



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

dinsdag

25-06-2002

14:15 uur

mardi

25-06-2002

14:15 heures

AGALEV-ECOLO	<i>Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
CD&V	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
FN	<i>Front National</i>
MR	<i>Mouvement réformateur</i>
PS	<i>Parti socialiste</i>
cdH	<i>centre démocrate Humaniste</i>
SP.A	<i>Socialistische Partij Anders</i>
VLAAMS BLOK	<i>Vlaams Blok</i>
VLD	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
VU&ID	<i>Volksunie&ID21</i>

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 50 0000/000	<i>Parlementair document van de 50e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	DOC 50 0000/000	<i>Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
QRVA	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	QRVA	<i>Questions et Réponses écrites</i>
CRIV	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>	CRIV	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>
CRIV	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>	CRIV	<i>Version Provisoire du Compte Rendu Intégral (sur papier vert)</i>
CRABV	<i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>	CRABV	<i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>
PLEN	<i>Plenum (witte kaft)</i>	PLEN	<i>Séance plénière (couverture blanche)</i>
COM	<i>Commissievergadering (beige kaft)</i>	COM	<i>Réunion de commission (couverture beige)</i>

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

INHOUD

Samengevoegde interpellaties van 1
 - mevrouw Colette Burgeon tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de hervorming van de kinesitherapie" (nr. 1315)
 - de heer Jean-Jacques Viseur tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de in de sector kinesitherapie opgelegde hervormingen" (nr. 1322)

Sprekers: **Colette Burgeon, Jean-Jacques Viseur, Jef Valkeniers, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, **Pierrette Cahay-André**

Moties

Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de medische goederen die door het budget van de ziekenhuizen zijn gedekt" (nr. 7543)

Sprekers: **Yvan Mayeur, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de praktische gevolgen, voor de uitbetaling, van de nieuwe financiering van de ziekenhuizen die op 1 juli in werking treedt" (nr. 7590)

Sprekers: **Yvan Mayeur, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van de heer Robert Hondermarcq aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de internationale expertengroep voor health technology assessment van de PETscan" (nr. 7594)

Sprekers: **Robert Hondermarcq, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

SOMMAIRE

Interpellations jointes de 1
 - Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la réforme de la kinésithérapie" (n° 1315)
 - M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les réformes mises en place dans le secteur de la kinésithérapie" (n° 1322)

Orateurs: **Colette Burgeon, Jean-Jacques Viseur, Jef Valkeniers, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions, **Pierrette Cahay-André**

Motions

Question de M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les produits médicaux compris dans le budget des hôpitaux" (n° 7543)

Orateurs: **Yvan Mayeur, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les conséquences pratiques, en matière de liquidation, du nouveau système de financement hospitalier en vigueur le 1er juillet prochain" (n° 7590)

Orateurs: **Yvan Mayeur, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de M. Robert Hondermarcq au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le groupe d'experts internationaux chargé de la health technology assessment du PETscan" (n° 7594)

Orateurs: **Robert Hondermarcq, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE
ZAKEN

van

DINSDAG 25 JUNI 2002

14:15 uur

COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES

du

MARDI 25 JUIN 2002

14:15 heures

De vergadering wordt geopend om 14.22 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.
La séance est ouverte à 14.22 heures par M. Joos Wauters, président.

01 Interpellations jointes de

- Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la réforme de la kinésithérapie" (n° 1315)
- M. Jean-Jacques Viseur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les réformes mises en place dans le secteur de la kinésithérapie" (n° 1322)

01 Samengevoegde interpellaties van

- mevrouw Colette Burgeon tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de hervorming van de kinesitherapie" (nr. 1315)
- de heer Jean-Jacques Viseur tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de in de sector kinesitherapie opgelegde hervormingen" (nr. 1322)

01.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, depuis plusieurs semaines, l'inquiétude et le désarroi grandissent auprès des patients et des kinésithérapeutes, à la suite de l'instauration d'une nouvelle nomenclature des prestations de kinésithérapie entrée en vigueur le 1^{er} mai dernier.

Sous réserve de nouvelles informations que vous auriez fournies par ailleurs ou de dernières modifications, permettez-moi de revenir sur certaines causes du malaise prévalant actuellement dans le secteur.

Tout d'abord, en matière de nomenclature, ces deux dernières années, plus de deux milliards d'euros de moyens nouveaux ont été investis dans l'assurance obligatoire soins de santé. Pour 2002, le gouvernement a, malgré tout, dû arrêter un plan d'économie de 450 millions d'euros dans le secteur. Dans ce plan figure la réalisation d'une économie structurelle de l'ordre de 10% du budget de la kinésithérapie, soit 44 millions d'euros.

Si nous avons approuvé cette économie, c'est parce que vous nous avez garanti que cela ne remettrait pas en cause la qualité des soins en kinésithérapie et leur accessibilité à tous les patients en ayant un réel besoin. S'il est objectivement prouvé que tel n'est pas le cas, les rectifications nécessaires de la nouvelle nomenclature devront être opérées d'ici la fin de l'année.

Procédez-vous à une évaluation de cette nomenclature d'ici fin

01.01 Colette Burgeon (PS): De nieuwe nomenclatuur van kinesitherapieverstrekkingen, die sedert 1 mei van kracht is, heeft de onzekerheid en de verwarring alleen maar doen toenemen.

In 2002 moet een structurele besparing van 10 % op de begroting van de kinesitherapie worden gerealiseerd. Wij hebben deze besparing goedgekeurd omdat we ervan uitgingen dat niet aan de kwaliteit en de toegankelijkheid van de verzorging zou worden getornd. Als dit zich toch zou voordoen, zou de nieuwe nomenclatuur voor het einde van het jaar worden rechtgezet. Zal u deze nomenclatuur voor eind september onder de loep nemen om de nodige voorstellen te kunnen doen voor de begroting 2003?

De toepassing van deze nieuwe

septembre en vue de la présentation du budget 2003?

En ce qui concerne l'application de cette nouvelle nomenclature, tout en soulignant le réel effort d'information que vous avez déjà fourni pour clarifier les choses, de nombreuses incertitudes se posent encore. Ce vendredi 26 mai, au sein du conseil technique de la kinésithérapie, un accord a été atteint sur les règles interprétatives. Ces règles interprétatives accompagnent la phase de transition vers la nouvelle nomenclature et indiquent aux kinésithérapeutes comment ils doivent appliquer la nouvelle nomenclature.

De plus, le conseil technique a été informé, à la même date, de 15 précisions administratives qui ont été rédigées par l'INAMI. Le conseil technique a accueilli favorablement ces précisions administratives tout en épingleant le travail titanesque qu'il restait à accomplir.

Il a annoncé que dans le courant du mois de juin et dans le cadre de la prochaine réunion technique, une circulaire de l'INAMI donnerait un aperçu complet des précisions administratives et des règles interprétatives. Néanmoins, pendant cette période de transition, comment les kinésithérapeutes peuvent-ils exercer leur profession sans risquer d'outrepasser les règles édictées?

Quels sont les points encore à éclaircir et quelle est l'information actuellement dispensée à ce sujet? La nomenclature peut-elle être encore affinée, notamment en ce qui concerne la liste F? Qu'en est-il des centres de référence qui viennent d'être créés pour le syndrome de fatigue chronique (SFC)? Les patients atteints du syndrome de fatigue chronique ne peuvent obtenir 60 séances de kiné que si le programme de traitement a été approuvé par un centre SFC agréé. Mais est-ce applicable alors qu'à ce jour, il n'existe qu'un seul centre de référence?

Une réforme dans le domaine de la physiothérapie est également en préparation. Le conseil technique médical devrait remettre une proposition visant à adapter la nomenclature. Nous plaçons pour une égalité de traitement entre kinésithérapie et physiothérapie: l'une ne doit pas fournir les échappatoires aux restrictions imposées à l'autre ou entraîner des distorsions dans les principes appliqués à l'une ou l'autre discipline. Quel est votre sentiment à cet égard?

Je rappelle également la nécessité d'une nomenclature praticable pour les kinés, sans dispositions bureaucratiques ou complexes à mettre en œuvre ou à contrôler. Une évaluation permanente de l'opérationnalité de la nouvelle nomenclature est-elle prévue? Il nous semble, en tout cas, que celle-ci devrait être réalisée avant la fin septembre pour l'élaboration du budget 2003. Je le répète et je me permets d'insister.

En ce qui concerne l'accessibilité des soins pour les patients et l'insécurité tarifaire qui a prévalu ces dernières semaines, j'en viens maintenant à cette nouvelle convention fixant les tarifs pour 9 mois. Elle prévoit une augmentation des honoraires et du remboursement et elle imposerait la perception obligatoire du ticket modérateur.

Pourriez-vous nous en dire davantage à cet égard?

Comment le maximum à facturer trouvera-t-il à s'appliquer désormais

nomenclature doit encore beaucoup de questions se posent. Op 26 mei heeft de Technische raad voor de kinesitherapie een overeenkomst gesloten over zeven interpretatieregels bij de overgangsfase en heeft hij aangekondigd dat het RIZIV binnenkort in een omzendbrief een volledig overzicht zou geven van de verduidelijkingen en de interpretatieregels. Hoe kunnen de kinesisten hun beroep in die overgangperiode uitoefenen zonder de uitgevaardigde regels te overtreden? Welke punten moeten nog worden verduidelijkt? Kan de nomenclatuur nog worden bijgeschaafd? Hoe zit het met de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom die onlangs werden opgericht?

Ook voor de fysiotherapie wordt een aanpassing van de nomenclatuur momenteel voorbereid. Wij pleiten ervoor dat de fysiotherapie en de kinesitherapie gelijk worden behandeld. Wat vindt u hiervan?

