



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

mercredi

woensdag

30-06-2004

30-06-2004

Après-midi

Namiddag

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

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 51 0000/000	Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 51 0000/000	Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)	CRIV	voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN	séance plénière	PLEN	plenum
COM	réunion de commission	COM	commissievergadering

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

SOMMAIRE

Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les travailleurs frontaliers qui exercent une activité indépendante à titre complémentaire ou accessoire dans leurs pays de résidence" (n° 2775) 1

Orateurs: **Joseph Arens, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-remboursement d'une densitométrie osseuse" (n° 2884) 3

Orateurs: **Magda De Meyer, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 4
- M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les plans d'apurement des clubs de football" (n° 2888) 4

- M. Carl Devlies au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arriérés en matière de cotisations ONSS des clubs de football de première et de deuxième divisions" (n° 3037) 4

- M. Guy D'haeseleer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arriérés en matière de cotisations ONSS des clubs de football de première et de deuxième division" (n° 3173) 4

Orateurs: **Mark Verhaegen, Carl Devlies, Guy D'haeseleer, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'asbestose" (n° 2926) 10

Orateurs: **Maggie De Block, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les frais de transport vers et au départ des centres de soins de jour" (n° 2998) 12

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

Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation financière et le déficit de la sécurité sociale" (n° 2999) 13

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

INHOUD

Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grensarbeiders die een zelfstandig beroep uitoefenen in het land waar zij verblijven" (nr. 2775) 1

Sprekers: **Joseph Arens, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-terugbetaling van een botdensitometrie" (nr. 2884) 3

Sprekers: **Magda De Meyer, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 4
- de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afbetalingsplannen van de voetbalclubs" (nr. 2888) 4

- de heer Carl Devlies aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de achterstallen in RSZ-bijdragen van de voetbalclubs in eerste en tweede afdeling" (nr. 3037) 4

- de heer Guy D'haeseleer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de RSZ-achterstallen van de voetbalclubs uit eerste en tweede klasse" (nr. 3173) 4

Sprekers: **Mark Verhaegen, Carl Devlies, Guy D'haeseleer, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "asbestose" (nr. 2926) 10

Sprekers: **Maggie De Block, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vervoerkosten van en naar de dagverzorgingscentra" (nr. 2998) 12

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

Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële toestand en tekorten van de sociale zekerheid" (nr. 2999) 13

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

Question de M. Pierre Lano au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement comme entrepreneur et le fonctionnement des commissions d'enregistrement" (n° 3044)	16	Vraag van de heer Pierre Lano aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie als aannemer en de werking van de registratiecommissies" (nr. 3044)	16
<i>Orateurs:</i> Pierre Lano, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Pierre Lano, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen médical d'aptitude pour les agents des administrations locales" (n° 3071)	18	Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geschiktheidsonderzoek voor personeelsleden van lokale besturen" (nr. 3071)	18
<i>Orateurs:</i> Magda De Meyer, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Magda De Meyer, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les allocations octroyées aux invalides isolés" (n° 3084)	20	Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitkeringen aan alleenstaande invaliden" (nr. 3084)	20
<i>Orateurs:</i> Magda De Meyer, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Magda De Meyer, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Muriel Gerken au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Femara" (n° 3079)	21	Vraag van mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het geneesmiddel Femara" (nr. 3079)	21
<i>Orateurs:</i> Muriel Gerken, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Muriel Gerken, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les coûts engendrés par la maladie d'Alzheimer" (n° 3092)	25	Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kosten die de ziekte van Alzheimer meebrengt" (nr. 3092)	25
<i>Orateurs:</i> Colette Burgeon, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Colette Burgeon, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Servais Verherstraeten au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'égalité de traitement des contrôleurs sociaux" (n° 3097)	27	Vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gelijkberechtiging van de sociale controleurs" (nr. 3097)	27
<i>Orateurs:</i> Servais Verherstraeten, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Servais Verherstraeten, Rudy Demotte , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Servais Verherstraeten au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des soins psychiatriques en milieu familial" (n° 3113)	29	Vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële regeling voor de plaatsen psychiatrische gezinsverpleging" (nr. 3113)	29
<i>Orateurs:</i> Servais Verherstraeten, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Servais Verherstraeten, Rudy Demotte , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport relatif à l'élimination de différences de pratique injustifiées" (n° 3287)	30	Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport over het wegwerken van onverantwoorde praktijkverschillen" (nr. 3287)	30
<i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé		<i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , ministre van Sociale Zaken en	

publique

Volksgezondheid

COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES

du

MERCREDI 30 JUIN 2004

Après-midi

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE
ZAKEN

van

WOENSDAG 30 JUNI 2004

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.08 uur door de heer Hans Bonte, voorzitter.
La séance est ouverte à 14.08 heures par M. Hans Bonte, président.

