



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

mercredi

woensdag

08-02-2006

08-02-2006

Matin

Voormiddag

cdH	centre démocrate Humaniste
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
ECOLO	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
FN	Front National
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	Parti socialiste
sp.a-spirit	Socialistische Partij Anders – Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht
Vlaams Belang	Vlaams Belang
VLD	Vlaamse Liberalen en Democraten

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>		<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>	
DOC 51 0000/000	Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 51 0000/000	Parlementair stuk van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)	CRIV	voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions ; les annexes se trouvent dans une brochure séparée (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken; de bijlagen zijn in een aparte brochure opgenomen (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN	séance plénière	PLEN	Plenum
COM	réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

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

SOMMAIRE

Question de M. Koen T'Sijen à la secrétaire d'État aux Familles et aux Personnes handicapées, adjointe au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte de stationnement pour les personnes handicapées" (n° 9848) 1

Orateurs: **Koen T'Sijen, Gisèle Mandaila Malamba**, secrétaire d'État aux Familles et aux Personnes handicapées

Questions jointes de 4
- Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'Erbitux" (n° 9806) 4

- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Cetuximab" (n° 9832) 4

- Mme Valérie De Bue au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Cetuximab" (n° 9869) 4

Orateurs: **Josée Lejeune, Benoît Drèze, Valérie De Bue, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Annemie Turtelboom au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'occupation à temps partiel de personnes souffrant d'un handicap avec l'autorisation du médecin-conseil" (n° 10053) 12

Orateurs: **Annemie Turtelboom, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Greta D'hondt**

INHOUD

Vraag van de heer Koen T'Sijen aan de staatssecretaris voor het Gezin en Personen met een handicap, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parkeerkaart voor gehandicapten" (nr. 9848) 1

Sprekers: **Koen T'Sijen, Gisèle Mandaila Malamba**, staatssecretaris voor het Gezin en Personen met een handicap

Samengevoegde vragen van 4
- mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Erbitux" (nr. 9806) 4

- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het geneesmiddel Cetuximab" (nr. 9832) 4

- mevrouw Valérie De Bue aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het geneesmiddel Cetuximab" (nr. 9869) 4

Sprekers: **Josée Lejeune, Benoît Drèze, Valérie De Bue, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Annemie Turtelboom aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de deeltijdse tewerkstelling van invaliden met toestemming van de adviserende geneesheer" (nr. 10053) 12

Sprekers: **Annemie Turtelboom, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Greta D'hondt**

COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE
ZAKEN

du

van

MERCREDI 8 FÉVRIER 2006

WOENSDAG 8 FEBRUARI 2006

Matin

Voormiddag

De vergadering wordt geopend om 10.03 uur door de heer Hans Bonte, voorzitter.
La séance est ouverte à 10.03 heures par M. Hans Bonte, président.

01 Vraag van de heer Koen T'Sijen aan de staatssecretaris voor het Gezin en Personen met een handicap, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parkeerkaart voor gehandicapten" (nr. 9848)

01 Question de M. Koen T'Sijen à la secrétaire d'État aux Familles et aux Personnes handicapées, adjointe au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte de stationnement pour les personnes handicapées" (n° 9848)

01.01 Koen T'Sijen (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de staatssecretaris, ik heb u op 24 oktober een schriftelijke vraag gesteld in verband met het verkrijgen van een parkeerkaart voor personen met een handicap. Uit uw antwoord blijkt dat er vooral een probleem bestaat bij het aanvragen van een parkeerkaart door mensen die nog niet over een officieel attest beschikken. In dit geval kan de termijn tussen de aanvraag en het verkrijgen van de parkeerkaart soms oplopen tot 8 maanden.

Mijn ervaring leert mij – ik wil u een heel specifiek voorbeeld niet onthouden – dat het soms veel langer duurt. Ik heb een dossier van iemand die ernstig ziek is, een parkeerkaart heeft aangevraagd en niet beschikt over een officieel attest. Hij heeft reeds een aanvraag ingediend op 15 april 2005 en hij heeft momenteel nog altijd geen parkeerkaart. Het medisch centrum in Antwerpen moet nog iemand aanduiden om een controle uit te oefenen. Als ik de termijnen erbij zou rekenen die noodzakelijk zijn om die persoon een parkeerkaart toe te kennen, dan krijgt hij in het beste geval eind mei zijn parkeerkaart. Dat betekent dus dat het meer dan een jaar duurt om zo'n dossier, de simpele aanvraag van een parkeerkaart, af te handelen.

Uit uw beschrijving van de procedure in het schriftelijk antwoord blijkt dat er voornamelijk een probleem ontstaat met betrekking tot het medisch onderzoek. Naargelang de regio kan de termijn om een onderzoek te doen, variëren van drie tot zes maanden. Ik vraag mij af of een tweede medisch onderzoek nog echt noodzakelijk is en of er niet voldoende vertrouwen kan worden gesteld in de onderzoeken van de huisarts van de betrokkenen.

Ik meen dat er aantal maatregelen noodzakelijk zijn om de termijnen voor de aanvraag van een parkeerkaart in te korten. Ik heb de volgende concrete vragen. Hebt u bepaalde initiatieven in petto om die termijnen in te korten? Is het mogelijk om ook maximumtermijnen

01.01 Koen T'Sijen (sp.a-spirit): Le délai d'obtention d'une carte de stationnement peut s'élever jusqu'à plus d'un an pour les personnes handicapées qui ne disposent pas encore d'une attestation officielle. Le deuxième examen médical constitue la principale cause de ce retard. On peut se demander si cet examen est réellement nécessaire vu que la personne en situation de handicap dispose déjà d'une attestation de son médecin généraliste.

Quelles démarches la secrétaire d'État va-t-elle entreprendre afin de limiter ce temps d'attente? Est-il possible d'imposer un délai maximal pour le contrôle médical?

op te leggen wat betreft de medische controle of, in het algemeen, voor het verkrijgen van een parkeerkaart? Ik heb begrepen dat dit geregeld wordt bij KB en dat er dus mogelijks een initiatief genomen kan worden. Ik wil u alleen maar wijzen op de menselijke situatie. Nu moeten mensen die een parkeerkaart aanvragen soms langer dan een jaar wachten op het verkrijgen van een eenvoudige parkeerkaart, door alle administratieve procedures die ertussen zitten. Dat is in onze welvaartsstaat een beetje van het goede te veel.

01.02 Staatssecretaris **Gisèle Mandaila Malamba**: Mijnheer de voorzitter, ik heb de eer het geachte lid het volgende antwoord mee te delen.

Je suis entièrement d'accord avec vous pour considérer que le délai actuel pour la délivrance des cartes de stationnement est trop important. Il varie entre deux et huit mois.

Plusieurs mesures, que j'ai prises depuis mon entrée en fonction, devraient cependant permettre une réduction substantielle du délai de livraison des cartes de stationnement.

Comme vous le savez, le système "Communit-e" qui permet aux administrations communales de transmettre les demandes d'allocations de façon électronique par le biais d'une application web sécurisée à la direction générale Personnes handicapées, sera d'application dans toutes les communes à la fin du premier semestre 2006. Cette procédure permet une réduction des délais de traitement des dossiers de demande d'environ trois semaines.

Actuellement, il est vrai que les demandes de cartes de stationnement ne transitent pas par ce système mais il est prévu d'étendre l'application à celles-ci dans le courant de l'année 2006. Cette extension du "Communit-e" aux cartes de stationnement devrait donc permettre, lorsqu'elle sera pleinement opérationnelle, une réduction de trois semaines environ du délai moyen du traitement de la demande.

Comme vous le relevez justement, le délai est particulièrement long lorsque la personne ne dispose pas d'une attestation officielle lui permettant de demander immédiatement la carte de stationnement. Dans cette hypothèse, un examen médical doit avoir lieu, ce qui nécessite un délai supplémentaire (entre trois et six mois).

Il m'apparaît aussi qu'une autre mesure que j'ai prise et qui est actuellement en cours d'élaboration dans l'administration permettra également de raccourcir le délai de délivrance des cartes de stationnement. Il s'agit du projet de digitalisation de l'ensemble des dossiers médicaux. Ce projet baptisé "Medic-e" qui consiste à organiser l'échange électronique des données médicales entre les médecins et l'administration permettra un gain de temps considérable dans la procédure d'instruction de l'examen médical et donc également dans la procédure de traitement des cartes de stationnement.

