



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

woensdag

16-10-2002

14:30 uur

mercredi

16-10-2002

14:30 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>

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

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

INHOUD

- Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de parkeerkaarten voor personen met een handicap" (nr. A016) 1
Sprekers: **Greta D'hondt, Greet Van Gool**, regeringscommissaris toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van rolstoelen" (nr. A064) 4
Sprekers: **Greta D'hondt, Greet Van Gool**, regeringscommissaris toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen, **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het advies nr. 15 van 18 februari 2002 van het Raadgevend comité voor bio-ethiek inzake de minimale klinische gegevens" (nr. 7911) 6
Sprekers: **Yvan Mayeur, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Vraag van mevrouw Fientje Moerman aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de grensbedragen van het toegelaten inkomen voor mensen die genieten van een pensioen en meer bepaald over de 15%-regel" (nr. 7960) 8
Sprekers: **Fientje Moerman, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen en aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de mandaatvergoedingen in het onderwijs" (nr. 7972) 10
Sprekers: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de Staten-Generaal over de horeca" (nr. 8509) 11
Sprekers: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen
- Vraag van de mevrouw Greta Dhondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanpassing van de wetgeving aan de invoering van het tijdskrediet" (nr. 8512) 13
Sprekers: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken

SOMMAIRE

- Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les cartes de stationnement pour les personnes handicapées" (n° A016) 1
Orateurs: **Greta D'hondt, Greet Van Gool**, commissaire du gouvernement jointe au ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement des fauteuils roulants" (n° A064) 4
Orateurs: **Greta D'hondt, Greet Van Gool**, commissaire du gouvernement jointe au ministre des Affaires sociales et des Pensions, **Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question de M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'avis n° 15 du 18 février 2002 du Comité consultatif de bioéthique – résumé clinique minimum" (n° 7911) 6
Orateurs: **Yvan Mayeur, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question de Mme Fientje Moerman au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le montant maximum des revenus professionnels autorisés pour les personnes bénéficiant d'une pension et, plus particulièrement, sur la règle des 15%" (n° 7960) 8
Orateurs: **Fientje Moerman, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions et au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale sur "l'indemnité de mandat du personnel enseignant" (n° 7972) 10
Orateurs: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les Etats généraux de l'horeca" (n° 8509) 11
Orateurs: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'adaptation de la législation à l'instauration du crédit-temps" (n° 8512) 13
Orateurs: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires

en Pensioenen

Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de erkenning van musculo-skeletale aandoeningen als beroepsziekte" (nr. 8531) 14

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

Vraag van mevrouw Frieda Brepoels aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van het geneesmiddel Botox" (nr. 8533) 16

Sprekers: **Frieda Brepoels**, voorzitter van de VU&ID-fractie, **Maggie De Block, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Interpellatie van mevrouw Maggie De Block tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de maatregelen in de kinesitherapie" (nr. 1409) 19

Sprekers: **Maggie De Block, Jef Valkeniers, Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Samengevoegde vragen van
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de 'alles-in' prijs voor rusthuizen" (nr. 8601) 31

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de remgelden voor rusthuisbewoners die palliatieve zorgen ontvangen" (nr. A025) 31

Sprekers: **Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van de heer Daniel Bacquelaïne aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de besparing waartoe bepaalde diagnostische en therapeutische middelen op termijn leiden en de evaluatie ervan" (nr. 8603) 36

Sprekers: **Daniel Bacquelaïne**, voorzitter van de MR-fractie, **Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de labo's voor klinische biologie" (nr. A038) 40

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

Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de situatie van het personeel tewerkgesteld in de extramurale laboratoria voor klinische biologie" (nr. A062) 42

Sprekers: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken

sociales et des Pensions

Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la reconnaissance des affections musculo-squelettiques comme maladie professionnelle" (n° 8531) 15

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

Question de Mme Frieda Brepoels au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement du médicament Botox" (n° 8533) 16

Orateurs: **Frieda Brepoels**, présidente du groupe VU&ID, **Maggie De Block, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Interpellation de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les mesures prises à l'égard de la kinésithérapie" (n° 1409) 19

Orateurs: **Maggie De Block, Jef Valkeniers, Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Questions jointes de
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le prix 'tout-compris' à réclamer aux pensionnaires des maisons de repos" (n° 8601) 31

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le ticket modérateur pour les personnes résidant dans des maisons de repos et qui bénéficient de soins palliatifs" (n° A025) 31

Orateurs: **Luc Goutry, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de M. Daniel Bacquelaïne au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'économie induite par certains moyens diagnostiques ou thérapeutiques et son évaluation" (n° 8603) 36

Orateurs: **Daniel Bacquelaïne**, président du groupe MR, **Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les laboratoires de biologie clinique" (n° A038) 40

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

Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la situation du personnel employé dans les laboratoires extra-muros de biologie clinique" (n° A062) 42

Orateurs: **Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires

en Pensioenen

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de 44
minister van Sociale Zaken en Pensioenen over
"de terugbetaling van medisch begeleide
voortplanting" (nr. A081)

Sprekers: **Yolande Avontroodt, Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, minister van
Sociale Zaken en Pensioenen

sociales et des Pensions

Question de Mme Yolande Avontroodt au 44
ministre des Affaires sociales et des Pensions
sur "le remboursement dans le cadre de la
procréation médicalement assistée" (n° A081)

Orateurs: **Yolande Avontroodt, Greta D'hondt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires
sociales et des Pensions

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE
ZAKEN

van

WOENSDAG 16 OKTOBER 2002

14:30 uur

COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES

du

MERCREDI 16 OCTOBRE 2002

14:30 heures

De vergadering wordt geopend om 14.39 uur door de heer Joos Wauters, voorzitter.
La séance est ouverte à 14.39 heures par M. Joos Wauters, président.

01 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de parkeerkaarten voor personen met een handicap" (nr. A016)

01 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les cartes de stationnement pour les personnes handicapées" (n° A016)

01.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik geloof dat alle collega's reeds vragen hebben gesteld over de zaak van de parkeerkaarten en wij hoopten allemaal – u wellicht in de eerste plaats – dat wij het ergste hadden meegemaakt. U hebt op vragen over deze zaak – ook op een vraag van collega Ansoms – geantwoord dat de verwerkingstermijn vijf maanden bedraagt – het was november 2001 – en dat de achterstand een probleem is van voorbijgaande aard en dat de behandelingstermijn van twee maanden het streefdoel wordt. Wij deelden toen samen met u die hoop en ik erken zeer graag dat daar inderdaad duidelijk verbetering in de situatie merkbaar was. Ik moet eerlijk zeggen dat ik er vrij gerust in was.

01.01 **Greta D'hondt** (CD&V): En novembre 2001, en réponse à une question de M. Ansoms, le ministre affirmait que les retards dans la délivrance des cartes de stationnement pour les personnes handicapées étaient de nature passagère et que le délai d'examen d'un dossier devait être ramené à deux mois. Nous étions tous pleins d'espoir.

Het is nu naar aanleiding van een concreet geval dat ik mij veroorloof u een vraag te stellen, niet omdat ik dat concrete geval wens op te lossen, maar omdat het toch wel enigszins haaks staat op onze hoop en onze verwachting dat de termijn van twee maanden zou bereikt zijn of bijna bereikt zou zijn. Het concrete geval dat men mij voorlegde – de stukken waren erbij gevoegd – is van iemand die in februari 2002 een aanvraag deed voor een parkeerkaart. De betrokkene is volledig verlamd aan de beide onderste ledematen en op het eerste gezicht kon er niet veel discussie bestaan om in aanmerking te komen voor een parkeerkaart. De komst van deze kaart bleef heel lang uit en bij navraag bij de bevoegde diensten bleek dan dat die mevrouw pas in november, als het allemaal meezit, door de controledokter voor een onderzoek zal worden uitgenodigd.

Il s'avère aujourd'hui que la situation ne s'est nullement améliorée, loin s'en faut. Une dame dont les deux membres inférieurs sont paralysés a demandé une carte de stationnement en février 2002. Après vérification, il apparaît qu'elle ne sera pas invitée à subir un examen auprès du médecin-contrôle avant le mois de novembre. Il semble que le dossier n'a été transmis au médecin-contrôle qu'au mois d'août.

Het dossier van deze dame, indieningstermijn februari van dit jaar, is eigenlijk pas in augustus vertrokken naar de controledokter. Dit kan niet anders meer dan een zeer lange wachttermijn worden. Ik stel dus de vraag, mevrouw de minister, is dit een eenmalig geval, is er hier een administratieve fout gebeurd? Ja goed, dat kan overal al eens voorvallen en dat is erg voor de dame in kwestie, maar dan zou dit geen symptoom zijn van opnieuw een verlenging van de procedure op de behandelingstermijn voor het bekomen van een parkeerkaart. Mocht dit echter geen eenmalig geval zijn, mevrouw de minister, wat schort er dan op dit oenblik aan de afhandeling van die dossiers bij de bevoegde

S'agit-il d'une erreur administrative qui ne s'est produite qu'une fois ou cet incident traduit-il un allongement du délai d'examen du dossier? Quelles mesures ont-elles été prises en ce qui concerne le dernier cas?

diensten en welke maatregelen zullen dan worden genomen om de termijn – waartoe u zich heeft geëngageerd – tot twee maanden te beperken?

01.02 Regeringscommissaris **Greet Van Gool** (namens de minister): Zoals u zelf al aangeeft, hebben wij dit jaar al heel wat inspanningen geleverd om de achterstand van eind vorig jaar, die toch wel enorm was, weg te werken. In de maanden februari en maart van dit jaar zijn vele duizenden aanvragen verwerkt. Dat kon enkel dankzij de hulp van personeelsleden uit andere diensten van het bestuur van het Maatschappelijk Welzijn. Eind juni kreeg de dienst Attesten van de bestuursdirectie van de Uitkeringen aan Personen met een Handicap versterking door middel van personeelsleden die aangeworven werden in het kader van het Rosettabanenplan. Momenteel zijn er acht personen bijkomend tewerkgesteld op die dienst. Zij zijn naast de parkeerkaarten ook belast met het onderzoek van de aanvragen van attesten met het oog op het verkrijgen van fiscale en/of sociale voordelen. Zij houden zich niet uitsluitend bezig met het afhandelen van de aanvragen van parkeerkaarten. Ik wil er ook op wijzen dat, in tegenstelling tot wat wij algemeen hadden verwacht, het aantal aanvragen om parkeerkaarten blijft stijgen.

Zo blijkt dat voor de eerste negen maanden van dit jaar er gemiddeld 4.709 aanvragen per maand zijn binnengekomen. Vorig jaar was dat nog een gemiddelde – dat was al sterk toegenomen – van 4.537 per maand. De oorzaak daarvan is niet zo duidelijk. Alleszins zal meespelen dat er nog steeds heel wat aanvragen om vervanging van de vroegere rijksambtskaarten blijven binnenkomen.

Wat uw eerste vraag betreft, wil ik benadrukken – zoals ik ook al eerder heb aangetoond – dat de achterstand die in januari 2002 bestond wel degelijk is weggewerkt. Ik zal ook niet ontkennen dat zich in sommige individuele gevallen nog vertragingen kunnen voordoen, zoals wellicht het geval is in het geval dat u aanhaalt. Het is echter niet correct zonder meer te besluiten dat er in die gevallen sprake is van een fout van de administratie omdat niet in alle dossiers onmiddellijk of binnen een termijn van twee maanden kan worden beslist.

Een voorbeeld is wanneer er geen medische gegevens over de aanvrager bekend zijn of als die gegevens te oud zijn. In dat geval moet er een nieuw medisch onderzoek gebeuren, wat in de beste hypothesen toch al gauw twee maanden duurt. Gemiddeld zijn er drie tot vier oproepen nodig vooraleer de aanvrager zich aanbiedt voor een onderzoek. Ook bij huisbezoeken is succes niet altijd verzekerd omdat de aanvragers niet altijd thuis zijn op het afgesproken ogenblik.

Daarnaast is het ook zo dat heel wat aanvragen om een parkeerkaart te verkrijgen een tijdje onbeslist blijven wanneer tegelijkertijd een aanvraag om een tegemoetkoming te verkrijgen of een attest werden ingediend. In dat geval moet het resultaat van het medisch onderzoek worden afgewacht opdat de dienst geen tegenstrijdige beslissingen zou nemen, bijvoorbeeld door de toekenning van een parkeerkaart en een afwijzing voor een tegemoetkoming. Men moet daar de gegevens van het medisch onderzoek voor het geheel afwachten vooraleer men ook over de parkeerkaart een beslissing kan nemen.

Wat uw tweede vraag over de gemiddelde behandelingstermijn betreft, kan ik zeggen dat, ondanks de vaststelling dat het aantal aanvragen in 2002 niet gedaald is ten opzichte van vorig jaar, de gemiddelde onderzoekstermijn in 2002 toch drastisch is verminderd. Eind juli 2002 bedroeg de gemiddelde onderzoekstermijn 1,3 maanden. Eind 2001

01.02 **Greet Van Gool**, commissaire du gouvernement, au nom du ministre: Nous avons déjà consenti d'importants efforts pour résorber l'arriéré accumulé à la fin de l'année dernière, notamment grâce à l'aide d'autres services. Huit personnes sont venues renforcer le cadre du service Attestations de la direction administrative des allocations accordées aux personnes handicapées. Elles traitent les demandes de carte de stationnement et d'obtention d'avantages sociaux et/ou fiscaux. En outre, et contre toute attente, le nombre de demandes de cartes de stationnement augmente. Les raisons de cette augmentation ne sont pas claires.

L'arriéré est résorbé. Un retard isolé ne doit pas être automatiquement assimilé à une erreur administrative. Ainsi, une demande de carte de stationnement peut rester quelque temps sans réponse lorsqu'une demande d'intervention et d'attestation ont été introduites simultanément.

Si, en 2002, le nombre de demandes n'a pas baissé par rapport à 2001, la durée moyenne nécessaire pour l'examen de la requête a, elle, considérablement diminué. Fin juillet, cette durée était de 1,3 mois contre 3,6 mois à la fin de 2001.

bedroeg die termijn nog 3,6 maanden. Dat is een gemiddelde termijn over een hele periode genomen.

Momenteel is het zo dat de aanvragen die ingediend zijn in oktober, nu al behandeld worden. Ik denk dat we inderdaad kunnen stellen dat de toestand opmerkelijk verbeterd is. Als men daarbij dan rekening houdt met wat ik daarjuist zei, dat medische onderzoeken vaak op zich al twee maanden bedragen, dan is de gemiddelde termijn van 1,3 maanden echt wel opmerkelijker. Gelet op de bestaande procedures inzake medische onderzoeken, kunnen wij onmogelijk waarborgen dat in alle dossiers binnen twee maanden een beslissing zal worden genomen. Ook wat de gemiddelde onderzoekstermijn betreft die thans minder dan anderhalve maand bedraagt, meen ik dat bijkomende maatregelen zich niet opdringen. Ik ben wel bereid om, als u de naam van die persoon wilt meedelen, te bekijken wat daar is gebeurd dat die aanvraag zo lang is blijven liggen. Het zal echter wellicht wel gaan om een vrouw die samen met haar parkeerkaart ook andere zaken aangevraagd heeft.

01.03 Greta D'hondt (CD&V): Mevrouw de regeringscommissaris, het kan zijn dat die mevrouw ook andere zaken of voordelen aangevraagd heeft. Ik kan er ook inkomen dat voor die aanvragen waarvoor een nieuw medisch onderzoek nodig is, er twee maand verloopt tussen het indienen van de aanvraag en het bekend zijn van het resultaat van dit medisch onderzoek.

Maar wat mij vooral frappeerde in dit geval, was dat er maanden verstreken vooraleer het dossier overgemaakt werd aan de controleartsen. De betrokken mevrouw diende haar dossier in begin februari 2002, het dossier werd echter door de betrokken diensten slechts in augustus overgemaakt aan de controleartsen, die de betrokkene vermoedelijk pas in november 2002 zullen oproepen voor verder medisch onderzoek.

Een tijdspanne van februari tot augustus, zijnde zes maanden, om een dossier vanuit de diensten voor tegemoetkomingen voor gehandicapten over te maken aan de controleartsen en nadien drie maanden vooraleer betrokkene zal opgeroepen worden door de controleartsen, of in totaal reeds negen maand tussen het indienen van de aanvraag en het onderzoek door de controleartsen is een veel te lange termijn, zelfs al zou die mevrouw in haar dossier ook nog andere zaken aangevraagd hebben. Dat lijkt mij teveel verloren tijd. De rest daar kan ik nog inkomen. U zegt dat het ingewikkelde dossiers zijn. In het beste geval krijgt deze mevrouw een positief antwoord, 't'is te zeggen een parkeerkaart toegestuurd, ongeveer één jaar nadat zij haar aanvraag ingediend heeft.

Mevrouw, ik zal u het dossier overmaken om te bewijzen dat het geen verzinsel is. Overigens apprecieer ik de inspanningen die door de diensten werden gedaan om de termijnen te verkorten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van rolstoelen" (nr. A064)

02 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement des fauteuils roulants" (n° A064)

02.01 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik ben blij dat de minister van Sociale Zaken hier ondertussen ook is. want ik heb hem in

01.03 Greta D'hondt (CD&V): Même si la dame dont je vous ai parlé a introduit d'autres demandes en même temps, un délai de six mois - de février à août - pour communiquer un dossier à un médecin paraît exagérément long.

Entre l'introduction de la demande auprès du médecin-contrôle et l'octroi ou le refus de la place de parking s'écoule un délai de plus de deux mois. Ce délai est uniquement acceptable lorsqu'il s'agit de dossiers complexes. J'apprécie toutefois les efforts qui sont actuellement fournis en vue de réduire ce délai.

02.01 Greta D'hondt (CD&V): A l'occasion de la déclaration

het verleden bij herhaling daarover mogen ondervragen. Ik stel nu mijn vraag opnieuw omdat wij in de regeringsverklaring van vorige week konden horen dat er een budgettaire ruimte vrijgemaakt werd voor de rolstoelen en een betere terugbetaling daarvan. Ik ga daar niet lang over uitweiden. Mijn vragen – en ik heb het pakje vragen bij dat ik in de voorbije paar jaar daarover gesteld heb – gingen uiteraard over de betere terugbetaling van aangepaste rolstoelen in het algemeen, maar ook regelmatig heel specifiek over het terugbetalen van die fameuze lichtgewichtrolstoelen met aangepaste zittingen, die vooral kinderen of jongeren, die het slachtoffer zijn van hersenverlamming, een stuk levenskwaliteit en zelfredzaamheid moeten terugschenken.

De minister heeft mij bij vorige gelegenheden verwezen naar de werkzaamheden die daaromtrent bezig waren in de commissie bandagisten, enzovoort. Ik was dus heel verheugd te vernemen dat er bijkomende middelen vrijgemaakt zijn voor een betere terugbetaling van rolstoelen. Mijn hoop is dat deze deelcategorie, waarvoor ik in het verleden zo geregeld ben tussengekomen, er ook zal tussen zitten. Ik wacht dus met spanning op het antwoord.

02.02 Regeringscommissaris **Greet Van Gool** (namens de minister): Mijnheer de voorzitter, mevrouw D'hondt, zoals u daarnet reeds aanhaalde, er is dus een bedrag van 7,5 miljoen euro vrijgemaakt voor de hervorming van de nomenclatuur van de rolstoelen. Vermits deze nieuwe regeling in werking zal treden op 1 oktober 2003, betekent dit voor 2003 1,875 miljoen euro meerkosten.

Het dossier van de rolstoelen, dat al vele jaren aansleept, werd op de agenda van de Interministeriële Conferentie voor Personen met een Handicap geplaatst. In een speciale werkgroep werd onderzoek verricht naar vereenvoudigde procedures inzake hulpmiddelen. Daar hebben wij, samen met de Gemeenschappen en Gewesten, ook een akkoord bereikt over een grondige hervorming van het rolstoelbeleid. Het RIZIV heeft, zoals u ook al zei, een verslag gemaakt over de terugbetalingscriteria van de rolstoelen. Dit verslag is ook aan het Parlement meegedeeld.

Wat gaat er verder gebeuren? Technische werkgroepen bij het RIZIV buigen zich over de hervorming van de nomenclatuur en de oprichting van een commissie voor de tegemoetkoming van bandages, ortheses en protheses. De bedoeling is dat hier ook vertegenwoordigers van de fondsen mee in zouden zitten. Die commissie kan samengesteld worden uit vertegenwoordigers van de fondsen en de gebruikers. Ze kan een advies geven over de nomenclatuur. Dat laat dan ook toe beter rekening te houden met de noden van bepaalde doelgroepen, namelijk de kinderen waarover u het in uw vraag hebt.

Uitgaande van het rapport van het RIZIV worden nu al meerdere wijzigingen aan de nomenclatuur gepland. Deze betreffen vooral betere terugbetaling en de verruiming van de doelgroepen voor elektronische rolwagens, elektronische scooters, actieve rolwagens en kinderrolwagens, deerschikking van het budget, het behoud van standaardrolwagens voor senioren met niet-functioneel verlies en maatwerk, dus individuele aanpassingen. Bovendien zal de nieuwe benadering bij de beslissing over het toewijzen van een bepaald type rolstoel rekening houden met zowel medische aandoeningen als met de leefomstandigheden. Door het gebruik van deze medische en functionele criteria zullen meer mensen een rolstoel terugbetaald krijgen en zal deze rolstoel beter aangepast zijn aan de behoeften van het individu. Zoals u zult kunnen vaststellen, is in de geplande wijzigingen zeker aandacht voor de specifieke behoeften van kinderen

gouvernementale, j'ai été heureuse d'entendre que des moyens avaient été prévus au budget pour améliorer le remboursement des fauteuils roulants. Par le passé, j'ai posé de nombreuses questions à propos d'un meilleur remboursement des fauteuils roulants adaptés, en particulier des fauteuils légers. J'espère en tout cas que cette catégorie spécifique est également visée. J'attends avec impatience la réponse du ministre à cette question.

02.02 **Greet Van Gool**, commissaire du gouvernement, au nom du ministre: Les changements apportés à la nomenclature des fauteuils roulants coûteront, en 2003, 1,875 millions d'euros et ont été effectués en concertation avec les Communautés et les Régions. Après une longue période d'enlisement, cette matière est donc réglée. En ce qui concerne les critères de remboursement, l'INAMI a établi un rapport qui a également été transmis au Parlement.

Par ailleurs, les groupes de travail de l'INAMI préparent une adaptation de la nomenclature des pansements et prothèses. Une commission spéciale, au sein de laquelle siégeront des représentants des organismes assureurs, sera sans doute mise sur pied à cet effet. Une attention particulière sera dès lors consacrée aux besoins de groupes spécifiques.

Une série de modifications seront probablement apportées, telles que l'assouplissement des conditions de remboursement des fauteuils roulants électriques et des aménagements individuels de ces appareils. Les affections médicales et les conditions de vie seront également davantage prises en compte. Davantage de personnes bénéficieront du remboursement d'un fauteuil roulant. Par ailleurs,

wat de rolstoelen betreft en het rapport gaat nog expliciet in op dit onderwerp.

Het is nog te vroeg om nu al definitief te kunnen zeggen in welke richting die hervorming van de nomenclatuur zal gaan.

Ik wil nog wel vermelden dat er ook wordt gewerkt aan een vereenvoudiging van de procedures tot aanvraag voor terugbetaling. De werkgroep van de interministeriële conferentie werkt aan de uitbouw van een uniek loket en een eenheidsdossier. De volgende vergadering van die werkgroep is gepland voor 21 oktober.

02.03 Greta D'hondt (CD&V): Mevrouw Van Gool, ik zal de zaak met aandacht voort blijven volgen. U geeft nieuwe gegevens die niet in het laatste antwoord dat ik van minister Vandenbroucke heb gekregen, zaten.