De kinesisten hebben duidelijk nood aan een bruikbaar instrument. Zal u daarom voor eind september het nodige doen opdat de werkbaarheid van de nieuwe nomenclatuur permanent wordt beoordeeld?

De nieuwe overeenkomst die de tarieven voor negen maanden vastlegt, houdt een verhoging in van de honoraria en zou ook verplichten het remgeld te ontvangen. Hoe zal de maximumfactuur voortaan worden toegepast?

Op sociaal vlak stelt u een uitstappremie voor die gekoppeld is aan bepaalde voorwaarden. Maar wat zal er gebeuren als deze maatregel zo veel succes heeft dat het budget van 37 miljoen euro dat hiervoor werd uitgetrokken ontoereikend is?

Moeten de kinesisten voor hun

quand on sait par exemple qu'après 18 séances pour les pathologies courantes et après 60 séances pour les pathologies avec limitation fonctionnelle, le remboursement diminuera et que le tarif que le kinésithérapeute demande est libre?

Enfin, je terminerai par le plan social. Vous proposez à tout kinésithérapeute âgé de moins de 60 ans et pouvant justifier un niveau minimal de chiffre d'affaires INAMI en kinésithérapie une indemnité de sortie de la profession. On pourrait ainsi financer 1.900 à 2.000 abandons de numéros d'agrément de kinésithérapie. Ici aussi, plusieurs interrogations se posent.

Quid si l'opération rencontre plus de succès que l'enveloppe de 37 millions d'euros peut en supporter?

Les kinésithérapeutes sont avertis que c'est à concurrence de l'enveloppe disponible. On appliquera le principe "first in, first out". Mais les kinésithérapeutes étant libres de se retirer de la profession et le montant des primes proposées n'étant pas vraiment attractif, on peut penser a priori qu'un dépassement des 2.000 départs escomptés est peu probable. La reconversion professionnelle rapide d'un kinésithérapeute dans une profession d'un niveau de qualification semblable n'est pas évidente.

Des formations requalifiantes n'existant pas, les kinésithérapeutes seront-ils obligés de reprendre l'enseignement de plein exercice de deux ou trois ans avec des primes nettement insuffisantes?

Pourquoi ne pas plutôt encourager les kinésithérapeutes âgés à quitter la profession avec une sorte de prépension?

Ce sont les jeunes et les conjoints dont l'époux ou l'épouse travaille qui sont surtout visés par ce type de mesures.

Quid encore si le kiné ne trouve aucun travail après sa formation? Quel sera son statut social? Sur quelle base pourrait-il bénéficier du statut de chômeur?

Certains estiment que les montants des primes devraient être doublés pour être attractifs. Qu'en pensez-vous?

Pour conclure, monsieur le ministre, je rappellerai que mon parti, s'il partage globalement certains objectifs de cette réforme, attire une fois de plus votre attention sur les problèmes réels que pose la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature. Nous insistons sur la nécessité absolue de renouveler le dialogue avec les kinés, afin de mettre fin à la défiance de l'ensemble d'une profession envers le pouvoir politique.

Je vous remercie pour les réponses que vous voudrez bien me donner.

01.02 Jean-Jacques Viseur (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'ai vraiment l'impression que la réforme de la kinésithérapie est l'exemple type d'une méthode qui n'a pas réussi et qui, finalement, ne fait que déstabiliser une profession et affoler les malades, qui sont finalement les principales victimes des hésitations.

Tout a mal commencé. Si l'on veut associer les professions de la

omscholing voltijds onderwijs volgen met een ondermaatse premie?

Waarom niet eerder een vorm van brugpensioen aanmoedigen?

Hebben de kinesisten die na hun opleiding geen werk vinden recht op een werkloosheidsuitkering?

Vindt u niet dat het bedrag van de premies zou moeten worden verdubbeld?

01.02 Jean-Jacques Viseur (cdH): Deze hervorming van de kinesitherapie is een schoolvoorbeeld van hoe het niet moet: ze is rampzalig voor de kinesisten en verbijsterend voor de patiënten.

santé à des économies indispensables, le principe de base doit être de ne pas sanctionner ceux qui respectent leur budget. Seuls les dépassements budgétaires doivent être sanctionnés. Or, en 2001, nous avons vu que les kinésithérapeutes sont restés à l'intérieur de leur enveloppe.

Il a été décidé de réduire ce budget de 10%. Cette décision a fait l'objet de manifestations au mois de février. Aux yeux des kinésithérapeutes, tout notre système perdait de sa qualité conventionnelle, de sa qualité de concertation à partir du moment où, ni le fait de faire des économies, ni le fait de ne pas dépasser son budget ne garantissaient d'être à l'abri de mesures particulières.

Le deuxième élément – et vous n'êtes pas directement concerné mais plutôt votre collègue de la Santé – a trait à cette palinodie du tirage au sort. Les Hollandais utilisent ce système mais ils suivent une logique aux antipodes de notre conception des professions, des études et de la sortie des études. Cette histoire du tirage au sort a stigmatisé et ridiculisé la profession, même si cela a été démenti. Je pense que ce n'est pas un montage, nous avons tous vu les projets d'arrêtés en vue de ce tirage au sort.

Ensuite, il y a eu cette stigmatisation d'une profession dont la limitation du nombre de séances est l'illustration. Cette profession de la santé était considérée comme une profession qui exagère – le bouc émissaire dans toute sa splendeur! – et qui multiplie inutilement les séances. Dès lors, il a été décidé de limiter sur ce plan-là.

C'était oublier que derrière chaque prestation de kinésithérapie, comme derrière la plupart des prestations en appui des professions de santé, une décision a été prise par un médecin. C'est lui qui est en première ligne et qui décide de ce qu'il faut faire. C'est donc dans un climat lourd et difficile qu'interviennent les nouvelles mesures, la nomenclature et la convention.

Ces mesures posent la question fondamentale du rôle du kinésithérapeute et de la survie de la profession dans les conditions d'exercice qui seront les siennes demain. Qu'il faille adapter la pratique de la kinésithérapie à l'appréciation la plus moderne de la situation du patient, qu'il faille stimuler l'activité et maximaliser l'autonomie du patient à travers l'intervention du kinésithérapeute, nous sommes tous d'accord à ce sujet. De là à imposer, dans des conditions difficiles, des mesures mal comprises et mal interprétées, il y a une marge.

On peut résumer comme suit les critiques qui peuvent être adressées à la réforme. Il y a d'abord le sentiment de culpabilisation des kinésithérapeutes. Cela ne me semble pas être une bonne méthode.

01.03 **Jef Valkeniers** (VLD): Quelle est la bonne méthode?

01.04 **Jean-Jacques Viseur** (cdH): Elle est toute simple: il faut discuter avec les représentants de la profession. Si les budgets sont respectés, il faut s'engager à ne pas les modifier unilatéralement.

Cela paraît assez élémentaire.

Deuxième critique, la limitation du nombre de séances remboursées

Het staat vast dat de kinesitherapiepraktijk moet worden aangepast, maar om het vooropgestelde doel te bereiken worden de sector eenzijdig maatregelen opgelegd en de middelen die daartoe worden aangewend zijn ontstellend.

Net zoals de loting waaraan eerst werd gedacht, idee dat later werd opgegeven, draagt ook de beperking van het aantal behandelingen bij tot het brandmerken van het beroep. Men schijnt te vergeten dat een verantwoordelijk arts eerst een beslissing neemt, voor de kinesië kan optreden.

01.04 **Jean-Jacques Viseur** (cdH): In de praktijk wordt er een beroep gedaan op een kinesië vooraleer kan worden uitgemaakt of men te maken heeft met een zware of met een lichte pathologie. Wil dat zeggen dat de patiënten

au taux normal pour les pathologies dites simples ou légères. La catégorisation en pathologies lourdes, moyennes ou légères ne correspond pas à la pratique des kinésithérapeutes. Pour la plupart des patients, les analyses médicales classiques n'ont pas encore objectivé une pathologie lésionnelle alors que des symptômes précurseurs tels que la douleur sont déjà présents et handicapants. Pour le malade donc, le recours au kinésithérapeute se passe à un moment où il ne sait pas si sa pathologie est lourde, légère ou simple. Il y a une série de signes, il y a la nécessité de soulager la douleur. Je pense qu'on ne peut vraiment pas dire que les malades qui, dans ces conditions et via l'intervention d'un médecin, je le rappelle, ont recours à un kinésithérapeute, abusent du système de santé et que les kinésithérapeutes deviennent complices d'une pathologie purement psychologique ou d'une volonté d'escroquerie des patients.

L'obligation de la visite supplémentaire chez le médecin prescripteur pour obtenir une nouvelle série de neuf séances remboursées au taux normal est un risque de surconsommation médicale et de coûts supplémentaires. Je fais le parallèle avec votre réponse de jeudi dernier en ce qui concerne les consultations de l'ONE. Le gros problème de la santé publique, c'est que quand on ferme un robinet d'un côté, on ne se rend pas compte qu'on entraîne des dépenses de l'autre, dépenses qui peuvent finalement être plus importantes. Vous aurez le cas, si la grève s'étend, en ce qui concerne l'intervention de la médecine préventive ONE.

Ici aussi, vous aurez le cas avec le recours à davantage de consultations médicales et, par conséquent, un coût supplémentaire pour l'INAMI. Par ailleurs, les difficultés de mise en œuvre et les incohérences des nouvelles nomenclatures entrées en vigueur le 1^{er} mai 2002 sont patentes.

Vous m'avez adéquatement répondu pour ce qui concerne un certain nombre de questions. Cependant, une série de questions demeurent en suspens. On peut en tirer comme conséquence générale que la nouvelle nomenclature n'a pas été vraiment négociée. Elle est négociée a posteriori et on peut le regretter. La précipitation avec laquelle cette nouvelle nomenclature a été rédigée rend son application difficilement possible tant pour les kinésithérapeutes que pour les organismes assureurs, rendant ainsi obligatoire le recours à des circulaires et à des règles interprétatives. Mais tout cela crée la confusion.