01 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les travailleurs frontaliers qui exercent une activité indépendante à titre complémentaire ou accessoire dans leurs pays de résidence" (n° 2775)

01 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grensarbeiders die een zelfstandig bijberoep uitoefenen in het land waar zij verblijven" (nr. 2775)

01.01 **Joseph Arens** (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, actuellement, en Belgique, l'INAMI, via une circulaire, impose aux mutuelles belges de repérer les travailleurs frontaliers belgo-luxembourgeois qui exercent une activité complémentaire en Belgique. Suivant l'interprétation qu'en fait l'INAMI, ces travailleurs frontaliers et leurs éventuelles personnes à charge ne peuvent plus bénéficier des avantages offerts par la convention sociale belgo-luxembourgeoise.

Ceci a pour conséquence:

- que le travailleur frontalier et ses personnes à charge ne peuvent plus bénéficier du complément de soins de santé à charge du Luxembourg en cas de soins prodigués en Belgique; s'il se fait soigner au Luxembourg, il pourra bénéficier du taux de remboursement luxembourgeois;
- qu'il doit impérativement s'affilier à une mutuelle belge ainsi que les personnes qui sont à sa charge, s'il veut bénéficier du remboursement des soins de santé au taux de remboursement belge et cotiser pour la couverture petits risques.

De facto, ces travailleurs perdent les bénéfices de la convention sociale belgo-luxembourgeoise des soins de santé, ce qui représente pour les personnes concernées une baisse importante de leur couverture sociale. Or, la jurisprudence de la Cour européenne invite à écarter l'application des dispositions nationales, dès lors que celles-ci conduiraient à faire perdre aux travailleurs un avantage de sécurité sociale.

Monsieur le ministre, comptez-vous demander à l'INAMI de modifier sa circulaire au regard notamment de la jurisprudence de la Cour de justice européenne.

01.02 **Rudy Demotte**, ministre: Monsieur le président, monsieur Arens, la circulaire de l'INAMI que vous évoquez reprend

01.01 **Joseph Arens** (cdH): Volgens een rondzendbrief van het RIZIV kunnen de Belgisch-Luxemburgse grensarbeiders met een bijberoep in België niet langer aanspraak maken op de voordelen van de sociale overeenkomst tussen België en Luxemburg. Die werknemers hebben niet langer recht op aanvullende gezondheidszorg ten laste van Luxemburg wanneer ze zich in België laten verzorgen en indien ze aan het Belgische tarief vergoed willen worden, moeten ze zich bij een Belgisch ziekenfonds aansluiten. De rechtspraak van het Europese Hof vraagt echter dat geen nationale bepalingen zouden worden toegepast die tot het verlies van een voordeel leiden. Zal u het RIZIV vragen haar rondzendbrief te wijzigen?

01.02 **Minister Rudy Demotte**: De rondzendbrief van het RIZIV

effectivement, dans son contenu, l'ensemble des règles figurant dans différents règlements européens (CE 1408/71 et 574/72), qui sont prises à l'égard des travailleurs non salariés.

Une de ces règles va fixer les modalités particulières applicables aux personnes qui exercent, de manière simultanée, une activité salariée mais aussi une activité non salariée sur le territoire de différents Etats membres.

L'article 14quater, B. du règlement 1408/71 va prévoir l'assujettissement à chacun de ces Etats membres, notamment en ce qui concerne l'activité exercée sur le territoire dans des situations mentionnées expressément au sein d'une annexe audit règlement. La situation de cohabitation d'une activité non salariée en Belgique et d'une activité salariée dans un autre Etat membre y figure. Ceci entraîne une exception à la règle d'unicité de la législation applicable qui entraîne elle-même un assujettissement de l'assuré aux deux législations, cas tout à fait compréhensible. L'article 8 du règlement 574/72 va stipuler que, dans ce cas, la personne ou le membre de sa famille peut prétendre aux prestations de santé au titre des deux législations en cause, précisant qu'elles seront prises en charge exclusivement par l'institution de l'Etat membre sur le territoire duquel elles ont été servies. Les soins reçus sur le territoire belge sont remboursés à l'assuré par la mutuelle belge, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants; celui-ci doit donc effectivement cotiser volontairement pour la couverture "petits risques" s'il souhaite une prise en charge pour tous les risques. C'est une dérivée de ce que je viens de dire.