Op zichzelf is het een hele goede zaak, maar ik zou graag, vooral voor kinderen, de specificiteit concreter zien.

Ik zal de zaak blijven volgen. Wij vragen dus vooral dat er middelen op de begroting zijn. Er wordt voortgewerkt in de werkgroep, die nog deze maand samenkomt. (...) (micro niet ingeschakeld)

02.04 Regeringscommissaris **Greet Van Gool** (namens de minister): Er is een wetswijziging nodig om die nieuwe commissie op te richten. Dat is één zaak. Dan moeten er ook de nodige uitvoeringsbesluiten worden genomen. Men is met die verschillende werkgroepen bezig, enerzijds in het RIZIV en anderzijds in de interministeriële conferentie, waar vooral wordt gewerkt aan dat eenheidsdossier en waar ook afspraken moeten worden gemaakt met de Gemeenschappen en de Gewesten.

Wij hopen alleszins dat de nieuwe regeling begin 2003 kan worden gepubliceerd en uitwerking kan hebben vanaf oktober 2003.

Dat is het streefdoel en zo is het ook ingeschreven.

02.05 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, ik wil mevrouw D'hondt bedanken voor het compliment. Het is inderdaad niet mijn gewoonte om iets aan te kondigen dat ik daarna niet voor 100% doe. Mevrouw D'hondt heeft gezegd dat zij niets nieuw heeft vernomen. Inderdaad, als ik hier iets aankondig, doe ik het daarna.

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

03 Question de M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'avis n° 15 du 18 février 2002 du Comité consultatif de bioéthique – résumé clinique minimum" (n° 7911)

03 Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het advies nr. 15 van 18 februari 2002 van het Raadgevend comité voor bio-ethiek inzake de minimale klinische gegevens" (nr. 7911)

03.01 **Yvan Mayeur (PS):** Monsieur le président, monsieur le ministre, le 18 février dernier, le Comité consultatif de Bioéthique rendait son avis à propos des questions éthiques relatives à l'impact du "résumé clinique minimum" sur le nombre de journées d'hospitalisation des patients.

les fauteuils roulants seront mieux adaptés aux besoins individuels. Une attention particulière sera consacrée aux besoins spécifiques des enfants.

Enfin, le groupe de travail interministériel s'emploie à simplifier les procédures par l'intermédiaire d'un guichet et d'un dossier uniques. La prochaine réunion est prévue pour le 21 octobre.

02.03 **Greta D'hondt (CD&V):** Je suivrai attentivement l'évolution de ce dossier. Une augmentation des moyens est absolument nécessaire.

02.04 **Greet Van Gool** , commissaire du gouvernement (au nom du ministre): Pour créer la commission que je viens d'évoquer, une modification de la loi est nécessaire. Néanmoins, plusieurs groupes de travail sont déjà actifs. Nous espérons que la nouvelle réglementation pourra entrer en vigueur en octobre 2003.

02.05 **Frank Vandenbroucke** , ministre: Lorsque j'annonce des initiatives, je mets tout en œuvre pour qu'elles aboutissent.

03.01 **Yvan Mayeur:** Op 18 februari heeft het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek zijn advies gegeven inzake de ethische vragen die rijzen rond de invloed van de Minimale Klinische Gegevens

Sans remettre en cause la nécessité d'une affectation équitable des ressources financières dans le secteur hospitalier, le Comité s'interroge néanmoins sur la pertinence du "résumé clinique minimum" à cet égard et fait plusieurs recommandations, parmi lesquelles je retiens principalement celles-ci:

1. le caractère purement statistique du RCM actuel, lequel permet de comparer les durées de séjour par type de pathologie entre les différents hôpitaux, mais sans prise en compte de certaines caractéristiques du patient (par exemple son isolement, un environnement familial ou social inadéquat) qui peuvent rendre difficile un retour plus rapide au domicile;
2. la nécessité d'un système de contrôle clair et efficace pour éviter une certaine "ingénierie" en matière de tenue des RCM;
3. l'inquiétude manifestée par le Comité en ce qui concerne la garantie de l'anonymat des données collectées;
4. la nécessité de prévoir une information adéquate des candidats médecins, dès leur formation médicale.

En outre, le Comité souligne que, si le RCM a été instauré à un moment où la durée d'hospitalisation des patients dans les hôpitaux généraux pouvait être considérée comme exagérément longue, les durées moyennes d'hospitalisation auraient diminué au point d'atteindre aujourd'hui, selon le Comité, une situation critique. On a déjà parlé de ce point à d'autres moments, si bien que le Comité s'en est saisi également.

Je souhaiterais connaître le sentiment de monsieur le ministre sur les différentes considérations émises par le Comité, ainsi que les mesures éventuellement envisagées pour y répondre.

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, comme l'honorable membre, c'est avec attention que j'ai pris connaissance de l'avis du Comité consultatif de Bioéthique sur le "résumé clinique minimum". Cet avis comprend plusieurs éléments. En réponse aux points retenus par l'honorable membre, je peux communiquer ce qui suit.

Le RCM permet d'enregistrer et d'encoder le caractère social du patient, notamment au moyen des "codes V" appropriés. En ce moment, un "observatoire social" est également installé, qui évaluera l'influence des facteurs sociaux notamment sur la durée de séjour et qui proposera des mesures adéquates.

Le contrôle des résumés se fait à plusieurs niveaux: depuis la vérification et la validation automatiques de ceux-ci, jusqu'à un audit externe des RCM, basé sur des séjours sélectionnés suivant une méthodologie approuvée par la Commission pour l'évaluation et la supervision des données statistiques en rapport avec les activités médicales dans les hôpitaux. A l'avenir, la loi sur les soins de santé prévoira, entre autres, un renforcement du système de contrôle et de la fonction d'audit. D'une part, il sera possible de faire appel aux médecins-conseils des mutualités pour le renforcement de l'audit externe. D'autre part, une commission pourra être créée parallèlement qui veillera en particulier sur les admissions en séjour hospitalier et sur le contrôle des données qui s'effectuera suivant les critères définis par arrêté royal.

Nous sommes conscients de l'extrême nécessité de protéger la vie privée. A cet égard, je tiens à souligner que la Commission pour la protection de la vie privée a émis un avis positif sur l'enregistrement actuel des RCM ainsi que sur le couplage des données RCM avec les

(MKG) op het aantal opnamedagen van de patiënt.

In dat advies zet het Comité vraagtekens bij de relevantie van de MKG en doet het verscheidene aanbevelingen, onder meer inzake het louter statistisch karakter van de bestaande MKG, de noodzaak om een duidelijk en doeltreffend toezicht in het leven te roepen, het waarborgen van de anonimiteit van collectieve gegevens en de noodzaak de kandidaat-artsen passend te informeren.

Daarnaast wijst het Comité erop dat de MKG werden ingesteld op een ogenblik waarop de opnameduur in de algemene ziekenhuizen als overdreven lang kon worden beschouwd, maar dat de gemiddelde duur in die mate is gedaald dat die op een kritiek punt is aanbeld.

Wat denkt u over die opmerkingen en welke maatregelen overweegt u om daaraan tegemoet te komen?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: De MKG bieden de mogelijkheid de sociale status van de patiënt te registreren en te coderen. Een 'sociaal observatorium' zal de invloed van sociale factoren op de opnameduur nagaan en zal passende maatregelen voorstellen.

De controle van de MKG gebeurt op verschillende niveaus, gaande van de automatische verificatie en validatie tot de externe audit, volgens een methodiek die werd goedgekeurd door de commissie voor de evaluatie en het toezicht op de statistische gegevens inzake de medische verrichtingen in de ziekenhuizen. In de wet op de gezondheidszorg wordt het controlesysteem verscherpt en de audit uitgebreid.

De Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer heeft trouwens een positief advies uitgebracht over de bestaande registratie van de MKG en ook over de koppeling van de MKG en MFG.

données RFM, c'est-à-dire les données de facturation. En ce qui concerne d'autres couplages de données, il est clair que les démarches en ce sens seront toujours précédées d'un avis de la Commission pour la protection de la vie privée.

La formation des candidats médecins en cette matière ne relève pas de mes compétences. Toutefois, à l'instar des membres du Comité consultatif de Bioéthique, j'estime que, dès la formation de ces médecins, il faut prêter attention à cette problématique. Je ne manquerai pas d'attirer l'attention de mes collègues compétents et des établissements concernés.

Néanmoins, il est utile de signaler que, récemment, ma collègue la ministre de la Santé publique a pris un arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en gestion de données de santé. Cette mesure aura également un effet positif sur l'utilisation, l'analyse et la diffusion adéquates des données par le corps médical.

Pour conclure, je souhaite rappeler que le Comité consultatif de bioéthique a insisté pour que la dispensation des soins soit considérée comme un ensemble et pour que l'on soit particulièrement attentif à la prise en charge individuelle du patient, après sa sortie de l'hôpital.

Sur ce plan, nous avons accompli d'importants efforts, notamment avec l'élargissement du nombre de lits MRS, le développement de la continuité des soins, l'investissement dans les protocoles de collaboration entre hôpitaux et médecins généralistes, le développement des soins palliatifs et l'amélioration de l'accessibilité de la médecine générale au moyen du dossier médical global.

De opleiding van kandidaat-artsen behoort niet tot mijn bevoegdheden. Toch ben ik van oordeel dat dit aspect tijdens de opleiding aan bod zou moeten komen. Ik wijs erop dat de minister van Volksgezondheid onlangs een ministerieel besluit heeft uitgevaardigd dat voor de specialisten de erkenningscriteria vastlegt inzake het beheer van gezondheidsgegevens. Die

maatregel zal een positieve invloed hebben op het gebruik, de analyse en de passende verspreiding van de gegevens door het medisch korps.

Ten slotte herinner ik eraan dat het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek erop aangedrongen heeft dat de geneeskundige verzorging als een geheel wordt beschouwd en dat bijzondere aandacht zou uitgaan naar de opvang van de individuele patiënt die uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Op dat vlak werden al aanzienlijke inspanningen geleverd, waaronder de uitbreiding van het aantal RVT-bedden, de ontwikkeling van de continuïteit van de verzorging, de uitbouw van de palliatieve zorg.

03.03 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, je remercie le ministre de ces précisions.

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

04 Vraag van mevrouw Fientje Moerman aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de grensbedragen van het toegelaten inkomen voor mensen die genieten van een pensioen en meer bepaald over de 15%-regel" (nr. 7960)

04 Question de Mme Fientje Moerman au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le montant maximum des revenus professionnels autorisés pour les personnes bénéficiant d'une pension et, plus particulièrement, sur la règle des 15%" (n° 7960)

04.01 Fientje Moerman (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb dit gemakshalve de 15%-regel genoemd. Waar gaat het over? Het gaat over de sanctieregeling die bestaat wanneer men de toegelaten bedragen overschrijdt als men geniet van een pensioen. Op voorstel van uzelf en de minister Daems van Middenstand heeft de regering op 28 juni 2002 de ontwerpen van koninklijk besluit goedgekeurd waardoor met terugwerkende kracht tot 1 januari 2002 de inkomstengrenzen (...) tot 15%. Dit is een eerste stap. In haar persmededeling stelt de regering dat zij in het licht van deze beslissing haar voornemen bevestigt om onmiddellijk na de publicatie van deze koninklijke besluiten de tweede fase op te starten. Wat is die tweede fase? Het is de fase waarbij men aan de diverse adviesorganen een voorstel zal voorleggen om de grenzen inzake toegelaten arbeid voor gepensioneerden die de wettelijke pensioenleeftijd hebben bereikt volledig op te heffen. Zoals aezead. de sanctieregelina met of zonder

04.01 Fientje Moerman (VLD): Pour des raisons de facilité, j'ai appelé « règle des 15% » le règlement relatif aux sanctions en cas de dépassement des montants autorisés. S'agissant de cette matière, le gouvernement a approuvé des projets d'arrêté royal afin de fixer ces plafonds à 15% du revenu, avec effet rétroactif jusqu'au 1^{er} janvier 2002. Le gouvernement confirme son intention d'entamer la seconde phase. A cette fin, il soumettra aux divers organes consultatifs une proposition visant à

verhoogde grenzen zoals ze nu bestaan, is dezelfde gebleven. Als iemand met pensioen gaat bijverdienen en het toegelaten bedrag overschrijdt met meer dan 15%, vindt er een pro rata-afkorting op zijn pensioen plaats. Overschrijdt hij dat meer dan 15%, dan wordt het pensioen voor dat jaar geschorst. Dat is een identieke regeling als dewelke geldt voor oudere bruggepensioneerden van voor 1 januari 1993. Ik heb dezelfde vraag gesteld aan uw collega Onkelinx en gevraagd of de 15%-regeling niet kon worden veranderd. Zij heeft mij aangeraden dezelfde vraag aan u te stellen – wat ik al van plan was – omdat zij haar houding op de uwe wil aligneren.

De huidige sanctieregeling wordt door de mensen die die ondergaan als bijzonder arbitrair ervaren. Waarom pro rata tot 15% en alles weg daarboven? Waarom geen 10% of 20% of 50%? Men ervaart het als arbitrair. Men ervaart het ook als bijzonder onrechtvaardig. We gaan hier niet in op individuele gevallen. Als je merkt dat mensen die een jaar te veel hebben bijverdiend, hun pensioen later geschorst zien voor dat jaar en moeten terugbetalen op een toch al niet zo breed pensioen tot aan de leeftijd waarop zij statistisch gezien zullen doodvallen, dan is dit een bijzonder schrijnende situatie.

Vandaar een concreet voorstel. Zou het niet mogelijk zijn om – in afwachting van de nog op til zijnde maar niet onmiddellijke totale afschaffing van de grensbedragen bij rustpensioenen – alvast de sanctieregeling aan te passen zodat de pro rata-afhouding ook geschiedt boven 15% en met een maximum van het ontvangen pensioen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, collega's, tot op heden heb ik het advies dat in juli 2002 werd gevraagd over de ontwerpen van koninklijk besluit nog niet teruggekregen van de Raad van State. Naar ik informeel heb vernomen, zou het advies volgende week moeten klaar zijn. We gaan vooruit.

Overeenkomstig de beslissing genomen door de regering op 28 juni 2002 werd de tweede fase nog niet gestart. Zoals u goed weet varieert de grens van de toegelaten beroepsarbeid naar gelang van de aard van de activiteit (als werknemer of als zelfstandige), naar gelang de familiale toestand (al dan niet kinderen ten laste), naar gelang de leeftijd en als de pensioengerechtigde niet ouder is dan 65 jaar naar gelang de aard van het toegekend pensioen. Per categorie van gepensioneerde bestaat er slechts één grensbedrag. Het grensbedrag voor een gepensioneerde die de wettelijke pensioenleeftijd bereikt heeft, geen kinderlast heeft en die een activiteit als werknemer uitoefent bedraagt vanaf 1 januari 2002 bruto 10.845,34 euro per jaar.

Zolang de inkomsten uit een beroepsactiviteit het toegelaten grensbedrag niet overschrijden, wordt het pensioen onverkort uitbetaald en de overschrijding van het grensbedrag heeft als gevolg dat het pensioen voor het volledige jaar niet meer betaalbaar is en bovendien dat er een aanzienlijke pensioenschuld terug moet worden betaald.

Om het financieel effect van een minieme en toevallige overschrijding eniaszins te milderen heeft de wetgever in het begin van de jaren '90 als

supprimer tout à fait les plafonds de revenus provenant d'un travail autorisé pour les pensionnés. Le règlement actuel en matière de sanctions continue d'exister et est identique à celui qui est d'application pour les prépensionnés âgés ayant été prépensionnés avant le 1^{er} janvier 1993. J'ai posé la même question à la ministre Onkelinx en lui demandant si cette règle des 15% ne pouvait être modifiée. Elle m'a conseillé de vous adresser la même question parce qu'elle souhaite aligner sa position sur la vôtre. Les personnes concernées ont le sentiment que le règlement actuel est très arbitraire et injuste. Pourquoi ce pro rata de 15% et tous les revenus qui dépassent ce taux? Nous n'allons pas aborder des cas individuels mais il est tout de même choquant que des personnes qui ont gagné trop en plus de leur pension se voient priver pendant un an de leur pension durement gagnée. Voilà pourquoi je propose d'adapter le règlement relatif aux sanctions de telle sorte que cette retenue au pro rata soit aussi prélevée au-dessus de 15% et avec un maximum de la pension perçue.

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: A ce jour, je n'ai pas encore reçu l'avis que j'ai demandé au Conseil d'Etat au sujet des projets d'arrêté royal. Cet avis devrait être prêt la semaine prochaine. Le gouvernement n'a pas encore entamé la deuxième phase. Le plafond du travail autorisé varie selon la nature de l'activité, la situation familiale, l'âge et la nature de la pension octroyée. Il existe un montant maximum par catégorie.

Tant que le montant limite autorisé n'est pas dépassé, l'intégralité de la pension est versée. Le dépassement de ce montant limite entraîne la suppression de la pension pour l'année en cours et l'obligation de rembourser une dette considérable. Afin de réduire les effets négatifs de petits excès, le législateur a assoupli le régime au début des années nonante. Les

een soort van versoepeling voorzien in een kreukelzone. Overschrijdingen van het grensbedrag met minder dan 15% die meestal veroorzaakt werden door een onvoorziene verhoging van het loon, indexeringsbijvoorbeeld of premies, of een onvoorziene verhoging van het inkomen, bijvoorbeeld iemand in het onderwijs die een uur meer in het lesrooster krijgt, resulteren in een vermindering van de pensioenen met een percentage in verhouding tot de overschrijding. Ik zou u aandacht willen vestigen op het feit dat de afschaffing van de 15%-regel voor de gepensioneerden die de wettelijke pensioenleeftijd hebben bereikt, toch een significante hervorming is. Dat is echt het introduceren van een ander systeem van recuperatie en dat vergt niet alleen nieuwe besluiten voor de pensioenstelsels van werknemers en zelfstandigen en een nieuwe wet voor de pensioenen van de openbare sector, maar ook het advies van alle betrokken beheers- en adviescomités. Ik heb het over het beheerscomité bij de RVP, het algemeen beheerscomité bij de RSZV en het comité A. Dat is echt een significante hervorming. Het is niet een kleine correctie die we tussendoor even kunnen doen, denk ik.

Wat mij betreft maakt de afschaffing van de 15%-regel, om uw terminologie over te nemen, best integraal deel uit van die tweede fase. Ik zou dat niet als een soort van tussenstap willen voorstellen. Ik denk dat wij de meer fundamentele vraag die we stellen, moeten stellen. Het zou een onderdeel van het antwoord kunnen zijn dat men dat wil afschaffen. Ik denk niet dat het een soort van technische tussenstap kan zijn gezien al het wetgevende en procedurele werk dat men moet verrichten om die stap te zetten.

04.03 Fientje Moerman (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is misschien wel een hele kleine restcategorie, maar het gaat om een categorie van nu toch wel ouder wordende mensen die erdoor worden getroffen, met name de oudere bruggepensioneerden. Volgens mij was de regel daar ingevoerd bij ministerieel besluit. Dat is toch het besluit dat ik heb teruggevonden. Dat kan toch zo moeilijk niet zijn om dat te gaan wijzigen?

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is een uitstervende groep.

04.05 Fientje Moerman (VLD): Letterlijk.

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: Het gaat inderdaad om een groep die verdwijnt. Ik vind het een beetje moeilijk om het te doen, zelfs al kan men het bij ministerieel besluit doen voor die groep als men het niet zou doen voor de gepensioneerden. Daar is het een hele fundamentele wijziging legistisch qua procedure. Het is echt ook iets fundamenteel anders. Het is niet wat u voorstelt. Ik zeg niet dat het slecht is maar het is echt wel (...) andere systeem. Ik zou dat persoonlijk deel willen laten uitmaken van de tweede fase.

04.07 Fientje Moerman (VLD): Het oorspronkelijk voorstel tot opheffing van de grensbedragen maakt natuurlijk de wijziging van de 15%-regel daarvan overbodig.

Zelfs met uw kreukelzones zoals u het noemt – er zijn al veel mensen uit wagens met kreukelzones redelijk geschonden uitgekomen en dat geldt ook voor gepensioneerden die even buiten de kreukelzone van de 15% gegaan zijn en die dan geconfronteerd worden met een volledige schorsing, soms voor een overschrijding van een paar duizenden franken of een paar tientallen euro. De logica van de regel is voor die mensen en, om eerlijk te zijn, ook voor mij weinig verstaanbaar. Als men het pro rata doet, doe dat dan overal en doe dan gewoon voort met de pro rata. Dat lijkt mij iets eenvoudiger. Maar goed, ik begrijp dat het

dépassements de moins de 15 pour cent donnent lieu à une réduction du montant de la pension proportionnelle à l'excès. L'abandon de cette mesure constituerait une réforme considérable. L'on prévoit en effet d'instaurer un nouveau système de récupération dans le cadre duquel les régimes de pension des salariés et des indépendants doivent être adaptés et le régime de pension du secteur public doit être réformé. L'avis des comités consultatifs et de gestion concernés est requis. A mon estime, la suppression de la règle de 15 pour cent doit faire partie intégrante de la deuxième phase.

04.03 Fientje Moerman (VLD): Cette mesure touche la catégorie des prépensionnés proches de la pension. Je pensais que cette règle avait été introduite par arrêté ministériel. N'est-il dès lors pas facile de la modifier?

04.06 Frank Vandenbroucke , ministre: C'est possible par la voie d'un arrêté ministériel mais, personnellement, j'ai dû mal à exclure ainsi tout un groupe d'un règlement.

04.07 Fientje Moerman (VLD): La proposition initiale visant à supprimer les montants limites rend bien entendu superflu l'aménagement de la règle des 15 pour cent. Il en résulterait des situations pénibles, même pour les zones intermédiaires. Si l'on recourt au système proportionnel, mieux vaut l'appliquer dans tous les cas et donc conserver ce système.

zoals de meeste zaken in ons land iets is wat zeer langzaam gebeurt, omdat het aan duizend en een procedures is onderworpen en daarom waarschijnlijk niet zal plaatsvinden.

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

05 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen en aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de mandaatvergoedingen in het onderwijs" (nr. 7972)

05 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions et au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale sur "l'indemnité de mandat du personnel enseignant" (n° 7972)

05.01 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, over die mandaatvergoedingen hebben wij ook al heel wat vragen kunnen stellen. Ik heb daaromtrent nog een vraag gesteld op 20 maart van dit jaar.

In mei 2000 al verklaarde u, mijnheer de minister, dat er een KB zou worden genomen dat met terugwerkende kracht in voege zou gaan. Dat KB zou dus regelen dat de mandaatsvergoedingen zouden worden verrekend in het pensioen van de algemeen directeur, het departementshoofd en de directeur van de Vlaamse hogescholen. In maart van dit jaar, ook mede naar aanleiding van mijn vraag, hebt u mij dat nog geantwoord. U voegde ook de bibliothecarissen van de Vlaamse hogescholen en de algemeen directeur in het niet-tertiair onderwijs toe aan de lijst van de mandaten die in dat ontwerp van KB zouden worden opgenomen.