Par ailleurs, comme je l'ai indiqué, il est prévu d'engager du personnel médical en renfort. Quatre médecins ont déjà été recrutés en 2005 et nous comptons en recruter encore deux supplémentaires en 2006. L'augmentation du personnel médical devra contribuer à la réduction

01.02 Staatssecretaris **Gisèle Mandaila Malamba**: Sinds mijn aantreden heb ik een aantal maatregelen genomen om de wachttijd voor de uitreiking van de parkeerkaarten in te perken.

Vóór eind 2006 zullen de aanvragen voor parkeerkaarten via Communit-e worden behandeld, een systeem dat door alle gemeentebesturen zal worden gebruikt voor de elektronische verzending van uitkeringsaanvragen. Daardoor zou de gemiddelde behandelingsduur van de aanvragen met ongeveer drie weken moeten dalen.

Het Medic-e-project maakt de elektronische uitwisseling van medische gegevens tussen de geneesheren en de administratie mogelijk. Het zal een aanzienlijke tijds winst meebrengen in de voorbereidende procedure van het medisch onderzoek, wanneer de aanvrager niet over een officieel attest beschikt.

Tot slot zou ook de indienstneming van bijkomend medisch personeel tot kortere behandelingstermijnen moeten leiden. In 2005 werden vier nieuwe geneesheren aangenomen, in 2006 zullen nog twee artsen in dienst treden.

Ik zal uw voorstel om een maximumtermijn voor het medisch onderzoek op te leggen aan de administratie voorleggen. We moeten vervolgens ook nog de sancties bepalen die kunnen worden opgelegd indien die termijn wordt overschreden.

Ik zal die problematiek hoe dan

du délai de traitement des cartes de stationnement lorsqu'un examen médical est requis.

Vous m'avez demandé s'il était possible d'imposer un délai maximal pour l'examen médical. C'est théoriquement envisageable, mais encore faudrait-il définir des sanctions en cas de dépassement de ce délai.

Lorsqu'il s'agit d'une prestation financière, le texte prévoit actuellement le paiement d'intérêts moratoires. Il en va de même en ce qui concerne la délivrance des cartes de stationnement. J'ai donc l'intention de demander à mon administration ce qu'il est possible de faire en la matière.

En tout état de cause, soyez assuré que je suis particulièrement attentive à cette problématique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai invité l'administration à finaliser au plus vite les trois mesures énoncées ci-dessus.

01.03 Koen T'Sijen (sp.a-spirit): Mevrouw de staatssecretaris, ik ben u dankbaar omdat u een aantal maatregelen wil treffen om die procedure te verkorten. Met betrekking tot de duurtijd zou men natuurlijk ook een maatregel kunnen invoeren; dat hoeft niet per se met financiële sancties. Wanneer die parkeerkaart bijvoorbeeld niet binnen een bepaalde termijn wordt afgeleverd, zou die parkeerkaart misschien vanzelf kunnen worden afgeleverd, ongeacht de medische controle. Als de medische controle niet heeft plaatsgevonden binnen een termijn van bijvoorbeeld drie maanden, dan wordt de parkeerkaart toch afgeleverd. Dit zou de mensen kunnen helpen. Er is trouwens een medisch attest van de huisarts. Het is aan de overheid om ervoor te zorgen dat die medische controle snel genoeg plaatsvindt. Gebeurt dat niet dan wordt de parkeerkaart automatisch afgeleverd. Dit zou een mogelijkheid kunnen zijn die kan worden overwogen.

Met betrekking tot de arts had ik nog een bijkomende vraag. Er werden reeds vier artsen aangeworven. Kunt u ook zeggen in welke regio's zij werden aangeworven?

01.04 Gisèle Mandaila Malamba, secrétaire d'Etat: Je n'ai pas en tête les lieux où ont été recrutés les médecins mais je peux vous en faire parvenir la liste et vous préciser où seront recrutés les deux autres médecins. Pour ce qui est des sanctions, je soumettrai cette possibilité à l'administration. Elle déterminera le moyen d'octroyer les cartes en fonction des demandes ou des modèles. C'est encore à l'étude, cela prend du temps car il faut modifier un grand nombre de paramètres. Il faut donc laisser le temps à l'administration d'analyser le problème.

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

Le **président**: Je remercie Mme la secrétaire d'Etat pour sa présence.

Collega's, nu is het wachten op de aanwezigheid van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

ook van nabij blijven volgen en ik heb mijn administratie gevraagd de maatregelen waar ik naar verwees, zo snel mogelijk uit te werken.

01.03 Koen T'Sijen (sp.a-spirit): Peut-être serait-il envisageable de délivrer automatiquement la carte de stationnement lorsque le contrôle médical n'a pas eu lieu dans un délai déterminé, puisque la personne handicapée dispose déjà d'une attestation de son médecin généraliste. Quatre médecins de contrôle ont déjà été recrutés. La secrétaire d'État pourrait-elle dire où ils l'ont été?

01.04 Staatssecretaris Gisèle Mandaila Malamba: Ik zal u laten weten waar de vier artsen in 2005 werden aangeworven. Voor de twee artsen die in 2006 in dienst zullen worden genomen, zal ik hetzelfde doen.

De administratie zal nagaan of sancties aangewezen zijn. Iedere wijziging aan de procedures zal evenwel tijd in beslag nemen.

Hij zou om kwart over tien aanwezig zijn.

02 Questions jointes de

- Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'Erbix" (n° 9806)
- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Cetuximab" (n° 9832)
- Mme Valérie De Bue au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Cetuximab" (n° 9869)

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Erbitux" (nr. 9806)
- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het geneesmiddel Cetuximab" (nr. 9832)
- mevrouw Valérie De Bue aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het geneesmiddel Cetuximab" (nr. 9869)

02.01 **Josée Lejeune** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, l'amélioration des connaissances en biologie moléculaire a ouvert la voie à de nouveaux traitements, notamment contre certaines formes de cancer. L'Erbix, utilisé pour la stabilisation du cancer du côlon et du rectum en est un exemple.

Je voudrais ici, monsieur le ministre, me faire l'écho de l'injustice dont sont victimes les malades atteints de certaines formes de cancer. Ces patients sont déjà fortement fragilisés par leur pathologie. Savoir que des traitements permettent une stabilisation, mais que, vu leurs prix excessivement élevés, ils restent inaccessibles, renforce leur détresse.

Dans le cas présent, la posologie de l'Erbix étant de quatre à cinq ampoules par administration, au rythme d'une administration par semaine, et le prix de l'ampoule étant de 223,59 euros, toutes taxes comprises, le calcul est vite fait. Très peu de patients peuvent s'offrir un traitement de 1.000 euros par semaine, montant à ajouter au coût des chimiothérapies traditionnelles qui sont souvent, voire toujours, administrées en même temps.

Monsieur le ministre, j'en viens à mes questions.

Ce traitement étant remboursé en France, au grand-duché de Luxembourg et dans tous les autres pays européens, comment expliquez-vous la différence dans la prise en compte de ce médicament en Belgique?

Pouvez-vous m'informer davantage sur les raisons qui ont empêché la commission de remboursement des médicaments d'aboutir à un avis positif?

Quelles sont les perspectives en matière de remboursement de ce médicament? On en a déjà parlé et cela ne concerne pas uniquement l'Erbix.

Comment comptez-vous garantir l'accès à l'innovation?

02.02 **Benoît Drèze** (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, depuis le mois de décembre, les médias écrits et télévisés ont relayé la situation particulière de Mme Frédérique L'Hoest, une

02.01 **Josée Lejeune** (MR): Dankzij de vooruitgang van het wetenschappelijk onderzoek worden tal van nieuwe kankertherapieën ontwikkeld. Zo kan colon- en rectumkanker momenteel met Erbitux (werkzaam bestanddeel Cetuximab) worden behandeld.

Erbitux wordt in vier tot vijf ampullen per week toegediend; een ampul kost maar liefst 223,59 euro! Erg weinig patiënten kunnen wekelijks 1.000 euro ophoesten voor een behandeling die bovenop de traditionele chemotherapie komt. Dat geneesmiddel ligt dus niet binnen het bereik van veel patiënten die door hun ziekte toch al bijzonder kwetsbaar zijn.