La nomenclature est insuffisamment étayée sur le plan scientifique. La liste F et ses modalités d'application posent problème. Cette liste n'est basée sur aucune évidence scientifique. Les dépenses liées aux prestations de la liste F sont sous-estimées et la liste est asociale car de nombreuses pathologies considérées comme banales mais nécessitant plus de 18 séances ne sont pas reprises.

J'en viens à présent à la mise en œuvre du plan social pour les kinésithérapeutes. Outre son principe difficilement acceptable pour les personnes qui ont choisi cette profession, la faiblesse des allocations compensatoires allouées ne voue-t-elle pas à l'échec ce plan social?

Enfin, on peut se demander si le manque de concertation et d'écoute à l'égard des organisations représentatives des kinés, de même qu'en

oplichters zijn die misbruik maken van het systeem en dat de kinesisten hun medeplichtigen zijn?

Dreigt het verplicht bijkomend bezoek aan de huisarts met het oog op de terugbetaling tegen het normale tarief van negen bijkomende behandelingen niet tot medische overconsumptie te leiden?

De nieuwe nomenclatuur werd opgelegd, ze kwam niet tot stand op basis van onderhandelingen, ze is onwerkbaar omdat ze overhaast werd opgesteld, ze is onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd en vooral lijst F is asociaal.

Is het sociaal plan niet gedoemd te mislukken omwille van de te lage compenserende vergoedingen?

Ligt niet het ontbreken van overleg aan de basis van de huidige ontreding bij de kinesisten? Die spelen een belangrijke rol in de gezondheidszorg en zorgen voor een gediversifieerde buurtdienst.

Op welke manier zal de minister het vertrouwen herstellen?

ce qui concerne les organes officiels d'avis tel que le conseil technique de la kinésithérapie, n'est pas à la base de la situation actuelle de désarroi dans le chef des kinésithérapeutes.

On peut prétendre que le kinésithérapeute ne joue pas d'autre rôle que celui de confort dans la politique de santé. Mais telle n'est pas la réalité selon moi. Le kinésithérapeute est un acteur de la politique de santé; il est bien formé, parvient à éliminer un certain nombre de handicaps et garantit – c'est un des points essentiels de la médecine – une meilleure qualité d'être aux patients. Il offre aussi un service de proximité à l'ensemble de la population et s'adresse, par la diversité des traitements dispensés, à tous les âges de la vie, ce qui démontre son importance dans la vie sociale. J'ajoute – chose curieuse – que le kinésithérapeute n'est pas mieux payé lorsqu'il se rend à domicile.

Le problème qui se pose à ce stade, c'est que l'on est en présence d'une profession qui est déstabilisée et inquiète; de plus, elle n'est pas rassurée par la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature.

Monsieur le ministre, quelles sont vos intentions en ce qui concerne la nécessité de recréer la confiance au sein de cette profession? Nous avons tous l'expérience des difficultés liées aux professions de santé. Tout se base sur une confiance suffisante entre les acteurs et les autorités. Recréer cette confiance est le seul moyen d'obtenir la collaboration active des acteurs dans une politique d'économie que je ne condamne pas – au contraire – puisque je la trouve indispensable. Si l'on ne maîtrise pas les budgets des soins de santé, on aboutira plus rapidement à une médecine duale. Mais cette maîtrise implique la reconnaissance des acteurs et leur participation active non seulement à la réflexion mais aussi aux instruments techniques que sont notamment les conventions et la nomenclature nouvelle mise en place.

01.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, le gouvernement et les six partis de la majorité m'ont confié une tâche difficile lorsqu'ils ont décidé d'opérer une réforme en profondeur du secteur et de réaliser une économie budgétaire à court terme. Mais ils l'ont fait en parfaite connaissance de cause. Et je crois pouvoir dire en toute honnêteté à M. Viseur que, bien que la réforme ait été extrêmement difficile, j'ai été en contact permanent avec les acteurs de terrain. J'ai moi-même discuté et négocié des heures et des jours durant avec les acteurs concernés. Cela fut nécessaire.

Evidemment, les leaders des organisations professionnelles ne vont pas applaudir cela, mais soyez assuré qu'il règne un climat de confiance entre les acteurs de terrain et moi-même. De plus, il y a quelques jours, j'ai rencontré un des négociateurs essentiels, qui m'a dit que d'ici quelques années, on dirait que le présent moment a été crucial, bénéfique, à condition que je tienne mes promesses en ce qui concerne le réinvestissement dans le secteur d'une série de marges qui deviendront disponibles. Par conséquent, si moi-même ou mon éventuel successeur ne respectons pas cette promesse de réinvestissement d'une masse budgétaire importante, on pourra dire qu'il s'agissait d'un jeu de dupes.

Vous ne devez pas nécessairement prendre au pied de la lettre un propos que je vous rapporte de l'un ou l'autre négociateur essentiel, cela relève du domaine de l'informel. Très formellement, nous

01.05 **Minister Frank Vandenbroucke**: De regering stond voor de moeilijke taak om de sector te hervormen en tegelijk op korte termijn te bezuinigen op de begroting. Bij de uitvoering van die opdracht heb ik constant ruggespraak gehouden met de actoren, en er is wel degelijk vertrouwen tussen ons.

We bevinden ons op een keerpunt: de beroepsorganisaties hebben met de ziekenfondsen een overeenkomst gesloten, die ik gisteren heb goedgekeurd. Ik heb schriftelijk herhaald welke begrotingskredieten ik daarvoor heb toegezegd. De situatie zal nu genormaliseerd worden, met tariefzekerheid voor de patiënt en een professionele toekomst voor de kinesitherapeuten.

Het was in de eerste plaats zaak

sommes actuellement à un tournant car les organisations professionnelles de kinésithérapie et les mutualités ont signé une proposition de convention à laquelle j'ai accordé hier mon soutien. A cette occasion, j'ai réitéré par écrit mes engagements budgétaires pour l'avenir ainsi qu'une série d'autres arrangements précis. Le fait qu'il y ait une proposition de convention et, espérons le, une convention consolidera le secteur, tant au niveau de la sécurité tarifaire des patients qu'à celui de la confiance des kinésithérapeutes en leur profession et en leur situation personnelle.

Sans convention, vous auriez le droit de parler de désarroi, d'échec. Mais grâce à la convention, la situation est sur le point de se normaliser. Je ne parle pas à la légère car les choses ont été extrêmement difficiles, je peux en témoigner. Pour moi, il est essentiel que les organisations professionnelles et les mutualités aient signé une convention.

Il était indispensable de concentrer les moyens sur le traitement véritablement efficace sur le plan thérapeutique afin d'éviter des prolongations de séances dont l'efficacité thérapeutique peut être mise en doute. Ce débat est difficile. Je n'utilise pas l'expression "thérapie de confort" car, pour moi, les gens ont droit à un certain confort. Cette expression me semble malheureuse. Il faut débattre de l'efficacité thérapeutique. Etant donné la pléthore existante, on constatait une multiplication de séances sans besoins très clairs en termes médicaux.

Cette réforme a engendré une difficulté qui était prévisible mais que nous avons seulement connue ces dernières semaines. Il s'agit de l'interprétation des textes. On n'en discute jamais au parlement, c'est logique car cela ne dépend même pas de ma compétence. Les règles d'interprétation pratique de la nomenclature en soins de santé, tant pour les médecins que pour les kinés ou les soins à domicile, etc. sont établies par les acteurs eux-mêmes au sein de leurs conseils techniques. Dans ce cas, c'est le conseil technique de la kinésithérapie qui est compétent. A ce niveau, je ne peux prendre aucune initiative. Lors de la proposition d'une nouvelle nomenclature, il faut évidemment prévoir toute une série de nouvelles règles d'interprétations. Ce travail a pris un certain temps mais c'était fort difficile. Le premier mai, il subsistait encore des doutes concernant une série de règles. Avec l'appui constructif des organisations professionnelles qui se sont attelées à ce travail, nous avons pu rétablir la situation après quelques semaines.

Ils ont ainsi lancé toute une série de règles d'interprétation.

Désormais, en ce qui concerne l'interprétation de la réforme, je pense que les choses sont relativement claires. Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne faille pas procéder à une évaluation.

Dans un esprit constructif, et en collaboration avec les organisations professionnelles, j'ai proposé de mettre sur la table, avant fin juillet, une série de propositions de changements prenant en compte tous les détails. Par exemple, concernant la définition de la liste F, sur la base de leur expérience, il faudrait peut-être procéder aux changements nécessaires.

Citons un autre exemple relatif au domaine de l'administration. Il était

de middelen te concentreren en te besteden aan wat vanuit therapeutisch oogpunt efficiënt is. Ik wil het niet hebben over comfortverstrekkingen – de patiënt heeft uiteraard recht op een zekere mate van comfort – maar tengevolge van het teveel aan kinesisten waren er onmiskenbaar talloze behandelingen zonder dat het echt nodig was.

Ten gevolge van deze hervorming waren praktische interpretatieregels van de nomenclatuur vereist. Niet ik, maar de actoren zelf stellen die regels op. In dit geval is dat de Technische raad voor de kinesitherapie. Op 1 mei bestond er nog enige twijfel betreffende sommige regels. De situatie kon in enkele weken tijd worden rechtgezet dankzij de beroepsorganisaties. Nu zijn de zaken duidelijker. We moeten nochtans een evaluatie uitvoeren. Ik heb dus gevraagd dat mij voor eind juli concrete voorstellen worden voorgelegd. Bovendien hebben we grote inspanningen gedaan op het stuk van de informatie. Zo zal aan alle kinesitherapeuten een uitgebreide brief worden gestuurd.