Achteraf bleek dat de minister van Begroting zijn goedkeuring niet zou hebben gegeven aan deze regeling omdat hier volgens de minister van Begroting een dubbel voordeel voor de betrokkenen zou ontstaan. De Vlaamse minister bevoegd voor deze materie had – en dat heeft u ook geantwoord op 20 maart – een nota overgemaakt die dat zogenaamd dubbel voordeel aanvocht. U ontkende toen ook, mijnheer de minister, dat er sprake zou zijn van terugwerkende kracht die aan het KB – en hier heeft mijn secretariaat iets gedaan waar ik de gruwel van opdoe, hier staat een kemel van een taalfout in – zou worden verleend – uiteraard met een “d”. Ik verneem dan ook graag van u, mijnheer de minister, of er nu al dan niet nog een KB zal worden getroffen in het kader van deze mandaatsvergoedingen: ten eerste voor de oorspronkelijke categorieën en ten tweede voor de categorieën waarvan u in maart van dit jaar zei dat ze zouden worden bijgevoegd. Als dit KB nog wordt genomen, zal het dan terugwerkende kracht hebben?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik heb een kort antwoord, maar niet omdat ik de vraag onbelangrijk vind, integendeel. Wij hebben daar al een paar keer over gepraat en ik wil verwijzen naar mijn vorige antwoorden, ook met betrekking tot wat we gezegd hadden over de uitbreiding en de terugwerkende kracht en zo.

Ik moet u meedelen dat bij Begroting het onderzoek van dat dossier nog aan de gang is. U hebt verwezen naar de discussie over dubbel gebruik. Die argumenten zijn overgemaakt aan Begroting en men is dat nog aan het onderzoeken. Maar ik wil u verzekeren dat zodra ik in het bezit ben van het akkoord van de minister van Begroting, het ontwerp van koninklijk besluit op de Ministerraad zal worden geagendeerd.

05.03 Greta D'hondt (CD&V): (...)

05.01 Greta D'hondt (CD&V): En 2000 déjà, le ministre a annoncé la promulgation d'un arrêté royal qui aurait un effet rétroactif et aux termes duquel les indemnités de mandat seraient prises en considération pour le calcul des pensions des directeurs généraux, des chefs de département, des directeurs et des bibliothécaires des écoles supérieures flamandes et des directeurs généraux de l'enseignement non tertiaire.

Il semblerait que le ministre du Budget n'a pas voulu approuver cette réglementation. Or, le ministre flamand compétent aurait souligné dans une note que cette réglementation présente un double avantage pour les personnes concernées.

Le ministre promulguera-t-il un arrêté royal en la matière?

05.02 Frank Vandenbroucke , ministre: Je renvoie aux réponses que j'ai fournies aux questions qui m'ont précédemment été posées à ce sujet. Les services du ministre du Budget examinent le dossier. Dès que le département du Budget aura donné son accord, je soumettrai le projet d'arrêté royal au Conseil des ministres.

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

06 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de Staten-Generaal over de horeca" (nr. 8509)

06 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les Etats généraux de l'horeca" (n° 8509)

06.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb ook mevrouw Onkelinx hierover ondervraagd. Met deze regering is het zo dat wanneer zij geen eensgezindheid heeft om tot een oplossing te komen voor een bepaald sociaal economisch probleem, ze een "Ronde Tafel" bijeenroept en als het helemaal vastgelopen is en dreigt te verrotten een "Staten-Generaal".

Ik hoop voor de mensen van de horeca dat dit niet het geval is, maar datgene wat ik heb gehoord uit dat verhaal na de Staten-Generaal en de beloftes die daar zijn gedaan, is een element dat mij nogal bekommert. Over de arbeidsvoorwaarden en de arbeidsomstandigheden, heb ik gisteren mevrouw Onkelinx kunnen ondervragen. Ook datgene wat daar zou zijn toegezegd wat de vrijstelling van bijdragen Sociale Zekerheid betreft wanneer mensen in de horeca aan het werk gesteld zouden worden met zogenaamde gelegenheidscontracten of andere vormen van tijdelijke contracten, die dan de bedoeling zouden hebben zwart werk wit te maken. Daar hebben wij in andere subsectoren ook nog van (...) Ik durf niet zeggen dat dat altijd even geslaagd geweest is, meer in het verleden en niet vandaag.

Mijn vragen zijn heel concreet. U kent mijn bekommernis dat de sociale zekerheid – eigenlijk ook de financiering van de sociale zekerheid – dikwijls wordt gebruikt om bepaalde scheve (...) te verwezenlijken, die eigenlijk met andere financieringsbronnen zouden moeten worden verwezenlijkt, in de eerste plaats (...) met gelden van de sociale zekerheid. Mijn vraag is dus: is het inderdaad zo, mijnheer de minister, dat er in het verslag van de regering een akkoord bereikt werd waardoor werknemers in de horecasector zouden kunnen worden tewerkgesteld met specifieke contracten, die als gevolg hebben dat daarvoor ook lagere sociale zekerheidsbijdragen zouden moeten worden betaald? Als dat zo zou zijn, is mijn vraag of daar tegelijkertijd (...) dan de rekening wordt gemaakt wat dit in plus en in min zou betekenen in het kader van de financiering van de sociale zekerheid?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan u bevestigen, mevrouw, dat de Ministerraad op 8 oktober 2002 de beslissing heeft genomen om tegen het einde van dit jaar voor de gelegenheidsmedewerkers in de horecasector een gelijkaardige regeling voor de berekening van de sociale zekerheidsbijdragen uit te werken zoals deze die op dit ogenblik bestaat voor de land- en tuinbouw. Deze regeling kadert in de bestrijding van het zwartwerk en wordt gekoppeld aan de volledige implementatie van Dimona. Dat is een antwoord op, denk ik, uw terechte zorg dat het ontlasten dikwijls niet volstaat om het zwartwerk te bestrijden, maar wij wensen Dimona volledig te implementeren. Ik kan u op dit ogenblik geen juiste kostprijsberekening geven. Zoals u weet is de globale loonmassa van de sector en het aantal werknemers in deze sector gekend, maar wij kunnen op basis van de RSZ-aangifte niet uitmaken hoeveel werknemers als gelegenheidsmedewerker in de horeca worden tewerkgesteld en als dusdanig in de toekomst aan de RSZ zullen worden aangegeven. Wij moeten daar een verstandige inschatting van maken. Dat vraagt nog wat studie- en discussiewerk. Ik kan dat vandaag niet echt uit onze statistieken halen.

06.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Le 18 septembre étaient organisés les états généraux de l'horeca. Le ministre a annoncé que les exploitants d'établissements de l'horeca pourraient faire appel à un collaborateur occasionnel pendant un nombre de jours donné chaque année et bénéficieraient à cet effet d'une réduction des charges sociales. La déclaration se ferait au moyen du système informatique Dimona.

Le gouvernement at-il déjà conclu un accord à propos de la réduction des cotisations sociales pour les collaborateurs temporaires? Quel sera le coût de cette mesure pour la sécurité sociale?

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le Conseil des ministres a décidé le 8 octobre d'élaborer, avant la fin de cette année, un règlement pour les collaborateurs temporaires du secteur de l'horeca, conformément à la réglementation en vigueur dans le secteur de l'agriculture et de l'horticulture. La réglementation s'inscrit dans le cadre de la lutte contre le travail au noir et est lié à la mise en œuvre intégrale de Dimona.

Il m'est impossible de présenter la note pour l'instant. En effet, les déclarations à l'ONSS ne nous permettent pas de déterminer le

nombre de travailleurs employés dans le secteur de l'horeca. Nous devons procéder à une estimation raisonnable, qui nécessitera encore des études et des discussions.

06.03 Greta D'hondt (CD&V): Dank u. Dat was natuurlijk niet heel veel. Ik zou alleen willen vragen, mijnheer de minister, wanneer die verstandige inschatting klaar zou zijn.

06.03 Greta D'hondt (CD&V): Quand cette estimation raisonnable sera-t-elle disponible?

06.04 Minister Frank Vandenbroucke: Zo rap nog niet! Ik neem aan dat mevrouw Onkelinx u gisteren heeft gezegd dat zij met een wetsontwerp ter zake komt.

06.04 Frank Vandenbroucke , ministre: Mme Onkelinx prépare un projet de loi, les travaux de comptabilité devront donc commencer assez rapidement.

06.05 Greta D'hondt (CD&V): Zij had het zeker niet over een verstandige inschatting.

06.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ja maar, dat had u aan mij gevraagd. Zij komt dus met een wetsontwerp en dat betekent dat wij dat toch vrij snel kunnen formaliseren in de regering en dus met dat rekenwerk moeten beginnen. Ik weet eerlijk gezegd niet of wij hier een budgettaire kost gaan hebben.

Dat is niet zo duidelijk. Het zou kunnen maar ik weet het niet op dit ogenblik.

06.07 Greta D'hondt (CD&V): De logica lijkt mij toch, mijnheer de minister, dat er zeker in de beginfase meerkosten zijn. Dat kan van mijnentwege een heel onverstandige inschatting zijn, maar ik vrees dat ze heel realistisch is.

06.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ga dat niet ontkennen noch bevestigen.

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

07 Vraag van de mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de aanpassing van de wetgeving aan de invoering van het tijdskrediet" (nr. 8512)

07 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'adaptation de la législation à l'instauration du crédit-temps" (n° 8512)

07.01 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, op 13 september 2002 heeft de Ministerraad het ontwerp van het koninklijk besluit goedgekeurd dat de nieuwe bepalingen inzake werknemerspensioenen invoert. Dat houdt onder andere in dat voor de pensioenberekening in het werknemersstelsel de voltijdse of de halftijdse onderbreking wordt gelijkgesteld met een tewerkstelling voor een periode van maximaal drie jaar. Bij vermindering van de arbeidsprestaties met één vijfde wordt in de gelijkstelling voorzien voor een maximale periode van vijf jaar. Tezelfder tijd wordt er voorzien in een gelijkstelling voor de werknemers ouder dan 50 jaar die hun arbeidsprestatie met 50% of met één vijfde verminderd hebben, en dat tot aan de normale wettelijke pensioenleeftijd.

07.01 Greta D'hondt (CD&V): Le 13 septembre 2002, le Conseil des ministres adoptait le projet d'arrêté royal relatif à la pension des travailleurs. Dans le calcul de la pension, l'interruption à mi-temps ou à temps-plein équivaut à un emploi pour une période de trois ans maximum. En cas de réduction des prestations de travail d'un cinquième, une équivalence est prévue pour une période de cinq ans maximum. Une équivalence est également instaurée pour les travailleurs de plus de 50 ans ayant réduit leurs prestations de

Mijnheer de minister, rekening houdende met dat ontwerp van koninklijk besluit zou ik graag vernemen of de werknemers waarover het hier gaat, aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen om die aëliëkstelling te

verkrijgen, behalve hetgeen dus expliciet is voorzien wat betreft de aard van de onderbreking – de halftijdse onderbreking, 4/5^{de} enzovoort –, zoals anciënniteit?

Ten tweede, geldt de gelijkschakeling voor iedereen? Vooral wens ik te vernemen of ze automatisch zal gebeuren. Zal de werknemer een aanvraag daartoe moeten doen of formaliteiten vervullen?

Is er al een inschatting gemaakt over de budgettaire impact van de beslissing niet alleen op de eerstvolgende begroting, maar ook op toekomstige, wanneer de maatregel op kruissnelheid is?

Tot slot, op welke manier zullen de meerkosten in het kader van de financiering van de pensioenen worden opgevangen? Uiteraard brengt de maatregel meerkosten met zich, aangezien er voor de periode van onderbreking geen bijdragen werden geïnd, terwijl er wel, helemaal terecht overigens, rechten gegenereerd worden.

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, in antwoord op haar vraag kan ik het geachte lid meedelen dat met uitvoering van het interprofessioneel akkoord 2001/2002 de sociale partners in de Nationale Arbeidsraad collectieve arbeidsovereenkomst nummer 77bis hebben gesloten waarbij vanaf 1 januari 2002 in de privé-sector een stelsel van tijdskrediet, loopbaanvermindering en vermindering van de arbeidsprestaties tot een halftijdse betrekking wordt ingesteld.

Het nieuwe stelsel, ingevoerd door de wet van 10 augustus 2001, betreffende de verzoening van werkgelegenheid en kwaliteit van het leven vervangt het vroegere stelsel van de loopbaanvermindering. Het ontwerp van koninklijk besluit dat door de Ministerraad op 13 september 2002 werd goedgekeurd, heeft tot doel de socialezekerheidswetgeving voor de werknemers aan deze wet aan te passen. Bovendien de formele tekstaanpassingen inzake gezinsbijslag, jaarlijkse vakantie en arbeidsongeschiktheidsverzekering worden in het bijgevoegde ontwerp van besluit nieuwe bepalingen ingevoerd in het stelsel van de werknemerspensioenen vanaf 1 januari 2002.

Om in het nieuwe stelsel te kunnen intreden, zal de werknemer aan bepaalde anciënniteits- en leeftijdsvoorwaarden moeten voldoen binnen de onderneming die hem tewerkstelt. Alle werknemers die in het kader van voornoemde wet hun beroepsloopbaan onderbreken zullen naar gelang van de gekozen formule bij een latere pensioenberekening een gelijkstelling met een tewerkstelling kunnen genieten. Omdat de lonen en gelijkgestelde periodes op de individuele pensioenrekening worden ingeschreven, heeft de werknemer, met uitzondering van de aanvraag die hij indient bij zijn werkgever, geen formaliteiten te vervullen om zijn pensioenrechten te vrijwaren.

De meeruitgave die de maatregel veroorzaakt, is uiterst gering in de aanvangsfase. Het tijdstip waarop de maatregel een reële budgettaire impact zou kunnen hebben, ligt zo ver in de toekomst dat de relevantie ervan als een beetje theoretisch overkomt. Men zegt dat het na 50 jaar zou gaan om 14 miljoen euro of een half miljard Belgische frank qua kostprijs. Maar een voorspelling voor over 50 jaar is natuurlijk zodanig afhankelijk van gedragshypothesen dat we daarmee misschien niet zo ver geraken.

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

cinquante pour cent ou d'un cinquième, et ce jusqu'à l'âge légal normal de la pension.

Ces travailleurs doivent-ils encore satisfaire à d'autres conditions? Doivent-ils introduire une demande spécifique? Quelle est l'incidence budgétaire de cette mesure? Comment les inévitables surcoûts seront-ils compensés dans le futur?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Depuis le 1er janvier 2002, un système de crédit-temps, de réduction de carrière et de réduction des prestations de travail est en vigueur dans le secteur privé. Il remplace l'ancien système d'interruption de carrière. Le projet d'arrêté royal mentionné par Mme D'hondt a pour but d'adapter la législation de la sécurité sociale à cette loi et de procéder à certaines adaptations au régime de pension des travailleurs à partir du 1^{er} janvier 2002.

Pour pouvoir bénéficier du nouveau régime, le travailleur doit satisfaire à certaines conditions en matière d'âge et d'ancienneté dans l'entreprise pour laquelle il travaille. Tous les travailleurs qui interrompent leur carrière auront droit, lors du calcul de leur pension, à une équivalence avec un emploi. Outre la demande à l'employeur, le travailleur ne doit remplir aucune formalité spécifique pour garantir ses droits à la pension.

Les surcoûts du nouveau régime seront limités dans un premier temps. L'incidence budgétaire est tellement éloignée dans le temps que le calcul en est relativement théorique. Les estimations prudentes font état de 14 millions d'euros après cinquante ans.

08 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de erkenning van musculo-skeletale aandoeningen als beroepsziekte" (nr. 8531)

08 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la reconnaissance des affections musculo-squelettiques comme maladie professionnelle" (n° 8531)

08.01 **Greta D'hondt** (CD&V): (...) U kent het dossier uiteindelijk meer dan genoeg. (...) Een van de zaken die het stellen van deze vraag en de reeds eerder gestelde interpellaties tot gevolg had, is dat de Kamer in juli 2002 in plenaire vergadering unaniem een resolutie van Jo Vandeuren en mijzelf heeft goedgekeurd. In deze resolutie werd de regering gevraagd twee zaken uit te voeren: ten eerste, een doorgedreven preventiebeleid om MSA zo maximaal mogelijk te voorkomen en ten tweede, voor de gevallen uit het verleden maar ook voor – zelfs met de beste preventieregeling – de gevallen in de toekomst, het Fonds voor de Beroepsziekten te vragen op korte termijn advies uit te brengen over de erkenning van deze musculo-skeletale aandoeningen als beroepsziekte binnen het reglementair kader van het Fonds voor de Beroepsziekten.

Mijnheer de minister, deze ziekte kan mensen uit veel beroepen treffen, maar treft in heel belangrijke mate de sector van de zorg en de verzorging. Vandaag is het de dag van de verzorgenden. Dat zal u wel bekend zijn. Ik hoop dus dat wij de verzorgenden vandaag een positief signaal kunnen geven, namelijk dat aan deze unaniem goedgekeurde oproep van de Kamer aan de regering ondertussen een positief gevolg werd gegeven.

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, zoals mevrouw D'hondt zelf zegt, wordt dit inderdaad – terecht – al een heel feuilleton.

Ik zou wel willen opmerken dat in de resolutie van 20 juli 2002 niet werd gevraagd dat het Fonds voor de Beroepsziekten op korte termijn advies zou uitbrengen over, en ik citeer even uw nota: "de officiële erkenning van musculo-skeletale aandoeningen als beroepsziekte". Er werd wel gevraagd dat het Fonds voor de Beroepsziekten zou adviseren over de plaats van de musculo-skeletale aandoeningen binnen het reglementaire kader en de activiteiten van het Fonds. Er is een reden waarom wij dat zo hebben geformuleerd in de Kamer. Ik heb hier het advies – u zal die tekst misschien al hebben – en laat in deze commissie een kopie verspreiden.

Mevrouw D'hondt, in antwoord op uw vragen kan ik u meedelen dat het Fonds voor de Beroepsziekten tijdens de twee voorbije vergaderingen van haar beheerscomité van 11 september en 9 oktober inderdaad uitgebreid van gedachten heeft gewisseld over deze problematiek. Bovendien is er ter afronding van deze discussie nog een bijzondere vergadering van het beheerscomité gepland op 28 oktober 2002. Gelijktijdig met de gesprekken tussen de sociale partners binnen het beheerscomité, heb ik het initiatief genomen om in het ontwerp van programmawet dat momenteel in voorbereiding is, een regeling te laten opnemen waarbij het Fonds voor de Beroepsziekten voor musculo-skeletale aandoeningen wel bepaalde preventieve acties kan ondernemen om te vermijden dat deze aandoeningen zouden afglijden tot beroepsziekten sensu stricto. Volgende vrijdag zal de door mij ingediende tekst worden besproken in de werkgroep Beleidsvoorbereiding van de regering. In het geval deze bespreking tot een gunstig resultaat leidt, neem ik mij voor zo vlug mogelijk een pilootproject op te starten ter begeleiding van bepaalde rugaandoeningen ingevolge het tillen van lasten in de ziekenhuissector.

08.01 **Greta D'hondt** (CD&V): En juillet 2002, la Chambre a adopté une résolution demandant au gouvernement de mener une politique préventive intensive en matière d'affections musculo-squelettiques et de recueillir l'avis du Fonds des maladies professionnelles sur la reconnaissance de ces affections comme maladie professionnelle.

Cette maladie peut toucher des personnes exerçant des professions diverses mais touche surtout le secteur des soins de santé. Le gouvernement a-t-il réservé une suite favorable à cette résolution?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Dans cette résolution, il n'a pas été demandé au Fonds des maladies professionnelles de rendre un avis à court terme sur la reconnaissance des AMS comme maladie professionnelle mais bien de se prononcer sur la place de cette maladie dans le cadre réglementaire et les activités du Fonds.

Le comité de gestion s'est déjà réuni à deux reprises pour examiner ce problème et il envisage de tenir encore une réunion spéciale le 28 octobre. Dans le projet de loi-programme, j'ai fait inclure un règlement permettant au Fonds de mener des actions préventives pour éviter que les AMS ne soient qu'une maladie professionnelle au sens strict du terme. J'ai l'intention de lancer sitôt que possible un projet pilote destiné à prendre en charge certaines maladies du dos résultant du levage de charges dans le secteur hospitalier.

Ik hoop hiermee duidelijk te hebben gemaakt dat het mijn vaste wil is een passend gevolg te geven aan de door u goedgekeurde en gesteunde resolutie.

08.03 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het verheugt mij dat aan die vraag al een heel degelijke opvolging werd gegeven in het Fonds voor Beroepsziekten. Ik heb niet de pretentie om te zeggen dat dit naar aanleiding van de resolutie is. Alle baten helpen. Daarom hebben wij ook aan die kar geduwd. Ik ben ervan overtuigd – ik heb dat ook bij de behandeling van de resolutie gezegd – dat ook binnen het Fonds voor Beroepsziekten de wil zeker aanwezig was om naar een oplossing voor die zaken te zoeken.

Ik ondersteun ook ten eerste de initiatieven die nog bijkomend zullen worden genomen in het kader van de preventie. Ik hoop ook dat iedere sector, maar zeker die van de verzorging en de ziekenhuizen, over de nodige financiële ruimte zal kunnen beschikken om die preventie ook werkelijk te kunnen doorvoeren. Naast zaken die inderdaad heel belangrijk zijn inzake preventie en die heel weinig kosten, zoals houding en technieken, moeten er natuurlijk ook hulpinstrumenten ter beschikking worden gesteld. Dat is natuurlijk wel een meerkost. Het volgen van lessen en opleidingen vormt natuurlijk ook een extra loonkost. Ik hoop dus dat ook de instellingen en ziekenhuizen daartoe de nodige financiële ruimte hebben gekregen.

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

09 Vraag van mevrouw Frieda Brepoels aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van het geneesmiddel Botox" (nr. 8533)

09 Question de Mme Frieda Brepoels au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement du médicament Botox" (n° 8533)

09.01 Frieda Brepoels (VU&ID): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het geneesmiddel Botox wordt al geruime tijd voorgeschreven bij de behandeling van spierhyperactiviteit en het zou vooral bij de vroegtijdige behandeling bij kinderen met een handicap, die lijden aan spasticiteit, erg succesvol toegepast worden. Ik heb begrepen dat er over de behandelingsvoorwaarden en de indicaties een voldoende grote consensus bestaat onder de specialisten en dat het dus duidelijk is dat het gebruik van het geneesmiddel het experimenteel stadium definitief voorbij is. Iets anders is natuurlijk de niet onbelangrijke kost voor de ouders, die schommelt – zo heb ik begrepen – tussen 1000 en 15.000 euro. Ik heb ook vernomen dat er al jaren – meer dan vijf jaar – een werkgroep werkt aan een terugbetaling, of er tenminste over discussieert. Ik heb ook gehoord dat u enkele weken geleden in het VTM-programma Recht op antwoord of Recht van antwoord te gast was en dat u daar gezegd hebt dat er begin 2003 zou worden gestart met de terugbetaling van Botox, weliswaar buiten de nomenclatuur en dit tot 1.000 euro per kind per jaar, maar dat dit zou worden beperkt tot de groep van kinderen van twee tot acht jaar. Verschillende instanties pleiten in feite voor een ruimere toepassing, dat wil zeggen voor alle kinderen met een handicap.

Ik wens aan de minister te vragen of hij, ten eerste, misschien iets aan het Parlement kan zeggen over de oplossing die hij in eerste instantie voorstelt voor de kinderen van twee tot acht jaar, vanaf 2003. Klopt dit en hoe ziet die regeling eruit? Werkt u ook aan een bijkomende regeling voor kinderen die buiten die categorie vallen? Ik denk dat het belangrijk zou zijn mocht u een duidelijk stappenplan kunnen aangeven

08.03 Greta D'hondt (CD&V): De nombreuses mesures ont déjà été prises. Je suis convaincue que le Fonds est également soucieux de voir aboutir une solution. Je soutiens les nouvelles initiatives dans le domaine de la prévention et j'espère que les moyens nécessaires seront dégagés.

