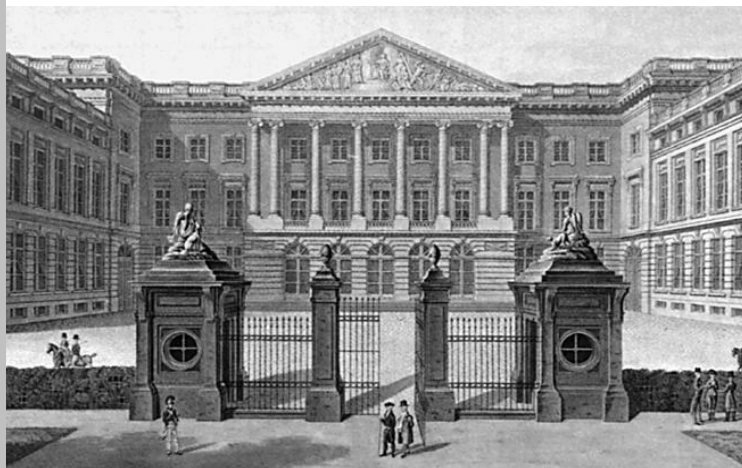


**Sénat de Belgique**

**Session ordinaire 2011-2012**



**5-99COM**

**Commission des Affaires sociales**

**Mardi 8 novembre 2011**

**Séance de l'après-midi**

**Annales**

**Handelingen**

**Commissie voor de Sociale  
Aangelegenheden**

**Dinsdag 8 november 2011**

**Namiddagvergadering**

**5-99COM**

**Belgische Senaat**  
**Gewone zitting 2011-2012**

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:  
[www.senate.be](http://www.senate.be)    [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be)

#### Abréviations – Afkortingen

|          |   |
|----------|---|
| CD&V     | Christen-Democratisch en Vlaams                                 |
| cdH      | centre démocrate Humaniste                                      |
| Ecolo    | Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales |
| MR       | Mouvement réformateur   |
| N-VA     | Nieuw-Vlaamse Alliantie   |
| Open Vld | Open Vlaamse liberalen en democraten                            |
| PS       | Parti Socialiste  |
| sp.a     | socialistische partij anders                                    |
| VB       | Vlaams Belang   |

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:  
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:  
[www.senate.be](http://www.senate.be)    [www.dekamer.be](http://www.dekamer.be)

**Sommaire****Inhoudsopgave**

|  |   |
|--|---|
| <p>Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évaluation du Plan national cancer actuel et la préparation d'un nouveau Plan national cancer 2011-2015» (n° 5-1123).....6</p> <p>Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la consommation de somnifères» (n° 5-1139).....8</p> <p>Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les mesures permettant de prévenir et de combattre le dénuement de personnes souffrant du cancer et de leur famille» (n° 5-1197).....10</p> <p>Demande d'explications de Mme Cindy Franssen au secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées sur «les personnes handicapées de moins de 65 ans» (n° 5-1354).....13</p> <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'adhésion de la Belgique aux objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA à l'horizon 2015» (n° 5-1267) .....15</p> <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein» (n° 5-1284) .....19</p> <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'élevage des animaux à fourrure en Belgique» (n° 5-1298) .....23</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les injections d'acide hyaluronique» (n° 5-1331).....24</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «une association agréée de cardiologie complète en province de Luxembourg» (n° 5-1335).....26</p> <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le concours d'accès à la profession de kinésithérapeute indépendant» (n° 5-1350).....26</p> <p>Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'indemnisation des pompiers et des ambulanciers volontaires» (n° 5-1399).....30</p> | <p>Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de evaluatie van het huidige Nationaal Kankerplan en de voorbereiding van een Nationaal Kankerplan 2011-2015» (nr. 5-1123)..... 6</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van slaapmiddelen» (nr. 5-1139) ..... 8</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «maatregelen om armoede bij kankerpatiënten en hun families te voorkomen en te bestrijden» (nr. 5-1197) ..... 10</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap over «de personen tot 65 jaar met een handicap» (nr. 5-1354) ..... 13</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de instemming van België met de doelstellingen van de 'UNAIDS Strategy' tot 2015» (nr. 5-1267) ..... 15</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verbeteren van de opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker» (nr. 5-1284)..... 19</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de pelsdierkwekerijen in België» (nr. 5-1298)..... 23</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de injectie van hyaluronan» (nr. 5-1331) ..... 24</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een erkend en volledig hartcentrum via associatie in de provincie Luxemburg» (nr. 5-1335) ..... 26</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het vergelijkend examen dat toegang geeft tot het beroep van zelfstandig kinesitherapeut» (nr. 5-1350)..... 26</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vergoeding van de vrijwillige brandweerlieden en vrijwillige ambulanciers» (nr. 5-1399) ..... 30</p> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <p>Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la facturation aux clients des coûts de personnel des entreprises d'ambulances privées» (n° 5-1400).....32</p>  | <p>Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het doorrekenen van de personeelskosten van de private ambulancediensten» (nr. 5-1400)..... 32</p>                                   |
| <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de la trithérapie dans le cadre du traitement des personnes atteintes d'hépatite C de génotype 1» (n° 5-1414).....34</p> | <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van HAART-therapie voor patiënten met hepatitis C genotype 1» (nr. 5-1414)..... 34</p>                |
| <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la perte des primes dont bénéficient les infirmiers spécialisés» (n° 5-1218).....36</p>   | <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verlies van premies voor gespecialiseerde verpleegkundigen» (nr. 5-1218)..... 36</p>   |
| <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les avantages des maisons médicales et leur développement» (n° 5-1386) .....38</p>  | <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de voordelen van wijkgezondheidscentra en hun uitbreiding» (nr. 5-1386) ..... 38</p>   |
| <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation relativement faible des médicaments génériques en Belgique» (n° 5-1389) .....40</p>   | <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het relatief geringe aandeel van generieke geneesmiddelen in België» (nr. 5-1389) ..... 40</p>                                     |
| <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de médicaments génériques biotechnologiques en Belgique» (n° 5-1390) .....43</p>  | <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van generieke biotechnologische geneesmiddelen in België» (nr. 5-1390) ..... 43</p>                                    |
| <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le financement des maisons médicales» (n° 5-1387).....45</p>  | <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de financiering van wijkgezondheidscentra» (nr. 5-1387)..... 45</p>  |
| <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les maisons médicales et l'accréditation des médecins qui y pratiquent» (n° 5-1273) .....45</p>  | <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de medische huizen en de accreditering van de artsen actief in deze medische huizen» (nr. 5-1273)..... 45</p>                         |
| <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le médecin responsable d'une contamination par l'hépatite et la réforme des commissions médicales provinciales» (n° 5-1320).....48</p>                   | <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de hepatitisarts en de hervorming van de provinciale commissies Volksgezondheid» (nr. 5-1320) ..... 48</p>                            |
| <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la reconnaissance de la psychologie et de la psychologie clinique» (n° 5-1321).....50</p>  | <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de erkenning van de psychologie en de klinische psychologie» (nr. 5-1321)..... 50</p>   |
| <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les contrôles de qualité réalisés par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé» (n° 5-1359).....51</p>                                 | <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kwaliteitscontroles uitgevoerd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten» (nr. 5-1359) ..... 51</p> |

|   |  |
|---|--|
| Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les arrêtés d'exécution relatifs aux maladies de l'amiante» (n° 5-1393).....54  | Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de uitvoeringsbesluiten aangaande de asbestziekten» (nr. 5-1393) ..... 54                                      |
| Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le droit de subrogation du Fonds amiante» (n° 5-1394) .....55   | Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het subrogatierecht van het Asbestfonds» (nr. 5-1394)..... 55  |
| Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le financement du Fonds amiante» (n° 5-1397).....56   | Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de financiering van het Asbestfonds» (nr. 5-1397)..... 56  |
| Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accord avec la Franklin Sleuyter Foundation concernant l'enregistrement des donneurs d'organes» (n° 5-1398) .....57 | Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het akkoord met de Franklin Sleuyter Foundation inzake de registratie van orgaandonoren» (nr. 5-1398) ..... 57 |
| Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le financement de la formation de pharmacien hospitalier» (n° 5-1403).....58  | Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de financiering van de opleiding tot ziekenhuisapotheker» (nr. 5-1403) ..... 58                                |
| Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les titres professionnels particuliers dans le domaine des soins infirmiers» (n° 5-1406) .....60                      | Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bijzondere beroepstitels in de verpleegkunde» (nr. 5-1406) ..... 60   |
| Demande d'explications de M. Louis Ide au secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées sur «la détermination du pourcentage d'invalidité des enfants victimes du syndrome de Down» (n° 5-1372).....61                      | Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap over «het bepalen van het invaliditeitspercentage bij kinderen met het syndroom van Down» (nr. 5-1372)..... 61  |

**Présidence de Mme Elke Sleurs***(La séance est ouverte à 13 h 10.)***Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évaluation du Plan national cancer actuel et la préparation d'un nouveau Plan national cancer 2011-2015» (n° 5-1123)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**Mme Cindy Franssen (CD&V).** – *Voici quelques mois, la ministre Onkelinx a publié le troisième rapport annuel de suivi du Plan national cancer. Ce plan, qui avait été lancé au printemps 2008, comporte une trentaine d'initiatives concrètes visant à renforcer notre politique de santé en matière de cancer. La ministre indique qu'environ 90% des initiatives annoncées ont été réalisées ou sont en cours de réalisation.*

*Lorsque j'avais interrogé la ministre à ce sujet l'an dernier, elle avait indiqué qu'il était encore trop tôt pour procéder à une évaluation globale du Plan. Un an plus tard, la majorité des initiatives sont en cours et l'on s'affaire aux premiers préparatifs en vue d'un successeur potentiel au Plan national cancer. Le moment me paraît dès lors idéal pour procéder à une première évaluation globale.*

*L'évaluation du Plan a été confiée au Centre du Cancer, créé dans le cadre du Plan. La ministre a chargé le Centre du Cancer d'évaluer tant les initiatives du plan Cancer que la politique en matière de cancer en général, confiant aussi à ce Centre la préparation d'un nouveau Plan national cancer. De larges concertations avec les acteurs de terrain ont eu lieu à ce sujet en 2009 et 2010, et je présume que ce fut aussi le cas en 2011.*

*Diverses voix demandent instamment que dans ce nouveau plan, on consacre davantage d'attention à une vision à long terme de la politique en matière de cancer et à une collaboration optimale entre niveaux de pouvoir.*

*Je souhaiterais obtenir de la ministre une réponse aux questions suivantes.*

*Où en est la préparation du nouveau Plan national cancer ?*

*Quelles propositions et recommandations concrètes le Centre du Cancer a-t-il formulées pour le nouveau Plan national cancer ?*

*Où en est l'évaluation des initiatives de l'actuel Plan national cancer ? La ministre peut-elle expliquer les principales conclusions provisoires ?*

*Le nouveau Plan national cancer consacrerait-il davantage d'attention à une vision à long terme, assortie d'objectifs concrets ? La ministre peut-elle déjà nous éclairer à ce sujet ?*

*Des initiatives seront-elles prises en collaboration avec les*

**Voorzitster: mevrouw Elke Sleurs***(De vergadering wordt geopend om 13.10 uur.)***Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de evaluatie van het huidige Nationaal Kankerplan en de voorbereiding van een Nationaal Kankerplan 2011-2015» (nr. 5-1123)**

**De voorzitster.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V).** – Een aantal maanden geleden heeft minister Onkelinx het derde jaarlijkse opvolgingsrapport van het Nationaal Kankerplan bekendgemaakt. Het Nationaal Kankerplan werd opgestart in het voorjaar van 2008 en bevat een dertigtal concrete initiatieven ter versterking van het gezondheidsbeleid rond kanker in ons land. De minister geeft aan dat van de aangekondigde initiatieven voor ongeveer 90% gerealiseerd werd of in uitvoering is.

Toen ik de minister vorig jaar ondervroeg over dit onderwerp, gaf ze aan dat het op dat moment nog te vroeg was voor een globale evaluatie van het Plan. Ondertussen zijn we weer een jaar verder, is het merendeel van de initiatieven lopende en worden de eerste voorbereidingen getroffen voor een mogelijke opvolger van het Nationaal Kankerplan. Het lijkt me dan ook een uitgelezen moment om een eerste globale evaluatie uit te voeren.

De opdracht om het Plan te evalueren, wordt toegewezen aan het Kankercentrum, dat opgericht werd in het kader van het Plan. Het Kankercentrum kreeg van de minister de opdracht om zowel de initiatieven van het Kankerplan als het beleid inzake kanker in het algemeen te evalueren. Daarnaast werd ook de opdracht gegeven om voorbereidingen te treffen voor het uitwerken van een nieuw Nationaal Kankerplan. Hiertoe werd in 2009 en 2010 uitgebreid overleg gepleegd met actoren op het terrein en ik vermoed dat dit ook in 2011 het geval was.

Van diverse zijden wordt erop aangedrongen in het nieuwe plan bijkomende aandacht te hebben voor een langetermijnvisie voor het kankerbeleid en voor een optimale samenwerking tussen de beleidsniveaus.

Graag kreeg ik van de minister een antwoord op volgende vragen.

Hoever staat het met de voorbereidingen van het nieuwe Nationale Kankerplan?

Welke concrete voorstellen en aanbevelingen heeft het Kankercentrum geformuleerd voor het nieuwe Nationale Kankerplan?

Hoever staat men met de evaluatie van de initiatieven van het huidige Nationale Kankerplan? Kan de minister de belangrijkste voorlopige conclusies toelichten?

Zal er in het nieuwe Nationale Kankerplan bijkomende

*différents niveaux de pouvoir impliqués en ce qui concerne la mise en œuvre du Plan national cancer ? Une concertation a-t-elle eu lieu avec les communautés et dans l'affirmative, qu'en est-il résulté ?*

**M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées.** – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Afin d'élaborer des propositions d'action pour un deuxième Plan cancer, le Centre du Cancer s'est concerté avec les acteurs de terrain en organisant plusieurs groupes de discussions de novembre 2009 à avril 2010. Au total, plus de 300 acteurs de terrain d'horizons très divers ont participé à cette concertation. À partir des concertations avec le terrain ainsi que de l'analyse de divers documents et rapports nationaux et internationaux, le Centre du cancer a élaboré une vision à long terme pour la lutte contre le cancer en Belgique afin d'identifier de premières propositions et recommandations d'actions intégrées pour un deuxième plan cancer.*

*Le lancement d'un nouveau Plan cancer et la décision finale concernant les actions qu'il contiendra dépendront du futur ministre de la Santé publique. Je peux néanmoins vous informer que les propositions élaborées par le Centre du cancer s'inscrivent dans les trois axes du premier Plan cancer – prévention et dépistage, traitements et soutien, recherche – et ont notamment pour objectif d'assurer la poursuite et de renforcer les initiatives mises en place dans le premier Plan cancer, ainsi que de s'inscrire dans la mesure du possible dans une vision à long terme. Actuellement, le Centre du cancer poursuit ses travaux afin d'actualiser ces premières propositions, en portant notamment une attention particulière au thème de la qualité.*

*Afin d'assurer une collaboration permanente entre l'autorité fédérale, les Communautés et les Régions, un groupe de travail intercabinets « cancer » permanent a été mis en place dans le cadre de la conférence interministérielle Santé depuis 2008. En ce qui concerne la préparation d'un deuxième plan cancer, les entités fédérées ont participé activement aux différents groupes de travail mis en place par le Centre du cancer. C'est également un des points discutés dans le cadre du groupe de travail intercabinets cancer de la CIM santé.*

*Pour ce qui est de l'évaluation du Plan cancer, le Centre du cancer travaille actuellement en concertation avec les administrations compétentes à l'identification, sur base des objectifs de chaque mesure, des indicateurs et des données chiffrées à récolter et analyser afin d'évaluer l'impact des mesures. Il s'agit d'un travail de grande envergure. Pour évaluer les mesures mises en place, il faut souvent entre un et deux ans avant d'avoir des données chiffrées, et il est également important d'avoir plusieurs années de recul.*

*Je ne peux à ce stade donc pas encore vous faire part de premières conclusions. Je peux néanmoins vous informer que j'attends un premier rapport pour fin 2011 ou début 2012.*

**Mme Cindy Franssen (CD&V).** – *Ma question ayant été*

aandacht worden geschonken aan de langetermijnvisie, met concrete doelstellingen? Kan de minister hier al informatie over meedelen?

Zullen er ook initiatieven genomen worden in samenwerking met de verschillende betrokken beleidsniveaus met betrekking tot de uitvoering van het Nationaal Kankerplan? Is er overleg met de gemeenschappen en zo ja, welke conclusies zijn daaruit getrokken?

**De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap.** – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

Het Kankercentrum organiseerde van november 2009 tot april 2010 meerdere discussiegroepen om met de actoren van het terrein te overleggen en actievoorstellen voor een tweede Kankerplan uit te werken. In totaal hebben meer dan 300 veldwerkers met zeer uiteenlopende achtergrond hieraan deelgenomen. Op basis van dit overleg en van een analyse van de verschillende nationale en internationale documenten en rapporten werkte het Kankercentrum een langetermijnvisie uit voor het bestrijden van kanker in België om de eerste voorstellen en aanbevelingen voor geïntegreerde acties voor een tweede Kankerplan in kaart te brengen.

De start van een nieuw Kankerplan en de beslissing over de acties die het zal bevatten, worden een opdracht van de volgende minister van Volksgezondheid. Ik kan u wel meedelen dat de nieuwe voorstellen van het Kankercentrum in de lijn liggen van de drie assen van het eerste Kankerplan – preventie en screening, behandelingen en steun, onderzoek – en dat het in de eerste plaats de bedoeling is dat de initiatieven uit het eerste Kankerplan versterkt en voortgezet worden en zoveel mogelijk in een langetermijnvisie passen. Op dit ogenblik zet het Kankercentrum zijn werkzaamheden voort om zijn laatste voorstellen te updaten, waarbij het bijzondere aandacht schenkt aan het thema 'kwaliteit'.

In het kader van de interministeriële conferentie Gezondheid bestaat er sinds 2008 een interkabinettenwerkgroep Kanker die zorgt voor een permanente samenwerking tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten. Bij de voorbereiding van een tweede Kankerplan hebben de gefedereerde entiteiten actief meegewerkt aan de verschillende werkgroepen die het Kankercentrum heeft opgezet. Het vormt ook een van de discussiepunten in het kader van de interkabinettenwerkgroep Kanker van de IMC Volksgezondheid.

Met betrekking tot de evaluatie van het Kankerplan werkt het Kankercentrum op dit ogenblik in overleg met de bevoegde administraties aan het identificeren, op basis van de doelstellingen van elke maatregel, van de indicatoren en cijfergegevens die moeten worden verzameld en geanalyseerd om de impact van de maatregelen te evalueren. Het gaat hier om een reusachtig werk. Om de uitgevoerde maatregelen te evalueren, zijn er dikwijls één tot twee jaar nodig om over de cijfergegevens te beschikken. Het is overigens belangrijk om enkele jaren afstand te nemen.

Ik kan in dit stadium dus nog geen eerste besluiten meedelen, maar ik kan wel zeggen dat ik tegen eind 2011 of begin 2012 een eerste rapport verwacht.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V).** – Mijn vraag dateert al

*posée avant les vacances parlementaires, je comprends que la réponse devra venir du prochain ministre de la Santé publique.*

*L'idée d'un plan général pour les maladies chroniques gagne sans cesse du terrain à l'échelon international. Il y a moins d'un mois, lors d'une conférence organisée à Rio de Janeiro, l'ONU a tenu un vigoureux plaidoyer pour que le problème auquel sont confrontés les patients atteints d'un cancer s'inscrive dans le cadre plus large des maladies chroniques. Les patients atteints d'un cancer sont en effet souvent confrontés aux mêmes problèmes. J'aurais voulu savoir ce qu'en pense la ministre mais je crains, ici aussi, de devoir attendre le prochain ministre de la Santé publique.*

### **Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la consommation de somnifères» (n° 5-1139)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répond.

**Mme Cindy Franssen (CD&V).** – *Nombreux sont les Belges qui souffrent de troubles du sommeil. Selon l'enquête de Santé de 2008, 21% des Belges dorment mal. Par rapport à d'autres pays européens, le groupe le plus vulnérable est chez nous celui des 45-59 ans.*

*Beaucoup de personnes souffrant de troubles du sommeil recourent à des somnifères. Cela concerne une personne sur 10 en Belgique, où la prescription de somnifères et de calmants a atteint 13,5 millions de boîtes en 2010, notre pays étant le champion du monde en ce qui concerne la consommation de ces médicaments.*

*Les risques liés aux benzodiazépines sont moins importants qu'autrefois mais leur consommation n'est certes pas sans danger. Elle peut notamment entraîner une accoutumance, des troubles de la coordination, des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire. Qui plus est, leur consommation augmente le risque d'accidents du travail et de la circulation.*

*Les causes de la consommation croissante de somnifères doivent être recherchées dans l'aggravation du stress et de la pression du travail ainsi que dans le vieillissement de la population.*

*La mentalité qui prédomine chez les patients comme dans la population semble aussi jouer un rôle majeur. L'utilisation largement répandue de ces médicaments et le manque d'information font que beaucoup de personnes se tournent très facilement vers cette solution. Les médecins connaissent mal les traitements alternatifs, ce qui peut expliquer leur comportement en matière de prescription.*

*Ces dernières années, l'État fédéral a pris un certain nombre d'initiatives en vue d'endiguer la consommation de somnifères, faisant appel à la sensibilisation des médecins comme de la population, par le biais notamment de la campagne « Somnifères et calmants, réfléchissez avant de consommer » organisée par le SPF Santé publique, Sécurité*

van voor het zomerreces, ik begrijp dat het antwoord daarop inderdaad van de volgende minister van Volksgezondheid moet komen.

Internationaal wint de visie om een algemeen plan voor chronisch zieken op te maken steeds meer veld. Ook de VN heeft een kleine maand geleden op een conferentie in Rio de Janeiro een sterk pleidooi gehouden om de problematiek waar kankerpatiënten mee te maken hebben, in het ruimere kader van de chronisch zieken te plaatsen. Kankerpatiënten worden immers vaak met dezelfde problemen geconfronteerd. Ik had willen vragen hoe de minister daarover denkt, maar ook daarvoor zal ik op een volgende minister van Volksgezondheid moeten wachten, vrees ik.

### **Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van slaapmiddelen» (nr. 5-1139)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V).** – Een groot aantal Belgen kampt met slaapproblemen. Volgens de gezondheidsenquête van 2008 ervaart 21% van de Belgen een slechte nachtrust. Vergeleken met andere Europese landen is in ons land de leeftijdsgroep tussen 45 en 59 jaar de meest kwetsbare groep.

Veel van de mensen die kampen met slaapproblemen doen een beroep op slaapmiddelen. Ongeveer een op de tien Belgen maakt er gebruik van. In 2010 werden 13,5 miljoen verpakkingen van slaap- en kalmeringsmiddelen voorgeschreven. België behoort daarmee tot de wereldtop wat betreft het gebruik van deze middelen.

De gevaren van benzodiazepines zijn kleiner dan vroeger, maar het gebruik ervan is zeker niet zonder risico's. Het kan leiden tot verslaving, coördinatiestoornissen, concentratieverlies, geheugenstoornissen, enzovoorts. Bovendien verhoogt het gebruik ervan het risico op arbeids- en verkeersongevallen.

De oorzaken van het stijgende gebruik van slaapmiddelen worden gezocht bij de toenemende stress en werkdruk en bij de veroudering van de bevolking.

De heersende mentaliteit bij zowel de patiënten als de bevolking blijkt eveneens een belangrijke factor te zijn. Door het wijdverspreide gebruik en het gebrek aan informatie is de drempel voor het nemen van de geneesmiddelen bij veel mensen erg laag. Bij artsen kan een gebrek aan kennis over alternatieve behandelingen aan de basis liggen van het voorschrijfgedrag.

Vanuit de federale overheid werden de voorbije jaren een aantal initiatieven op poten gezet om het gebruik van slaapmiddelen in te dijken. Er werd ingezet op sensibilisering van zowel de artsen als de bevolking, bijvoorbeeld door middel van de campagne 'Slaap- en kalmeringsmiddelen slik je niet zomaar' van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Voor huisartsen worden



*de la chaîne alimentaire et Environnement. Des formations axées sur les traitements de substitution ont été organisées pour les médecins.*

*Cette campagne a-t-elle atteint les objectifs visés ? La ministre a-t-elle des indications selon lesquelles la campagne a contribué à un changement de mentalité des patients ?*

*D'autres initiatives ont-elles été prises en matière de sensibilisation à la consommation de somnifères ?*

*De nouvelles campagnes sur ce thème sont-elles envisagées dans un proche avenir ?*

*Combien de médecins ont-ils participé aux formations aux traitements alternatifs des troubles du sommeil ? Observe-t-on une évolution dans la prescription de somnifères des médecins ayant suivi ces formations ?*

*À côté de ces actions, la ministre a-t-elle pris d'autres initiatives en vue d'endiguer la consommation et la prescription de somnifères ?*

*Une concertation avec les communautés et les régions a-t-elle lieu à ce sujet ? Dans l'affirmative, en quoi consiste-t-elle ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*La vente de somnifères et de calmants a baissé d'environ 4% entre 2008 et 2010. Il est difficile de dire si cette baisse est entièrement attribuable aux différentes campagnes organisées à ce sujet.*

*Le post-test qui a évalué la campagne 2009-2011 montre des résultats semblables : cette enquête montre que la campagne a contribué à une baisse de la consommation quotidienne tant des somnifères que des calmants et qu'elle a aussi eu un effet inhibiteur sur le nombre de consommateurs occasionnels de calmants.*

*Une suite à la campagne « Somnifères et calmants, réfléchissez avant de consommer » de 2009 est prévue à la fin de cette année. Les préparatifs sont en cours.*

*Environ 3300 médecins traitants et 3800 pharmaciens ont reçu une formation. On utilise des guides sur les médicaments qui sont spécifiquement dédiés aux médecins généralistes et aux pharmaciens. Nous n'avons malheureusement pas de données fiables sur l'évolution du comportement de prescription des médecins qui ont participé aux formations.*

*En ce qui concerne les autres actions, à côté des guides sur les médicaments, des modules de formation électronique et de l'arbre décisionnel, on a expérimenté dans ce même projet des consultations plus longues, d'environ 40 minutes, qui permettent de faire une évaluation de la situation médicale, psychologique et sociale du patient.*

*Le 11 mars 2010, j'ai également lancé une table ronde sur la psychomédication, y compris sur les somnifères, avec des scientifiques et des représentants des syndicats des médecins traitants. À cette occasion, il a été décidé de créer des groupes de travail spécifiques et d'y inviter les spécialistes concernés par la matière.*

opleidingen georganiseerd om hen meer vertrouwd te maken met alternatieve behandelingen.

Heeft de campagne 'Slaap- en kalmeringsmiddelen slik je niet zomaar' de beoogde doelstellingen bereikt? Heeft de minister indicaties dat de campagne heeft bijgedragen tot een reële mentaliteitswijziging bij de patiënt?

Werden er naast de campagne recent nog andere initiatieven genomen op het vlak van sensibilisering over het gebruik van slaapmiddelen?

Zijn er in de nabije toekomst nieuwe campagnes gepland rond dit thema?

Hoeveel artsen namen de voorbije jaren deel aan de opleidingen over alternatieve behandelingen van slaapstoornissen? Is er bij de artsen die aan die opleidingen deelnamen, een evolutie merkbaar in het voorschrijfgedrag met betrekking tot slaapmiddelen?

Heeft de minister naast acties op het vlak van sensibilisering en opleiding nog andere initiatieven genomen om het gebruik en het voorschrijven van slaapmiddelen in te dijken?

Wordt er rond dit thema samengewerkt met de Gemeenschappen en de Gewesten? Zo ja, op welke wijze?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

De verkoop van slaap- en kalmeringsmiddelen is tussen 2008 en 2010 met ongeveer 4% gedaald, maar of dit volledig toe te schrijven is aan bepaalde campagnes valt moeilijk te bepalen.

Uit de resultaten van de posttest die de campagne uit 2009-2010 evalueerde, kwamen wel gelijkwaardige resultaten naar voren. Ze wezen uit dat de campagne heeft bijgedragen tot een daling van het dagelijkse gebruik van zowel slaap- als kalmeringsmiddelen en dat ze ook een remmend effect heeft gehad op het aantal niet-dagelijkse gebruikers van kalmeringsmiddelen.

Een vervolg van de campagne 'Slaap- en kalmeringsmiddelen slik je niet zomaar' van 2009 wordt eind dit jaar gepland. Momenteel worden hiervoor de nodige voorbereidingen getroffen.

Ongeveer 3300 huisartsen en 3800 apothekers volgden een opleiding. Hierbij worden handboeken gebruikt die zich specifiek tot huisartsen en apothekers richten. We hebben helaas geen betrouwbare gegevens over de evolutie van het voorschrijfgedrag van artsen die aan de opleidingen deelnamen.

Bij andere acties gaat het over de handboeken, de elektronische opleidingsmodules en de beslissingsboom binnen ditzelfde project, maar wordt er ook geëxperimenteerd met consultaties van langere duur, van ongeveer 40 minuten, waardoor men een evaluatie van de medische, psychologische en sociale situatie van de patiënt kan maken.

Op 11 maart 2010 lanceerde ik ook een rondetafelconferentie over psychomedicatie, inclusief slaapmiddelen, met wetenschappers en vertegenwoordigers van de huisartsensyndicaten. Daar werd besloten om specifieke werkgroepen op te starten en er de betrokken specialisten op

*Une série de propositions ont été faites qui visent à mieux adapter la consommation de médicaments aux besoins cliniques du patient et à une prise en charge plus optimale de la dépression et de certains troubles psychologiques ou psychiatriques. Les participants ont pu s'exprimer en toute liberté et dans une ambiance particulièrement constructive. Un consensus a pu être atteint et des actions ont été proposées en ce qui concerne la formation des médecins traitants et la diminution de cette médication dans les maisons de repos.*

*Le Conseil supérieur de la Santé a aussi proposé plusieurs points d'action dans son avis sur les calmants et les hypnotiques.*

*Si aucune collaboration avec les communautés et les régions n'est prévue pour l'instant en la matière, celles-ci sont cependant informées systématiquement et dans le détail des initiatives fédérales et des campagnes sur la consommation des calmants et des somnifères et ce, dans le cadre de la cellule de la santé « Drogue » qui réunit les représentants de tous les ministres de la Santé.*

**Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les mesures permettant de prévenir et de combattre le dénuement de personnes souffrant du cancer et de leur famille» (n° 5-1197)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**Mme Cindy Franssen (CD&V).** – *C'est avec le slogan « La pauvreté rend malade mais la maladie rend aussi pauvre » que le Welzijnszorg avait lancé sa campagne annuelle voici quelques années. Bon nombre de patients atteints d'un cancer et leur famille s'aperçoivent que la maladie mène au dénuement.*

*Ces dernières années, le Fonds Cancer de la Ligue flamande contre le cancer a connu une forte croissance des demandes de soutien de la part de personnes confrontées à des problèmes financiers. En un quart de siècle, le nombre de demandes a crû de 147 à 2580 par an et le budget est passé de 25 000 à 500 000 euros. Je dispose seulement des chiffres de la Ligue flamande contre le cancer mais il serait surprenant que cette évolution ne se manifeste qu'en Flandre.*

*Les personnes qui se trouvaient déjà dans une situation financière précaire avant de tomber malades sont encore plus vulnérables. Songeons aux travailleurs âgés assurant l'unique revenu familial ou aux personnes qui vivent d'un revenu de remplacement et qui de surcroît, n'ont pas d'assurance hospitalisation.*

*Les ménages à revenu moyen connaissent aussi souvent des difficultés lorsque le cancer frappe celui qui apporte les revenus. Les emprunts et les remboursements du prêt hypothécaire continuent à courir alors que les revenus chutent.*

uit te nodigen.

Men deed een reeks voorstellen om het geneesmiddelenverbruik meer af te stemmen op de klinische behoeften van de patiënt en op een optimalere opvang van depressies en bepaalde psychologische of psychiatrische stoornissen. De deelnemers hebben die in alle vrijheid en in een bijzonder constructieve geest besproken. Er kon een consensus worden bereikt over acties rond de opleiding van huisartsen en het terugdringen van deze medicatie in de rusthuizen.

Daarnaast stelde de Hoge Gezondheidsraad meerdere actiepunten voor op basis van het advies betreffende kalmerende en hypnotische middelen.

Momenteel is er in dit dossier geen samenwerking gepland met de Gemeenschappen en de Gewesten, maar die worden wel systematisch en grondig geïnformeerd over de federale initiatieven en campagnes over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Dat gebeurt in het kader van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, die de vertegenwoordigers van alle ministers van Gezondheid bijeenbrengt.

**Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «maatregelen om armoede bij kankerpatiënten en hun families te voorkomen en te bestrijden» (nr. 5-1197)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V).** – Met de slogan 'Arm maakt ziek, maar ziek maakt ook arm' zette Welzijnszorg enkele jaren geleden zijn jaarlijkse campagne in. Dat ziekte mensen in armoede duwt, ervaren veel kankerpatiënten en hun families.

De jongste jaren kent het Kankerfonds van de Vlaamse Liga tegen Kanker een sterke groei van steunaanvragen voor mensen met financiële problemen. In een kwarteeuw steeg het aantal aanvragen van 147 naar 2580 per jaar en krom het budget van 25 000 naar 500 000 euro. Ik heb alleen de cijfers van de Vlaamse Liga tegen Kanker, maar het zou me verwonderen dat deze evolutie zich enkel in Vlaanderen zou manifesteren.

Mensen die al in een precaire financiële situatie verkeerden voordat ze ziek werden, zijn daarbij nog kwetsbaarder. Denk aan oudere eenverdieners of mensen die leven van een vervangingsinkomen. Zij hebben bovendien vaak geen hospitalisatieverzekering.

Ook gezinnen met een gemiddeld inkomen raken vaak in moeilijkheden als een van de kostwinners kanker krijgt. Leningen en afbetalingen voor het huis blijven doorlopen, terwijl de inkomsten fors dalen.

De maximumfactuur is een belangrijke maatregel om de medische uitgaven van kankerpatiënten beheersbaar te houden. Kankerpatiënten hebben natuurlijk ook veel

*Le maximum à facturer est une mesure importante permettant de maîtriser les dépenses médicales des patients atteints d'un cancer. Ceux-ci ont bien entendu aussi de nombreux frais médicaux et non médicaux qui ne sont pas couverts par le maximum à facturer ou par une éventuelle assurance hospitalisation, par exemple les médicaments non remboursés, le matériel de soins, les compléments alimentaires médicaux.*

*La Ligue flamande contre le cancer réclame dès lors des solutions structurelles aux problèmes financiers auxquels sont confrontées les personnes atteintes d'un cancer et leurs familles, plaidant notamment pour que soient colmatées les mailles du filet de la sécurité sociale. L'augmentation du nombre de demandes de soutien au Fonds Cancer prouve que nombreux sont ceux qui, pour l'une ou l'autre de raison, passent entre les mailles du filet.*

*Comment la ministre explique-t-elle l'augmentation du nombre de demandes de soutien adressées au Fonds Cancer ?*

*Quels sont les principaux types de dépenses des patients cancéreux ?*

*Quelles mesures spécifiques la ministre a-t-elle déjà prises pour réduire ces dépenses ? Envisage-t-elle de prendre d'autres mesures structurelles ou laissera-t-elle cela au prochain ministre de la Santé publique ?*

*L'intégration prévue du statut Omnio et de l'intervention majorée de sécurité sociale amélioreront-elles la situation des patients atteints d'un cancer ? Dans l'affirmative, de quelle manière ?*

*Que pense la ministre de l'instauration d'un enregistrement systématique des coûts à charge des patients atteints d'un cancer, cet instrument devant permettre de prendre des mesures plus ciblées destinées à maîtriser ces coûts et à réduire le risque de pauvreté ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Plusieurs facteurs expliquent sans doute pourquoi le nombre de demandes d'aide financière de la part de personnes qui souffrent de cancer ont augmenté ces 25 dernières années. Non seulement le nombre de nouveaux cancers ne cesse d'augmenter chaque année, notamment du fait du vieillissement, mais la situation a également fortement évolué depuis les années quatre-vingt grâce, notamment, au dépistage, aux possibilités et à l'efficacité des traitements chirurgicaux ou pharmaceutiques, aux nouvelles technologies, à l'offre d'aide et d'assistance et à l'allongement de la durée de la vie.*

*Les traitements et contrôles sont de plus en plus variés et nombreux et les nouvelles thérapies ou technologies mises en œuvre coûtent extrêmement cher. Je ne dispose pas d'information quant aux types de dépenses pour lesquelles on sollicite une intervention auprès du « Fonds Cancer » de la Ligue flamande contre le cancer.*

*L'amélioration de la prise en charge et de l'accessibilité aux soins est une des priorités du Plan cancer.*

*De nombreux efforts ont déjà été réalisés en vue de diminuer les coûts à charge des patients atteints d'un cancer. Je pense*

medische en niet-medische kosten die niet door de maximumfactuur of een eventuele hospitalisatieverzekering worden gedekt, bijvoorbeeld voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal, medische bijvoeding ...

De Vlaamse Liga tegen Kanker vraagt dan ook structurele oplossingen voor de financiële problemen waar kankerpatiënten en hun families mee kampen en pleit er onder meer voor om de mazen in het socialezekerheidsnet te dichtten. Het stijgende aantal steunaanvragen bij het Kankerfonds bewijst dat heel wat mensen om een of andere reden door de mazen van het net vallen.

Hoe verklaart de minister het stijgende aantal steunaanvragen bij het Kankerfonds?

Welke zijn de belangrijkste categorieën van uitgaven bij kankerpatiënten?

Welke specifieke maatregelen heeft de minister al genomen om deze uitgaven terug te dringen? Plant de minister nog bijkomende structurele maatregelen of wordt dat iets voor een volgende minister van Volksgezondheid?

Zal de geplande integratie van het Omniostatuut en de verhoogde verzekeringstegemoetkoming een verbetering inhouden van de situatie van kankerpatiënten? Zo ja, op welke manier?

Hoe staat de minister tegenover de invoering van een systematische registratie van de kosten van kankerpatiënten, als instrument om meer gericht maatregelen te nemen om de uitgaven gerelateerd aan hun ziekte beheersbaar te houden en het risico op armoede te verkleinen?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

Er zijn wellicht veel factoren die verklaren waarom het aantal vragen om financiële bijstand van mensen die aan kanker lijden de voorbije 25 jaar is gestegen. Niet alleen blijft het aantal nieuwe kankers elk jaar stijgen, met name door de vergrijzing, ook is de toestand sinds de jaren tachtig erg veranderd door de screening, de mogelijkheden en de werkzaamheid van chirurgische of farmaceutische behandelingen, nieuwe technologieën, het aanbod van hulp en bijstand, de langere levensduur ...