Voor eind juli zullen er een evaluatie van de lijst F naargelang de behandelingsvereisten van sommige ziekten en een administratieve evaluatie van de nomenclatuur plaatsvinden. Die evaluaties zullen moeten leiden tot voorstellen tot aanpassing van de nomenclatuur. Binnen de Overeenkomstencommissie werd een subcommissie opgericht om tegen 31 juli een voorstel uit te werken.

Het aantal behandelingen wordt niet beperkt, maar wel het aantal terugbetaalde behandelingen. Als een kinesitherapeut bovendien zijn ereloon verlaagt om in overeenstemming te zijn met het remgeld, wordt het bedrag volledig gerecupereerd via de

question que les kinésithérapeutes envoient aux médecins un bilan de leur travail, non pas pour les pathologies courantes mais pour les situations intermédiaires, la liste "F" et la liste "E" (pathologies lourdes). L'idée était que les médecins allaient prescrire 20 à 30 séances, la limite étant de 30 séances. Il semble que beaucoup de médecins prescrivent systématiquement 9 séances, obligeant ainsi le patient à revenir.

Il est évident que si les kinés doivent chaque fois envoyer un bilan après 9 séances, cela a peu de sens. A mes yeux, il faut assouplir cette mesure. J'ai demandé que l'on me remette rapidement un inventaire sur lequel on travaillera au mois de juillet.

En ce qui concerne l'information, à part cette difficulté fondamentale de l'interprétation, ce qui est normal avec toute nomenclature et d'autant plus difficile lorsque l'on change fondamentalement la nomenclature, j'estime que nous avons fait un réel effort d'information, aussi bien par le biais des médias électroniques que par le courrier traditionnel. Hier, j'ai donné mon accord à l'INAMI pour envoyer une lettre d'information très étoffée qui sera expédiée, fin juin, à tous les kinésithérapeutes, qui présentera la nouvelle convention nationale et donnera toutes les précisions administratives, recommandations, les standards et les règles interprétatives déjà disponibles actuellement sur le site internet.

Ils sont donc bien informés. De plus, il y a eu un délai de quelques semaines pour quelques règles d'interprétation.

Je pense qu'il faut maintenant évaluer cette nouvelle liste "F" par rapport aux besoins de traitement de certaines pathologies et évaluer la nomenclature du point de vue administratif. Ce sera fait pour la fin du mois de juillet. Ces évaluations devront aboutir à des propositions d'adaptation de la nomenclature.

Il est d'ailleurs prévu de le faire dans le cadre de la convention nationale. J'ai accepté de souscrire à la convention et je souscris très formellement à ces engagements de réflexion et de réévaluation. Au sein de la commission de convention, une sous-commission a été créée afin d'élaborer, en concertation avec le conseil technique de la kinésithérapie, une proposition avant le 31 juillet.

Je reviens au nombre de séances. Le nombre de séances n'est pas limité. Ce qui est limité pour les pathologies courantes, c'est le nombre de séances remboursées au tarif le plus élevé. Mme Burgeon a posé une question très pertinente: qu'en est-il du maximum à facturer lors de la 19^{ème} séance dans une pathologie courante, séance dont le remboursement diminue? Nous disons très clairement que le ticket modérateur qui est payé lors de cette 19^{ème} séance est totalement récupéré par le maximum à facturer, à condition qu'il ne dépasse pas le ticket modérateur des 18 premières séances. En d'autres termes, si le kinésithérapeute diminue ses honoraires afin de préserver le montant absolu du ticket modérateur pour le patient, ce montant absolu est récupéré à 100% dans le maximum à facturer. Si le kinésithérapeute ne diminue pas ses honoraires personnels, dans ce cas, le ticket modérateur s'accroît et l'élément d'accroissement n'est plus dans le maximum à récupérer.

Cela veut dire que le kinésithérapeute peut aller plus loin pour les

maximumfactuur. Ik ben van plan die regel te doen naleven.

Het Verzekeringscomité, dat bij de dienst gezondheidszorg van het RIZIV werd ingesteld, heeft met drie referentiecentra een overeenkomst afgesloten over het chronisch vermoeidheidssyndroom. De overeenkomsten met de universitaire ziekenhuizen van Leuven en Antwerpen zijn respectievelijk op 1 april en op 19 juni 2002 in voege getreden. Die met het universitair ziekenhuis van Gent zal op 1 september 2002 ingaan. Nog twee andere centra betonen interesse voor het afsluiten van een dergelijke overeenkomst.

Ik ben me in elk geval bewust van de preventieve rol van de kinesitherapie en van haar belang voor de levenskwaliteit van de patiënt. Ik breng nog even in herinnering dat de verzekeringsuitkering beperkt is wanneer de zorgverlening gebeurt in het kader van de deelname aan sportwedstrijden of demonstratiewedstrijden waarvoor de inrichters toegangsgeld ontvangen en de deelnemers een of andere vorm van betaling krijgen, dit overeenkomstig de wet van 14 juli 1994.

Er moet een harmonisering komen van de nomenclatuur inzake fysiotherapie en kinesitherapie, om niet gegronde vervanging van het ene door het andere te voorkomen. Ik heb de Technische raad voor de kinesitherapie dan ook gevraagd me een voorstel in die zin over te maken.

Vandaag is het zo dat het remgeld in 70 procent van de gevallen moet worden betaald. In de overige gevallen kan de kinesiist om sociale redenen beslissen het niet te vragen. Ik sta achter dit soepele systeem.

patients qui en ont besoin – parce que 18 n'est pas une limite stalinienne dictée par une règle divine, c'est une moyenne que l'on estime suffisante –; avec prescription, pour un patient qui profite effectivement du maximum à facturer, il peut le faire sans aucune conséquence pour le patient ou avec une conséquence marginale s'il ne diminue pas ses honoraires et demande un ticket modérateur un peu plus élevé. C'est un point très important et ce n'était pas connu. J'ai été extrêmement prudent en la matière et ce n'est que depuis deux semaines que je puis être juridiquement sûr que c'est effectivement la règle. Il faut le dire aux gens parce que c'est un élément essentiel. Il y a deux semaines, je n'osais pas le dire. Aujourd'hui, c'est clair et net, c'est l'interprétation juridique qui s'impose.

Vous avez à juste titre soulevé la question extrêmement importante des centres de référence. Nous sommes en train de créer des centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique. Le comité de l'assurance de l'INAMI a déjà conclu avec trois centres une convention de rééducation en matière de prise en charge par des centres de référence de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique. Les conventions avec l'Université catholique de Leuven et l'hôpital universitaire d'Anvers sont entrées en vigueur respectivement le 1^{er} avril et le 19 juin 2002. La convention avec l'Université de Gand entrera en vigueur le 1^{er} septembre. Deux autres centres, un francophone et un néerlandophone, sont également intéressés par la conclusion d'une convention. J'ai l'impression que du côté néerlandophone, il y a une plus grande sensibilisation. Nous étions peut-être mieux préparés que du côté francophone, ce qui est quelque peu gênant dans le cadre de la réforme. Nous disons que si le patient veut continuer ses séances, il doit avoir une prescription délivrée par un centre.

Le fait qu'il y ait un décalage ne pose pas de problème immédiat pour les patients. Il faut donc dédramatiser quelque peu la situation.

En matière de prévention, je suis parfaitement conscient de l'importance de la kinésithérapie dans ce domaine. La prévention peut aussi avoir sa place dans la nomenclature actuelle.

On m'a par ailleurs posé des questions sur le rôle de la kinésithérapie auprès des sportifs. A cet égard, je dois vous remettre en mémoire le projet de loi que nous avons voté alors que vous étiez encore au gouvernement, monsieur Viseur, introduisant dans la législation sur l'INAMI une disposition qui limite l'intervention de l'assurance lorsque les prestations sont en rapport avec la participation à des compétitions ou exhibitions sportives pour lesquelles l'organisateur perçoit un droit d'entrée et les participants une rémunération sous quelque forme que ce soit. Il s'agit d'une législation difficile à mettre en œuvre et je suis à l'heure actuelle en train d'évaluer les problèmes que cette mise en œuvre pourrait poser. Car qu'entend-on par "rémunération sous quelque forme que ce soit"? En effet, si l'on donne un tee-shirt à des jeunes de quatorze ans, cela est-il considéré comme une rémunération?

On a parlé de la physiothérapie. Je crois qu'il faut absolument harmoniser l'approche de la kinésithérapie dans la physiothérapie. C'est d'ailleurs ce que les kinés demandent. Ainsi, par lettre du 30 mai, j'ai prié le conseil technique médical de me remettre une

proposition d'adaptation de la nomenclature de physiothérapie, en application de l'article 35, § 2.

En ce qui concerne les tickets modérateurs, les organisations professionnelles ont simplifié la chose en disant que le ticket modérateur est dorénavant obligatoire en toutes circonstances. Or, c'est beaucoup plus subtile que cela. Dans 70% des prestations attestées, le ticket modérateur doit être demandé. Cela veut dire que pour 30% des séances, le kiné peut, pour des raisons sociales, ne pas demander le ticket modérateur. Cette règle me semble souple et tout à fait adéquate. Et il m'apparaît que le secteur s'en félicite.

01.06 **Jef Valkeniers** (VLD): (...)

01.07 **Minister Frank Vandenbroucke**: Ze kunnen dat tellen omdat in de nomenclatuur een onderscheid wordt gemaakt tussen prestaties met of zonder remgeld. Ze stellen dat vast, het is geen probleem. Ik kan er echter wel over waken dat het serieus wordt gecontroleerd.