Waarom wordt deze behandeling in België niet terugbetaald, terwijl dat in alle Europese lidstaten wel het geval is? Waarom heeft de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen ter zake geen positief advies gegeven? Welke vooruitzichten hebben de betrokkenen? Hoe zal u ervoor zorgen dat nieuwe behandelingen ook in België voor iedereen toegankelijk zijn?

02.02 **Benoît Drèze** (cdH): Sinds ik mijn vraag indiende, is mevrouw L'Hoest overleden. Maar omdat ze

jeune femme de 34 ans, mère de deux enfants et atteinte d'un cancer aux poumons et au cœur.

Monsieur le ministre, vous savez sans doute que cette dame est décédée depuis le dépôt de ma question, le 18 janvier. Cependant, le combat, en outre efficace, du comité de soutien qui s'est organisé autour de Mme L'Hoest se voulant universel, j'ai décidé de maintenir ma question.

La seule rémission envisageable pour cette dame atteinte d'une maladie rare résidait en un médicament, le Cetuximab - Erbitux, produit par la firme Merck. Ce médicament coûte – Mme Lejeune l'a indiqué – environ 1.000 euros par semaine. Il est donc très cher. Il n'est pas remboursé en Belgique. Par contre, comme Mme Lejeune l'a dit, il l'est en France et au Luxembourg.

Mme L'Hoest vivait d'une allocation de la mutuelle de 850 euros par mois. Elle ne devait son accès au traitement et donc sa survie momentanée que de différents gestes de solidarité. Une ASBL interne à l'hôpital, où elle était soignée, a débloqué 6.000 euros pour lui permettre de trouver une solution. C'est ainsi qu'elle a pu disposer de 6 semaines de répit qui ont été mises à profit par ses proches pour remuer ciel et terre en vue de collecter des dons.

Grâce à la médiatisation, un large mouvement de soutien s'est créé spontanément, de quoi assurer plusieurs semaines, voire plusieurs mois de traitement.

Par ailleurs, les proches de Mme L'Hoest ont interpellé votre cabinet, début janvier, dans l'espoir que vous accélériez la procédure visant à permettre le remboursement du médicament. Un délai de six mois a été évoqué, ce qui est logique. Votre cabinet se serait dit conscient de la longueur de ce délai administratif, tout en expliquant que le ministre ne pouvait intervenir. Le cabinet aurait ajouté qu'il était possible de faire une demande à la firme pour qu'il délivre le Cetuximab – Erbitux à titre compassionnel.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes.

1. La firme Merck a-t-elle introduit une demande de remboursement pour le Cetuximab et à quelle date?
2. Le projet de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé que nous avons commencé à examiner en commission de la Santé publique le 10 janvier dernier introduit dans la réglementation concernée la notion de "médicaments fournis à usage compassionnel". Cette disposition de votre projet de loi a-t-elle un lien avec la situation de Mme L'Hoest?
3. Dans l'état actuel de la législation, la firme Merck peut-elle fournir le Cetuximab pour raison compassionnelle?
4. Quelles considérations ou conclusions pouvez-vous tirer de la situation décrite? S'agit-il d'un cas d'école? Où fixez-vous la frontière entre le coût et l'efficacité? Je pense que le débat se situe aussi à ce niveau-là.

voor alle patiënten in haar situatie opkwam, heb ik beslist mijn vraag niet in te trekken.

Het enige geneesmiddel dat die dame enige verlichting kon geven, was Cetuximab van de firma Merck. Een weekdosis van dat geneesmiddel kost ongeveer 1.000 euro. In België wordt het niet terugbetaald. Enkel dankzij de opbrengst van solidariteitsacties kon mevrouw L'Hoest dat geneesmiddel aankopen. De verwanten van mevrouw L'Hoest hebben contact opgenomen met uw kabinet om de goedkeuringsprocedure voor de terugbetaling van dat geneesmiddel te versnellen. Naar verluidt zou dat ongeveer zes maanden in beslag nemen. Het kabinet zou er nog aan hebben toegevoegd dat het mogelijk was het geneesmiddel in schrijnende gevallen te bekommen.

Heeft de firma Merck een aanvraag tot terugbetaling voor Cetuximab ingediend? Het wetsontwerp betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen voert in de desbetreffende regelgeving het begrip "geneesmiddelen verstrekt in schrijnende gevallen" in. Heeft die bepaling uit uw wetsontwerp enig verband met de situatie waarin mevrouw L'Hoest zich bevond? Kan de firma Merck Cetuximab "for compassionate use" leveren? Waar ligt volgens u de grens tussen kostprijs en efficiëntie?

02.03 Valérie De Bue (MR): Monsieur le ministre, mes questions

02.03 Valérie De Bue (MR): De

sont exactement les mêmes que celles de mes collègues et se basent sur le même cas qui avait été médiatisé et qui m'avait émue. Je ne vais donc pas refaire l'historique de ce cas particulier. La procédure existante semble assez lourde. À l'heure où on parle de simplification administrative, ce genre de cas contraste singulièrement avec ce discours. On avait également évoqué un projet de protocole pour que cette personne puisse être soignée dans un hôpital et bénéficier d'un traitement. C'est peut-être cela que vous qualifiez de "traitement compassionnel". Je ne vais pas reprendre l'ensemble des questions mais j'aimerais que vous apportiez des précisions et que vous fassiez en sorte qu'une personne ne doive plus se battre seule ou avec son comité de soutien à la fois contre sa maladie et contre un système qui ne peut la prendre en charge.

bestaande procedure lijkt vrij omslachtig. Er werd gewag gemaakt van de eventuele uitwerking van een ontwerpprotocol teneinde het mogelijk te maken dat de betrokkene in het ziekenhuis zou kunnen worden verzorgd. Is het dat wat u onder een behandeling in schrijnende gevallen verstaat? Ik zou graag willen dat u meer toelichtingen zou verstrekken en dat u ervoor zorgt dat mensen, alleen of met de hulp van hun steuncomité, niet langer tegelijkertijd hun ziekte het hoofd moeten bieden en ten strijde moeten trekken tegen een systeem dat hen niet ten laste kan nemen.

02.04 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, chers collègues, dans ces matières, je suis toujours sensible aux situations humaines. Dans un système géré par des hommes, il n'y a jamais de solutions absolues, totalement efficaces et traçant une ligne définitive. Je dis cela en guise de préambule pour ne pas donner le sentiment de me livrer à une lecture trop rigide et administrative de faits humains. Ce n'est ni ma nature, ni celle de notre système de soins de santé.

02.04 Minister Rudy Demotte: Een geneesmiddel kan alleen voor terugbetaling in aanmerking komen als de desbetreffende firma-registratiehouder daartoe een aanvraag indient. Die aanvraag is onderworpen aan een wetenschappelijke analyse door het RIZIV en moet vervolgens aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTB), waarin alle actoren van de gezondheidszorg vertegenwoordigd zijn, worden voorgelegd. De Commissie brengt een advies uit op grond van de klinische meerwaarde en de kosteneffectiviteit van het geneesmiddel. De firma krijgt dan de gelegenheid op dat advies te antwoorden. De volledige procedure neemt niet meer dan zes maanden in beslag.

Maintenant, voici quelques éléments de débat et de réponse. D'abord, je vais rappeler les modalités d'admission et de remboursement. S'il y a bien une commission dans laquelle il est utile de rappeler ces choses clairement, c'est celle-ci, afin que chacun ait pleine et parfaite connaissance de ces mécanismes. Pour qu'un médicament soit admis au remboursement, il faut que la firme qui détient l'enregistrement introduise elle-même une demande. Cela ne peut être fait par des tiers. Je précise qu'il existe des médicaments enregistrés pour lesquels les firmes ne jugent pas nécessaire de demander un remboursement.

Een eerste aanvraag van de firma Merck tot terugbetaling van Cetuximab werd afgewezen. Een nieuwe aanvraag is in behandeling. In dit precieze geval werd de patiënte gevraagd deel te nemen aan de Babelstudie en langs die weg toegang te krijgen tot de behandeling. Er bestaat overigens een Bijzonder Solidariteitsfonds dat tegemoetkomt in de gevallen waarin de wetgever niet heeft

Une analyse, qui se veut tout d'abord scientifique, sera effectuée par des experts de l'INAMI, éventuellement aidés par des experts externes. Ensuite, un avis sera soumis une première fois dans le cadre de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Qui siège au sein de cette commission? Des représentants du monde académique (c'est-à-dire les universités), des représentants de l'assurance (c'est-à-dire ceux-là mêmes qui couvrent l'assurance maladie invalidité dans leurs pratiques quotidiennes), des représentants des pharmaciens de ville, des grossistes, qui jouent également un rôle important dans la mise en œuvre, des pharmaciens hospitaliers ainsi que - ce n'est pas anecdotique - des médecins.