De behandelingen en controles worden meer en meer gevarieerd en talrijk, en de nieuwe therapieën of ontwikkelde technologieën zijn ook zeer duur. Ik heb geen enkele informatie over de soorten uitgaven waarvoor men bij het 'Kankerfonds' van de Vlaamse Liga tegen Kanker om een tegemoetkoming vraagt.

Een betere tenlasteneming en toegankelijkheid tot de zorg is een van de prioriteiten van het Kankerplan.

Er zijn al heel wat inspanningen gedaan om de kosten voor de kankerpatiënt te verminderen. Ik denk in het bijzonder aan de volgende maatregelen:

*en particulier aux mesures suivantes :*

- *le remboursement, depuis 2008, de plus de 70 nouvelles indications pour des médicaments contre le cancer. Ces médicaments et leurs indications concernent plusieurs types de cancers, notamment différents types de tumeurs cancéreuses, de cancer du poumon, de cancer colorectal, de cancer du sein, etc. ;*
- *un meilleur remboursement de certains frais supplémentaires liés aux traitements anticancéreux : reconstructions et prothèses mammaires, perruques ou implants chez des patients ayant subi une ablation du larynx ;*
- *le remboursement d'une consultation de longue durée pour l'explication, par un médecin spécialiste et/ou le médecin généraliste, du diagnostic et du plan de traitement pour les nouveaux cas de cancer.*

*Les efforts en vue d'améliorer la prise en charge des coûts liés au cancer sont poursuivis. Je pense notamment :*

- *aux travaux actuels visant à prévoir un système de remboursement anticipé accéléré de certains médicaments ;*
- *à une proposition à l'examen visant à rembourser des tests diagnostiques supplémentaires invasifs pour le cancer du sein ou des biopsies du sein sans quote part personnelle du patient.*

*Différentes initiatives ont également été prises dans le cadre du programme « Priorité aux malades chroniques » afin d'améliorer l'accessibilité aux soins :*

- *diminution des plafonds du maximum à facturer afin de mieux tenir compte du caractère chronique des frais (MAF4 malades chroniques). Cette mesure consiste en une diminution de 100 euros du plafond des tickets modérateurs (intervention personnelle) pour les ménages dont au moins un membre est un malade chronique. Dans ce contexte, le « malade chronique » est celui qui a, durant les deux années précédant immédiatement l'année pour laquelle le droit au maximum à facturer est examiné, supporté chaque fois 450 euros de tickets modérateurs ;*
- *la prise en compte de nouvelles dépenses dans le maximum à facturer ;*
- *la limitation du ticket modérateur pour les consultations chez un médecin spécialiste ;*
- *l'interdiction des suppléments de chambre dans les chambres à deux lits ;*
- *l'enregistrement de certains médicaments D.*

*Pour une vue détaillée, je renvoie aux différents rapports sur l'état des lieux du Plan cancer et du programme maladies chroniques de mars 2011.*

*La période d'affaires courantes dans laquelle nous nous trouvons ne me permet pas de prendre de nouvelles mesures structurelles.*

*Le statut Omnio et l'intervention majorée ont pour but d'abaisser le seuil financier d'accès aux soins de santé grâce à une diminution du ticket modérateur que les patients doivent payer. Ces mesures s'adressent de manière générale*

- de terugbetaling sinds 2008 van meer dan 70 nieuwe indicaties voor geneesmiddelen tegen kanker. Deze geneesmiddelen en hun indicaties betreffen verschillende soorten kanker, zoals verschillende soorten kankergezwellen, longkanker, colorectale kanker, borstkanker, enzovoorts;
- sommige bijkomende kosten voor de kankerbehandelingen worden beter terugbetaald: borstreconstructies en -prothesen, pruiken of implantaten voor patiënten bij wie het strottenhoofd is weggenomen;
- de terugbetaling van een consultatie van lange duur voor de uitleg door een geneesheer-specialist en/of de huisarts van de diagnose en het behandelingsplan voor de nieuwe gevallen van kanker.

De inspanningen om de tenlasteneming van de met kanker verbonden kosten te verbeteren, worden voortgezet. Ik denk bijvoorbeeld aan:

- de huidige werkzaamheden om in een systeem van vroegtijdige versnelde terugbetaling van sommige geneesmiddelen te voorzien;
- een lopend voorstel tot terugbetaling van bijkomende invasieve diagnostische testen voor borstkanker of borstbiopsies, zonder persoonlijk aandeel voor de patiënt.

In het kader van het programma 'voorrang aan de chronische zieken' werden ook verschillende initiatieven genomen om de zorgtoegankelijkheid te verbeteren:

- de vermindering van de bovengrens van het aan te rekenen maximumremgeld om meer rekening te houden met het chronische karakter van de kosten (MAF4 chronische ziekten). Deze maatregel voorziet in een vermindering met 100 euro van het grensbedrag voor de remgelden, het persoonlijke aandeel, voor gezinnen waarvan minstens één lid chronisch ziek is. Chronisch ziek is in deze context hij/zij die, in de twee jaren voor het jaar waarvoor de maximumfactuur werd onderzocht, telkens 450 euro remgeld heeft betaald. In 2009 werden in dat kader 251 808 gezinnen terugbetaald.
- de uitbreiding van de maximumfactuur met nieuwe uitgaven;
- de beperking van het remgeld voor consultaties bij een geneesheer-specialist;
- het verbod op kamertoelagen in kamers met twee bedden;
- de registratie van sommige D-geneesmiddelen.

Voor een gedetailleerd overzicht verwijs ik naar de respectieve rapporten over de stand van zaken van het Kankerprogramma en van het programma chronische ziekten van maart 2011.

Door de periode van lopende zaken kan ik geen nieuwe structurele maatregelen nemen.

Het Omniostatuut en de verhoogde verzekeringstegemoetkoming hebben tot doel de financiële drempel tot gezondheidszorgen te verlagen door een verlaging van het remgeld dat de patiënten moeten betalen. Deze maatregelen richten zich in het algemeen tot gezinnen met bescheiden inkomsten op het ogenblik dat ze nood hebben aan

*aux ménages à revenus modestes dès qu'ils ont besoin de soins de santé. L'intégration prévue a notamment pour objectif d'atteindre au mieux les groupes visés et de leur octroyer plus rapidement un droit grâce à une simplification administrative substantielle. Cela signifiera donc également une amélioration pour les patients atteints d'un cancer entrant en ligne de compte qui sont confrontés à d'importantes dépenses de soins de santé.*

*L'enregistrement systématique de tous les coûts à charge des patients atteints d'un cancer nécessite une analyse approfondie préalable tant au niveau de la faisabilité pratique que du respect de la législation relative à la protection de la vie privée.*

*Nous pouvons, via les données de facturation de l'Agence intermutualiste, identifier les coûts directs par patient du traitement médical du cancer. Il n'est en revanche pas évident d'identifier les coûts sociaux indirects entraînés par une incapacité de travail (éventuellement provisoire) ou des problèmes sociaux ou familiaux rencontrés à la suite d'un cancer. En outre, ces données ne sont pas disponibles. Il en va de même pour les coûts indirects que le patient et sa famille supportent, par exemple, pour des gardes supplémentaires, des techniques alternatives qui ne relèvent pas de la législation actuelle ou un soutien supplémentaire. Les statistiques claires qui permettraient la prise en compte systématique des coûts réels directs et indirects pour le patient ne sont pas disponibles.*

**Demande d'explications de Mme Cindy Franssen au secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées sur «les personnes handicapées de moins de 65 ans» (n° 5-1354)**

*Mme Cindy Franssen (CD&V). – Fin août, la presse a publié des chiffres montrant que la Wallonie comptait, en 2010, 50 pour cent de personnes handicapées en plus que la Flandre dans la catégorie d'âge allant de 21 à 65 ans. Ces chiffres donnaient à penser que l'on abuse des allocations en Wallonie.*

*À l'analyse, les pourcentages de l'article concernent les proportions de l'ensemble des ayants droit à une allocation de remplacement de revenus – ARR – ou à une allocation d'intégration – AI – âgés de moins et de plus de 65 ans par rapport à la tranche d'âge située entre 21 et 65 ans. Comparer l'ensemble du groupe des ayants droit à l'ARR-AI à un groupe plus limité ne me semble pas tout à fait correct statistiquement. Selon moi, les pourcentages sont bien moins élevés.*

*Pour éviter tout confusion, je souhaiterais obtenir des éclaircissements sur quelques points de la part du secrétaire d'État.*

*Les chiffres et pourcentages publiés dans l'article sont-ils corrects ?*

*Les chiffres utilisés en ce qui concerne l'ARR et l'AI représentent-ils uniquement le nombre de personnes*

*geneeskundige verzorging. Met de geplande integratie willen we, onder meer via een sterke administratieve vereenvoudiging, de beoogde doelgroepen zo goed mogelijk bereiken en hen vlugger een recht toekennen. Dat zal dus ook een verbetering betekenen voor de in aanmerking komende kankerpatiënten, die geconfronteerd worden met grote uitgaven voor geneeskundige verzorging.*

*De systematische registratie van alle kosten ten laste van de kankerpatiënt vereist een voorafgaande grondige analyse, zowel op het vlak van de praktische haalbaarheid als op dat van het respect voor de wetgeving op de privacy.*

*Via de facturatiegegevens van het Intermutualistisch Agentschap kunnen we de directe kosten van de medische kankerzorg per patiënt identificeren. Het in kaart brengen van de bredere indirecte maatschappelijke kosten ten gevolge van de eventueel tijdelijke arbeidsongeschiktheid of de familiale en sociale problemen ten gevolge van kanker daarentegen, ligt niet voor de hand. Daarover zijn geen gegevens beschikbaar. Hetzelfde geldt voor de indirecte uitgaven die de patiënt en zijn gezin doen voor bijvoorbeeld extra opvang, alternatieve technieken die niet binnen de huidige regelgeving vallen of bijkomende ondersteuning. Er is geen eenduidig en duidelijk cijfermateriaal ter beschikking waarmee we de reële directe en indirecte kosten voor de patiënt systematisch in kaart kunnen brengen.*

**Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap over «de personen tot 65 jaar met een handicap» (nr. 5-1354)**

*Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Eind augustus maakte de pers cijfers bekend waaruit blijkt dat er in Wallonië in 2010 in de leeftijdscategorie van 21 tot 65 jaar 50% meer personen met een handicap waren dan in Vlaanderen. Die cijfers wekten alleszins de indruk dat er in Wallonië misbruik van de uitkeringen werd gemaakt.*

*Bij nader toezien hebben de percentages van het artikel betrekking op de verhoudingen van het totaal aantal rechthebbenden op een inkomensvervangende tegemoetkoming, de IVT, of een integratietegemoetkoming, de IT, van jonger en ouder dan 65 jaar ten opzichte van de bevolkingsgroep tussen 21 en 65 jaar. De hele groep van de IVT-IT-rechthebbenden afzetten tegenover een beperkter bevolkingsgroep lijkt me in ieder geval statistisch niet helemaal correct. Volgens mij liggen de percentages een heel stuk lager.*

*Om de verwarring uit de wereld te helpen, kreeg ik van de staatssecretaris graag een verduidelijking over volgende punten.*

*Zijn de cijfers en percentages die in het artikel worden gegeven, correct?*

*Vertegenwoordigen de gebruikte cijfers met betrekking tot de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) en de*

*handicapées de moins de 65 ans ?*

*Si ces chiffres étaient incorrects, peut-il me communiquer les chiffres et pourcentages corrects relatifs aux personnes de moins de 65 ans qui reçoivent une ARR ou une AI ?*

*S'il devait y avoir des différences considérables entre les différentes régions, peut-il me donner une explication à ce sujet ?*

**M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées.** – *Je déplore fortement la polémique qui a vu le jour l'été dernier à ce sujet. Tout d'abord en raison de la confusion – voulue ou non, ce que je laisse à l'appréciation de chacun – qu'il y avait non seulement au niveau des chiffres, mais également au niveau de la terminologie utilisée, ce qui ne fait que compliquer la discussion. En effet, handicap et invalidité sont deux choses différentes, de même que sécurité sociale et aide sociale.*

*En outre, j'attire l'attention sur le fait que les allocations pour personnes handicapées ne sont pas octroyées « aussi facilement ». C'est le résultat d'une procédure légale qui comprend un examen médical, une enquête sociale et une enquête sur les revenus.*

*Enfin, je regrette que le débat sur les personnes handicapées suive cette voie. Le secteur fait face quotidiennement à de sérieux défis tels que le respect de leurs droits fondamentaux, le droit d'exercer un emploi et de pouvoir se déplacer librement, bref, le droit d'être considéré comme un citoyen à part entière, comme tous les autres citoyens.*

*Je souhaiterais donc que l'on parle d'une façon constructive des personnes handicapées, tant au nord qu'au sud du pays, et que l'on recherche une solution aux problèmes auxquels, eux-mêmes et leurs proches, sont confrontés quotidiennement.*

*Si l'on prend en compte toutes les personnes handicapées ayant droit à une allocation – que ce soit l'allocation de remplacement de revenus, l'allocation d'intégration ou l'allocation d'aide aux personnes âgées – on peut en conclure que le pourcentage de personnes qui ont droit à une allocation pour personnes handicapées est sensiblement le même dans les différentes régions.*

*Les chiffres parus dans l'article évoqué par Mme Franssen concernent effectivement les personnes ayant droit à une allocation de remplacement de revenus et/ou à une allocation d'intégration à l'intérieur du régime des personnes non âgées fin 2010 et les personnes de plus de 65 ans qui ont droit à une ARR/AI.*

*Je dispose d'un tableau reprenant les chiffres relatifs au nombre d'ayants droit à une ARR/AI dans la catégorie d'âge de 21 à 65 ans et à l'ensemble des personnes de 21 à 65 ans fin 2010 pour les Régions bruxelloise, flamande et wallonne. Les pourcentages varient fortement de ceux publiés dans l'article.*

*Je pense que les différences entre le nord et le sud du pays, mais également entre les provinces flamandes et wallonnes, sont le reflet des différences socioéconomiques et démographiques.*

*Comme l'ont également reconnu les représentants du secteur*

*integratietegemoetkoming (IT) alleen het aantal personen met een handicap onder 65 jaar?*

*Indien de cijfers niet correct zouden zijn, kan hij me dan de correcte cijfers en percentages bezorgen van de personen onder 65 jaar die een IVT of IT ontvangen?*

*Mochten er aanzienlijke verschillen zijn tussen de verschillende gewesten, kan hij me daarvoor dan een verklaring geven?*

**De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap.** – *Ik betreur ten zeerste de polemiek die zich de voorbije zomer rond deze kwestie heeft ontwikkeld. In de eerste plaats omdat er – al dan niet gewild, wat ik aan ieders appreciatie overlaat – niet alleen verwarring was over de cijfers, maar ook over de gebruikte terminologie, wat de discussie alleen maar bemoeilijkt. Inderdaad, handicap is niet hetzelfde als invaliditeit, sociale zekerheid is niet hetzelfde als sociale bijstand.*

*Voorts wijs ik erop dat de toekenning van een uitkering voor personen met een handicap niet 'zomaar' gebeurt. Dat is het resultaat van een wettelijke procedure, die een medisch, een maatschappelijk en een inkomensonderzoek omvat.*

*Ik betreur ten slotte dat het debat over mensen met een handicap deze weg opgaat. De sector zet zich elke dag in voor ernstige uitdagingen als het respecteren van hun fundamentele rechten, het recht om een job uit te oefenen, het recht zich vrij te kunnen verplaatsen, kortom voor het recht om beschouwd te worden als een volwaardige burger, net als alle andere burgers.*

*Ik zou daarom graag willen dat we elke dag even luid en op een constructieve manier over de mensen met een handicap praten en dat men werkt aan een oplossing voor de problemen waarmee zij en hun naasten elke dag te maken hebben, zowel in het noorden als in het zuiden van het land.*

*Als men alle personen met een handicap die recht hebben op een uitkering in aanmerking neemt, dus zowel de inkomensvervangende tegemoetkoming als de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, kan men veeleer besluiten dat het percentage van mensen die recht hebben op een uitkering voor personen met een handicap in de verschillende regio's ongeveer even hoog ligt.*

*De cijfers van het artikel waarover mevrouw Franssen spreekt, hebben inderdaad betrekking op de mensen die recht hebben op een inkomensvervangende en/of integratietegemoetkoming in het stelsel van de niet-bejaarden eind 2010, plus de mensen van meer dan 65 jaar die recht hebben op een IVT/IT.*

*Ik heb hier een tabel met cijfers over de aantallen rechthebbenden IVT/IT van 21 tot 65 jaar en de hele bevolkingsgroep van 21 tot 65 jaar eind 2010 in het Brussels, het Vlaams en het Waals Gewest. De percentages verschillen sterk van degene die in de pers zijn verschenen.*

*Ik denk dat de verschillen tussen het noorden en het zuiden van het land, maar ook tussen de provincies in Vlaanderen en Wallonië onderling gewoon een weerspiegeling zijn van de sociaaleconomische en demografische verschillen.*

*Zoals ook vertegenwoordigers van de sector zelf enkele*

*lui-même il y a quelques mois, au moment où la polémique sur les chiffres relatifs aux personnes handicapées a vu le jour, le problème est complexe. Les chiffres cachent différentes situations sociales qui ne peuvent se résumer à quelques conclusions simplistes.*

*C'est précisément pour une meilleure compréhension de ce problème que le SPF Sécurité sociale a démarré, en collaboration avec le SPP Politique scientifique, une étude intitulée HandiLab en vue d'analyser d'une manière objective les données socioéconomiques relatives aux personnes handicapées et l'efficacité des allocations qui leur sont octroyées. Cette étude est toujours en cours. Ce n'est que lorsque celle-ci sera terminée que nous pourrons commenter les différences constatées en toute connaissance de cause.*

**Mme Cindy Franssen (CD&V).** – *Je remercie le secrétaire d'État pour sa réponse détaillée. J'étais aussi perplexe que lui quant à la polémique qui a vu le jour l'été dernier dans les médias.*

**Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'adhésion de la Belgique aux objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA à l'horizon 2015» (n° 5-1267)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – En juin dernier, l'Assemblée générale des Nations unies a tenu une réunion de haut niveau sur le sida. Cette réunion était importante à plus d'un titre.

D'abord, elle a marqué le temps. En effet, il s'est écoulé trois décennies depuis le premier cas de sida signalé en 1981, dix ans depuis l'adoption, en 2001, de la Déclaration d'engagement sur le sida et de ses buts assortis d'échéances, et cinq ans depuis l'adoption, en 2006, de la Déclaration politique sur le sida et l'engagement qui y était pris de renforcer d'urgence les efforts visant à atteindre, en 2010, l'objectif de l'accès universel à des programmes complets de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

Ensuite, elle a permis d'examiner les progrès accomplis et d'adopter une nouvelle déclaration politique intitulée « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », avec de nouveaux engagements et des objectifs ambitieux qui donneront un nouvel élan à la riposte au sida.

Enfin, elle a dressé un bilan dont je retiendrai trois données chiffrées : 34 millions – c'est le nombre de personnes vivant aujourd'hui avec le sida –, 30 millions – c'est le nombre de personnes décédées de causes liées au sida – et 7 000, soit le nombre de nouvelles infections chaque jour. Si le taux d'incidence du VIH a diminué au niveau mondial, le nombre total de nouvelles infections reste élevé – 7 000 environ par jour – soit quelque 2,5 millions de nouvelles infections par an. Cette réduction mondiale du taux d'incidence du VIH masque également des variations sensibles entre les différentes

maanden geleden reageerden, toen de polemiek over de cijfers over personen met een handicap ontstond, is de problematiek complex. Achter de cijfers gaan verschillende maatschappelijke situaties schuil die niet in een paar snedige quotes en simplistische conclusies te vatten zijn.

Precies om een beter inzicht te krijgen in deze problematiek heeft de FOD Sociale Zekerheid, in samenwerking met de POD Wetenschapsbeleid, een onderzoek gestart, HandiLab genaamd, om de sociaaleconomische gegevens inzake personen met een handicap en de effectiviteit van de uitkeringen aan personen met een handicap op een objectieve manier in kaart te brengen. Deze studie is nog aan de gang. Pas als die afgewerkt is, kunnen we met kennis van zaken op de vastgestelde verschillen ingaan.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V).** – Ik dank de staatssecretaris voor zijn uitgebreid antwoord. Ik was even verbouwereerd als hij over de polemiek van de voorbije zomer in de media.

**Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de instemming van België met de doelstellingen van de 'UNAIDS Strategy' tot 2015» (nr. 5-1267)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *In juni heeft de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties een vergadering op hoog niveau gehouden over aids. Die vergadering was in meer dan één opzicht belangrijk.*

*In de eerste plaats was ze een mijlpaal. Er zijn immers drie decennia verlopen sedert het eerste geval van aids gemeld werd in 1981. Tien jaar geleden, in 2001 werd de verbintenisverklaring inzake hiv/aids met haar doelstellingen en de daaraan gekoppelde termijnen aangenomen. Vijf jaar geleden, in 2006, werd de Politieke Verklaring inzake aids aangenomen en werd de verbintenis aangegaan om de inspanningen te versterken teneinde tegen 2010 de doelstelling te bereiken inzake de universele toegang tot de volledige programma's inzake preventie, behandeling, zorg en ondersteuning.*

*Ze heeft het ook mogelijk gemaakt de vooruitgang te bestuderen en een nieuwe politieke verklaring aan te nemen met als titel: 'Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS' met nieuwe engagementen en ambitieuze doelstellingen om een nieuw elan te geven aan de strijd tegen aids.*

*Ten slotte heeft ze een balans opgemaakt, waaruit ik drie cijfergegevens onthoud: 34 miljoen: het aantal personen dat vandaag leeft met aids; 30 miljoen: het aantal personen dat gestorven is ingevolge aan aids gerelateerde oorzaken; en 7 000, het aantal nieuwe besmettingen per dag. De besmettingsgraad van aids mag dan op wereldvlak gedaald zijn, maar het totale aantal nieuwe besmettingen blijft hoog, namelijk ongeveer 7 000 per dag of ongeveer 2,5 miljoen*

régions du monde.

La nouvelle stratégie de l'ONUSIDA 2011–2015, qui a servi de référence pour la préparation de la réunion de haut niveau, a été adoptée par le Conseil de coordination du Programme en décembre 2010.

Cette stratégie a pour ambition de transformer fondamentalement la riposte mondiale au sida et permet de positionner cette démarche dans le nouvel environnement international. Ce combat est un investissement à long terme. La stratégie entend ainsi révolutionner la prévention du VIH, accélérer la prochaine phase des traitements, des soins et du soutien, et promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes.

Lors de son intervention, notre premier ministre, Yves Leterme, a marqué l'adhésion sans réserve de la Belgique aux recommandations et aux objectifs de la nouvelle stratégie d'ONUSIDA et au rapport du Secrétaire général des Nations unies intitulé « Ensemble pour l'accès universel : objectif zéro nouveau cas d'infection au VIH – zéro discrimination – zéro décès dû au sida ».

Pour mémoire, l'ONUSIDA, programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, fut dirigé par un de nos compatriotes, le Docteur Peter Piot, depuis sa création en 1996 jusqu'à fin 2008. Le Docteur Piot fut, par ailleurs, Secrétaire général adjoint des Nations unies durant la même période.

La raison d'être de ce programme est un constat : on ne peut combattre efficacement le sida seulement en s'attaquant à l'aspect médical. De par le mode d'expansion de la pandémie, le VIH et le sida affectent tous les aspects de la société humaine.

J'en viens à la communauté des brevets pour les médicaments.

Une certitude s'impose : l'accès au traitement va transformer la riposte au sida dans les dix prochaines années. À cette fin, il est primordial d'investir pour, d'une part, découvrir de nouvelles thérapies – le traitement antirétroviral recèle, plus que jamais, le potentiel pour changer la donne – et, d'autre part, pour accélérer l'accès au traitement du VIH ; les traitements contre le sida coûtent cher. À l'heure actuelle, le prix minimum du traitement dans les pays en voie de développement est de 300 dollars par an et par patient, contre environ 5 000 dollars en Europe. Mais les médicaments *low cost* sont des génériques. S'ils ne sont pas chers, c'est parce qu'ils sont fabriqués à partir de molécules dont le brevet est tombé dans le domaine public. Cela signifie qu'elles ont été découvertes depuis plus de dix ou vingt ans. Depuis, la recherche n'a cessé d'avancer. Cette situation a été dénoncée par la présidente de Médecins sans Frontières, Marie-Pierre Allié, qui a déclaré : « C'est là où il y a le plus de patients qu'on utilise les plus mauvais médicaments ». C'est donc de génériques de qualité et d'une accélération de leur mise à disposition dont nous avons besoin pour rencontrer cette certitude.

Développé pendant quatre ans par UNITAID, le concept de communauté de brevets pour les médicaments s'est concrétisé en une réalité tangible et en une entité juridique distincte de UNITAID, fin 2010.

*nieuwe besmettingen per jaar. Die daling van de besmettingsgraad op wereldvlak verbergt ook de aanzienlijke verschillen tussen de verschillende regio's in de wereld.*

*De nieuwe strategie van UNAIDS 2011-2015, die als uitgangspunt gediend heeft voor de voorbereiding van de vergadering op hoog niveau, werd door de Coördinatieraad van het Programma aangenomen in december 2010.*

*Die strategie heeft de ambitie om de wereldwijde strijd tegen aids fundamenteel te hervormen en maakt het mogelijk deze demarche in een nieuwe internationale omgeving te doen. Die strijd is een investering op lange termijn. De strategie wil tevens de preventie van hiv radicaal veranderen, de volgende fase van de behandelingen, de zorg en de ondersteuning bespoedigen, en de rechten van de mens en de gendergelijkheid bevorderen.*

*In zijn uiteenzetting heeft onze eerste minister, Yves Leterme, de onvoorwaardelijke instemming van België betuigd met de aanbevelingen en de doelstellingen van de nieuwe strategie van UNAIDS, alsook met het rapport van de secretaris-generaal van de Verenigde Naties dat de titel draagt: 'Uniting for universal access: towards zero new HIV infections, zero discrimination and zero AIDS-related deaths'.*

*Ter herinnering: het gemeenschappelijk UNAIDS-programma werd, sedert de oprichting ervan in 1996, tot eind 2008 geleid door onze landgenoot dokter Peter Piot. Dokter Piot was in dezelfde periode overigens adjunct -secretaris-generaal van de Verenigde Naties.*

*De bestaansreden van dit programma is een vaststelling: men kan aids niet efficiënt bestrijden door alleen het medisch aspect aan te pakken. Door de wijze van verspreiding van de pandemie raken hiv en aids alle aspecten van de menselijke samenleving.*

*Ik kom nu tot de patentgemeenschap voor geneesmiddelen.*

*Het is een feit dat de toegang tot de behandeling de strijd tegen aids de komende tien jaar zal veranderen. Daarvoor moet absoluut worden geïnvesteerd om, enerzijds, nieuwe therapieën te ontdekken – de antiretrovirale behandeling lijkt meer dan ooit in staat de situatie te veranderen – en, anderzijds, de toegang tot de behandeling van hiv te bespoedigen. De aidsbehandelingen zijn zeer duur. Thans bedraagt de minimumprijs van de behandeling in de ontwikkelingslanden 300 dollar per jaar en per patiënt, tegen ongeveer 5 000 dollar in Europa. De low cost-geneesmiddelen zijn echter generieke geneesmiddelen. Ze zijn niet duur omdat ze worden gemaakt op basis van moleculen waarvoor het octrooi verstreken is. Dat betekent dat ze meer dan tien of twintig jaar geleden ontdekt werden. Sedertdien is het onderzoek er steeds maar op vooruitgegaan. Die situatie werd aan de kaak gesteld door de voorzitter van Artsen zonder Grenzen, Marie-Pierre Allié, die gesteld heeft dat de slechtste geneesmiddelen worden gebruikt daar waar er het meest patiënten zijn. Generieke geneesmiddelen van goede kwaliteit en een snellere beschikbaarheid ervan zijn dus absoluut nodig.*

*Het begrip patentgemeenschap voor geneesmiddelen, waaraan UNITAID vier jaar heeft gewerkt, is eind 2010 uitgemond in een tastbare werkelijkheid en een juridische entiteit die losstaat van UNITAID.*



L'objectif de la communauté de brevets est « d'améliorer la santé en apportant aux patients, dans les pays à faibles et moyens revenus, un meilleur accès à des produits médicaux de qualité, sûrs et efficaces, plus appropriés et plus abordables, par le biais d'un mécanisme volontaire de communauté de brevets, initialement dans le domaine des produits pharmaceutiques rétroviraux, des produits pédiatriques rétroviraux ainsi que des nouvelles combinaisons à dose fixe ». Il s'agit donc de faciliter la production de médicaments moins chers pour les pays en développement, en autorisant les producteurs de génériques à produire des copies de médicaments brevetés.

Le directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, a salué cette nouvelle car « le partage de l'innovation et des brevets permettra de faire baisser le prix des médicaments et d'apporter un traitement antirétroviral à des millions de personnes supplémentaires. » « Il est totalement inadmissible, d'un point de vue moral, que neuf millions de personnes attendent un traitement et que 5 000 personnes meurent chaque jour de maladies associées au sida », a ajouté M. Sidibé.

La balle est désormais dans le camp des compagnies pharmaceutiques qui détiennent des brevets sur des produits de traitement du VIH essentiels pour traiter les personnes vivant avec ce virus, dans les pays en développement. Si les compagnies souhaitent réellement élargir la mise à disposition de nouveaux médicaments, elles doivent donner accès à leurs brevets qui empêchent la production de génériques. Cela aura immédiatement un réel impact sur la vie des patients.

Des négociations sont actuellement en cours avec plusieurs entreprises pharmaceutiques. En cas d'échec, deux malades sur trois dans le monde n'auront toujours pas accès aux antirétroviraux, et les malades des pays pauvres qui seront traités continueront à avaler des médicaments dont la formule date de plus de vingt ans.

Un autre enjeu concerne la gestion des brevets au service de la santé publique globale.

Les licences axées sur la santé publique et concédées pour des produits en cours de développement clinique sont rares. Il s'agit d'une avancée majeure dans un domaine où de nombreux médicaments, dont la valeur est potentiellement inestimable, se trouvent encore au stade de la recherche clinique. Cette licence permettra à des versions génériques de ces nouveaux produits d'être lancées sur le marché peu de temps après leur mise à disposition dans les pays riches.

Sans aucun doute, nous franchissons aujourd'hui un pas décisif vers une gestion des brevets au service de la santé publique globale.

En conclusion, je reprendrai les propos de M. Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA : « La réunion de haut niveau constituera une étape majeure dans l'histoire de la riposte au sida. Il n'y a qu'en travaillant ensemble pour fixer l'avenir de notre action que nous pourrons l'accélérer et obtenir des résultats plus importants au profit des personnes. » Cette déclaration reste plus que jamais d'actualité car si la pandémie de VIH semble se stabiliser, notion toute relative pour certaines régions du monde, elle reste toutefois à un niveau inacceptable.

*De doelstelling van de patentgemeenschap bestaat erin de gezondheid te verbeteren door de patiënten in de landen met lage of gemiddelde inkomens een betere toegang te geven tot geneesmiddelen van goede kwaliteit, die veilig en efficiënt, beter geschikt en beter betaalbaar zijn, via een vrijwillig mechanisme van patentgemeenschap, aanvankelijk op het gebied van retrovirale farmaceutische producten, retrovirale pediatrie producten alsook vaste dosis-combinaties. De bedoeling bestaat er dus in de productie van goedkopere geneesmiddelen te vergemakkelijken voor de ontwikkelingslanden door de producenten van generieke middelen toe te laten kopieën van gepatenteerde geneesmiddelen te maken.*

*De uitvoerend directeur van UNAIDS, Michel Sidibé, was verheugd over dit nieuws, omdat het delen van de vernieuwing en de patenten het mogelijk zal maken de prijs voor geneesmiddelen te laten dalen en een antiretrovirale behandeling te geven aan nog eens duizenden personen. Hij voegde eraan toe dat het moreel onaanvaardbaar is dat negen miljoen personen op een behandeling wachten en dat dagelijks 5 000 personen sterven ingevolge aan aids gerelateerde ziekten.*

*De bal ligt nu in het kamp van de farmaceutische bedrijven die patenten hebben op de producten voor de behandeling van hiv, die van essentieel belang zijn voor de behandeling van de personen in de ontwikkelingslanden die met dit virus besmet zijn. Als die bedrijven echt de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen willen uitbreiden, moeten ze toegang geven tot hun patenten die de productie van generieke middelen beletten. Dat zal onmiddellijk een reële invloed hebben op het leven van de patiënten.*

*Er worden nu onderhandelingen gevoerd met verschillende farmaceutische bedrijven. Als die mislukken, zullen wereldwijd twee zieken op drie nog steeds geen toegang hebben tot antiretrovirale middelen en zullen de zieken die in de arme landen worden behandeld, nog steeds geneesmiddelen slikken waarvan de formule meer dan twintig jaar oud is.*

*Een ander aspect is het beheer van de patenten ten dienste van de totale volksgezondheid.*

*Licenties die gericht zijn op de volksgezondheid en verleend worden voor producten die klinisch worden onderzocht, zijn zeldzaam. Ze vormen een belangrijke vooruitgang in een gebied waar talrijke geneesmiddelen, die mogelijk van onschatbare waarde zijn, zich nog in het stadium van het klinisch onderzoek bevinden. Die licentie zal het mogelijk maken dat generieke versies van die nieuwe producten op de markt worden gebracht korte tijd nadat ze beschikbaar worden gesteld in de rijke landen.*

*Tot besluit herhaal ik de woorden van de heer Sidibé, uitvoerend directeur van UNAIDS: de vergadering op hoog niveau zal een belangrijke stap zijn in de strijd tegen aids. Alleen wanneer we samenwerken aan de toekomst van onze actie kunnen we ze bespoedigen en meer resultaten bereiken voor de mensen. Die verklaring is meer dan ooit actueel, want ook al lijkt de hiv-pandemie zich te stabiliseren, wat een relatief begrip is voor sommige regio's in de wereld, blijft ze onaanvaardbaar hoog.*

*Op de bijeenkomst van de Algemene Vergadering van de*

Monsieur le ministre, lors de la réunion de l'Assemblée générale des Nations Unies de juin dernier, le Premier ministre a marqué l'adhésion sans réserve de la Belgique aux recommandations et aux objectifs de la nouvelle stratégie d'ONUSIDA 2011-2015.

Comment comptez-vous « métaboliser », pour notre pays, les objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 ?

Certains objectifs sont-ils déjà partiellement voire totalement rencontrés ?

Quels sont les objectifs qui demandent plus de temps ou qui rencontrent plus de difficultés dans leur mise en œuvre ?

Étant donné les compétences des communautés, un comité interministériel « Santé » est-il prévu ? Si oui, dans quel délai ?

Estimez-vous que le concept de « communauté de brevets » pour les médicaments trop chers apporte une solution à l'accès à des médicaments de qualité et à la mise à disposition rapide pour les pays à faibles ou moyens revenus ?

Comment le gouvernement peut-il concrètement soutenir le secteur pharmaceutique à adhérer et à répondre davantage à ce concept de communauté de brevets ? À titre d'exemple, ne conviendrait-il pas d'établir une liste, qui serait rendue publique, des entreprises pharmaceutiques adhérant à ce concept, et qui aurait pour objectif de souligner l'engagement volontariste et humaniste de ces entreprises, mais également d'encourager les entreprises « distraites » à améliorer leur image auprès du public ?

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Je vous donne lecture de la réponse de Mme la ministre Onkelinx.

Vous connaissez mon engagement dans ce combat. C'est pourquoi je suis très heureuse que notre pays ait enfin décidé de libérer sa contribution de 21 millions d'euros au Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria pour 2011.

En ce qui concerne l'engagement pris par le Premier ministre lors de son discours à New York, quant à l'adhésion de la Belgique aux recommandations et aux objectifs de la nouvelle stratégie ONUSIDA et au rapport du Secrétaire général des Nations unies, je puis vous confirmer que pour les activités relevant de ma compétence, à savoir le traitement, les soins et le support des patients, le traitement des patients touchés par le sida est remboursé et organisé de façon multidisciplinaire. On peut donc conclure que cet objectif est totalement atteint.

En ce qui concerne la collaboration avec les communautés et régions, une conférence interministérielle Santé existe, ainsi qu'un groupe de travail « maladies infectieuses ». Durant l'année 2010, plusieurs réunions d'information concernant les actions menées dans la lutte contre le sida ont été organisées.

Le principe d'une communauté des brevets pourrait effectivement favoriser l'accès, à un prix abordable, aux médicaments actuellement trop chers mais sa réalisation ne devrait pas se faire au niveau national mais plutôt au niveau européen, voire mondial. Je demanderai à mon administration d'encourager toutes les initiatives en ce sens.

*Verenigde Naties in juni heeft de eerste minister de onvoorwaardelijke instemming van België betuigd met de aanbevelingen en de doelstellingen van de nieuwe strategie van UNAIDS 2011-2015.*

*Hoe denkt u de doelstellingen van de strategie van UNAIDS 2011-2015 voor ons land te concretiseren?*

*Zijn bepaalde doelstellingen reeds gedeeltelijk of geheel verwezenlijkt?*

*Welke doelstellingen vragen meer tijd of ondervinden meer moeilijkheden bij de verwezenlijking?*

*Werd, gelet op de bevoegdheden van de gemeenschappen, voorzien in een interministerieel comité 'Gezondheid'? Zo ja, binnen welke termijn?*

*Meent u dat het concept 'patentgemeenschap' voor de te dure geneesmiddelen een oplossing biedt voor de toegang tot kwalitatieve geneesmiddelen en de snelle terbeschikkingstelling ervan voor de landen met lage of gemiddelde inkomens?*

*Hoe kan de regering de farmaceutische sector concreet steunen om in te stemmen met en meer tegemoet te komen aan het concept patentgemeenschap? Zou bijvoorbeeld geen lijst kunnen worden opgesteld en openbaar gemaakt, van de farmaceutische bedrijven die instemmen met dit concept, en die het vrijwillige en humanistische engagement van deze bedrijven in het licht zou stellen, maar tevens de 'verstrooide' bedrijven zou aanmoedigen hun imago bij het publiek te verbeteren?*

*De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.*

*U kent mijn engagement in die strijd. Daarom ben ik ook zeer gelukkig dat ons land eindelijk beslist heeft zijn bijdrage van 21 miljoen euro aan het Wereldfonds voor de bestrijding van aids, tuberculose en malaria voor 2011 vrij te maken.*

*Wat de verbintenis van de eerste minister betreft in zijn uiteenzetting in New York over de instemming van België met de aanbevelingen en de doelstellingen van de nieuwe strategie van UNAIDS en het rapport van de secretaris-generaal van de Verenigde Naties, kan ik u bevestigen dat, voor de activiteiten die onder mijn bevoegdheid vallen, namelijk de behandeling, de zorg en de ondersteuning van de patiënten, de behandeling van aidspatiënten op multidisciplinaire wijze wordt georganiseerd en terugbetaald. We kunnen dus stellen dat die doelstelling volledig bereikt is.*

*Wat de samenwerking met de gemeenschappen en de gewesten betreft, bestaat er een interministeriële conferentie Gezondheid, alsook een werkgroep 'Besmettelijke ziekten'. In 2010 werden verschillende informatievergaderingen georganiseerd over de acties inzake de strijd tegen aids.*

*Het principe van een patentgemeenschap zou de toegang tegen een redelijke prijs kunnen bevorderen van geneesmiddelen die thans te duur zijn, maar dat principe zou niet op nationaal, maar eerder op Europees, en zelfs op wereldvlak moeten worden geconcretiseerd. Ik zal mijn departement vragen alle initiatieven op dat gebied aan te*

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – J'avais appris que la Belgique, à l'instar d'autres pays européens, avait libéré sa contribution au Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. Le retard était lié à des problèmes de gestion de l'ONUSIDA éclaircis depuis lors.

