

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

du

MERCREDI 22 NOVEMBRE 2006

Matin

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

van

WOENSDAG 22 NOVEMBER 2006

Voormiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 10.22 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

Le développement des questions et interpellations commence à 10.22 heures. La réunion est présidée par M. Hans Bonte.

01 Vraag van mevrouw Nahima Lanjri aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de eenmalige innovatiepremies" (nr. 13047)

01 Question de Mme Nahima Lanjri au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation des primes à l'innovation uniques" (n° 13047)

01.01 Nahima Lanjri (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, vorig jaar werd beslist om gedurende een jaar voor werknemers die een idee hebben en die een innovatiepremie krijgen, deze innovatiepremie vrij te stellen van socialezekerheidsbijdragen en belastingen. Dit principe gold normaal gezien gedurende een jaar waarna de zaak zou worden geëvalueerd. Men zou bekijken of dit zou worden verlengd. Het project loopt tot eind 2006, vandaar dus mijn vragen.

Vooral met het oog op de toekomst zou ik willen weten hoeveel werknemers tot nu toe recht hebben gehad op een vrijstelling van socialezekerheidsbijdragen en belastingen naar aanleiding van zo'n innovatiepremie of suggestiepremie.

Ten tweede, hoeveel bedrijven zijn daarbij betrokken? Hoeveel bedrijven hebben aan een of meerdere werknemers zo'n premie toegekend? Wat is het ingediende totaalbedrag van de innovatiepremies? Wat is het totale bedrag dat uiteindelijk werd toegekend? Men heeft immers eerst de indiening en daarna de goedkeuring.

Wat de toekomst betreft, is daarmee rekening gehouden in de begroting voor 2007? Wordt het project dus verlengd? Wordt het systeem eventueel ook uitgebreid? Zou men bijvoorbeeld na een evaluatie bereid zijn om meer werknemers in aanmerking te laten komen dan momenteel het geval is? Momenteel is dat beperkt tot 10% van de werknemers per bedrijf. Tijdens de besprekingen van vorig jaar heb ik daar ook opmerkingen over gemaakt. Het is immers jammer dat dit beperkt wordt tot 10% van de werknemers.

Hoe staat het met de evaluatie? Is die evaluatie al gebeurd? Wanneer zal ze rond zijn? Is het mogelijk dat het project niet alleen verlengd maar tevens wordt uitgebreid?

01.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw Lanjri, vooreerst is het nuttig te melden dat de verschillende voorwaarden gelijktijdig moeten worden vervuld, opdat de eenmalige innovatiepremie niet zou worden beschouwd als loon. Een van de voorwaarden is bijvoorbeeld dat de totale som van de gedurende een kalenderjaar uitgekeerde premies gezamenlijk niet meer dan 1% bedraagt van het geheel van de lonen van de werknemers van de onderneming in dat kalenderjaar. De RSZ zal pas een volledige controle kunnen doen als de aangiften van 2006 zijn geboekt, wat rond april 2007 moet gebeuren.

Het antwoord op de vragen 1, 2 en 3 is gebaseerd op de beschikbare gegevens op 17 november van dit jaar.

Ten eerste, hoeveel werknemers hebben tot nu toe recht gehad op een vrijstelling voor socialezekerheidsbijdragen en belastingen, dus op de innovatiepremie? Dat zijn 638 werknemers.

Ten tweede, hoeveel bedrijven hebben aan een of meerdere van haar werknemers een innovatiepremie toegekend? Dat waren 123 bedrijven.

Ten derde, wat is het totaalbedrag van de innovatiepremies die werden uitgekeerd? Het totaalbedrag is 511.857,78 euro.

Wat de vierde en vijfde vraag betreft, ik wil erop wijzen dat de bepaling omtrent de innovatiepremies werd uitgewerkt in het kader van het sociaal overleg voor de interprofessionele akkoorden. Het zullen dus de sociale partners zijn die op basis van de cijfers die hun worden bezorgd, en de informatie verzameld door de FOD Economie, het systeem moeten evalueren en beslissen of de maatregel moet worden verlengd.

01.03 Nahima Lanjri (CD&V): Mijnheer de minister, u zegt dat de evaluatie vandaag nog niet is gebeurd. Als de sociale partners beslissen om het project te verlengen, zal het sowieso kunnen worden verlengd in 2007?