Avant d'aborder le chapitre du plan social, je tiens à rappeler qu'il n'y a pas d'objectif chiffré en cette matière. J'ai lancé cette idée après avoir entendu une intervention de M. Bacquelaine.

Celui-ci avait dit que c'était un secteur qu'il fallait restructurer car il y avait vraiment pléthore de kinésithérapeutes. Cela devient insupportable pour les gens, il y en a trop et il est difficile de gagner sa vie. Il a dit qu'il fallait un plan social de restructuration. J'ai repris cette idée, qui était bonne, mais s'il y a 20 kinésithérapeutes qui en profitent, je trouve cela bien, s'il y en a 100 ou 200, c'est bien aussi. Je n'ai pas d'objectif en la matière. A vrai dire, ce n'est pas mon idée de dire qu'autant de kinésithérapeutes quittent la profession. L'idée est que, dès le moment où une organisation professionnelle dit qu'il y a vraiment de la pauvreté qui s'installe dans le secteur, il faut faire quelque chose. Et notamment quand on introduit une réforme comme celle qu'on a proposée. Il n'y a pas là d'objectif chiffré, c'est bien s'il y en a 10, 20, 100 ou 200. Il faudra voir ce que cela donne.

Je crois qu'il est inexact d'affirmer qu'une nouvelle orientation professionnelle réclamerait presque toujours une formation dans un programme d'enseignement à plein temps de deux à trois ans. Ce n'est pas réellement vrai. Le plan social ne prévoit d'ailleurs pas, comme vous le mentionnez justement, de couverture d'une telle durée. Je crois que c'est l'essentiel.

Monsieur le président, nous avons eu de longues discussions. C'est une réforme extrêmement difficile mais j'ai l'impression qu'on a passé un moment crucial avec la conclusion d'un projet de convention entre les kinésithérapeutes et les mutualités.

Enfin, encore un mot sur l'ONE, quoique cela ne figure pas dans la question écrite de M. Viseur. C'est très simple, l'ONE n'est pas de ma compétence. Si Nicole Maréchal cherche un bouc-émissaire ailleurs, c'est facile! C'est de sa responsabilité de trouver l'argent dans ses compétences pour mieux rémunérer l'ONE et les médecins au sein de l'ONE. Je ne peux rien faire. Il est extrêmement facile, au lieu de résoudre le problème, de créer un bouc-émissaire dans un autre gouvernement. Je ne joue pas dans ce jeu.

01.07 **Minister Frank Vandenbroucke**: Zoals de heer Baquelaine al in deze commissie heeft verklaard, zijn er te veel kinesitherapeuten. Ik heb zijn idee van een sociaal plan dus overgenomen. Ik heb echter geen becijferd objectief. Het is onjuist te beweren dat een nieuwe beroepskeuze bijna altijd een opleiding van 2 à 3 jaar in het voltijdse onderwijsprogramma zou vereisen. Het sociale plan voorziet trouwens niet in zo'n lange dekking.

Tot slot zeg ik nogmaals dat ik niet bevoegd ben voor het ONE. Mevrouw Maréchal zal een andere zondebok moeten zoeken! Zij moet nu geld vinden.

01.08 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Ce qui est important, c'est que l'on insiste un peu partout pour qu'il y ait une simplification administrative. J'ai eu plutôt l'impression qu'ici qu'il y a eu des complications administratives même s'il n'est pas aisé de tout simplifier. Je me permets d'insister sur ce fait car je crois que c'est important et cela faisait d'ailleurs partie des buts du gouvernement.

Je trouve qu'il est bien qu'une convention ait été signée depuis peu de temps. Je crois qu'il faut insister surtout sur l'importance des engagements budgétaires que vous avez pris.

Pourriez-vous éventuellement nous faire parvenir une copie de la convention?

01.09 Frank Vandebroucke, ministre: Cela serait intéressant, ainsi que peut-être la lettre. J'ai dit que je pouvais garantir 13,65 millions d'euros comme injection nouvelle dans le secteur dès le 1^{er} janvier.

En deuxième lieu, si les économies réalisées par la réforme sont plus importantes qu'escompté, nous allons réinjecter ces fonds.

Une série de garanties sont également données concernant la convention proprement dite. Ces engagements ne doivent pas se limiter à ce gouvernement. Je vais vous faire parvenir tout cela.

01.10 Colette Burgeon (PS): Je vous remercie de me faire parvenir la convention et la lettre. Par contre, en ce qui concerne le plan social, vous n'avez pas répondu à deux de mes questions. Pourquoi n'avez-vous pas pensé à encourager les kinésithérapeutes âgés à quitter la profession, en envisageant une sorte de prépension? Aujourd'hui, ce sont les jeunes ou ceux dont l'époux ou l'épouse travaillent qui quittent la profession.

Qu'en est-il si le kinésithérapeute ne trouve pas de travail? Imaginons qu'un kinésithérapeute quitte la profession et suive une formation, mais qu'il ne trouve pas de travail ensuite. Quel sera alors son statut social? Sur quelle base pourrait-il être reconnu en tant que chômeur?

01.11 Frank Vandebroucke, ministre: C'est concevable. Je vous prie de m'excuser. Je me rends compte que j'ai oublié de vous parler de ce point, alors que mes collaborateurs diligents avaient préparé quelques notes à ce sujet.

D'abord, en ce qui concerne les kinésithérapeutes plus âgés, nous avons fait le choix délibéré de ne pas nous adresser spécifiquement aux kinésithérapeutes de plus de 60 ans. En effet, le plan vise à créer une base suffisante pour les personnes travaillant dans la discipline de la kinésithérapie afin que chacun puisse bénéficier dans cette discipline d'un revenu professionnel suffisant.

Mon intention n'est pas de diminuer le nombre de kinésithérapeutes âgés de plus de 60 ans. Je veux simplement donner la possibilité de s'orienter vers ceux qui rencontrent des difficultés; cela peut être des jeunes. Ceux qui sont plus âgés seront peut-être davantage attirés par le projet que d'autres. Mais je veux donner la possibilité à ceux qui se trouvent en difficulté de quitter la profession et de se réorienter.

01.08 Colette Burgeon (PS): Niettegenstaande de beloofde administratieve vereenvoudiging, wordt alles integendeel ingewikkelder. Het is goed om een overeenkomst te hebben, maar we moeten de naleving van de budgettaire verplichtingen voor ogen houden. Kan ik een kopie van de overeenkomst krijgen?

01.09 Minister Frank Vandebroucke: Vanaf 1 januari wordt 13.650.000 euro aan de sector besteed.

Als er flink bezuinigd wordt, zal het aldus vrijgekomen geld ook opnieuw besteed worden.

01.10 Colette Burgeon (PS): Waarom probeert men, uit sociaal oogpunt, niet veeleer om oudere kinesisten ertoe aan te zetten uit te treden, middels een soort van brugpensioen? Wat gebeurt er als een kinesist uit het beroep stapt, een opleiding volgt maar geen werk meer vindt? Op welke manier kan hij vergoed worden? Kan hij als werkloze worden aangemerkt?

01.11 Minister Frank Vandebroucke: We hebben er bewust voor gekozen 60-plussers bijvoorbeeld buiten beschouwing te laten, omdat het plan niet tot doel heeft deze mensen ertoe aan te zetten vervroegd uit te treden. Het is de bedoeling dat iedereen een toereikend beroepsinkomen heeft. Ik wil diegenen die in moeilijkheden verkeren, de kans geven een andere richting in te slaan door uit het beroep te stappen.

Wie na een opleiding geen werk meer vindt, zal onder bepaalde voorwaarden een

Je ne dis pas que ceci est immuable et qu'il s'agit là de la seule orientation possible. En tout cas, c'était mon option.

En ce qui concerne le chômage, je vous signale que le kinésithérapeute qui ne trouve pas immédiatement un autre emploi après avoir suivi une formation, pourra bénéficier d'allocations de chômage dans un nombre limité de cas. En principe, cela concerne des personnes n'ayant pas encore travaillé plus de neuf ans en tant qu'indépendants.

Les personnes qui ne sont pas dans cette situation peuvent obtenir une protection au moyen du régime d'assurance continuée, dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants. Le système de l'assurance continuée implique que la personne qui met fin à son activité d'indépendant pourra encore être assurée grâce à des cotisations volontaires, sous le statut de travailleur indépendant, et ce pendant un maximum de deux ans à dater de la cessation de son activité d'indépendant.

Il a été demandé au ministre compétent pour les Classes moyennes d'étendre ce régime, de sorte que ceux qui suivent une formation dans le cadre du plan social en faveur des kinésithérapeutes, pussent eux aussi recourir au régime d'assurance continuée, pendant un an après l'achèvement de la formation, même si le délai maximum de deux ans mentionné ci-dessus est dépassé.

Donc, nous allons élargir ce qui est un instrument traditionnel pour les indépendants, à savoir l'assurance continuée.

Par ailleurs, un certain nombre de demandeurs d'emploi souhaiteront-ils sans doute profiter de la possibilité offerte par le chômage de réintégrer celui-ci après avoir exercé une activité d'indépendant, même après une période de 9 ans.

01.12 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, je remercie le ministre pour ses réponses, ainsi que pour les documents qu'il voudra bien me transmettre. Je suis d'avis qu'il importe de poursuivre le dialogue.

01.13 Jef Valkeniers (VLD): Mevrouw Burgeon, het is natuurlijk gemakkelijk om de minister niet te volgen in zijn plan tot besparingen vooral wanneer zijn achterban en de nevenorganisaties mede aan de basis hebben gelegen van de uitwassen in de kinesitherapie door nooit het remgeld toe te passen.

Ik stelde er prijs op deze opmerking te maken. Het is gemakkelijker aan de zijkant te blijven staan en degenen die de zaak toch min of meer willen saneren niet te volgen en succes te hebben bij degenen die de sanering niet willen aanvaarden.