En Belgique, le traitement du VIH est particulièrement bien pris en compte par les différentes unités médicales. Nous sommes en quelque sorte dans un pays de cocagne en la matière, même si la situation continue d'interpeller. Nous faisons figure de modèle. Je me suis rendu, voici quelques mois, à l'ONUSIDA à New York. J'y ai entendu des témoignages en provenance d'autres pays et j'ai constaté que les moyens déployés en Belgique étaient considérables. Il nous appartient désormais de trouver le moyen de donner une impulsion en ce qui concerne la communauté de brevets. Vous préconisez une initiative au niveau européen, voire mondial, mais cela ne revient-il pas à se retrancher vers d'autres niveaux de pouvoir ?

Je sais qu'une entreprise belge a fait montre d'un certain avant-gardisme en libérant une partie de ses brevets relatifs aux médicaments antirétroviraux. Il faut soutenir ce type de démarche et réfléchir à une initiative de la Belgique. Cela pourrait servir d'exemple à d'autres pays et créer une dynamique internationale. Je reste convaincu que nous avons un pouvoir d'initiative important et je plaide pour que le cabinet de Mme Onkelinx réfléchisse à cette piste.

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Nous prendrons bonne note de votre suggestion.

### **Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein» (n° 5-1284)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des personnes handicapées, répondra.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Le cancer du sein est un véritable fléau mondial que nous devons combattre en tant que tel avec, comme priorité, la diminution sensible de la mortalité, tenant compte, d'une part, qu'en oncologie, les moyens thérapeutiques contre le cancer ne cessent d'augmenter, qu'aucun autre domaine thérapeutique ne dispose d'autant de molécules prometteuses en développement et, d'autre part, que nous sommes inéluctablement confrontés au vieillissement de la population, laquelle est davantage avertie et soucieuse de sa qualité de vie. Elle demande l'accès aux meilleurs traitements et technologies disponibles, lesquels ont un prix souvent élevé, ce qui exerce une pression sur le coût des soins de santé. Vous ne me démentirez pas, madame la ministre, vous qui

moedigen.

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Ik heb vernomen dat België, naar het voorbeeld van andere Europese landen, zijn bijdrage aan het Wereldfonds voor de bestrijding van aids, tuberculose en malaria heeft vrijgemaakt. De vertraging hield verband met beheersproblemen bij UNAIDS, die sedertdien opgelost zijn.

In België wordt de behandeling van hiv bijzonder goed aangepakt door de verschillende medische eenheden. Op dat vlak leven wij enigszins in een begenadigd land; ook al moet de situatie voortdurend onder de aandacht worden gebracht. Ons land is een voorbeeld. Ik ben enkele maanden geleden naar UNAIDS in New York geweest. Ik heb er getuigenissen uit andere landen gehoord en ik heb vastgesteld dat België aanzienlijke bedragen besteedt. Toch moeten we een middel vinden om een impuls te geven inzake de patentgemeenschap. U staat een initiatief voor op Europees en zelfs op wereldvlak, maar betekent dat niet dat u zich verbergt achter andere bevoegdheidsniveaus?

Ik weet dat een Belgisch bedrijf in zekere zin een voortrekkersrol heeft gespeeld en een deel van de patenten voor antiretrovirale geneesmiddelen heeft vrijgegeven. Dat soort demarches moet worden gesteund en er moet nagedacht worden over een initiatief van België. Dat zou een voorbeeld kunnen zijn voor andere landen en een internationale dynamiek op gang kunnen brengen. Ik blijf ervan overtuigd dat wij hier een belangrijk initiatief kunnen nemen en ik pleit ervoor dat het kabinet van mevrouw Onkelinx nadenkt over dit spoor.

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – We nemen nota van uw suggestie.

### **Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verbeteren van de opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker» (nr. 5-1284)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Borstkanker is een mondiale plaag die we moeten bestrijden met als prioriteit een gevoelige daling van het sterftecijfer. Enerzijds moeten we rekening houden met het feit dat in de oncologie de therapeutische middelen tegen kanker blijven toenemen en geen enkel ander therapeutisch domein over zoveel beloftevolle moleculen in ontwikkeling beschikt. Anderzijds worden we onvermijdelijk geconfronteerd met een veroudering van de bevolking die meer gewaarschuwd en bezorgd is over haar levenskwaliteit. Ze vraagt de toegang tot de beste behandelingen en beschikbare technologieën, die dikwijls een hoge prijs hebben, wat druk zet op de kosten van de gezondheidszorg. Dat alles zal u niet ontkennen, mevrouw de minister, u die momenteel deelneemt aan de

participez actuellement aux négociations sur le budget dont les soins de santé et l'INAMI constituent un volet très important.

La méthode pour diminuer cette mortalité et l'adhésion des femmes à un programme de dépistage sont les enjeux majeurs de cette lutte contre le cancer du sein.

En juin 2007, à l'initiative de spécialistes belges de premier plan, est paru un livre blanc intitulé « La prise en charge du cancer en Belgique : relever les défis de demain. »

On peut dire que cette publication a contribué à une prise de conscience dans notre pays et accéléré la mise en œuvre du Plan National Cancer.

Les recommandations, en ce qui concerne le cancer du sein, sont les suivantes : augmenter le taux de couverture en attirant les femmes qui ne se font pas dépister vers le programme organisé ; promouvoir le programme de dépistage organisé systématique qui offre des garanties de qualité supérieures et un coût de revient beaucoup plus avantageux pour la société ; investir dans l'information du groupe-cible et motiver les généralistes – à cet effet, il est important que les communautés investissent davantage dans l'information et la sensibilisation du groupe-cible – ; fixer la limite d'âge du programme organisé à 75 ans au lieu de 70 ans, comme c'est le cas dans d'autres pays.

Par ailleurs, les femmes ayant accédé au programme dans la fourchette d'âge fixée devraient être autorisées à rester dans le programme aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

Le Plan National Cancer s'articule autour de trois axes. Le premier porte sur la prévention et le dépistage. Dans ce cadre, l'action n° 4 concerne « l'amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein ». Trois mesures ont été présentées en mars 2008, dont la gratuité du dépistage pour les femmes à risque.

Cette dernière mesure a fait l'objet de nombreuses discussions tant au sein d'un groupe de travail mis en place par le Conseil Technique Médical de l'INAMI que dans le cadre du groupe de travail intercabinets « cancer » de la Conférence interministérielle Santé, qui s'est réunie en septembre 2010.

Face aux nombreuses réactions et inquiétudes de différents acteurs, il vous a semblé utile, avant de soumettre cette mesure à la médico-mut, de bien comprendre ce dossier très complexe et les différentes positions en invitant à une table ronde les partenaires concernés.

La santé occupe une place spécifique sur la scène européenne. Dans le respect de cette spécificité, la présidence belge a tout mis en œuvre pour identifier la valeur ajoutée concrète de l'Union européenne et l'exploiter au mieux pour compléter les efforts des États membres dans la lutte contre les maladies chroniques.

Voici donc les questions que j'adresse à la ministre.

Si l'objectif visé est clair, à savoir réduire considérablement la mortalité due au cancer du sein dans toutes les tranches d'âge et dans les années proches, il subsiste toutefois une réelle divergence de vues dans le milieu médical quant à la meilleure approche pour atteindre cet objectif. Les tenants du bilan sénologique dénoncent les résultats insuffisants du mammoth, ce dernier ayant été mis en place par les

*onderhandelingen over de begroting waarvan de gezondheidszorg en het RIZIV een belangrijk onderdeel vormen.*

*De methode om het sterftecijfer te doen dalen en deelname van vrouwen aan een opsporingsprogramma zijn de belangrijkste aspecten in de strijd tegen borstkanker.*

*In juni 2007 verscheen, op initiatief van vooraanstaande Belgische specialisten, een witboek getiteld 'La prise en charge du cancer en Belgique : relever les défis de demain'.*

*Men mag zeggen dat deze publicatie heeft bijgedragen aan een bewustwording in ons land en de invoering van het Nationaal Kankerplan heeft bespoedigd.*

*De aanbevelingen voor borstkanker zijn de volgende: de dekkingsgraad verhogen door vrouwen die zich nog niet laten onderzoeken naar de georganiseerde programma's te leiden; het promoten van het opsporingsprogramma dat waarborgen inzake hoge kwaliteit en een voor de samenleving veel voordeliger terugverdieneffect garandeert; investeren in informatie van de doelgroep en de huisartsen motiveren – te dien einde is het belangrijk dat de Gemeenschappen meer investeren in de informatie en de sensibilisering van de doelgroep –; de leeftijdsgrens van het georganiseerde programma vastleggen op 75 jaar in plaats van op 70 jaar, zoals dat in andere landen al het geval is.*

*De vrouwen die in het programma zijn ingestapt binnen de vastgelegde leeftijdsvork, zouden de toelating moeten krijgen om in het programma te blijven zolang ze dat wensen.*

*Het Nationaal Kankerplan draait rond drie assen. De eerste betreft de preventie en de opsporing. In dat kader betreft actie n° 4 de verbetering van de opsporing en de tijdige diagnose van borstkanker. In maart 2008 werden drie maatregelen voorgesteld, waaronder de gratis opsporing voor vrouwen die een risico lopen.*

*Die laatste maatregel heeft talloze discussies uitgelokt zowel binnen een werkgroep opgericht door de Technisch Medische Raad van het RIZIV als binnen de interkabinettenwerkgroep 'kanker' van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid die in september 2010 samenkwam.*

*Tegenover de verschillende reacties en de bezorgdheid van verschillende actoren, leek het u nuttig, alvorens die maatregel voor te leggen aan de medicomut, dit zeer ingewikkeld dossier en de verschillende standpunten goed te begrijpen door de betrokken partners uit te nodigen op een ronde tafel.*

*Gezondheidszorg heeft een specifieke plaats binnen Europa. Rekening houdend met deze specificiteit heeft het Belgisch voorzitterschap alles in het werk gesteld om de concrete toegevoegde waarde van de EU te omschrijven en zo goed mogelijk te gebruiken om de inspanningen van de lidstaten in de strijd tegen chronische ziekten aan te vullen.*

*Ik heb volgende vragen voor de minister.*

*Het doel is duidelijk, namelijk het aanzienlijk terugbrengen van het sterftecijfer ingevolge borstkanker in alle leeftijdscategorieën en dat in een nabije toekomst. Toch bestaan er in medische kringen uiteenlopende visies over de beste aanpak om dat doel te bereiken. De aanhangers van het senologisch onderzoek klagen de ontoereikende resultaten*

responsables politiques de la Santé qui ont adopté les recommandations des experts européens en la matière. Que pensez-vous de cette divergence de vues sur la méthode ?

Cette situation ne risque-t-elle pas d'être une source de confusion pour les femmes qui sont à la recherche d'une information sur le dépistage ?

L'adhésion des femmes au message de dépistage est essentielle. La communication est donc primordiale. Bien qu'elle relève des communautés, elle concerne également le Fédéral puisqu'il s'agit d'un plan global. Quelle contribution peut-il apporter à cette communication ? Estimez-vous qu'il convient d'avoir une approche et une communication spécifiques à l'égard de certaines communautés, notamment à Bruxelles ?

Que pensez-vous de la proposition qui vise à fixer l'âge limite du programme de dépistage à 75 ans au lieu de 70 ans, comme recommandé par les auteurs du livre blanc ? Quel est votre sentiment par rapport à l'idée de ne pas écarter les femmes qui ont adhéré au programme de dépistage, lorsqu'elles ont atteint l'âge de 70 ans ?

À propos de la table ronde qui s'est tenue début septembre, quels étaient les objectifs de cette réunion ? Quel était le contenu de la proposition du Conseil Technique Médical qui faisait l'objet des discussions ? Quels résultats espériez-vous et avez-vous obtenus à l'issue de cette table ronde ? Quand pourrons-nous disposer des recommandations du KCE quant aux critères de définition des « femmes à risques » ? D'autres réunions sont-elles programmées prochainement ?

Par ailleurs, la densité mammaire est un critère au moins aussi important que l'âge pour la détermination du risque de cancer du sein. Les femmes qui ont une densité importante – 3 et 4 sur une graduation de 4 – ont une probabilité quatre fois plus élevée de développer un cancer du sein. Lorsque les tissus, comme la glande mammaire, sont denses, ils apparaissent blancs sur l'image aux rayons X ; il est dès lors difficile pour les médecins de voir aux rayons X les tumeurs qui sont aussi de couleur blanche.

Pouvez-vous m'indiquer, en ce qui concerne les femmes qui sont invitées à effectuer un dépistage dans le cadre du mammothest, de quelle façon elles sont informées sur la densité de leurs seins et sensibilisées à ce facteur de risque majeur ? Lorsqu'on se limite à une image aux rayons X, ne risque-t-on pas de passer à côté de tumeurs rendues invisibles par leur coloration identique à celle du tissu mammaire ?

Sous la présidence belge du Conseil de l'Union européenne, avez-vous pu identifier la valeur ajoutée concrète de l'Union européenne et l'exploiter au mieux pour compléter les efforts des États membres dans la lutte contre le cancer du sein ? Quelles initiatives la Belgique a-t-elle prises à cette occasion ?

Quel rôle la Commission européenne pourrait-elle être amenée à jouer dans ce domaine ?

En conclusion, la diminution de l'incidence du cancer du sein est possible dans notre pays, pour autant que l'ampleur de la riposte progresse avec détermination. Nous continuons à vous encourager dans cette voie.

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires

*van de mammothest aan. Die werd ingevoerd door de verantwoordelijke politici voor Volksgezondheid, die de aanbevelingen van de Europese experts ter zake overnamen. Wat denkt u over dat verschil in visie over de methode?*

*Dreigt die situatie geen bron van verwarring te zijn voor de vrouwen die op zoek zijn naar informatie over de opsporing?*

*Het ingaan van vrouwen op de boodschap van opsporing is essentieel. De communicatie is dus primordiaal. Hoewel dat tot de Gemeenschappen behoort, gaat dat ook het federaal niveau aan, aangezien het om een globaal plan gaat. Welke bijdrage kan u leveren tot die communicatie? Meent u dat een specifieke benadering en communicatie met betrekking tot bepaalde Gemeenschappen nodig is, met name in Brussel?*

*Wat denkt u over het voorstel om de leeftijdsgrens voor opsporing vast te stellen op 75 in plaats van op 70 jaar, zoals wordt voorgesteld door de auteurs van het witboek?*

*Wat is uw houding tegenover het idee om vrouwen, die het opsporingsprogramma volgen, niet uit te sluiten als zij de leeftijd van 70 jaar hebben bereikt?*

*Wat waren de doelstellingen van de ronde tafel die begin september werd gehouden? Wat was de inhoud van het voorstel van de Technisch Medische Raad dat het voorwerp van discussie was? Welke resultaten hoopte u te krijgen en hebt u bekomen op het einde van de ronde tafel? Wanneer kunnen we beschikken over de aanbevelingen van het KCE inzake de criteria voor de definitie van vrouwen die een risico lopen? Worden er in de nabije toekomst andere bijeenkomsten gepland?*

*De borstdensiteit is een minstens even belangrijk criterium als de leeftijd voor het determineren van het risico op borstkanker. Vrouwen met een grote densiteit – 3 en 4 op een schaal van 4 – hebben viermaal meer kans om borstkanker te ontwikkelen. Wanneer het weefsel, zoals de borstklier, een grote densiteit heeft, verschijnen er witte vlekken op de röntgenopname; het wordt dan moeilijk voor de artsen om daarop de tumoren te zien die ook een witte kleur hebben.*

*Kan u me zeggen hoe vrouwen, die worden uitgenodigd om de mammothest te ondergaan, worden ingelicht over de densiteit van hun borsten en worden gesensibiliseerd voor deze grote risicofactor? Wanneer men zich beperkt tot een röntgenopname, loopt men dan niet het risico om voorbij te gaan aan tumoren die onzichtbaar zijn omdat ze een identieke kleur hebben als het borstweefsel?*

*Hebt u onder het Belgische EU-voorzitterschap de concrete toegevoegde waarde van de EU kunnen omschrijven en ten goede gebruiken om de inspanningen van de lidstaten in de strijd tegen borstkanker aan te vullen? Welke initiatieven heeft België toen genomen?*

*Tot welke rol kan de Europese Commissie op dit vlak worden aangezet?*

*Conclusie: de vermindering van het voorkomen van borstkanker in ons land is mogelijk, voor zover de bestrijding ervan met overtuiging wordt voortgezet. Wij zullen u aanmoedigen om op deze weg voort te gaan.*

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale

sociales, chargé des Personnes handicapées. – Je vous donne lecture de la réponse de Mme la ministre Onkelinx.

Il existe en effet des divergences de vues dans le domaine médical au sujet du dépistage du cancer du sein. Dans ce dossier complexe, il est important d'entendre ces différentes positions, tout en se référant aux recommandations européennes et internationales dans ce domaine. En plus d'une diminution de la mortalité, il importe d'améliorer la qualité du dépistage du cancer du sein et son accessibilité pour les femmes auxquelles il est recommandé.

Je suis convaincue – dit Mme Onkelinx – que c'est en allant dans ce sens que nous tendrons vers une information plus compréhensible et claire auprès des femmes. C'est en y réfléchissant ensemble – fédéral, communautés, professionnels de la santé et patients – que nous devons atteindre ces objectifs.

C'est la raison pour laquelle j'ai organisé, en septembre dernier, une table ronde afin, dans un premier temps, de présenter de manière claire et compréhensible la proposition élaborée par le Collège Technique Médical de l'INAMI sur le dépistage du cancer du sein. Ensuite, il s'agit d'échanger et d'identifier les différents aspects de cette proposition pour lesquels des positions divergentes existent.

Dans cette proposition du CTM, des dispositions générales sont ajoutées pour les mammographies de dépistage et de diagnostic et des propositions relatives à la nomenclature sont formulées pour trois catégories de femmes : les femmes sans risque accru de cancer du sein et sans symptômes, les femmes asymptomatiques ayant un profil de risque accru, les femmes présentant des symptômes pouvant indiquer un cancer du sein ou une autre pathologie du sein.

La réunion s'est déroulée dans un esprit constructif et a permis d'identifier les différentes positions de chaque partenaire. Une deuxième rencontre sera organisée. À cette occasion, de nouvelles propositions d'adaptation basées sur les éléments mis en exergue pourraient être discutées. Une date n'a pas encore pu être fixée mais en fonction de l'état d'avancement des travaux de l'INAMI, cette réunion pourrait éventuellement être organisée fin novembre.

Pour ce qui est de l'étude du KCE sur les facteurs de risques et les critères pour définir des catégories de femmes « à risque accru » de cancer du sein, celle-ci devrait être terminée pour la fin de l'année 2011.

Les questions relatives à l'information des femmes sur la densité mammaire dans le cadre des programmes de dépistage ainsi que l'élargissement de ces programmes aux femmes de 75 ans au lieu de 70 ans relèvent des compétences des communautés.

Enfin, dans le cadre de la présidence du Conseil de l'Union européenne, la Belgique a organisé, en juillet 2010, une réunion des ministres de la Santé des États membres sur le thème du cancer. À cette occasion, tous les ministres ont exprimé leur volonté de participer au *European Partnership on Action against Cancer*, initiative de l'Union européenne lancée en 2009 et à laquelle la Belgique participe. Dans les conclusions du Conseil européen approuvées en décembre 2010, il est précisé entre autres que les États membres s'engagent à optimiser l'organisation et la

*Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.*

*Er bestaan inderdaad uiteenlopende standpunten op medisch vlak over de opsporing van borstkanker. In dat complex dossier is het belangrijk de verschillende visies te horen, daarbij refererend aan de Europese en internationale aanbevelingen.*

*Naast een daling van het sterftecijfer is het van belang de kwaliteit van de opsporing van borstkanker te verbeteren, alsook de toegankelijkheid ervan voor vrouwen aan wie dat wordt aanbevolen.*

*Ik ben ervan overtuigd dat, door in die zin te handelen, wij de vrouwen op meer begrijpelijke en duidelijkere manier kunnen informeren. Het is door er gezamenlijk over na te denken – zowel op federaal niveau als op het niveau van de Gemeenschappen, door beroepsmensen binnen de gezondheidszorg en door patiënten – dat we die doelstellingen zullen bereiken.*

*Daarom heb ik in september laatsleden een ronde tafel georganiseerd om in een eerste fase het voorstel over de opsporing van borstkanker, uitgewerkt door de Technisch Medische Raad van het RIZIV, op een duidelijke en begrijpelijke manier voor te stellen. Nadien komt het erop aan over de verschillende aspecten van dat voorstel, waarover verschillende standpunten bestaan, van gedachten te wisselen en deze te identificeren.*

*In dat voorstel van de TMR worden algemene bepalingen toegevoegd voor de mammografieën voor opsporing en diagnose en er worden met betrekking tot de nomenclatuur voorstellen geformuleerd voor drie categorieën van vrouwen: vrouwen zonder verhoogd risico op borstkanker en zonder symptomen, vrouwen zonder symptomen met een verhoogd risicoprofiel en vrouwen die symptomen vertonen die kunnen wijzen op borstkanker of een andere borstpathologie.*

*De vergadering is in een constructieve sfeer verlopen en maakte het mogelijk de uiteenlopende standpunten van elke partner vast te stellen.*

*Er wordt een tweede bijeenkomst georganiseerd. Bij die gelegenheid kunnen nieuwe aangepaste voorstellen, gebaseerd op punten die naar voren werden gebracht, worden besproken. Er kon nog geen datum worden vastgesteld, maar naargelang van de vooruitgang van de werkzaamheden van het RIZIV kan die vergadering misschien eind november plaatshebben.*

*De studie van het KCE over de risicofactoren en de criteria om de categorieën vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker te definiëren moet afgerond zijn tegen eind 2011.*

*De vragen over de informatie aan vrouwen over de borstdensiteit in het kader van de opsporingsprogramma's en de verruiming van die programma's tot vrouwen van 75 in plaats van 70 jaar behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.*

*Tijdens het voorzitterschap van de EU heeft België in juli 2010 een vergadering van de ministers van Volksgezondheid van de lidstaten over het thema kanker georganiseerd. Alle ministers hebben toen de wil geuit om deel te nemen aan het European Partnership on Action against*

participation aux programmes de dépistage des cancers pour lesquels un programme de dépistage est recommandé, dont le cancer du sein.

La Commission européenne joue un rôle important, notamment dans le développement de *guidelines* tels que les « European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. »

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Je remercie la ministre de sa réponse. Certains points restent néanmoins confus.

Je comprends que la ministre attende les résultats de la table ronde qu'elle a initiée, avec de multiples acteurs, sur le cancer du sein. Une certaine confusion subsiste néanmoins concernant la densité mammaire. Ce matin, j'ai interrogé la ministre Fadila Laanan, à la Communauté française, sur la prise en considération de la densité mammaire dans le dépistage du cancer du sein. Selon elle, cette question doit être posée au niveau fédéral.

Or dans sa réponse, la ministre Onkelinx renvoie la question de la densité mammaire à la Communauté française. Mon propos n'est pas d'incriminer qui que ce soit, mais on assiste bien à un jeu de ping-pong qui, bien qu'involontaire, traduit une certaine confusion entre ce que l'on entend par « dépistage » et « prévention ».

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Je précise la réponse de Mme Onkelinx. L'information aux femmes sur la densité mammaire ainsi que l'élargissement des programmes aux femmes d'un certain âge relèvent des compétences des communautés. Mais le sujet est transversal.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Je m'abstiendrai de toute polémique car le sujet ne le mérite pas.

Nous attendrons le résultat des travaux mais je souhaite que la ministre accorde de l'attention à un élément, qui est l'information aux femmes sur la densité mammaire – même si cette information ne relève pas vraiment du fédéral –, car il a toute son importance.

En effet, quand on parle de la population à risques ou de symptômes, la question est de savoir si la densité mammaire est considérée comme un risque élevé. Je suppose que nous aurons l'occasion de revenir sur le sujet.

**Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'élevage des animaux à fourrure en Belgique » (n° 5-1298)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes

*Cancer, een initiatief van de EU dat in 2009 werd opgestart en waaraan België deelneemt. In de conclusies van de Europese Raad, goedgekeurd in december 2010, wordt onder meer gepreciseerd dat de lidstaten zich ertoe verbinden om de organisatie van en de deelname aan opsporingsprogramma's te optimaliseren voor vormen van kanker waarvoor een opsporingsprogramma is aan te bevelen, waaronder borstkanker.*

*De Europese Commissie speelt een belangrijke rol, met name in de ontwikkeling van guidelines zoals de 'European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis'.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *Ik dank de minister voor haar antwoord. Sommige punten blijven nochtans warrig.*

*Ik begrijp dat de minister wacht op de resultaten van de ronde tafel over borstkanker die ze heeft belegd met meerdere actoren. Er blijft een zekere verwarring bestaan over de borstdensiteit. Deze morgen heb ik in de Franse Gemeenschapsminister Fadila Laanan ondervraagd over het in aanmerking nemen van de borstdensiteit bij opsporing van borstkanker. Volgens haar moet die vraag op het federaal niveau worden gesteld.*

*In haar antwoord verwijst minister Onkelinx echter de vraag over de borstdensiteit naar de Franse Gemeenschap. Ik wil niemand beschuldigen, maar het gaat hier wel degelijk om een pingpongspel dat, zij het onvrijwillig, een zekere verwarring weergeeft tussen wat men verstaat onder 'opsporing' en 'preventie'.*

**De heer Jean-Marc Delizée,** *staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap.* – *Ik verduidelijk het antwoord van mevrouw Onkelinx. De informatie aan vrouwen over borstdensiteit en de verruiming van de programma's tot vrouwen van een bepaalde leeftijd behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen, maar het onderwerp is transversaal.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *Ik onthoud me van elke polemiek omdat het onderwerp die niet verdient.*

*We zullen het resultaat van de werkzaamheden afwachten, maar ik wens dat de minister aandacht schenkt aan de informatie aan vrouwen over de borstdensiteit – ook al behoort deze informatie niet echt tot de federale bevoegdheid – omdat dit belangrijk is.*

*Als wordt gesproken over de risicopopulatie of over symptomen, rijst de vraag of de borstdensiteit als een verhoogd risico wordt beschouwd. Ik vermoed dat we nog de gelegenheid zullen hebben op dit onderwerp terug te komen.*

**Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « de pelsdierkwekerijen in België » (nr. 5-1298)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap,

handicapées, répondra.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – L'association GAIA mène actuellement une action intitulée « Courrier fourrure » en vue de sensibiliser les parlementaires belges à l'élevage des animaux à fourrure en Belgique.

Selon GAIA, dans notre pays, 19 entreprises élèvent chaque année 150 000 visons pour leur fourrure, dans des conditions très discutables.

Toujours d'après GAIA, la production de ces fourrures de vison aurait un impact environnemental nettement supérieur à la production de textile selon des critères tels que l'émission de CO<sub>2</sub>, les émissions toxiques, etc.

Voici les questions que j'adresse à la ministre.

En 2007, votre prédécesseur M. Demotte avait déposé un projet de loi qui visait à instaurer un moratoire sur les élevages d'animaux à fourrure. Ce projet n'avait pas rencontré l'assentiment de la Région flamande et avait dès lors été laissé de côté. Qu'en est-il aujourd'hui ? Avez-vous pu discuter du sujet avec les entités fédérées, notamment avec vos collègues néerlandophones ?

Ce projet sera-t-il réinscrit à l'ordre du jour d'une prochaine commission de la Santé publique ?

J'ajoute que nous avons reçu aujourd'hui un nouveau dossier très fourni sur la situation des animaux à fourrure en Belgique.

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Je vous lis la réponse de la ministre.

En 2007, M. Demotte a effectivement déposé sur la table du conseil des ministres un projet de loi visant à instaurer un moratoire sur les élevages d'animaux à fourrure. Le gouvernement de l'époque ne l'a toutefois pas retenu car une telle décision devait obtenir l'aval des entités fédérées, lesquelles partagent d'autres préoccupations.

Je suis toutefois d'avis que la question de l'opportunité de tels élevages peut être posée et que des initiatives législatives devraient être prises, soit par le parlement en cette période d'affaires courantes, soit par le prochain gouvernement.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Je remercie le secrétaire d'État.

Je pense que des initiatives idoines vont être prises.

### **Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les injections d'acide hyaluronique» (n° 5-1331)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**Mme Dominique Tilmans (MR).** – L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS, vient

antwoordt.

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – GAIA voert momenteel een schrijfactie 'Verjaag bont uit België' om de Belgische parlementsleden te sensibiliseren aangaande het fokken van pelsdieren in België.

*Volgens GAIA fokken 19 bedrijven in ons land elk jaar 150 000 nertsen voor hun pels, in zeer betwistbare omstandigheden.*

*Nog steeds volgens GAIA zou de productie van die nertspelsen, volgens de criteria inzake CO<sub>2</sub>-uitstoot en giftige uitstoot veel meer invloed hebben op het milieu dan de productie van textiel.*

*In 2007 heeft de voorganger van de huidige minister, de heer Demotte een wetsontwerp ingediend met het oog op het instellen van een moratorium op pelsdierkwekerijen. Dat ontwerp kreeg niet de goedkeuring van het Vlaams Gewest en werd dan ook niet verder uitgewerkt. Hoe staat het daar nu mee? Heeft de minister deze materie kunnen bespreken met de deelstaten, inzonderheid met zijn Nederlandstalige collega's?*

*Zal het ontwerp opnieuw op de agenda van de volgende commissie voor de Sociale Aangelegenheden worden geplaatst?*

*Wij hebben vandaag een nieuw, zeer goed gedocumenteerd dossier ontvangen over de situatie van de pelsdieren in België.*

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van de minister.

*In 2007 heeft de heer Demotte inderdaad op de Ministerraad een wetsontwerp neergelegd met het oog op het instellen van een moratorium op pelsdierkwekerijen. De toenmalige regering heeft dat ontwerp niet in aanmerking genomen omdat een dergelijke beslissing de goedkeuring moest krijgen van de deelstaten, die andere zorgen hadden.*

*Ik meen evenwel dat de vraag over de opportuniteit van dergelijke kwekerijen kan worden gesteld en dat wetgevende initiatieven zouden moeten worden genomen, ofwel door het parlement in de periode van lopende zaken, ofwel door de volgende regering.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Ik dank de staatssecretaris.

*Ik denk dat gepaste initiatieven zullen worden genomen.*

### **Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de injectie van hyaluronan» (nr. 5-1331)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR).** – Het Franse agentschap voor de veiligheid van gezondheidsproducten,



d'interdire les injections d'acide hyaluronique dans le cadre d'augmentations mammaires.

Cette décision a été justifiée par mesure de précaution et malgré l'absence à ce jour de risques caractérisés. Elle survient après la publication d'une étude clinique autorisée en 2008 montrant que le gel d'acide hyaluronique injectable, le Macrolane, peut perturber le dépistage des tumeurs dans la poitrine.

Dans la question écrite que j'ai posée en mai 2011, j'avais interrogé la ministre sur la position de la Belgique à propos de l'utilisation de ce produit. Dans sa réponse, elle laissait entendre qu'elle ne comptait nullement l'interdire.

Vu la décision de la France, fondée sur une étude clinique, je voudrais savoir si la ministre envisage de modifier sa position initiale.

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS, vient effectivement de restreindre la mise sur le marché et l'utilisation des dispositifs médicaux injectables indiqués dans le comblement et l'augmentation des volumes corporels en excluant de ses indications l'augmentation mammaire à visée esthétique.

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, l'AFMPS, a entamé une analyse interne des éléments sur lesquels l'agence française s'est basée afin de prendre cette décision.

À l'heure actuelle, cette analyse est toujours en cours. Un premier rapport établi sur la base des données disponibles sera présenté à la prochaine réunion de la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux qui se déroulera le 10 novembre prochain. Il devrait lui permettre de remettre alors un avis.

En fonction de cet avis, une décision sera prise au niveau belge.

**Mme Dominique Tilmans (MR)**. – Je remercie le secrétaire d'État.

Je voudrais encore attirer l'attention de la ministre sur l'utilisation du dispositif médical injectable en vue de l'augmentation mammaire. Cela implique un geste invasif et répétitif, puisque ce produit s'élimine. Ce produit est susceptible d'entraîner une inflammation à proximité du tissu mammaire ainsi que le cancer.

De plus, dans cette étude, on parle de risques inhérents à la mobilité dans la région mammaire et de la formation de nodules.

Je demande donc à la ministre d'être très attentive concernant l'utilisation de ce produit. De nombreux médecins et chirurgiens esthéticiens nous mettent déjà en garde à cet égard.

*AFSSAPS, heeft onlangs de injectie van hyaluronan in het kader van borstvergrotingen verboden.*

*Die beslissing werd gerechtvaardigd als een voorzorgsmaatregel en werd genomen hoewel er tot op heden geen specifieke risico's zijn. Ze kwam er na de publicatie van een klinische studie uit 2008 waarin werd aangetoond dat de injecteerbare hyaluronangel Macrolane de opsporing van tumoren in de borst kan verstoren.*

*Ik heb de minister in mei 2011 een vraag gesteld over het Belgische standpunt over het gebruik van het product. In haar antwoord liet de minister verstaan dat ze er niet aan dacht het product te verbieden.*

*Zal de minister haar standpunt aanpassen naar aanleiding van de Franse beslissing, die op een klinische studie is gebaseerd?*

*De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Het AFSSAPS heeft inderdaad het op de markt brengen en het gebruik van injecteerbare medische hulpmiddelen voor de opvulling en de vermeerdering van lichaamsvolume aan banden gelegd door ze uit te sluiten van de indicaties voor esthetische borstvergrotingen.*

*Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, FAGG, is een interne analyse opgestart van de elementen waarop het Franse agentschap zijn beslissing heeft gebaseerd.*

*Die analyse is nog niet afgerond. Een eerste rapport op basis van de beschikbare gegevens wordt op 10 november voorgesteld op de volgende vergadering van de Evaluatiecommissie voor medische hulpmiddelen. Op basis daarvan kan die een advies uitbrengen.*

*Op basis van dat advies zal op Belgisch niveau een beslissing worden genomen.*

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR)**. – *Ik dank de staatssecretaris.*

*Het gebruik van het injecteerbare medische hulpmiddel met het oog op een borstvergroting vereist een invasieve en repetitieve ingreep omdat het product verdwijnt. Het product kan een ontsteking bij het borstweefsel en kanker veroorzaken.*

*In de studie wordt ook gesproken over de risico's die inherent zijn aan de mobiliteit in het mammaire gebied en over de knobbels in de borst.*

*Ik vraag de minister dan ook om zeer voorzichtig te zijn met betrekking tot het gebruik van het product. Veel artsen en esthetische chirurgen manen ons aan tot waakzaamheid.*

**Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «une association agréée de cardiologie complète en province de Luxembourg» (n° 5-1335)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**Mme Dominique Tilmans (MR).** – Actuellement, 29 centres de cardiologie complets B1-B2-B3, soit 12 en Flandre, 9 en Wallonie et 8 à Bruxelles, sont agréés.

Cependant, la province de Luxembourg ne compte pas d'établissement disposant d'un agrément pour l'angioplastie coronaire B1 et l'angioplastie B2 avec un agrément pour la chirurgie cardiaque B3 sur un seul et même site ou fonctionnant comme association agréée.

En outre, les critères minimaux pour le fonctionnement de la salle d'angioplastie est de trois opérateurs temps plein dans l'institution avec 300 procédures par an et 75 par opérateur. Or actuellement, les deux sites luxembourgeois, ceux de Libramont et d'Arlon, procèdent à une centaine d'angioplasties par an et par site. On arrive donc à 200, soit 100 de moins que la norme.

Je pose donc la question suivante à la ministre : serait-il possible d'envisager une dérogation d'agrément pour les quotas globaux en province de Luxembourg au vu de l'exception géographique et -ce, afin de pouvoir avoir un B2 « éclaté » sur les deux sites CSL et CHA ?

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.

Les normes relatives aux pathologies cardiaques programme B sont prévues dans l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologies cardiaques » doivent répondre pour être agréés. Cet arrêté ne prévoit pas de possibilité de déroger aux normes de qualité établies.

En outre, je me permets de rappeler que si les normes d'agrément sont effectivement édictées par l'État fédéral, l'octroi de l'agrément et l'interprétation des normes d'agrément relèvent de la compétence des entités fédérées.

**Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le concours d'accès à la profession de kinésithérapeute indépendant» (n° 5-1350)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes

**Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een erkend en volledig hartcentrum via associatie in de provincie Luxemburg» (nr. 5-1335)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR).** – Momenteel zijn er 29 volledige B1-B2-B3-hartcentra erkend, 12 in Vlaanderen, 9 in Wallonië en 8 in Brussel.