Kan de maatregel dan ook eventueel worden uitgebreid? Ik merk dat het cijfer van 638 werknemers heel laag ligt. Ik had een veel hoger cijfer verwacht, te meer omdat in bepaalde bedrijven met tweeduizend tot drieduizend werknemers eigenlijk voordien al zoveel werknemers in het systeem zaten. Waarschijnlijk heeft het ermee te maken dat het totaalbedrag beperkt is tot 10%.

Heeft de overheid de sociale partners gevraagd om het systeem te evalueren, zodat er op tijd in de budgetten voor volgend jaar kan worden voorzien? Dat is nu toch aan de orde.

01.04 Minister Rudy Demotte: Niets wordt uitgesloten. Wij wachten natuurlijk op de evaluatie en op een voorstel van de sociale partners.

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

02 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application de la loi relative aux droits des volontaires" (n° 12983)

02 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van de vrijwilligerswet" (nr. 12983)

02.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le président, monsieur le ministre, je tenais à vous poser ma question avant les travaux sur la loi-programme. J'ai participé aux travaux sur la proposition relative aux droits des volontaires, mais il m'a été fait remarquer un oubli flagrant de notre part: ni la compatibilité de l'exercice du droit au volontariat ni la perception d'une allocation d'intégration et/ou d'allocation de remplacement de revenu par les personnes handicapées n'y ont été intégrées.

J'ignore si cette exclusion est volontaire ou non. Avez-vous l'intention de combler cet oubli?

02.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame, le chapitre 8 de la loi du 3 juillet relative aux droits des volontaires traite explicitement de cette question des diverses compatibilités entre une activité de volontaire et la perception d'allocations. Qu'y dit-on?

L'article 16 est relatif au revenu d'intégration, l'article 13 concerne les allocations de remplacement de revenu. Dès lors, il n'y a pas d'oubli quant à ces deux catégories. D'ailleurs, comme le souligne votre question, ces dispositions ne visent pas les allocations d'intégration ou de remplacement de revenu octroyées au bénéfice des personnes handicapées; cette matière relève d'ailleurs des compétences de ma collègue, Mme Mandaila. En effet, seule l'allocation pour l'aide aux personnes âgées est visée par le chapitre 8 de la loi, contrairement aux allocations versées aux personnes de moins de 65 ans.

Il ne s'agit toutefois pas d'un oubli qui risque de léser les personnes concernées. C'est en fait la conséquence du mode de calcul des cumuls possibles entre une allocation d'intégration ou de remplacement pour personne souffrant d'un handicap et d'autres revenus.

Dans ce cas, les revenus pris en considération pour vérifier un possible cumul sont les revenus imposables de la personne. Or, l'article 10 de la loi du 3 juillet 2005 précise bien que les indemnités versées dans le

cadre du volontariat sont des indemnités de défraiement et non des revenus passibles de cotisations sociales ou fiscales, pour autant que les limites fixées par la loi ne soient pas dépassées et qu'il s'agisse de frais réels. Le Conseil supérieur des personnes handicapées n'a d'ailleurs pas formulé de remarques particulières dans son avis rendu en début d'année sur les arrêtés d'exécution et d'application de la loi. Je puis donc vous rassurer: pour autant que le prescrit de la loi soit respecté, les cumuls sont possibles, quelle que soit la nature des allocations versées aux volontaires.

02.03 Muriel Gerken (ECOLO): Je remercie le ministre pour sa réponse qui était importante pour moi mais aussi pour les personnes qui se pensaient exclues et auxquelles je pourrai dire qu'elles sont bien incluses dans les dispositifs.

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

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, ik stel voor dat we voortgaan met de vragen, alvast voor die collega's die geen lid zijn van deze commissie. De vaste leden van de commissie kunnen immers straks bij het bespreken van de begroting hun vragen stellen in de algemene bespreking. Aangezien de heer Drèze gevraagd heeft om zijn vraag nr. 12990 uit te stellen, geef ik de heer Tommelein nu het woord.

