des maladies chroniques vous a-t-il déjà transmis un avis sur d'autres normes en matière de thérapies et quelle en était la teneur? Existe-t-il une concertation avec le secteur afin d'élaborer des lignes de conduite relatives au diagnostic et au traitement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à l'aide d'inhibiteurs de l'acetylcholinestérase?

07.05 **Annemie Van de Casteele** (VU&ID): En réponse à une question posée par Mme Avontroodt en novembre dernier, le ministre avait déclaré que les preuves médicales étaient insuffisantes pour permettre le remboursement des inhibiteurs de cholinestérase. Toutefois, une étude récente menée en Grande-Bretagne, l'étude NICE, recommande au

patiënten met een milde tot gematigde vorm van Alzheimer, en dit onder bepaalde voorwaarden.

service de santé national britannique le remboursement de ces médicaments, sous certaines conditions, pour les patients présentant une forme d'Alzheimer légère ou moyenne.

Wat denkt de minister hierover? Blijft België het enige land dat niet terugbetaalt? Moet er altijd een uitzonderlijk budget zijn voor de terugbetaling van innovatieve geneesmiddelen? Kan de minister een nauwkeurige raming geven van de kostprijs? Hoe zal men de middelen van zo een apart budget verdelen over mantelzorg en thuiszorg?

Qu'en pense le ministre ? La Belgique restera-t-elle le seul pays à ne pas rembourser ce médicament ? Faut-il à tout moment réserver un budget spécial pour le remboursement des médicaments innovants ? Le ministre peut-il nous fournir une estimation précise du coût ? Comment les moyens inscrits à un tel budget spécifique seront-ils répartis entre les soins de proximité et les soins à domicile ?

07.06 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Dit is een heel delicaat dossier. De geneesmiddelen voor Alzheimer-patiënten zijn inderdaad zeer duur. In ons land is het geneesmiddelenbeleid zeer complex. We verbruiken heel veel geneesmiddelen. Om een budget vrij te maken voor deze dure Alzheimer-geneesmiddelen zou men een herschikking moeten doen van de terugbetaling van andere geneesmiddelen. Indien elke huisarts één antibioticum minder zou voorschrijven, zouden er middelen vrij komen voor deze dure Alzheimer-bestrijders, zou ik bij wijze van boutade kunnen zeggen.

07.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Il s'agit d'un dossier particulièrement délicat. Les médicaments destinés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont en effet très onéreux. Dans notre pays, la politique en matière de médicaments est très complexe. Nous consommons énormément de médicaments. Pour libérer un budget destiné aux médicaments contre la maladie d'Alzheimer il faudrait procéder à un réaménagement du remboursement d'autres médicaments. Si chaque médecin généraliste prescrivait un antibiotique en moins, il serait possible de libérer des moyens pour permettre le remboursement des onéreux médicaments administrés aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, oserais-je dire en guise de boutade.

Ik ben op de hoogte van het rapport dat NICE gepubliceerd heeft omtrent het gebruik van de Alzheimer-geneesmiddelen. NICE houdt ook rekening met en aantal criteria: de diagnose en de follow-up moeten nauwkeurig gebeuren. De MMSE-score wordt gebruikt. Voor patiënten waar geen verbetering optreedt, wordt aangeraden met de medicatie te stoppen.

Je suis au courant du rapport que NICE a publié concernant l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer. NICE tient également compte d'un certain nombre de critères : le diagnostic et le suivi doivent être précis. Il est fait usage du score MMSE. On conseille aux patients qui n'enregistrent aucune amélioration d'arrêter le traitement.

Ik wil mijn standpunt herzien op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidentie. Het rapport van NICE is eerder een gedetailleerd overzicht van de huidige stand van zaken.

Je suis disposé à revoir ma position sur la base des preuves scientifiques qui seraient disponibles. Le rapport de NICE fournit plutôt un aperçu détaillé de la situation actuelle.