*Toch heeft de provincie Luxemburg geen instelling die een erkenning heeft voor angioplastie van de kransslagader B1 en angioplastie B2 met een erkenning voor hartchirurgie B3 op een en dezelfde site of werkend als een erkende associatie.*

*De minimale criteria voor de werking van een zaal angioplastie zijn drie voltijdse chirurgen in de instelling met 300 ingrepen per jaar en 75 per chirurg. Momenteel doen de twee Luxemburgse sites, die van Libramont en Aarlen, een honderdtal angioplastie-ingrepen per jaar en per site. Men komt dus tot 200, hetzij 100 te weinig tegenover de norm.*

*Ik heb dus volgende vraag voor de minister: zou een afwijking van de algemene quota voor de erkenning mogelijk zijn in de provincie Luxemburg gelet op de geografische ligging en om te kunnen beschikken over een 'ruime' B2 op de twee sites CSL en CHA?*

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

*De normen voor hartpathologieën programma B zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 15 juli 2004 tot vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's voor hartpathologieën moeten voldoen om te worden erkend. Dat besluit bevat geen mogelijkheid om af te wijken van de vastgestelde kwaliteitsnormen.*

*Overigens herinner ik eraan dat de erkenningsnormen worden vastgelegd door de federale Staat, maar dat de toekenning van de erkenning en de interpretatie van de erkenningsnormen tot de bevoegdheid van de deelstaten behoren.*

**Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het vergelijkend examen dat toegang geeft tot het beroep van zelfstandig kinesitherapeut» (nr. 5-1350)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap,

handicapées, répondra.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Le concours visant à octroyer aux étudiants de la Communauté française fraîchement diplômés les numéros INAMI permettant l'accès à la profession de kinésithérapeute indépendant a eu lieu ce samedi 29 octobre.

Ce concours, déjà organisé l'an dernier, avait suscité de nombreuses réactions, tant du secteur que des acteurs politiques des différents niveaux de pouvoir. Suite à cette mobilisation, les résultats du concours de 2010 avaient été gelés et les numéros INAMI provisoires prolongés jusqu'à la publication des résultats du concours de 2011, soit dans quelques semaines.

Or, madame la ministre, si cette décision a permis aux 99 candidats recalés par le concours de 2010 de continuer à exercer pendant un an, il faut aujourd'hui constater les difficultés supplémentaires qu'engendre une telle mesure. Ainsi, il n'y aurait cette année que 287 numéros INAMI disponibles à l'issue du concours. Et l'on dénombre pas moins de 600 candidats, auxquels il faut ajouter les 99 recalés lors du concours de 2010.

Dès lors, plus de 400 candidats se retrouvent en ce début novembre sans aucune autorisation de pratiquer le métier pour lequel ils ont étudié durant quatre ans et qu'ils ont par ailleurs déjà pratiqué pendant quelques mois avec un numéro provisoire.

Je pose donc à la ministre les questions suivantes.

Confirmez-vous que seuls 287 numéros INAMI seront distribués ?

Quelles mesures comptez-vous mettre en œuvre pour éviter de pénaliser des centaines de jeunes diplômés qui se retrouvent sans autorisation de pratiquer le métier qu'ils ont choisi ? Votre volonté, l'année dernière, était de supprimer le concours. Avez-vous pu avancer, en collaboration avec vos homologues des entités fédérées, afin de trouver des pistes meilleures, plus sécurisantes et non pénalisantes pour les étudiants ?

Le secteur réclame depuis longtemps la mise sur pied d'un cadastre de la profession, par région et par spécialité, afin de connaître l'offre réellement disponible en Belgique dans la profession de kinésithérapeute. Quelles mesures comptez-vous mettre en œuvre, une fois encore en collaboration avec les entités fédérées, pour répondre à cela ?

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Le hasard de l'agenda politique a fait que, voici une dizaine de jours, j'ai répondu à la même question à la Chambre sur ce sujet qui intéresse le parlement et les personnes concernées par cette problématique.

Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.

Comme vous le savez, je ne suis pas favorable au concours qui limite l'octroi des numéros INAMI aux kinésithérapeutes souhaitant exercer en tant qu'indépendants. Sa suppression était d'ailleurs envisagée dans le programme gouvernemental de la précédente législature. Malheureusement, les affaires courantes et l'absence de consensus politique n'ont pas

antwoordt.

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *Op zaterdag 29 oktober jongstleden vond het vergelijkend examen plaats dat ertoe strekt pas afgestudeerde studenten van de Franse Gemeenschap een RIZIV-nummer toe te wijzen dat hen toegang verleent tot het beroep van zelfstandig kinesitherapeut.*

*Dat examen, dat vorig jaar ook al werd georganiseerd, heeft zowel bij de sector als bij politici van alle beleidsniveaus veel reacties uitgelokt. Na die mobilisatie werden de resultaten van 2010 geneutraliseerd en werden de voorlopige RIZIV-nummers verlengd tot de publicatie van het vergelijkend examen van 2011, dus over enkele weken.*

*Door die beslissing konden 99 kandidaten die niet slaagden voor het vergelijkend examen 2010 hun beroep gedurende een jaar blijven uitoefenen. Toch stellen we vandaag vast dat die beslissing bijkomende problemen oplevert. Zo zullen dit jaar slechts 287 RIZIV-nummers beschikbaar zijn. Er zijn echter niet minder dan 600 kandidaten en daar moeten de 99 afvallers van het vergelijkend examen 2010 nog worden bijgeteld.*

*Bijgevolg hebben meer dan 400 kandidaten begin november geen enkele toelating om het beroep uit te oefenen waarvoor ze gedurende vier jaar hebben gestudeerd en dat ze overigens reeds enkele maanden hebben uitgeoefend met een voorlopig nummer.*

*Klopt het dat 287 RIZIV-nummers zullen worden verdeeld?*

*Welke maatregelen gaat de minister nemen om te vermijden dat honderden afgestudeerde jongeren worden gestraft die geen toelating hebben om hun gekozen beroep uit te oefenen? Vorig jaar gaf de minister aan dat ze het vergelijkend examen wil schrappen. Heeft ze met haar collega's van de deelgebieden een beter en meer zekerheid biedend alternatief gevonden dat de studenten niet straft?*

*De sector vraagt al lang om een beroepskadaster per regio en per specialiteit om het reële aanbod van kinesitherapeuten te kennen dat in België beschikbaar is. Welke maatregelen gaat de minister, in samenwerking met de deelgebieden, nemen om hieraan tegemoet te komen?*

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – *Het toeval wil dat ik een tiental dagen geleden in de Kamer heb geantwoord op een identieke vraag over dit onderwerp, dat het parlement en de betrokkenen na aan het hart ligt.*

*Ik lees het antwoord van minister Onkelinx;*

*Ik ben geen voorstander van het vergelijkend examen dat de toekenning beperkt van RIZIV-nummers aan kinesitherapeuten die als zelfstandigen willen werken. De afschaffing van het examen stond trouwens in het programma van de vorige regering. Jammer genoeg hebben de lopende zaken en het gebrek aan politieke consensus verhinderd dat dit punt werd gerealiseerd.*

permis de faire aboutir ce projet.

Je rappelle que, dès l'entrée en vigueur du contingentement, le concours a dû être organisé à trois reprises pour la Communauté flamande.

À mon initiative, un mécanisme de compensation a été introduit au début de la législature précédente pour tenir compte des kinésithérapeutes qui disposent d'un numéro INAMI mais qui ne sont plus considérés comme actifs, c'est-à-dire qui totalisent un nombre réduit de contacts patients annuel. Cela a eu pour effet de majorer de manière substantielle les quotas pour chaque communauté.

Par ailleurs, ce n'est que si le nombre d'inscrits par communauté dépasse de 10% les chiffres ainsi majorés que le concours doit être organisé.

Cela étant, vu le nombre de kinésithérapeutes diplômés en Communauté française en 2010, le concours a en effet dû être organisé le 29 octobre dernier pour la première fois, alors qu'il n'a pas dû l'être pour la Communauté flamande.

Des initiatives parlementaires ont cependant été prises à la mi 2010 pour tenter de supprimer ou de suspendre le concours. Dès lors, le gouvernement en affaires courantes a décidé, à mon initiative, de postposer la parution des résultats et de prolonger jusqu'au 30 juin 2011, puis jusqu'au 31 décembre 2011, les numéros INAMI provisoires, dans l'espoir que le concours soit abrogé à bref délai. Les travaux parlementaires n'ont malheureusement pas pu aboutir à un accord sur la suppression du concours, et l'État fédéral a dû publier fin juin les résultats du concours 2010.

Pour l'année 2011, l'organisation du concours était nécessaire si le nombre d'inscrits dépassait 348 en Communauté flamande et 287 en Communauté française. Or, il s'est avéré que le nombre d'inscrits était de 270 pour la Communauté flamande, et de 490 pour la Communauté française.

Le concours a donc été organisé le 29 octobre dernier pour les seuls candidats francophones ; on m'informe à l'instant qu'ils étaient au nombre de 464. Seuls les lauréats de ce concours pourront recevoir un numéro INAMI définitif. Les candidats néerlandophones inscrits au concours recevront tous quant à eux un numéro INAMI définitif.

Les résultats du concours devront par ailleurs être publiés au plus tard pour la fin de l'année, ce qui aura pour effet de mettre un terme définitif aux effets des numéros INAMI provisoires accordés aux candidats par l'INAMI.

Je précise à ce sujet qu'il n'y a pas de limite au nombre de tentatives autorisées pour être lauréat du concours. En outre, les candidats qui échouent peuvent également exercer comme salariés en maison de repos, en hôpital ou encore dans le secteur privé.

Je rappelle à cet égard que les quotas sont définis par la commission de planification. Et à ma demande, elle a rendu un avis en mai dernier, dans lequel elle recommande de supprimer le concours, en posant cependant des conditions à cette suppression.

Il s'agit notamment de définir, en concertation avec les communautés, des sous-quotas selon les secteurs d'activités et d'organiser une épreuve d'orientation obligatoire durant les études en kinésithérapie. Une concertation a été initiée à ce

*Ik herinner eraan dat de Vlaamse Gemeenschap sinds de invoering van de contingentering het vergelijkend examen al driemaal heeft moeten organiseren.*

*Op mijn initiatief is in de vorige regeerperiode een compensatiemechanisme ingesteld om rekening te houden met de kinesitherapeuten met een RIZIV-nummer die niet meer als actief worden beschouwd, dat wil zeggen dat ze jaarlijks een beperkt aantal patiënten zien. Hierdoor werden de quota voor elke gemeenschap aanzienlijk verhoogd.*

*Het vergelijkend examen moet pas worden georganiseerd als het aantal ingeschrevenen per gemeenschap 10% boven dat verhoogde aantal ligt.*

*Omdat in de Franse Gemeenschap in 2010 een groot aantal kinesitherapeuten is afgestudeerd, moest op 29 oktober een vergelijkend examen worden georganiseerd. Voor de Vlaamse Gemeenschap was dat niet nodig.*

*Midden 2010 zijn parlementaire initiatieven genomen om het vergelijkend examen te schorsen of af te schaffen. De regering van lopende zaken heeft op mijn initiatief beslist de bekendmaking van de resultaten uit te stellen. Ook werden de voorlopige RIZIV-nummers verlengd tot 30 juni 2011 en nadien tot 31 december 2011 in de hoop dat het vergelijkend examen op korte termijn wordt afgeschaft. In het parlement werd geen akkoord bereikt over de afschaffing en de Federale Staat heeft eind juni de resultaten van het vergelijkend examen 2010 moeten publiceren.*

*In 2011 moest het vergelijkend examen worden georganiseerd als er in de Vlaamse Gemeenschap meer dan 348 ingeschrevenen waren en in de Franse Gemeenschap meer dan 287. In de Vlaamse Gemeenschap bedroeg het aantal ingeschrevenen 270 en in de Franse Gemeenschap 490.*

*Op 29 oktober jongstleden werd het vergelijkend examen bijgevolg enkel voor de Franstalige kandidaten georganiseerd; ik heb zojuist vernomen dat er 464 waren. Alleen de geslaagden zullen een definitief RIZIV-nummer kunnen krijgen. De Nederlandstalige kandidaten zullen allen een definitief RIZIV-nummer krijgen.*

*De resultaten van het vergelijkend examen moeten ten laatste voor het einde van het jaar worden bekendgemaakt, waardoor een definitief einde komt aan de voorlopig toegekende RIZIV-nummers.*

*Elke kandidaat mag een onbeperkt aantal maal deelnemen aan het vergelijkend examen. De niet-geslaagde kandidaten kunnen ook in dienstverband werken in een rusthuis, een ziekenhuis of in de privésector.*

*De quota zijn door de planningscommissie vastgelegd. Die heeft op mijn verzoek in mei jongstleden een advies uitgebracht, waarin ze aanbeval het vergelijkend examen, zij het onder bepaalde voorwaarden, af te schaffen.*

*Zo moeten onder meer in overleg met de gemeenschappen de subquota per activiteitssector worden vastgelegd. Ook moet een verplichte oriëntatieproef worden georganiseerd tijdens de studies kinesitherapie. Er werd een overleg opgestart met de twee bevoegde gemeenschapsministers. De twee gemeenschappen hebben het voorstel van de planningscommissie niet verworpen. De tenuitvoerlegging vergt nog tijd en het overleg zal de komende maanden worden*

sujet avec les deux ministres communautaires compétents. Si les deux communautés n'ont pas accueilli négativement cette proposition de la commission de planification, sa mise en œuvre nécessitera encore du temps, et la concertation devra se poursuivre dans les mois qui viennent avec le prochain ministre de la Santé publique. Il faudra également tenir compte de l'accord intervenu dans le cadre de la sixième réforme de l'État, lequel prévoit qu'en matière de contingentement, la compétence relative à la définition de sous-quotas est transférée aux communautés.

En ce qui concerne le cadastre des kinésithérapeutes, celui-ci existe depuis plusieurs années, comme d'ailleurs pour l'ensemble des professions des soins de santé. Ainsi, tous les kinésithérapeutes actifs en Belgique y sont répertoriés. Le projet actuellement en cours vise à coupler les informations relatives aux kinés et qui sont reprises dans ce cadastre à des informations en provenance de l'INAMI et d'autres sources au sein de la sécurité sociale. Cela nécessite cependant une autorisation préalable des autorités de la protection de la vie privée. Une demande à cette fin est actuellement en préparation, en concertation avec les membres kinésithérapeutes de la commission de planification. Ce cadastre mettra à disposition de la commission de planification des données précises qui permettront de déterminer, entre autres, combien de kinésithérapeutes travaillent effectivement en tant qu'indépendants, en quelle quantité, dans quels secteurs ainsi que leur répartition géographique. Ce dossier prometteur est donc sur le point d'aboutir.

De manière plus générale, j'espère que les discussions actuellement en cours à propos de la formation du prochain gouvernement permettront d'aboutir à une solution satisfaisante et équilibrée dans ce dossier qu'il appartiendra en tout état de cause à mon successeur de finaliser.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Je remercie la ministre de sa réponse et de certains éléments dont je n'étais pas informé.

Je viens par ailleurs de prendre connaissance de la réponse que la ministre a formulée à la Chambre voici une dizaine de jours. Cette réponse est sensiblement la même que celle que vient de lire le secrétaire d'État.

Mais je voudrais réagir sur deux points.

Ma première réflexion porte sur le chiffre de 464 participants au concours INAMI alors qu'on en attendait 600, vu les projections.

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Il y avait 464 participants sur 490 inscrits.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – On attendait néanmoins 600 participants compte tenu des nouveaux diplômés et de ceux qui avaient bénéficié d'une prorogation l'année dernière. Il y a 177 personnes qui ont été recalées et dont l'avenir professionnel est dès lors incertain. Nous devons nous en préoccuper.

Ma seconde réflexion porte sur l'évolution de la kinésithérapie. Un débat important a lieu sur la définition de sous-quotas relatifs à diverses spécialités. Il donne l'occasion de réfléchir à la place que le kinésithérapeute doit prendre

*voortgezet met de volgende minister van Volksgezondheid. Er zal rekening moeten worden gehouden met het akkoord over de zesde staatshervorming. Dat voorziet dat inzake contingentering, de bevoegdheid om de subquota vast te leggen, naar de gemeenschappen wordt overgeheveld.*

*Net als voor de andere gezondheidsberoepen bestaat er reeds enkele jaren een kadaster van kinesitherapeuten. Daarin worden alle kinesitherapeuten die in België actief zijn geregistreerd. Het lopende project strekt ertoe de informatie over de kinesitherapeuten in het kadaster te koppelen aan de informatie van het RIZIV en van andere bronnen binnen de sociale zekerheid. Hiervoor is een voorafgaande machtiging vereist van de overheden die de privacy beschermen. Er wordt een aanvraag in die zin voorbereid in overleg met de leden van de planningscommissie die kinesitherapeut zijn. Het kadaster zal de planningscommissie precieze gegevens ter beschikking stellen die het onder meer mogelijk moeten maken te bepalen hoeveel kinesitherapeuten effectief als zelfstandige werken, in welke hoedanigheid en in welke sectoren, alsook hoe ze geografisch zijn gespreid. Dat veelbelovende dossier is dus bijna rond.*

*Ik hoop dat bij de lopende regeringsonderhandelingen een bevredigende en evenwichtige oplossing kan worden gevonden voor dit dossier, dat mijn opvolger zal moeten afronden.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *Het antwoord bevatte voor mij enkele nieuwe elementen.*

*Ik heb zojuist kennis genomen van het antwoord dat de minister twee weken geleden in de Kamer heeft gegeven. Dat stemt grotendeels overeen met het antwoord dat de staatssecretaris heeft gelezen.*

*Toch heb ik twee bedenkingen.*

*Ten eerste waren er 464 deelnemers voor het vergelijkend examen van het RIZIV, hoewel er 600 waren verwacht.*

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – *Er waren 464 deelnemers op 490 ingeschrevenen.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *Er werden nochtans 600 deelnemers verwacht, rekening houdend met de nieuw afgestudeerden en diegenen die vorig jaar een verlenging hebben gekregen. Er zijn dus 177 personen niet geslaagd; hun professionele toekomst is onzeker. Dat moet ons zorgen baren.*

*Mijn tweede bedenking gaat over de evolutie van de kinesitherapie. Er loopt een belangrijk debat over de vastlegging van de subquota voor de verschillende specialiteiten. Dat kan de aanleiding zijn om na te denken*

dans le secteur de la santé. Le kinésithérapeute d'aujourd'hui n'est plus celui d'il y a 20 ou 50 ans. Les techniques et les demandes ont fortement évolué. La nomenclature telle qu'elle est pensée de nos jours ne répond plus à la façon dont les kinésithérapeutes exercent leur profession.

Le kiné du sport, par exemple, doit poser une série d'actes qui ne sont pas repris dans une nomenclature. En outre, tout le champ de la prévention dépend des communautés alors que le kiné dépend du fédéral.

Il y a donc un enjeu de société à resituer le kinésithérapeute dans le secteur de la santé publique. Ainsi, tout ce qui relève du mouvement dépend de la kinésithérapie. Et on sait combien la mise en mouvement est reconnue aujourd'hui par tous les acteurs de la santé comme étant un facteur de prévention majeur pour toute une série de pathologies. Va-t-on pour autant faire glisser cet aspect de la compétence des kinés vers les communautés et les régions, ou va-t-on le laisser au fédéral ?

Cette question doit être débattue, et je plaide pour que le parlement ou le ministre compétent fasse avancer le débat sur la place du kinésithérapeute dans le domaine de la santé publique, au-delà de la question très douloureuse qu'est le refus d'un agrément à de nombreux étudiants.

### **Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'indemnisation des pompiers et des ambulanciers volontaires» (n° 5-1399)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Dirk Claes (CD&V).** – *La rémunération que reçoivent les volontaires « normaux » ne peut être supérieure à 30,82 euros par jour et ne peut dépasser 1 232,92 euros par an. L'article 17quinquies de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 prévoit que ces restrictions ne s'appliquent pas aux catégories spéciales de volontaires, à savoir les pompiers volontaires visés à l'article 17quater. Leur indemnité de défraiement est exonérée de cotisations sociales pour autant que celle-ci ne dépasse pas le montant de 785,95 euros par trimestre. C'est donc sensiblement plus que pour un volontaire « normal ».*

*En outre, l'article 17quinquies ne s'applique pas non plus aux membres volontaires de la protection civile et aux volontaires occupés dans l'aide médicale urgente.*

*Mais l'article 17quinquies a été abrogé par l'arrêté royal du 9 mai 2007. S'ensuit dès lors une discussion pour savoir qui tombe ou non sous le coup de l'exonération, ce qui pose problème sur le terrain.*

*Je souhaiterais par conséquent poser quelques questions.*

*Quelle indemnité est-elle exonérée en ce qui concerne les pompiers volontaires ?*

*Quelle indemnité est-elle exonérée en ce qui concerne les*

*over de plaats van de kinesitherapeut in de gezondheidssector. De kinesitherapeut van vandaag is niet meer die van 20 of 50 jaar geleden. De technieken en de verwachtingen zijn sterk geëvolueerd. De huidige nomenclatuur beantwoordt niet langer aan de manier waarop de kinesitherapeuten hun beroep uitoefenen.*

*Zo moet een sportkinesitherapeut handelingen doen die in geen enkele nomenclatuur zijn opgenomen. Bovendien is heel de preventieve gezondheidszorg een gemeenschapsbevoegdheid, terwijl de kinesitherapie federaal blijft.*

*De samenleving heeft er belang bij dat de kinesitherapeut weer een plaats krijgt in de sector van de volksgezondheid. Alle sectoren van de gezondheidssector benadrukken dat beweging een zeer belangrijke preventieve factor is voor heel wat pathologieën. Wordt dat aspect naar de gemeenschappen en de gewesten overgeheveld of zal het federaal blijven?*

*Hierover moet het debat worden gevoerd. Ik pleit ervoor dat het parlement of de bevoegde minister het debat over de plaats van de kinesitherapeut op het domein van de volksgezondheid op gang brengt, los van het zeer pijnlijke punt dat aan veel studenten een erkenning werd geweigerd.*

### **Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vergoeding van de vrijwillige brandweerlieden en vrijwillige ambulanciers» (nr. 5-1399)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Dirk Claes (CD&V).** – De vergoeding die 'normale' vrijwilligers krijgen, mag niet meer dan 30,82 euro per dag bedragen en per jaar de 1232,92 euro niet overschrijden. Artikel 17quinquies van het koninklijk besluit van 28 november 1969 bepaalt dat deze beperkingen niet van toepassing zijn op speciale categorieën van vrijwilligers, namelijk de vrijwillige brandweerlieden zoals bedoeld in artikel 17quater. Hun onkostenvergoeding is vrijgesteld van socialezekerheidsbijdragen, voor zover ze het bedrag van 785,95 euro per kwartaal niet overschrijdt. Dat is dus aanzienlijk meer dan bij een 'normale' vrijwilliger.

Verder is artikel 17quinquies ook niet van toepassing op de vrijwillige leden van de civiele bescherming en de vrijwilligers ingeschakeld in de dringende geneeskundige hulpverlening.

Artikel 17quinquies wordt echter door het koninklijk besluit van 9 mei 2007 opgeheven. Daardoor is er discussie ontstaan over wie wel en wie niet onder de vrijstelling valt en dat geeft op het terrein toch wel problemen.

Ik heb dan ook de volgende vragen.

Welke onkostenvergoeding is vrijgesteld voor de vrijwillige brandweerlieden?

*ambulanciers volontaires qui travaillent dans l'aide médicale urgente ?*

*S'il s'avère que les pompiers volontaires reçoivent effectivement une rémunération supérieure à celle des ambulanciers volontaires, n'est-ce pas là une forme de discrimination que nous devrions éliminer ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Comme vous le savez, les pompiers volontaires ont un statut sui generis. En théorie, ils ne doivent payer aucune cotisation sociale, pour autant que la rémunération de leurs prestations comme pompier volontaire n'excède pas le montant de 996,74 euros par trimestre.*

*Bien que la réglementation ne prévoie rien à ce sujet, mon prédécesseur a précisé que la distinction entre prestations régulières et exceptionnelles reste applicable, comme c'était d'ailleurs le cas avant le 1<sup>er</sup> janvier 1991.*

*Sur la base de cette distinction, indépendamment de leur montant, les rémunérations octroyées aux pompiers volontaires pour prestations exceptionnelles, telles les prestations urgentes et imprévues, sont toujours exonérées de cotisations sociales.*

*Les rémunérations pour prestations régulières, comme les formations et exercices, sont uniquement exonérées de cotisations sociales si elles n'excèdent pas le montant de 996,74 euros par trimestre.*

*J'ajoute cependant que l'ONSSAPL impose toujours les prestations des pompiers volontaires dans le cadre de l'aide médicale urgente. Pour ces prestations, on ne tient donc pas compte du seuil de 996,74 euros par trimestre.*

*L'Institut de droit social de la KU Leuven a récemment mené une étude sur la sécurité sociale des pompiers volontaires. Les conclusions et propositions de cette étude ont fait l'objet d'une concertation entre les administrations concernées.*

*Mon administration prépare d'ailleurs en ce moment une proposition relative au statut sui generis.*

*Sur la base des travaux préparatoires de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, l'ONSSAPL estime que les ambulanciers volontaires qui travaillent dans l'aide médicale urgente, donc au service 100, ne relèvent pas de cette loi. Leurs rémunérations ne sont donc jamais exonérées de cotisations sociales.*

*Mais il n'y a pas unanimité sur cette interprétation. Certains considèrent en effet que les ambulanciers volontaires relèvent bel et bien de la loi relative aux droits des volontaires. Dans ce cas, ils peuvent bénéficier de défraiements réels ou forfaitaires sans devoir payer de cotisations sociales sur ces derniers.*

*Le défraiement forfaitaire s'élève actuellement à 30,82 euros par jour et à 1 232,92 euros par an. Les compensations que l'ambulancier volontaire perçoit de l'organisation peuvent être supérieures à ces montants, sans que ces défraiements ne soient assujettis à des prélèvements de sécurité sociale. Le volontaire doit alors prouver à l'aide de justificatifs qu'il s'agit de frais réels. Si cette condition n'est pas remplie, le*

Welke onkostenvergoeding is vrijgesteld voor de vrijwillige ambulanciers die werken in de dringende medische hulp?

Indien blijkt dat vrijwillige brandweerlieden inderdaad een hogere vergoeding krijgen dan vrijwillige ambulanciers, is er dan geen sprake van discriminatie en moeten we die dan niet uit de wereld helpen?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees u het antwoord van minister Onkelinx.

Zoals u weet, hebben de vrijwillige brandweerman een statuut sui generis. In theorie moeten ze geen socialezekerheidsbijdragen betalen, voor zover de vergoeding voor hun prestaties als vrijwillige brandweerman het bedrag van 996,74 euro per kwartaal niet overschrijdt.

Hoewel de regelgeving hierover niets bepaalt, verduidelijkte mijn voorganger dat het onderscheid tussen regelmatige en uitzonderlijke prestaties van toepassing blijft, zoals dat overigens al vóór 1 januari 1991 het geval was.

Op basis van dit onderscheid worden de vergoedingen die aan de vrijwillige brandweerlieden werden toegekend voor uitzonderlijke prestaties, zoals dringende en onvoorziene prestaties, altijd, ongeacht het bedrag, van sociale bijdragen vrijgesteld.

De vergoedingen voor regelmatige prestaties, zoals opleidingen en oefeningen, worden slechts van sociale bijdragen vrijgesteld indien ze het bedrag van 996,74 euro per kwartaal niet overschrijden.

Ik wil er toch aan toevoegen dat de RSZPPO de prestaties van de vrijwillige brandweerman in het kader van de dringende medische hulpverlening altijd belast. Voor deze prestaties houdt men dus geen rekening met de drempel van 996,74 euro per kwartaal.

Het Instituut voor Sociaal Recht van de KU Leuven heeft onlangs onderzoek gedaan naar de socialezekerheidsituatie van de 'vrijwillige brandweerman'. De conclusies en voorstellen van deze studie hebben het voorwerp uitgemaakt van overleg tussen de betrokken besturen.

Mijn bestuur werkt momenteel trouwens aan een voorstel rond het statuut sui generis.

De RSZPPO meent op basis van het voorbereidende werk van de vrijwilligerswet van 3 juli 2005 dat de vrijwillige ambulanciers die in de dringende medische hulp werken, dus de dienst 100, niet onder deze wet vallen. Op hun 'vergoedingen' moeten dus altijd socialezekerheidsbijdragen worden betaald.

Momenteel bestaat er over deze interpretatie echter geen eensgezindheid. Sommigen zijn immers de mening toegedaan dat vrijwillige ambulanciers wel degelijk onder de vrijwilligerswet vallen. In dat geval kunnen ze een forfaitaire of reële onkostenvergoeding ontvangen zonder dat ze daarop sociale bijdragen moeten betalen.

De forfaitaire onkostenvergoeding bedraagt momenteel 30,82 euro per dag en 1232,92 euro per jaar. De compensaties die de vrijwillige ambulancier van de organisatie ontvangt, kunnen hoger zijn dan deze bedragen, zonder dat er op deze onkostenvergoedingen socialezekerheidsbijdragen moeten

*volontaire est considéré comme un travailleur ordinaire et est redevable de cotisations sociales sur les montants perçus.*

*Comme les rémunérations que les pompiers volontaires reçoivent de l'ONSSAPL pour leurs prestations dans le cadre de l'aide médicale urgente sont entièrement assujetties à des prélèvements de sécurité sociale, il n'est pas questions de discrimination.*

*Enfin, la qualification des rémunérations des pompiers volontaires dans la sécurité sociale doit être assouplie. Mais, étant donné les implications budgétaires, c'est le prochain gouvernement qui devra se pencher sur cette question.*

**M. Dirk Claes (CD&V).** – *L'étude de la KUL sur le statut des volontaires m'intéresse beaucoup.*

*Je comprends évidemment qu'il n'y a pas de discrimination – il s'agit finalement d'une discrimination en sens inverse à l'égard des pompiers – mais les ambulanciers ont par contre un problème. Ils n'ont qu'une seule option : introduire des frais élevés pour être exonérés de cotisations sociales. C'est ce qui se passera dans la pratique.*

*De nombreux volontaires travaillent dans les services d'incendie et cela doit quand même être examiné. Lorsque le prochain ministre étudiera le statut des pompiers volontaires, j'insiste pour qu'il se penche aussi sur le statut des ambulanciers volontaires et qu'il élabore une réglementation globale. Cela résoudra les problèmes sur le terrain.*

### **Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la facturation aux clients des coûts de personnel des entreprises d'ambulances privées» (n° 5-1400)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Dirk Claes (CD&V).** – *Le mécontentement règne parmi les entreprises d'ambulances privées en raison de l'insuffisance de moyens financiers nécessaires au bon fonctionnement du service 100. La cause principale en est la diminution du nombre de volontaires, de sorte que l'on doit faire appel à davantage de travailleurs rétribués.*

*La seule solution au manque de moyens financiers auquel les entreprises d'ambulances privées sont confrontées est la facturation des frais de personnel aux personnes qui font appel à ces entreprises dans le cadre de l'aide médicale urgente.*

*L'arrêté royal du 7 avril 1995 mentionne uniquement la facturation de matériel et le remplacement d'ambulances. Il ne règle pas les frais de personnel. Les entreprises d'ambulances privées sont donc face à un dilemme. Soit elles facturent les frais de personnel et maintiennent leur budget en*

worden betaald. De vrijwilliger moet dan wel aan de hand van bewijsstukken aantonen dat het om reële kosten gaat. Indien aan deze verplichting niet wordt voldaan, wordt de vrijwilliger als een gewone werknemer beschouwd en zijn op de ontvangen bedragen socialezekerheidsbijdragen verschuldigd.

Aangezien de vergoedingen die de vrijwillige brandweerlieden krijgen voor hun prestaties in het kader van de dringende medische hulpverlening door de RSZPPO volledig aan de sociale zekerheid onderworpen zijn, is er geen sprake van discriminatie.

Ten slotte moet de kwalificatie in de sociale zekerheid van de vergoedingen van de vrijwillige brandweertuigen worden gestroomlijnd. Maar aangezien dit budgettaire gevolgen heeft, zal de volgende regering zich daarover moeten buigen.

**De heer Dirk Claes (CD&V).** – Ik ben zeker erg geïnteresseerd in de studie van de KUL, omdat ze over het statuut van de vrijwilliger gaat.

Ik begrijp natuurlijk dat er geen discriminatie is – eigenlijk gaat het om een omgekeerde discriminatie ten opzichte van de brandweermannen – maar vrijwillige ambulanciers hebben wel een probleem. Eigenlijk hebben ze maar één keuze: heel veel onkosten indienen om zo vrijstelling van sociale bijdragen te krijgen. Dat zal in de praktijk ook gebeuren.

Bij de vrijwillige brandweerposten werkt zeer veel personeel en dat moet toch eens worden bekeken. Wanneer de volgende minister het statuut van de vrijwillige brandweerman bekijkt, dring ik erop aan dat hij er ook het statuut van de vrijwillige ambulanciers in opneemt en een globale regeling uitwerkt. Dat zal de problemen op het terrein oplossen.

### **Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het doorrekenen van de personeelskosten van de private ambulancediensten» (nr. 5-1400)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Dirk Claes (CD&V).** – Bij de private ambulancediensten leeft er ongenoegen omdat ze te weinig financiële middelen hebben om de goede werking van de dienst 100 te waarborgen. De voornaamste oorzaak daarvan is de terugval in het aantal vrijwilligers, zodat meer beroepskrachten moeten worden ingeschakeld.

De enige uitweg voor het tekort aan financiële middelen die de private ambulancediensten zien, is het doorrekenen van de personeelskosten aan de personen die een beroep op hen doen in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening.

Het koninklijk besluit van 7 april 1995 heeft het enkel over het aanrekenen van materiaal en de vervanging van ambulances. De personeelskosten wordt in het koninklijk besluit niet behandeld. De private ambulancediensten staan dus voor een dilemma. Ofwel rekenen ze de personeelskosten door en houden ze hun budget in evenwicht, ofwel doen ze



*équilibre, soit elles ne le font pas et elles enregistrent des pertes sévères.*

*La législation permet-elle de facturer aux utilisateurs les frais de personnel des entreprises d'ambulances privées ?*

*Dans l'affirmative, quelle disposition légale peut-elle servir de base à cet effet ?*

*Dans la négative, quelle solution la ministre envisage-t-elle pour que les entreprises d'ambulances privées sortent de l'impasse ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*L'arrêté royal du 7 avril 1995 fixe le tarif du transport en ambulance applicable aux personnes visées à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente. Il prévoit un paiement forfaitaire censé couvrir tous les coûts, y compris les frais de personnel. Il est donc inexact de considérer que les frais de personnel ne sont pas couverts.*

*Aucun service participant à l'aide médicale urgente ne peut facturer davantage que le forfait établi. Les inspecteurs d'hygiène fédéraux ont entre autres pour mission de veiller au respect des tarifs légaux. J'ai d'ailleurs récemment constaté le rappel à l'ordre d'un service qui voulait facturer plus que ce qui est autorisé.*

*Mais il est exact que le financement prévu dans l'arrêté royal de 1995 peut entraîner des difficultés pour certains services à faible activité. Malheureusement, la situation budgétaire actuelle ne permet pas d'envisager à court terme une augmentation du financement de ces services.*

**M. Dirk Claes (CD&V)**. – *Si tout est actuellement compris dans le montant forfaitaire, on ne peut effectivement pas facturer de supplément. Mais je pense que le montant du forfait n'est pas adapté aux coûts salariaux actuels qui ont augmenté de manière substantielle. Il doit donc y avoir une adaptation afin de maintenir en vie les entreprises d'ambulances privées.*

*Il me revient également – mais j'ignore si c'est exact – qu'en Wallonie, les entreprises d'ambulances privées reçoivent une aide importante des provinces et que ces dernières s'approprient certaines tâches ou les organisent par le biais de l'aide médicale urgente. En Flandre, c'est beaucoup plus rare, et les entreprises d'ambulances privées sont un peu livrées à elles-mêmes.*

dat niet en zitten ze met een zwaar verlies.

Is het volgens de bestaande wetgeving mogelijk de personeelskosten van private ambulancediensten aan de gebruikers door te rekenen?

Zo ja, welke wettelijke bepaling kan daarvoor als basis dienen?

Zo nee, welke oplossing ziet de minister voor de private ambulancediensten om uit de financiële impasse te raken?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

Het koninklijk besluit van 7 april 1995 bepaalt het tarief voor ambulancevervoer dat van toepassing is op de personen opgenomen in artikel 1 van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening. Het koninklijk besluit voorziet in een forfaitaire betaling en dat betekent dat die betaling verondersteld wordt alle kosten te dekken, ook de personeelskosten. Het is dus onjuist te zeggen dat de personeelskosten niet zijn gedekt.

Geen enkele dienst die aan de dringende geneeskundige hulpverlening deelneemt, mag meer aanrekenen dan het vastgelegde forfait. De federale gezondheidsinspecteurs hebben onder andere de opdracht erop toe te zien dat de wettelijke tarieven worden nageleefd. Ik heb overigens onlangs kunnen vaststellen dat een dienst die meer wilde aanrekenen dan was toegestaan, daarvoor op het matje werd geroepen.

Maar het klopt wel dat de door het koninklijk besluit van 1995 opgelegde financiering voor sommige diensten met weinig activiteit, problemen kan opleveren. Helaas geeft de huidige budgettaire toestand geen ruimte om op korte termijn een hogere financiering van die diensten te overwegen.

**De heer Dirk Claes (CD&V)**. – Als momenteel in het forfaitaire bedrag alles inbegrepen is, kan men het inderdaad niet maken nog eens iets extra's aan te rekenen. Ik denk echter dat het bedrag van het forfait niet is aangepast aan de huidige loonkosten, die substantieel gestegen zijn. Er moet dus een bijsturing komen om de private ambulancediensten in leven te houden.

Ik hoor ook – maar ik weet niet of het klopt – dat de private ambulancediensten in Wallonië veel steun krijgen vanuit de provincies en dat de provincies daar bepaalde taken naar zich toe trekken of organiseren via de publieke dringende medische hulpverlening. In Vlaanderen bestaat dat veel minder en worden de private ambulancediensten zo'n beetje aan hun lot overgelaten.

**Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de la trithérapie dans le cadre du traitement des personnes atteintes d'hépatite C de génotype 1» (n° 5-1414)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Actuellement, la bithérapie est le traitement de référence de l'hépatite C. Il s'agit d'une combinaison de deux principes actifs : l'interféron, pour la réponse immunitaire, et la ribavirine, pour le médicament antiviral. L'objectif premier du traitement est l'éradication du virus, permettant la guérison de l'infection. Le VHC devient alors indétectable. La durée du traitement dépend principalement du génotype viral.

Concernant le génotype viral, le VHC est une grande famille : ce virus à ARN a une variété de génomes assez importante. Il existe six principaux génotypes, notés de 1 à 6, et de nombreux sous-types. Ces génotypes ne sont pas responsables d'évolutions significativement différentes de l'hépatite. Ils ont par contre une importance dans la réponse aux traitements. En Europe, c'est le génotype 1 qui est le plus fréquent et aussi celui qui rend la réponse la plus faible aux traitements de bithérapie.