03 Vraag van de heer Bart Tommelein aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanvraag van kraamgeld" (nr. 13040)

03 Question de M. Bart Tommelein au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'introduction de la demande de l'allocation de naissance" (n° 13040)

03.01 Bart Tommelein (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, kraamgeld moet vandaag worden aangevraagd via de werkgever van de man. Wanneer de man zelfstandig is, wordt het aangevraagd via de werkgever van de vrouw. Wanneer beiden zelfstandig zijn, moet de aanvraag worden ingediend bij de sociale kas waarbij men als zelfstandige is aangesloten. Samenwonenden vragen het kraamgeld aan via de werkgever van de vrouw. Indien de vrouw echter werkloos is, gebeurt dit opnieuw via de werkgever van de man. Wanneer beide partners werkloos zijn, moet de aanvraag enkel gebeuren via de laatste werkgever. Zoals u ziet zijn er verschillende manieren om kraamgeld aan te vragen, naargelang de situatie.

Alleenstaande vrouwen waarvan de voormalige partner de baby niet erkent, moeten een aanvraag richten tot hun werkgever met de melding van dit feit. Inzake privacy kan dit natuurlijk tellen. Deze vrouwen worden geconfronteerd met een soms pijnlijke situatie omdat dit immers tot de privésfeer behoort.

Mijnheer de minister, enkele decennia geleden was de arbeidsparticipatie van vrouwen enorm beperkt. Een regeling via de werkgever van de vrouw was toen praktisch niet haalbaar. De vervrouwelijking van de arbeidsmarkt kwam in ons land op kruissnelheid in de jaren '70. De arbeidsparticipatie van de vrouwen gaat sindsdien – wel gedeeltelijk door deeltijds werk – onophoudelijk in stijgende lijn. Op zesentwintigjarige leeftijd heeft 84,1% van de vrouwen – in Vlaanderen althans – een betaalde job tegenover 89,5% van de mannen. Het genderzakboekje "Zij en hij op de arbeidsmarkt" toont aan dat bij de jonge generaties ruim 71,4% van de vrouwen actief blijft op de arbeidsmarkt tegenover 93% van de vaders.

Mijnheer de minister, ik had van u graag vernomen voor hoeveel procent van de aanvragen het kraamgeld wordt toegekend aan de vrouw. Hoe evolueerde dit cijfer?

Zou het gezien deze situatie – ik verwijs naar al de voorbeelden die ik heb aangehaald en het feit dat een baby meestal toch door de moeder ter wereld wordt gebracht, terwijl ook het kindergeld volgens de huidige wetgeving aangevraagd moet worden door de vrouw en op haar rekening wordt betaald – niet nuttig zijn om de regeling betreffende het aanvragen van kraamgeld te wijzigen en de aanvraag altijd door de vrouw te laten indienen?

03.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Tommelein, in het stelsel van de werknemers wordt het kraamgeld altijd aan de moeder betaald. Wij merken op dat een medisch getuigschrift, dat wordt opgesteld na de zesde maand van de zwangerschap, automatisch met zich meebrengt dat het recht op kraamgeld wordt onderzocht, wat mogelijk maakt dat de betaling kan gebeuren binnen de twee maanden die de waarschijnlijke geboortedatum voorafgaan.

Onmiddellijk na de geboorte moet een bijzonder formulier inzake de betaling van het kraamgeld naar het

Kinderbijslagfonds worden gestuurd. Dat formulier wordt door de gemeente afgeleverd. Indien het kraamgeld niet tijdens de zwangerschap werd aangevraagd, heeft dat document, indien het binnen de vijf jaar wordt verstuurd, automatisch aanleiding tot betaling van het kraamgeld.

U kunt vaststellen dat de formaliteiten tot een minimum worden herleid, waardoor elk misbruik wordt vermeden. In elk geval kan de aanvraag, die concreet wordt door het versturen van de twee documenten zowel door de vader als door de moeder worden ingediend bij het bevoegde Kinderbijslagfonds. Het is geenszins nodig via een werkgever te handelen om de formaliteiten te vervullen.

Op uw eerste vraag, de RKW houdt geen statistieken bij over het aantallen aanvragen dat door vaders of moeders wordt ingediend. Aldus roept het huidige systeem geen bezwaren op. Tot op heden heeft het Arbitragehof ook nooit de vraag gekregen te onderzoeken of de geslachten een gelijke behandeling genieten.

Op uw tweede vraag kan ik u antwoorden dat het mij moeilijk of zelfs onmogelijk lijkt het huidige systeem nog eenvoudiger te maken.

03.03 Bart Tommelein (VLD): Mijnheer de minister, ik stel vast dat alleen een medisch getuigschrift en een aanvraagformulier onmiddellijk na de geboorte moeten volstaan.