Je signale d'ailleurs à ce sujet, qui a trait à un autre débat qui a lieu tant au sein de cette commission qu'en commission de la Santé publique, que j'essaie de faire en sorte que ceux qui représentent le corps médical à l'intérieur de cet organe soient en contact étroit avec

la réalité de terrain. En effet, les académiciens ont une connaissance scientifique importante dans la CRM, mais les acteurs du terrain qui connaissent les problèmes des patients au travers d'un contact quotidien, ont parfois un avis inspiré par d'autres sources, une autre expérience, qui n'en demeure pas moins intéressante.

En ce qui concerne l'approche administrative, elle est très différenciée selon le profil des représentants du corps médical: soit ces derniers ont été écartés de la pratique par peut-être 15 ou 20 années de structure, soit ils sont encore frais prescripteurs en raison de l'exercice total ou partiel de leurs activités, dans le cadre desquelles le contact avec les patients est maintenu.

Y ont également une voix consultative les représentants de l'industrie elle-même, puisque l'industrie pharmaceutique est dans le processus dont nous débattons. L'ensemble des intervenants dans le système des soins de santé y sont représentés. La première discussion a une portée essentiellement scientifique. Elle cherchera à clarifier les éléments transmis par la firme, mais aussi, tel qu'inscrit dans la loi, le bénéfice clinique qui est apporté par le nouveau médicament en relation aussi avec le bénéfice qu'il apporte en matière de santé au regard de son coût économique.

On examine si le jeu en vaut la chandelle, si la molécule a l'impact voulu pour le coût qu'on lui impute.

Il existe donc des échelles d'évaluation internes à la CRM qui fixent le seuil d'impact. Ceci dit, je ne pense pas que ces échelles soient définies comme le sont celles utilisées par le Fonds des accidents du travail, qui déterminent avec précision le montant de l'indemnité accordée par niveau. On ne se situe pas dans ce type de relation. En cette matière, il reste toujours une dimension subjective.

La firme peut évidemment répondre aux questions qui se posent en fonction de la relation coût/impact sur la santé. On donne alors le temps nécessaire pour voir si des réponses peuvent être apportées. Durant ce laps de temps, on suspend la procédure pour ne pas prendre une décision négative trop vite. Cette procédure est d'ailleurs reprise dans les textes de loi. Cette étape est connue sous le nom du "rapport jour 120". Il faut savoir que la Belgique applique les délais fixés par la directive européenne 89/105, qui demande qu'une décision sur le remboursement soit notifiée endéans les 180 jours; in casu, il s'agit probablement des six mois auxquels certains ont fait allusion. Après les réponses de la firme, la CRM doit émettre un avis définitif au plus tard le jour 150: cent vingt jours plus trente jours. J'ai alors trente jours pour notifier la décision au demandeur.

La loi prévoit que je ne peux m'écarter de l'avis de la CRM que pour des raisons budgétaires ou sociales.

La firme Merck qui commercialise le Cetuximab avait déjà introduit une première demande d'admission au remboursement, qui avait été rejetée par plus des deux tiers de la commission, à cause précisément de ce rapport coût/efficacité défavorable, tel que déterminé par une étude pharmaco-économique soumise d'ailleurs par la firme demanderesse elle-même. Il ne s'agit pas ici d'un problème de lenteur administrative mais d'un processus visant à protéger tant les patients particuliers que notre population en général,

voorzien, zoals voor zeldzame ziektes en aandoeningen. In beginsel worden geneesmiddelen waarvoor een procedure tot terugbetaling werd gestart, echter niet door dat Fonds terugbetaald. Overeenkomstig artikel 56 kunnen tussen het RIZIV en bepaalde gespecialiseerde centra protocolakkoorden worden gesloten waarbij die laatste de toelating krijgen om nog niet-geregistreerde geneesmiddelen te gebruiken. Een Europese verordening handelt over "compassionate use" en is vandaag dus al mogelijk. Daartoe moet de firma die het geneesmiddel produceert een aanvraag indienen bij het directoraat-generaal Geneesmiddelen.

Patiënten die bij wijze van "compassionate use" deelnemen aan het programma, kunnen het nieuwe geneesmiddel gebruiken vanaf de toekenning van de vergunning tot het ogenblik waarop het geneesmiddel in de handel wordt gebracht.

Het geval van mevrouw L'Hoest toont aan hoe moeilijk de keuze tussen het klinische voordeel en de kostprijs van bepaalde geneesmiddelen soms kan zijn.

Ook moet men behoedzaam te werk gaan wanneer men de vergelijking maakt met onze buurlanden, aangezien sommige van hen de financiering van de gezondheidszorg volkomen anders benaderen.

De introductie van nieuwe geneesmiddelen is pas mogelijk nadat hun therapeutische waarde en efficiëntie geëvalueerd zijn. De Commissie spreekt zich uit over de prijs van geneesmiddelen en maakt enkel een afweging tussen hun kostprijs en efficiëntie.

Op de gezondheidszorg kan men een prijs plakken, op een mensenleven niet.

via le contrôle de la bonne utilisation du budget qui est mis à notre disposition pour les médicaments. Le coût du traitement par Cetuximab dépassant très largement les limites de ce que la CRM considère comme étant acceptable, tenable par la communauté, la demande a été rejetée. Entre-temps, la firme Merck a introduit une nouvelle demande d'admission au remboursement qui suit à nouveau le processus CRM.

Le troisième élément concerne la patiente malheureusement décédée. Il lui avait été proposé de prendre part à une étude clinique, étude Babel, qui lui aurait permis d'avoir accès au traitement. Vous vous souviendrez que lors de la discussion en commission sur les études cliniques, il a été signalé qu'un certain nombre de personnes correspondaient au profil pour y participer. Dès ce moment, elles bénéficient de la délivrance, moyennant des conditions prévues dans la loi, de la molécule faisant l'objet de l'expérimentation. Cette voie a été conseillée à la patiente. Et son médecin traitant – qui a été cité –, mis au courant de cette possibilité, en a discuté avec les responsables de l'étude.

Le quatrième élément consiste à rappeler l'existence d'un fonds de solidarité. Ce fonds vise à intervenir dans des cas particuliers, non prévus par le législateur. Quand un médicament n'est pas remboursé, mais qu'il peut avoir un impact vital, et que le malade fait une demande au fonds de solidarité, cette personne peut entrer dans le cadre de ce fonds. Cependant, avec une réserve: en principe, le fonds n'intervient pas dans le coût de médicaments en cours de procédure d'admission au remboursement. C'est logique; on veut se protéger aussi des décisions éventuellement favorables.

De plus, sa vocation est de couvrir les frais occasionnés par des maladies rares, ce qui n'est malheureusement pas le cas du cancer, ou lorsqu'on n'est pas dans le cas d'une maladie, mais d'un impact du médicament lui-même rare.

Exemple: un médicament peut être pris pour une indication très générale. Alors, il est remboursé pour cette indication ou ne l'est pas. Si une autre indication pour ce médicament, nettement plus pointue, peut avoir un impact important sur la vie, dans ce cas, le fonds de solidarité peut également intervenir.

Qui en décide? Le Collège des médecins-directeurs institué auprès de l'INAMI, sur base d'un dossier médical bien documenté, qu'on ait affaire ou non à une indication rare.

Malgré ces réserves, chaque personne doit veiller à évaluer avec sa mutualité la pertinence de l'introduction d'un dossier au fonds spécial de solidarité.

Une autre approche est aussi possible: le recours à l'article 56, qui permet la mise en place de protocoles d'accord avec l'INAMI et des centres spécialisés.

Le but est de permettre à ces centres d'utiliser des médicaments qui ne sont, par exemple, pas encore enregistrés pour une indication particulière. C'est ce type de démarche que j'ai initié via le Comité de l'assurance pour permettre que les patientes atteintes d'un type particulier de cancer puissent bénéficier du remboursement de

molécules particulières. Je songe ici à une molécule que j'ai citée à quelques reprises dans cette commission: l'herceptine. Il s'agit d'un adjuvant à un traitement classique et il faut savoir que nous avons pu réaliser cela avant même son enregistrement au niveau européen.