Le développement de nouvelles molécules, comme les inhibiteurs des enzymes virales, les protéases et les polymérasés, s'avère aujourd'hui indispensable. Dans ce domaine, ce sont les résolutions des structures tridimensionnelles des enzymes virales qui ont représenté une avancée importante car elles permettent de développer des inhibiteurs spécifiques de ces enzymes. Deux inhibiteurs de protéases du virus de l'hépatite C sont actuellement examinés par la commission de remboursement des médicaments de l'INAMI.

Ces nouveaux traitements de l'hépatite C ont pour caractéristiques dans leur utilisation d'être obligatoirement associés aux molécules de l'interféron et de la ribavirine et de les limiter aux génotypes 1.

La trithérapie permettrait, chez des malades naïfs, c'est-à-dire les patients n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral, et des patients en échec – ceux qui ne répondent pas à la bithérapie – ayant une hépatite C de génotype 1 d'obtenir un taux de guérison de l'infection estimé de deux à six fois plus élevé et une durée de traitement qui pourrait être réduite de moitié chez deux tiers des malades. À terme, une diminution du nombre de patients traités et de la durée du traitement serait de nature à engendrer une économie sensible pour le budget des soins de santé.

Les études scientifiques et les essais cliniques semblent confirmer l'intérêt et la supériorité de ces nouvelles molécules. Nous pouvons espérer leur mise prochaine sur le marché mais un obstacle technique pourrait subsister quant à

**Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van HAART-therapie voor patiënten met hepatitis C genotype 1» (nr. 5-1414)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *Momenteel is bithérapie de referentiebehandeling voor hepatitis C. Die behandeling bestaat uit een combinatie van twee actieve bestanddelen: interferon voor de immuunreactie en ribavirine, een antiviraal medicijn. Het hoofddoel van de behandeling is de uitroeiing van het virus, zodat de infectie kan genezen. Het HCV is daardoor niet meer op te sporen. De duur van de behandeling hangt vooral af van het virale genotype.*

*Wat het virale genotype betreft, behoort HCV tot een grote familie: dat RNA-virus heeft vrij veel genoomvarianten. Er zijn zes hoofdgenotypes, genummerd van 1 tot 6, en talrijke subtypes. Die genotypes uiten zich niet in significant verschillende evoluties van hepatitis. Ze hebben wel belang in de respons op de behandelingen. In Europa komt genotype 1 het meest voor. Dat is de vorm die het minst goed reageert op de bithérapie.*

*De ontwikkeling van nieuwe moleculen, zoals de virale enzymremmers, de proteasen en polymerasen blijkt vandaag onmisbaar. Er is grote vooruitgang geboekt op het gebied van de oplossingen van tridimensionale structuren van virale enzymen, want ze maken het mogelijk specifieke enzymremmers te ontwikkelen. Twee inhibitoren van proteasen van het hepatitis C-virus worden momenteel onderzocht door de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen van het RIZIV.*

*Die nieuwe behandelingen van hepatitis C hebben als kenmerk dat ze onvermijdelijk aan de interferon – en de ribavirinemoleculen worden gebonden en dat die moleculen beperkt worden tot genotypen 1.*

*De trithérapie zou het mogelijk maken om bij naïeve patiënten – dat zijn patiënten die nog nooit een antiretrovirale behandeling hebben gekregen – en bij patiënten die niet reageren op de bithérapie en die een hepatitis C van genotype 1 hebben, een genezingsgraad van de infectie te bereiken die twee tot zes keer zo hoog ligt. Bovendien zou de behandelingstermijn bij twee derde van de zieken tot de helft kunnen worden gereduceerd. Op termijn zou een vermindering van het aantal behandelde patiënten en van de duur van de behandeling een aanzienlijke besparing voor het budget van de gezondheidszorg meebrengen.*

*De wetenschappelijke studies en de klinische tests lijken het belang en de superioriteit van die nieuwe moleculen te bevestigen. We kunnen hopen dat ze snel op de markt komen, maar er is misschien nog een technische hinderpaal op het*

la prescription et à l'accès pour les patients à ces nouveaux traitements dans le contexte d'enregistrement et réglementaire actuel. En effet, lorsqu'une bithérapie est prescrite pour l'hépatite C, les deux molécules sont remboursées pour autant qu'elles s'inscrivent dans une combinaison fixe d'interféron et de ribavirine. En revanche, en ce qui concerne la trithérapie, l'inhibiteur de protéases doit être obligatoirement associé aux molécules d'interféron et de la ribavirine pour être remboursé et en prescrivant l'inhibiteur dans la trithérapie, les molécules de l'interféron et de la ribavirine ne sont pas remboursées – elles sont donc à charge du patient – car ces molécules font actuellement l'objet d'un remboursement uniquement en mono ou en bithérapie, et non en trithérapie.

Cette situation, connue depuis un certain temps déjà, fait régulièrement l'objet de discussions qui n'aboutissent pas au sein de la Commission de remboursement des médicaments. Dernièrement, elle a été évoquée lors du symposium organisé le 11 octobre par la Commission de remboursement des médicaments, à la fois par le président de la Commission de remboursement des médicaments et par le représentant du cabinet de la ministre, qui ont demandé qu'une solution soit non seulement trouvée afin que les patients qui pourraient bénéficier de la trithérapie ne soient pas pénalisés, mais également qu'elle soit appliquée d'urgence dans la mesure où les inhibiteurs de protéases seront sur le marché au cours du premier semestre 2012.

Quelles sont les raisons ou les obstacles qui s'opposent à une solution qui permettrait de régler définitivement cette situation ?

Comment la ministre compte-t-elle résoudre – et dans quels délais – la question du remboursement des spécialités utilisées en bithérapie à l'heure actuelle, mais qui ne seront pas remboursées en trithérapie dans l'avenir ? En d'autres termes, par quelle voie simple et rapide compte-t-elle obtenir le remboursement de tous les éléments d'une trithérapie ?

Existe-t-il des problématiques semblables pour d'autres pathologies ?

Je constate régulièrement que les deux molécules composant une combinaison fixe proviennent d'une même firme pharmaceutique. Pour quelles raisons et par quels mécanismes certaines combinaisons se voient-elles ainsi définies ?

Cette décision n'est-elle pas limitée par rapport aux règles de la concurrence dans ce cas de figure ?

Quand une combinaison est définie, que se passe-t-il lorsque l'une des deux molécules perd son brevet et qu'un médicament générique arrive sur le marché ?

Enfin, comment fonctionne le remboursement de combinaisons de thérapies pour le traitement du VIH/SIDA ?

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Je vous lis la réponse de la ministre. La Commission de remboursement des médicaments estime que le remboursement d'une trithérapie contre l'hépatite C se heurte à un problème de non-concordance des notices. La notice des deux composants existants, interféron et ribavirine, ne mentionne nulle part leur utilisation en trithérapie. Ils ne peuvent donc être remboursés

*vlak van het voorschrift en de toegang voor de patiënten tot die nieuwe behandelingen in de huidige registratie en reglementering. Immers, als een bithérapie voor hepatitis wordt voorgeschreven, worden beide moleculen terugbetaald voor zover ze deel uitmaken van een vaste combinatie van interferon en ribavirine. Bij trithérapie daarentegen moet de proteasainhibitor gebonden worden aan interferon- en ribavirinemoleculen om terugbetaald te worden. Door de inhibitor voor te schrijven in een trithérapie worden de interferon- en ribavirinemoleculen niet terugbetaald, en vallen ze ten laste van de patiënt, aangezien die moleculen momenteel enkel worden terugbetaald als ze deel uitmaken van een mono- of bithérapie, maar niet van een trithérapie.*

*Over die situatie, die al een tijdje bestaat, worden geregeld besprekingen gevoerd, maar die leiden niet tot enig resultaat in de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen. Op het symposium dat op 11 oktober werd georganiseerd door de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen werd die vraag opgeworpen door zowel de voorzitter van de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen als door de vertegenwoordiger van het kabinet van de minister. Ze vroegen een oplossing zodat niet alleen de patiënten die gebaat zouden zijn bij trithérapie niet worden gestraft, maar ook dat trithérapie onverwijld wordt toegepast wanneer de proteasainhibitoren op de markt komen tijdens het eerste semester van 2012.*

*Wat verhindert dat er een oplossing komt om die situatie definitief te regelen?*

*Hoe en wanneer denkt de minister de kwestie van de terugbetaling van de specialiteiten die momenteel in bithérapie worden gebruikt, maar in de toekomst in trithérapie niet zullen worden terugbetaald, op te lossen? Met andere woorden, via welke eenvoudige en snelle weg denkt ze de terugbetaling van alle bestanddelen van een trithérapie te bekomen?*

*Doen er zich vergelijkbare problemen voor bij andere ziekteverschijnselen?*

*Ik stel regelmatig vast dat de twee moleculen van een vaste combinatie afkomstig zijn van eenzelfde farmaceutische firma. Waarom en via welke mechanismen worden bepaalde combinaties bepaald?*

*Raakt de beslissing daarover niet aan de concurrentieregels?*

*Wat gebeurt er als één van beide moleculen uit een gedefinieerde combinatie zijn octrooi verliest en een generiek geneesmiddel op de markt verschijnt?*

*Tot slot, hoe werkt de terugbetaling van combinaties van therapieën voor de behandeling van HIV/Aids?*

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik geef het antwoord van de minister.

*De Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen meent dat de terugbetaling van een trithérapie voor hepatitis C op het probleem van tegenstrijdige bijsluiters botst. De bijsluiter van beide bestaande bestanddelen, interferon en ribavirine, vermelden nergens het gebruik in een trithérapie. Ze kunnen*

pour cette utilisation particulière.

Le problème vient du fait que le fabricant est considéré comme étant le propriétaire de la notice du médicament et qu'il n'existe à ce jour aucun outil légal permettant aux autorités publiques d'interférer dans cette matière. Une solution consisterait à compléter l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 de manière à ce que, dès qu'une molécule obtient une autorisation d'utilisation pour un traitement de bithérapie, trithérapie, quadrithérapie, etc., les autres composants puissent faire l'objet d'un remboursement pour ce traitement.

Le problème se pose rarement pour l'instant mais il existe également pour la bithérapie capécitabine plus lapatinib contre le cancer du sein. Les traitements combinés contre le SIDA sont basés sur les notices des antirétroviraux, qui ne précisent pas nécessairement les molécules composantes d'une trithérapie. En outre, il existe des associations fixes comme Atripla. Pour une association fixe, le problème que vous soulevez ne se pose pas car les différents composants se trouvent tous dans le même comprimé.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Je remercie la ministre pour sa réponse. Il s'agit d'un problème de non-concordance des notices. Il faudrait donc modifier l'arrêté royal de 2001, ce qui relève des compétences de la ministre. Je présume que vous allez me dire que le gouvernement étant en affaires courantes, elle est pour l'instant dans l'incapacité d'agir. Il ne nous reste qu'à attendre l'avènement d'un nouveau gouvernement.

### **Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la perte des primes dont bénéficient les infirmiers spécialisés» (n° 5-1218)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Les infirmiers spécialisés en oncologie, gériatrie, dans les soins d'urgence ou intensifs peuvent bénéficier d'une prime particulière. Celle-ci est octroyée dans le cadre d'une réglementation que la ministre a élaborée, à juste titre d'ailleurs, en 2009 en vue de rendre plus attractive cette profession en pénurie. La prime peut varier de 1 100 à 3 350 euros bruts par an en fonction de la spécialisation et du nombre d'heures effectuées.*

*Normalement, cette prime est versée avec le salaire de septembre, ce qui a été fait pour la première fois en 2010, mais rien n'a fonctionné comme il faut cette année, le SPF Santé publique n'étant pas parvenu à finaliser le traitement administratif des dossiers. L'organisation patronale Zorgnet Vlaanderen a prévenu que cela pourrait aboutir à la suppression de la prime en 2011.*

*Comment la ministre explique-t-elle que le calcul et le paiement des primes n'ont pas été menés à terme ? La ministre partage-t-elle mon analyse selon laquelle un tel*

*du niet worden terugbetaald voor dat specifieke gebruik.*

*Het probleem vloeit voort uit het feit dat de fabrikant beschouwd wordt als de eigenaar van de bijsluiter van het geneesmiddel en dat er momenteel geen enkel wettelijk instrument bestaat waarmee de publieke autoriteiten kunnen optreden in die materie. Een oplossing zou erin bestaan artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 december 2001 te wijzigen zodat, zodra een molecule wordt toegelaten voor gebruik in een bithherapie, trithherapie, quadrithherapie, enzovoort, de andere bestanddelen kunnen worden terugbetaald voor die behandeling.*

*Het probleem treedt momenteel zelden op, maar het bestaat ook voor de bithherapie van capecitabine samen met lapatinib tegen borstkanker. De gecombineerde behandelingen tegen aids zijn gebaseerd op de bijsluiters van de antiretrovirale middelen, die niet noodzakelijk de moleculen specificeren die de bestanddelen vormen van de trithherapie. Bovendien bestaan er vaste verbindingen zoals Atripla. Voor een vaste samenstelling doet het probleem dat u beschrijft, zich niet voor aangezien de verschillende bestanddelen allemaal in dezelfde tablet zitten.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – *Het betreft een probleem van tegenstrijdige bijsluiters. Het koninklijk besluit van 2001 moet dus worden gewijzigd, wat tot de bevoegdheid van de minister behoort. Ik veronderstel dat u zult antwoorden dat de minister op dit ogenblik niets kan doen omdat de regering in lopende zaken is. We kunnen alleen maar wachten op de komst van een nieuwe regering.*

### **Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verlies van premies voor gespecialiseerde verpleegkundigen» (nr. 5-1218)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – *Verpleegkundigen die zich specialiseerden in oncologie, geriatrie, spoeddiensten of intensieve verzorging, kunnen een bijzondere premie krijgen. Deze incentive maakt deel uit van een regeling die de minister, volkomen terecht trouwens, in 2009 uitwerkte om dit knelpuntberoep aantrekkelijker te maken. De premie kan variëren van 1 100 tot 3 350 euro bruto per jaar, afhankelijk van de specialisatie en het aantal gepresteerde uren.*

*Normaliter wordt deze premie samen met het loon van september gestort. In 2010 gebeurde dat voor de eerste keer, maar dit jaar lijkt het helemaal mis te lopen, want de FOD Volksgezondheid slaagde er niet in de administratieve verwerking van de dossiers rond te krijgen. Zorgnet Vlaanderen trok aan de alarmbel en waarschuwde dat dit ervoor kan zorgen dat de premie in 2011 gewoon vervalft.*

*Hoe verklaart de minister dat de berekening en uitbetaling van de premies fout liepen? Beamt de minister mijn analyse dat zo'n mislukking een averechts effect sorteert bij de doelgroep,*

*échec produit un effet contraire parmi le groupe cible, en l'occurrence les infirmiers spécialisés ? Au lieu de stimuler, le système décevra et alimentera le cynisme envers la politique et l'autorité.*

*La ministre peut-elle explicitement garantir que la prime ne sera pas supprimée cette année et qu'elle sera en tout cas octroyée et payée ? La ministre peut-elle communiquer un délai concret ? La ministre chargera-t-elle le SPF Santé publique de s'excuser auprès des ayants droit ? La ministre peut-elle garantir que cette mésaventure ne se reproduira plus en 2012 ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Contrairement à ce qui a peut-être été diffusé ou compris, aucun problème ne se pose sur le plan budgétaire ou parmi les employeurs. Les infirmiers qui disposaient avant septembre de leur titre ou qualification n'ont par conséquent aucune difficulté à obtenir la prime lorsqu'ils répondent aux autres critères.*

*La difficulté se situe au niveau de la date d'octroi du titre professionnel particulier ou de la qualification professionnelle particulière. L'examen des dossiers concernés a en effet pris du retard compte tenu des personnels disponibles et du nombre de demandes introduites.*

*Afin d'éviter de pénaliser les infirmiers eux-mêmes, le système sera adapté. L'octroi des titres et qualifications aura lieu à la date à laquelle le dossier a été introduit. Ainsi le retard dans le traitement des dossiers n'aura aucune influence sur la date d'agrément.*

*Pour les dossiers antérieurs, c'est-à-dire ayant déjà fait l'objet d'une décision, mon administration adressera à chaque infirmier concerné, avant fin novembre 2011, une lettre leur précisant à partir de quelle date leur dossier réputé complet peut être pris en compte pour agrément. Cette lettre tiendra lieu d'attestation pour l'employeur et accordera aux intéressés le droit à la prime à partir de cette date, donc indépendamment du retard dans le traitement de leur dossier.*

*Les employeurs recevront une circulaire les informant de l'envoi à certains infirmiers de l'attestation précitée qui donne droit à la prime vu que la date de l'attestation vaut date d'agrément.*

*Cette circulaire précisera en outre que l'on prendra en compte l'ensemble de la période pour calculer le montant définitif des primes. Le montant attribué à ce jour est en effet provisoire et sera adapté lors des révisions. Ces dispositions valent pour les hôpitaux et les maisons de repos et de soins. Grâce à ces adaptations, il n'y aura plus de problème dans le futur.*

**M. Bert Anciaux (sp.a)**. – *Si je comprends bien, les primes seront payées. C'est le plus important. Le moment dépend un peu de la circulaire qui sera envoyée avant la fin du mois.*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *C'est exact.*

in casu de gespecialiseerde verpleegkundigen? In de plaats van een stimulans te zijn, zal het systeem voor teleurstelling zorgen en het cynisme over de politiek en de overheid voeden.

Kan de minister expliciet en ondubbelzinnig waarborgen dat de premie dit jaar niet zal vervallen en in elk geval wordt toegekend en uitbetaald? Kan de minister daar een concrete termijn op zetten? Zal de minister de FOD Volksgezondheid opdracht geven om zich bij de rechthebbenden te verontschuldigen? Kan de minister waarborgen dat deze mislukking zich in 2012 niet zal herhalen?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van mevrouw Onkelinx.

In tegenstelling tot wat misschien werd verspreid of begrepen, is er voor de begroting of bij de werkgevers geen enkel probleem. Verpleegkundigen die vóór september al hun titel of bekwaamheid hadden, ondervinden bijgevolg geen enkele probleem om de premie te ontvangen, als ze aan de andere criteria voldoen.

Het probleem ligt bij de datum waarop de bijzondere beroepstitel of beroepsbekwaamheid wordt toegekend. Het onderzoek van de dossiers heeft immers vertraging opgelopen: het aantal beschikbare personeelsleden is immers niet afgestemd op het aantal ingediende aanvragen.

Om te vermijden dat de verpleegkundigen zelf hiervan de dupe worden, zal het systeem worden aangepast. De toekenning van de titels en bekwaamheden zal gebeuren op de datum waarop het dossier werd ingediend. Zo heeft de vertraging in de behandeling van de dossiers geen enkele invloed op de toekenningsdatum.

Voor de oudere dossiers, waarin de beslissing dus al is genomen, zal mijn bestuur vóór het einde van november 2011 alle verpleegkundigen een brief sturen met de datum waarop hun volledig geachte dossier voor erkenning in aanmerking kan komen. Deze brief geldt als attest voor de werkgever en geeft de betrokkenen het recht op de premie vanaf die datum, dus ongeacht de vertraging in de behandeling van hun dossier.

De werkgevers zullen een circulaire ontvangen die hen inlicht dat bepaalde verpleegkundigen het voornoemde attest zullen ontvangen dat hen recht geeft op de premie, aangezien de datum van het attest geldt als de datum van erkenning.

Deze circulaire verduidelijkt bovendien dat met de hele periode rekening wordt gehouden om het definitieve bedrag voor de premies te berekenen. De som die tot nog toe werd toegekend, is immers maar voorlopig en wordt op basis van de herzieningen aangepast. Deze bepalingen gelden voor de ziekenhuizen en voor de rust- en verzorgingstehuizen. Door al deze aanpassingen zullen er in de toekomst geen probleem meer zijn.

**De heer Bert Anciaux (sp.a)**. – Als ik het goed begrijp, dan zullen de premies worden betaald. Dat is het belangrijkste. Het tijdstip hangt een beetje af van de circulaire die voor het einde van de maand vertrekt.

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Dat klopt.

**Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les avantages des maisons médicales et leur développement» (n° 5-1386)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Les maisons médicales combinent un grand nombre d'avantages et peuvent, pour diverses raisons, faire radicalement la différence dans les soins de santé de base. Tout d'abord, elles offrent à leurs patients inscrits des consultations au tarif de remboursement. On transforme ainsi la médecine basée sur les prestations en une médecine de service. Les patients ne doivent pas payer, même pas l'euro que certains médecins appliquent en guise de faveur et les médecins ne doivent pas faire trop de consultations. On confère ainsi un seuil très bas à l'offre de services médicaux. On freine en même temps et naturellement la surconsommation et on stimule un juste dosage des consultations.*

*Les médecins sont en outre engagés comme salariés et peuvent beaucoup mieux organiser leur vie privée, bien qu'ils aient bien entendu moins de revenus.*

*Les dizaines de maisons médicales présentent également une qualité très particulière. Elles attirent en effet les patients qui, sans elles, consulteraient trop peu. Le public des maisons médicales se compose essentiellement de personnes socialement vulnérables et désavantagées. Les personnes les plus exclues, les sans-papiers, peuvent aussi s'y adresser pour une concrétisation de leurs droits humains. Une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé qui compare les soins en médecine forfaitaire avec les soins en médecine basée sur les prestations, n'a pas trouvé un groupe comparable dans cette dernière ! L'objectif des maisons médicales est et reste toutefois de s'adresser à des patients d'horizons sociaux divers afin d'éviter qu'apparaissent des prestataires de soins de santé pour certaines catégories de personnes et des soins de santé à deux vitesses.*

*Tout ceci a également une influence favorable sur les coûts des soins de santé car, grâce à la nature du financement, les maisons médicales visent un nombre aussi limité que possible de consultations sans que la qualité de leur service ne soit mise en péril.*

*Malgré l'indéniable série de caractéristiques positives, les maisons médicales restent encore trop peu présentes dans les nombreux quartiers où la concentration de manque de soins et de pauvreté est grande. Ceci suscite l'étonnement.*

*La ministre estime-t-elle que le concept des maisons de santé a un effet cumulatif positif sur les soins de santé de base ?*

*La ministre confirme-t-elle que les maisons médicales jouent, surtout vis-à-vis des groupes socialement vulnérables et exclus, un rôle de fer de lance, et qu'elles présentent un équilibre coûts-bénéfices extrêmement favorable ?*

*Comment la ministre explique-t-elle que, malgré toutes ces caractéristiques positives, il n'existe qu'un nombre*

**Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de voordelen van wijkgezondheidscentra en hun uitbreiding» (nr. 5-1386)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Wijkgezondheidscentra combineren een groot aantal voordelen en kunnen om diverse redenen een ingrijpend verschil maken in de basisgezondheidszorg. Om te beginnen bieden ze hun ingeschreven patiënten consultaties tegen terugbetalingstarief. Daardoor verandert de prestatiegeneeskunde in een servicegeneeskunde. Patiënten hoeven niet te betalen, zelfs niet de ene euro die sommige artsen als gunst toepassen, en artsen hoeven niet te veel consultaties te beleggen. Daardoor krijgt de medische dienstverlening een zeer lage drempel, wordt er meteen een natuurlijke rem gezet op overconsumptie en wordt een juiste dosering van consultaties gestimuleerd.

De artsen zijn bovendien als werknemer in dienst en kunnen hun persoonlijk leven veel kwaliteitsvoller inrichten, hoewel ze uiteraard minder inkomsten hebben.

De ondertussen tientallen wijkgezondheidscentra bewijzen in de praktijk ook dat ze een zeer bijzondere kwaliteit hebben. Ze trekken namelijk patiënten aan die anders te weinig op consultatie zouden gaan. Het publiek van de wijkgezondheidscentra bestaat in significante mate uit maatschappelijk kwetsbare en achtergestelde mensen. Ook de meest uitgestoten mensen, de sans-papiers, kunnen er terecht voor een concretisering van hun mensenrecht. Een studie van het Kenniscentrum Gezondheid die de zorg in de forfaitaire geneeskunde vergelijkt met de zorg in de prestatiegeneeskunde, vond niet eens een vergelijkbare groep in de prestatiegeneeskunde! Het streefdoel van de wijkgezondheidscentra is en blijft echter een sociale patiëntenmix te bereiken om te voorkomen dat er categoriale zorgverstrekkers ontstaan en dat er een duale gezondheidszorg ontstaat.

Dat alles heeft ook een gunstig gevolg op de kosten van de gezondheidszorg, want door de aard van de financiering beogen wijkgezondheidscentra zo weinig mogelijk consultaties, zonder dat de kwaliteit van hun service in het gedrang komt.

Ondanks de onmiskenbare reeks van positieve eigenschappen blijven wijkgezondheidscentra nog in te beperkte mate aanwezig in de vele wijken waar de concentratie van achterstelling en armoede groot is. Dat wekt verwondering.

Beaamt de minister dat het concept van de wijkgezondheidscentra een cumulatief positief effect heeft op de basisgezondheidszorg?

Bevestigt de minister dat wijkgezondheidscentra, zeker met betrekking tot maatschappelijk kwetsbare en achtergestelde groepen, een speerpuntrol vervullen, met een uiterst gunstig kosten-batenresultaat?

Hoe verklaart de minister dat er ondanks al die positieve

*relativement limité de maisons médicales ? La ministre estime-t-elle également que la création de telles maisons dépend encore totalement de l'enthousiasme des initiateurs et de la bonne volonté des autorités locales, parmi lesquelles figurent des personnes radicalement opposées au concept ? La ministre pense-t-elle que les initiateurs sont suffisamment encouragés ou soutenus par les autorités fédérales ?*

*La ministre est-elle d'accord pour dire que, de ce fait, de nombreux quartiers ne peuvent pas encore profiter des services d'une maison médicale qui sont en tous points supérieurs au reste des soins de santé de base ?*

*La ministre envisage-t-elle de prendre des mesures particulières pour stimuler la création de maisons médicales, par exemple avec des prêts sans intérêt, des avances sur des subsides estimés ou d'autres instruments ? La ministre a-t-elle déjà préparé des propositions à ce sujet ? Est-elle disposée à développer sur ce point une politique d'incitation ?*

*La ministre estime-t-elle qu'il est indiqué d'élaborer un agrément pour les maisons médicales eu égard à leur impact particulier sur les plans social et financier ainsi que sur la promotion de la santé ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de Mme Onkelinx.*

*Il est certain que les maisons médicales favorisent l'accès aux soins de première ligne et sont dès lors un outil important de la politique globale concernant l'accès aux soins.*

*Le nombre de maisons médicales est un peu moins élevé en Flandre mais ceci est compensé par le nombre plus élevé de médecins qui y travaillent par rapport à la Wallonie et à Bruxelles.*

*Il faut par ailleurs préciser à ce sujet que les maisons médicales en Communauté française peuvent entrer en considération pour un agrément « Centre de soins intégrés » et qu'une réglementation équivalente n'existe actuellement pas en Communauté flamande. Cette différence a entre autres un impact sur les possibilités de financements complémentaires, en sus des montants payés dans le cadre de l'assurance maladie.*

*Il n'existe pas d'incitant spécifique à la création d'une maison médicale mais n'oublions pas que les maisons médicales entrent en considération pour des mesures de soutien à la médecine générale, comme celles qui ont été prises via le fonds Impulse. Sur cette base, les maisons médicales peuvent demander un soutien financier pour pratique de groupe.*

*On peut donc de facto conclure qu'il existe déjà des mesures de soutien de la médecine générale qui comprennent aussi des incitants à la création des maisons médicales. L'évolution future du financement des maisons médicales dépendra du contexte budgétaire et de l'évolution institutionnelle.*

**M. Bert Anciaux (sp.a)**. – *Le problème est qu'il est actuellement difficile d'entamer un débat. Je me réjouis que la ministre reconnaisse la valeur des maisons médicales mais*

*eigenschappen relatief weinig wijkgezondheidscentra bestaan? Vindt de minister ook dat het opstarten van zo'n centrum nog volledig afhangt van het enthousiasme van bevoegen initiatiefnemers en de goodwill van lokale besturen – waarin vaak sterke opposanten van het concept aanwezig zijn – en dat de initiatiefnemers weinig of niet door de federale overheid worden gestimuleerd of ondersteund?*

*Is de minister het ermee eens dat daardoor nog heel wat buurten en wijken niet kunnen genieten van de dienstverlening van wijkgezondheidscentra, die op alle vlakken superieur is aan de rest van de basisgezondheidszorg?*

*Overweegt de minister bijzondere maatregelen om de start van wijkgezondheidscentra te stimuleren, bijvoorbeeld met renteloze leningen, voorschotten op geraamde subsidies of andere instrumenten? Heeft de minister hiervoor al voorstellen klaar en is ze bereid op dit punt een sterk stimulerende beleid te ontwikkelen?*

*Beaamt de minister dat het wenselijk is voor de wijkgezondheidscentra een erkenning uit te werken van hun bijzondere sociale, financiële en gezondheidsbevorderende effecten?*

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – *Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.*

*Het lijkt geen twijfel dat de wijkgezondheidscentra de toegang tot de eerstelijnszorg bevorderen en zo een belangrijk instrument zijn van het globale beleid rond zorgtoegankelijkheid.*

*In Vlaanderen ligt het aantal wijkgezondheidscentra misschien iets lager, maar dat wordt gecompenseerd doordat ze er, in vergelijking met Wallonië en Brussel, met meer artsen werken.*

*In dat verband moeten we overigens opmerken dat de wijkgezondheidscentra in de Franse Gemeenschap in aanmerking kunnen komen voor een erkenning als 'Centre de soins intégrés' en dat er in Vlaanderen momenteel geen vergelijkbare regeling bestaat. Dat onderscheid heeft onder meer een impact op eventuele bijkomende financieringsmiddelen bovenop wat er in het kader van de ziekteverzekering wordt betaald.*

*Er bestaan geen specifieke stimuli voor het oprichten van een wijkgezondheidscentrum, maar we mogen niet vergeten dat de centra in aanmerking komen voor ondersteuningsmaatregelen voor de huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld via het impulsfonds. Op basis daarvan kunnen wijkgezondheidscentra een financiële ondersteuning als groepspraktijk vragen.*

*De facto bestaan er momenteel al maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, die ook stimuli bevatten om wijkgezondheidscentra op te richten. Het verdere verloop van de financiering van de wijkgezondheidscentra zal afhangen van de budgettaire context en de institutionele evolutie.*

**De heer Bert Anciaux (sp.a)**. – *Het probleem is dat we nu moeilijk in debat kunnen gaan. Ik ben blij dat de minister de waarde van de wijkgezondheidscentra erkent, maar ik denk*

*je pense que nous devons en effet encore travailler à un meilleur agrément afin de renforcer ces effets sociaux, financiers et de promotion de la santé. J'espère que le nouveau gouvernement sera attentif à ce dossier.*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Nous sommes certainement d'accord quant à l'objectif.*

### **Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation relativement faible des médicaments génériques en Belgique» (n° 5-1389)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Il n'est plus besoin de démontrer les grands avantages des médicaments génériques. Ils entraînent une réduction non seulement du coût des médicaments pour le patient mais aussi, dans une mesure au moins aussi grande, des dépenses pour les interventions de l'INAMI. Malgré ces avantages indéniables, la consommation des médicaments génériques en Belgique reste bien en-deçà du niveau de nos pays voisins. C'est ce qu'affirme FeBelGen, la fédération des fabricants de ces médicaments.*

*Malgré tous les avantages possibles, il apparaît que la vente des médicaments génériques représente 12% du volume en pharmacie : 15% des boîtes vendues et 22% des doses journalières.*

*Dans le circuit des hôpitaux, la part des médicaments génériques représente moins de 2%. Ce résultat médiocre peut notamment être expliqué par le fait que les hôpitaux peuvent mettre sur le compte de l'INAMI les produits de marque au prix plein alors qu'ils peuvent les acheter à un prix fortement réduit, jusqu'à 70% du prix de vente habituel. Les médicaments génériques sont en effet payés au moyen d'une enveloppe de financement, d'un forfait, et il est plus intéressant pour les hôpitaux d'acheter des médicaments chers qui ne relèvent pas de cette enveloppe. Le gain ainsi réalisé par les hôpitaux est utilisé pour financer d'autres coûts.*

*La ministre confirme-t-elle les chiffres de FeBelGen relatifs à la part des médicaments génériques dans la vente en pharmacie et ceux concernant la part particulièrement faible des médicaments génériques dans la distribution en hôpital ? Comment la ministre explique-t-elle cette faible part, tant dans l'absolu que par rapport à nos pays voisins ?*

*La ministre estime-t-elle que les hôpitaux peuvent porter à la charge de l'INAMI le prix plein d'un produit de marque alors qu'ils achètent ces médicaments avec une forte réduction ? Cette pratique partout répandue, mais curieuse voire contestable, constitue-t-elle une des raisons pour lesquelles les hôpitaux n'achètent pas de médicaments génériques moins chers ? La ministre trouve-t-elle acceptable que cette pratique, qu'on peut quand même interpréter comme une forme de fraude institutionnalisée, soit couverte et continue à*

dat we inderdaad nog moeten werken aan een betere erkenning om net die sociale, financiële en gezondheidsbevorderende effecten nog te versterken. Ik hoop dat de nieuwe regering voor deze materie oog zal hebben.

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – We zijn het zeker eens over het doel.

### **Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het relatief geringe aandeel van generieke geneesmiddelen in België» (nr. 5-1389)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – De grote voordelen van generieke geneesmiddelen behoeven nog weinig betoog. Niet alleen kosten die medicamenten de patiënt veel minder, in minstens even grote mate zorgen ze voor een vermindering van de uitgaven voor tussenkomsten van de RIZIV. Ondanks deze ontegensprekelijke voordelen blijft het gebruik van generieke geneesmiddelen in België ver onder het niveau van de omringende landen. Dat zegt FeBelGen, de federatie van fabrikanten van die medicamenten.

Ondanks alle mogelijke voordelen blijkt dat de verkoop van generieke geneesmiddelen in de apotheken 12% van de omzet bedraagt: 15% van de verkochte doosjes en 22% van de dagelijkse doses.

In het circuit van de ziekenhuizen bedraagt het aandeel generieke medicamenten minder dan 2%. Dat ondermaatse resultaat kan onder meer worden verklaard door het feit dat ziekenhuizen de merkproducten aan het RIZIV voor de volle prijs mogen aanrekenen, terwijl ze die aan fors gereduceerde prijzen, tot 70% van de gewone verkoopprijs, kunnen aankopen. Generieke geneesmiddelen worden immers betaald met een enveloppefinanciering, met een forfait, en het is voor ziekenhuizen interessanter om dure geneesmiddelen aan te kopen die niet onder die enveloppefinanciering vallen. De winst die ziekenhuizen op die manier realiseren, wordt aangewend om andere kosten te lenigen.

Bevestigt de minister de cijfers van FeBelGen over het aandeel van generieke geneesmiddelen in de verkoop via apotheken en de cijfers over de bijzonder lage aandeel van generieke geneesmiddelen in de distributie via ziekenhuizen? Hoe verklaart de minister dat lage aandeel – zowel absoluut als in verhouding tot onze buurlanden?

Beaamt de minister dat ziekenhuizen aan het RIZIV de volle prijs van een merkproduct kunnen aanrekenen, terwijl ze die medicamenten met een forse korting aankopen? Vormt die alom verspreide, maar eigenaardige en zelfs betwistbare praktijk een van de redenen dat ziekenhuizen geen goedkopere generieke medicijnen aankopen? Vindt de minister het aanvaardbaar dat deze praktijk, toch te interpreteren als een vorm van geïnstitutionaliseerde fraude, geduld wordt en op structurele wijze blijft ontwikkelen?



*se développer structurellement ? La ministre estime-t-elle éthiquement et moralement acceptable que les hôpitaux fassent supporter par la communauté et les pouvoirs publics des montants plus élevés que ce qu'ils paient en réalité, et ce afin de couvrir d'autres dépenses ? J'estime que ces dernières sont justifiées mais il ne s'agit quand même pas d'une pratique acceptable.*

*La ministre connaît-elle le montant annuel que l'INAMI doit ainsi rembourser aux hôpitaux et la manière dont cette somme a évolué depuis 2006 ? Comment la ministre contrôle-t-elle l'utilisation du surplus de moyens que les hôpitaux perçoivent grâce à ces pratiques ? La ministre envisage-t-elle un revirement complet de politique ? Endiguera-t-elle et interdira-t-elle à court terme ces pratiques contestables voire inacceptables ?*

*Pourquoi la ministre ne mène-t-elle pas une politique plus forte, plus claire et plus radicale afin d'encourager la consommation de médicaments génériques et, par exemple, de récompenser le comportement prescripteur en ce sens ? Comment explique-t-elle qu'au moment où la sécurité sociale croule sous les dépenses, on insiste si peu sur une manière importante de limiter ces dernières ?*

*La ministre envisage-t-elle d'instaurer un système de spécifique d'incitants, surtout pour l'achat et la distribution de médicaments génériques par les hôpitaux ?*

*Mes questions sont nées d'un étonnement face à la pratique que je viens d'évoquer. Je ne peux m'imaginer que la ministre ne trouve pas elle aussi qu'il faut mettre fin à une telle pratique.*

*Le secteur pharmaceutique est un lobby puissant. J'espère et suppose que la ministre ne joue pas son jeu. Je suppose que cette pratique s'est développée parce qu'elle fournit des moyens supplémentaires aux hôpitaux. Je suis cependant révolté lorsque je constate qu'à cause d'elle, le secteur des médicaments génériques est victime d'une discrimination scandaleuse. Une concurrence saine dans le secteur pharmaceutique est pourtant dans l'intérêt des soins de santé.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Un de mes collègues a déposé à la Chambre une proposition de loi relative à l'instauration d'un système d'incitants financiers destiné à encourager les médecins à prescrire davantage de médicaments génériques.*

*Les réductions sur les médicaments fournissent des revenus aux hôpitaux. Ceux-ci sont sous-financés. Ils ont besoin de ces revenus. Les médicaments génériques sont eux aussi assez chers dans notre pays. On peut encore faire des économies sur ces derniers.*

*Il convient donc de nuancer la situation. Je pense toutefois, comme M. Anciaux, qu'on peut faire des économies si nous donnons un incitant positif.*

**M. Jean-Marc Delizée,** *secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées.* – *Je vous lis la réponse de Mme Onkelinx.*

*Depuis l'arrivée des médicaments génériques, la Belgique a décidé de mener une politique du médicament « moins cher » et non pas du médicament exclusivement générique. Par conséquent, les médicaments originaux restent fortement présents en Belgique.*

Beoordeelt de minister het ethisch en moreel aanvaardbaar dat de ziekenhuizen de gemeenschap en de overheid meer kosten aanrekenen dan ze in werkelijkheid betalen, om andere uitgaven te dekken? Ik ga ervan uit dat die uitgaven terecht zijn, maar toch is dat geen aanvaardbare praktijk.