Ik vraag mij dan toch af of de situatie waarbij alleenstaande vrouwen een aanvraag tot hun werkgever moeten richten met vermelding van bepaalde feiten uit de privésfeer niet zou moeten worden herbekeken. Een werkgever moet niet in alle situaties weten hoe de privésituatie van zijn werknemer in elkaar zit.

De **voorzitter**: Op dat vlak deel ik uw mening.

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

04 Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le vaccin Rotarix" (n° 13042)

04 Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Rotarix-vaccin" (nr. 13042)

04.01 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le ministre, le rotavirus est la première cause de gastro-entérite aiguë chez le nourrisson qui peut entraîner une déshydratation très grave conduisant parfois à une hospitalisation. Il est vrai que le corps médical s'est réjoui de l'arrivée de ce vaccin Rotarix pour ces jeunes enfants. Le gouvernement a consenti un effort financier important en la matière et il faut le souligner. Ce vaccin est destiné aux nourrissons à partir de six semaines jusqu'à six mois. Le nombre de conditionnements remboursables est limité à deux par bénéficiaire. L'autorisation du médecin-conseil est nécessaire pour chaque conditionnement.

Monsieur le ministre, sans contester le fait qu'il y ait des conditions au remboursement du vaccin, ce qui me paraît indispensable, l'autorisation préalable du médecin-conseil ne constitue-t-elle pas dans ce cas-ci une formalité administrative superflue? Les médecins généralistes avec lesquels j'en ai discuté craignent que le fait de remettre la prescription aux parents qui doivent l'envoyer au médecin-conseil fasse perdre du temps. Cette formalité est d'autant moins nécessaire que le pharmacien peut très bien vérifier la date de naissance de l'enfant grâce à la carte SIS et ne pas attribuer le vaccin si l'enfant ne répond pas aux conditions. Monsieur le ministre, n'y aurait-il pas lieu de lever cette obligation de passer par le médecin-conseil?

04.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame Tilmans, il est exact que le chapitre 4 a été demandé pour pouvoir contrôler la délivrance de ce vaccin coûteux.

Il est également exact que les seules conditions de la délivrance de ce vaccin sont que la vaccination soit effectuée avant l'âge de six mois et que la délivrance soit limitée à deux conditionnements par bénéficiaire.

La formule a été choisie parce que certains médecins n'apprécient pas particulièrement le système du tiers-payant et que je me suis engagé à limiter au maximum le recours à cette modalité.

Il m'a semblé que le recours au médecin-conseil garantissait aussi bien la correction de la délivrance que le

respect du budget des médicaments sans entraîner de problèmes administratifs trop lourds.

Néanmoins, devant les réactions du corps médical, j'ai demandé à la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) de se pencher sur les modalités de remboursement du Rotarix en vue de leur simplification.

Les premières discussions ont eu lieu lors de la réunion de la CRM de ce mardi. Certaines pistes ont déjà été dégagées.

J'ai ici des chiffres relatifs aux décisions prises par la CRM et par moi-même. Je ne vais pas vous lire les tableaux car cela nécessiterait trop de temps, mais une copie de ces derniers sera mise à la disposition de la commission.

L'impact budgétaire des décisions positives est surtout pertinent pour les médicaments de classe 1 puisque les autres ne génèrent qu'une répartition du marché.

En ce qui concerne les autres dossiers, je dispose également d'un certain nombre de statistiques par classe de médicament. Je pourrais vous en donner lecture, mais cela n'aurait aucun intérêt. Je préfère donc les remettre au secrétariat de la commission afin que les membres qui le souhaitent puissent en avoir une copie.

Par ailleurs, la CRM est une instance qui doit décider à la majorité. Nous avons déjà eu une discussion à ce sujet, il y a longtemps.

Si je réponds aux questions relatives au mode de fonctionnement de la CRM, c'est parce que M. Drèze avait joint une question à la vôtre, madame Tilmans.

Je ne sais pas si je dois aller jusqu'au bout de mon raisonnement.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, ik stel voor dat u het antwoord aan het commissiesecretariaat bezorgt, zodat we het kunnen bezorgen aan alle leden.

04.03 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le ministre, si je comprends bien, vous analysez la possibilité de "bypasser" la procédure visant à obtenir l'autorisation du médecin-conseil.

04.04 Rudy Demotte, ministre: (...)

04.05 Dominique Tilmans (MR): Faudra-t-il encore passer par lui?

04.06 Rudy Demotte, ministre: Pour l'instant, il s'agit de propositions. Je ne peux pas encore savoir quelle décision sera prise. J'ai demandé qu'on simplifie la procédure. Je n'en connais pas encore la forme.