Cette double qualité d'assuré social dans chacun des pays où s'exerce l'activité empêche aussi le maintien de la reconnaissance du statut de travailleur frontalier, ce qui, dans les relations avec le Grand-Duché de Luxembourg, a effectivement comme conséquence de ne plus permettre le bénéfice du remboursement à charge de l'Etat luxembourgeois pour les soins qui sont prodigués sur le territoire belge.

Voilà la réponse que je pouvais donner à votre question éminemment technique, mais qui démontre à quel point nous nous trouvons là dans le dédale des réglementations européennes.

01.03 Joseph Arens (cdH): Monsieur le président, je remercie le ministre pour les précisions qu'il a données.

Il est contestable que les travailleurs frontaliers se trouvent confrontés à certains problèmes. En effet, ces derniers sont dans l'obligation d'être assujettis des deux côtés de la frontière. J'espère donc que, dans les semaines ou les mois à venir, une solution pourra être trouvée avec le Grand-Duché de Luxembourg ainsi qu'avec les autres Etats éventuellement concernés par ce genre de problème, afin de régler cette situation d'un point de vue fiscal.

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

Le **président**: La question n° 2820 de Mme Doyen-Fonck est retirée. Elle sera transformée en une question écrite.

neemt alle Europese regels betreffende de zelfstandigen over. Een daarvan bepaalt welke regels gelden voor personen die als werknemer en als zelfstandige op het grondgebied van verschillende lidstaten werken.

In dat geval valt de betrokken persoon onder de wetgeving van elk van de lidstaten voor wat betreft de activiteit die op hun grondgebied wordt uitgeoefend. Alleen de lidstaat op wiens grondgebied geneeskundige verzorging wordt verstrekt, staat in voor de terugbetaling ervan.

De verzekerde dient dus bijdragen te betalen voor de "kleine risico's" indien hij alle geneeskundige verzorging die hij op het Belgische grondgebied ontvangt, terugbetaald wil krijgen.

Deze dubbele hoedanigheid van verzekerde doet de erkenning als grensarbeider teniet, zodat de betrokken persoon niet langer recht heeft op een aanvullende terugbetaling door de Luxemburgse staat voor de verzorging die in België wordt verstrekt.

01.03 Joseph Arens (cdH): Dit brengt de grensarbeiders in problemen. Ik hoop dat de komende weken of maanden een oplossing kan worden gevonden in overleg met de betrokken staten.

De vraag nr. 2853 van de heer Goutry wordt ingetrokken en de vragen nr. 2856 en nr. 2881 van de heer Crucke worden omgezet in schriftelijke vragen.

02 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-terugbetaling van een botdensitometrie" (nr. 2884)

02 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-remboursement d'une densitométrie osseuse" (n° 2884)

02.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, huisartsen overtuigen hun patiënten die tussen 50 en 60 jaar zijn en over gewrichtspijnen klagen, vaak ervan om een preventieve botcontrole te laten doen, de zogenaamde botdensitometrie. Om na te gaan of er eventueel ontkalking of osteoporose van het beenderstelsel aanwezig is, kan zo'n botdensiteitmeting inderdaad duidelijkheid scheppen. De verkregen waarden geven aan hoeveel risico de patiënt loopt op breuken, zodat beslist kan worden of een behandeling tegen ontkalking wenselijk is of niet.

Botontkalking is een chronische fractuurziekte, waarvan een op drie vrouwen het slachtoffer wordt. Mannen krijgen ook wel osteoporose, maar slechts een op acht, en meestal pas op latere leeftijd. Te vaak wordt desondanks aangenomen dat osteoporose een oude vrouwen kwaal is, maar niets is minder waar.

Botdensitometrie lijkt mij dan ook een controle die net als bijvoorbeeld een preventieve borstkankerscreening op termijn zeker kostenbesparend is. Ondertussen is die ingreep echter niet meer terugbetaalbaar sinds 1 april 1997 – en dat was geen aprilgrap. Die ingreep kost nu 41 euro.