Weet de minister hoeveel het RIZIV op die wijze jaarlijks te veel terugbetaalt aan ziekenhuizen en hoe dat bedrag evolueerde sinds 2006? Hoe controleert de minister de aanwending van het teveel aan middelen dat de ziekenhuizen door deze praktijken ontvangen? Overweegt de minister een drastische beleidsommekeer en zal zij op korte termijn deze betwistbare en zelfs onaanvaardbare praktijken indijken en onmogelijk maken?

Waarom voert de minister geen sterker, duidelijker en meer indringend beleid om het gebruik van generieke geneesmiddelen te stimuleren en bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag in die zin te honoreren? Hoe verklaart de minister dat op een moment dat de sociale zekerheid kraakt onder de druk van de uitgaven, een belangrijke manier om de uitgaven te beperken zo weinig wordt benadrukt?

Overweegt de minister om zeker voor de aankoop en distributie van geneesmiddelen door ziekenhuizen een specifiek beloningssysteem in te voeren?

Mijn vragen zijn gerezen vanuit een verbazing over de genoemde praktijk. Ik kan me niet inbeelden dat de minister ook niet vindt dat daaraan paal en perk moet worden gesteld.

De farmaceutische sector is een machtige lobby. Ik hoop, en veronderstel, dat de minister dat spel niet meespeelt. Ik veronderstel dat die praktijk gegroeid is omdat ze extra middelen schept voor de ziekenhuizen. Het stuit me echter tegen de borst dat door die praktijk de sector van de generieke geneesmiddelen op schandalige wijze wordt gediscrimineerd. Het is nochtans in het belang van de gezondheidszorg dat er gezonde concurrentie is in de geneesmiddelensector.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Een collega heeft in de Kamer een wetsvoorstel ingediend over de invoering van een beloningssysteem dat artsen moet stimuleren meer generieke geneesmiddelen voor te schrijven.

De kortingen op geneesmiddelen leveren inkomsten op voor de ziekenhuizen. De ziekenhuizen zijn ondergefinancierd. Zij hebben die inkomsten nodig. Ook zijn de generieke geneesmiddelen in ons land vrij duur. Ook op de generieke geneesmiddelen kan nog worden bespaard.

Het verhaal is dus genuanceerd. Ik treed de heer Anciaux wel bij in de uitspraak dat er kan worden bespaard als we een positieve incentive geven.

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

Sinds de opkomst van de generieke geneesmiddelen heeft België beslist om een beleid van 'goedkope' geneesmiddelen, en niet van exclusieve generieke geneesmiddelen, te voeren. Bijgevolg blijven de originele geneesmiddelen in België sterk aanwezig.

*Ce n'est pas contre pas le cas de nos voisins où le médicament original est souvent retiré du marché. Le taux d'utilisation des médicaments génériques de nos voisins doit donc être comparé à notre taux d'utilisation de médicaments « moins chers », qui dépasse les 50%. Si nous comparons la consommation de médicaments « moins chers », la Belgique n'est donc plus à la traîne. Ce rattrapage est dû entre autres aux mesures d'encouragement à la prescription de médicaments moins chers auxquelles j'ai porté beaucoup d'attention au cours de cette législature et qui devront rester une priorité pour le futur.*

*La politique du médicament hors brevet « moins cher » telle qu'elle a été menée jusqu'à présent a cependant une conséquence regrettable : le prix des médicaments génériques ne baisse pas suffisamment en Belgique. C'est sur cet aspect des choses que nous devons concentrer notre attention.*

*Une politique visant à baisser les prix des médicaments hors brevet aura par ailleurs très vraisemblablement pour effet d'accroître la part de marché des génériques par rapport à celle des originaux hors brevet et de la rapprocher de celle de nos voisins.*

*Je partage totalement les remarques relatives aux pratiques dans les hôpitaux. Les ristournes octroyées par les firmes ne constituent en rien une fraude. Elles sont autorisées par le ministre de l'Économie et ne contreviennent pas à la réglementation du SPF Affaires sociales. Elles posent cependant un problème de transparence. Il n'est en effet pas idéal que le budget des médicaments finance d'autres postes de dépense des hôpitaux que les médicaments eux-mêmes. Il me semble donc utile d'identifier ces ressources afin d'en connaître à tout le moins le montant.*

*La réglementation sur les marchés publics qui entrera en vigueur en 2012 permettra de généraliser des pratiques transparentes et équitables par la mise en concurrence des médicaments originaux et des génériques ou des originaux entre eux.*

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Il est incontestable que la prescription de médicaments « bon marché » et pas nécessairement génériques est encouragée. C'est un pas en avant que nous devons à la ministre.*

*Le prix des médicaments génériques n'a peut-être pas suffisamment baissé en comparaison avec l'étranger. Cela tient aussi à la puissance du secteur. Il faut distinguer les pharmacies et les hôpitaux. La consommation de médicaments génériques dans les hôpitaux représente moins de 2%, contre 12% pour les pharmacies, voire plus de 20% en volume. Le secteur des médicaments génériques reste donc faible et ne peut réduire ses prix. Ce n'est pas parce que cette pratique est autorisée par le ministre pour l'Entreprise qu'elle est correcte.*

*Je me réjouis que la nécessité d'une plus grande transparence soit reconnue et j'analyserai si la réglementation sur les marchés publics peut avoir des effets positifs.*

Dat is geenszins het geval bij onze burens, waar het originele geneesmiddel vaak uit de markt wordt genomen. We moeten dus de gebruiksgraad van de generieke geneesmiddelen bij onze burens vergelijken met die van onze 'goedkope' geneesmiddelen, die meer dan 50% bedraagt. Als we het gebruik van 'goedkope' geneesmiddelen vergelijken loopt België dus niet meer achter. Die inhaalbeweging is onder andere te danken aan de maatregelen ter bevordering van het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen, waarvoor ik in deze regeerperiode veel aandacht heb gehad en die ook in de toekomst voorrang moeten blijven krijgen.

Het tot op heden gevoerde beleid van het 'goedkope' geneesmiddel buiten patent heeft echter een spijtig gevolg: de generieke geneesmiddelen dalen in België onvoldoende in prijs. In de toekomst zullen we onze aandacht op dat aspect moeten concentreren.

Een beleid dat erop gericht is de prijs van de geneesmiddelen buiten patent te doen dalen, zal overigens zeer waarschijnlijk tot gevolg hebben dat het marktaandeel van de generieken in verhouding tot dat van de originelen buiten patent zal toenemen, en het marktaandeel van de generieke geneesmiddelen in onze buurlanden zal benaderen.

Ik ben het volkomen eens met de opmerkingen over de praktijken in de ziekenhuizen. De door de firma's toegekende kortingen zijn niet frauduleus. Ze zijn door de minister voor Ondernemen toegestaan en schenden de regelgeving van de FOD Sociale zaken niet. Ze stellen wel een probleem op het vlak van de transparantie. Het is inderdaad niet ideaal dat het geneesmiddelenbudget andere ziekenhuisuitgaven dan die voor geneesmiddelen zelf financiert. Het lijkt me dus nuttig om die bronnen te identificeren, zodat we ten minste de bedragen kennen.

De regelgeving op de overheidsopdrachten die in 2012 van kracht wordt, moet het mogelijk maken om transparante en eerlijke praktijken op het vlak van concurrentie tussen originelen en generieke geneesmiddelen en tussen originele geneesmiddelen onderling te veralgemenen.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Het is ongetwijfeld juist dat het voorschrijven van 'goedkope' geneesmiddelen, dus niet noodzakelijk van generieke geneesmiddelen, wordt gestimuleerd. Dat is een stap vooruit die we aan de minister te danken hebben.

De generieke geneesmiddelen zijn misschien onvoldoende gedaald in prijs in vergelijking met het buitenland. Dat heeft ook met de sterkte van de sector te maken. Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen apotheken en ziekenhuizen. Het gebruik van generieke geneesmiddelen in de ziekenhuizen bedraagt minder dan 2% tegenover 12% – uitgedrukt in gebruik zelf meer dan 20% – via apotheken. Dat heeft als gevolg dat de sector van de generieke geneesmiddelen zwak blijft en geen prijsverlagingen kan doorvoeren. Het argument dat de praktijk door de minister van Ondernemen is toegestaan, is niet waardevol. Die toestemming maakt het daarom nog geen correcte praktijk.

Ik ben blij dat erkend wordt dat meer transparantie is gewenst. Ik zal onderzoeken of de regelgeving betreffende de overheidsopdrachten tot positieve gevolgen kan leiden. Ik hoop dat die regelgeving in de praktijk resultaat zal

*M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – Mme Onkelinx dit aussi que cette pratique n'est pas contraire à la réglementation des Affaires sociales.*

**Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de médicaments génériques biotechnologiques en Belgique» (n° 5-1390)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

*M. Bert Anciaux (sp.a).* – *Ces dernières années, une nouvelle catégorie de médicaments est apparue sur le riche marché des médicaments, les médicaments biotechnologiques. Ceux-ci s'appuient sur des processus biotechnologiques et sont d'une complexité bien plus grande que les médicaments plus classiques basés sur des molécules relativement simples. Comme les médicaments classiques, ces médicaments biotechnologiques se doublent aussi de biosimilaires. Ces biosimilaires, dont la similarité avec leur équivalent non générique est régie par des directives européennes, constituent un substitut tout à fait acceptable à l'original biotechnologique.*

*Le coût élevé des médicaments biotechnologiques, comme l'EPO, les hormones de croissance et le Filgrastim, est frappant, ce qui accroît l'importance des biosimilaires.*

*Or le retard des biosimilaires dans la prescription et la consommation est encore bien plus grand que celui des produits génériques classiques, leur distribution dans les hôpitaux étant nulle.*

*Les injections d'EPO sont utiles aux patients cancéreux en phase terminale mais sont inabordables pour certains patients ; les biosimilaires ne sont pourtant pas offerts par les hôpitaux.*

*La ministre confirme-t-elle que la part des biosimilaires dans les médicaments distribués par les hôpitaux est quasi nulle ? Comment explique-t-elle ce score extrêmement mauvais ? Quelle économie l'INAMI pourrait-il réaliser si une part significative des médicaments biotechnologiques distribués étaient des biosimilaires ?*

*Comment la ministre explique-t-elle l'absence étonnante de biosimilaires alors que les pays voisins profitent largement des avantages qu'offrent ces médicaments aux patients et à l'assurance maladie ? Envisage-t-elle de mener une politique incitative spécifique axée sur les médecins spécialistes des hôpitaux ? De quels instruments dispose-t-elle à cette fin ? Qu'est-ce qui l'empêche d'agir avec force et détermination dans ce domaine ? Certaines influences dissuadent-elles la ministre de favoriser les biosimilaires ?*

*Les biosimilaires sont relativement récents. Il faut du temps pour les mettre sur le marché car il faut attendre l'expiration du brevet. Mais ils existent et il est regrettable qu'ils soient si*

opleveren.

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Mevrouw Onkelinx zegt ook dat die praktijk de regelgeving van Sociale Zaken niet schendt.

**Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van generieke biotechnologische geneesmiddelen in België» (nr. 5-1390)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Op de rijke markt van de geneesmiddelen manifesteerde zich de voorbije jaren een nieuwe variant, namelijk de biotechnologische geneesmiddelen. Die variant steunt op biotechnologische processen en vertoont een veel grotere complexiteit dan de meer klassieke geneesmiddelen op basis van relatief eenvoudige moleculen. Zoals zich voor de klassieke geneesmiddelen een belangrijke sector van generieke producten ontwikkelde, bieden zich voor deze biotechnologische geneesmiddelen de biosimilars aan. Hoewel de vergelijkbaarheid van biosimilars met hun niet-generieke equivalent niet eenvoudig kan worden bepaald, wordt deze zaak sluitend geregeld door EU-richtlijnen ter zake. Kortom, de biosimilars vormen een volledig aanvaardbaar equivalent voor hun biotechnologisch origineel.

De hoge kostprijs van biotechnologische geneesmiddelen is opvallend, bijvoorbeeld voor EPO, groeihormonen en Filgrastim, zodat de biosimilars uitzonderlijk belangrijk zijn. Ik wijs erop dat EPO en groeihormonen, naast hun gebruik als verboden stimulerend middel, ook medisch nuttig zijn.

Waar de ondertussen klassieke generieke producten nog steeds ondermaats scoren inzake voorschrijf- en consumptiegedrag, is de achterstand van biosimilars nog veel opvallender. De distributie van biotechnologische medicijnen via ziekenhuizen bedraagt nul procent!

EPO-inspuitingen zijn nuttig voor terminale kankerpatiënten, maar zijn voor sommige patiënten onbetaalbaar, terwijl er biosimilars bestaan die niet worden aangeboden door de ziekenhuizen.

Beaamt de minister dat bij de distributie van geneesmiddelen door de ziekenhuizen het aandeel biosimilars zo goed als ontbreekt? Hoe verklaart de minister die buitengewone en uiterst opvallende ondermaatse score? Hoeveel zou het RIZIV jaarlijks kunnen besparen, indien een significant aandeel, bijvoorbeeld 50%, van de voorgeschreven biotechnologische geneesmiddelen biosimilars zouden zijn?

Hoe verklaart de minister de opvallende afwezigheid van biosimilars, terwijl onze buurlanden zich in grote mate laten leiden door de vele voordelen die biosimilars bieden, zowel voor de patiënten als voor de ziekteverzekering? Overweegt of plant de minister een specifiek beleid gericht naar de

*peu encouragés.*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Je confirme que les biosimilaires ne sont toujours pas utilisés dans les hôpitaux, ce que je déplore.*

*L'absence totale d'incitants financiers et autres dans les hôpitaux et la résistance au changement expliquent en grande part ce phénomène.*

*En Belgique, les biosimilaires ne représentent pas encore un potentiel d'économies important mais ils devraient permettre d'économiser des dizaines de millions d'euros d'ici quelques années. Il est donc essentiel de lever les obstacles à leur utilisation.*

*Comme l'introduction des biosimilaires dans les hôpitaux est un problème particulièrement complexe, j'ai demandé au Centre fédéral d'expertise (KCE) d'étudier la situation dans les pays voisins et de formuler des recommandations.*

*En attendant le rapport du KCE, qui sera prêt en 2012, des mesures spécifiques seront déjà prises pour l'EPO afin de concrétiser les économies de 8,6 millions d'euros prévues dans les soins de santé depuis 2011.*

*Le prochain gouvernement devra dès l'année prochaine prendre des mesures générales, tant pour les hôpitaux que pour les soins ambulatoires, afin de réaliser de nouvelles économies grâce à ce nouveau type de médicaments génériques. Ces économies permettront alors de financer de nouveaux traitements novateurs.*

**M. Bert Anciaux (sp.a)**. – *Je remercie la ministre pour sa réponse et pour l'intérêt qu'elle porte à ce problème. Je me réjouis que des mesures soient prises en faveur des biosimilaires. Je pense comme elle que les biosimilaires peuvent permettre d'économiser des dizaines de millions d'euros.*

artsen-specialisten en ziekenhuizen om hen te stimuleren beduidend meer biosimilars te distribueren? Over welke instrumenten beschikt de minister om dit beleid te voeren? Wat houdt haar tegen om hier met kracht en doortastendheid op te treden? Welke krachten werken zo een aanpak tegen? Zijn er invloeden die de minister afremmen in beleidskeuzes en prioriteiten ten voordele van biosimilars?

Biosimilars zijn relatief nieuw. Het vraagt tijd om ze op de markt te kunnen brengen, aangezien daarvoor de overeenkomstige patenten moeten verlopen zijn. Er bestaan echter al biosimilars. Het is te betreuren dat ze zo weinig worden gestimuleerd.

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

Ik bevestig dat biosimilars momenteel niet worden gebruikt in de ziekenhuizen en ik betreur dat.

Het totale gebrek aan financiële of andere prikkels, voor de ziekenhuizen, en de weerstand tegen verandering verklaren wellicht in grote mate dit fenomeen.

In België vormen de biosimilars momenteel nog een zwakke besparingsbasis, slechts enkele miljoenen euro, maar ze zullen binnen amper een paar jaar een potentiële besparingsbasis van tientallen miljoenen euro vormen. Het is dus noodzakelijk om de belemmeringen voor hun gebruik weg te werken.

Omdat de problematiek van de invoering van biosimilars in de ziekenhuizen bijzonder ingewikkeld is, heb ik het Federaal kenniscentrum (KCE) gevraagd om de situatie in de buurlanden te onderzoeken en mij aanbevelingen te doen over het gebruik van biosimilars in de ziekenhuizen.

In afwachting van dat rapport, dat in de loop van 2012 klaar zal zijn, zullen er voor EPO al specifieke maatregelen worden getroffen teneinde de besparingsmaatregel van 8,6 miljoen euro, die sinds 2011 in de gezondheidszorg is opgenomen, uit te voeren.

De volgende regering zal vanaf volgend jaar, zowel voor het ziekenhuis als voor de ambulante zorg, algemene maatregelen moeten nemen om via deze nieuwe klasse generieke geneesmiddelen nieuwe besparingen in de geneesmiddelenbegroting te realiseren. Daardoor zal men nieuwe innovatieve behandelingen kunnen financieren.

**De heer Bert Anciaux (sp.a)**. – Ik dank de minister voor het antwoord en voor haar bezorgdheid omtrent deze kwestie. Ik ben blij dat er maatregelen zullen worden genomen op het vlak van de biosimilars. Ik ben het met haar eens dat de besparingen op dat vlak tientallen miljoenen euro's kunnen opleveren.

**Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le financement des maisons médicales» (n° 5-1387)**

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les maisons médicales et l'accréditation des médecins qui y pratiquent» (n° 5-1273)**

**Mme la présidente.** – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Le financement des maisons médicales repose sur une mesure statistique calquée sur le modèle des grandes villes, à savoir le nombre moyen de consultations par an. Ce nombre est multiplié par un montant de base octroyé aux maisons médicales pour chaque patient inscrit.*

*On observe ces dernières années une diminution du nombre de consultations chez les généralistes. Cette baisse s'explique sans doute partiellement par le fonctionnement des maisons médicales dont elle réduit la base de financement alors que les coûts continuent à croître. Les maisons médicales sont ainsi victimes de leur succès. C'est dans l'évolution des numérateur et dénominateur de la fraction servant à calculer les montants forfaitaires qu'il faut chercher l'origine de cette situation.*

*Le numérateur est le nombre total de prestations de première ligne dans la médecine rémunérée à l'acte. Il diminue à la suite de la baisse du nombre de médecins en activité et de la sous-consommation de soins de première ligne qui s'accompagne d'une hausse des contacts avec les spécialistes.*

*Le dénominateur est le nombre de bénéficiaires. Il a sensiblement augmenté ces dernières années en raison de l'adhésion des indépendants, du nombre croissant de naissances et de l'immigration.*

*L'accroissement du dénominateur n'a pas entraîné d'augmentation proportionnelle des prestations.*

*La ministre confirme-t-elle la diminution des subventions accordées aux maisons médicales à la suite de la baisse du nombre moyen de consultations chez les généralistes ? Reconnaît-elle que ce système pénalise les maisons médicales qui offrent pourtant une alternative intéressante à la médecine de consommation qui va inévitablement de pair avec une médecine rémunérée à l'acte ?*

*La ministre envisage-t-elle de réexaminer le mode de financement des maisons médicales et de convertir le mécanisme pervers actuel en un système plus favorable et*

**Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de financiering van wijkgezondheidscentra» (nr. 5-1387)**

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de medische huizen en de accreditering van de artsen actief in deze medische huizen» (nr. 5-1273)**

**De voorzitter.** – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – De financiering van de wijkgezondheidscentra (WGC) is gebaseerd op een statistische maat, berekend in een grootstedelijke context, namelijk het gemiddeld aantal artsconsultaties per jaar. Dit wordt vermenigvuldigd met een basisbedrag dat aan de WGC's wordt toegekend per ingeschreven patiënt.

De voorbije jaren stelt men een vermindering van het aantal bezoeken aan huisartsen vast. Deze daling wordt wellicht ook mede beïnvloed door de werking van wijkgezondheidscentra, die daardoor het slachtoffer worden van hun succes. Daardoor zakt immers hun basisfinanciering, terwijl de kosten blijven stijgen. De reden daarvoor is te zoeken in de evolutie in de teller en in de noemer van de breuk die de basis vormt voor de berekening van de forfaitaire bedragen:

- de teller: het totaal aantal prestaties op de eerste lijn in de prestatiegeneeskunde. Die teller daalt wegens een dalend aantal actieve huisartsen, maar ook door onderconsumptie op de eerste lijn en dus een stijging van het aantal contacten met specialisten;
- de noemer: het totaal aantal rechthebbenden. Die noemer is de laatste jaren aanzienlijk gestegen door de toetreding van de zelfstandigen, het stijgend aantal geboortes én door migratie.

De stijging van de noemer heeft niet gezorgd voor een evenredige stijging van de prestaties; zelfstandigen bijvoorbeeld consumeren weinig op de eerste lijn.

Bevestigt de minister dat de subsidiëring van wijkgezondheidscentra daalt omdat het gemiddeld aantal huisartsenbezoeken vermindert? Beamt ze dat de wijkgezondheidscentra door deze systematiek mede het slachtoffer worden van hun eigen succes en worden gestraft omdat ze een succesvol alternatief bieden aan de consumptiegeneeskunde, toch een inherent gevolg van de prestatiegeneeskunde?

Overweegt de minister de financiering van de wijkgezondheidscentra te herbekijken en het perverse mechanisme dat nu in het nadeel van deze centra werkt, om te

plus stimulant ?

*Est-elle prête à consulter les maisons médicales à ce sujet ? Dans l'affirmative, de quelle manière, avec qui et avec quel ordre du jour organisera-t-elle cette concertation ?*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *En réponse à une précédente question, la ministre a déclaré que le 30 juin 2010, 240 000 patients étaient inscrits auprès d'une des 110 maisons médicales de notre pays. C'est dans la Région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie que les maisons médicales sont les plus populaires. Le 30 juin 2009, on dénombrait 47 719 patients inscrits auprès d'une maison médicale en Flandre, 82 416 en Wallonie et 70 185 à Bruxelles qui ne compte d'ailleurs que deux maisons médicales néerlandophones. Un sondage téléphonique personnel m'a appris que les maisons médicales francophones emploient parfois des médecins néerlandophones ou bilingues.*

*Si nous analysons ces chiffres à la lumière de la structure des dépenses du système forfaitaire, nous arrivons à une constatation étonnante. En 2009, les maisons médicales flamandes ont coûté quelque 13 millions d'euros, les wallonnes 28 millions et les bruxelloises 24 millions. Un patient a coûté en moyenne 285,03 euros en Flandre, 339,07 en Wallonie et 345,24 à Bruxelles. Je souhaiterais que l'on m'explique ces différences.*

*L'audit permanent de l'INAMI montre par ailleurs que les dépenses en faveur des maisons médicales ont atteint 73 millions d'euros alors que l'objectif pour 2010 était de 69 991 000 euros ; on note donc un dépassement de 3 millions d'euros. Selon l'audit, la hausse est surtout due à l'accroissement des dépenses pour les infirmiers mais les dépenses pour les kinésithérapeutes et les médecins ont aussi augmenté.*

*En plus de ce dépassement, les maisons médicales ont demandé un financement supplémentaire d'environ 5 millions d'euros en 2012 pour pouvoir offrir un service multiculturel.*

*Pourquoi un patient coûte-t-il nettement moins en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles ? Quelle est l'origine de cet écart ?*

*Quelles sont les prévisions quant à la différence éventuelle entre les dépenses budgétées de 2011 et les dépenses réelles ? La ministre envisage-t-elle de prendre des mesures ?*

*Quel est le point de vue de la ministre sur les cinq millions supplémentaires réclamés ? La ministre les accordera-t-elle et, si oui, où trouvera-t-elle l'argent ? En effet, la plupart des médecins travaillent seuls et demandent une extension des Fonds Impulseo.*

**M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées.** – *Je vous lis la réponse de la ministre.*

*Les montants forfaitaires des maisons médicales suivent effectivement une tendance à la baisse liée au mode de calcul de ces forfaits. Les « règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations » prescrivent en effet que « Le montant du forfait est établi, dans chaque cas, sur la base du coût annuel des prestations concernées, établi nationalement pour l'ensemble des bénéficiaires (à l'acte) d'une même catégorie ». Si les*

buigen in een meer positief en stimulerend beleid?

Is de minister bereid hierover met de wijkgezondheidscentra te overleggen? Zo ja, hoe, wanneer, met wie en met welke agenda zal ze dit overleg organiseren?

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Op een vorige vraag over de medische huizen heeft de minister geantwoord dat op ze 30 juni 2010 240 000 ingeschrevenen telden, verspreid over 110 medische huizen. De populariteit is het grootst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Wallonië. Vlaanderen kent ook een stijging in populariteit, maar deze is veel minder sterk. Op 30 juni 2009 telde Vlaanderen 47 719 patiënten, Wallonië 82 416 en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest had 70 185 ingeschreven patiënten. In Brussel zijn er overigens maar twee Nederlandstalige medische huizen. Een eigen telefoonronde heeft me wel geleerd dat er in de Franstalige medische huizen soms Nederlandstalige of tweetalige artsen aanwezig zijn.

Wanneer we deze cijfers naast de uitgavenstructuur van het forfaitaire systeem leggen, doen we een merkwaardige vaststelling. De Vlaamse medische huizen kostten in 2009 afgerond 13 miljoen euro, de Waalse 28 miljoen euro en de medische huizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 24 miljoen euro. Een patiënt in Vlaanderen kostte in 2009 gemiddeld €285,03, in Wallonië €339,07 en in Brussel €345,24. Graag kreeg ik een verklaring voor deze verschillen.

Daarenboven blijkt uit de permanente audit van het RIZIV dat de uitgaven voor de medische huizen 73 miljoen euro bedragen. De uitgavendoelstelling voor 2010 bedroeg evenwel 69 991 000 euro, er is dus een overschrijding met 3 miljoen euro. De stijging is vooral te wijten aan de stijgende uitgaven voor verpleegkundigen, zoals de audit aangeeft. Voorts stijgen ook de uitgaven voor kinesisten en geneesheren.

Naast deze overschrijding vragen de medische huizen in 2012 een extra financiering van afgerond 5 miljoen euro. Deze extra financiering is nodig om het multicultureel profiel van de medische huizen op te vangen.

Waarom kost een patiënt in Vlaanderen duidelijk minder dan in Brussel en Wallonië? Wat is daar de oorsprong van?

Wat zijn de verwachtingen betreffende de begrote uitgaven 2011 ten opzichte van de reële geboekte uitgaven in 2011? Overweegt de minister maatregelen te nemen?

Wat is de visie van de minister over de extra vijf miljoen euro? Zal ze deze toekennen en zo ja, waar zal ze dat geld halen? De meeste artsen werken nog alleen en vragen immers ook een uitbreiding van de Impulsefondsen.

**De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap.** – Ik lees het antwoord van de minister.

De forfaitaire bedragen van de medische huizen vertonen inderdaad een dalende tendens, die samenhangt met hun berekeningswijze. De 'Regelen betreffende het sluiten van de akkoorden met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen' schrijven inderdaad voor dat 'het forfaitair bedrag voor elk geval vastgesteld wordt op basis van de jaarlijkse kost van de betrokken verstrekkingen die op nationaal vlak voor alle rechthebbenden van eenzelfde

*prestations diminuent pour l'ensemble de la population, le forfait des maisons médicales diminuera.*

*Sur le terrain, on constate qu'un nombre croissant d'équipes continuent à demander leur adhésion au forfait.*

*La différence de composition des équipes des maisons médicales influence la différence de coûts par patient dans les maisons médicales en fonction de la Région. Toutes les maisons médicales ne disposent pas d'un médecin traitant, d'une infirmière et d'un kinésiste et il existe de grandes disparités sur le plan régional. Un kinésiste est à disposition dans 54% des maisons médicales en Flandre, 74% à Bruxelles et 81% en Wallonie.*

*Sur la base des dépenses consenties au cours du premier semestre 2011, on peut estimer que les dépenses dépasseront d'un million d'euros l'objectif de 84 897 000. Le système de financement global actuel des maisons médicales implique que les dépenses augmentent suivant le fonctionnement des maisons médicales et dépendent dès lors du nombre de patients qui adhèrent au paiement forfaitaire. Dans la mesure où l'augmentation du nombre de patients génère un dépassement des dépenses chiffrées, il paraît difficile de prendre des mesures qui préviendraient cette augmentation. On ne peut naturellement pas non plus oublier que les patients inscrits dans une maison médicale ne peuvent pas faire appel aux dispensateurs de soins dans un système de prestations, ce qui entraîne moins de dépenses dans ce secteur.*

*Les maisons médicales traitent une certaine partie de la population non belge et suivent plus souvent les cas sociaux les plus défavorisés et les cas chroniques complexes. Le secteur plaide pour une extension du financement, soit un supplément de 5 millions d'euros, pas seulement pour pouvoir assumer les coûts de soins sur le plan du patient individuel mais également pour pouvoir développer une approche multiculturelle plus qualitative dans le centre, en jouant sur l'organisation, l'orientation des patients, la coordination et le développement de réseaux avec le centre d'organisations indépendantes.*

*Pour définir ce montant, on a tenu compte du coût des travailleurs qui aident à supporter les conséquences de la multiculturalité du centre sur le plan organisationnel – la part de patient non belges et la part de patient suivis dans le centre.*

*Le déroulement futur du financement des maisons médicales dépendra du contexte budgétaire et de l'évolution institutionnelle, étant donné que l'organisation de la première ligne fait partie de la sixième réforme de l'État.*

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Je remercie le secrétaire d'État d'avoir communiqué la réponse de la ministre Onkelinx. En réalité, la ministre admet que le système est pervers. Le succès des maisons médicales entraîne une diminution des autres dépenses. J'ai toutefois compris que la possibilité d'un financement supplémentaire était examinée.*

*La différence entre les Régions, à propos de laquelle notre collègue M. Ide a posé une question, m'intéresse également. J'ai entendu que cette différence était également liée à la présence ou non de kinésistes.*

catégorie worden vastgelegd'. Indien de verstrekkingen voor het geheel van de bevolking verminderen, zal het vast bedrag van de medische huizen ook dalen.

Op het terrein wordt vastgesteld dat het aantal teams die aansluiting bij de forfaitaire betaling vragen verder toeneemt.

De verschillende samenstelling van de teams van de medische huizen beïnvloedt het kostenverschil per patiënt in de medische huizen naargelang van het Gewest. Niet alle medische huizen voorzien in een behandelende arts, een verpleegkundige en een kinesist, en er bestaan op dat vlak grote regionale verschillen. Een kinesist staat ter beschikking in 54% van de medische huizen in Vlaanderen, in 74% van die in Brussel en in 81% van die in Wallonië.

Op basis van de uitgaven in het eerste semester van 2011 kan men ervan uitgaan dat de uitgaven voor 2011 ongeveer 1 miljoen euro boven de doelstelling van 84 897 000 zullen liggen. Het huidige globale financieringssysteem van de medische huizen impliceert dat de uitgaven toenemen naargelang van de werking van de medische huizen en dus afhangen van het aantal patiënten dat tot de forfaitaire betaling toetreedt. In de mate waarin deze verhoging van het aantal patiënten aan de basis ligt van een overschrijding van de becijferde uitgaven lijkt het bijgevolg moeilijk om maatregelen te treffen die deze verhoging zouden voorkomen. Men mag natuurlijk ook niet vergeten dat de patiënten die in een medisch huis zijn ingeschreven, geen beroep kunnen doen op hulpverleners in een prestatiesysteem, wat voor minder uitgaven in deze uitgangensector zorgt.

De medische huizen behandelen een bepaald deel van de niet-Belgische bevolking en volgen vaker de meest kansarme sociale en complexe chronische gevallen. De sector is vragende partij om de financiering, geschat op 5 miljoen euro extra, uit te breiden, niet alleen om de zorgkosten op het vlak van de individuele patiënt op zich te kunnen nemen, maar ook om in het centrum een kwaliteitsvollere multiculturele aanpak te ontwikkelen, door in te spelen op de organisatie, de oriëntatie van de patiënten, de coördinatie en het ontwikkelen van netwerken met het centrum van onafhankelijke organisaties.

Om dat bedrag te bepalen, werd rekening gehouden met de kost van de werknemers die de organisatorische gevolgen van de multiculturaliteit van het centrum helpen dragen, het aandeel niet-Belgische patiënten en het aantal in het centrum gevolgd patiënten.

Het toekomstige verloop van de financiering van de medische huizen zal afhangen van de budgettaire context en de institutionele evolutie, aangezien de organisatie van de eerste lijn deel uitmaakt van de zesde staats hervorming.

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – Ik dank de staatssecretaris voor het geven van het antwoord van minister Onkelinx. Eigenlijk geeft de minister toe dat het systeem pervers is. Door het succes van de wijkgezondheidscentra dalen de andere uitgaven. Ik heb echter begrepen dat de mogelijkheid van een extra financiering wordt onderzocht.

Het verschil tussen de Gewesten, waarover collega Ide een vraag heeft gesteld, interesseert mij uiteraard ook. Ik heb gehoord dat dit verschil ook te maken heeft met het feit dat er al dan niet kinesisten en dergelijke aanwezig zijn.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Il faut remédier d'urgence au fait qu'il y a trop peu d'infirmiers ou de kinésistes dans une région et trop dans une autre. Si leur présence n'est pas vraiment nécessaire, on peut réaliser des économies budgétaires, afin de libérer une marge budgétaire. La ministre dit que la sixième réforme de l'État aura une influence sur la première ligne de soins. Je suppose qu'elle parle des fonds Impulseo. Si les Impulseo 1 et 2 ne sont pas suivis par un Impulseo 3 et que les maisons médicales restent fédérales, il n'y aura pas de paquet homogène. Je continuerai à suivre le sujet de près car l'absence de paquets homogènes ne permet pas un fonctionnement efficace et coûte plus cher.*

**M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées.** – *Vous soutenez donc la sixième réforme de l'État.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je jugerai la sixième réforme de l'État à ses mérites.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le médecin responsable d'une contamination par l'hépatite et la réforme des commissions médicales provinciales» (n° 5-1320)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées F, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Le 1<sup>er</sup> février 2008, j'ai posé, au prédécesseur de la ministre Onkelinx, une question au sujet d'un médecin qui avait transmis l'hépatite à 37 personnes en les soignant avec la même aiguille. Malgré différents signaux adressés à l'Ordre des médecins, à la commission médicale provinciale de la province du Limbourg et à la commission des médicaments, ces organismes de contrôle n'ont pas réagi de manière adéquate. Finalement, ce serait le service de contrôle de la Santé publique, organe relevant du ministre flamand du Bien-être, qui est intervenu en premier lieu, mais dans le cadre de sa compétence limitée. Entre-temps, le médecin en question est décédé.*

*La ministre avait promis de vérifier comment les commissions médicales provinciales pouvaient être réformées en vue de prévenir de graves problèmes tels que celui-là. Elle a proposé quelques mesures comme l'insertion, dans la loi du 8 juin 2008, d'une disposition visant à supprimer le caractère suspensif d'un appel contre les décisions des commissions médicales. En outre, elle s'est également proposé d'examiner le plan de personnel pour 2009.*

*Peu après, alors que Mme Onkelinx était déjà ministre de la Santé publique, il y a eu l'affaire d'un médecin de la région d'Anvers qui pratiquait des avortements illégaux et dont on n'a pas pu suspendre l'activité immédiatement. L'insertion dans la loi du 8 juin 2008 était dès lors insuffisante. À la suite d'une demande d'explications, il s'est avéré nécessaire de trouver un équilibre entre les garanties exigées en matière de santé publique et la vérification des faits, donc, la garantie*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Er moet dringend iets gedaan worden aan het feit dat er in de ene regio te weinig verpleegkundigen of kinesisten aanwezig zijn, terwijl er in een andere regio te veel zijn. Als hun aanwezigheid niet echt nodig is, kan daarop worden bespaard, zodat er elders budgettaire ruimte vrijkomt. De minister zegt dat de zesde staatshervorming invloed zal hebben op de eerstelijnszorg. Ik vermoed dat ze het heeft over de Impulseofondsen. Als na Impulseo 1 en 2 geen derde volgt, en de medische huizen federaal blijven, komt er geen homogeen pakket. Ik zal dat dus met argusogen blijven volgen, want het ontbreken van homogene pakketten maakt geen efficiënte werking mogelijk en kost meer.*

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – *U steunt dus de zesde staatshervorming.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Ik zal de zesde staatshervorming op haar merites beoordelen.*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de hepatitisarts en de hervorming van de provinciale commissies Volksgezondheid» (nr. 5-1320)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap N, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Op 1 februari 2008 heb ik de voorganger van minister Onkelinx een vraag gesteld over een dokter die 37 mensen met hepatitis besmet heeft door ze te behandelen met eenzelfde naald. Ondanks verschillende signalen bij de Orde der geneesheren, de provinciale geneeskundige commissie van de provincie Limburg en de Geneesmiddelencommissie bleken deze controleorganismen niet in staat adequaat te reageren. Het bleek uiteindelijk het Toezicht volksgezondheid, een orgaan dat onder de Vlaamse minister van Welzijn ressorteert, dat als eerste optrad, evenwel binnen zijn beperkte bevoegdheid. Ondertussen is de bewuste arts overleden.*

*De Minister beloofde na te gaan hoe de provinciale geneeskundige commissies konden worden hervormd om ernstige problemen als deze te vermijden. Ze stelde enkele maatregelen voor, zoals een invoeging in de wet van 8 juni 2008 van een bepaling die ertoe strekt het opschortende karakter van een beroep tegen de beslissingen van de geneeskundige commissies af te schaffen. Daarnaast nam de minister zich voor ook de personeelsplanning voor 2009 te bekijken.*

*Even later, toen mevrouw Onkelinx al minister van Volksgezondheid was, was er de zaak van de arts in het Antwerpse die illegale abortussen uitvoerde en opnieuw niet onmiddellijk kon worden geschorst. De invoeging in de wet van 8 juni 2008 bleek dus onvoldoende. Naar aanleiding van een vraag om uitleg bleek dat dat het belangrijk is een evenwicht te vinden tussen het waarborgen voor de*



*des droits de la défense.*

*Les commissions médicales provinciales disposent-elles de suffisamment de personnel pour dépister ces problèmes de manière adéquate ? La ministre peut-elle me communiquer le nombre de membres de personnel par commission provinciale ?*

*Qu'a entrepris la ministre depuis ces incidents en vue de rationaliser la communication entre les différents services ou de réformer les commissions médicales provinciales ?*

*La ministre envisage-t-elle d'autres mesures en vue de rationaliser le fonctionnement de ces organes de contrôle et leur coopération ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*M. Ide se réfère à un cas où un médecin a continué à exercer sa profession malgré le retrait du visa effectué par la commission médicale provinciale. Ce médecin avait interjeté appel de cette décision ; le retrait a été suspendu en 2008, à la suite de la procédure d'appel. À mon initiative, la législation en la matière a été adaptée et ce caractère suspensif n'existe plus aujourd'hui.*

*Mon administration ayant été priée, comme les autres de ce pays, de se conformer à une discipline budgétaire, le nombre de membres du personnel de ces commissions n'a pas été augmenté depuis que M. Ide a posé sa question précédente.*

*Un président est nommé dans chaque commission médicale provinciale. Il s'agit d'un médecin externe au personnel du SPF. Pour chaque commission, un secrétaire est également nommé, en l'occurrence, l'inspecteur fédéral compétent pour la province concernée. Il y a un soutien administratif ETP à Anvers, en Brabant flamand, en Brabant wallon, au Limbourg et à Namur, 1,6 ETP en Flandre occidentale, 1,8 ETP en Hainaut, 2 ETP à Liège et en Flandre orientale mais aucun au Luxembourg.*

*Le nombre de membres du personnel n'a pas augmenté depuis la dernière question de M. Ide mais l'organisation de commissions médicales provinciales est, il est vrai, en évolution constante. Les initiatives prises au sein de cette organisation comprennent de nombreuses évolutions dont les manuels de procédure standard, les systèmes de back up du personnel pour les commissions entre elles et une surveillance de la qualité. Un gestionnaire des processus a été engagé en septembre dernier à l'administration centrale de Bruxelles afin d'organiser au mieux l'ensemble des processus et des procédures au sein de commissions provinciales. Mon administration m'assure que l'on a énormément travaillé au sein de ces commissions médicales provinciales en vue d'optimiser de nombreux procédés.*

*Outre ces développements d'ordre plutôt interne, une série de groupes de travail au sein des commissions médicales provinciales se sont également penchés sur les lacunes de notre législation.*

*Comme dans d'autres domaines, la situation actuelle d'affaires courantes ne permet pas de mettre sur pied de nouvelles initiatives. Le prochain ministre de la Santé publique sera toutefois en mesure d'en prendre sur la base de*

volksgezondheid en het verifiëren van de feiten en dus de vrijwaring van de rechten van de verdediging.