09.01 Frieda Brepoels (VU&ID): Le médicament Botox est prescrit depuis longtemps déjà pour le traitement de l'hyperactivité musculaire. Elle est surtout efficace chez les enfants souffrant de spasticité. Ce médicament a dépassé le stade expérimental. Son prix varie entre 1.000 et 15.000 euros. Un groupe de travail examine son éventuel remboursement depuis plusieurs années. Dans l'émission *Recht van antwoord* de la chaîne de télévision flamande VTM, le ministre a déclaré qu'une réglementation relative au remboursement de ce médicament serait mise en chantier au début 2003.

Le ministre pourrait-il informer le Parlement au sujet de la solution qu'il propose pour les enfants de deux à huit ans dès 2003? Œuvre-t-il à l'élaboration d'une réglementation complémentaire pour les enfants qui n'appartiennent

met een gedetailleerd tijdspad waardoor men kan inschatten om welke redenen men met één groep start en uiteindelijk ook naar andere groepen zou kunnen overstappen.

Ik las tijdens dezelfde periode toevallig in een persartikel dat er wel een terugbetaling zou zijn voor volwassenen met spierklachten in de nek. Ik vond het vreemd dat... Ik weet niet of het klopt, ik heb het persartikel ...

09.02 Maggie De Block (VLD): (...)

09.03 Frieda Brepoels (VU&ID): Ja, dat stond in een persartikel. Ik dacht, ik ga het even meevragen, maar als het niet hetzelfde is, kan ik mij voorstellen dat het... Ik ben geen expert terzake.

In dat geval zou ik het ook vreemd vinden dat men die leeftijdsbeperkingen doorvoert, waar men dat toch voor andere behandelingen niet doet. Ik zou me graag in het algemeen op de kinderen met die handicap willen concentreren.

09.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, collega's, in het kader van artikel 56 §2, 2° van de wet betreffende de wet op de ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juni 1994, wordt er voor de terugbetaling van Botox momenteel gewerkt aan een tegemoetkoming via gespecialiseerde centra door het afsluiten van overeenkomsten met het Verzekeringscomité van het Riziv. Daartoe is reeds een ontwerp van koninklijk besluit opgesteld dat op 4 maart 2002 positief geadviseerd werd door het Verzekeringscomité van het Riziv en momenteel voorligt voor advies bij de Raad van State. Nadat dit koninklijk besluit zal zijn gepubliceerd, zal er in het Verzekeringscomité een overeenkomst worden opgesteld waartoe deze centra kunnen toetreden. Het kader voor een dergelijke tussenkomst werd reeds uitgewerkt. Wat Botox betreft, gaat het om de behandeling door middel van botuline toxine A bij kinderen van twee tot en met acht jaar met spasticiteit veroorzaakt door hersenverlamming. Daartoe werd voor de jaren 2002 tot en met 2004 een jaarlijkse begrotingsenveloppe van maximaal 372.000 euro voorzien. De rechthebbenden die onder de toepassing van deze overeenkomst zullen vallen krijgen in gedefinieerde centra een behandeling overeenkomstig de in de overeenkomst bepaalde behandelingsprogramma's.

Er zal dan een forfaitaire jaarlijkse tegemoetkoming worden toegekend per rechthebbende en per centrum voor de financiering van het geneesmiddel en voor administratiekosten die voortvloeien uit de verplichtingen van de overeenkomsten. Dat moet ook worden geëvalueerd en gevolgd. Inderdaad, daarvoor heb ik op VTM 1.000 euro als richtcijfer gegeven.

De leeftijdsgrens waarvan sprake is – twee tot acht jaar –, werd voorgesteld door een werkgroep van deskundigen in de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten. Aangezien de tegemoetkoming in dat kader een experimentele terugbetaling betreft, werd voorgesteld het project te beperken tot die leeftijdsgroep.

Voor uw informatie, momenteel wordt de specialiteit Botox reeds vergoed via de gewone terugbetaling indien zij wordt gebruikt voor de symptomatische behandeling van blefarospasme, de symptomatische behandeling van hemifacialispasme en de reductie van de symptomen van spasmodische torticollis, de cervicale dystonie. De vergoeding van de specialiteit Botox is eveneens toegestaan bij de symptomatische behandeling van geassocieerde focale dystonies. Voorts bevat de

pas à cette catégorie?

09.04 Frank Vandenbroucke , ministre: Dans le cadre de l'article 56 § 2, 2° de la loi sur l'assurance maladie, des travaux relatifs au remboursement du Botox sont en cours. Un arrêté royal du 4 mars 2002, qui avait reçu un avis positif du comité d'assurance de l'INAMI, a été déposé au Conseil d'Etat.

Il s'agit du traitement, au moyen de la toxine botulinique A, chez les enfants âgés de deux à huit ans atteints de spasticité causée par une paralysie du cerveau. Pour les années 2002 à 2004, une enveloppe annuelle de 372.000 euros maximum est prévue.

Les ayants droit bénéficieront d'un traitement suivant les programmes prévus par la convention.

Une intervention forfaitaire annuelle est allouée par ayant droit et par centre.

Cette limite d'âge a été proposée par un groupe de travail d'experts du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques. Il s'agit d'un remboursement expérimental.

Le Botox est déjà remboursé pour quelques applications, dans le cadre du remboursement ordinaire. Cependant, l'usage du médicament chez les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale n'est pas entièrement conforme à la notice. L'entreprise ne peut pas joindre

bijsluiter van Botox ook de indicatie “dynamische equinus-voet”, spitsvoet. Naar aanleiding van de discussies over het terugbetalen van deze indicatie kwam naar voren dat het geneesmiddel ook voor hersenverlamming wordt gebruikt. Daardoor is die bal dus aan het rollen gegaan.

Hoewel het delicaat is en het onmiddellijk leidt tot de reacties die ik heb gevreesd, is het bijzondere hieraan, zoals ik op VTM heb uitgelegd, dat we de bijsluiter niet volgen. Het bedrijf in kwestie wenst niet in de bijsluiter te laten opnemen dat het werkt voor hersenverlamming. Dat bedrijf kan dat ook niet in eer en geweten, omdat er onvoldoende dubbelblinde studies zijn waaruit dat blijkt. In feite heeft het bedrijf dubbelblinde studies nodig in het kader van de registratieprocedure. Het bedrijf wenst niet te vragen dat het op de bijsluiter staat, want het kan het niet bewijzen.

Normaal is voor ons daarmee de kous af. Als het niet op de bijsluiter staat, betalen wij niet terug. U kent misschien het probleem(...), waarover veel mannen klagen. Dat is een medicament voor osteoporose dat alleen aan vrouwen werd toegediend. Op de bijsluiter stond ook “alleen voor vrouwen”. Ik kon dat ook niet terugbetalen voor mannen. Het bedrijf zal nu echter de bijsluiter wijzigen. Ik heb heel veel moeite om dat aan mannen uit te leggen. Dat gebeurt dikwijls. Wij wijken nooit af van de regel dat, als het niet op de bijsluiter staat, het niet kan worden terugbetaald. Hiervoor wil ik dat doen, maar dat is werkelijk het enige waarvoor ik dat wil doen, omdat ik denk dat het intrinsiek onmogelijk is die dubbelblinde studies te verkrijgen, aangezien het aantal kinderen zo klein is. Ik denk dus dat we hiervoor een uitzondering mogen maken. Ik zal niet werken via de klassieke terugbetaling, maar via het fameuze artikel 56 dat experimenten toelaat. Na die VTM-uitzending heb ik natuurlijk allerlei vragen gekregen van mensen die vroegen of zij dan een uitzondering konden krijgen, maar dit is het enige.

Wat de leeftijdsbeperking betreft, daarvoor zijn argumenten, maar ik begrijp dat het moeilijk te begrijpen is voor ouders van kinderen van boven die leeftijdsgrens. Indien ik in mijn budget nog geld kan vinden, denk ik dat ik die leeftijdsgrenzen zal verruimen. Dat durf ik vandaag echter niet met zekerheid te beloven. Indien ik het kan, zal ik ze verruimen.

Voorzitter: Jef Valkeniers.

Président: Jef Valkeniers.

09.05 Frieda Brepoels (VU&ID): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor de intentie die u naar voren brengt. Ouders van kinderen boven acht jaar vragen die behandeling uiteraard ook niet als het niet nodig is. Ik heb ook begrepen dat u vorig jaar op een meeting met de ouders van die kinderen bij de Gezinsbond bent geweest. Daar heeft men dat ook naar voren gebracht als een bijzonder probleem voor de doelgroep van oudere kinderen die het ook nodig hebben.

Ik wilde nog vragen waarom u voor de goedkeuring centra gaat inschakelen.

09.06 Minister Frank Vandenbroucke: Eigenlijk om twee redenen. Ten eerste, doordat ik niet kan werken met de klassieke terugbetaling omdat dit niet in de bijsluiter staat. Omdat ik dus met dat artikel 56 moet werken, moet ik een techniek vinden die omschrijft waarom we werken met iets dat een beetje lijkt op revalidatieovereenkomsten. We gaan dus werken met overeenkomsten. De juridische basis die ik kan

cette application à la notice en son âme et conscience, le nombre d'études en double-aveugle démontrant son efficacité étant insuffisant. Dans ce cas, en théorie, le dossier est clos: si l'indication ne figure pas sur la notice, le médicament n'est pas remboursé. Nous souhaitons faire une exception pour ce cas unique, car le nombre d'enfants à traiter est si limité qu'il est quasiment impossible d'obtenir des études en double-aveugle. Il a dès lors été proposé de procéder à un remboursement expérimental. Si ma marge budgétaire me le permet, j'étendrai certainement la limite d'âge mais je ne peux m'y engager formellement.

09.05 Frieda Brepoels (VU&ID): Je remercie le ministre pour l'intention qu'il vient d'exprimer. Les parents d'enfants de plus de huit ans ne réclameraient bien évidemment pas ce traitement s'il n'était pas nécessaire.

Pourquoi le ministre fait-il appel à des centres pour l'approbation?

09.06 Frank Vandenbroucke , ministre: Puisque l'article 56 est d'application, les remboursements classiques ne sont pas possibles. Les conventions ne sont conclues qu'avec des centres déterminés.

vinden – het is een beetje acrobatie – laat toe dat ik overeenkomsten maak. Ik maak die dan met welbepaalde centra.

Waarom wordt dit niet gedaan met elk ziekenhuis in België, maar slechts met welbepaalde ziekenhuizen? Omdat het over een heel kleine groep kinderen gaat, waarbij men heel goed moet weten wat men doet.

parce qu'il s'agit d'un nombre restreint d'enfants. D'une part, quelques centres suffisent donc, et d'autre part, il importe d'acquérir une expertise effective dans l'utilisation du médicament.

09.07 Frieda Brepoels (VU&ID): (...)

09.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik denk dat het over een 260 gevallen gaat. Het is heel dramatisch als je het meemaakt maar die groep is zodanig klein dat enkele centra eigenlijk volstaan.

Daarenboven moet men toch echt wel de expertise hebben om met dat geneesmiddel om te gaan. Bovendien – dat is ook gebleken op die uitzending op VTM – is er veel meer dan dat geneesmiddel. Er is een heel speciale soort kine en dies meer. Ik denk dat dit typisch iets is wat je niet in elk dorp moet laten gebeuren.

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

10 Interpellatie van mevrouw Maggie De Block tot de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de maatregelen in de kinesithérapie" (nr. 1409)

10 Interpellation de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les mesures prises à l'égard de la kinésithérapie" (n° 1409)

10.01 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik weet dat er ondertussen in de bespreking van de beleidsverklaring ook reeds gesproken is over dit onderwerp, maar vermits mijn interpellatie reeds ingediend was in de vakantieperiode, ben ik toch zo vrij om ze alsnog te houden. Het is namelijk zo dat ze ingegeven is door enkele gegevens uit de praktijk. Ik heb tijdens de vakantieperiode ook een LOK-vergadering meegemaakt met de kinesisten waarin wij ons als doel gesteld hadden om zo vlug mogelijk en in een goede sfeer met de nieuwe nomenclatuur om te gaan. We hebben ook een wegwijzer gemaakt, enzovoort. We hebben er dan ook een grotere geneeskundige kring aan gewijd. We hebben dit gedaan om de misverstanden tussen de huisartsen en de specialisten aangaande de kiné-voorschriften weg te werken. Dit is allemaal bijzonder nuttig gebleken.

Er zijn echter toch nog een aantal bijschavingen en rechtzettingen nodig inzake de nomenclatuur. U weet dat zeker, want men is daar nog aan het werken. De regeling is bijvoorbeeld zo dat na tweemaal 9 beurten voor elk bijkomend voorschrift voor één pathologie een goedkeuring van de adviserend geneesheer moet verkregen worden. Het gaat hier over een gewone pathologie, bijvoorbeeld een ontsteking aan de elleboog. De adviserend geneesheer geeft dan zijn toelating tot het verlengen van de behandeling. Hij beoordeelt al dan op grond van het kinesitherapeutisch dossier. Er mag niet gestart worden met de behandeling alvorens de toelating van de adviserend geneesheer er is en dit lijkt mij logisch.

Er staat echter een termijn op. In de praktijk blijken zich nu – en zeker in de vakantieperiodes – een aantal problemen voor te doen. Ik heb hier voorbeelden van, maar ik heb niet altijd de reden. Wij stellen echter vast dat er abnormaal veel weigeringen zijn van de adviserend geneesheer, zeker in de eerste periode waarin de dossiers ingediend werden. Er waren zeer veel weigeringen van de adviserend geneesheren voor bijkomende zittingen. Was dit te wijten aan het feit dat zij ook nog niet

10.01 Maggie De Block (VLD): De nombreuses concertations ont été menées avec les kinésithérapeutes durant les vacances d'été; ils ont ainsi reçu une information plus complète sur la nouvelle nomenclature et certains malentendus ont pu être dissipés. Des problèmes subsistent néanmoins. Ainsi, pour les traitements de kinésithérapie supplémentaires, l'accord d'un médecin conseil est requis au-delà de dix-huit séances. Or, celui-ci semble refuser son accord anormalement souvent.

Le ministre a-t-il une explication? Il faudrait prévoir une possibilité de recours pour les patients. En outre, il n'est pas rare que l'autorisation du médecin se fasse attendre plusieurs semaines. Un traitement de kinésithérapie abandonné pendant une aussi longue période doit en fait être totalement recommencé.

Il serait donc préférable d'instaurer un délai maximum à respecter pour la communication de la réponse.

Il existe une réglementation plus souple en matière de traitements

vertrouwd waren met de voorschriften of was het te wijten aan het feit dat zij enorm veel extra werk kregen door die nieuwe nomenclatuur? Ik weet het niet, maar in elk geval is dit zeer problematisch gebleken en kunnen wij niet altijd vinden waar de weigeringen aan te wijten zijn.

Ik zou u willen vragen of u hier al klachten over gehad hebt of hebt u hier informatie over. In verband met het aantal weigeringen van adviserend geneesheren, zijn dit geneesheren van bepaalde mutualiteiten? Zijn deze lakser dan andere? Of zijn bepaalde mutualiteiten er strenger in? Zijn de adviserend geneesheren gebonden aan richtlijnen met betrekking tot de werkwijze, wanneer ze mogen weigeren, wanneer ze mogen toestaan? Zo ja, hoe kunnen wij dan reageren als blijkt dat zij zich daar niet aan houden? We hebben geen enkel middel om hiertegen in beroep te gaan. Een weigering is een weigering, punt aan de lijn en de patiënt staat op straat.

Tenslotte rijst de vraag of er een bijsturing moet zijn voor die termijnen. In de vakantieperiode was het immers niet abnormaal dat er 5 à 6 weken passeerden vooraleer er een antwoord van de adviserend geneesheer toekwam bij de patiënt. Dat is natuurlijk wel lang. Je bent in een behandeling en je ziet het aankomen. Maar 5 à 6 weken daartussen, is wel lang. Dan denk ik dat er eigenlijk veel verloren gegaan is van de kiné die tevoren gebeurd is als er dan opnieuw moet gestart worden. Ik spreek voor zover ik daar toch een beetje ervaring in heb. Als we spreken over bijvoorbeeld een beweging tot aan een bepaalde hoek en dit is niet genoeg om functioneel te zijn dan moet er verder aan gewerkt worden. Als je dan 5 à 6 weken stopt dan kan je – het spijt me – opnieuw helemaal van voren beginnen.

En dat is dus ook een groot probleem geweest in de vakantieperiodes. De adviserend-geneesheren hebben ook recht op hun verlof – ik ga dat niet zeggen – maar die termijnen zijn dan werkelijk de spuigaten beginnen uitlopen. Dat heeft ook voor veel problemen gezorgd bij ons. Ik heb dan, denk ik terecht, gezegd dat in zo'n geval de patiënten een bepaalde gezondheidsschade oplopen. Ik vraag of het niet mogelijk is om ofwel die termijnen te veranderen, of het te verplichten en ook op te leggen aan de adviserend-geneesheer om zich eraan te houden. Ik denk dat als wij ons eraan moeten houden die termijnen te respecteren, dat dan ook de adviserend-geneesheren binnen de bepaalde tijd een antwoord moeten kunnen geven.

Dan ga ik naar mijn volgende deeltje. Er is een bijzondere regeling voor bepaalde kinesitherapeutische behandelingen voor mensen ouder dan 70 jaar. Het gaat over behandelingen waar die mensen hun soepelheid, hun zelfredzaamheid mee behouden. Het feit dat zij zelf kunnen opstaan van een stoel of gemakkelijk rondlopen in de kamer, hun evenwicht niet verliezen, enzovoort. Daar moeten wij een speciale aanvraag voor indienen met een uitgebreid bilan van het medisch en kinesitherapeutisch verslag. De locomotorische toestand dient te worden beschreven aan de hand van tests. Heel wat tests waren in het begin van die richtlijnen niet gekend. Wij zijn die natuurlijk gaan opzoeken. Ik verwijs maar naar de Tinetti-test die voor mij volledig onbekend was. Via het internet kunt u dat natuurlijk opzoeken. Een Tinetti-test kan inderdaad door de kinesist worden gedaan. Ik dacht eerst dat dit in het ziekenhuis moest gebeuren, maar de kinesist kan de test ook bij de patiënt thuis uitvoeren. Het gaat ook over andere testen die – denk ik – moeilijker uit te voeren zijn, zoals het vaststellen van een inspanningscapaciteit die is verminderd en die moet worden gedocumenteerd door een 6-minuten looptest. Dat gebeurt op een looptapijt met een loopafstand kleiner dan 350 meter. Ik heb mij een beetje praktisch zitten voorstellen hoe dit met mijn 70-plussers zal aaan. als ik hen zo'n test laat doen. Is dit nu realistisch? Is het niet

de kinésithérapie destinés à améliorer le taux d'autonomie des personnes de plus de 70 ans. Les personnes concernées doivent toutefois se soumettre à des tests locomoteurs, qui permettront de déterminer si elles ont le droit de recourir à de tels traitements. Certains de ces tests sont inconnus de nombreux praticiens ou accablants pour les patients.

risicovol voor die mensen? U kunt kiezen tussen die testen, maar u moet er minstens een aantal doen. Ik vraag mij toch wel af of dit voor de levenskwaliteit van die 70-plussers – er zullen er nog wel zijn want ik denk dat als we mijnheer Valkeniers een looptest laten doen dat hij nog wel zal slagen – ...

10.02 Jef Valkeniers (VLD): Pas op, hé! Neem mij niet kwalijk dat ik u onderbreek maar dan vraag ik mij af of die 70-plussers dat allemaal wel nodig hebben.

10.03 Maggie De Block (VLD): U vraagt dit natuurlijk maar aan bij mensen die dat nodig hebben en dan denk ik dat het moeilijk is.

Ik dacht eraan of al die bijkomende testen niet een beetje discriminerend zijn voor mensen boven de 70 jaar. Het is in dit land toch niet gebruikelijk dat wij bijzondere medische prestaties van die aard gaan reserveren voor mensen uit een bepaalde leeftijdsgroep. Voor andere zaken, ik denk dan aan coronarografie of operatieve indicaties, kijken wij altijd naar de fysiologische leeftijd. Wat kan de patiënt nog aan en hoe is zijn algemene toestand? We weten allemaal dat daar uitzonderingen zijn naar boven en naar beneden. Hier zit er een voor ons. Maar ik stel mij daar toch een beetje vragen bij. Ik denk zeker dat de mensen die dit hebben ontwikkeld daar ook wel lang over gepraat hebben maar praktisch is dit iets waar het meeste verzet tegen is.

Dan ga ik over naar het volgende. De vraag is eveneens wat de besparingen van deze maatregelen inhouden als wij allemaal bijkomende testen en bijkomende onderzoeken moeten hebben. Wij moeten daar een bewijs van hebben want dat bewijs moet zich bevinden in het dossier van de patiënt bij de kinesist. Wij moeten dat verslag, zwart op wit, in ons dossier hebben en wij moeten dat dan doorgeven aan de kinesist. Er zijn wachttijden voor bepaalde onderzoeken. Het is niet altijd zo evident om bejaarde mensen naar het ziekenhuis te doen om ambulante een test te laten afleggen en ze dan weer eventjes naar huis te laten gaan. Ik denk dan aan mensen in een rusthuis, in een verzorgingstehuis, ook de mensen thuis. Het is soms een hele onderneming voor de huisarts om te organiseren hoe die mensen voor die tests en die bijkomende consultaties naar de specialisten kunnen geraken. Het is dan ook nog geweten – al hebben wij weliswaar niet zulke lange wachtlijsten als in Nederland – dat er voor geriateren, neurologen en fysiotherapeuten wachtlijsten zijn, toch alleszins in de streek waar ik woon.

Het opstellen van een nomenclatuur was zeker een goede zaak, maar er werd zeker gedacht aan de budgettaire impact daarvan. Terecht, want door de eenvoudige nomenclatuur was er toch duidelijk een zekere wildgroei ontstaan. Dat is een feit.

Mijn vraag is echter of er geen budgettaire verschuiving zal optreden van het budget van de kinesitherapie naar het budget van bijkomende consultaties en bijkomende korte hospitalisaties. Soms past men immers een korte hospitalisatie van drie dagen toe om een bilan op te maken en dat kost ook veel geld aan het RIZIV en aan de mensen.

Mijn laatste thema gaat over de centrale rol die de huisarts in de gezondheidszorg inneemt. U hebt daarover al herhaaldelijk een standpunt ingenomen, maar ik heb van elke aanvraag een kopietje mee voor het geval u het mocht vergeten zijn. Daarin staat overal dat er een bijkomend advies nodig is van een specialist van wie dan ook. Wij moeten dus alles verzamelen. De huisarts constateert de indicatie.

10.02 Jef Valkeniers (VLD): Il va de soi que les personnes de plus de 70 ans n'ont pas toutes besoin d'un traitement de ce type.

10.03 Maggie De Block (VLD): Je m'interroge sur le caractère discriminatoire éventuel de ces tests supplémentaires pour les personnes de plus de 70 ans.

J'émet également des réserves quant à l'efficacité de telles mesures d'économie, car elles mènent à de nombreux examens complémentaires et entraînent donc des délais plus importants. Pour de nombreuses personnes âgées, en particulier celles qui résident en maisons de soins ou de repos, se rendre dans un hôpital ou chez un spécialiste n'est pas toujours chose facile.

Lorsqu'une telle personne passe trois jours dans un hôpital pour y subir des examens, les coûts sont également très élevés.

Par ailleurs, il me semble qu'on impose aux médecins généralistes une bien lourde charge administrative. Il doit constituer le dossier médical et devra donc partir en quête des rapports des spécialistes et du médecin-conseil. Ne pourrait-on réduire ces obligations administratives?

Enfin, j'aimerais savoir si le nombre de visites chez le kinésithérapeute après un traitement en milieu hospitalier a également été limité. Dans la négative on risque de voir s'opérer un glissement de la kinésithérapie ambulatoire vers les hôpitaux. Ce n'est pas l'objectif.