Hoeveel patiënten effectief het geneesmiddel zullen gebruiken, kan niet a priori berekend worden. In de begroting 2001 werd een bedrag van 464 miljoen frank ingeschreven voor projecten omtrent zorgvernieuwing voor chronische zieken. Minister Aelvoet en ikzelf hebben beslist om zes aandoeningen als prioritair te beschouwen voor zorgvernieuwing.

Il est à priori impossible de calculer le nombre de patients qui utiliseront effectivement ce médicament. Un montant de 464 millions de francs a été prévu dans le budget 2001 pour les projets consacrés à une nouvelle approche des soins pour les malades chroniques. La ministre Aelvoet et moi-même avons décidé que six affections étaient considérées comme prioritaires dans le cadre de cette nouvelle approche.

Het gaat om chronische pijn, diabetes, autisme, incontinentie, cerebro-vasculair accident en astme/COPD. Voorlopig werd enkel een bedrag van

Il s'agit de douleurs chroniques, de diabète, d'autisme, d'incontinence, d'accidents cérébro-vasculaires et d'asthme /COPD. Provisoirement, un

150 miljoen frank vrijgemaakt voor een project rond chronische pijn. Adviezen omtrent alle andere projecten worden nu nog afgewerkt. Ik herhaal dat niet alle landen evenveel Alzheimer-patiënten hebben en soms verloopt de ziekte elders ook anders. Misschien heeft dat te maken met de aard van de welvaartstaat en de zorg die er aan deze mensen wordt gegeven.

Ik begrijp de bezorgdheid en de vraag om meer middelen. Met een groter budget kunnen inderdaad andere prioriteiten worden gelegd. Ik hoop dat de leden van de meerderheid om meer gezondheidsmiddelen zullen blijven vragen.

07.07 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): Er blijft een dilemma bestaan rond het te grote verbruik van medicamenten. De diagnose en de follow-up zijn ook belangrijk. Er moet een gezamenlijke en evenwichtige strategie gevolgd worden: thuiszorg, mantelzorg, goede opvang, medicatie. Er mag echter niet te lang meer gewacht worden met de terugbetaling van deze medicatie.

07.08 Yolande Avontroodt (VLD): Ik mis concrete antwoorden. Over welke onderzoeken ging het precies toen de minister het bij een vorige gelegenheid had over 100 miljoen voor onderzoek?

07.09 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Dit gaat over klinisch onderzoek door artsen, niet over wetenschappelijk onderzoek. Ik ga geen 100 miljoen besteden aan wetenschappelijk onderzoek. Daar zijn andere ministers voor. Het gaat, denk ik, om een misverstand. Wat ik bedoel is: het goed toedienen van een medicament vraagt een bijkomend klinisch onderzoek, wat ook geld kost.

07.10 Yolande Avontroodt (VLD): Zijn ze nu met dat onderzoek bezig in de commissie-Fröling? Hebt u ook opdracht gegeven tot vergelijkend onderzoek naar andere therapievormen?

07.11 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De commissieleden kunnen niet alles tegelijk, maar beide items staan op de agenda.

07.12 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Indien we Alzheimer kunnen voorkomen, moeten we dit doen.

montant de 180 millions a été libéré pour un projet concernant les douleurs chroniques. Les avis au sujet de tous les autres projets sont en préparation. Je le répète, la proportion de cas d'alzheimer et l'évolution de la maladie ne sont pas identiques dans tous les pays. Ces différences sont peut-être liées à la nature de l'Etat providence et aux soins aux malades.

Je comprends vos préoccupations et les demandes de moyens supplémentaires. Un budget plus important permettrait de définir d'autres priorités. J'espère que les membres de la majorité continueront à réclamer des moyens supplémentaires pour la santé.

07.07 Joos Wauters (AGALEV-ECOLO): La consommation excessive de médicaments nous place toujours devant un dilemme. Le diagnostic et le suivi sont également importants. Une stratégie commune et équilibrée doit être mise en œuvre en matière de soins à domicile, d'accueil et de médication. Mais le remboursement des médicaments ne doit pas se faire trop attendre.