Mijnheer de minister, ik heb mijn vraag eigenlijk al midden mei ingediend. Maar door de opeenvolgende uitstellen en dergelijke, is die vraag nu pas aan bod gekomen. Ik heb gezien dat collega Creyf ondertussen een gelijkaardige vraag gesteld heeft in de commissie voor de Volksgezondheid. U hebt toen geantwoord dat wel de idee is geopperd om voor de terugbetaling kredieten op de begroting 2005 in te schrijven, maar dat de Technisch Geneeskundige Raad negatief had geadviseerd, als ik het goed voorheb.

Kunt u daarover nog enige uitleg geven? Was dat negatief advies gebaseerd op medische of op puur financiële argumentatie?

02.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Meyer, ik zal voor de leden van de commissie even herhalen wat mijn standpunt over deze zaak precies is. De schrapping van de terugbetalingen van alle verstrekkingen van botdensitometrie had uitwerking op 1 april 1997. Dat is de datum van inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 18 februari 1997.

Dit koninklijk besluit werd genomen om in de nomenclatuur besparingen te realiseren – daarover bestaat geen twijfel – op de bijzondere technische verstrekkingen voor een totaal van 1,5 miljard Belgische frank, met toepassing van artikel 35, §2, 2^{de} lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

02.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): La densitométrie osseuse est pratiquée dans le cadre du dépistage de l'ostéoporose. Il s'agit souvent d'un contrôle préventif permettant de réaliser des économies à long terme. Depuis 1997, cet examen n'est plus remboursé. En réponse à une question de Mme Creyf, le ministre a précisé que le Conseil technique médical n'était pas favorable à une reprise du remboursement de la densitométrie osseuse. Sur quels arguments le Conseil se fonde-t-il?

02.02 Rudy Demotte, ministre: Le remboursement a été supprimé en 1997 pour réaliser une économie de 1,5 milliards de francs dans la nomenclature. Depuis, des députés comme des groupes de pression ont régulièrement plaidé pour le rétablissement du remboursement. Le Conseil technique médical a rendu un avis négatif sur l'insertion du remboursement dans le budget 2005. Je n'ai provisoirement pas

Er wordt regelmatig gepleit voor de herinvoering van deze verstrekking, zowel vanuit het Parlement als vanuit drukkingsgroepen. Op de vergadering van de Technische Geneeskundige Raad van 25 mei 2004 – dat is dus nog niet zo lang geleden – werd dit item besproken met het oog op inschrijving op de lijst van projecten voor de begrotingsmiddelen voor 2005. De Technische Geneeskundige Raad heeft beslist de botdensitometrie niet op te nemen in deze lijst. Op dit moment heb ik nog geen medisch en technisch argument om tegen deze beslissing in te gaan. Ik heb daarvoor natuurlijk argumenten nodig.

U maakt allusie op de preventieve screeningsonderzoeken. Ik wil er u opmerkzaam op maken dat de organisatie van de preventieve gezondheidszorg tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort, zoals u wellicht weet. Ik zal mij daarover dus niet meer uitspreken.

Ik kan in de huidige situatie dus niets anders zeggen dan dat ik gevoelig ben voor uw argumentatie, maar dat ik ook rekening moet houden met de adviezen die mij worden gegeven door de officiële instanties die daarvoor werden opgericht.

02.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Is het zo dat de adviezen van de Technisch Geneeskundige Raad bindend zijn, mijnheer de minister?

02.04 Minister Rudy Demotte: Ik spreek hier zonder te kunnen controleren of die bindend zijn of niet, maar ik denk a priori dat ze niet bindend zijn. De traditie is dat de minister zich eraan houdt.

02.05 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Tradities zijn er natuurlijk om doorbroken te worden.

02.06 Minister Rudy Demotte: Ik ben progressief, maar zeer gehecht aan de traditie.

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

03 Samengevoegde vragen van

- de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afbetalingsplannen van de voetbalclubs" (nr. 2888)
- de heer Carl Devlies aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de achterstallen in RSZ-bijdragen van de voetbalclubs in eerste en tweede afdeling" (nr. 3037)
- de heer Guy D'haeseleer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de RSZ-achterstallen van de voetbalclubs uit eerste en tweede klasse" (nr. 3173)

03 Questions jointes de

- M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les plans d'apurement des clubs de football" (n° 2888)
- M. Carl Devlies au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arriérés en matière de cotisations ONSS des clubs de football de première et de deuxième divisions" (n° 3037)
- M. Guy D'haeseleer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arriérés en matière de cotisations ONSS des clubs de football de première et de deuxième division" (n° 3173)

03.01 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, voetbalclub Lierse SK raakte in moeilijkheden met haar

d'arguments à faire valoir. Je suis sensible aux arguments des partisans du remboursement mais je ne peux pas ignorer purement et simplement l'avis du Conseil.