De **voorzitter:** Mijnheer Valkeniers, ik heb u het woord gegeven terwijl alleen de interpellanten na het antwoord van de minister nog het woord mogen voeren.

01.14 Jef Valkeniers (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik dank u daarvoor. Ik vind bovendien dat het huidige Reglement geen goed Reglement is. Ik zeg dat rechtuit. Vroeger was het sober ...

werkloosheidsuitkering kunnen krijgen. Mensen die zich niet in de situatie bevinden van hen die nog niet meer dan negen jaar als zelfstandigen hebben gewerkt, zullen via de voortgezette verzekering van een bescherming kunnen genieten tegen de betaling van vrijwillige bijdragen gedurende maximum twee jaar. Die regeling moet ook voor de mensen die een opleiding volgen kunnen worden toegepast.

Eindelijk zal de voortgezette verzekering voor de zelfstandigen worden uitgebreid en zullen we de mogelijkheden herzien voor de mensen die sinds meer dan negen jaar als zelfstandigen werkzaam zijn.

01.13 Jef Valkeniers (VLD): Madame Burgeon refuse de se rallier aux projets du ministre en matière d'économies, alors que ce sont précisément les gens de sa tendance politique qui sont en partie responsables des dérives observées dans le domaine de la kinésithérapie!

De **voorzitter**: Mijnheer Valkeniers, ik heb u het woord gegeven terwijl het niet mocht. Zeg dit alles na de vergadering.

01.15 Jean-Jacques Viseur (cdH): Monsieur le ministre, je reste convaincu que la méthode n'a pas été adéquate, que l'on a manqué de psychologie dans ce dossier.

Je voudrais cependant me concentrer sur un seul point. Vous avez dit, à un certain moment, que toute la logique de la démarche était de concentrer les moyens sur ce qui est efficace au plan thérapeutique. Ce serait la raison de l'imposition de règles parfaitement abstraites et impersonnelles.

Il est vrai que dans certains domaines, c'est plus difficile que dans d'autres. La détermination de ce qui est efficace en matière d'imagerie médicale, de biologie ou même de chirurgie est très différente de ce qui est thérapeutiquement efficace au niveau de la kinésithérapie. Il est dit, notamment en ce qui concerne la kinésithérapie périnatale, que le nombre maximum de séances est de neuf par grossesse. La justification donnée est la suivante – je cite –: "les études scientifiques ont démontré que neuf séances suffisent et que poursuivre le traitement n'a aucun effet. Par conséquent", dit le ministre, "j'ai proposé, en concertation avec les experts travaillant sur le terrain, de limiter le nombre de séances remboursées à l'avenir. Le kinésithérapeute doit insérer de nouveaux exercices dans les soins périnataux et les futures mamans doivent apprendre des techniques de respiration et des exercices abdominaux spécifiques."

Je ne connais rien en ce domaine, pour plusieurs raisons dont la moindre n'est pas que je suis un homme. Je ne suis pas passé par là. Mais les médecins me disent que la kiné périnatale est l'exemple par excellence où il est impossible de ramener tout cela à une norme abstraite et impersonnelle. Pourquoi? Lorsqu'il s'agit d'une première grossesse, la situation est totalement différente de celle d'une seconde, troisième ou quatrième grossesse. Par exemple, la présidente de mon parti suit actuellement des séances de kiné entre deux réunions du parlement. Elle pourrait très bien faire neuf demi-séances et s'en sortir parfaitement.

Par contre, lorsque l'on se trouve en présence d'une première grossesse, lorsque la future mère est particulièrement angoissée, ou qu'elle se trouve véritablement désarmée parce qu'elle n'a ni expérience, ni entourage pour la rassurer, les médecins me disent que s'arrêter à neuf séances sur la base d'études scientifiques ne correspond nullement aux besoins réels. Voilà un exemple parmi d'autres où l'on voit clairement la limite de l'exercice.

Il faut bien se dire que la médecine, toutes les sciences médicales et paramédicales ne seront jamais des sciences exactes. Et vouloir les emprisonner, pour des raisons strictement budgétaires, dans un tel système, c'est enfermer les patients qui sont directement concernés dans une situation qui n'a pas la souplesse nécessaire. Personne ne prône les excès car tout le monde est bien conscient que les excès aboutissent à la ruine du système. Mais un système aussi rigide en ces matières a l'inconvénient que ni le malade, ni le kiné n'y trouvent leur compte.

01.16 Pierrette Cahay-André (MR): Monsieur le président, je vous

01.15 Jean-Jacques Viseur (cdH): De onderliggende idee van deze hervorming is het bundelen van doeltreffende therapieën. Bij het bepalen van wat doeltreffend is, wordt echter niet met alle humane factoren rekening gehouden. Denken we aan de kinesitherapie in het kader van geboortebegeleiding. Per zwangerschap worden er maximum negen sessies terugbetaald. Volgens de specialisten zou het zinloos zijn dat aantal op te trekken. Bij een eerste zwangerschap is het echter niet mogelijk aan de noden van de moeder tegemoet te komen binnen die negen sessies. Geneeskunde en de paramedische disciplines kunnen niet louter wetenschappelijk worden benaderd en als men ze gaat opsluiten in een al te strikt keurslijf worden noch de patiënt, noch de kinesist daar beter van.

01.16 Pierrette Cahay-André

remercie d'avoir accepté une intervention de ma part.

Puisque le ministre a cité M. Bacquelaine, je pense que ce dernier a effectivement dit en son temps qu'il y avait certainement pléthore de kinésithérapeutes, mais je ne me souviens pas qu'il ait mentionné un plan social à ce moment-là.

Peut-être a-t-on aussi parlé d'un nombre de hautes écoles qui forment... Et là, monsieur le ministre nous renverra, comme il l'a fait pour l'ONE, au niveau des communautés. Il faudrait peut-être remettre les pendules à l'heure étant donné que M. Bacquelaine n'est plus présent. Parfois on interprète les propos mais il a certainement parlé en son temps d'une pléthore de kinésithérapeutes.

Monsieur le ministre, je ne veux pas mettre votre parole en cause. Parfois, tout se joue dans les nuances.

(MR): De maatregelen zijn genomen om de overvloed aan kinesitherapeuten in te dammen. Ik herinner me niet dat destijds over een sociaal plan werd gesproken.

Moties

Motions

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Jean-Jacques Viseur en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellaties van mevrouw Colette Burgeon en van de heer Jean-Jacques Viseur en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
verzoekt de regering

1. zo spoedig mogelijk de nodige duidelijkheid te scheppen inzake de toepassing van de nieuwe nomenclatuur en de kinesitherapeuten, de artsen en de patiënten van de opgelegde wijzigingen in kennis te stellen;
2. de maatregelen voor de tenuitvoerlegging van het sociaal plan aan te passen zodanig dat het plan aanvaardbaar is voor de kinesitherapeuten die voor een ander beroep kiezen;
3. het nodige te doen om de dialoog te herstellen, met name door de officiële adviesprocedures na te leven."

Une motion de recommandation a été déposée par M. Jean-Jacques Viseur et est libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu les interpellations de Mme Colette Burgeon et de M. Jean-Jacques Viseur et la réponse du ministre des Affaires sociales et des Pensions,
demande au gouvernement

1. d'apporter dans les délais les plus courts toutes les clarifications nécessaires à l'application de la nouvelle nomenclature, d'informer les kinésithérapeutes, les médecins et les patients des modifications imposées;
2. d'ajuster les mesures de mise en œuvre du plan social en vue de rendre ce dernier acceptable par les kinésithérapeutes qui décident de réorienter leur carrière professionnelle;
3. de recréer les conditions du dialogue notamment en respectant les procédures d'avis officielles."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heren Filip Anthuenis, Jean-Marc Delizée en Joos Wauters en mevrouw Pierrette Cahay-André.

Une motion pure et simple a été déposée par MM. Filip Anthuenis, Jean-Marc Delizée et Joos Wauters et Mme Pierrette Cahay-André.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

02 Question de M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les produits médicaux compris dans le budget des hôpitaux" (n° 7543)

02 Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de medische goederen die door het budget van de ziekenhuizen zijn gedekt" (nr. 7543)

02.01 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, l'arrêté royal du 25 avril dernier, récemment paru, définit comme suit les produits médicaux compris dans le budget des hôpitaux, et donc présumés financés à charge du prix de la journée d'entretien: "les produits médicaux de consommation, les produits pour la dispensation des soins et les petits instruments à l'exception du matériel endoscopique et du matériel de viscérosynthèse, lorsque celui-ci fait l'objet d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité ou lorsqu'il figure sur une liste à fixer par le ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions".

Cette définition permet donc d'exclure du financement via le prix de journée, le matériel endoscopique et le matériel de viscérosynthèse lorsque celui-ci fait l'objet d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité, ce qui me paraît légitime ou lorsqu'il figure sur la liste à dresser par le ministre.

De quels conseils allez-vous vous entourer, monsieur le ministre, pour dresser cette liste?