07.08 Yolande Avontroodt (VLD): Je souhaite des réponses concrètes. Le ministre a naguère parlé de 100 millions destinés à la recherche. A quel type de recherche cet argent ira-t-il précisément?

07.09 Frank Vandenbroucke , ministre (en néerlandais): Il sera destiné à la recherche clinique menée par des médecins et non pas à la recherche scientifique. Il ne m'appartient pas de consacrer 100 millions à la recherche scientifique qui ne ressortit pas à ma compétence. Il s'agit, à mes yeux, d'un malentendu. L'administration appropriée d'un médicament requiert également de nombreux travaux de recherche clinique et donc des investissements.

07.10 Yolande Avontroodt (VLD): La Commission Fröling s'occupe-t-elle de cette étude en ce moment ? Avez-vous également commandé une étude comparative portant sur d'autres formes de thérapie ?

07.11 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais) : Les membres de la commission ne peuvent pas tout faire en même temps, mais ces deux thèmes sont inscrits à l'ordre du jour.

07.12 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Si cela peut nous permettre de prévenir la maladie d'Alzheimer, nous devons le faire.

Het wetenschappelijk onderzoek moet niet door elk land opnieuw gedaan worden. We mogen voortbouwen op het buitenlands onderzoek.

Het kostenplaatsje blijft erg duur voor de patiënten. We moeten beslissen om deze medicatie terug te betalen. Akkoord dat men de therapie moet opvolgen. Ik blijf aandringen, samen met de collega's, om deze geneesmiddelen terug te betalen.

Voorzitter: de heer Joos Wauters, voorzitter.

Het incident is gesloten.

08 Mondelinge vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de groepspraktijken" (nr. 3501)

08.01 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): U bent van plan vijf miljoen te spenderen aan een studie over het profiel van de patiënten die in groepspraktijken worden behandeld, met het oog op de berekening van het hen toegekende forfait.

Welke methode wordt voor die studie gehanteerd? Wie zal de studie uitvoeren? Houdt zij ook een vergelijking in van de winsten die respectievelijk in de geneeskunde op forfaitaire en op prestatiebasis worden geboekt?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke (Frans): Dankzij die studie moet een verband kunnen worden gelegd tussen het profiel van de patiënten die de groepspraktijken bezoeken, de verzorging die er wordt verstrekt en de reële kostprijs van die laatste.

De verzekeringsinstellingen en de groepspraktijken zullen in de commissie belast met de akkoorden inzake de forfaits over de te volgen methode beraadslagen.

De beslissing en de toekenning van de studie behoren tot de bevoegdheid van het Verzekeringscomité.

De regels betreffende het forfait voorzien in een jaarlijkse toetsing van de gemiddelde uitgaven in de klinische biologie, de medische beeldvorming en de ziekenhuisopname aan de nationale gemiddelden. Het sociaal-economisch profiel van de patiënten zal om de twee jaar worden geëvalueerd. Een andere vergelijkende studie is niet gepland.

Chaque pays n'est pas tenu de refaire l'étude scientifique. Nous pouvons entamer nos recherches à partir des résultats de celles réalisées à l'étranger.

La facture reste très élevée pour les patients. Nous devons décider de rembourser ce traitement médicamenteux. Je suis d'accord qu'il faut assurer un suivi de la thérapie, mais je continue de plaider vivement, de concert avec mes collègues, en faveur du remboursement de ces médicaments.

Présidence: Joos Wauters, président.

L'incident est clos.

08 Question orale de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les maisons médicales" (n° 3501)

08.01 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): Vous comptez financer une étude de 5 millions sur le profil des patients traités dans les maisons médicales, et ce pour le calcul du forfait qui leur est attribué.