J'ai également constitué un dossier sur le Guide à l'intention du médecin généraliste qui comprend notamment des formulaires d'ordonnance adaptés.

maar moet het dossier opmaken, de bewijslast verzorgen, zorgen dat de patiënt bij de juiste persoon terecht komt, wij moeten wachten op de verslagen. Soms wachten wij drie, vier, zes weken op een verslag; soms moeten wij zes keer bellen naar de ziekenhuizen. Het volstaat niet dat het in de dictafon zit, het moet getypt worden, ondertekend geraken en verstuurd worden. Meestal zegt de secretaresse dat het verslag nog op de stapel ligt en dat het 's anderendaags zal arriveren. Welnu, dan hebben wij het de dag nadien nog niet. Ik heb al voorgesteld om het zelf te gaan ophalen, om het door te faxen. Ik heb al gezegd dat ik het moet hebben. En dan gaat het plots wel, maar ander gaat het toch altijd zo traag. Dan pas kunnen wij onze aanvraag richten naar de adviserend geneesheer. Eigenlijk worden wij langs alle kanten met praktische moeilijkheden geconfronteerd en daarom vraag ik mij af waarom wij, huisartsen, zoveel adviezen en bewijslast moeten verzamelen om onze aanvraag nog maar te doen.

Daarnaast wil ik het hebben over de regeling van het aantal kinesitherapiesessies in de ziekenhuizen. Is er al een beperking doorgevoerd voor kinesitherapiesessies in een ziekenhuis na een ingreep of een behandeling? De nieuwe regeling is terecht gebaseerd op evidence-based medicine, maar dan dient dit principe ook in ziekenhuizen toegepast. Anders dreigt weer een verschuiving van de ambulant toegekende kinesitherapeutische behandelingen naar de ziekenhuizen. Dit zal gepaard gaan met verplaatsingen en meer uitgaven. Daarnaast bestaat het gevaar dat zij (...)

Mijnheer de minister, tot slot heb ik een klein dossiertje gemaakt met de "Wegwijzer voor de huisartsen", met de nieuwe, aangepaste voorschriftenformulieren. Er is nog een probleem met de software van de computer. Dat moet worden veranderd, maar dat is allemaal mogelijk. Daarnaast bevat het dossier een kopie van alle mogelijke documenten die moeten worden opgestuurd naar de adviserend geneesheer. Ik zal u dat straks overhandigen.

De **voorzitter**: De heer Goutry had graag een aanvullende vraag gesteld. Volgens het Reglement mag hij echter pas het woord voeren na het antwoord van de minister. Ik vind dit een onzinnige bepaling en zal ze dan ook niet toepassen.

Mijnheer Goutry, u hebt het woord.

10.04 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, het zijn vooral een paar informatieve punten of onduidelijkheden die ik ook nog even wil voorleggen. Het is minder een commissievergadering dan wel bijna een audiëntie geworden, maar bon. De gezelligheid kan er alleen bij winnen.

Ik was natuurlijk een beetje geschrokken over het feit dat mevrouw De Block daarover een interpellatie, een heuse interpellatie hield, iets waartoe wij zelden de gelegenheid toe krijgen wegens het grote politieke belang van interpellaties en wegens het enorme gevaar dat daar een motie zou kunnen van komen. We hebben gedacht dat het debat belangrijker is dan dat, dus we zullen van de gelegenheid geen gebruik maken – wij zouden dat kunnen – om een motie in te dienen. We willen hieraan toch een paar vragen toevoegen.

Het is misschien algemeen gesteld, mijnheer de minister, maar de onrust bij de kinesitherapeuten is niet weg, ook niet na zaterdag. Ik begrijp dat wel. U hebt de mensen ontvangen zaterdag. Zij waren daar uiteraard mee opgezet. Zij hebben waarschijnlijk ook een aantal vragen terecht kunnen voorleggen, maar de onrust is er niet mee weg. Ik heb, laten wij zeggen om de veertien dagen, met een aantal vertegenwoordigers van kinden overleed. Ik probeer te luisteren in alle

10.04 Luc Goutry (CD&V): La grogne des kinésithérapeutes ne s'est pas calmée depuis samedi. La perte de revenus subie par ce groupe professionnel approche donc les 15 pour cent pour le premier semestre de cette année. Ils perçoivent en outre un statut social de 250 euros, soit un dixième seulement de ce que reçoivent les médecins. Enfin, ils sont doublement sanctionnés lorsqu'ils se déconventionnent, car le remboursement de la mutualité s'en trouve réduit.

objectiviteit. Als mensen mij zeggen: "Wij gaan niet overdrijven"; want er zijn er altijd tussen die overdrijven en daar luister ik ook niet naar, "maar wij mogen toch zeggen een inkomensverlies te hebben". Het zal een "contrecoup" zijn en ik houd er rekening mee dat het zich wel voor een stuk zal herstellen, maar nu zegt men toch: "Wij zitten na het eerste semester rap aan 15 tot 20% verlaging van ons inkomen vergeleken met verleden jaar". Nu, ik vind dat voor een vrij beroep ernstig, dat mag toch wel eens gezegd worden. Als men van mijn inkomen 15% zou wegnemen, dan zou dat mij toch iets doen, zelfs al zou dit uiteindelijk tot 10% worden gereduceerd. Ik wil dat toch wel even zeggen omdat geen enkele beroepsgroep, denk ik, uit die sector dat zou aanvaarden. Wij zouden dat eens met dokters moeten proberen. Ik heb dat al dikwijls gezegd, maar ik blijf wel erg gefrustreerd over de manier waarop dat alles is gebeurd. Maar bon.

Dan misschien de bijkomende opmerkingen over het sociaal statuut. Er zou dus een sociaal statuut komen dat 250 euro oplevert. Zegge en schrijf amper 10.000 Belgische frank. Voor de geneesheren is dat het tienvoudige. Dat is 100.000. Als dit een sociaal statuut is, waar ze dan nog een stuk zelf zullen moeten bijleggen, dan is dat toch wel zeer dunnetjes. Dat is mijn opinie daarover, ik wil dit toch nog even voorleggen. Wat natuurlijk ook wel ergerlijk is – en ik vind dat niet objectief verklaarbaar – dat is dat bij het deconventioneren van kinesisten, zij dubbel gestraft worden. Als een dokter deconventionneert, dan vraagt hij wat hij wil. Er is geen tariefzekerheid, maar voor de patiënt is dat neutraal. Als een kinesist deconventionneert, dan is de teruggave, dus de tussenkomst van de mutualiteit, ook minder. Dat is dus een dubbele bestraffing.

(...)

10.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als er een conventie is, dan verliest of daalt die terugbetaling 25% bij de niet geconventioneerden.

10.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: S'il y a une convention, le remboursement est réduit de 25 pour cent pour les non-conventionnés.

De **voorzitter**: Dus hij wordt veel erger gestraft.

Le **président**: Ils sont donc plus lourdement sanctionnés.

10.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als u niet geconventionneerd bent en u past het tarief toe van de conventie? Dat is een heel verschil. Stel dat een kinesist niet geconventionneerd is, zelfs als hij het tarief toepast is zijn patiënt daarvan het slachtoffer.

10.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Si un kinésithérapeute n'est pas conventionné mais applique le tarif, c'est le patient qui est la victime.

10.07 **Luc Goutry** (CD&V): Waarom zeg ik dat, mijnheer de minister? Het zal zaterdag ook opgeworpen zijn, maar ik wil het even herhalen, omdat ik vind dat wij erover moeten blijven debatteren tot wij een goeie oplossing hebben. Ze zitten natuurlijk gewrongen als het sociaal statuut zou gekoppeld worden aan de conventie. Voor die 10.000 frank, laten we nu eens als grote mensen spreken, moet men dus conventionneren. Maar ja, wat kan een kinesist doen? Als hij zich niet conventionneert, heeft hij al de bestraffing dat de patiënten natuurlijk niet geneigd zijn naar hem te komen, want ze krijgen al minder terugbetaald.

10.07 **Luc Goutry** (CD&V): Je pense que nous devons poursuivre le débat jusqu'à ce que nous aboutissions à une solution équitable. En raison de la liaison du statut social à la convention, un kinésithérapeute doit se conventionner pour 250 euros mais, s'il ne le fait pas, il perd ses patients parce que le remboursement est réduit.

Men kan zo aanvoelen wat bij betrokkenen heerst. Zij voelen zich betutteld en vragen zich af wat men met hen van plan is. Zij weten niet of men hen nog een kans wil gunnen als vrije beroepers ofwel of men tot een forfaitarisering wil komen, waarbij zij zullen worden ondergebracht in bepaalde settings en waarbij meteen een eind wordt

Une grande incertitude règne parmi les kinésithérapeutes. Ils se demandent si la fin de la

gesteld aan de uitoefening van de vrije kinesithérapie. Dit zijn ook de vragen die ik stel, want terzake moet duidelijkheid bestaan.

Volgens sommigen is het gedaan met preventie. Zij zeggen nauwelijks nog mensen te ontvangen. Eigenlijk haakt dit in op de bijkomende kosten. Men moet dus opletten bij een versterkte controle. Op dat vlak zal mevrouw De Block zeker beschikbaar zijn.

Als de hervorming wordt gekoppeld aan een nieuwe nomenclatuur die tal van bijkomende onderzoeken en administratieve rompslomp met zich meebrengt, dan zou de nettoprijs of netto besparing moeten worden gerelativeerd.

Preventie en postoperatieve onderzoeken kunnen zich herstellen, maar thans zijn zij, na zes maanden, fors teruggelopen. Naar verluidt komen sommige personen, met een gebroken elleboog bijvoorbeeld, niet meer terug. Indien zij na een maand merken dat het wel nodig is, dan komen ze terug, maar dan zijn ze al een maand verloren. Dat is duidelijk.

Het Apraziekenhuis in Antwerpen was destijds bekend omwille van het feit dat, zodra men de operatietafel verliet, al werd gestart met de revalidatie. Hoe sneller, hoe beter; dat is evident. Dat was trouwens voornamelijk voor de mensen die in de bouw werkten en voor wie de verzekering betaalde. Zij wisten wat zij wilden.

Ik heb ook een aantal vragen over de hepathologieën die naar verluidt vanaf 1 maart van volgende jaar worden herzien. Tijdens het debat over reumatologie zei iemand dat het onzinnig was dat wanneer iemand betere resultaten boekt, hij niet de behandeling zou kunnen krijgen die hij precies nodig heeft. U antwoordde hierop terecht dat die hepathologieën misschien eens moesten worden herzien.

Naar verluidt zouden alle hepathologieën vanaf 1 maart worden herzien. Mocht dat gebeuren, dan begrijp ik er niets meer van. Het gaat om MS-patiënten en anderen. Wat zou in zo'n geval een bijkomend onderzoek nog kunnen opleveren? Wat zou het nut daarvan zijn? Het is toch niet de bedoeling om alles op zijn kop te zetten.

Mevrouw De Block had het over de hervormingen inzake de fysiotherapie. Dat was altijd een delicate materie. Sommige moeten een zware hervorming ondergaan. Ik hoor veel uit die sector. De verschillende groepen zullen uiteraard wat afgeven op elkaar, maar toch blijkt het zo te zijn dat er in de ziekenhuizen een veel grotere marge bestaat dan bij de vrije beroepers, zodat de hervorming daar misschien meer nodig is dan in de nomenclatuur van de ambulanten.

Voorzitter: Maggie De Block.

Présidente: Maggie De Block.

10.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik zal eerst punctueel reageren op het betoog van de heer Gouty, weliswaar in de verkeerde volgorde, maar zo zitten de zaken nu in mijn geheugen.

Ik ben het eens met diegenen – en zeker de kinesitherapeuten – die zeggen dat dit een moeilijke hervorming is. Deze hervorming is moeilijk omwille van heel wat redenen.

Zuiver budgettaire gezien moet men de zaken evenwel wat relativeren. Het gaat wel om een besparing, maar goed. Het budget dat wordt vooropgesteld als doelstelling voor 2003 bedraagt vermoedelijk – het staat dus nog niet vast – 394.9 miljoen euro. afaerond 395 miljoen euro.

kinésithérapie en tant que profession libérale est en vue et si le gouvernement va imposer un régime quasiment forfaitaire.

De nombreux kinésithérapeutes estiment que des règles plus strictes sont de nature à compromettre la prévention et la révalidation. Les tracasseries administratives et les examens supplémentaires altèrent également l'effet d'économie de ces mesures.

Il me revient qu'à partir du 1^{er} mars 2003, toutes les pathologies E seront reconsidérées. Quelle est l'utilité de cette révision? A quoi peut servir une nouvelle étude?

A mon estime, une réforme de la nomenclature des physiothérapeutes indépendants peut donner davantage de résultats qu'une modification de celle des services de physiothérapie des hôpitaux.

10.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Nul doute que cette réforme n'est pas aisée. L'objectif est en effet de réaliser des économies. Le budget prévu pour 2003 est de 395 millions d'euros, contre 408 millions en 2001, l'année la plus onéreuse à ce jour.

Bref, si on établit une comparaison avec 2001, qui a été une année exceptionnelle, nous réaliserons

Het beste budget ooit was dat van 2001, te weten 408 miljoen euro.

Men krijgt voor 2003 een budget dat in nominale termen ongeveer 3,5% lager ligt dan het budget dat ze hadden in 2001 en dat hun beste budget ooit was. Wat wil ik daarmee zeggen? Als wordt bevestigd dat de kinesisten nu 15% minder gaan verdienen, dan zitten wij heel zwaar onder die budgettaire doelstelling. 15% minder is een groot verschil met 3,5% minder.

10.09 Luc Goutry (CD&V): Ofwel zijn er veel bijgekomen.

une économie de 3,5%. Il est donc très exagéré de dire que les kinésithérapeutes doivent fournir un effort financier chiffré à 15%.

10.09 Luc Goutry (CD&V): A moins qu'entre-temps beaucoup de nouveaux kinésithérapeutes soient arrivés sur le marché du travail.

10.10 Minister Frank Vandenbroucke: De budgettaire doelstelling is dus mogelijk. Ik heb hen gegarandeerd dat zij dat kunnen realiseren. Als wij vaststellen dat wij door de hervorming of door een of ander effect in de psychologie van het voorschrijven zwaar onder die doelstelling gaan en als inderdaad zou blijken dat de kinesisten 20 tot 25% van hun inkomen verliezen, gaan wij maatregelen nemen om naar die doelstelling toe te werken. Dat werd duidelijk beloofd. Dat is een belangrijke garantie. U zult zeggen: dat is nominaal nog altijd 3,5% minder dan wat zij hadden in 2001. Dat klopt, maar ondertussen wordt het remgeld in principe in minstens 70% van de zittingen geïnd. Dat is een zeer belangrijk bijkomend inkomen voor degenen die het remgeld vroeger om een of andere reden niet inden. U moet dat er eigenlijk bijtellen. Dan spreken wij over veel meer dan 3,5%. Het remgeld in de kine is immers hoog.

10.10 Frank Vandenbroucke, ministre: Fournir un effort chiffré à 3,5% en termes d'économies ne me paraît en tout cas pas irréaliste. Si le revenu moyen des kinésithérapeutes baisse de 20 à 25%, nous prendrons évidemment des mesures.

10.11 Luc Goutry (CD&V): (...)

10.12 Minister Frank Vandenbroucke: Akkoord, maar de kinesitherapeuten kunnen niet zeggen: het niet innen van het remgeld is een probleem, want wij staan onder druk om het te laten vallen en het leidt ook tot overconsumptie. Wij zeggen nu: het remgeld wordt toch voor 70% verplicht geïnd. Men mag niet vergeten dat dat mee in het inkomensplaatje zit. Degenen die het remgeld niet inden, zullen het nu innen en waar er door het niet innen overconsumptie of zelfs regelrechte fraude was, snijdt men dat nu toch wel weg. Daarmee moet men ook rekening houden.

10.12 Frank Vandenbroucke, ministre: Il faut aussi tenir du compte du fait qu'actuellement, contrairement à ce qui se passait auparavant, le ticket modérateur est perçu dans environ 70% des séances de kinésithérapie. Il en a résulté une augmentation importante du revenu. En outre, la perception du ticket modérateur empêche la surconsommation et la fraude.

Dan is er het sociaal statuut. Ik ben het met u eens dat 248 euro niet veel is, maar er wordt nu al 15 jaar lang door de kinebonden geëist dat er een sociaal statuut is. Ik maak nu die opening. Dat moet u er ook bijtellen. Ik denk dat het een principiële zeer belangrijke opening is. Er komt een sociaal statuut voor kinesitherapeuten.

248 euros, ce n'est pas beaucoup mais c'est un début. Les associations de kinésithérapeutes revendiquent un statut social depuis quinze ans déjà. Ceci est la première étape.

U hoort mij zeker niet zeggen dat wij geen besparingen hebben gedaan, want een budget dat 3,5% beneden het budget van 2001 ligt, is een budget waarop bespaard is. Daar staat tegenover dat zij het remgeld innen, dat er een sociaal statuut komt en dat er ondertussen een aantal kinesitherapeuten in het sociaal plan zijn gestapt. Het aantal is voor mij geen belangrijke parameter, zelfs al zouden er tegen het einde van het jaar slechts 400 zijn. Het gaat over 2 tot 3% van de bevolking. Ik zeg niet dat wij nu op het terrein geen problemen hebben, maar als de budgettaire doelstelling wordt ingevuld inzake het inkomen is het probleem lang niet zo dramatisch als nu blijkt. Ik vind het belangrijk dat u dat beseft en zegt aan de achterban die inderdaad zeer verontrust is.

Nous réalisons bel et bien des économies: le budget a baissé de 3,5%. En outre, le ticket modérateur est aujourd'hui perçu, les kinésithérapeutes ont un statut social et un certain nombre d'entre eux ont opté pour le plan social. Le problème n'est donc pas si grave qu'on le dit parfois.

10.13 Luc Goutry (CD&V): (...)

10.14 Minister Frank Vandenbroucke: Het beste wat zij ooit hebben gehad, was in 2001 met 408 miljoen euro. In vergelijking daarmee is het nominaal 3,5% minder. Ik heb niet gezegd dat men daaruit kan afleiden dat er geen besparing is. Dat is een serieuze besparing.

De mensen die hun boterham in die sector verdienen, zullen uiteindelijk geen 20% minder hebben dan in 2001, want de som van wat ze kunnen verdienen, ligt 3,5% onder wat ze hadden in 2002. Als ze zoveel minder zouden hebben, dan gaan we maatregelen nemen om dat terug op vijzelen. Het zou kunnen dat om een of andere reden de huisartsen niet meer voorschrijven of de patiënten niet meer durven komen. Als dat zo zou zijn, dan gaan we maatregelen nemen opdat ze die 394,9 globaal kunnen invullen. Ik ben hier niet bezig over iets dat automatisch zo zal zijn. Ik ben bezig over de garantie dat wij maatregelen kunnen nemen waardoor hun inkomen voor de hele groep nominaal slechts 3,5% onder het hoogste budget ligt dat zij ooit hebben gehad, met name het budget van 2001. Daarbij reken ik het innen van het remgeld, met als gegeven dat wij toch een aantal mensen die wensten te stoppen of het niet meer zagen zitten, de kans hebben gegeven om eruit te stappen. Dat is toch een niet onaanzienlijke groep. Er zijn nu 460 aanvragen, maar daarvan is er wel een aantal geweigerd.

Laat me misschien kort de algemene reglementaire context schetsen.

Neen, ik kom eerst tot de E-lijst. Ik moet misschien zelf eens verifiëren welk misverstand er zou kunnen zijn of wat er precies is beslist, maar ik heb op die ontmoeting zaterdag wel een reactie op het volgende gegeven. Men klaagde daar aan dat CVA-patiënten opnieuw voor de E-lijst zouden moeten worden getest. Dat is nu precies iets dat ik heb opgepikt uit voorstellen van de kiné-bonden zelf, die mij, tijdens de vele besprekingen die wij hebben gehad, het volgende hebben gezegd. Zij hebben mij dat formeel gezegd, dus ik neem dat voor mijn rekening, maar het komt van hun. Zij hebben mij gevraagd of ik mij niet teveel concentreer op de lichte gevallen. Zitten er misschien ook in die E-lijst niet hier en daar overdrijvingen? Iemand die ooit een beroerte heeft gehad, bij voorbeeld, is misschien na vijf jaar volledig hersteld. Die persoon moet niet op die E-lijst blijven staan. De idee dat men niet heel zijn leven – voor een geval van CVA – op die E-lijst moet blijven staan, is geïnspireerd door opmerkingen die kinesitherapeuten zelf hebben gemaakt. Wat er precies in maart zou gebeuren, begrijp ik niet goed.

10.15 Luc Goutry (CD&V): ...

10.16 Minister Frank Vandenbroucke: Er is geen enkele herziening. Ik denk wel dat het een verschil is om voor een aantal situaties te bepalen dat het maar drie jaar of zo iets duurt. Dat kan, maar dat zou ik eens moeten verifiëren. Voor het CVA gaan we er niet meer vanuit dat men dat levenslang heeft. Dat heeft men ook niet levenslang. U kunt na een beroerte vele jaren nood hebben aan kinésithérapie en revalidatie, maar niet heel uw leven. Daar zit een stuk overdrijving in.

Ik kom tot de reglementaire context. Wij betalen nu voor courante problemen maximaal 18 kinebeurten terug. Dat is de M24-nomenclatuurwaarde. Als men voor dergelijke courante aandoeningen meer dan 18 beurten attesteert, dan vermindert de terugbetaling tot een waarde M13. Voor een nieuwe pathologische situatie is het mogelijk om opnieuw die kinebeurten met een maximale vergoeding te attesteren. Om van de mogelijkheid van de nieuwe pathologische situatie gebruik te kunnen maken, moet de toestemming van de

10.14 Frank Vandenbroucke, ministre Si les kinésithérapeutes souffrent réellement d'une perte de revenus, nous prendrons des mesures pour y remédier. Nous avons l'intention d'utiliser effectivement le budget prévu de 395 millions d'euros. J'interviendrai, si soudainement, les médecins ne prescrivent plus de séances de kinésithérapie. Le fait que certains kinésithérapeutes solliciteront le plan social, influencera bien entendu le revenu moyen du restant d'entre eux.

En ce qui concerne les pathologies E, l'idée de soumettre certaines catégories à de nouveaux tests a été inspirée par les observations des kinésithérapeutes eux-mêmes. Il n'est pas nécessaire qu'une personne qui a eu, par exemple, une attaque figure toute sa vie sur la liste E. J'ignore ce qui pourrait se passer en mars 2003. Aucune révision du système n'est prévue. Nous ne partons toutefois dorénavant plus du principe que certains types de patients requièrent automatiquement des séances de kinésithérapie durant toute leur vie.

10.16 Frank Vandenbroucke, ministre: Pour les problèmes courants, 18 séances maximum sont remboursées selon la nomenclature M24. Le remboursement est ensuite réduit à la nomenclature M13. Il est possible d'obtenir l'intégralité du remboursement pour une nouvelle pathologie mais pour cela, l'autorisation d'un médecin-conseil est nécessaire. Le médecin traitant doit introduire une demande accompagnée d'un rapport médical. Si, après 14 jours, le médecin traitant n'a pas répondu, on

adviserend geneesheer worden gevraagd. De aanvraag daarvan moet vergezeld gaan van een verslag van de behandelend geneesheer en wat moet worden verstaan onder nieuwe pathologische situaties, in algemene termen omschreven in de nomenclatuur. De toestemming van de adviserend geneesheer wordt geacht te zijn gegeven als de adviserend geneesheer niet reageert binnen 14 dagen na verzending van de aanvraag. Dat is belangrijk.