Qui supportera le coût de ce matériel qui ne serait plus pris en charge par le prix de journée? Les hôpitaux n'auront d'autre alternative que de le facturer aux patients, à charge pour ceux-ci de tenter de faire couvrir ces frais par une assurance privée lorsqu'ils en ont une. Mais – et c'est heureux pour le système – seule une faible partie de la population a recours à l'assurance privée. Les autres devront, soit prendre eux-mêmes ces frais en charge, soit se tourner vers des services sociaux ou les CPAS pour demander une intervention. Soit, le CPAS décide d'intervenir, c'est fort bien. Pas de problème pour les gens qui sont à charge des CPAS pour cette intervention, ce qui n'est pas toujours le cas. Je vous donne un exemple: nous avons aujourd'hui une série de médicaments dits de confort, catégorie D qui n'existe pas mais l'on comprend de quoi il s'agit. Tous les CPAS n'interviennent pas dans la prise en charge de ces médicaments qui sont pourtant prescrits en hôpital et les gens viennent présenter leur facture au CPAS. On serait dans le même cas ici. Si personne n'intervient pour les patients à faibles revenus, soit parce que le CPAS n'intervient pas, soit parce qu'ils ne répondent pas aux critères CPAS. Si leurs revenus sont dits faibles, ils sont cependant plus élevés que ceux nécessitant l'intervention du CPAS, dans ce cas, c'est l'hôpital qui assumera ces charges parce qu'il est très difficile de les recouvrer auprès des patients. Nous bénéficions heureusement aujourd'hui – et il faut en remercier le gouvernement et, singulièrement, le ministre – d'un nouveau financement pour les matières sociales dans les hôpitaux, ce qui est fort bien. Mais c'est avant ceci et si on en rajoute encore, progressivement, ces coûts resteront à notre charge. Que faire, monsieur le ministre?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je serai très bref pour la bonne et simple raison que je suis précisément en train d'évaluer où nous en sommes avec cette idée, qui est à la fois simple et compliquée. Il s'agit de créer de la transparence, de liquider une série d'ambiguïtés juridiques pour les patients et pour les gestionnaires. Ma première idée était d'avoir cette fameuse liste prête

02.01 Yvan Mayeur (PS): De in de ziekenhuisbegroting opgenomen medische producten worden op rekening gesteld van de patiënt, ofwel wordt een tegemoetkoming betaald door de ziekteverzekering of staan de producten op een door de minister vastgestelde lijst.

Met welke adviezen zal de minister rekening houden bij het opstellen van die lijst?

Wie zal de kosten betalen die niet gedekt worden door een tegemoetkoming? Wat gebeurt er als mensen die kosten niet kunnen betalen? Zal het OCMW die kosten op zich nemen?

Wat is uw standpunt over die discriminatie tussen sociaal kwetsbare en rijkere patiënten, en over de lastenverzwaring voor de openbare instellingen?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dat idee wordt momenteel door ons geëvalueerd. Laten we het debat verdiepen en koppelen aan de discussie over de ziekenhuisfinanciering. We

dès à présent. Il s'avère que ce débat mérite d'être approfondi et je prendrai le temps nécessaire.

On peut facilement créer la transparence et la clarté. Cependant, si une série de patients en sont victimes, nous pourrions le regretter.

Je pense qu'il faut lier cette discussion au débat sur le financement des hôpitaux. En effet, c'est dans la mesure où l'on finance de façon adéquate les hôpitaux que l'on peut dire que des éléments de coûts sont inclus dans le prix de journée. C'est indissociable.

A l'heure actuelle, plutôt que de nous précipiter, il est préférable de prendre un peu de temps et d'examiner quelles seront les possibilités budgétaires. Il faut créer la clarté, la transparence. Ce ne sera pas évident dans la mesure où, si nous faisons cela, nous dirons qu'une série d'éléments sont à charge du patient.

D'un point de vue démocratique, pour le débat politique sur la santé, je préfère la clarté. Cependant, je ne vais pas me précipiter. Dès lors, je ne vais pas essayer de lancer une liste le 1^{er} juillet. Par contre, je vais prolonger la réalité actuelle qui est un peu floue et qui comprend quelques ambiguïtés. Je pense qu'il est préférable de prolonger cela et de prendre une décision complète sur le matériel de viscérosynthèse et endoscopique et sur les autres matériaux. Je pense également qu'il faut globaliser.

J'ai créé un groupe de travail rassemblant des pharmaciens hospitaliers et des représentants des mutualités. Celui-ci a déjà publié une première liste pour le matériel de viscérosynthèse et endoscopique. J'ai envoyé cette liste à la structure de concertation dite "multipartite" regroupant les médecins, les gestionnaires, les mutualités, pour connaître leurs réactions. Et je pense que de nombreux contacts informels avec les gestionnaires des hôpitaux, les spécialistes, les mutualités seront nécessaires avant de conclure. Dès lors, je vais temporiser et essayer de prendre une décision bien réfléchie en la matière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vraag nr. 7589 van mevrouw Greta D'hondt wordt naar een latere datum verschoven.

03 Question de M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les conséquences pratiques, en matière de liquidation, du nouveau système de financement hospitalier en vigueur le 1^{er} juillet prochain" (n° 7590)

03 Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de praktische gevolgen, voor de uitbetaling, van de nieuwe financiering van de ziekenhuizen die op 1 juli in werking treedt" (nr. 7590)

03.01 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, dans le cadre du nouveau système de financement qui entre en vigueur au 1^{er} juillet, il est prévu que la liquidation des versements en douzièmes aura lieu le quinzième jour du quatrième mois qui suit la prestation. Le premier versement du douzième devrait donc avoir lieu le 15 novembre 2002. Cela entraînera dès lors des conséquences négatives sur la trésorerie de certains hôpitaux. Aucun versement ne sera fait en octobre 2002 et les délais de facturation

doivent rustig bekijken wat de budgettaire mogelijkheden zijn. Ik ben voorstander van meer duidelijkheid en transparantie, maar dat is een netelige kwestie, want dan wordt precies aangegeven welk bedrag ten laste van de patiënt komt. Zolang er geen globale beslissing is gevallen, laten we de huidige situatie best zoals ze is, een beetje vaag en ambigu.

Ik wil zonder overhaasting duidelijkheid scheppen, en zal dus niet op 1 juli een lijst de wereld insturen. Ik heb een werkgroep ingesteld met ziekenhuisapothekers en vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, die een lijst voorgelegd hebben aan een tweepartijenoverlegstructuur.

Ik heb ook informele contacten gehad, meer bepaald met de ziekenhuizen en de artsen. Ik wacht nog even af voor ik een beslissing neem.

seront systématiquement allongés pour les hôpitaux performants: 79 jours pour les patients hospitalisés contre environ 60 jours aujourd'hui.

Quelles sont vos intentions à cet égard, monsieur le ministre, dès lors que l'ensemble du secteur hospitalier s'émeut de cette situation? En effet, ce projet susciterait des charges financières nouvelles.

Quelle sera le calendrier de liquidation en ce qui concerne le solde des prestations antérieures au 1^{er} juillet, mais non encore régularisées au 15 novembre 2002?

03.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: Monsieur le président, la réponse que je donnerai à M. Mayeur est analogue à celle que je viens de lui adresser. En effet, je suis occupé à évaluer tout ce dossier. Moi aussi, j'ai reçu pas mal de réactions à cet égard. La plupart des gestionnaires estiment que c'est une bonne idée d'avoir instauré ce paiement en douzièmes. Mais dès que l'on fixe une date – par exemple, le 15 novembre –, les réactions sont nombreuses.

J'examine toutes ces réactions. Je ne souhaite pas me précipiter à cet égard car il est plus facile de prendre une mauvaise décision qu'une bonne.

En fait, deux principes m'ont guidé dans la recherche d'une date pour le paiement du premier douzième. La date du 15 novembre a été fixée mais elle peut être modifiée. Je suis en train d'y réfléchir en fonction des chiffres.

Le premier principe est celui des contraintes budgétaires. Le nouveau système de financement doit maintenir l'actuel flux des liquidités des hôpitaux, sans créer des déséquilibres tant au niveau du budget de l'Etat qu'au niveau des organismes assureurs et des hôpitaux. Si on accélère le processus, c'est bien pour les hôpitaux mais c'est mauvais pour l'Etat. Si l'on instaure un délai supplémentaire, c'est mauvais pour les hôpitaux mais bien pour l'Etat. Il faut donc trouver un juste milieu.

Le deuxième principe, c'est que le nouveau système de liquidation de 80% du budget des hôpitaux doit tenir compte de la rapidité avec laquelle les hôpitaux adressent une facturation complète aux organismes assureurs. Ce dernier principe a été mis en exergue lors d'une série de rencontres que j'ai eues avec des gestionnaires d'hôpitaux. Selon eux, la fixation d'une même date ultime pour tous les hôpitaux sur la base d'un même délai de paiement nierait les efforts accomplis par les hôpitaux sur le plan de la performance de la facturation adressée aux organismes assureurs. Dès lors, il me paraît souhaitable que la performance sur le plan de la facturation exhaustive et rapide soit traduite dans le budget des hôpitaux, soit en utilisant des dates ultimes de paiement différentes, soit en effectuant une redistribution de la sous-partie A.2, selon la performance en matière de facturation des hôpitaux en fonction des données du dernier exercice connu.

Cette idée est en train de gagner un peu de terrain. On met en doute le bien-fondé de la fixation d'une seule date, ce qui rend les choses un peu plus difficiles.

dus gebeuren op 15 november, wat de financiën van de ziekenhuizen negatief zal beïnvloeden. Wat bent u van plan nu de hele ziekenhuissector in beroering is ten gevolge van deze toestand, die leidt tot bijkomende financiële lasten? Volgens welk schema zal het saldo van de verstrekkingen van voor 1 juli die nog niet werden vereffend op 15 november worden uitbetaald?

03.02 **Minister Frank Vandebroucke**: Op basis van de talrijke reacties ben ik het dossier aan het onderzoeken.

Ik ben niet echt gehecht aan de datum van 15 november. Bij het bepalen van een datum voor de betaling van het eerste twaalfde ben ik uitgegaan van twee beginselen: het bestaan van budgettaire beperkingen en de noodzaak van een snelle en volledige facturatie van de ziekenhuizen aan de verzekeringsinstellingen.