Quelle en sera la méthodologie? Qui va la réaliser? Va-t-elle inclure la comparaison entre les bénéfices retirés de la médecine au forfait et de la médecine à l'acte?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Cette étude doit permettre d'établir un lien entre le profil des patients des maisons médicales, les soins qui y sont dispensés et leur prix coûtant réel.

Sa méthodologie fera l'objet d'une concertation entre les organismes assureurs et les maisons médicales, au sein de la commission chargée des accords sur les forfaits.

La décision et l'attribution de l'étude relèvent du Comité de l'assurance.

Les règles relatives au forfait prévoient une évaluation annuelle des dépenses moyennes en biologie clinique, imagerie médicale et hospitalisation par rapport à la moyenne nationale. Le profil socio-économique des patients sera évalué tous les deux ans. Il n'est pas prévu d'autre étude comparative.

08.03 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): Ik heb toch nog twijfels bij het nut van een studie die deels door "het studieobject" wordt uitgevoerd.

08.03 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): Je m'interroge encore sur le fondement d'une étude réalisée en partie par ceux qui en sont eux-mêmes l'objet.

08.04 Minister Frank Vandenbroucke (*Frans*): Het is niet zozeer mijn bedoeling het budget te verhogen als wel de organisatie van de terugbetaling te verbeteren. De verdeling tussen de groepspraktijken zou op gedifferentieerde wijze kunnen geschieden, rekening houdend met de patiëntenprofielen. Dit hoeft niet tot een verhoging van het budget te leiden. De terzake bevoegde commissie is ertoe gemachtigd haar advies te geven over een studie betreffende de profielen en de kosten.

08.04 Frank Vandenbroucke, ministre (*en français*): Mon intention n'est pas d'augmenter ce budget mais d'améliorer la façon dont est organisé le remboursement. La répartition entre maisons médicales pourrait se faire d'une manière différenciée selon les profils, sans pour autant que le budget augmente. La commission chargée de cette matière est habilitée à donner son avis sur une étude portant sur les profils et les coûts.

Ik heb daarover geen apriori's.

Je n'ai aucun a priori en ce domaine.

08.05 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): Het zou ongetwijfeld interessant zijn om het profiel van de patiënt te onderzoeken en na te gaan wat een patiënt kost, rekening houdend met zijn gezondheidstoestand, en de vergelijking te trekken tussen het vrije net en de groepspraktijken, inzonderheid op het stuk van het consumptiepatroon.

08.05 Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC): Une étude intéressante serait celle définissant le profil du patient et son coût tout en tenant compte de son état de santé, selon qu'il se trouve dans le réseau libre ou dans celui des maisons médicales. Il serait donc intéressant de connaître le résultat d'une comparaison de consommation d'actes suivant que l'on appartienne à l'un ou l'autre réseau.

08.06 Minister Frank Vandenbroucke (*Frans*): Het zou inderdaad interessant zijn die vergelijking te trekken.

08.06 Frank Vandenbroucke, ministre (*en français*): C'est effectivement une comparaison qui peut être intéressante.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Mondelinge vraag van de heer Karel Van Hoorebeke aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de samenstelling van de referentiecentra voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 4046)

09 Question orale de M. Karel Van Hoorebeke au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la composition des centres de référence pour des patients atteints du syndrome de fatigue chronique" (n°4046)

09.01 Karel Van Hoorebeke (VU&ID): Er zou een consensus zijn binnen de Hoge Gezondheidsraad over de medische, sociale, economische en juridische aspecten van patiënten met het syndroom van chronische vermoeidheid. De overeenkomst betreft de samenstelling van de referentiecentra. Dit multidisciplinair team zou samengesteld zijn uit een geneesheer-internist, een psychiater, een geneesheer in de fysische geneeskunde en/of revalidatiearts, een psycholoog of neuropsycholoog, een maatschappelijk werker en een kinesitherapeut.