Dit systeem van aanvragen bestond al in de vorige nomenclatuurteksten, maar wat is het verschil? Men kon vroeger gemakkelijk tot 60 beurten gaan. Men kon misschien ook wel een beetje langer bezig blijven dan echt nodig was. Nu zeggen wij dat voor courante gevallen 18 beurten mogelijk zijn en natuurlijk is er een druk om uitzonderingen aan te vragen. Er is de druk om te zeggen dat het om een nieuwe pathologie gaat. Het is niet vreemd dat er nogal veel weigeringen zijn. Wij geven daarover geen richtlijnen.

Ik kan goed begrijpen dat er nu kinesitherapeuten zijn of artsen die zeggen: Vandenbroucke heeft aan de medische adviseurs gezegd dat ze heel dikwijls neen moeten zeggen. Maar dat is niet zo. Wij zeggen daar niets over. Overigens, ik houd daarover ook geen gegevens bij. Maar het is niet onbegrijpelijk dat het zo zou zijn. Men zoekt een beetje een uitweg. Men vraagt dat nu waarschijnlijk redelijk gemakkelijk aan en het is aannemelijk dat de medisch adviseur zegt dat het geen nieuwe pathologie is maar dat gewoon een nieuwe verlenging wordt aangevraagd en dat gaat niet. Dat is wat er volgens mij eigenlijk gebeurt. Maar ik kan u dus ook niet zeggen of het aantal weigeringen toeneemt vanwege de medisch adviseurs. Ik weet het niet. Maar het zou niet eigenaardig zijn dat dit zo is op dit moment. De beoordeling of het gaat over een nieuwe pathologische situatie is per definitie een feitenkwestie. De nomenclatuur geeft de adviserend geneesheer de bevoegdheid om dat te onderzoeken. We denken ook dat die medisch adviseur daar wel goed voor geplaatst is. Vanwege de heterogeniteit van de te beoordelen situaties, die telkens eigen zijn aan de betrokken patiënt, denk ik dat bijkomende richtlijnen aan de medisch adviseur, naast wat al in de nomenclatuur staat, weinig zinvol zijn. Ik kan dus ook niet zeggen of er verschillen zijn tussen de verzekeringsinstellingen op dit vlak. Ik weet dat niet.

Wat was ons uitgangspunt? De beschikbare middelen doelmatig gebruiken. Waarom zeggen wij voor courante aandoeningen 18 grote kinezittingen maximaal vergoed? Omdat we denken dat 18 sessies dikwijls voldoende zijn. Is dat altijd zo? Neen, maar goed, dan moet die kinesitherapeut of de patiënt maar een extra inspanning doen, dat zijn gemiddelden waar je mee werkt. De nomenclatuur is overigens in de hele geneeskunde gebaseerd op gemiddelden. U zal soms eens een uur praten met een patiënt en soms vijf minuten, en dat is dezelfde vergoeding. Dat is juist hetzelfde principe. U gaat niet, als u een uur gepraat heeft – alhoewel dat lang is – aan mij komen zeggen dat u nu twee keer betaald moet worden. Dit is een beetje hetzelfde. Voor een nieuwe pathologische situatie moet het mogelijk zijn – en die mogelijkheid is geschapen – om opnieuw maximaal vergoede kinezittingen te krijgen. Om te vermijden dat voor dezelfde aandoening toch meer zittingen maximaal worden vergoed door te beweren dat het gaat over een nieuwe situatie, is enige controle nodig. Dit systeem van aanvragen werd in het verleden uitgewerkt en toegepast en ik behoud dus eigenlijk, qua systeem, iets wat bestond. Ik vrees echt dat een versoepeling of een afschaffing van deze regeling zou leiden tot het tenietdoen van het uitgangspunt van de hervorming, namelijk aanzetten tot zorgvuldigheid en doelmatigheid.

Zoals ik net heb aezead duurt de periode tussen aanvraaa en

considère qu'il accepte la demande.

Le but est en effet de prévenir la prescription de traitements superflus. Je ne m'étonne guère que de nombreuses demandes soient rejetées. Les autorités ne donnent aucune instruction à cet égard

Je nie formellement que les conseillers médicaux aient reçu des directives des autorités. Voilà bien une excuse facile. On introduit sans doute encore fréquemment des demandes de traitement supplémentaire sans nécessité. Le médecin-conseil est souvent le mieux placé pour en juger. Je ne sais pas si les mutualités mènent une politique différente à cet égard.

Mon seul objectif est d'utiliser efficacement les moyens disponibles. Nous avons opté pour un total de 18 séances car ce nombre suffit généralement. Si ce n'est pas le cas, toutefois, il est tout à fait possible de demander un prolongement de la durée de remboursement maximum; un contrôle de ces demandes est bien entendu requis. Un assouplissement ou une suppression du système de demande, qui était par ailleurs déjà en vigueur précédemment, est en contradiction flagrante avec l'esprit de la réforme, qui vise à encourager les kinésithérapeutes à se montrer plus méticuleux et efficaces.

Le délai entre la demande et l'accord ou le refus du médecin-conseil est de 14 jours maximum. Il n'est donc pas question, pour le kinésithérapeute, d'une attente aussi longue que vous le dites. Il peut en outre entamer son travail plus rapidement si le cas est clair et s'il existe un numéro de nomenclature logique. Dans les cas plus complexes, le kinésithérapeute doit, de préférence, attendre l'avis du médecin-conseil.

Il me semble logique que le système soit appliqué plus sévèrement aux praticiens les plus jeunes. et que les plus âgés

toestemming, of weigering, maximaal 14 dagen. Eigenlijk hoeft de kinesist geen 14 dagen te wachten vooraleer een verstrekking te verlenen. Dat hoeft niet. Hij moet maximaal 14 dagen wachten vooraleer hij zekerheid heeft via welk nomenclatuurnummer hij die verzorging kan attesteren. Als dat voor hem een heel duidelijk geval is, kan hij sneller beginnen. Voor de complexere gevallen lijkt het mij logisch dat de adviserend geneesheer enige tijd neemt. U hebt dan verwezen, mevrouw De Block, naar een van de nieuwe elementen op de F-lijst. Ik zou toch willen beklemtonen dat dit hier gaat over een verruiming. De idee dat we voor hoogbejaarde mensen gangrevalidatie en valpreventie zouden opnemen, is nieuw. Ik denk persoonlijk dat dit precies de accentverlegging is die we nodig hebben. Ik zal het misschien een beetje brutaal zeggen maar voor jonge mensen kan men nogal strikt zijn. Men kan zeggen dat men wat zorgvuldiger met kine moet omgaan dan men misschien deed. Ik denk dat we voor oude mensen misschien te weinig doen, dat er nieuwe toepassingen zijn van de kinesitherapie die interessant zijn, maar dan moeten we toch echt wel werken met duidelijke criteria. Men moet aantonen dat er een situatie is met onder meer een specialistisch advies en een bilan daarvan, waarin dan die nieuwe nomenclatuur gebruikt kan worden.

Voor de concrete situatie voor bejaarden ouder dan 70, waarover uw vraag gaat, een situatie die een gangrevalidatie noodzakelijk maakt, is er eigenlijk geen specialistisch advies nodig. Er moet wel een verslag worden gemaakt waaraan zowel de behandelende arts – dikwijls is dat de huisarts – als de kinesitherapeut bijdragen. Dat zijn geen meerkosten. Men moet daar inderdaad over nadenken en aan werken. Men heeft daar werk aan. Die kinesitherapeut moet daarmee bezig zijn. Dat zijn eigenlijk geen meerkosten voor de ziekteverzekering. Wij maken iets mogelijk wat vroeger niet bestond. Wij oriënteren de kinesitherapie meer op hoogbejaarden. Dat is een bron van inkomen, maar goed, dat is nodig. Dat is nuttig. Dat er daaraan wat moet worden getest, lijkt mij een vorm van zorgvuldigheid te zijn.

0.16 Maggie De Block (VLD): Ik had het niet over de meerkosten, maar over een extrakost van 6 miljoen.

10.18 Minister Frank Vandenbroucke: Maar neen, men gaat gewoon vaststellen dat zo iemand het heel moeilijk heeft. Ik denk echt dat dit een algemeen probleem is in onze samenleving. Hoogbejaarde mensen krijgen intrinsiek een aantal lacunes. Ze beginnen wat gemis te vertonen in een aantal functies. Ze worden wat meer afhankelijk van zorg en omkadering. We gaan bijvoorbeeld niet alle hoogbejaarde mensen een uitkering voor mindervaliden geven. Dat doen we niet. We gaan ook niet tegen alle hoogbejaarde mensen zeggen dat ze heel zorgafhankelijk zijn. We testen dat. Op het moment dat we iets invoeren dat echt nieuw is, denk ik dat die tests nuttig zijn.

Wat de Tinetti-test betreft, herinner ik mij nog de man die de suggestie heeft gedaan. Hij was een van de kinesitherapeuten bij de onderhandelingen. Het komt niet van mij. Ik kende dat ook niet. Die tests werden ons voorgesteld door kinesitherapeuten. Ik apprecieer het ten zeerste dat zij die zelf mee hebben uitgewerkt.

Ik denk dat we hier een vooruitgang, een verruiming hebben, iets wat niet bestond. Het is dus normaal dat men dit ook aan voorwaarden onderwerpt.

Inzake uw vergaelijkings met het ziekenhuis. denk ik dat er wat verwarring

bénéficiant de plus de latitude. Dans tous les cas, les critères appliqués doivent être clairs et l'avis d'un spécialiste est requis. En ce qui concerne l'exemple concret des personnes de plus de 70 ans, un tel avis n'est pas nécessaire pour la revalidation des fonctions locomotrices.

Pour les personnes de plus de 70 ans, le médecin traitant et le kinésithérapeute doivent rédiger un rapport. Cela n'implique aucun surcoût pour l'assurance maladie, nous orientons simplement davantage la kinésithérapie vers les personnes très âgées. Bien évidemment, nous devons encore procéder à certains tests.

10.17 Maggie De Block (VLD): Je ne parlais pas de surcoûts mais d'un coût supplémentaire de 6 millions.

10.18 Frank Vandenbroucke , ministre: Il est un fait que les personnes très âgées sont plus dépendantes des soins et de l'encadrement. Mais nous testerons préalablement leur dépendance aux soins. C'est le secteur lui-même qui propose les tests et j'apprécie particulièrement cette coopération. Il s'agit d'une avancée véritable, d'une réelle modernisation, et c'est la raison pour laquelle nous devons l'assortir de certaines conditions.

Les patients ambulatoires dans les hôpitaux sont confrontés à la même nomenclature et aux mêmes limites que les patients des kinésithérapeutes mais la thérapie qu'ils subissent est limitée par la durée du séjour. La physiothérapie sera également réformée afin

mogelijk is. Ambulante patiënten die in een ziekenhuiskabinet worden behandeld, hebben natuurlijk juist dezelfde nomenclatuur en beperkingen als patiënten die bij de kinesitherapeut aan huis gaan. Wat de gehospitaliseerde patiënten betreft die kine krijgen, is er een indirecte beperking door hun verblijfsduur. We gaan ervan uit dat de verblijfsduur een zinvolle beperking is voor wat er in het hospitaal moet gebeuren, inclusief de kine. We gaan ervan uit dat men dat niet nodeloos rekt. De ziekenhuizen, evenmin als de patiënten, hebben daar absoluut geen belang bij. Ik denk dat dit niet onlogisch is.

Daarnaast is er nog iets anders, met name de fysiotherapie, de K. Hier ga ik op vraag van de kinesitherapeuten, die naar mijn mening heel terecht is, ook een hervorming doorvoeren. Zij zeggen immers dat daar de deur wagenwijd opengaat indien we ook op dat domein geen zorgvuldigheid nastreven. De patiënten zullen dan gewoon van de kinesitherapeuten naar de fysiotherapeuten. Bijgevolg heb ik een hervorming gevraagd. Er is terzake een werkgroep opgericht in de technisch-geneeskundige raad. Het verslag van die werkgroep is bijna klaar. Ik denk dat ze vorige vrijdag hun laatste vergadering hebben gehad. Ik verwacht op 28 oktober in een vergadering van de technisch-geneeskundige raad een uitspraak over de hervorming binnen de fysiotherapie. Ik ga mij nu niet uitspreken over de inhoud, want ik zou die een beetje "deforceren". Ik meen wel dat ze moet tegemoetkomen aan wat de kinesisten vragen, namelijk geen onfaire concurrentie.

10.19 Maggie De Block (VLD): Bij de F-lijsten is er een vergetelheid waarvoor ik al contact heb opgenomen. Wij mogen zelfbeschikkingen vragen als patiënten een heelkundige ingreep hebben ondergaan en een nomenclatuur hebben van meer dan N200. Maar er is de klasse van onder meer de discushernia's. Dat zijn neurochirurgische ingrepen.

10.20 Minister Frank Vandenbroucke: Die gaan erin worden opgenomen.

10.21 Maggie De Block (VLD): Ja, maar die werden vergeten. Die hebben een K. Die hebben een ander nummer. Wij kunnen die zelfbeschikking daarvoor dus niet aanvragen.

10.22 Minister Frank Vandenbroucke: Dat zou geregeld worden tegen 1 december.

10.23 Maggie De Block (VLD): Dat wou ik u vragen.

10.24 Minister Frank Vandenbroucke: Wat mij betreft, zo snel mogelijk, maar in de zomer is er een moeilijkheid geweest met de technische raad voor kinesitherapie. Sommige mensen op de bank van kinesitherapeuten wensten niet de eerste stap te zetten. Zij wensten geen compromis te nemen. Daardoor hebben we wat vertraging opgelopen. Ik heb erop aangedrongen om nu wel snel vooruit te gaan, hoewel sommige mensen eerst een helemaal volledig, afgewerkt pakket wilden maken. Dan moeten we echter blijven discussiëren.

d'éviter un transfert des patients des kinésithérapeutes vers les physiothérapeutes. Un groupe de travail a été créé à cet égard au sein du Conseil technique médical. Son rapport est presque finalisé. J'attends un avis à propos de la réforme de la physiothérapie pour le 28 octobre. Je considère que la teneur de cet avis doit répondre à la demande du secteur visant à éviter la concurrence déloyale.

10.19 Maggie De Block (VLD): J'ai observé un oubli dans les listes F. Nous pouvons demander l'autodétermination pour des interventions chirurgicales d'une nomenclature de plus de N-200. Mais les hernies discales et les affections de ce type sont des interventions neurochirurgicales.

10.20 Frank Vandenbroucke , ministre: Elles seront insérées dans la liste.

10.21 Maggie De Block (VLD): Comme elles ont été oubliées, elles ont reçu un autre numéro et nous ne pouvons plus demander l'autodétermination.

10.22 Frank Vandenbroucke , ministre: Ce problème sera réglé pour le 1er décembre.

10.23 Maggie De Block (VLD): J'allais vous le demander.

Ik hoop dat op 1 december de F-lijst kan worden uitgebreid met onder meer neurochirurgische ingrepen, luxaties, complexe fracturen, interarticulaire fracturen, bekkenproblemen, enzovoort. Ik denk dat er ook rond incontinentie en nog een paar dingen een akkoord is. Er komt in ieder geval een relatief belangrijke uitbreiding van die F-lijst met hopelijk implementatie op 1 december.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Samengevoegde vragen van

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de 'alles-in' prijs voor rusthuizen" (nr. 8601)

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de remgelden voor rusthuisbewoners die palliatieve zorgen ontvangen" (nr. A025)

11 Questions jointes de

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le prix 'tout-compris' à réclamer aux pensionnaires des maisons de repos" (n° 8601)

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le ticket modérateur pour les personnes résidant dans des maisons de repos et qui bénéficient de soins palliatifs" (n° A025)

11.01 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag over de all-in prijs is zeer kort en is hoofdzakelijk informatief bedoeld.

Naar aanleiding van de zaterdagse treinrondrit van u en uw collega's hield u een statement die neerkwam op het feit of we niet konden komen tot een all-in prijs voor de rusthuizen. Ik heb daaromtrent rondvraag gedaan en nu blijkt dat een all-in prijs de mensen uit de rusthuizen uit onze regio niet zoveel zegt. Een prijs is d'office all-in waarbij dan nog enkele kosten komen kijken zoals de kapper en kleinere kosten die zeer differentieel liggen bij de verschillende bejaarden. Het is zeker niet de zorg van de bejaarden uit onze streek dat ze niet duidelijk zouden weten wat de prijs is en of er nog veel zou bijkomen. Daarom vroeg ik mij af waar de vooruitgang dan wel in lag.

11.01 Luc Goutry (CD&V): Le ministre Vandembroucke a récemment préconisé un prix forfaitaire pour toutes les maisons de repos. Qu'entend-il exactement par prix forfaitaire? Va-t-il réellement instaurer ce système? Quel sera éventuellement l'impact budgétaire de ce système?

Wat verstaat u onder een all-in prijs voor rusthuizen?

Uit welke elementen zou die all-in prijs dan bestaan?

Over welke gegevens beschikt de minister omtrent de huidige prijzen die aan de rusthuisbewoners worden aangerekend? Waarop beroept u zich om plots zo een actie aan te kondigen?

Binnen welke termijn stelt u zo iets in het vooruitzicht?

Indien het een probleem is dan zal het ook geld kosten. Is daarvoor in een bepaald budget voorzien?

11.02 Minister Frank Vandembroucke: Mevrouw de voorzitter, collega's, mijn bekommernis omtrent de dagprijzen in rusthuizen is tweërlei: de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de woon- en zorgcentra enerzijds en de vergelijkbaarheid en de transparantie van de dagprijzen tussen de instellingen onderling anderzijds. Er zijn toch aanzienlijke budgetten geïnvesteerd in die sector sinds 1998. Dat heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat de stijging van de dagprijzen zich sinds 1999 min of meer heeft beperkt tot het inflatieritme. Ik durf niet zeggen dat zulks het laatste jaar zo is geweest maar wat we aan gegevens hebben, laat uitschijnen dat het stijgingsritme van de dagprijzen in de tweede helft van de jaren '90 wat is afgevlakt.

11.02 Frank Vandembroucke, ministre: Deux choses me préoccupent: d'une part, l'accessibilité des prix des centres d'hébergement et de soins et, d'autre part, la comparabilité des prix pratiqués par les diverses institutions. Depuis 1999, l'augmentation des prix de la journée s'est plus ou moins limitée au rythme de l'inflation.

Voor 2003 is het voor de sector belangrijk dat we niet alleen de financiering van het sociaal akkoord van 1 maart 2000 hebben herbekeken en de meerkost die er nog inzate volledig in rekening nemen, maar dat we ook een vergoedingssysteem van het sociaal akkoord invoeren die zeer transparant zal zijn. Bovendien worden er toch aanzienlijke middelen vrijgemaakt voor de sector. Het gezondheidsbudget dat nu is afgesproken binnen de regering laat mij toe om het budget voor de rustoorden in vergelijking met 2002 te laten aangroeien met 14,52%. Dat laat toe dat we in overleg met de Gemeenschappen en met de sector stappen vooruit kunnen zetten, zowel op het vlak van de omkadering van zwaar zorgbehoevende ouderen als voor het ontwikkelen van nieuwe innoverende opvangvormen die toelaten dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Dat betekent een betere financiering maar tegelijkertijd dagprijzen die we onder controle kunnen houden, waarbij ik ervan uitga dat die ook in de nabije toekomst gemiddeld gesproken niet meer zouden mogen stijgen dan de inflatie.

Er worden statistieken opgesteld die per semester een overzicht geven van de prijzenevoluitie. De prijzen geven wel een idee over de hoogte van de dagprijs maar geven geen totaalbeeld van de kostprijs van het rusthuis per bewoner. De reden is dat er naast de dagprijs nogal wat supplementen kunnen worden aangerekend. Het probleem voor ons, en voor oudere mensen en hun familie, is dat die supplementen niet zijn opgenomen in de statistieken. Ik herinner mij wel dat er vroeger steekproefsgewijs studies over zijn geweest en toen kwam men uit op supplementen die meer dan 7% bedroegen dan de dagprijs als een soort van gemiddelde in steekproeven.

Wat dat waard is, dat weet ik niet, maar het is toch niet onaanzienlijk. Het belangrijkste probleem is dat de informatieve waarde die de dagprijs heeft voor de oudere of zijn familie die op zoek is naar een rustoord – en waar men dikwijls in een crisissituatie naar op zoek is – natuurlijk wat beperkt is, wanneer men daarnaast nog allerlei supplementen aanrekent. U weet dat de dagprijzen eigenlijk al hoog zijn en daar stelt zich een probleem. De toepassing van supplementen is afhankelijk van instelling tot instelling. Er zijn instellingen die een alles-in-prijs vragen, waarin zij vrijwel alle kosten steken en die zich beperken tot enkele supplementen, zoals bijvoorbeeld medicatie en dokterbezoek. Er zijn ook instellingen die een grote waaier van supplementen aanrekenen, zelfs voor een stuk zeep of een glas water. Niettegenstaande de erkenningsnormen van de Gemeenschappen vereisen dat de supplementen in het huishoudelijk reglement moeten worden opgesomd, is het voor de oudere onmogelijk om de rusthuizen met elkaar te vergelijken. Soms is de dagprijs – ik zeg soms, in de minderheid van de gevallen – zelfs misleidend voor de ouderen. Vanuit de prijzendienst wordt de tendens vastgesteld dat steeds meer elementen uit de dagprijs worden gehaald, die als supplement kunnen worden aangerekend. Een instelling kan daarmee ook een concurrentieel voordeel hebben ten aanzien van een andere instelling. Het blijft voor een familie natuurlijk aantrekkelijk om een rusthuis te kiezen met een lagere dagprijs, zelfs als een grotere lijst van supplementen bestaat. Daar moet duidelijkheid over komen. Voor mij is een alles-in-prijs een prijs waarin alle normale kosten van het verblijf begrepen zijn, dus niet alle kosten, maar alle normale kosten.

Ik geef een voorbeeld ter verduidelijking. Uit heel wat studies omtrent de dagprijzen blijkt dat tv en tv-distributie veel voorkomende supplementen zijn. Ik denk dat een tv in die mate een onderdeel is van onze cultuur dat de mogelijkheid om op de kamer naar tv te kijken moet geïntegreerd worden in het aanbod van het rusthuis en dus in de dagprijs moet worden opgenomen. Als u spreekt over daarprijzen, moet u er natuurlijk

Le budget 2003 que le gouvernement vient de confectionner nous permet d'augmenter le budget réservé aux maisons de repos de 14,52 pour cent en regard de l'année passée. Cela nous procure une certaine marge pour prendre une série d'initiatives dans ce secteur, notamment en ce qui concerne le contrôle des prix de la journée dans ces maisons de repos.

L'évolution des prix des maisons de repos sur une période de six mois a fait l'objet de statistiques. Celles-ci ne fournissent bien entendu pas une vue globale du prix par habitant. Outre le prix de la journée, de nombreux suppléments peuvent encore être facturés. Les statistiques ne prennent pas en compte ces suppléments. Des calculs réalisés précédemment et incluant ces suppléments, ont donné un prix moyen supérieur de 7 pour cent au prix de la journée.

Ce montant n'est évidemment pas tellement élevé. L'application des suppléments diffère d'un établissement à l'autre. Certains établissements réclament un prix "tout compris" et ne facturent des suppléments que pour les médicaments et les visites du médecin. D'autres vont jusqu'à facturer un supplément pour une savonnette ou un verre d'eau. Une tendance semble se dessiner qui consiste à retirer de plus en plus d'éléments du prix de la journée pour les facturer comme suppléments, car il est ainsi possible d'attirer des pensionnaires éventuels grâce à un prix de journée moins élevé.