Zijn de provinciale geneeskundige commissies vandaag genoeg bemand om dergelijke problemen adequaat op te sporen? Kan de minister mij per provinciale commissie het aantal personeelsleden meedelen?

Wat heeft de minister sedert deze voorvallen ondernomen om de communicatie tussen de verschillende diensten verder te stroomlijnen of de provinciale geneeskundige commissies te hervormen?

Plant de minister nog maatregelen om deze controleorganen en hun samenwerking verder te stroomlijnen?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

De heer Ide refereert naar een casus waarbij een arts ondanks een intrekking van een visum door de provinciale geneeskundige commissie toch zijn beroep bleef uitoefenen. Die arts is tegen deze beslissing in beroep gegaan; in 2008 werd de intrekking opgeschort als gevolg van een beroepsprocedure. Op mijn initiatief werd de wetgeving ter zake aangepast en bestaat dit opschortend karakter vandaag niet meer.

Gezien mijn bestuur, net als alle andere overheden in dit land, opgedragen werd een budgettaire discipline te handhaven, werd het personeelsbestand van deze commissies sinds de vorige vraag van de heer Ide hierover niet uitgebreid.

In elke provinciale geneeskundige commissie is er een voorzitter benoemd is. Dat is een geneesheer extern aan het personeelsbestand van de FOD. Voor elke commissie is ook een secretaris benoemd, in casu de federale gezondheidsinspecteur bevoegd voor de betreffende provincie. Er is 1 VTE administratieve ondersteuning in Antwerpen, Vlaams-Brabant, Waals-Brabant, Limburg en Namen, 1,6 VTE in West-Vlaanderen, 1,8 VTE in Henegouwen, 2 VTE in Luik en Oost-Vlaanderen, maar geen in Luxemburg.

Het aantal personeelsleden is sinds die vorige vraag niet gestegen, maar de organisatie van de provinciale geneeskundige commissies evolueert wel constant. De in deze organisatie genomen initiatieven omvatten velerlei facetten, zoals het ontwikkelen van standaardprocedureboeken, het ontwikkelen van personeels-back-upsystemen onder de commissies onderling en een kwaliteitsbewaking. Ook werd in september in het centrale bestuur te Brussel een procesmanager in dienst genomen om het geheel van de processen en procedures binnen de provinciale commissies te helpen stroomlijnen. Mijn bestuur verzekert mij dat er binnen deze provinciale geneeskundige commissies wel degelijk hard gewerkt werd aan het optimaliseren van heel wat processen.

Naast deze ontwikkelingen van veeleer interne orde heeft een aantal werkgroepen binnen de provinciale geneeskundige commissies zich ook over de bestaande lacunes van onze wetgeving gebogen.

Zoals in andere domeinen staat de huidige situatie van lopende zaken echter niet toe nieuwe initiatieven uit te voeren. De volgende minister van Volksgezondheid zal op

*tout ce qui se fait aujourd'hui.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je ne veux pas faire le procès des commissions médicales provinciales et les cas que j'ai cités sont heureusement très rares. Bien que toutes les procédures aient été entreprises et que la commission du Limbourg, hormis l'absence de président, fonctionne normalement, ce cas est passé à travers les mailles du filet, car aucune condition suspensive n'a été imposée. Le médecin a en effet interjeté appel et a pu continuer à travailler et à contaminer des patients. Je ne sais pas exactement s'il est actuellement possible de suspendre, dans l'intérêt de la santé publique, l'activité d'un médecin qui se pourvoit en appel.*

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vais m'informer à ce sujet auprès du ministre compétent.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la reconnaissance de la psychologie et de la psychologie clinique» (n° 5-1321)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Durant la précédente législature j'ai déjà posé quelques questions sur la reconnaissance de la psychologie et de la psychologie clinique. En réponse à ma question sur le calendrier concernant la reconnaissance de la psychologie, la ministre s'est retranchée derrière les initiatives parlementaires déjà en cours.*

*Entre-temps, deux ans se sont écoulés et je me demande où l'on en est. Les longues listes d'attente en matière de soins de santé mentale en Flandre, ainsi qu'un important taux de suicide, appellent une solution rapide.*

*La ministre pense-t-elle également que la psychologie clinique doit être reconnue ?*

*Travaille-t-elle déjà à des initiatives qui pourront être concrétisées par son successeur ?*

*Entrevoit-elle une possibilité de remboursement de la psychologie clinique ?*

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Le dossier relatif à la reconnaissance et à l'encadrement des psychothérapeutes en général ne date pas d'hier. À ce jour, les mesures prises n'ont pas encore pu être traduites en lois car cette matière est très complexe et sensible.*

*Un groupe de travail de la Chambre, auquel la cellule stratégique et le SPF Santé publique ont pu participer, a élaboré différentes pistes sous la précédente législature. La chute du gouvernement et les élections anticipées ne lui ont*

basis van al dat voorbereidende werk wel initiatieven kunnen nemen.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik wil niet het proces maken van de provinciale geneeskundige commissies, maar de casussen die ik heb aangehaald, zijn immers excessen die zich gelukkig zelden voordoen. Alhoewel alle procedures werden aangevat en de commissie in Limburg, buiten het ontbreken van een voorzitter, normaal functioneerde, is dit voorval door de mazen van het net geglipt, omdat geen opschortende voorwaarde werd opgelegd. De arts ging immers in beroep en kon gewoon voortwerken en dus mensen besmetten. Het is mij niet helemaal duidelijk of het nu mogelijk is een arts die in beroep gaat, toch te schorsen in het belang van de volksgezondheid.

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik zal navraag doen bij de bevoegde minister.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de erkenning van de psychologie en de klinische psychologie» (nr. 5-1321)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Tijdens de vorige legislatuur heb ik al enkele vragen gesteld over de erkenning van de psychologie en de klinische psychologie. In het antwoord op mijn vraag naar het tijdschema voor de erkenning van de psychologie heeft de minister zich toen verscholen achter de reeds lopende parlementaire initiatieven.

Ondertussen zijn we meer dan twee jaar verder en vraag ik me af hoe het staat met de erkenning van de psychologie. De lange wachtlijsten inzake geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen evenals de hoge zelfmoordcijfers doen snakken naar een snelle oplossing.

Gaat de minister ermee akkoord dat de klinische psychologie moet worden erkend?

Werkt ze thans al aan initiatieven die eventueel door haar opvolger kunnen worden gerealiseerd?

Ziet ze een mogelijkheid tot terugbetaling van de klinische psychologie?

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

Het dossier met betrekking tot de erkenning en de omkadering van de psychotherapeuten in het algemeen kent inderdaad al een lange geschiedenis. Tot op heden konden de genomen maatregelen nog niet in concrete wetten worden vertaald omdat deze materie zeer complex en gevoelig is.

Een werkgroep van de Kamer, waaraan de beleidscel en de FOD Volksgezondheid hebben kunnen meewerken, heeft tijdens de vorige legislatuur verschillende sporen uitgewerkt. Door de val van de regering en de vervroegde verkiezingen

*pas permis d'achever ses travaux.*

*Dans le contexte actuel d'affaires courantes, je ne puis me prononcer au nom du gouvernement sur un sujet aussi sensible.*

*Il va de soi que si le parlement veut prendre l'initiative de rouvrir le débat sur les psychothérapeutes en général, je demanderai à mon administration de mettre ses connaissances à disposition des commissions compétentes ou du groupe de travail parlementaire ad hoc.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je comprends la réserve dont fait preuve la ministre dans cette situation. J'espère cependant que le nouveau ministre de la Santé publique s'occupera de cette question.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les contrôles de qualité réalisés par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé» (n° 5-1359)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *En matière de soins de santé, la qualité est une chose importante mais elle n'est pas un objectif en soi. La qualité poussée jusqu'à l'absurde n'a pas de valeur ajoutée et occasionne des coûts inutiles pour la société.*

*L'AFMPS contrôle tant les banques de tissus et les centres FIV en Belgique que d'autres structures intermédiaires qui gèrent les tissus, comme la Croix-Rouge et les banques de sang. Des exigences parfois justifiées sont posées, mais parfois aussi des exigences hallucinantes qui ne contribuent pas à la qualité.*

*Le Conseil supérieur de la santé s'est déjà exprimé en 2009 à ce propos. Dans ce contexte, j'ai renvoyé la ministre à différents sites web. Je me réfère également aux directives européennes. Ces dernières ne contiennent pas de modalités concrètes. Elles traitent de notions comme stérile et aseptique, contrôle de la qualité de l'air, etc., mais ne contiennent rien au sujet de la façon dont les conditions doivent être satisfaites et contrôlées.*

*Je citerai un exemple. Au sujet du contrôle de la qualité de l'air et de l'environnement des zones de traitement, le Conseil supérieur de la santé indique ce qui suit : « L'obtention de sperme et les opérations inhérentes à cette obtention s'effectuent dans des conditions appropriées, selon des procédures qui minimisent la contamination bactérienne ou autre du matériel corporel humain prélevé, conformément à l'article 5 de la directive 2006/17/CE.*

*L'obtention d'autres matériels corporels humains reproducteurs s'effectue selon des conditions d'hygiène chirurgicales.*

kon die werkgroep zijn werk echter niet afmaken.

Gelet op de huidige context van lopende zaken kan ik mij niet namens de regering uitspreken over een zo gevoelig onderwerp.

Indien het parlement het initiatief wil nemen om het debat te heropenen over de psychotherapeuten in het algemeen, zal ik uiteraard mijn administratie de opdracht geven om al haar expertise ter beschikking te stellen van de bevoegde commissie of ad-hocwerkgroep die het parlement zou willen oprichten.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik begrijp de terughoudendheid van de minister in deze situatie. Toch hoop ik dat de nieuwe minister van Volksgezondheid hiervan werk zal maken.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kwaliteitscontroles uitgevoerd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten» (nr. 5-1359)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Kwaliteit in de gezondheidszorg is een belangrijke zaak maar het is geen doel op zich. Kwaliteit tot in het absurde doordrijven heeft geen toegevoegd nut meer en jaagt de maatschappij nodeloos op kosten.

Het FAGG controleert zowel de weefselbanken en de IVF-centra in België, alsook andere intermediaire structuren die weefsels beheren zoals het Rode Kruis en de bloedbanken. Daarbij worden soms terechte eisen gesteld, maar soms ook hallucinante eisen die niet bijdragen tot de kwaliteit.

De Hoge Gezondheidsraad sprak zich in 2009 al uit over de gang van zaken. Ik heb de minister in dat verband naar verschillende websites verwezen. Ik verwijs ook naar de Europese richtlijnen. Die richtlijnen vermelden geen concrete modaliteiten. Ze gaan over begrippen als steriel en aseptisch, luchtcontrole enzovoort, maar er wordt niet bepaald hoe de eisen moeten worden gerealiseerd en gecontroleerd.

Ik verduidelijk met een voorbeeld: over de controle op lucht- en omgevingskwaliteit in bewerkingszones stelt de Hoge Gezondheidsraad: 'De verkrijging van sperma en de daarbij behorende handelingen vinden plaats in geschikte condities onder gebruikmaking van procedures waarbij de kans op bacteriële of andere besmetting van het verkregen menselijk lichaamsmateriaal zo klein mogelijk is, met inachtneming van artikel 5 van de Richtlijn 2006/17/EG.

De verkrijging van ander menselijk lichaamsmateriaal vindt plaats in chirurgische hygiëneomstandigheden.

De bewerking van reproductief menselijk lichaamsmateriaal gebeurt onder aseptische omstandigheden in een omgeving waarvan de luchtkwaliteit, zoals beoordeeld aan de hand van

*Le traitement du matériel corporel humain reproducteur se déroule dans des conditions aseptiques dans un environnement dont la qualité de l'air, telle qu'évaluée sur base du nombre de particules et du nombre d'unités formant colonie, correspond à la classe A telle que décrite à l'annexe 1 du European Guide to Good Manufacturing Practice (GMP) et la directive 2003/94/CE ».*

*La directive ne mentionne donc rien sur la manière dont il faut satisfaire à ces conditions ; en d'autres termes, il y a une marge d'interprétation quant à la façon dont ces exigences doivent être rencontrées. Ainsi, tout expert sait que le contrôle de l'environnement et de la qualité de l'air n'a aucune utilité : en effet, il n'existe pas de valeurs de seuil validées. Si de tels tests ont déjà été réalisés, il n'ont qu'une utilité et un effet de sensibilisation. Tout au plus, lors de transformations, peut-il être intéressant de contrôler les choses pour éventuellement détecter des moisissures.*

*Interrogée sur les raisons de ces exigences et sur leur « évidence », leur fondement, l'AFMPS a répondu qu'il n'y avait pas de base, mais que l'on savait par expérience que cela était utile. Les pèlerins qui vont à Lourdes savent aussi par expérience que c'est utile !*

*L'attitude de l'AFMPS au sujet des centres FIV n'est pas exceptionnelle, mais confirme la position qu'elle adopte également à l'égard des banques de tissus et des banques de sang. Là aussi, on utilise de manière unilatérale et sans notification préalable des critères plus sévères, parfois contre-productifs, créant dans le secteur une impression d'arbitraire, voire d'abus de pouvoir.*

*Un exemple éloquent est l'abaissement – par voie de circulaire – de la limite d'âge pour les donneurs de sang de 66 ans moins un jour à 65 ans, alors qu'il y a une pénurie de donneurs. Heureusement, nous avons pu corriger cette mesure au Sénat avec une modification de loi par laquelle, conformément aux standards internationaux, la limite d'âge a été portée à 70 ans. Cet exemple caractérise l'attitude de l'AFMPS et son manque de perception de la réalité. Le problème réside dans le fait que les inspecteurs de l'AFMPS connaissent trop peu la matière et refusent d'entamer une concertation préalable avec le secteur, leurs inspections s'apparentant davantage à une lutte d'influence qu'à une plus-value fonctionnelle.*

*La ministre estime-t-elle normal qu'un inspecteur pour le rôle néerlandophone – car il y en a aussi un pour le rôle francophone – propose et décide ce qui doit se passer dans les centres FIV, les banques de tissus, sans devoir justifier cela au moyen de directives validées ?*

*Une banque de tissus ou un établissement de soins en général peut-il interjeter appel contre des exigences exubérantes ? En effet, il est hallucinant que la seule possibilité d'aller en appel soit d'engager une procédure au Conseil d'État. Un appel est-il possible en dehors du Conseil d'État ? Dans l'affirmative, auprès de qui, et, dans la négative, pourquoi pas ? N'est-il pas inqualifiable que la Croix-Rouge de Flandre soit obligée d'introduire une procédure au Conseil d'État parce que les critères d'inspection pour les laboratoires NAT ont été unilatéralement et rétroactivement modifiés.*

*La ministre est-elle disposée à organiser une table ronde avec*

het aantal deeltjes en het aantal kolonievormende eenheden, overeenkomt met klasse A zoals omschreven in bijlage 1 bij de European Guide to Good Manufacturing Practice (GMP) en Richtlijn 2003/94/EG.'

In die richtlijn staat dus niets over de manier waarop aan die eisen moet worden voldaan, met andere woorden, er is interpretatieruimte over hoe die eisen dienen te worden gerealiseerd. Zo weet iedere expert dat omgevingscontrole en luchtcontrole geen enkel nut heeft: er zijn namelijk geen gevalideerde drempelwaarden. Als dergelijke testen al uitgevoerd worden, hebben ze enkel een sensibiliserend nut en effect. Hoogstens bij verbouwingen kan het interessant zijn de zaken te monitoren om eventueel schimmels te detecteren.

Navraag bij het FAGG naar de redenen van die eisen en naar de 'evidence', de grond, voor die eisen leidt tot het antwoord dat er geen grond is, maar 'uit eigen ervaring weet men dat het nut heeft'. Welnu, vele mensen trekken naar Lourdes en weten uit eigen ervaring dat het nut heeft! Als we dergelijke antwoorden als maatstaaf gebruiken, kunnen de bedevaarten naar Lourdes beter worden terugbetaald.

De houding van het FAGG wat betreft de IVF-centra is geen uitzondering, maar een bevestiging van de houding die het FAGG ook aanneemt ten aanzien van de weefselbanken en bloedbanken. Ook daar worden eenzijdig en zonder voorafgaande mededeling strengere, soms contraproductieve criteria gehanteerd die in de sector de indruk van willekeur en zelfs machtsmisbruik oproepen.

Een tot de verbeelding sprekend voorbeeld is de – per circulaire – doorgevoerde verlaging van de leeftijdslimiet voor bloeddonoren van 66 min één dag, tot 65 jaar, terwijl er een tekort is aan donoren. Gelukkig hebben we die maatregel in de Senaat kunnen corrigeren met een wetswijziging waardoor, conform de internationale standaarden, de leeftijdsgrens is opgetrokken tot 70 jaar. Dat voorbeeld typeert de houding van de FAGG en haar gebrek aan voeling met de realiteit. Het probleem is dat de FAGG-inspecteurs de materie onvoldoende kennen, en weigeren om voorafgaand overleg met de sector op te starten, waardoor hun inspecties meer op een machtsstrijd dan op een functionele meerwaarde lijken.

Vindt de minister het normaal dat één inspecteur voor de Nederlandstalige rol – want er is er ook één voor de Franstalige rol – wikt en beschikt over wat moet gebeuren in de IVF-centra, weefselbanken, zonder dat dit te verantwoorden valt door middel van gevalideerde richtlijnen?

Kan een weefselbank of zorginstelling in het algemeen in beroep gaan tegen exuberante eisen? Het is immers toch hallucinant dat de enige mogelijkheid om in beroep te gaan een procedure bij de Raad van State is. Is er een beroep mogelijk buiten de Raad van State? Zo ja, bij wie, zo neen, waarom niet? Is het niet te gek voor woorden dat het Rode Kruis Vlaanderen verplicht werd een procedure via de Raad van State in te leiden omdat de inspectiecriteria voor de NAT-labs eenzijdig en retroactief – vanaf drie jaar terug – werden gewijzigd?

Is de minister bereid een rondetafelgesprek te organiseren met alle betrokken IVF-centra (A en B), Rode Kruis, universiteiten, algemene ziekenhuizen en het FAGG ten einde in onderling overleg redelijke overeenkomsten vast stellen, en

*tous les centres FIV (A et B) concernés, la Croix-Rouge, les universités, les hôpitaux généraux et l'AFMPS afin de conclure de commun accord des conventions raisonnables et donc de rechercher des modalités normales et non exubérantes ?*

*Ne serait-il pas préférable de transférer à nouveau ces inspections à la DG-1, de manière à ce que nous soyons certains que les inspecteurs connaissent suffisamment le secteur qu'ils doivent inspecter et contribuent à la recherche de solutions au lieu d'effectuer des interventions kafkaïennes ?*

*Combien de visites de l'AFMPS la Croix-Rouge de Flandre a-t-elle reçues en 2011, 2010 et 2009 ? Combien de fois était-ce pour la Croix-Rouge de Belgique ? Combien de contrôles ont-ils été effectués dans les centres B-FIV respectivement à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie en 2011, 2010 et 2009 ? Combien d'avertissements, d'une part, et de manquements, d'autre part, ont-ils été découverts dans les centres B-FIV respectivement en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles au cours des années 2009, 2010 et 2011 ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Les arrêtés d'exécution de la loi du 19 décembre 2008 sont d'application. À l'heure actuelle, le Conseil supérieur de la santé établit des directives détaillées précisant les modalités plus techniques.*

*En cas de litige, seul le Conseil d'État est compétent. Les subsides pour les tests NAT, les tests des acides nucléiques, sont octroyés chaque année, après que chaque établissement du sang a prouvé quels coûts sont à l'origine de l'exécution de ces tests par rapport à tous les autres coûts qui sont déjà couverts par le prix du sang. Dès 2009, les dossiers ont été contrôlés de manière plus approfondie, en partant du principe que les subsides ne peuvent servir que pour l'objectif prévu par la législation. Un maximum de transparence est nécessaire.*

*La Croix-Rouge a en effet introduit une procédure au Conseil d'État. Comme toute personne physique ou morale, elle en a le droit.*

*L'Agence organise régulièrement des concertations d'information avec les représentants des établissements de sang et les établissements de matériel corporel humain.*

*La loi du 19 décembre 2008 donne entre autres le pouvoir d'inspection à l'AFMPS. Les inspecteurs impliqués ont reçu une formation spécifique et dominent les matières. Permettez-moi de vous transmettre, en annexe, les chiffres demandés sur le nombre d'inspections, les avertissements, etc.*

*La loi relative au matériel corporel humain est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2009 et a exigé de l'AFMPS des moyens spécifiques. Les inspections ont mené à une amélioration des conditions d'exploitation des établissements concernés. Il s'agit clairement d'une avancée pour la santé publique.*

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *J'espère que le secrétaire d'État transmettra mes remarques à la ministre Onkelinx.*

dus normale modaliteiten te zoeken in plaats van exuberante?

Zou het niet beter zijn om deze inspecties terug aan DG-1 over te dragen, zodat we zeker zijn dat de inspecteurs de sector die zij moeten inspecteren voldoende kennen, en oplossingen helpen zoeken in plaats van kafkaïaanse tussenkomsten te verrichten?

Hoeveel keer kreeg het Rode Kruis Vlaanderen al bezoek van het FAGG in 2011, 2010, 2009? Hoeveel keer was dit voor la Croix-Rouge de Belgique? Hoeveel controles werden er uitgevoerd in respectievelijk Brussel, Vlaanderen, Wallonië in de B-IVF-centra in 2011, 2010, 2009? Hoeveel waarschuwingen enerzijds en tekortkomingen anderzijds werden gedetecteerd in de B-IVF-centra samen voor respectievelijk Vlaanderen, Wallonië en Brussel in de jaren 2009, 2010, 2011?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

De uitvoeringsbesluiten van de wet van 19 december 2008 zijn van toepassing. Momenteel werkt de Hoge Gezondheidsraad gedetailleerde richtsnoeren uit om de meer technische uitvoeringsregels te preciseren.

Enkel de Raad van State is bevoegd in geval van geschillen. De subsidies voor de NAT-tests, de nucleïnezuurtests, worden jaarlijks toegekend, nadat elke bloedinstelling heeft bewezen welke kosten de tests hebben veroorzaakt ten opzichte van alle andere kosten die de prijs van het bloed al dekt. Vanaf het werkingsjaar 2009 werden de dossiers grondiger gecontroleerd, vanuit het principe dat de subsidie alleen voor het in de wetgeving bepaalde doel mag dienen en dat er maximale transparantie moet zijn.

Het Rode Kruis heeft inderdaad een procedure bij de Raad van State ingeleid. Zoals elke natuurlijke of rechtspersoon heeft die instelling dat recht.

Het Agentschap organiseert geregeld informatief overleg met vertegenwoordigers van de bloedinstellingen en de instellingen voor menselijk lichaamsmateriaal.

De wet van 19 december 2008 kent onder meer de inspectiebevoegdheid op dit gebied toe aan het FAGG. De betrokken inspecteurs hebben een specifieke opleiding genoten en beheersen die materie. Ik heb een bijlage met de gevraagde cijfers over het aantal inspecties, de waarschuwingen enzovoort.

De wet op het menselijk lichaamsmateriaal is op 1 december 2009 van kracht geworden, wat specifieke middelen geveerd heeft van het FAGG. De inspecties hebben tot een verbetering van de exploitatievoorwaarden van de betrokken inrichtingen geleid. Dat is duidelijk een pluspunt voor de volksgezondheid.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Ik dank de staatssecretaris voor het antwoord. Ik hoop dat hij mijn opmerkingen mededeelt

*À mon sens cette réponse, qui appelle quelques questions de ma part, a été préparée par le personnel de l'AFMPS. Je suis frappé de constater que la réponse relative aux tests NAT ne cadre pas avec l'arrêté royal. La ministre devrait vérifier cela. Les termes « par rapport à tous les autres coûts qui sont déjà couverts par le prix du sang » ne figurent pas dans l'arrêté royal. La Croix-Rouge a donc raison de se tourner vers le Conseil d'État et, si la procédure se déroule bien, elle aura certainement raison.*

*Si une concertation d'information a régulièrement lieu, je souhaiterais recevoir les rapports de ces deux dernières années sur les contrôles d'inspection et les critères pris en compte lors de ceux-ci. Je parie que l'on n'en a pas encore discuté.*

*Un récent rapport du GBS met en doute la compétence des personnes concernées. Je connais certains des intéressés : l'un est pharmacien en biologie clinique, l'autre est infirmier. Il est inadmissible que l'on établisse des critères qui ne sont pas fondés sur des arguments scientifiques et donc arbitraires, et qu'aucun recours ne soit possible.*

*Je n'ai rien contre la qualité, mais elle doit être basée sur l'evidence-based medicine. Ce n'est pas le cas actuellement. Ainsi, dans tout le pays, des structures intermédiaires occasionnent des frais inutiles.*

*Je remercie le secrétaire d'État pour les chiffres en annexe. Je vais les étudier. De plus, je demande expressément que Mme Onkelinx se saisisse encore de l'affaire et qu'une concertation ait lieu d'urgence, même en période d'affaires courantes, car les choses ne peuvent pas continuer ainsi.*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je ne puis que prendre acte du contenu de la réplique de M. Ide.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les arrêtés d'exécution relatifs aux maladies de l'amiante» (n° 5-1393)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *L'article 118 de la loi-programme du 27 décembre 2006 mentionne les maladies de l'amiante pour lesquelles une victime peut prétendre à une intervention du Fonds amiante. Il prévoit une indemnité en cas de mésothéliome et d'asbestose. En outre, une intervention peut être accordée pour « d'autres maladies déterminées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, et dont il est démontré qu'elles sont causées de façon déterminante par une exposition à l'amiante ».*

*Pourquoi l'article 118, paragraphe 3, n'a-t-il pas encore été mis en œuvre jusqu'à présent ?*

*Un tel arrêté est-il en préparation ? Dans l'affirmative, qui en*

aan minister Onkelinx.

Mijns inziens werd dit antwoord, dat bij mij wel enkele vragen oproept, voorbereid door de personeelsleden van het FAGG. Het valt mij op dat het antwoord inzake de NAT-tests niet strookt met het koninklijk besluit. De minister zou dat best eens nagaan. De bepaling 'ten opzichte van alle andere kosten die reeds gedekt zijn door de prijs van het bloed', staat niet in het koninklijk besluit. Het Rode Kruis heeft dus gelijk om naar de Raad van State te stappen, en als de rechtsgang goed functioneert zal het wel gelijk krijgen.

Als er inderdaad geregeld informatief overleg wordt gepleegd, zou ik graag de verslagen van de jongste twee jaar krijgen over de inspectiecontroles en de criteria die bij de inspecties in aanmerking worden genomen. Ik durf wedden dat daarvan nog niets besproken werd.

In een recent verslag van het VBS wordt competentie van de betrokken personen in twijfel getrokken. Ik ken een aantal van de betrokkenen: de ene is apotheker klinisch bioloog, de andere verpleger. Het gaat niet op dat er criteria worden opgesteld die niet zijn gestoeld op wetenschappelijke argumenten, op criteria die dus willekeurig zijn en dat er geen beroep mogelijk is.

Ik heb niets tegen kwaliteit, maar die moet worden gebaseerd op *evidence-based medicine*. Dat is het nu niet. Zo worden in het hele land intermediaire structuren nodeloos op kosten gejaagd.

Ik dank de staatssecretaris voor de cijfers in de bijlage. Ik zal ze bestuderen. Voorts vraag ik uitdrukkelijk dat mevrouw Onkelinx nog de zaak naar zich toetrekt en dat dringend overleg wordt gepleegd, zelfs in de periode van lopende zaken, want zo kan het echt niet verder.

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik kan alleen akte nemen van de inhoud van de repliek van de heer Ide.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de uitvoeringsbesluiten aangaande de asbestziekten» (nr. 5-1393)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – In artikel 118 van de programmawet van 27 december 2006 wordt bepaald voor welke asbestziekten een slachtoffer aanspraak kan maken op een tegemoetkoming van het Asbestfonds. Het artikel voorziet in een vergoeding in geval van mesotheliom en asbestose. Bovendien kan een tegemoetkoming worden toegekend voor 'andere ziekten bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en waarvan is bewezen dat ze op een beslissende manier het gevolg zijn van een blootstelling aan asbest'.

Waarom werd er tot op heden geen uitvoering gegeven aan artikel 118, paragraaf 3?

Wordt een dergelijk besluit voorbereid? Zo ja, wie is daarmee

*est chargé ?*

*Combien de demandes de reconnaissance et d'indemnités pour des cancers causés par une exposition à l'amiante, ont-elles été refusées parce qu'elles ne pouvaient pas être assimilées aux formes décrites à l'article 118, paragraphes 1<sup>er</sup> et 2 ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*Jusqu'à présent, les partenaires sociaux n'ont pas demandé que l'indemnité du Fonds amiante soit étendue à des maladies autres que le mésothéliome et l'asbestose.*

*En l'absence d'un tel consensus, aucune mesure d'exécution n'a donc été préparée jusqu'à présent.*

*Parmi les décisions négatives prises par le Fonds amiante, 19 avaient comme motif qu'il s'agissait d'un diagnostic de « cancer du poumon provoqué par l'amiante ».*

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Je pense que la ministre doit prendre elle-même une initiative politique et non attendre la demande des partenaires sociaux. Le financement du Fonds amiante s'effectue pour moitié par le biais des cotisations sociales de toutes les entreprises. C'est déjà aberrant en soi car ce n'est pas « le pollueur qui paie ». C'est pourquoi j'ai pris une initiative parlementaire pour corriger cela, du moins pour moitié, car l'autre moitié est financée par le biais de la TVA et nous payons donc tous. Si tous les travailleurs doivent contribuer au fonds, il est logique qu'aucune demande d'extension ne soit introduite. Il y a donc beaucoup à faire.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le droit de subrogation du Fonds amiante » (n° 5-1394)**

**Mme la présidente**. – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *En vertu de l'article 125, paragraphe 3, de la loi-programme du 27 décembre 2006, le Fonds amiante réclame au tiers responsable le montant des interventions.*

*Le Fonds amiante exerce-t-il ce droit de subrogation pour les victimes qui obtiennent une intervention en application tant du paragraphe 1<sup>er</sup>, que du paragraphe 2 de l'article 125 ?*

*Dans combien de cas le Fonds a-t-il estimé que le tiers responsable avait « provoqué la maladie » ?*

*Combien d'actions le Fonds amiante a-t-il entre-temps engagées sur la base de l'article 125, paragraphe 3 ?*

*Dans combien de cas le tiers responsable a-t-il remboursé spontanément l'intervention du Fonds amiante ? De quels montants s'agit-il ?*

*Dans combien de cas un tiers responsable a-t-il été condamné au remboursement de l'intervention du Fonds amiante ? De*

*belast?*

Hoeveel aanvragen tot erkenning en vergoeding voor kankers waarvan de oorzaak ligt in contact met asbest, werden geweigerd omdat ze niet gecatalogeerd konden worden onder de in artikel 118, paragrafen 1 en 2, omschreven vormen?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van mevrouw Onkelinx.

Er is tot op heden geen vraag van de sociale partners om de vergoeding door het Asbestfonds uit te breiden tot andere ziekten dan mesothelioom en asbestose.

Bij gebrek aan een dergelijke consensus is er dus geen enkele uitvoeringsmaatregel in voorbereiding.

Van de afwijzende beslissingen door het Asbestfonds hadden er 19 als motief dat het om een diagnose 'longkanker veroorzaakt door asbest' ging.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Ik denk dat de minister zelf een politiek initiatief moet nemen en niet de vraag van de sociale partners moet afwachten. De financiering van het Asbestfonds gebeurt voor de helft via de sociale bijdragen van alle bedrijven. Dat is op zich al aberrant, want het is niet de vervuiler die betaalt. Daarom ook heb ik een wetgevend initiatief genomen om dat te corrigeren, althans voor de helft, want de andere helft wordt gefinancierd via de btw en betalen wij dus allemaal. Als alle werkgevers moeten bijdragen tot het fonds, is het logisch dat er geen vraag tot uitbreiding komt. Daar is dus werk aan de winkel.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « het subrogatierecht van het Asbestfonds » (nr. 5-1394)**

**De voorzitter**. – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Krachtens artikel 125, paragraaf 3, van de programmawet van 27 december 2006 vordert het Asbestfonds de tegemoetkomingen terug van de aansprakelijke derde.

Oefent het Asbestfonds dit subrogatierecht uit voor zowel de gevallen die een tegemoetkoming krijgen in toepassing van artikel 125, paragraaf 1, als in toepassing van paragraaf 2?

In hoeveel gevallen oordeelde het Fonds dat de verantwoordelijke derde 'de ziekte veroorzaakte'?

Hoeveel vorderingen stelde het Asbestfonds ondertussen in op basis van artikel 125, paragraaf 3?

In hoeveel gevallen betaalde de verantwoordelijke derde de tegemoetkoming van het Asbestfonds spontaan terug? Om welk bedrag gaat het daarbij?

In hoeveel gevallen werd een verantwoordelijke derde veroordeeld tot terugbetaling van de tegemoetkoming van het

*quels montants s'agit-il ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de Mme Onkelinx.*

*Le droit de subrogation du Fonds amiante ne peut être exercé que pour autant que la victime ou ses ayants droit aient entamé une action civile contre un (prétendu) tiers responsable. Sur la base des données dont dispose le Fonds des maladies professionnelles, cela n'a jamais été le cas jusqu'à présent.*

*Récemment, la presse belge a largement fait écho à une action civile contre l'entreprise Eternit, mais l'introduction de cette action civile date de bien avant la création du Fonds amiante. La requérante n'ayant dès lors pas fait appel au Fonds amiante, il ne peut être question d'un droit de subrogation.*

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Un grand merci pour cette réponse claire. Elle confirme ce que je supposais.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le financement du Fonds amiante» (n° 5-1397)**

**Mme la présidente**. – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA)**. *Par la loi-programme du 26 décembre 2006, a été créé un fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante, appelé Fonds Amiante. Ce fonds a pour objet l'octroi d'une indemnité en réparation des dommages résultant d'une exposition à l'amiante. L'indemnité prend la forme d'une rente mensuelle ou d'une indemnité forfaitaire unique si entre-temps la victime est décédée.*

*Le financement de ce fonds est défini à l'article 116 de la loi-programme et détaillé à l'article 2 de l'arrêté royal portant exécution du chapitre VI, du titre IV, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 créant un Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les employeurs sont redevables à partir du 1<sup>er</sup> avril 2007 d'une cotisation destinée au financement du Fonds amiante dont le taux est fixé à 0,01%. Cette cotisation est calculée sur la base des rémunérations qui sont prises en considération pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.*

*Dans cette réglementation on ne fait aucune distinction entre un employeur produisant ou transformant de l'amiante et un employeur qui n'a aucun lien économique avec l'amiante.*

*Comment la ministre justifie-t-elle que pareille distinction ne soit pas faite ?*

*Pour quel montant l'industrie de l'amiante a-t-elle contribué au financement de ce fond ?*

*Que représente ce montant dans le total des contributions des*

*Asbestfonds? Om welk bedrag gaat het hier?*

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van mevrouw Onkelinx.

Het subrogatierecht van het Asbestfonds kan slechts worden uitgeoefend indien door het slachtoffer of zijn rechthebbenden een burgerlijke rechtsvordering werd ingesteld tegen een (beweerde) aansprakelijke derde. Volgens de gegevens van het Fonds voor Beroepsziekten is dat tot op heden niet gebeurd.

Onlangs was er in de Belgische pers wel ruime aandacht voor een burgerlijke rechtsvordering tegen het bedrijf Eternit, maar die werd ingesteld lang vóór de oprichting van het Asbestfonds. De indienster heeft dan ook geen beroep gedaan op het Asbestfonds, zodat er van een subrogatierecht geen sprake kan zijn.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Hartelijk dank voor het duidelijke antwoord. Het stemt overeen met wat ik al vermoedde.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de financiering van het Asbestfonds» (nr. 5-1397)**

**De voorzitter**. – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Met de programmawet van 27 december 2006 werd een schadeloosstellingsfonds voor asbestslachtoffers, het zogenaamde Asbestfonds, opgericht. Het fonds heeft tot doel een vergoeding toe te kennen als schadeloosstelling voor de schade voortvloeiend uit de blootstelling aan asbest. De vergoeding neemt de vorm aan van een maandelijks rente of, indien het slachtoffer ondertussen overleden is, een eenmalige vergoeding.