09.01 Karel Van Hoorebeke (VU&ID): Un consensus se serait dégagé au sein du Conseil supérieur de la santé à propos des aspects médicaux, sociaux, économiques et juridiques de la situation des patients atteints du syndrome de fatigue chronique. Il porterait sur la composition des centres de référence. L'équipe multidisciplinaire serait composée d'un interniste, d'un psychiatre, d'un médecin en médecine physique et/ou en révalidation, d'un psychologue ou d'un neuropsychologue, d'un assistant social et d'un kinésithérapeute.

Gaat dit om nieuw personeel of zullen de bestaande medische centra deze taken er nog bijnemen? Zijn er financiële regelingen getroffen om een nieuwe equipe samen te stellen? Het is ook niet duidelijk waarom de dubbele notie psycholoog of neuropsycholoog wordt gehanteerd. Gaat het om

S'agira-t-il en l'occurrence de personnel médical supplémentaire ou les centres médicaux existants seront-ils chargés de cette nouvelle tâche? A-t-on prévu des moyens financiers pour constituer ces nouvelles équipes ? Pourquoi recourt-on à la double

een voltijdse functie?

qualification de psychologue et de neuropsychologue ? S'agira-t-il d'une fonction à temps plein ?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Ik hecht veel belang aan een deskundige opvang en begeleiding van deze patiënten, die vaak op onbegrip stuiten en wier aandoening belangrijke gevolgen kan hebben op socio-professioneel vlak. De in oprichting zijnde multidisciplinaire referentiecentra zullen voor de patiënt de juiste diagnose trachten te stellen en vervolgens een therapeutisch plan formuleren.

Op dit ogenblik legt het RIZIV de laatste hand aan de overeenkomsten met een vijftal centra die zich kandidaat hebben gesteld als referentiecentrum voor CVS. De samenstelling van het multidisciplinair team zou er als volgt uit zien: tot het diagnostisch team behoren minstens een specialist in de inwendige geneeskunde, een psychiater en een deskundige in de socio-professionele problematiek, en facultatief een fysiotherapeut of revalidatiearts. In het therapeutisch of revalidatieteam wordt nog een kinesitherapeut en een psycholoog opgenomen.

Het bedrag dat in de RIZIV-overeenkomsten met de referentiecentra wordt uitgetrokken zal het mogelijk maken om een aantal nieuwe personeelsleden aan te trekken.

In de praktijk krijgen de ziekenhuizen reeds geruime tijd deze chronische patiënten doorverwezen en kunnen zij dus reeds als expertisecentrum fungeren. Het is logisch dat artsen die reeds een expertise hebben op dit vlak, ook de spilfiguren worden van de referentiecentra. De nieuwe financiële middelen kunnen dienen om nieuwe personeelsleden aan te trekken of om de deskundigen van andere taken te ontlasten. De keuze van de personeelsleden is de beslissing van het ziekenhuis dat het referentiecentrum organiseert.

De RIZIV-overeenkomst voorziet in een rigoreuze evaluatie van de werking van de referentiecentra. Van elke patiënt zal een uitgebreide registratie plaatsvinden van de toegepaste diagnostiek en therapie.

De dubbele notie psycholoog en neuropsycholoog is inderdaad een onduidelijkheid. In de overeenkomsten zal er alleen sprake zijn van de term psycholoog.

09.03 **Karel Van Hoorebeke** (VU&ID): Wanneer zullen de onderhandelingen van het RIZIV met de vijf centra afgerond zijn?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): J'accorde une grande importance à la qualité du traitement et à l'accompagnement de ces patients qui se heurtent souvent à l'incompréhension et dont l'affection a des conséquences importantes sur le plan socioprofessionnel. Les centres de référence multidisciplinaires en cours de création s'efforceront d'établir les diagnostics appropriés et d'établir un plan thérapeutique.