04.07 Dominique Tilmans (MR): Pensez à l'éventualité de passer par le pharmacien qui, grâce à la carte SIS, peut très bien se rendre compte de l'âge de l'enfant.

04.08 Rudy Demotte, ministre: Bien que je l'aie cité, je ne crois pas que le critère de l'âge soit le seul élément. Je ne vais pas m'avancer sur ce point. Votre question éveille en moi directement un doute. Toute médication doit tenir compte d'autres choses que de l'âge.

04.09 Dominique Tilmans (MR): En tout cas, je le répète, le fait pour la maman de devoir passer par le médecin-conseil ...

04.10 Rudy Demotte, ministre: En tout cas, dès que nous aurons davantage d'informations sur les procédures de simplification, nous vous en ferons part. J'attends avec impatience.

04.11 Dominique Tilmans (MR): Je vous en remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des soins de kinésithérapie" (n° 13100)

05 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling voor kinesitherapie" (nr. 13100)

05.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le président, monsieur le ministre, dans les restrictions mises en place pour le remboursement des soins de kinésithérapie, il existe des exceptions prévues par la loi et reprises dans la liste des pathologies reconnues: les listes E (maladies chroniques) et F (maladies aiguës). En d'autres termes, un patient qui a besoin de plus de 18 séances de kiné par an peut en bénéficier si sa maladie figure dans une de ces deux listes. Pour les cas aigus, le remboursement est plafonné à 60 séances par an. Pour la liste E, il n'y a pas de limitation et le remboursement est plus avantageux.

Pour bénéficier de cet avantage, l'approbation du médecin-conseil est nécessaire; il établira sa décision sur la base d'un bilan fonctionnel formulé par un médecin spécialisé. Or, pour les maladies chroniques, le dossier doit être revu tous les trois ans, ce qui est assez aberrant vu la chronicité de la maladie. En l'absence d'accord du médecin-conseil, le malade perd ses droits aux soins de kinésithérapie intensifs et retombe dans le système des 18 séances par an; il doit alors recommencer toutes les démarches pour retrouver son statut de malade chronique.

Vu l'abondance de dossiers à traiter par un médecin-conseil, il est courant que des neurologues et des physiothérapeutes soient sollicités par des patients dont les droits ont été interrompus afin de réintroduire une demande. D'après les représentants de ces spécialistes, rencontrés dernièrement lorsque j'ai appris cette réalité, un patient sur deux ne serait plus en ordre à cause de l'engorgement paperassier des différents services. De plus, cette période d'interruption de soins de kiné intensifs se révèle souvent dramatique pour les patients atteints de maladies chroniques.

Monsieur le ministre, êtes-vous au courant de ce problème? Avez-vous reçu des plaintes concernant ce problème?

Pour quelle raison un patient souffrant d'une maladie chronique doit-il, tous les trois ans, réintroduire une demande de catégorisation E? Une simplification de la procédure, voire l'enregistrement sans limitation dans le temps ne seraient-ils pas envisageables? En effet, par définition, un malade chronique ne guérira pas.

05.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, le problème du renouvellement des autorisations de médecins-conseils pour les soins attestés dans le contexte des pathologies de la liste E est bien connu de mes services mais il est malheureusement plus complexe qu'en apparence. Il est évident que la surcharge administrative est l'un des maux récurrents qui pénalisent notre système de santé. Avec plusieurs secteurs, j'ai donc tenté d'y remédier. S'agissant de ce dossier, je dois rappeler que la liste E contient un nombre très important de pathologies différentes. Le principe du nombre illimité de séances ne signifie pas que ces séances soient accordées sans révision périodique de l'état du patient.

Il faut préciser que le remboursement de l'assurance soins de santé ne se limite pas à ces 60 séances pour les pathologies de la liste F ou à 18 séances pour les pathologies courantes mais ce remboursement diminue de 50% après ces seuils. Les séances sont néanmoins partiellement remboursées.

Je n'ai pas connaissance d'interruptions de soins intensifs de kinésithérapie à la suite d'un engorgement des services d'un médecin-conseil et d'une absence de décision de sa part dans un délai raisonnable. Bien sûr, pour assurer la continuité des soins, il est important que la demande de renouvellement du bénéfice du statut "pathologie lourde" soit introduite en temps opportun et que le dossier de demande servant au médecin-conseil à donner son accord le cas échéant soit complet.