Je vais dire quelques mots sur l'usage compassionnel, régi par le règlement 726/2004 du Parlement européen et du Conseil européen du 31 mars 2004, qui établit des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et qui institue une Agence européenne des médicaments. Puisqu'un règlement est directement applicable dans les Etats membres, l'usage compassionnel est déjà possible aujourd'hui. A cet effet, il faut donc que la firme pharmaceutique qui produit le médicament fasse une demande auprès de la direction générale des Médicaments et démontre que le médicament répond aux conditions pour être mis à la disposition des patients dans le cadre dudit usage compassionnel.

L'usage compassionnel est défini comme suit: "La mise à disposition pour des raisons compassionnelles d'un médicament à usage humain à un groupe de patients souffrant d'une maladie invalidante, chronique ou grave, ou d'une maladie considérée comme mettant la vie en danger, ces patients ne pouvant pas être traités de manière satisfaisante par un médicament à usage humain autorisé. Le médicament à usage humain concerné doit avoir fait soit l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché, soit être en cours d'essai clinique pour l'indication thérapeutique en question".

Dans la mesure où le programme a été mis en place à titre d'usage compassionnel, le demandeur va donc veiller à ce que les patients qui y participent aient également un accès au niveau du médicament à usage humain pendant la période courant entre l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché et la mise sur le marché réelle.

Le cas de feu Mme L'Hoest n'est un cas d'école que dans la mesure où nous devons parfois faire des choix qui sont extrêmement difficiles dans le chef de la CRM, comme je l'ai déjà indiqué à deux reprises, entre le bénéfice clinique de certains médicaments et le coût de ces médicaments. Dans un budget fermé pour les médicaments, chacun d'entre eux fait l'objet d'une évaluation critique en termes de coût/efficacité et d'impact budgétaire. La comparaison avec d'autres pays doit se faire avec prudence pour certaines raisons. Ces pays ont parfois une approche qui est très différente quant au financement des soins de santé. Les Pays-Bas en sont un bel exemple.

Aux Pays-Bas, comme dans d'autres pays, le système en place est celui de la forfaitarisation par hôpital. Selon ce système, de nouveaux produits, relativement chers, sont admis au remboursement. S'ils sont intégrés dans l'enveloppe de soins des hôpitaux, cela ne signifie pas pour autant que tous les patients y accèdent. Si l'enveloppe ou le choix de l'hôpital, intuitu personae, ne le permet pas, globalement parlant, on peut croire que la molécule est remboursable dans le pays; elle est délivrable dans le cadre de programmes hospitaliers, mais ceux-ci fonctionnent par forfait. Cela signifie que si l'on préfère administrer telle molécule plutôt que telle autre, en raison de son prix jugé trop coûteux, on ne délivrera pas ladite molécule. On peut même entreprendre des démarches "intuitu personae" et dire que tel(le) patient(e) est plus à même de recevoir la molécule que tel(le) autre.

Ce système engendre la création d'un certain nombre de difficultés qui n'apparaissent pas dans l'argument facial du remboursement. Je le dis par honnêteté intellectuelle.

Le septième et dernier point porte sur l'accès à l'innovation. Ce dernier se fait après évaluation de la valeur thérapeutique de l'efficacité. C'est un thème que j'ai abordé à plusieurs reprises et sur lequel je vais conclure. Pour ce faire, un médicament qui souhaite obtenir un remboursement sur la base d'un prix plus élevé que ce qui figure actuellement dans l'arsenal thérapeutique doit démontrer une réelle plus-value thérapeutique tout en offrant un bon rapport coût-efficacité pour que ce prix soit accepté par la commission.

De tels débats sont toujours difficiles. J'ai moi-même encore, je vous le livre à titre d'expérience récente, été amené à discuter avec des assemblées citoyennes de la question du coût des médicaments. Ainsi, on annonce que le prix des molécules telle l'herceptine peut s'élever à 36.000 euros par personne et par an. Certes, c'est légèrement moins cher que ce que nous avons dans la mire, mais ce coût unitaire est inaccessible à la plupart des citoyens de ce pays s'ils n'ont effectivement pas un bon état de fortune. Si on ajoute que l'herceptine vaut pour un public cible d'environ 1.000 femmes, il y aura toujours parmi l'assistance une personne qui se lèvera pour demander si le coût de 36 millions d'euros pour 1.000 personnes au détriment d'autres molécules en vaut toujours la chandelle.

Je n'ai ni la capacité ni la volonté de répondre personnellement. C'est la raison pour laquelle la Commission de remboursement du médicament, à la sagesse du parlement, a été instaurée pour le faire et fixe les limites de ce débat qui, s'il est d'ordre scientifique, revêt indéniablement aussi un côté éthique, humain, extrêmement sensible.

Je voudrais conclure par une phrase: si nous partons du principe que la santé n'a pas de coût mais un prix, une vie n'a jamais de prix!

02.05 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je comprends les difficultés qui se posent en cette matière très sensible.

Par ailleurs, je tiens à attirer l'attention sur le fait qu'en l'espace de quatre ans, le gouvernement a fourni des efforts très importants en matière de remboursement des médicaments. Si ma mémoire est bonne, 3 milliards d'euros supplémentaires ont été affectés au remboursement de certains médicaments, ce qui représente une hausse d'environ 50% du montant alloué audit remboursement.

Monsieur le ministre, serait-il possible de mieux cibler le remboursement et donner la priorité aux médicaments destinés à soigner des maladies graves comme le cancer? Ne pourrions-nous pas nous pencher sur cette problématique? Dans ce cas, nous avons parlé de l'Erbix, mais d'autres médicaments sont indiqués dans le traitement de cette maladie.

02.06 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, je tiens à remercier le ministre pour sa réponse précise et à l'occasion de laquelle il a fait preuve de doigté au regard des cas humains qui sous-tendent notre réflexion.

02.05 Josée Lejeune (MR): Het verheugt me dat de regering ernstige inspanningen heeft geleverd op het stuk van de terugbetaling van de geneesmiddelen. Ze heeft daartoe 3 miljard euro vrijgemaakt.

Maar is het niet mogelijk de terugbetaling gerichter te laten verlopen en voorrang te geven aan geneesmiddelen bestemd voor zwaar zieken, zoals kankerpatiënten?

02.06 Benoît Drèze (cdH): Ik zou bijkomende informatie willen over de tweede aanvraag van de firma Merck.

Monsieur le ministre, vous avez indiqué que la firme Merck avait introduit une première demande qui a été rejetée et qu'elle avait, ensuite, introduit une deuxième demande.

Depuis le dépôt de ma question, le comité de soutien, dont j'ai parlé tout à l'heure, m'a transmis un mail de l'INAMI indiquant qu'une décision, qu'elle soit positive ou négative d'ailleurs, serait prise par vous-même au plus tard au terme des 180 jours, autrement dit le 4 avril 2006. Pouvez-vous me confirmer cette date?

Existe-t-il une différence significative entre la première et la deuxième demande? Faute de quoi, nous pouvons nous attendre à un nouveau refus.

02.07 Valérie De Bue (MR): Monsieur le président, je tiens également à remercier le ministre pour ses réponses.

Je m'interroge simplement sur le fait qu'il ait fallu une mobilisation et l'acharnement du comité de soutien pour attirer l'attention sur le cas particulier de cette personne. Ce genre de mobilisation ne devrait pas exister. Une réponse à ce type de problème devrait être apportée beaucoup plus rapidement.

02.08 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je voudrais tout d'abord répondre aux deux sous-questions de M. Drèze.

Monsieur Drèze, il ne m'est pas possible de vous répondre aujourd'hui, mais j'ai demandé à ma collaboratrice de vous faire parvenir les informations quant à la nature du contenu du nouveau dossier introduit par la firme et l'agenda.

J'ai envie de répondre à la question de l'attention à ce type de cas. Malheureusement, peut-être parce qu'on y est sensible uniquement lorsque les médias en parlent, on a le sentiment que ces cas n'existent qu'à ces moments-là. C'est évidemment faux.