Selon moi, un prix "tout compris" doit inclure tous les frais de séjour ordinaires. Il ne s'agit donc pas de tous les coûts mais de l'ensemble des coûts normaux. Ainsi, j'estime, par exemple, que la présence d'une télévision doit être incluse dans le prix de la journée. Tous les frais remboursés par l'INAMI dans le cadre des forfaits ne peuvent être facturés ni dans le coût de la journée ni en sus de celui-ci. Ces frais ne peuvent absolument pas être facturés. Nous devons donc le

van uitgaan dat kosten die door het RIZIV worden vergoed in de forfaits, noch in, noch naast de dagprijs mogen worden aangerekend. Tot hier toe was ik helemaal niet bezig over dingen die in de forfaits van het RIZIV zitten, want die kosten mogen tout court niet worden aangerekend. Ik denk dat op dat vlak toch ook wel verduidelijking nodig is. Wij zijn dat trouwens aan het verduidelijken. Zo weten de rusthuizen bijvoorbeeld vanaf 1 oktober met absolute juridische zekerheid welke verzorgingsproducten zij kunnen opnemen in het verzorgingsforfait. Die lijst is door het Verzekeringscomité van het RIZIV goedgekeurd. Zo staan de ontsmettingsmiddelen bijvoorbeeld op die lijst. Het is duidelijk dat die producten in het forfait zitten en dat wij die betalen en zij mogen niet meer apart aan de bewoners worden aangerekend.

Ik wil op korte termijn een overleg opstarten en afspraken maken met de sector, in overleg met minister Picqué, die bevoegd is voor de prijzen, zodat wij duidelijke en goed vergelijkbare alles-in-prijzen krijgen. Ik heb daarover met de sector een eerste contact, morgen. Ik ga geen heel precieze plannen op tafel leggen, ik wil daarover morgen een eerste gesprek hebben.

11.03 Luc Goutry (CD&V): Uw antwoord is interessant, omdat het ons ook toelaat om op basis daarvan – nu weten wij beter wat zou kunnen bedoeld zijn – steekproefsgewijze na te zien hoe alles in de praktijk loopt. Ik besluit eruit dat vooral degenen die tot vandaag niet transparant waren met hun prijs, ertoe zullen worden aangezet om...

In mijn streek heb ik een vlugge navraag gedaan. Welnu, alles zit in de prijs. Zoals de distributie van tv bijvoorbeeld, die zit in de dagprijs die de mensen betalen, dus de mensen kunnen daar niet bedrogen zijn. Zij weten exact op voorhand hoeveel zij zullen moeten betalen.

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: Vaak is dat niet zo, ik ga geen namen noemen.

11.05 Luc Goutry (CD&V): Daarom herkende ik het probleem minder goed. Het zal effectief zo zijn dat er zulke rusthuizen zijn, maar dan zou het vooral een bijtrekken zijn van degenen (...) en hen te verplichten...

11.06 Minister Frank Vandenbroucke: De meerderheid doet dat, dit is geen kritiek op de rusthuissector.

11.07 Luc Goutry (CD&V): Zo had ik het ook niet begrepen. Mijn vraag was vooral informatief bedoeld om te weten wat u daarin steekt en op basis van wat wij kunnen kijken en vergelijken en zien of dat klopt.

In de thuiszorg en in de palliatieve eenheid van een ziekenhuis kan een bejaarde die palliatieve zorgen ontvangt vrijstelling van remgeld krijgen voor de prestaties van de huisarts op voorwaarde dat er een palliatief thuiszorgforfait wordt uitbetaald. Sinds 1 oktober 2001 wordt door het RIZIV ook aan rusthuisbewoners die in categorie B en C vallen en palliatief verzorgd worden een forfait toegekend. Ik denk dat het 10 frank per dag en per bewoner is. In het verleden was de realistische som van 24 frank gevraagd, maar verleden jaar werd uiteindelijk 500 miljoen frank voorzien wat neerkomt op 10 frank. Om dit palliatief forfait te kunnen bekomen, moeten bejaardeninstellingen aan een reeks voorwaarden voldoen zoals opleiding, vorming van personeel, verantwoordelijkheid voor de organisatie, hervorming met betrekking tot palliatieve cultuur, overeenkomst met de palliatieve regionale vereniging, de vragenlijst betreffende de palliatieve zorg enzovoort. Wanneer al deze voorwaarden

préciser une fois encore aux maisons de repos.

Je désire mener une concertation dans les plus brefs délais afin de définir des prix qui puissent être comparés.

11.03 Luc Goutry (CD&V): Cette réponse est intéressante. J'ai l'impression que la plupart des établissements dans ma région incluent tout dans le prix à la journée.

11.04 Frank Vandenbroucke , ministre: Ce n'est néanmoins certainement pas le cas partout.

11.07 Luc Goutry (CD&V): J'en arrive à ma question suivante. Dans le secteur des soins à domicile et dans l'unité palliative d'un hôpital, une personne âgée qui bénéficie de soins palliatifs peut obtenir une dispense de ticket modérateur pour les prestations de son généraliste. Une condition est toutefois posée: la personne concernée doit payer un forfait palliatif pour soins à domicile.

Depuis le 1^{er} octobre 2001, l'INAMI octroie aussi un forfait aux pensionnaires de maisons de repos qui relèvent des catégories B et C et bénéficient de soins palliatifs.

vervuld zijn, wordt 0,27 euro per dag aan een palliatief erkende bewoner in een rusthuis toegekend. Iedereen zal het er met mij over eens zijn dat men met een dergelijke tussenkomst alleen voor omkadering kan zorgen. Men kan er voor zorgen dat er bijscholing en vorming is – dat is al zeer belangrijk – maar men kan daarmee geen palliatieve functie in een rusthuis uitbouwen.

Dat is eigenlijk een ongelijke behandeling. Het rusthuis krijgt werkingskosten om iets rond palliatieve zorgen te doen zoals vorming voor het personeel, maar dat is niet echt voldoende om een echte palliatieve functie te creëren. Dat is thuis wel het geval. Als men thuis het forfait krijgt, zijn alle andere prestaties bovendien kosteloos. In een rusthuis is dat niet zo. Wanneer mensen daar in een palliatieve fase verkeren, regelmatig een dokter nodig hebben en allerlei kosten hebben die er anders thuis ook zouden zijn, is dat niet kosteloos. Dat zijn supplementen die zeker niet in een dagprijs kunnen zitten. Op die manier wordt men dus ongelijk behandeld. In een rusthuis krijgt men immers geen forfait en moet men verder remgeld betalen. Men moet ook een dagprijs betalen, terwijl de mensen die thuis worden verzorgd een volledige kosteloosheid krijgen.

Mijnheer de minister, kan niet worden overwogen om voor de palliatieve patiënten in de rusthuizen iets gelijkaardigs te doen en ervoor te zorgen dat de kosten in een bepaalde fase ten minste neutraal zijn?

Mais les maisons de repos doivent satisfaire à une série de conditions pour avoir droit à ce forfait, notamment sur le plan de la formation du personnel. Si elles ont rempli toutes les conditions, elles perçoivent 0,27 euro par jour par pensionnaire palliatif reconnu comme tel. C'est évidemment beaucoup trop peu pour développer une section de soins palliatifs digne de ce nom. En vérité, les maisons de repos sont discriminées par rapport au secteur des soins palliatifs à domicile. Si les personnes concernées reçoivent leur forfait à domicile, elles ne doivent, de surcroît, rien payer pour toutes les autres prestations, contrairement au règlement en vigueur dans les maisons de repos où les pensionnaires doivent payer le prix de journée et le ticket modérateur.

Le ministre n'envisage-t-il pas de prendre des mesures pour faire en sorte, à tout le moins, que les frais soient au moins neutres dans une phase déterminée?

11.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Goutry, ik zal dat onderzoeken. Ik zou toch willen beklemtonen dat de maatregel die werd genomen om het huisbezoek van de huisarts in die terminale fase van de patiënt voor hem en zijn familie gratis te maken, kadert in een politiek die erop gericht is om de balans tussen wat het kost voor de mensen om thuis te worden verzorgd en te sterven versus wat het kost voor de mensen om in een ziekenhuis te sterven, een klein beetje te verleggen. Wij hebben echt de keuze die mensen maken om thuis te sterven of in een ziekenhuis willen ontdoen van de nadelige financiële aspecten. Er is een heel bewuste prioriteit voor thuiszorg. Daarom zijn wij daar zeer ver in gegaan, onder meer ook inzake de huisarts. Het is dus nogal expliciet de bedoeling geweest om dat te doen voor de thuiszorg en niet voor de zorg in instellingen.

Ik vind dat u een punt heeft. Ik zal dat dus onderzoeken. Een rustoord is immers een thuisvervangende instelling en geen ziekenhuis.

Technisch is dit echter niet zo evident. Wij koppelen dat immers aan het krijgen van een palliatief forfait en het gratis huisbezoek. Het palliatief forfait is geïndividualiseerd. In een rusthuis krijgt men geen palliatief forfait. Er bestaat wel een palliatief forfait, maar dat is eigenlijk een vormingstoelage naar gelang het aantal bewoners van het rusthuis. De patiënten worden daarmee dus niet geïdentificeerd. Als wij een stap in die richting zetten, zou dat eigenlijk moeten passen in de hervorming van de rustoordfinanciering die ik nu in een eerste fase ga implementeren, ik hoop rond 1 april. Misschien kunnen wij dat daaraan koppelen. Ik betwijfel of dat tegen 1 april kan, maar wij zouden dat in de uitbouw de nieuwe rustoordfinanciering kunnen voorzien. Ik ben van plan dat te onderzoeken.

11.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Quoi qu'il en soit, je vais faire examiner ce point. La gratuité que nous avons prévue pour les visites à domicile des médecins chez les patients en phase terminale qui reçoivent des soins palliatifs s'inscrit dans une politique visant à rétablir quelque peu l'équilibre entre d'une part les personnes qui bénéficient de soins palliatifs à domicile et y décèdent, et d'autre part celles qui reçoivent ces mêmes soins dans un hôpital et y décèdent. Nous avons délibérément accordé la priorité aux soins à domicile.

La remarque de M. Goutry est pertinente. En effet, une maison de repos est un établissement qui se substitue au domicile et non un hôpital. Toutefois, il est difficile, pour des raisons techniques, de mettre en pratique cette assimilation. Le forfait palliatif que nous avons individualisé n'est pas vraiment comparable au forfait palliatif appliqué dans les maisons de repos: c'est au fond une aide à

la formation à laquelle le patient individuel n'est pas identifié. Je veillerai éventuellement à inscrire ce problème dans le cadre de la réforme du financement des maisons de repos qui, dans une première phase, sera mise en oeuvre à partir du 1^{er} avril.

11.09 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, het verheugt mij dat u die richting uitgaat. Ik vind ook dat het veel beter in de rusthuisfinanciering zou worden opgenomen. Men zou er ook voor kunnen zorgen dat die palliatieve functie niet alleen vorming is. Men zou bijvoorbeeld iemand halftijds met de nodige opleiding kunnen aanstellen om mensen in hun terminale fase bij te staan op de momenten dat het nodig is.

Nu gebeurt dat niet. Dat zit in het normale werk. Daardoor zijn er veel meer aanvragen van buiten, precies om dit soort bijstand te kunnen leveren. Wij moeten het ook niet vrijstellen van thuiszorg, want het is geen thuiszorg. Wij zouden een inspanning moeten doen om voor de financiering te zorgen. Er is nergens een plaats waar zoveel wordt gestorven. Gemiddeld een derde van de bewoners sterft in een rusthuis vanwege de hoge leeftijd. Het zou dus een uitstekende zaak zijn als u op die manier een structurele financiering kunnen doen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'économie induite par certains moyens diagnostiques ou thérapeutiques et son évaluation" (n° 8603)

12 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de besparing waartoe bepaalde diagnostische en therapeutische middelen op termijn leiden en de evaluatie ervan" (nr. 8603)

12.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, certains moyens diagnostiques ou thérapeutiques peuvent générer à court ou à moyen terme des économies importantes car ils permettent d'éviter d'autres infections ou complications. Cela peut générer des conséquences en termes d'incapacité de travail ou de coûts en matière de dépendance.

Il me semble que ce type de conséquences est parfois évoqué mais mal connu parce que peu mesuré, que ce soit en termes d'économie induite ou en termes de santé. Il est vrai que dans la dialectique budgétaire habituelle, dès qu'on parle d'une technique ou d'un traitement, son coût est évoqué. Cela est vrai pour les médicaments. Mais, me semble-t-il, nous ne portons pas assez d'intérêt objectif en termes de bénéfices et de conséquences budgétaires réels que ces bénéfices pourraient entraîner.

C'est notamment dans cette optique qu'il conviendrait d'évaluer le coût réel d'un investissement en matière de soins de santé et son intérêt, en pouvant faire des projections à moyen terme par rapport aux bénéfices induits que ces techniques ou investissement pourraient entraîner.

Nous pouvons, à cet égard, évoquer de multiples exemples où la promotion d'une technique de diagnostique, d'une technique de prévention ou d'un médicament a généré de véritables bénéfices en matière de pathologie coûteuse, d'hospitalisation, d'invalidité ou de

12.01 Daniel Bacquelaine (MR): Bepaalde diagnostische en therapeutische middelen leveren op middellange termijn een besparing op omdat ze dure aandoeningen of verwikkelingen voorkomen. Hierover is weinig geweten omdat er geen cijfers over bestaan. In dit opzicht zou het nuttig zijn de reële kostprijs van een investering in gezondheidszorg te onderzoeken. Moeten we bij de huidige plannen inzake evaluatie geen rekening houden met dit aspect zonder te vergeten ook een balans op te maken van de werkelijke gevolgen. Bestaat een dergelijke die werkwijze en wordt ze eventueel ook toegepast? Wat denkt u over het belang van deze techniek?

dépendance.

Je citerai, à titre d'exemple, la chirurgie endoscopique qui a certainement permis de réaliser des économies en termes de durées d'hospitalisation ou d'incapacité de travail.

Les médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer entraînent peut-être des retards de dépendance et donc des économies. Mais cela ne me semble toujours pas prouvé.

La démarche de prévention en cancérologie ou diabétologie et la prévalence de ces pathologies ou de leurs complications sont intimement liées. Les techniques sophistiquées d'imagerie médicale à détection précoce de certaines lésions peuvent aussi entraîner à terme des économies.

Dans le cadre des projets actuels en matière d'évaluation, ne conviendrait-il pas de prévoir ce type de projections qui répondraient le mieux aux nécessités, aux justifications ou aux choix de certaines dépenses en soins de santé?

Cette technique, outre qu'elle contribuerait actuellement à l'utilisation optimale des moyens de l'assurance-maladie, permettrait aussi de justifier ou de privilégier certains types d'investissements. Je constate à l'heure actuelle une certaine absence de ce paramètre dans l'évaluation des dépenses. Ce type d'évaluation peut se limiter à des projections, lesquelles doivent procéder d'une rigueur scientifique optimale mais doivent aussi à terme faire l'objet d'un bilan des effets réellement induits.

Ma question, monsieur le ministre, est celle de savoir si ce type de procédures pourrait être développé, notamment peut-être dans le cadre du centre d'expertise ou du Kenniscentrum tel qu'il est prévu actuellement.

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, j'attache personnellement beaucoup d'importance à une politique qui s'appuie sur les principes des soins de santé fondés sur des données probantes.

La pression financière exercée sur le système de santé se fait de plus en plus fortement sentir. Elle se caractérise par des dépenses de santé croissantes liées notamment au vieillissement de la population et à l'apparition d'innovations thérapeutiques coûteuses.

Comme dans la plupart des autres pays, cela nous contraint à passer d'un modèle décisionnel dicté par l'opinion d'experts à des décisions davantage basées sur des données probantes. Jusqu'à présent, les discussions annuelles du budget des soins de santé se sont rapportées à des estimations techniques basées sur des méthodes d'extrapolations statistiques. Les considérations relatives à l'économie de la santé sur l'efficacité ou l'efficience y jouent un rôle insuffisant.

L'effet à long terme de certaines interventions, telles que, par exemple, dans le cas de la prévention de maladies, ne peut en effet être pris en compte d'aucune façon. Le recours à l'évaluation économique comme support aux décisions d'allocation des ressources s'inscrit donc comme une des méthodes fondamentales lorsque des choix entre différentes utilisations des ressources de santé s'impose. L'évaluation économique va donc procurer aux décideurs les éléments permettant de juger si ces résultats valent l'investissement demandé ou si de

12.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Ik hecht veel belang aan een beleid dat stoelt op de principes van gezondheidszorg gebaseerd op steekhoudende gegevens. De financiële druk is zo groot dat er geen rekening kan worden gehouden met de gevolgen op lange termijn van bepaalde ingrepen, waaronder preventieve. Dankzij de economische evaluatie zullen zij die beslissingsbevoegdheid hebben kunnen oordelen of er op een andere manier betere resultaten kunnen worden geboekt.

De jongste drie jaar heb ik strategieën ontwikkeld die stoelen op analyses op het stuk van de gezondheidseconomie. De ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid hebben behoefte aan objectieve informatie en meer gerichte initiatieven. De methoden die uitdewerkt worden in het kader

meilleurs résultats en termes de soins de santé peuvent être obtenus en utilisant ces mêmes ressources d'une autre manière.

Ces trois dernières années, nous avons développé une série de stratégies politiques dans laquelle, pour la première fois peut-être, des analyses économiques de la santé occuperont une place cruciale. Permettez-moi de commenter les deux principaux dossiers: d'une part, la création d'un centre fédéral d'expertise des soins de santé et d'autre part, la mise en oeuvre d'une nouvelle politique des médicaments.

Les responsables politiques des soins de santé, tels que les ministres compétents pour les Affaires sociales et la Santé publique, ont grand besoin, pour étayer la politique à suivre, d'informations objectives et du support d'un large éventail de sujets, médicaments, implants, techniques médicales lourdes, procédures diagnostiques et thérapeutiques mais aussi des initiatives plus ponctuelles au niveau des soins ou de la promotion de la santé.

Les méthodes développées à la lumière de l' "Evidence Base Medicine" et de la "Help Technology Assessment" sont devenues ces dix dernières années un nouvel atout de poids parce que fondées sur de fortes bases scientifiques et objectives. Le centre d'expertise réalisera des études et des rapports pour, entre autres, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et le service public fédéral de Santé publique dans le cadre des missions prévues comme l'application de la "Help Technology Assessment", le soutien de la réalisation des choix concernant le remboursement des prestations de santé et l'élaboration de propositions relatives au choix pour l'allocation de moyens dans les soins de santé.

Le projet de loi relatif à la création du centre d'expertise a déjà été approuvé par le Conseil des ministres et j'espère qu'on en discutera très prochainement à la Chambre.

Dans le cadre de la politique rénovée en matière des médicaments, la Commission de remboursement des médicaments a été mise en place en janvier 2002, succédant ainsi à la Commission de transparence et au CTSP. La CRM répondait à deux objectifs complémentaires, une prescription plus rationnelle des médicaments et un accès plus rapide aux médicaments innovantes. La nouvelle commission de remboursement mise en place a parmi ses objectifs de réconcilier ces deux approches par une analyse de l'efficacité des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles une demande de remboursement est introduite.

Cette approche est innovante puisque, au sein de la même organisation, au contraire de ce qui se passe dans les pays voisins, l'évaluation des nouvelles spécialités va intégrer les données cliniques et les données de type économique et financier. Celles-ci deviennent d'évaluation, avec la prise thérapeutique, le prix, l'impact budgétaire pour l'Inami et les données d'économie de santé pour les médicaments ayant une plus-value thérapeutique.

Des recommandations aux demandeurs ont été élaborées et distribuées aux firmes en juin 2002 avec entrée en application le 1^{er} août de cette année. Celles-ci mentionnent la nécessité d'introduire un rapport d'économie de la santé permettant l'évaluation de la valeur coût-efficacité de la spécialité.

Les données économiques représentent donc un élément extrêmement important dans la prise de décision d'allocation des ressources. Cependant, comme tout outil, il y a un certain nombre de limitations

van evidence based medicine en health technology assessment zijn een belangrijke troef. Het Expertisecentrum zal studies uitvoeren ten behoeve van het RIZIV en de federale dienst voor volksgezondheid.

Het wetsontwerp in verband met de oprichting van het Expertisecentrum werd reeds goedgekeurd door de Ministerraad. Anderzijds werd de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen in januari 2002 geïnstalleerd. Ze streeft twee complementaire doelen na: een rationeler voorschrijfgedrag en een snellere toegang tot nieuwe geneesmiddelen. Inzake de terugbetaling van geneesmiddelen kunnen we vandaag stellen dat we over een model beschikken waarmee beslissingen kunnen worden genomen die gebaseerd zijn op fundamentele elementen als de relatieve therapeutische waarde, de efficiëntie en de financiële analyse.

Elke beslissing kan natuurlijk worden betwist, de gegevens waarover we beschikken zijn namelijk soms tegenstrijdig. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de geneesmiddelen ter bestrijding van de ziekte van Alzheimer.

Technologische innovatie hoeft trouwens niet noodzakelijk meer kosten mee te brengen. Het beste bewijs daarvan is de sector van de moleculaire biologie waar heel wat manuele handelingen zijn verdwenen.

De oprichting van het Expertisecentrum en de versterking van de CTG zijn op dat vlak belangrijke stappen. Ik hoop dat het antwoord op uw vraag binnen enkele jaren voor de hand zal liggen.

d'utilisation. Ainsi, par exemple, la perspective est en général large. Nous voulons donc considérer la société dans son ensemble. Mais la perspective de l'INAMI, c'est la sienne. Elle n'est pas celle d'autres secteurs de la politique sociale. C'est là une limite réelle.

L'horizon temporel utilisé dans les études pharmaco-économiques est relativement long pour les pathologies chroniques. Il ne permet pas de se faire une idée précise des répercussions financières à court terme des choix effectués.

Il y a donc un progrès réel et l'approche "horizontale" que vous souhaitez et selon laquelle on dépasserait la compartimentalisation par secteur, est inscrite dans le processus décisionnel relatif aux médicaments. Mais, comme je l'ai dit, il y a aussi des limites.

Il est nécessaire de disposer, à côté de l'évaluation économique dans un sens large, d'une mesure de l'impact budgétaire comme critère de sélection de technologie et comme outil de planification aidant à l'implémentation de décisions basées sur l'évaluation économique.

On peut donc dire que nous disposons, actuellement, pour le remboursement des médicaments, d'un modèle de décision qui permet, dans le cadre des délais impartis par la directive européenne, de prendre des décisions basées sur les éléments fondamentaux que représentent la valeur thérapeutique relative, l'efficacité et l'analyse financière, élément séquentiel, mais intégré au sein de la même instance que représente la commission de remboursement des médicaments.

Chaque décision, bien entendu, peut faire l'objet de controverses. Vous avez mentionné avec un peu de scepticisme les médicaments anti-Alzheimer. Pourtant, je suis convaincu que l'utilisation de ces médicaments permet, même si c'est temporairement, de postposer l'institutionnalisation des patients et est donc source d'une certaine économie. Ce fut donc un raisonnement un peu horizontal.

Pour d'autres dossiers, les choses ne sont pas toujours très claires. C'est le cas, par exemple, du petscan. A ce sujet, on a des indications quelque peu contradictoires et les données probantes dont on dispose concernent des indications très spécifiques.