Pour les pathologies lourdes de type E, depuis le 1^{er} septembre 2002, aucun accord ne peut dépasser trois ans. Avant cette date, aucune limite temporelle n'était imposée à l'accord donné par le médecin-conseil; ainsi, le bénéficiaire acquérait un droit définitif à des séances quotidiennes remboursées au meilleur taux. Cette situation ne garantissait pas non plus une utilisation optimale des ressources limitées mises à disposition de l'assurance soins de santé par la collectivité. En effet, une pathologie lourde ou chronique n'est pas nécessairement définitive. Par exemple, un patient atteint d'un syndrome de Guillain-Barré peut espérer, avec des soins appropriés, une récupération fonctionnelle complète ou presque complète. Dans ce cas, il est logique que l'accord de pathologie lourde prenne fin.

Une pathologie peut être chronique et évolutive et aller vers une amélioration ou une détérioration suivie d'une stabilisation avec séquelles, sans qu'une kinésithérapie intensive se justifie après un certain délai, par exemple, parce qu'elle ne produira plus d'effets permettant une meilleure récupération fonctionnelle.

En théorie, la procédure d'autorisation par le médecin-conseil est relativement légère. Elle ne devrait pas poser de problèmes et doit garantir la juste allocation des ressources de l'assurance maladie et la qualité de vie de traitement des patients.

En revanche, il est effectivement difficilement tolérable de voir que certains patients perdent le bénéfice de la reconnaissance de leur pathologie et voient interrompre leur traitement. C'est ce qu'il faut combattre et c'est la raison pour laquelle j'ai demandé à M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI, de me communiquer un rapport sur cette question. Si la tendance que vous avez évoquée est confirmée – ce qui ne semble pas a priori être le cas d'après les premiers éléments de réponse que j'ai déjà reçus –, il faudra alors dégager avec les organismes assureurs des solutions visant à résorber cet engorgement.

L'administration indique, en conclusion d'une note qu'elle m'adresse, qu'un accord systématique sans limitation dans le temps n'est pas envisageable dans les conditions actuelles. Elle ajoute qu'il convient bien sûr de poursuivre la recherche d'un équilibre entre simplicité administrative et garantie d'une bonne utilisation des moyens budgétaires de l'assurance soins de santé.

05.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Je vais donc recevoir des éléments plus détaillés sur la recherche.

05.04 Rudy Demotte, ministre: Concomitamment à la réponse que je viens de vous faire qui a été rédigée par ma cellule stratégique, j'ai déjà reçu quelques éléments préliminaires de l'administration. Ceux-ci concluent qu'a priori, il semblerait que les systèmes actuels soient suffisants et répondent à l'ensemble des problèmes. Nous n'avons pas connaissance d'une interruption de traitement de pathologies vitales qui ait été préjudiciable aux personnes.

Je vous remettrai copie de ces premiers éléments de réponse. Par ailleurs, vous avez reçu la réponse de ma cellule stratégique. Vous disposerez ainsi de toutes les informations nécessaires pour poser éventuellement une question à l'avenir.

05.05 Muriel Gerkens (ECOLO): De mon côté, je vais investiguer un peu plus car d'après les informations en ma possession, certains patients de la région liégeoise auraient vu leurs traitements interrompus à cause d'un délai trop long pour le renouvellement.

Si j'ai bien compris, en ce qui concerne l'interruption, il s'agit d'une situation de fait; la situation légale pourrait en prévoir une si le dossier n'était pas renouvelé.

05.06 Rudy Demotte, ministre: On peut toujours poursuivre le traitement dans le cas où on estime qu'il faut le faire pour des raisons médicales.

05.07 Muriel Gerkens (ECOLO): Très bien, je lirai plus attentivement votre réponse. Il me semble néanmoins important que des dispositions soient prises pour que ces personnes ne souffrent pas d'une interruption suite à des délais trop longs de traitement des dossiers ou suite à un engorgement des services du médecin-conseil. Je constate aussi que trois ans est une période très courte pour certaines pathologies.

Je lirai attentivement les données complémentaires que vous me communiquerez.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De behandeling van de vragen en interpellaties eindigt om 10.53 uur.

Le développement des questions et interpellations se termine à 10.53 heures.