J'ai régulièrement connaissance de ce type de cas, par des courriers qui me sont directement adressés dans le seul but de décrire des situations humaines difficiles. Sans doute, l'opinion publique n'a-t-elle pas conscience du débat sur le problème coût/avantages du médicament. Cela me permet d'insister sur le fait que c'est pourtant le cœur de la discussion, cœur au sens propre comme au sens figuré.

En effet, en cette matière, l'arbitrage est de type sanitaire et économique. Sanitaire parce que, dans la société idéale, pour ceux qui ne se posent pas le problème de la limite des moyens technologiques ou financiers, le débat ne se pose pas dans les mêmes termes. Mais nous ne vivons pas dans la société idéale: nous vivons dans une société perfectible par nature. Chacune des décisions, chacun des gestes posés, y compris quant aux choix médicaux et aux grands arbitrages sociaux, est perfectible aussi par définition. Les sociétés totalitaires qui avaient imaginé pouvoir atteindre la perfection en ce domaine, se sont finalement montrées les plus inhumaines. Ici, nous avons maintenant conscience que ces arbitrages doivent au moins se dérouler dans la plus grande clarté.

Monsieur le président, je suis désolé d'être prolix sur ce problème, mais il s'agit d'un débat de nature sociétale.

Blijkbaar zal u in dat dossier ten laatste op 4 april 2006 een beslissing treffen. Kan u die datum bevestigen? Verschillen de twee aanvragen sterk van elkaar?

02.07 Valérie De Bue (MR): Ik betreur dat het lot van die dame enkel door de inspanningen van het steuncomité onder de aandacht is gekomen. Men had daarop veel sneller moeten reageren.

02.08 Minister Rudy Demotte: Ten eerste zal ik de heer Drèze informatie bezorgen over de aard van het nieuwe aanvraagdossier en de te volgen kalender.

Een welbepaald geval wordt nu wel breed uitgesmeerd in de media, maar ik besef wel degelijk dat er zich in andere omstandigheden nog dergelijke gevallen voordoen. De publieke opinie heeft niet altijd een goed inzicht in de discussie over het probleem van de kosteneffectiviteit, die de kern van de discussie over de terugbetaling van de geneesmiddelen uitmaakt. De afweging die ter zake wordt gemaakt stoelt op economische elementen en overwegingen met betrekking tot de volksgezondheid. Wij leven in een maatschappij die van nature voor verbetering vatbaar is en waarin ook onze keuzes en beslissingen nog kunnen worden verbeterd.

Wat de uiteindelijke vraag met betrekking tot de terugbetaling van het geneesmiddel betreft, mag men zich niet enkel beperken tot een enkele categorie van geneesmiddelen voor acute gezondheidsproblemen. De

Sur cette question finale du remboursement du médicament, on ne peut apporter une réponse du type: on peut se braquer sur telle catégorie de médicaments à usage aigu. Pourquoi? Parce que, sur les plus de 3 milliards d'euros que l'assurance maladie destine au remboursement de médicaments, outre les fonds privés ou l'argent des patients, la plupart des moyens sont destinés à couvrir les soins au sens quotidien du terme.

Si j'osais la comparaison, ce serait comme la relation entre la médecine d'urgence classique et la médecine d'urgence de catastrophe.

Dans le cas d'un événement catastrophique qui requiert l'intervention d'hélicoptères et d'une noria d'ambulances, tout est prévisible et très sensible. On a l'impression que tout doit se focaliser sur la médecine de catastrophe.

La médecine d'urgence au quotidien, de quoi s'agit-il? Par exemple, une grand-mère tombant de son lit et se cassant le col du fémur peut décéder si elle n'est pas aidée à temps. Il peut également s'agir de médicaments préventifs qui permettent de ne pas développer des pathologies cardio-vasculaires ou autres. Tous ces médicaments ont également un coût. Cet arbitrage ne se fait pas exclusivement entre les molécules très pointues, qui soignent tel type de cancer ou telle sous-catégorie de la maladie x, y ou z. C'est aussi tout le débat sur ce terrible drame des maladies orphelines. Une maladie orpheline peut parfois être soignée par une molécule lorsque, par chance, une molécule existe, mais à quel prix? Dans une enveloppe close, au détriment de quoi?

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

03 Vraag van mevrouw Annemie Turtelboom aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de deeltijdse tewerkstelling van invaliden met toestemming van de adviserende geneesheer" (nr. 10053)

03 Question de Mme Annemie Turtelboom au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'occupation à temps partiel de personnes souffrant d'un handicap avec l'autorisation du médecin-conseil" (n° 10053)

03.01 Annemie Turtelboom (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de onafhankelijke ziekenfondsen maakten een interessante studie over het verband tussen arbeidsongeschiktheid en leeftijd. De resultaten daarvan zijn nogal frappant. Daarom stel ik deze vraag.

Het aantal deeltijdse werkhervattingen door invaliden met akkoord van de adviserende geneesheer is 6,4% van de invaliden of 11.709 op 184.109 invaliden. Vanaf de leeftijd van 45 jaar daalt het aantal deeltijdse werkhervattingen spectaculair. Het RIZIV ontwikkelde een programma voor beroepsrevalidatie. Het succes van dit programma is echter slecht. In 2003 volgden slechts 552 mensen deze vorming. Ook neemt het aantal af naarmate de leeftijd stijgt. Van de vijftigplussers namen slechts twee invaliden deel aan het programma.

Midden 2002 lanceerde het College voor Geneesheren-Specialisten een pilootproject voor beroepsrevalidatie in Mechelen, Luik en Eupen.

ziekteverzekering trekt meer dan drie miljard euro uit voor de terugbetaling van geneesmiddelen en het gros van die middelen wordt besteed aan de dagelijkse verzorging.

Dit is een debat met een belangrijk ethisch aspect en het betreft situaties die vanuit menselijk oogpunt als uitermate delicaat worden ervaren. Het is dan ook bijzonder moeilijk om definitieve uitspraken te doen en een eensgezind standpunt in te nemen.

03.01 Annemie Turtelboom (VLD): Les résultats d'une étude des Mutualités libres sur le lien entre l'âge et l'incapacité de travail sont assez frappants. Le travail à temps partiel après une période d'invalidité, avec l'approbation du médecin-conseil, est rare dans l'ensemble du groupe des invalides et quasi inexistant chez les plus de 50 ans. Le travail à temps partiel pourrait pourtant largement contribuer à permettre au plus de 50 ans de conserver une activité professionnelle. Les résultats du programme de réadaptation professionnelle de

Men wilde de procedures vereenvoudigen om zo de beroepsrevalidatie aantrekkelijker te maken. De resultaten waren nog maar eens slecht. In 2004 namen 31 invaliden deel aan het project. In 2003 waren het er 85 en in 2002 waren het er 24. Opnieuw was de deelname van vijftigplussers nauwelijks bestaande. In 2004 nam niemand deel. In 2003 en in 2002 nam slechts 1 vijftigjarige invalide deel.

De onafhankelijke ziekenfondsen toetsten voor de eigen leden over de periode 1999-2002 af in welke mate invaliden terugkeren naar de arbeidsmarkt. Bij een arbeidsongeschiktheidsduur van minder dan één jaar ging 28,1% terug naar de arbeidsmarkt. Daarna daalde de terugkeer ook weer spectaculair. Bij een invaliditeit tussen één en twee jaar keerde nog slechts 7,2% terug. Bij een duur tussen twee en drie jaar was het 2,4%. Bij een duur van drie tot vier jaar was de terugkeer reeds geslonken tot 1%.

Concluderend kan gesteld worden dat deeltijdse tewerkstelling na invaliditeit mits goedkeuring van de adviserende geneesheer nauwelijks wordt toegepast op de totale basis van de mensen die invalide zijn en bijna onbestaande is voor vijftigplussers.

Nochtans zou de deeltijdse tewerkstelling voor vele vijftigplussers een belangrijk element kunnen zijn in het professioneel actief houden van vijftigplussers. Daarnaast kunnen wij ook concluderen dat de programma's beroepsrevalidatie niet succesvol zijn.

Mijnheer de minister, daarom vernam ik van u graag een antwoord op volgende vragen.

Kan u de resultaten van dit onderzoek van de onafhankelijke ziekenfondsen bevestigen?

Werd er reeds onderzocht waarom zo weinig invaliden terug deeltijds aan de slag gaan met de toestemming van de adviserende geneesheer en in het bijzonder voor de vijftigplussers?