L'INAMI finalise actuellement les accords avec cinq centres qui ont posé leur candidature en tant que centre de référence pour le SFC. L'équipe multidisciplinaire serait composée d'un groupe chargé du diagnostic comptant un interniste, un psychiatre, un spécialiste des problèmes socioprofessionnels et, éventuellement, un physiothérapeute ou un médecin spécialisé en révalidation. Un kinésithérapeute et un psychologue viennent compléter l'équipe thérapeutique ou de révalidation.

Le montant prévu dans les accords passés entre l'INAMI et les centres de référence devra permettre de recruter de nouveaux membres du personnel.

Dans la pratique, ces patients souffrant du SFC ont déjà été accueillis, depuis un certain temps, dans les hôpitaux qui sont, dès lors, déjà en mesure d'assurer le rôle de centre d'expertise. Il est logique que les médecins qui possèdent une certaine expérience dans ce domaine occupent une place prépondérante dans les centres de référence. Les nouveaux moyens financiers devront permettre de recruter du personnel ou de décharger les experts de certaines autres tâches. Le choix des membres du personnel incombera à l'hôpital qui hébergera le centre de référence.

L'accord passé avec l'INAMI prévoit une évaluation stricte des centres de référence. Le diagnostic et la thérapie seront enregistrés très précisément pour chaque patient.

La double qualification de psychologue et de neuropsychologue est effectivement ambiguë. Dans les accords, il ne sera question que de psychologues.

09.03 **Karel Van Hoorebeke** (VU&ID): Quand les négociations entre l'INAMI et les cinq centres seront-elles clôturées?

09.04 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Op 1 juni zou de eerste implementatie moeten gebeuren.

Het incident is gesloten.

10 **Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "Farmanet" (nr. 4064)**

10.01 **Greta D'Hondt** (CVP): Recent ontstond beroering over de geneesmiddelen databank Farmanet, omdat de apothekers hun magneetbanden niet ter beschikking willen stellen. Onlangs werd er terzake een nieuw akkoord gesloten, waarbij de minister benadrukte dat hij geen toegevingen had gedaan inzake de winstmarges. Wat is de inhoud van het akkoord van 26 februari?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Ondertussen is de koppeling met de winstmarges, die voor beroering zorgde, opgeheven en op 26 februari 2001 is er een afwijking toegestaan op het goedgekeurde protocol. De draagwijdte van die bepaling is dat de verzekeringsinstellingen toch in het bezit zullen zijn van de magnetische dragers, en dat vanaf de maand januari, met het oog op de opname van de geneesmiddelen in de fiscale en sociale franchise.

10.03 **Greta D'Hondt** (CVP): Kan Farmanet dus eindelijk van start gaan?

10.04 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Inderdaad, als niemand bijkomende problemen schept, maar voorlopig zie ik geen problemen.

Het incident is gesloten.

De vergadering wordt gesloten om 16.38 uur.

09.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): La première mise en œuvre devrait se faire le 1^{er} juin.

L'incident est clos.

10 **Question orale de Mme Greta D'Hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "Pharmanet" (n° 4064)**

10.01 **Greta D'Hondt** (CVP): Récemment, la banque de données sur les médicaments, Pharmanet, a été au centre d'une polémique, car les pharmaciens refusaient de mettre à disposition leurs bandes magnétiques. Entre-temps, un accord a toutefois été conclu en la matière et le ministre a souligné qu'il n'avait pas fait de concessions quant à la marge bénéficiaire des pharmaciens. Quel est le contenu de l'accord du 26 février?

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Entre temps, le lien avec les marges bénéficiaires, qui suscitait un émoi certain, a été supprimé. Le 26 février 2001, une dérogation au protocole adopté a été accordée. La disposition implique que les organismes assureurs disposeront des supports magnétiques en vue de l'insertion des médicaments dans les franchises sociale et fiscale à partir du mois de janvier.

10.03 **Greta D'Hondt** (CVP): Pharmanet peut donc enfin démarrer ?

10.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): En effet, si personne ne crée des problèmes supplémentaires. Pour l'instant, je ne vois pas d'obstacles.

L'incident est clos.

La séance est levée à 16.38 heures.