De financiering van het fonds wordt bepaald in artikel 116 van de programmawet en verder uitgewerkt in artikel 2 van het koninklijk besluit van 11 mei 2007 ter uitvoering van hoofdstuk VI, van titel VI, van de programmawet (I) van 27 december 2006 tot oprichting van een schadeloosstellingsfonds voor asbestslachtoffers. Werkgevers zijn sinds 1 april 2007 een bijdrage verschuldigd ter financiering van het Asbestfonds; de bijdragevoet is vastgelegd op 0,01%. Deze bijdrage wordt berekend op basis van het loon dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de sociale zekerheidsbijdragen.

Deze regeling maakt geen onderscheid tussen een asbest producerende of -verwerkende werkgever en een werkgever die geen economische verbondenheid heeft met asbest.

Hoe verantwoordt de minister dat genoemd onderscheid niet wordt gemaakt?

Wat is het bedrag dat de asbestindustrie op deze manier heeft bijgedragen tot de financiering van het fonds?

Wat is de verhouding van dit bedrag tot het geheel van de



employeurs ?

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre.*

*Dès la création du Fonds amiante, il a été opté pour une obligation de cotisation solidaire pour tous les employeurs. Cette option a été confirmée dans la loi programme du 27 décembre 2006.*

*Le choix a été dicté autant par des raisons de principe que des raisons pratiques : par analogie avec la législation sur les maladies professionnelles, on s'est également prononcé en faveur d'une obligation de cotisation pour tous les employeurs, indépendamment du fait que leurs travailleurs soient ou non exposés à un risque. Depuis lors l'industrie de amiante a disparu en Belgique. Certaines entreprises de ce secteur ont un successeur (p. ex. Eternit), d'autres n'en ont pas (p. ex. Covent).*

*Au siècle précédent, l'amiante a été utilisée dans des branches d'activité très différentes, entre autres dans les entreprises de garage, dans le bâtiment, dans la construction et la réparation navales, dans les chemins de fer.*

*Compte tenu du principe d'obligation de cotisation solidaire, il n'est plus nécessaire que je réponde à vos autres questions.*

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Dans les années 1950 et 1960, la science avait déjà démontré que l'amiante était nocive. J'espère que la Justice belge suivra la logique scientifique et la jurisprudence internationale (italienne) et que M. Jonckheere aura gain de cause.*

*Il est injuste de comparer la question de l'amiante avec les maladies professionnelles en général. On savait que l'amiante était particulièrement nocive pour la santé. On a quand même continué à en produire et à l'utiliser. Je m'étonne donc que le Fonds amiante relève du Fonds des maladies professionnelles. Le financement du Fonds amiante doit de toute manière être revu. J'ai du reste pris une initiative législative en ce sens.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accord avec la Franklin Sleuyter Foundation concernant l'enregistrement des donneurs d'organes» (n° 5-1398)**

**Mme la présidente**. – M. Jean-Marc Delizée secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées répondra.

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Nous lisons dans Het Nieuwsblad du 10 octobre 2001 que les ministres Onkelinx et Van Quickenborne ont conclu un accord avec la Fondation Sleuyter concernant le registre des donneurs d'organes. La Fondation Sleuyter s'y engage à financer la création d'une page d'enregistrement sur le site de e-Health de sorte que les gens pourront s'y inscrire eux-mêmes comme donneurs d'organes. Ces personnes auront également la possibilité de s'enregistrer sur le site de la Fondation Sleuyter.*

bijdragen van werkgeverszijde?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van de minister.

Bij de oprichting van het Asbestfonds werd geopteerd voor een solidaire bijdrageverplichting voor alle werkgevers. De wetgever bevestigde deze optie in de programmawet van 27 december 2006.

De keuze zowel door principiële als door pragmatische redenen ingegeven. Naar analogie met de beroepsziektewetgeving werd geopteerd voor een bijdrageplicht van alle werkgevers, ongeacht het risico op blootstelling van hun werknemers. Sedert 1998 is er een wettelijk verbod op de productie van asbest. Sindsdien is ook de asbestindustrie in België verdwenen. Sommige asbestbedrijven, zoals Eternit, hebben een rechtsopvolger; andere, zoals Covent, niet.

De vorige eeuw werd asbest in zeer verscheiden nijverheidstakken gebruikt, onder meer in garagebedrijven, de bouw, de scheepsbouw en scheepsherstelling, spoorwegen.

Rekening houdend met het principe van solidaire bijdrageverplichting is een antwoord op de andere vragen dan ook niet meer nodig.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – In de jaren vijftig en zestig was al wetenschappelijk bewezen dat asbest schadelijk was. Ik hoop dat de Belgische rechter de logica van de wetenschap en de internationale – Italiaanse – rechtspraak volgt en dat de heer Jonckheere zijn zaak wint.

Het is onrechtvaardig de asbestproblematiek te vergelijken met beroepsziekten in het algemeen. Men wist dat asbest bijzonder schadelijk was voor de gezondheid. Toch bleef men het product produceren en gebruiken. Het verbaast me dan ook dat het Asbestfonds onder beroepsziekten werd gecatalogeerd. De financiering van het Asbestfonds moet alleszins worden herbekeken. Ik heb in dit verband een wetgevend initiatief genomen.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het akkoord met de Franklin Sleuyter Foundation inzake de registratie van orgaandonoren» (nr. 5-1398)**

**De voorzitter**. – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap., antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – We lezen in Het Nieuwsblad van 10 oktober 2011 dat minister Onkelinx en minister Van Quickenborne een akkoord hebben gesloten met de Sleuyter Foundation betreffende de registratie van orgaandonoren. De Sleuyter Foundation verbindt zich ertoe de oprichting van een registratiepagina op de webstek van e-Health te financieren. Via deze weg kunnen de mensen zich zelf rechtsreeks registreren als orgaandonor. Zij krijgen ook de mogelijkheid zich via de webstek van de Sleuyter Foundation te registreren.

*Personnellement, je trouve cette dernière possibilité périlleuse d'un point de vue déontologique. La Fondation Sleuwyter est un organisme privé né d'une société immobilière. Indépendamment des intentions de ses dirigeants, que nous espérons bonnes, je me demande toutefois s'il est opportun de sous-traiter à un groupe privé une matière aussi délicate et touchant à la vie privée sans demander l'avis du parlement. Ne serait-il pas mieux de régler cette matière en partant de ma proposition de loi en cours d'examen (Doc. n° 5-666) ? Celle-ci permet au médecin généraliste d'enregistrer, après concertation, son ou sa patiente comme donneur d'organes sur la plate-forme eHealth. En procédant ainsi je souhaite faciliter l'enregistrement grâce un accompagnement professionnel.*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre.*

*Je tiens à préciser formellement que l'information qui est parue dans la presse n'est pas exacte. Aucun accord n'a été conclu avec mon collègue, M. Van Quickenborne, concernant l'enregistrement des donneurs d'organe. Il n'y a même pas eu de contact à ce sujet.*

*J'estime qu'il revient aux autorités publiques de donner les garanties nécessaires pour que le citoyen puisse exprimer de jure sa volonté de donner un organe. Ces garanties doivent notamment concerner la justesse et l'authenticité des données enregistrées. En d'autres mots, je n'ai aucunement l'intention de confier cette mission au secteur privé. J'ai communiqué par écrit mon point de vue à ce sujet à la plateforme e-Health.*

*J'estime que la proposition de loi doit suivre son cours normal au parlement.*

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Je suis content d'avoir pu informer la ministre. Elle n'était pas, semble-t-il, consciente d'avoir été impliquée. Quelqu'un s'est vraisemblablement avancé sans concertation. Je me réjouis que ce problème soit résolu.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le financement de la formation de pharmacien hospitalier» (n° 5-1403)**

**Mme la présidente**. – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Nous savons que la durée de la formation de pharmacien hospitalier a été ramenée à deux ans. Il est important que la teneur de cette formation soit de bonne qualité. C'est peut-être pour des raisons budgétaires mais on joue avec ce contenu.*

*Il serait dommage de perdre en qualité, particulièrement dans les hôpitaux qui essaient d'instaurer une bonne gestion des médicaments et ont engagé spécialement pour cette tâche un pharmacien hospitalier en formation. Outre l'interrogation sur la qualité de la formation, il subsiste également du flou sur son financement. Certains hôpitaux ont pris le risque*

Persoonlijk vind ik dat laatste deontologisch gevaarlijk. De Sleuwyter Foundation is een private organisatie die ontstaan is in een vastgoedfirma. Los van hun hopelijk goede bedoelingen, vraag ik me toch af of het opportuun is zo'n beladen en privacygevoelige materie zonder parlementaire terugkoppeling aan een private groep uit te besteden. Zou het daarom niet beter zijn dit te regelen op basis van mijn lopende wetsvoorstel (Stuk 5-666)? Dat geeft de huisarts de mogelijkheid zijn of haar patiënt na overleg via het eHealth-platform als orgaandonor te registreren. Op deze manier wens ik met professionele begeleiding een drempelverlaging te weeg te brengen.

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van de minister.

Bij deze stel ik formeel dat de informatie die in de pers verschenen is, niet correct is. Ik heb met collega Van Quickenborne geen afspraken gemaakt met betrekking tot de registratie van orgaandonoren. Er waren ter zake zelfs geen contacten.

Het is de taak van de overheid om de burger passende garanties te geven opdat hij in rechte zijn wil tot orgaandonatie kan uitdrukken. Deze garanties moeten onder meer slaan op de correctheid en authenticiteit van de geregistreerde gegevens. Ik ben met andere woorden geenszins van plan deze opdracht uit te besteden aan de private sector. Ik heb mijn standpunt schriftelijk meegedeeld aan het bestuur van eHealth.

Ik ben van mening dat het lopend wetsvoorstel zijn normale parlementaire verloop moet kennen.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Ik ben blij dat ik de minister heb kunnen informeren. Ze was zich er blijkbaar niet van bewust dat ze hierbij werd betrokken. Iemand had blijkbaar zonder overleg de vlucht vooruit genomen. Het verheugt me dat dit probleem van de baan is.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de financiering van de opleiding tot ziekenhuisapotheker» (nr. 5-1403)**

**De voorzitter**. – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – We weten dat de opleiding tot ziekenhuisapotheker teruggebracht is naar twee jaar. Belangrijk is dat die opleiding een goede invulling krijgt. Wellicht om budgettaire redenen, is gegoocheld met die invulling.

Het zou spijtig zijn aan kwaliteit in te boeten, zeker in die ziekenhuizen die trachten een goed geneesmiddelenbeleid te voeren en die speciaal hiervoor een ziekenhuisapotheker in opleiding, aangeworven hebben. Naast de kwaliteit van de opleiding bestaat er nog steeds onduidelijkheid rond de financiering. Sommige ziekenhuizen hebben het aangedurfd

*d'engager des pharmaciens hospitaliers en formation. Il serait malhonnête de pénaliser financièrement maintenant ces hôpitaux en bloquant une intervention financière. Il est important également pour les pharmaciens hospitaliers en formation qu'on élabore un règlement financier clair.*

*La ministre reconnaît-elle que pour la sécurité juridique tant des hôpitaux que des pharmaciens hospitaliers en formation, il importe qu'on dispose aussi vite que possible d'une réglementation financière ?*

*La ministre pense-t-elle également que les moyens financiers dégagés à cette fin ne peuvent pas être répartis entre tous les hôpitaux mais doivent être réservés aux hôpitaux qui ont engagé des pharmaciens hospitaliers en formation ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je vous lis la réponse de la ministre.*

*Ma cellule stratégique est en effet régulièrement contactée par les directions d'hôpitaux à propos du financement des pharmaciens hospitaliers qui ne disposent pas encore d'un agrément complet et qui n'ont pas encore terminé la formation ni le stage professionnel.*

*Il y a aussi des demandes de pharmaciens hospitaliers qui ont un agrément provisoire et ont des difficultés à être engagés par un hôpital. Ces personnes disposent donc de tous les titres académiques pour recevoir à terme un agrément définitif mais ils dépendent d'une direction d'hôpital qui hésite à les engager à cause d'incertitudes sur le plan financier.*

*Pour clarifier les intentions qui ont été formulées lors de la précédente législature et pour faire connaître nos engagements aux professionnels concernés, en particulier les pharmaciens hospitaliers en formation, j'ai chargé le SPF santé publique de préparer une circulaire à l'attention des directions des hôpitaux et des chefs de service des pharmacies hospitalières.*

*Cette circulaire comprendra un inventaire et des éléments d'information suivants :*

- 1) *l'engagement de maintenir le montant récurrent de €3 250 000 avec effet dès 2010 ;*
- 2) *l'annonce que ce montant sera octroyé l'année prochaine, sur la sous-partie B4 du budget des moyens financiers, en prévoyant des montants de rattrapage pour assurer un financement aux contrats de 2010 et 2011. Le financement concernera donc des institutions qui ont effectivement fait des efforts particuliers dans le cadre de la formation continue et de l'accréditation, conformément à l'arrêté ministériel du 11 juin 2003 fixant les critères d'agrément du titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier ;*
- 3) *une enquête sur les contrats qui ont été conclus avec les pharmaciens hospitaliers ayant un agrément provisoire et sur les initiatives concrètes de formation en collaboration avec les facultés universitaires.*

*Enfin, je tiens à préciser qu'il faut encore apporter une série de modifications techniques à l'arrêté ministériel du 11 juin 2003 en vue d'avoir davantage de sécurité juridique concernant les exigences de la formation et les modalités*

ziekenhuisapothekers in opleiding aan te werven. Het zou oneerlijk zijn die ziekenhuizen nu financieel te straffen door het uitblijven van een financiële tegemoetkoming. Ook voor de ziekenhuisapothekers in opleiding zelf is het belangrijk dat een duidelijke financiële regeling wordt uitgewerkt.

Is de minister het ermee eens dat het, in het kader van de rechtszekerheid voor zowel ziekenhuizen als ziekenhuisapothekers in opleiding, belangrijk is dat er zo snel mogelijk een financiële regeling komt.

Gaat de minister akkoord met het feit dat de financiële middelen die hiervoor uitgetrokken zijn niet verdeeld mogen worden over alle ziekenhuizen, maar dat enkel ziekenhuizen die ziekenhuisapothekers in opleiding aangenomen hebben, recht hebben op een tegemoetkoming?

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik lees het antwoord van de minister. Mijn beleidscel wordt inderdaad regelmatig door ziekenhuisdirecties benaderd in verband met de financiering van de ziekenhuisapothekers die nog niet over een volledige erkenning beschikken en nog een beroepstraject van vorming, opleiding en stage doorlopen.

Er zijn ook vragen van ziekenhuisapothekers met voorlopige erkenning die moeite hebben om door een ziekenhuis te worden aangeworven. Die personen beschikken dus over alle academische geloofsbrieven om op termijn een definitieve erkenning te krijgen, maar zijn afhankelijk van een ziekenhuisdirectie die aarzelt voor een eventuele aanwerving omdat er onzekerheid is over de financiering.

Teneinde meer duidelijkheid te scheppen over de beleidsintenties die de voorbije legislatuur geformuleerd werden en om onze engagementen naar de betrokken beroepsgroepen, in het bijzonder de ZAio's (Zorgautoriteit in opleiding) of ziekenhuisapothekers, kenbaar te maken, heb ik de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid ermee belast een circulaire ter attentie van de ziekenhuisdirecties en de diensthoofden van de ziekenhuisapotheken voor te bereiden.

Deze circulaire zal een inventaris en volgende inlichtingen bevatten:

- 1) Het engagement dat het recurrente bedrag van 3 250 000 euro behouden blijft, met inwerkingtreding vanaf 2010;
- 2) De aankondiging dat dit bedrag volgend jaar via het onderdeel B4 van het budget van financiële middelen zal worden toegewezen, met een regeling via de inhaalbedragen teneinde een financiering te bieden voor de overeenkomsten van 2010 en 2011. De financiering zal zich dus op de instellingen richten die effectief bijzondere inspanningen gedaan hebben in het kader van de voortgezette opleiding en de accreditering, conform het ministerieel besluit van 11 juni 2003 over de erkenning van de ziekenhuisapotheker;
- 3) Een enquête naar de overeenkomsten die met ziekenhuisapothekers met voorlopige erkenning werden gesloten en de concrete vormingsinitiatieven in samenwerking met universitaire faculteiten.

Ten slotte merk ik op dat er in het ministerieel besluit van 11 juni 2003 nog een aantal technische wijzigingen moeten worden aangebracht teneinde meer rechtszekerheid te hebben inzake de opleidingsvereisten en de erkenningsmodaliteiten.

*d'agrément. Ce dossier méritera en effet une attention particulière du prochain ministre de la Santé de plein exercice.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je remercie la ministre pour sa réponse claire. L'intervention de la ministre est juste. Elle observe les accords et respecte les engagements financiers. Cela rassurera les personnes concernées.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les titres professionnels particuliers dans le domaine des soins infirmiers» (n° 5-1406)**

**Mme la présidente.** – M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées, répondra.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Au cours d'une législature précédente, j'avais déjà dans une demande d'explications dénoncé la discrimination financière entre les infirmiers en radiologie et leur collègue de l'oncologie. Je pouvais alors à une réécriture générale et fondamentale du système des titres professionnels particuliers dans le secteur infirmier.*

*À ce jour la discrimination subsiste entre les différentes disciplines de soins infirmiers. Il s'avère en outre que le système actuel ne fonctionne pas. Un infirmier, dont la profession figure toujours sur la liste des fonctions critiques, qui se perfectionne et introduit ensuite une demande de reconnaissance d'un titre professionnel particulier, doit attendre au moins cinq à six mois pour s'entendre dire par l'administration qu'il y a du retard. L'administration s'en rend peut-être compte seulement à ce moment-là. Plusieurs associations professionnelles ont déjà soulevé le problème sans que cela n'ait eu de suite positive ni débouché sur une clarification de la situation.*

*Quels sont les titres professionnels particuliers actuellement existants ? La ministre peut-elle spécifier la rémunération qui est liée à la possession de ces titres ?*

*Quels titres professionnels particuliers vont-ils être introduits à court terme ou sont-ils envisagés ?*

*Comment la ministre voit-elle à l'avenir ces titres professionnels particuliers : ne devons-nous pas être attentif à ce qu'à terme chacun dispose d'un titre professionnel particulier ?*

**M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées.** – *Je vous lis la réponse de la ministre Onkelinx.*

*En ce qui concerne l'arriéré de traitement des dossiers, les dispositions ont été prises, à ma demande, par mon administration de sorte que le retard ne soit pas préjudiciable aux infirmiers concernés.*

*Un certificat indiquant la date à laquelle le dossier complet a été introduit sera adressé aux infirmiers dont le dossier a été*

Dit dossier verdient de bijzondere aandacht van de volgende minister van Volksgezondheid met volle bevoegdheid.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik dank de minister voor het duidelijke antwoord. De minister treedt hier rechtvaardig op. Ze houdt zich aan de afspraken en de financiële verbintenissen worden nagekomen. Het zal de betrokken personen geruststellen.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bijzondere beroepstitels in de verpleegkunde» (nr. 5-1406)**

**De voorzitter.** – De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap, antwoordt.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – In een vorige legislatuur heb ik in een vraag om uitleg al de discriminatie aangeklaagd tussen de financiële valorisatie van verpleegkundigen radiologie en hun collega's van oncologie. Ik drong toen aan op een grondige algemene hertekening van het systeem van bijzondere beroepstitels bij verpleegkundigen.

Tot op vandaag blijft de discriminatie tussen de verschillende verpleegkundige disciplines bestaan. Daarenboven blijkt het huidige systeem niet te werken. Een verpleegkundige, die nog steeds een knelpuntberoep vervult, die zich bijschoolt en vervolgens een aanvraag tot erkenning van een bijzondere beroepstitel indient, moet minstens vijf tot zes maanden wachten om dan van de administratie te horen dat er een vertraging is. Dat beseft de administratie op dat moment wellicht zelf wel. Verschillende beroepsverenigingen hebben het probleem ook reeds eerder aangekaart, zonder dat ze een positief gevolg of een duidelijke stand van zaken kregen.

Welke bijzondere beroepstitels voor verpleegkundigen bestaan op dit moment? Kan de minister per bijzondere beroepstitel specificeren welke remuneratie hieraan is verbonden?

Welke bijzondere beroepstitels worden binnenkort nog ingevoerd of zijn gepland?

Welke bijzondere beroepstitels acht de minister nog wenselijk?

Wat is de toekomstvisie van de minister op de bijzondere beroepstitels: moeten we niet opletten dat op de duur iedereen over een bijzondere beroepstitel beschikt?

**De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap.** – Ik lees het antwoord van minister Onkelinx.

In verband met de achterstand in de dossierbehandeling heeft de administratie op mijn vraag maatregelen genomen opdat de vertraging voor de betrokken verpleegkundigen geen negatieve gevolgen zou hebben.

De verpleegkundigen waarvan het dossier werd afgehandeld, zullen een attest ontvangen met de datum waarop het dossier

*traité dans le passé, cette date valant agrément pour l'obtention de la prime.*

*La procédure est adaptée pour les dossiers en cours et futurs afin que le délai de traitement n'ait pas d'impact sur la date d'octroi du titre professionnel particulier.*

*Les critères d'agrément des titres professionnels suivants sont fixés par un arrêté ministériel : Soins intensifs et urgences, Gériatrie et Oncologie. Il n'y a pas de barème particulier, ceux-ci relevant de la commission paritaire (secteur privé) ou des pouvoirs locaux (secteur public).*

*Par contre, dans le plan d'attractivité pour la profession infirmière, j'ai instauré le paiement d'une prime annuelle de 3 341,50 euros bruts, octroyée à condition que l'infirmier travaille effectivement dans un service (hôpital ou MRS) qui prévoit ces spécialisations.*

*Sont prêts pour publication : les arrêtés concernant le titre professionnel particulier en Pédiatrie-Néonatalogie et la qualification professionnelle particulière en Diabétologie.*

*La gestion des affaires courantes en a empêché la publication au Moniteur belge : mon souci a été d'éviter de fragiliser l'octroi des agréments par un recours, néfaste en particulier pour les bénéficiaires infirmiers. En collaboration avec le Conseil national de l'art infirmier, l'administration prépare le titre et la qualification en Psychiatrie.*

*Il reviendra au prochain ministre de déterminer les priorités futures. En ce qui me concerne, j'ai suivi les recommandations du Conseil national de l'art infirmier, le CNAI.*

*La spécialisation infirmière est une tendance lourde y compris sur le plan international : elle améliore certes l'attrait de la profession mais surtout elle améliore la qualité des soins au bénéfice des patients. À nouveau, il reviendra au prochain ministre de définir sa vision future.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je remercie le secrétaire d'État pour la réponse. Je conçois qu'il soit difficile dans les circonstances actuelles de définir une vision à long terme.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide au secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées sur «la détermination du pourcentage d'invalidité des enfants victimes du syndrome de Down» (n° 5-1372)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *J'ai déjà posé cette question plusieurs fois. J'ai appris que de nombreuses irrégularités sont commises lors de l'octroi du pourcentage d'invalidité de 66% à des enfants atteints du syndrome de Down. Dans un même ressort administratif, il arrive que le pourcentage de 66% soit octroyé à un enfant atteint du syndrome de Down et non à un autre également atteint. Cette situation est sans aucun doute contraire au principe d'égalité.*

*Il ne peut y avoir de doute sur la nature du syndrome de Down ; c'est une affection objectivement diagnosticable du*

volledig werd ingediend; die datum zal gelden om de premie te ontvangen.

De procedure wordt aangepast voor de lopende en toekomstige dossiers, zodat een vertraging in de behandeling geen invloed heeft op de datum waarop de bijzondere beroepstitel wordt toegekend.

In een ministerieel besluit worden de criteria van de volgende beroepstitels verduidelijkt: intensieve zorg en spoeddiensten, geriatrie en oncologie. Er is geen specifieke weddeschaal omdat ze afhangen van het paritair comité (voor de privésector) of van de lokale overheden (voor de overheidssector).

In het kader van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundige beroep heb ik een jaarlijkse premie van 3 341,50 euro bruto ingesteld, die wordt toegekend naar rato van de daadwerkelijke uitoefening in een dienst (ziekenhuis of rvt) waar de normen in die specialisaties voorzien.

De bijzondere beroepstitel pediatrie- neonatalogie en de bijzondere beroepsbekwaamheid diabétiologie zullen eerstdaags verschijnen.

De periode van lopende zaken heeft de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* verhinderd. Ik wou immers vermijden dat de toekenning van de erkenningen door een beroep zou worden verzwakt. Dat zou vooral voor de begunstigde verpleegkundigen nefast zijn. De administratie bereidt in samenwerking met de Nationale raad voor verpleegkunde, de NRV, de titel en de bekwaamheid psychiatrie voor.

De volgende minister zal de toekomstige prioriteiten moeten bepalen. Ik heb de aanbevelingen van de NRV gevolgd.

De verpleegkundige specialisatie is een zware richting, zelfs op internationaal vlak. Ze verhoogt vast en zeker de aantrekkelijkheid van het beroep, maar ze verbetert vooral de zorgkwaliteit ten voordele van de patiënten. Het is opnieuw de volgende minister die hierover een toekomstvisie zal moeten ontwikkelen.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik dank de staatssecretaris voor het antwoord. Ik beseef dat het momenteel moeilijk is om in de huidige omstandigheden een toekomstvisie te bepalen.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap over «het bepalen van het invaliditeitspercentage bij kinderen met het syndroom van Down» (nr. 5-1372)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik heb de vraag al meerdere malen gesteld. Mij is ter ore gekomen dat er heel wat onregelmatigheden zijn bij de toekenning van het invaliditeitspercentage van 66% aan kinderen met het syndroom van Down. In eenzelfde ambtsgebied wordt voor het ene Downkind het percentage van 66% toegekend en voor het andere kind niet. Die situatie strookt ongetwijfeld niet met het gelijkheidsbeginsel.

Over de aard van het syndroom van Down kan geen twijfel bestaan, het is een objectief vaststelbare aandoening, namelijk

*fait de la présence d'une trisomie 21. Le mode d'intervention des médecins-contrôleurs lors du diagnostic de l'affection et de l'octroi du pourcentage d'invalidité a-t-il été fixé ? Une circulaire du 5 juin 2008 apporte-t-elle une réponse incontestable à ce sujet ?*

*À combien d'enfants atteints du syndrome de Down le pourcentage d'invalidité de 66% a-t-il été octroyé par zone de contrôle, en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, par rapport au nombre total d'enfants atteints de cette maladie, et ce pour les années 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 et le premier semestre 2010 ?*

*Comment le secrétaire d'État interprète-t-il ces chiffres ?*

*Quel est le nombre d'invalides enregistrés de 2004 au premier semestre 2010 inclus, par arrondissement, par province et par région ? J'aimerais obtenir une ventilation des données par classe d'âge : de zéro à dix-huit ans, de dix-huit à soixante-cinq ans et plus de soixante-cinq ans.*

*Quelle est la proportion des différents pourcentages reconnus à chacune de ces classes d'âge et pour l'ensemble de celles-ci de 2004 au premier semestre 2010 inclus ? J'aimerais également obtenir des chiffres ventilés par arrondissement, par province et par région.*

*Le secrétaire d'État peut-il me communiquer, pour chacune des régions et pour les années 2004 au premier semestre 2010 inclus, les pourcentages d'invalidité octroyés, non seulement pour le syndrome de Down (trisomie 21), mais aussi pour la cécité, la surdité, l'amputation d'une jambe, l'amputation des deux jambes, l'interruption médullaire, la tétraplégie, le besoin permanent d'oxygène, etc., en les ventilant autant que possible par pathologie ?*

**M. Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *L'évaluation des enfants atteints du syndrome de Down est déterminée par l'arrêté royal du 12 février 2009. Pour les enfants atteints d'une affection génétique ou chromosomique dont l'évolution est habituellement déficitaire sur le plan du développement moteur et mental, l'incapacité est fixée à 66% dès la naissance, lorsqu'un quotient de développement inférieur à 60 est constaté au cours des deux premières années de vie.*

*L'application de cet arrêté royal implique donc que tous les enfants atteints de ce syndrome depuis la naissance n'obtiendront pas une incapacité de 66%. Ceux dont le quotient de développement est supérieur à 60 ne l'obtiendront pas.*

*Quant aux allocations familiales, le supplément est évalué sur la base des piliers 2 et 3 de l'échelle médicosociale.*

*Concernant les enfants atteints du syndrome de Down, c'est-à-dire de trisomie 21, la cause des difficultés qu'ils éprouvent ne fait effectivement aucun doute.*

*Toutefois, le droit à un supplément aux allocations familiales est octroyé en fonction, non de la cause d'un handicap, mais de la gravité de celui-ci et de son impact sur la vie et sur l'entourage de l'enfant.*

*Les enfants atteints du syndrome de Down n'ont pas tous le même handicap. Certains d'entre eux présentent un retard plus ou moins important en matière de développement psychomoteur durant les premières années de vie et d'autres*

*de aanwezigheid van een trisomie 21. Ligt eigenlijk vast hoe de controleartsen moeten optreden bij de vaststelling van de aandoening en de toekenning van het invaliditeitspercentage? Geeft een bepaalde circulaire van 5 juni 2008 daarover onbetwistbaar uitsluitsel?*

*Aan hoeveel kinderen met het syndroom van Down werd per controlegebied in Vlaanderen, in Wallonië en in Brussel het invaliditeitspercentage van 66% toegekend in verhouding tot het totaal aantal kinderen met die aandoening en dit voor de jaren 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 en de eerste helft van 2010?*

*Hoe interpreteert de staatssecretaris de cijfers?*

*Hoeveel invaliden zijn er per arrondissement, provincie en gewest van 2004 tot en met de eerste helft 2010? Ik kreeg de gegevens graag uitgesplitst in de categorieën van nul tot achttien jaar, van achttien tot vijfenzeftig jaar en ouder dan vijfenzeftig jaar.*

*Hoe verhouden de toegekende percentages invaliditeit zich voor elk van deze categorieën en het totaal, in de periode 2004 tot en met de eerste helft 2010? Graag kreeg ik de gegevens ook per arrondissement, provincie en gewest.*

*Kan de staatssecretaris me de verdeling bezorgen per gewest en voor de periode 2004 tot en met de eerste helft 2010, niet alleen voor Down (trisomie 21), maar ook voor blindheid, doofheid, een geamputeerd been, twee geamputeerde benen, dwarslaesies, tetraplegie, mensen met continue zuurstofnood? Graag kreeg ik zoveel mogelijk een uitsplitsing per pathologie.*

**De heer Jean-Marc Delizée**, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – *De evaluatie van kinderen met het syndroom van Down gebeurt volgens de richtlijnen van het koninklijk besluit van 12 februari 2009. Dat bepaalt dat kinderen met een genetische of chromosoomaandoening waarvan de evolutie gewoonlijk nadelig is op het vlak van de motorische en geestelijke ontwikkeling erkend zullen worden met een ongeschiktheid van meer dan 66% van bij de geboorte, als een ontwikkelingsquotiënt van minder dan 60 wordt vastgesteld op om het even welk moment tijdens de twee eerste levensjaren. De toepassing van dit koninklijk besluit heeft dan ook tot gevolg dat niet alle kinderen met het syndroom van Down vanaf de geboorte 66% ongeschiktheid zullen krijgen. Diegenen met een ontwikkelingsquotiënt van meer dan 60 komen niet in aanmerking voor een erkenning +66% vanaf de geboorte.*

*Voor de verdere toekenning van de bijkomende kinderbijslag wordt de evaluatie in pijler 2 en pijler 3 gedaan voor de medisch-sociale schalen. Voor kinderen met het syndroom van Down, trisomie van chromosoom 21, bestaat er inderdaad geen twijfel over de oorzaak van de problemen die ze ondervinden.*

*Het is evenwel niet zo dat er een recht op bijkomende kinderbijslag wordt toegekend op basis van de oorzaak van een handicap, maar wel op basis van de ernst van de handicap en de impact ervan op het leven van het kind en zijn omgeving.*

*souffrent de graves complications – affections cardiaques, par exemple – dès la naissance. Et dans certains cas, la trisomie est en mosaïque : le chromosome surnuméraire n'est présent que dans certaines cellules et non dans toutes.*

*Quant à la deuxième question, l'administration ne possède pas ces informations. Il n'existe actuellement aucun système d'enregistrement des pathologies.*

*Ne disposant pas de données chiffrées, je ne puis interpréter celles-ci.*

*Concernant les questions suivantes, je renvoie M. Ide aux tableaux que je vais lui communiquer.*

*Je tiens à signaler que le supplément d'allocations familiales est octroyé jusqu'à l'âge de 21 ans et non de 18 ans. Cet octroi ne relève pas de la Direction générale Personnes handicapées, mais bien des caisses d'allocations familiales ou de l'organisme qui paie habituellement les allocations : l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants ou autres. Le rôle de la Direction générale Personnes handicapées se limite à la réalisation d'examens médicaux à la demande des organismes précités. Elle ne dispose donc pas de statistiques relatives aux suppléments d'allocations familiales versés et ne peut pas fournir de données concernant le nombre de droits ouverts pour la classe d'âge de zéro à dix-huit ans.*

*Dans le dossier en annexe, les ayants droit ont été répartis comme suit :*

- pages séparées pour les classes d'âge 18-65 et plus de 65 ;
- pages séparées par année (situation à la fin de l'année, sauf pour 2009, situation en octobre 2009) ;
- par page, une ventilation par région, par province et par arrondissement ;
- une répartition par catégorie médicale.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *J'étudierai avec grand plaisir ces tableaux. Certaines données ne sont pas disponibles. Pourtant, mesurer, c'est savoir. Je plaide donc en faveur d'une collecte des données. L'appréciation d'un handicap ne peut pas uniquement reposer sur des bases subjectives. J'admets qu'un handicap n'est pas l'autre, mais il faut tendre vers un maximum d'objectivité. On ne peut admettre que des handicapés atteints de pathologies similaires bénéficient d'interventions différentes. Je plaide donc une nouvelle fois pour des mesures objectives.*

**M. Jean-Marc Delizée,** secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je suis d'accord avec M. Ide quant à la collecte des données. Avec*

Niet alle kinderen met het syndroom van Down vertonen dezelfde handicap. Zo zijn er kinderen met een trisomie 21, met een min of meer belangrijke achterstand inzake psychomotorische ontwikkeling gedurende de eerste levensjaren of nog andere kinderen, die belangrijke verwikkelingen hebben van bij de geboorte, zoals bijvoorbeeld hartafwijkingen. Om de zaak nog ingewikkelder te maken zijn er ook nog kinderen met een mozaïek-Downsyndroom; dat is een toestand waarbij niet alle cellen dezelfde chromosomen bevatten en sommige cellen dus een trisomie vertonen en andere niet.

Wat de tweede vraag betreft zijn de gegevens bij de administratie niet bekend. Op het ogenblik bestaat er geen systeem voor registratie van pathologieën.

Bij gebrek aan cijfergegevens moet ik ook de interpretatie van deze cijfers schuldig blijven.

Voor de antwoorden op de volgende vragen verwijs ik de heer Ide naar de tabellen die ik hem zal overhandigen. Ik maak hierbij de volgende opmerking.

De verhoogde kinderbijslag wordt toegekend tot 21 jaar en niet tot 18 jaar. De toekenning is geen bevoegdheid van de Directie-generaal Personen met een handicap, maar wel van de kinderbijslagfondsen of van de instelling die gewoonlijk de kinderbijslagen uitbetaalt, zoals de Rijksdienst voor de Kinderbijslag van de Werknemers, het Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen of andere kinderbijslagfondsen. De rol van de Directie-generaal Personen met een handicap beperkt zich tot de uitvoering van medische onderzoeken op vraag van de vermelde instellingen. De Directie-generaal Personen met een handicap beschikt dus niet over statistieken met betrekking tot de betalingen voor verhoogde kinderbijslag en kan dus geen gegevens leveren over het aantal lopende rechten voor de leeftijdscategorie van 0 tot 18 jaar.

In het bestand in bijlage zijn de rechthebbenden als volgt ingedeeld:

- aparte bladen voor de leeftijdsgroepen 18-65 en 65 en ouder;
- aparte bladen per jaar (telkens de toestand op het einde van het jaar behalve 2009 toestand oktober 2009);
- per blad een indeling naar gewest, provincie en arrondissement;
- een indeling per medische categorie.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik zal de tabellen met veel plezier bestuderen. Een aantal gegevens zijn niet beschikbaar. Nochtans is meten weten. Ik dring er dan op aan dat werk wordt gemaakt van de vergaring van gegevens. De beoordeling van een handicap kan niet alleen op subjectieve gronden gebeuren. Ook al erken ik dat de ene handicap niet de andere is, toch moet naar objectiviteit worden gestreefd. Het kan niet dat gehandicapten met een analoge pathologie verschillende tegemoetkomingen krijgen. Ik pleit dus nogmaals voor objectieve metingen.

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik ben het eens met de opmerking van de heer Ide over de vergaring van gegevens. Met meer tijd en middelen waren we daarin

*plus de temps et de moyens, nous y serions parvenus.*

*Concernant l'évaluation, les conséquences d'un handicap peuvent différer d'une personne à l'autre. Les médecins doivent apprécier le handicap en fonction des caractéristiques de la personne concernée.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *J'ai élaboré une proposition de loi visant à une plus grande indépendance d'intervention des médecins-conseils, lesquels dépendraient de l'INAMI et non plus des mutualités.*

**M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées.** – *C'est une autre histoire.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Pas tout à fait. Cela s'inscrit dans le même souhait d'objectivité et d'indépendance accrues pour ceux qui doivent juger.*

*(La séance est levée à 16 h 50.)*

geslaagd.

Wat de evaluatie betreft, kunnen de gevolgen van een handicap verschillen van persoon tot de persoon. De artsen moeten de handicap beoordelen in het licht van de eigenschappen van de betrokken persoon.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik heb een wetsvoorstel uitgewerkt om de adviserende geneesheren onafhankelijker te laten optreden door ze onder het RIZIV te laten ressorteren, en niet langer onder de ziekenfondsen.

**De heer Jean-Marc Delizée,** staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Dat is een ander verhaal.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Niet helemaal. Het sluit aan bij het streven naar meer objectiviteit en onafhankelijkheid bij diegenen die moeten beoordelen.

*(De vergadering wordt gesloten om 16.50 uur.)*