Werd onderzocht waarom zo weinig invalide vijftigplussers na hun invaliditeit deeltijds aan de slag gaan?

Werd onderzocht waarom de programma's voor de beroepsrevalidatie zo weinig succesvol zijn?

Hetzelfde geldt voor de pilootprojecten in Mechelen, Luik en Eurpen, die een flop zijn, kunnen wij wel zeggen. Waarom is dat? Wat zijn de resultaten van die projecten?

Ten slotte, acht u het niet tijd om meer te investeren in reïntegratie van invaliden op de arbeidsmarkt?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Turtelboom, ten eerste, de studie is gebaseerd op de gegevens afkomstig van de Dienst voor Uitkeringen. Ik kan de graad van deeltijdse werkhervatting, met akkoord van de adviserende geneesheer, bevestigen.

Op 31 december 2000 zijn er inderdaad van de 184.109 invaliden 11.709 personen die een beroep hebben gedaan op de mogelijkheid

l'INAMI sont médiocres. Les projets pilotes de réadaptation professionnelle lancés par le Collège des médecins spécialistes à la mi-2002 n'ont pas donné de meilleurs résultats.

Le ministre peut-il confirmer les résultats de l'étude? A-t-on déjà mené des recherches afin de déterminer les causes de ces mauvais résultats? Ne faudrait-il pas investir davantage dans la réinsertion des invalides sur le marché du travail?

03.02 **Rudy Demotte**, ministre: Les données de l'étude ont été fournies par le Service des indemnités. Je confirme le faible degré de reprise partielle de travail avec l'accord du médecin-conseil. Au 31 décembre 2000, 11.709 des 184.109 invalides ont fait usage de

om, met akkoord van de adviserende geneesheer, het werk gedeeltelijk te hervatten. Ook per leeftijdscategorie kan ik de conclusie bevestigen. Op latere leeftijd daalt het aantal deeltijdse werkhervattingen gevoelig.

Sinds kort beschikt de dienst voor uitkeringen over specifieke statistische gegevens betreffende de werkhervatting met toestemming van de adviserende geneesheer. Zoals blijkt uit de cijfers van 2004 bedraagt het aantal deeltijdse werkhervattingen door invaliden, met akkoord van de adviserende geneesheer, 6,04% van het totale aantal invaliden, of 12.338 van de 204.000 invaliden.

De geciteerde cijfers houden geen rekening met de deeltijdse hervattingen in het kader van vrijwilligerswerk en niet-bezoldigde activiteiten. Het aantal deeltijdse werkhervattingen vertoont bijgevolg een quasi status quo ten opzichte van het jaar 2000. Net zoals in 2000 neemt het aantal deeltijdse werkhervattingen vanaf de leeftijd van 45 jaar sterk af.

De Dienst voor Uitkeringen heeft geen kennis van de methodologie die door de Onafhankelijke Ziekenfondsen werd gebruikt voor de berekening van de uittrekders uit arbeidsongeschiktheid. De vaststelling dat het aantal uittrekders afneemt naarmate de duur van de arbeidsongeschiktheid toeneemt, klopt evenwel.

Ten tweede, ik heb aan mijn diensten, evenals aan het RIZIV, gevraagd om de verschillende maatregelen ter bevordering van de sociopositieve reïntegratie van erkende arbeidsongeschikte gerechtigden te onderzoeken. Een van deze maatregelen betreft de verbetering van de cumulregel in geval van de hervatting van een toegelaten activiteit.

Het doel is de hervatting te stimuleren en te vermijden dat invaliden die hun arbeidsvolume wensen te verhogen, worden bestraft.

Ten derde, de situatie van rechthebbenden ouder dan vijftig jaar is ingewikkelder. Een eventuele hervatting hangt af van de volgende drie elementen: de resterende arbeidscapaciteit van de betrokkene, het aanbod van aangepaste of passende arbeid, en sensibilisering en initiatieven van de verschillende bevoegde instanties bijvoorbeeld op het vlak van de integratie van personen met een handicap of op het vlak van vorming.

Ten vierde, sinds geruime tijd trekt deze problematiek de aandacht van het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV. De pilootprojecten waarover u het hebt, resulteren uit deze aandacht. Er zitten daarin vier zaken vervat. Een eerste zaak betreft de begeleiding naar een eventuele herscholing en de herscholing zelf. Deze behoren tot de taak van een heel team rond de adviserende geneesheer en in de eerste plaats rond de rechthebbende zelf. Ten tweede, de teams gespecialiseerd op het vlak van het motiveren van de kandidaat, de studie van de gewijzigde functionele mogelijkheden en de vereisten van de beroepen die in aanmerking komen. Ten derde, het engagement van zowel de verzekerde als het medico-sociaal team om de herscholing aan te gaan. Ten slotte, een herscholingsprogramma aangepast aan de invalide-gerechtigde en aan het doel, namelijk een volwaardige en duurzame professionele reïntegratie, zo weinig klassiek schools mogelijk en zo intensief

la possibilité de reprendre partiellement le travail avec l'accord du médecin-conseil. En 2004, ils étaient 12.338 sur 204.397. Aucune évolution n'a donc été constatée. Le nombre de reprises partielles de travail après 45 ans est particulièrement bas. Ces chiffres ne tiennent pas compte de la reprise partielle de travail en cas de bénévolat et d'activités non rémunérées. Le Service des indemnités ne connaît pas la méthode utilisée par les Mutuelles indépendantes, mais il est exact que le nombre de personnes qui sortent de l'incapacité de travail diminue à mesure que la durée de l'incapacité de travail augmente.

J'ai demandé à mes services et à l'INAMI d'étudier des mesures favorisant la réintégration sociale et professionnelle, notamment en assouplissant la règle de cumul en cas de reprise d'une activité autorisée.

La réintégration des quinquagénaires est suivie depuis un certain temps par le collège des médecins-directeurs de l'INAMI. En 2004, 178 personnes ont pris part à des projets pilotes en matière de reconversion professionnelle. Il ne s'agit en effet pas de nombres importants et les plus de 50 ans n'en constituent même pas 3 pour cent. Les projets ont également pour but d'assurer un feedback de la reconversion professionnelle. Ils font actuellement l'objet d'une évaluation qui ne nous permettra toutefois pas de connaître le nombre de bénéficiaires qui auraient en définitive dû être candidats à une reconversion professionnelle.

Lors du rapport final, j'ai formulé à propos du contrat d'administration concerné diverses observations que les comités examinent pour l'instant. Je souhaite investir dans la réintégration des invalides sur le marché du travail. Les médecins-

mogelijk, uiteraard in functie van de handicap van de betrokkene en liefst eindigend met een resultaatgerichte reïntegratiefase.

Ten vijfde, de cijfers die u vermeldt, stemmen niet overeen met de laatste RIZIV-gegevens. In 2004 namen 178 personen deel aan de pilootprojecten: 122 voor een herscholingsonderzoek, 52 voor de eerste herscholing en 4 voor een andere herscholing. Het is echter correct dat de pilootprojecten, die overigens pas op 1 juli 2002 van start gingen, geen groot aantal mensen betreffen en dat de gerechtigden ouder dan 50 jaar daarvan nog geen 3% uitmaken.

De evaluatie van de pilootprojecten is nu volop aan de gang. Het is in deze evaluatie niet mogelijk het aantal gerechtigden te meten dat uiteindelijk kandidaat voor een herscholing had moeten zijn. Wel volgt men de karakteristieken van de kandidaten om te weten te komen of ze de scholing hebben afgewerkt of opnieuw aan het werk zijn.

Ten zesde, ik heb persoonlijk veel aandacht voor deze problematiek en ik heb de beheerscomités van de uitkeringsverzekering van loontrekkenden en zelfstandigen gevraagd deze problematiek te onderzoeken in het kader van de bestuursovereenkomst gesloten met het RIZIV voor de jaren 2002-2004. Ik heb verschillende bedenkingen en opmerkingen geformuleerd bij het eindrapport dat mij werd overgemaakt in uitvoering van deze overeenkomst. De opmerkingen worden momenteel onderzocht door deze comités.