L'innovation technologique ne doit pas nécessairement être synonyme de coût supplémentaire. C'est une erreur de le penser car ce n'est pas nécessairement le cas. Il faut aussi intégrer, dans notre réflexion, le fait qu'il est souhaitable d'avoir des innovations qui permettent d'automatiser des procédures qui sont souvent chères et complexes, ce qui conduit à un moindre coût. Ainsi dans la biologie moléculaire, dans le passé, beaucoup de manipulations manuelles étaient nécessaires. Aujourd'hui, il existe des kits, ce qui contribue à diminuer les prix.

Le problème réside dans le fait que ces techniques sont souvent introduites avant que l'on soit sûr du résultat. Il faut donc pouvoir faire la distinction entre une publicité et la réalité.

C'est la raison pour laquelle créer le centre d'expertise et renforcer davantage le travail actuel de la commission de remboursement des médicaments est très important. J'espère que d'ici trois ou quatre ans, la réponse à votre question se trouvera dans nos procédures. Je souscris tout à fait à votre préoccupation.

12.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, je remercie le ministre pour sa réponse.

Pour ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, je ne demande pas mieux que ces médicaments soient efficaces. Je pense cependant qu'on n'évalue pas toujours suffisamment la procédure, après un certain nombre d'années. Parce qu'on a décidé un jour d'investir dans telle ou telle technique, on veut continuer à le faire très longtemps.

Le centre d'expertise devra aussi mener une mission d'évaluation à terme afin de pouvoir revenir éventuellement en arrière et réorienter le processus vers d'autres priorités. Si les médicaments anti-Alzheimer et autres permettent de retarder le placement du patient, tant mieux! On aura dès lors évité une dépense dans un autre secteur. On travaillera de manière plus globale. Si après trois ou quatre ans de remboursement de ces médicaments, on s'aperçoit que les résultats ne sont pas satisfaisants, il faut avoir le courage de revenir en arrière et de réorienter la procédure.

12.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis tout à fait d'accord et cela fait partie de la nouvelle procédure concernant le remboursement des médicaments. Il y a une évaluation systématique après coup mais il faut avoir le courage politique de dire qu'une décision n'est pas nécessairement acquise. C'est un des grands problèmes.

12.03 Daniel Bacquelaine (MR): Wat de ziekte van Alzheimer betreft, laat de opvolging volgens mij te wensen over. Het expertisecentrum zal de opdracht moeten hebben de situatie op termijn te evalueren om indien nodig nieuwe prioriteiten te bepalen.

12.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben het volledig met u eens. Dat alles zit vervat in de nieuwe procedure voor de terugbetaling van geneesmiddelen; we moeten echter ook de politieke moed hebben om te zeggen dat er een mentaliteitsverandering nodig is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de labo's voor klinische biologie" (nr. A038)

13 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les laboratoires de biologie clinique" (n° A038)

13.01 Yolande Avontroodt (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag sluit aan op datgene dat de Europese Commissie geoordeeld heeft, namelijk dat een aantal voorwaarden in het koninklijk besluit 143 van 30 december 1982 te streng zouden zijn. Mijn zorg daarbij is dubbel.

Ten eerste, hoe zal u omgaan met die kritiek vanuit de Europese Commissie, die zegt dat er een aantal voorwaarden moeten versoepeld worden.

Ten tweede, hoe staat u tegenover de lab's op de eerste lijn, namelijk bij een aantal artsen die een samenwerkingsverband hebben en die toch nog een lab hebben dat – naar mijn aanvoelen – zeker een nuttige meerwaarde heeft, omdat het precies op de eerste lijn gesitueerd is en omdat het verhindert of vermijdt dat de patiënten naar de intramurale zorg moeten verwezen worden met daaraan toch een groter aantal kosten verbonden.

Dat zijn de concrete elementen van mijn vraag.

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, collega's, de Europese Commissie meent inderdaad dat vier bepalingen van het koninklijk besluit nummer 143 in verband met de uitbating van een lab klinische bioologie te streng zijn. Ik weet niet of ik ze alle vier

13.01 Yolande Avontroodt (VLD): La Commission européenne juge trop strictes certaines conditions fixées par l'arrêté royal 143 du 30 décembre 1982.

Comment le ministre réagira-t-il à cette critique? Que pense-t-il des laboratoires de médecins qui ont conclu un accord de coopération? Ces laboratoires me paraissent utiles dans la mesure où il s'agit d'institutions de première ligne.

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La commission européenne estime trop strictes quatre dispositions de l'arrêté royal

moet uitleggen. Neen? Dan sla ik dat even over.

Wat willen we doen? Om te beginnen heeft de Europese Commissie haar klachten overgemaakt op 17 juli 2002 en heeft België twee maanden om de nodige maatregelen te nemen. Omwille van het feit dat de Europese Commissie alleen haar bezwaren heeft kenbaar gemaakt, maar zich niet heeft uitgesproken over mogelijke oplossingen die voor haar aanvaardbaar zijn, hebben we aan de Commissie gevraagd om de termijn te verlengen met twee maanden om ons toe te laten op basis van contacten tussen de Belgische administratie en de Commissie overleg te kunnen plegen over mogelijke oplossingen. Deze contacten zijn momenteel aan de gang. Het is vervolgens de bedoeling om dat koninklijk besluit nummer 143 niet alleen aan te passen aan de opmerkingen van de Europese Commissie. Er zal ook rekening gehouden worden met de uitspraken van het Arbitragehof, dat verschillende onderdelen van het koninklijk besluit heeft vernietigd, en met de vaststelling dat sommige eisen in de huidige versie van het koninklijk besluit praktisch niet controleerbaar zijn.

Ik ga ervan uit dat wij moeten discussiëren met de Europese instanties. Er zijn in onze reglementering dingen die verdedigbaar zijn, maar we gaan toch een reactie moeten hebben. We zijn niet vrij in deze materie. Als u vraagt of ik hiermee rekening ga houden, dan is het antwoord ja. Wij moeten dat doen. Ik denk dat we tegelijkertijd nog wel wat andere problemen moeten aanpakken. Ik verwees naar het Arbitragehof, maar ook een paar praktische probleempjes.

Ik meen dat u ook een vraag had over de huisartsen. Wat de huisartsencentra betreft die een klinisch laboratorium uitbaten, zou de huidige regeling blijven bestaan. Een lab mag worden uitgebaat door een burgerlijke vennootschap die de vorm heeft aangenomen van een coöperatieve vennootschap, waarvan de vennoten uitsluitend bestaan uit huisartsen en die uitsluitend een activiteit van medische verzorging organiseert waarvoor het laboratorium functioneert, op voorwaarde dat het laboratorium door de vennootschap reeds werd uitgebaat op 26 februari 1980. Dit is artikel 3, paragraaf 1, ten 9^e van dat koninklijk besluit en dat zouden wij zo laten.

13.03 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, waar zit de logica van die vestiging voor 1980. Ik neem aan dat zeker de jongere generatie huisartsen vaker samenwerken en dat past precies in het kader van de versterking van de eerste lijn. Enerzijds, wil men meer tot samenwerking stimuleren – ik zal het zo uitdrukken – of toch met heel veel aandrang vragen; anderzijds, begrijp ik de logica niet goed die men aanhaalt dat het alleen die centra zouden zijn die al vóór 1980 een samenwerking hadden. Ik zie daar de logica niet van in het kader van de politiek van de versterking van de eerste lijn die men tot vandaag aanhoudt.

Ik versta dat echt niet.

13.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ga daar eens over nadenken. Eigenlijk zijn we ervan uitgegaan dat we een toestand hebben die we niet kunnen houden. Dat is een klein beetje confidentieel, zoals u wellicht weet. Ik denk niet altijd terecht. Er is daar soms wel wat discussie over. We stellen ons hier wat voorzichtig op. Ik wil daarover nadenken. Ik heb me daar eigenlijk nog niet ten gronde over kunnen buigen. Ik ben nog niet benaderd door mensen die zeggen dat we daarover moeten discussiëren. Ik heb nog niet echt tijd gehad om daar een beleid rond te voeren.

n°143 concernant l'exploitation des laboratoires de biologie clinique.

Elle a fait part de ses objections le 17 juillet 2002 et a donné 2 mois à la Belgique pour prendre des mesures en la matière. Etant donné que la Commission n'a pas évoqué de solutions acceptables à ses yeux, nous lui avons demandé de proroger le délai de deux mois. Des concertations ont lieu actuellement. Nous adapterons l'arrêté royal 143 aux observations de l'Union européenne et nous tiendrons également compte d'arrêts de la Cour d'Arbitrage et du constat selon lequel certains critères de l'arrêté royal actuel sont quasiment incontrôlables. Nous devons discuter de quelques points avec les instances européennes.

La réglementation actuelle devrait continuer à s'appliquer aux centres de médecins généralistes qui exploitent un laboratoire clinique. Une société coopérative, dont les membres sont exclusivement des médecins généralistes et qui dispense des soins médicaux, a le droit d'exploiter un laboratoire si ce laboratoire existait déjà le 26 février 1980.

13.03 Yolande Avontroodt (VLD): Sur quelle logique repose cette date d'établissement? On exclut ainsi les jeunes médecins généralistes alors que l'on souhaite stimuler la coopération entre les médecins.

13.04 Frank Vandenbroucke , ministre: Je vais examiner la question.

13.05 Yolande Avontroodt (VLD): Dan moeten we de deugd van het geduld beoefenen.

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

13.05 Yolande Avontroodt (VLD): Nous attendons vos réactions.

14 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de situatie van het personeel tewerkgesteld in de extramurale laboratoria voor klinische biologie" (nr. A062)

14 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la situation du personnel employé dans les laboratoires extra-muros de biologie clinique" (n° A062)

14.01 Greta D'hondt (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het personeel dat tewerkgesteld is in de extramurale laboratoria voor klinische biologie. Ik had de gelegenheid u daaromtrent ook al een vraag te stellen in februari en maart van dit jaar. Sindsdien is het niet stil gebleven op het terrein: de werknemers van die sector hebben herhaalde malen actie gevoerd op diverse plaatsen, onder andere bij uw deur. Ik zal de problematiek of hun verzuchtingen hier niet meer herhalen. Ik heb de gelegenheid gehad die nogal uitgebreid te becommentariëren bij mijn vragen in februari en maart. De problematiek is u mede door de acties voldoende bekend, mijnheer de minister.

14.01 Greta D'hondt (CD&V): J'ai déjà interrogé le ministre à maintes reprises sur les aspirations du personnel employé dans les laboratoires extra-muros de biologie clinique. Des négociations constructives et positives seraient en cours. Quand ces discussions seront-elles clôturées?

Terwijl in het begin de personeelsleden overdreven en dat een en ander niet te doen was, heb ik nu de indruk dat er in de loop van de voorbije maanden een kentering is gekomen. Er zijn trouwens met de sector en met de werknemers uit de sector besprekingen aangevat. Die besprekingen lijken, voor zover ik weet, toch nogal constructief en positief te verlopen. De sector koestert de hoop dat ze de komende uren kunnen worden afgerond.

Mijn vragen. Waar staan we nu? Is er inderdaad een oplossing in het verschiet en zullen de besprekingen vandaag of toch binnenkort worden afgerond?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, collega's, naar aanleiding van de acties van het personeel van de extramurale labo's werd in juni jongstleden een brief toegestuurd aan de werknemers die deelgenomen hebben aan de acties, en hun vertegenwoordigers. Ik heb die brief hier nog bij, maar u zult hem misschien wel hebben.

Ik zal toch even herhalen wat de elementen waren van die brief. Ten eerste, er werd gewezen op de financiële noodzaak om in de afgelopen jaren een aantal hervormingen door te voeren – de forfaitisering, de globale budgetten en de recuperaties – en op de gevolgen hiervan voor de sector – schaalvergroting en vermindering van het aantal labo's.

Ten tweede, in die brief hebben we de bewering van de werknemers alsook van de werkgevers dat de overheid bewust de sector van de extramurale labo's zou afbouwen, kunnen tegenspreken op basis van het aandeel van de extramurale labo's in de RIZIV-uitgaven. Dat aandeel was 55,1% in 1996 en 57,5% in 2001. We viseren ze dus niet.

Ten derde werd bevestigd dat het niet de bedoeling is de sector af te bouwen en benadrukt dat de extramurale laboratoria een belangrijke rol moeten blijven vervullen in onze gezondheidszorg. We hebben gewezen op een aantal hervormingen. Er is de individuele responsabilisering van de voorschrijver als een alternatief voor de lineaire recuperatie die terecht bekritiseerd wordt. Er is de overheveling van het budget

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: En juin, les militants ont reçu une lettre qui mettait l'accent sur la nécessité financière de réformes observée au cours des dernières années et sur l'incidence de ces réformes sur le secteur. Nous avons pu démentir formellement les accusations selon lesquelles nous allions progressivement mettre un terme au secteur des laboratoires extra-muros en insistant sur la part que représentent ces laboratoires dans les dépenses de l'INAMI. Ils ont un rôle important à jouer dans le secteur des soins de santé. Ensuite, nous avons commenté une série de réformes. J'ai confirmé mes intentions en matière d'alignement des conditions de travail.

Il faut continuer à opérer une distinction entre les secteurs à but

daghospitalisatie naar het onderdeel gehospitaliseerde patiënten, zodat een eventuele overschrijding in de daghospitalisatie niet langer ten nadele is van de zuiver ambulante sector, wat zo was. Voorts heb ik, mede met uw steun meen ik, kunnen beslissen dat we de recuperatie in de klinische biologie spreiden over twaalf maanden, waardoor we toch wat meer financiële stabiliteit in de sector brengen.

Een volgend element in die brief: het standpunt dat ik voorheen ingenomen had met betrekking tot de gelijkschakeling van de arbeidsvoorwaarden, heb ik bevestigd. Het is in mijn ogen principieel en budgettair niet vanzelfsprekend de cao die geldt voor de non-profitsector zomaar open te stellen voor de sector van de extramurale labo's.

Dat zou onvermijdelijk aanleiding geven aan andere sectoren, bijvoorbeeld de farmaceutische industrie, om gelijkaardige eisen te stellen. Ik denk dat men een onderscheid moet blijven maken tussen de sectoren die overwegend non-profit zijn, zoals de ziekenhuissector, en andere sectoren die echt zeg maar profit zijn, zoals de extramurale labo's.

Ten slotte had ik in mijn brief een financiële doorlichting aangekondigd van de extramurale labo's om na te gaan of er al dan niet voldoende financiële ruimte aanwezig is in de sector om de gelijkschakeling van de arbeidsvoorwaarden te financieren. De resultaten van de doorlichting zijn ondertussen bekend en ze kunnen als volgt worden samengevat: Ten eerste, de financiële analyse had betrekking op de periode 1996-2001. Bijna alle labo's werden daarin betrokken voor de periode 1996-2000. Voor 2001 waren de jaarrekeningen beschikbaar voor 36 laboratoria die samen 55,6% van de werkgelegenheid vertegenwoordigen. Ten tweede, drie op vier labo's hebben een positief resultaat van het boekjaar na belastingen en globaal bedroeg dat positief resultaat 18,3 miljoen euro of 9,1% van de betrokken RIZIV-uitgaven in 2000. Ten derde, de gelijkschakeling van de arbeidsvoorwaarden in één jaar – werknemers vragen een over enkele jaren gespreide gelijkschakeling; ik zeg niet dat ik hiermee een eis vertolk – zou het resultaat op basis van kostengegevens beschikbaar gesteld door LBC, doen afnemen van 18,3 miljoen tot 10,8 miljoen euro of 4,5% van de RIZIV-omzet. Ten vierde, ondanks de recuperaties eind 2001 wordt geen verslechtering vastgesteld van de financiële situatie in 2001 ten opzichte van 2000. Ten vijfde, de financiële structuur van de extramurale labo's is eerder vergelijkbaar met de financiële structuur van de farmaceutische industrie dan met de ziekenhuissector. Mijn algemene conclusie is dat deze doorlichting het voorheen ingenomen standpunt bevestigt. De gelijkschakeling van de arbeidsvoorwaarden is hier de verantwoordelijkheid van de sector zelf en dient te worden gerealiseerd door afspraken tussen werknemers en werkgevers. Ik zal de resultaten van deze doorlichting deze week meedelen aan de vertegenwoordigers van de werknemers.

lucratif et à but non lucratif. Un contrôle financier approfondi des laboratoires externes a été organisé afin de vérifier que la marge budgétaire suffirait pour financer l'alignement des conditions de travail. Ce contrôle a confirmé que l'alignement dont question incombe au secteur lui-même et devra donc être réalisé au moyen d'accords entre les travailleurs et les employeurs. Je communiquerai les résultats du contrôle cette semaine aux représentants des travailleurs.

14.03 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de minister, ik denk dat we er inderdaad nog niet uit zijn. Als uw mededeling is dat het de sector is die de bestaande verschillen in de verloning en de andere componenten van het inkomen die worden aangeklaagd, moet aanpakken en dat het een zuivere zaak is van de werkgever en de vakbonden, dan denk ik dat u nog bezoek zult krijgen.

14.03 Greta D'hondt (CD&V): Je pense que le ministre recevra à nouveau la visite des militants s'il ne change pas de point de vue et soutient que cette affaire doit être réglée uniquement au niveau des travailleurs et des employeurs.

14.04 Minister Frank Vandenbroucke: Wilt u zeggen dat ze een behandeling moeten krijgen zoals een overwegend non-profitinstelling?

14.05 Greta D'hondt (CD&V): Ik heb dat nooit zo aangekaart en ik zal

14.05 Greta D'hondt (CD&V): Le

dat ook nooit doen. Ik denk alleen dat bij een macrodoorlichting niet ieder labo afzonderlijk wordt doorgelicht.

Ten tweede, u stelt in uw argumentatie dat de sector van de extramurale laboratoria voor klinische biologie – u beschouwt die als een marktsector – niet mag worden vergeleken met een social profitsector. Een marktsector heeft als doelstelling winst te maken. Dan moet die ook de winst gegund worden, anders stapt men uit de sector. Als er geen geld te verdienen valt, waarom zou men er dan nog zijn energie in steken?

Ik denk dat we daarmee nog niet thuis zijn. Voor zover ik het bekeken en begrepen heb, zijn de eisen en de verzuchtingen van de werknemers terecht. Ik denk dat we er niet aan uit zullen kunnen om een oplossing te vinden en als beleid ook verantwoordelijkheid te nemen. Wie ben ik om over die materie iets te zeggen? Hoe dan ook denk ik dat we er anders niet zullen uitgeraken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van medisch begeleide voortplanting" (nr. A081)

15 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement dans le cadre de la procréation médicalement assistée" (n° A081)

15.01 Yolande Avontroodt (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik neem aan dat u daarin al stelling hebt genomen. Vandaar dat ik toch nog heel even officieel van u zou willen vernemen hoe u staat tegenover de partiële terugbetaling van medisch begeleide voortplanting. Een aantal jonge gezinnen met kinderwens wordt geconfronteerd met de problemen inherent aan die kinderwens en lijden onder allerhande neveneffecten als gevolg van de onderzoeken. Bovendien is het ook psychologisch een zware dobber. We moeten toch wel vaststellen dat er een grote ongelijkheid is inzake de mogelijkheden vandaag, wat toch een van uw grote bekommernissen is.

15.01 Yolande Avontroodt (VLD): Le ministre envisage-t-il le remboursement partiel, voire total de la procréation médicalement assistée?

Mijnheer de minister, vindt u het bijgevolg sociaal niet meer rechtvaardig dat de kosten volledig worden terugbetaald, mits een beperking van de terugbetaling tot bijvoorbeeld zes pogingen.

15.02 Greta D'hondt (CD&V): Wij hebben in dat verband een wetsvoorstel ingediend.

15.03 Minister Frank Vandenbroucke: Als het maar gebeurt.

Ik vind dat inderdaad erg belangrijk. Ik denk dat medisch geassisteerde voortplanting een belangrijk aspect is van de gezondheidszorg en dat dat toegankelijk moet zijn voor iedereen. Ik ben het eens met u en mevrouw D'hondt, denk ik, en de anderen, dat alhoewel wij eigenlijk al heel wat terugbetalen, daar toch zeer belangrijke kosten overblijven voor de mensen zelf. Dat zijn voornamelijk de kosten verbonden aan de bevruchting van de eicel in het labo.

Ik heb een voorstel laten uitwerken waarbij effectief in volledige terugbetaling wordt voorzien voor een totaal van 6 cycli per koppel, zij het dat we daar een leeftijdslimiet van 42 jaar aan zouden koppelen. Ik denk dat we dat moeten combineren met een strikte regelgeving rond de dosering van gonadotrofines en rond de herimplantatie van het aantal embryo's per cyclus. (1 in plaats van 2 of 3 bevruchte eicellen, de techniek van de zoenaamde single embrvo transfert). Dat moet

15.03 Frank Vandenbroucke, ministre: La procréation médicalement assistée est un aspect important de notre système de soins de santé et devrait être accessible à tous. Il est vrai que la fécondation des ovules en laboratoire constitue une opération coûteuse. J'ai demandé d'élaborer une proposition de remboursement de 6 cycles par couple et fixant une limite d'âge de 42 ans pour la femme. L'implantation des embryons serait soumise à une réglementation contraignante en vue d'éviter les grossesses multiples. Dans l'état actuel des

toelaten het aantal meerlingenzwangerschappen te doen afnemen, zonder evenwel het aantal succesvolle zwangerschappen te verminderen. Ik denk dat u het probleem van de meerlingen kent: ze worden dikwijls te vroeg geboren met heel wat gezondheidsproblemen in de eerste levensweken. Door het aantal meerlingen te verminderen, kan men niet alleen veel menselijk leed voorkomen, maar ook de kosten in de neonatale zorg drukken.

Ik ben dat nu aan het bekijken. Ik durf een en ander nog niet te beloven. Ik wil daar zeer voorzichtig in zijn, ook omdat het een gevoelige problematiek is. Als ik de mogelijkheid vindt om dat te realiseren, wens ik dat zeker te doen.

15.04 Yolande Avontroodt (VLD): Met wie overlegt u hierover?

15.04 Yolande Avontroodt (VLD): Avec qui le ministre se concertet-il?

15.05 Minister Frank Vandenbroucke: Met een massa mensen. Ik ken enkele namen; het zijn er heel bekend. Hoe dan ook, als ik ergens een ruimte vind, zal ik ze gebruiken. Ik baseer mij op wat experts mij zeggen.

15.05 Frank Vandenbroucke , ministre: Avec divers experts.

15.06 Yolande Avontroodt (VLD): (...) in 2001 (...)

15.07 Minister Frank Vandenbroucke: Mijn bekommernis daarover bestaat al jaren.

15.08 Yolande Avontroodt (VLD): Het is gewoon een andere (...)

15.09 Greta D'hondt (CD&V): We hebben daarover een wetsvoorstel ingediend. Maar in deze commissie Sociale Zaken krijgen de wetsvoorstellen van CD&V geen kans op behandeling. (*Onderlinge gesprekken*)

15.10 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw D'hondt, als er nu iets is waar u mij niet van hoeft te overtuigen, dan is het dit.

15.11 Greta D'hondt (CD&V): Zoals ik al zei hebben wij hierover een wetsvoorstel ingediend, reeds in mei 2001. Ondanks de prioriteit die wij bij herhaling gevraagd hebben voor de behandeling van dit wetsvoorstel heeft de voorzitter dit nog niet nodig geoordeeld. Ik dring opnieuw aan dat dit wetsvoorstel dringend behandeld wordt.

15.12 Minister Frank Vandenbroucke: Ik weet dat.

(...)

15.13 Minister Frank Vandenbroucke: U moet mij absoluut niet overtuigen, ik ben heel gemotiveerd daarvoor. Dat mag u aan iedereen vragen die mij daarover bezig hoort.

(...)

Wat zeg je?

15.14 Yolande Avontroodt (VLD): (...) 500.000 frank een soort pacemaker in hun maag laten plaatsen.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.18 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17.18 heures.*