Ik ben van oordeel dat er een band moet komen tussen snelle facturatie en de middelen van de ziekenhuizen, of door verschillende uiterste data van betaling te hanteren, of door op basis van de gegevens van het laatste boekjaar een herverdeling door te voeren in het onderdeel A2.

De tijd die nodig is om het ziekenhuisbudget uit te betalen hangt af van de tijd die nodig is voor de facturatie en voor de uitbetaling door de verzekeringsinstellingen. Met het oog op het bepalen van een datum onderzoeken mijn diensten momenteel welke periode nodig is voor facturatie en betaling in de ziekenhuizen.

Vanmorgen nog heb ik gevraagd de omstrede berekeningen over te doen en om daarbij de grootte van het ziekenhuis in rekening te brengen.

Le délai de paiement du budget des hôpitaux dépend du temps requis pour la facturation (période d'acceptation des bandes de facturation par les organismes assureurs) d'une part et du délai dont les organismes assureurs ont besoin pour effectuer leurs paiements après l'acceptation des bandes de facturation, d'autre part.

Mon administration est en train d'examiner quels sont les délais de facturation et de paiement en vigueur dans les hôpitaux de manière à pouvoir arrêter ladite date. Ce calcul est possible grâce à la collecte annuelle des données concernant les délais de paiement de 80% du budget hospitalier que les hôpitaux fournissent au service de comptabilité de l'administration. Cette récolte de données a lieu dans le cadre de la fixation de la sous-partie A2 du budget des hôpitaux, sous-partie qui finance les charges des crédits à court terme.

Nous disposons donc des données relatives aux performances des hôpitaux. Toutefois, j'ai demandé ce matin de refaire les calculs car ceux qui ont mené à la date du 15 novembre semblent controversés. De plus, j'ai également demandé de pondérer les délais car une moyenne de dates a été prise en compte. Or, si les grosses factures arrivent plus vite que celles de moindre importance, si les grands hôpitaux sont plus performants que les petits hôpitaux, la moyenne des dates est à leur désavantage. Il existe donc peut-être un élément de distorsion dans les calculs que j'ai utilisés.

03.03 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le ministre, le problème ne réside pas tellement dans la date du 15 novembre mais bien dans le délai, qui est de 4 au lieu de 3 mois. On commence avec un nouveau système en juillet; si la date est le 15 novembre, le délai est de 4 mois et 15 jours. Un hôpital que je connais bien facture en 3 mois. Un mois de facturation équivaut à 200 millions de francs belges. Le problème se pose en termes de trésorerie surtout lors de l'introduction du système. Pour les hôpitaux qui facturent en 4 mois, cela ne change rien. Par contre, ceux qui facturent en 3 mois sont pénalisés alors qu'ils facturent rapidement et que les gestionnaires les poussent à agir de la sorte. Qui perd? Il ne s'agit pas tellement des organismes assureurs, ni de l'Etat. A un moment donné, quelqu'un doit céder. C'est un choix d'opportunité.

03.04 Frank Vandebroucke, ministre: Les choses sont extrêmement compliquées. Au début, j'avais l'impression que la situation était surtout très difficile pour les organismes assureurs. A présent, ce sont les hôpitaux qui me disent que cela ne va pas! Je le répète: il faut procéder à une vérification des calculs et mener une concertation approfondie avant de prendre une décision.

03.05 Yvan Mayeur (PS): La date du 15 novembre n'est donc pas définitive?

03.06 Frank Vandebroucke, ministre: Non, on est en train de revoir tout cela!

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

03.03 Yvan Mayeur (PS): Daar het nieuwe systeem op 1 juli in werking treedt, gaat door de datum die op 15 november werd vastgesteld, een maand facturatie verloren. Dit veroorzaakt geldelijke moeilijkheden voor de ziekenhuizen die hun facturen op drie maanden opmaken en die onder druk worden gezet door de beheerders die hen aanzetten hun facturen zo spoedig mogelijk op te maken.

03.04 Minister Frank Vandebroucke: Aanvankelijk had ik de indruk dat de ziekenhuizen werden bevoordeeld maar nu zeggen ze me dat zij daardoor in moeilijkheden raken. Er moet overleg worden gepleegd.

03.05 Yvan Mayeur (PS): Is de datum van 15 november niet definitief?

04 Question de M. Robert Hondermarcq au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le groupe d'experts internationaux chargé de la health technology assessment du PETscan" (n° 7594)

04 Vraag van de heer Robert Hondermarcq aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de internationale expertengroep voor health technology assessment van de PETscan" (nr. 7594)

04.01 Robert Hondermarcq (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, au départ, rappelez-vous, la task force "Perl" attirait l'attention sur le fait que la limitation du nombre de services de médecine nucléaire, dans lesquelles un scanner PET est installé n'est pas la technique indiquée. Ce point n'a cependant pas fait l'objet d'un consensus puisqu'on pouvait trouver dans ce même rapport une note de minorité en ce qui concerne cette problématique.

En réaction à ce rapport, le gouvernement a précisé qu'il était d'avis que – je cite – "en ce qui concerne les services de médecine nucléaire avec un 'PET scan', une évaluation sur la base de la HTA doit être effectuée avant que les arrêtés en la matière soient adaptés ou supprimés. Il chargera par conséquent un groupe d'experts internationaux indépendants en matière de HTA, concernant les domaines d'application et relatifs à la médecine nucléaire, et chargé d'examiner la situation belge et de formuler des recommandations."

Dans "l'Agenda 2002 pour le changement des soins de santé", le gouvernement a décidé de lancer la "health technology assessment du PET scan" par la constitution de ce groupe d'experts internationaux.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous donner des précisions quant à l'état d'avancement des travaux de cette commission? De quelles informations disposez-vous déjà au niveau des orientations? Quelle est la composition de ce groupe d'experts? A quelle fréquence se réunissent-ils? Quand doivent-ils rendre leurs conclusions?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, l'honorable membre demande des précisions concernant la constitution et l'état d'avancement du groupe d'experts internationaux indépendants en matière de "health technology assessment" relatif à la problématique du PET scan en Belgique. A juste titre, il fait référence au fait que le gouvernement était d'avis de procéder à une évaluation sur la base de la HTA en faisant appel à ces experts avant que les arrêtés en matière de PET scan ne soient éventuellement adaptés.

Je répondrai à l'honorable membre que j'ai confié à mon administration, en date du 27 novembre 2001, le soin d'établir une liste d'experts étrangers indépendants à consulter. Leur expertise devrait couvrir le champ médical ad hoc, en particulier l'oncologie, la médecine nucléaire et la méthodologie HTM.

Une liste étendue de douze experts a été constituée, dans un premier temps, par mon administration. Cette liste a, ensuite, été réduite en fonction de l'existence de centres HTA implantés et reconnus dans leur pays respectif. Les experts retenus proviennent des pays suivants, à savoir les Pays-Bas, la France, l'Espagne, le Royaume uni (y compris l'Ecosse). L'Ecosse nous a également invités à une réunion d'élaboration des recommandations HTA en matière de PET

04.01 Robert Hondermarcq (MR): De regering heeft beslist een *health technology assessment* (HTA) van de PET-scan op te starten, en heeft daarvoor een internationale expertengroep samengebracht. De bevindingen van die experts moeten als grondslag dienen voor de plannen van de regering om de diensten voor nucleaire geneeskunde die PET-scans uitvoeren te beperken.

Wat is de stand van zaken, en wat is de strekking van de werkzaamheden?

Hoe is de expertengroep samengesteld, en hoe vaak komt de groep bijeen?

Wanneer moeten de experts hun conclusies publiceren?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Op 27 november 2001 heb ik mijn administratie opgedragen een lijst op te stellen van 12 buitenlandse, onafhankelijke experts op het gebied van de oncologie, de nucleaire geneeskunde en de HTA. Vervolgens werd die lijst verder uitgepuurd en werden enkel experts overgehouden uit landen met een erkend HTA-centrum, i.c. Nederland, Frankrijk, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Schotland.

Na raadpleging van die experts zal de administratie een definitieve synthese kunnen overleggen van de informatie die ze gekregen heeft uit Spanje, Schotland, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Australië en Denemarken. Op grond van die synthese zullen dan

scan. Il est vrai que l'Ecosse a une politique de soins tout à fait indépendante et complètement décentralisée.

Mon administration a reçu les dossiers d'analyse selon la méthodologie HTA de trois de ces pays (Espagne, Ecosse - Royaume uni, France), ainsi que les rapports de l'Australie et du Danemark déjà disponibles depuis 2000 et 2001.

L'administration est occupée à dépouiller et analyser ces dossiers et pourra fournir une synthèse définitive d'ici septembre après consultation de ces experts. Ce rapport fera le point des connaissances actuelles concernant le PET scan et permettra de préciser dans quelle mesure la Belgique est en retard ou en avance par rapport aux autres pays en matière d'équipement, de politique de remboursement et d'indications et de recommandations de bonnes pratiques et, en définitive, de prendre les décisions correctes en fonction de l'état des connaissances actuelles quant à l'opportunité d'appliquer les arrêtés.

Cependant, je peux d'ores et déjà, annoncer à l'honorable membre que le nombre de PET scan autorisés par million d'habitants par la programmation est, semble-t-il, beaucoup plus important en Belgique que dans le reste de l'Europe et qu'aux Etats-Unis.

04.03 Robert Hondermarcq (MR): Monsieur le président, je remercie M. le ministre pour sa réponse. Je suppose que cela engendrera des effets pratiques à très court terme.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.38 uur.

La réunion publique de commission est levée à 15.38 heures.

de juiste beslissingen kunnen worden genomen over de opportuniteit van een aanpassing van de besluiten.

Hoe dan ook is het zo dat het aantal uit hoofde van de programmatie toegestane PET-scans per miljoen inwoners veel hoger blijkt te liggen in België dan in de rest van Europa en de Verenigde Staten.