Het is dus zeker mijn bekommernis om te investeren in de reïntegratie van invaliden op de arbeidsmarkt. Het is precies hierom dat er binnen de uitkeringsverzekeringen werd geïnvesteerd in de deeltijdse werkhervatting. Het is bovendien mijn overtuiging dat de adviserend geneesheren veel meer en veel vroeger, op geregelde tijden in de loop van de arbeidsongeschiktheid, de deeltijdse werkhervatting of een herscholing moeten overwegen.

Het was van meet af aan ook de bedoeling om de pilootprojecten feedback over de herscholing als dusdanig te laten geven. Intussen bereid ik met de betrokken federale instanties een geïntegreerde aanpak voor de professionele reïntegratie voor. Zo zijn onder meer arbeidsongevallen en beroepsziekten evenzeer betrokken in deze materie.

Wat er ook van zij, het kan niet mijn bedoeling zijn de herscholing te gebruiken om op een ongediscrimineerde manier het aantal invaliden te drukken. Een herscholing die uitloopt op werkloosheid is onrechtvaardig voor de gerechtigde die er al die inspanningen voor deed, demotiverend voor de controlerende instanties binnen het ZIV, waaronder in de eerste plaats de adviserend geneesheer, en een geldverkwisting voor ons sociaalverzekeringstelsel. Tot daar mijn antwoord.

03.03 Annemie Turtelboom (VLD): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord.

Waarom vond ik deze cijfers zo frappant? Een aantal mensen die invalide geworden zijn, zullen misschien niet terug kunnen gaan werken. Hier gaat het ten eerste om deeltijdse tewerkstelling en het gaat ook maar om 6,4 procent. Wat mij vooral frappeert, is dat het programma voor beroepsrevalidatie een pilootproject is. Hier zouden

conseils doivent envisager bien plus souvent, bien plus tôt et à intervalles réguliers la reprise du travail à temps partiel ou la reconversion professionnelle au cours de l'incapacité de travail. Je prépare entre-temps avec les instances concernées une approche intégrée de la réintégration professionnelle. Je n'entends pas me servir de la reconversion professionnelle pour diminuer sans discernement le nombre d'invalides. La reconversion professionnelle ne doit pas déboucher sur le chômage.

03.03 Annemie Turtelboom (VLD): Les projets pilotes en matière de réadaptation professionnelle devraient permettre d'identifier les personnes qui, après un recyclage par exemple, peuvent renouer avec une activité professionnelle.

we toch de mensen moeten kunnen uitfilteren die mits een herscholing of mits een goede begeleiding in een andere job of in dezelfde job die ze vroeger deden, terug deeltijds aan de slag kunnen gaan.

Als men daarvan dan de resultaten ziet, dan moeten wij ons volgens mij afvragen of die pilootprojecten niet de verkeerde insteek hebben, niet op de goede manier werken of niet de goede doelstellingen bereiken. Dat is de reden voor mijn vraag van vandaag. Ik wil uiteraard geen heksenjacht ontketenen. Ik wil echter te weten komen waarom er slechts 11.700 opnieuw aan de slag gingen van de 184.000 die werden onderzocht. Bovendien stelt men een spectaculaire daling vast met de leeftijd. Ik denk dat mensen die op een bepaald moment invalide zijn geworden, vaak geholpen kunnen zijn met een deeltijdse tewerkstelling die hun toestand ook voor een stuk kan helpen verwerken.

De cijfers zijn frappant. Ik stel ook vragen bij het feit dat er niet meer mensen worden bereikt met de pilootprojecten. Ik ben blij met de nieuwe cijfers die u geeft maar het gaat ook daar toch maar om 178 mensen die ermee worden bereikt. Dat is toch wel heel weinig voor pilootprojecten waarmee men toch meer mensen zou moeten kunnen bereiken. Ik zeg niet dat men ze allemaal kan helpen, maar men zou ze op zijn minst moeten kunnen bereiken.

Ik denk dat er zich een evaluatie opdringt van die pilootprojecten. We moeten toch eens nadenken over de manier. U verwijst terecht naar de cumulregeling waarbij men wordt bestraft. Volgens mij dringt een evaluatie zich op om te bekijken hoe we die mensen in de mate van het mogelijke terug in de arbeidsmarkt kunnen inschakelen. Mijn vraag gaat hier echt om deeltijdse tewerkstelling en niet om een fulltime.

03.04 Minister **Rudy Demotte**: Een korte reactie, om te zeggen dat er een grote kloof is tussen de realiteit en de wil tot reïntegratie van bepaalde sociale groepen. Dat is ons probleem. Iedereen wenst natuurlijk eerst en vooral niet invalide te worden. Dat is een eerste vaststelling. Dat is misschien een beetje kort door de bocht, maar met de veroudering van onze maatschappij zullen we dat meer en meer kennen.

Ten tweede, de relatie tussen de mensen die gehandicapt zijn door hun invaliditeit en die in het kader van de vergrijzing oudere werknemers zijn, en de werkgevers is niet altijd ideaal. Men mag zoveel plannen schetsen en herscholingen bedenken, maar het gebeurt niet gemakkelijk op het terrein.

03.05 **Annemie Turtelboom** (VLD): Mijnheer de minister, u heeft dit ook onlangs in antwoord op een schriftelijke vraag van mij gezegd: de invaliditeit zal stijgen met de vergrijzing. Hier gaat het niet alleen om vijftigplussers of zestigplussers; ook mensen van minder dan 45 jaar zaten in deze doelgroep. Als zij op een bepaald moment invalide worden, moet men nagaan op welke manier men hen nog kan inschakelen op de arbeidsmarkt. U spreekt over de vergrijzing van de bevolking en de hogere invaliditeit daardoor, maar een groot deel van deze studie gaat niet over het segment waarnaar u verwijst.

03.06 Minister **Rudy Demotte**: De grootste problemen rijzen voor die

Les projets reposent-ils bien sur une approche adéquate? Je n'ai évidemment pas l'intention de déclencher une chasse aux sorcières. Je souhaite simplement déterminer pourquoi si peu de personnes ont repris le travail. On observe en outre une baisse spectaculaire à mesure que l'âge augmente. Pourtant, l'emploi à temps partiel peut souvent aider à faire face à une invalidité. Les chiffres relatifs au projet pilote sont dérisoires. On ne peut aider toutes les personnes mais on devrait à tout le moins pouvoir les atteindre. Le ministre a évoqué à juste titre les règles actuelles en matière de cumul et les sanctions y afférentes. Il convient d'étudier la question dans son ensemble de manière à permettre éventuellement la réinsertion professionnelle par le biais de l'emploi à temps partiel.

03.04 **Rudy Demotte**, ministre: Le fossé est grand entre les rêves et la réalité. Le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de personnes invalides. Les rapports entre ces travailleurs âgés frappés d'invalidité et les employeurs ne sont pas des meilleurs. Quels que soient les plans ou recyclages imaginés, quasi rien ne se passe sur le terrain.

03.05 **Annemie Turtelboom** (VLD): L'étude ne portait pas uniquement sur les invalides âgés mais également sur les personnes de moins de 45 ans.

03.06 **Rudy Demotte**, ministre:

categorie op dat tijdstip.

Le problème affecte surtout les invalides âgés.

De **voorzitter**: Mevrouw Turtelboom, ter informatie: in mijn regio loopt er een proefproject om werkgevers te sensibiliseren voor mensen die in het statuut halftijds terugkeren, met de mogelijkheid om hen gratis ter beschikking te krijgen. De realiteit is dat nauwelijks een werkgever daartoe bereid is.

Le **président**: Un projet pilote mené dans ma région tend à faire reprendre aux personnes invalides une activité professionnelle à temps partiel. Très peu d'employeurs sont malheureusement disposés à collaborer au projet.

03.07 **Greta D'hondt** (CD&V): (...) Ik ben enorme voorstander van tewerkstelling van arbeidsgehandicapten. Maar men moet er maar eens een tewerkstellingsplaats voor vinden.

03.08 **Annemie Turtelboom** (VLD): Ik denk dat het de bedoeling is van zulke pilootprojecten dat we de twee kanten bekijken.

03.08 **Annemie Turtelboom** (VLD): C'est la raison d'être des projets pilotes, par lesquels on tente d'aborder les deux volets du problème.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Lahaye stelt haar vraag nr. 10065 uit. Mevrouw Avontroodt stelt haar vraag nr. 10180 uit.

*De bespreking van vragen en interpellaties eindigt om 11.18 uur.
La discussion des questions et des interpellations se termine à 11.18 heures.*