02.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit): L'avis du Conseil est-il contraignant?

02.04 Rudy Demotte, ministre: Je ne pense pas mais la tradition veut qu'un ministre se rallie aux avis.

03.01 Mark Verhaegen (CD&V): Les problèmes relatifs à la licence

licentie als gevolg van een probleem met de afgesproken afbetaling aan de RSZ. Gelukkig koos het beroepscomité op 14 mei, de dag na het indienen van mijn vraag, voor redelijkheid. Daarmee heeft mijn vraag denk ik wel iets aan actualiteitswaarde ingeboet. Op 14 mei heeft Lierse dus een positief antwoord gekregen, maar vorig jaar werd meer tolerantie aan de dag gelegd met betrekking tot een Franstalige club. Vandaar mijn drie vragen.

Kunt u bevestigen dat voetbalclub Lierse op dit ogenblik in orde is met haar afbetalingsplan aan de RSZ? Worden alle voetbalclubs door de RSZ op dezelfde manier behandeld? Heeft de RSZ problemen met de continuïteit van voetbalclub Lierse?

03.02 Carl Devlies (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, net als bij de heer Verhaegen is mijn vraag geïnspireerd door de problemen die zich een aantal weken geleden voordeden rond voetbalclub Lierse. Hierdoor kwam de problematiek van de fiscale achterstallen en achterstallen in sociale bijdragen opnieuw op de voorgrond. Een aantal weken geleden heb ik een antwoord gekregen van de minister van Financiën, waaruit bleek dat de achterstallen van de clubs inzake BTW en bedrijfsvoorheffing dalen. Ik wilde de minister van Sociale Zaken dezelfde vraag stellen.

Mijnheer de minister, kunt u, ten eerste, meedelen wat het totaal bedrag inzake RSZ-bijdragen, verschuldigd door de voetbalclubs uit eerste en tweede afdeling is? Ten tweede, welk deel hiervan wordt betwist? Ten derde, hoeveel clubs hebben in het kader van het licentiesysteem over een afbetalingsplan onderhandeld?

03.03 Guy D'haeseleer (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, ik heb mij inderdaad aangesloten bij de collega's van de CD&V, via mijn schriftelijke vraag. U zult nu waarschijnlijk verwijzen naar het Reglement van onze Kamer, maar ik heb mijn schriftelijke vraag laten omzetten in een mondelinge vraag omdat zij handelt over dezelfde problematiek en omdat de schriftelijke vraag al vele maanden is ingediend zonder dat ik daarop een antwoord krijg. Normaal is minister Demotte nogal correct in het geven van antwoorden. Het feit alleen al dat ik vele maanden heb moeten wachten op het antwoord op mijn schriftelijke vraag, roept waarschijnlijk al vragen op.

U weet, mijnheer de minister, dat de RSZ-schuld alsook de schuld inzake bedrijfsvoorheffing – dat behoort tot de bevoegdheid van uw collega Reynders – een bepalende factor zijn bij het toekennen van licenties aan voetbalclubs. Ik verwijs in dat verband, zoals de collega's zopas hebben gedaan, naar de problemen van enige tijd geleden in verband met voetbalclub Lierse. Ik zou dan ook willen aandringen dat er een zo groot mogelijke openheid wordt gecreëerd omtrent dit dossier. Ik meen dat het weigeren van informatie – zo interpreteer ik dit toch – alleen maar de indruk versterkt dat met twee maten en twee gewichten zou worden gewerkt. Ik verwijs, bijvoorbeeld, naar de zware problemen die Sporting Charleroi enige tijd geleden heeft gehad. Ineens waren alle problemen opgelost, onder andere – maar niet hoofdzakelijk – door de staatssteun die de Waalse clubs ontvangen.

Ik wil u in eerste instantie dan ook verzoeken om in dit dossier de nodige openheid aan de dag te leggen. Ik wil mijn concrete vragen

du club de football du Lierse sont liés aux difficultés de remboursement du club vis-à-vis de l'ONSS. La question a-t-elle été réglée entre-temps? Tous les clubs de football sont-ils traités de la même manière par ce service? L'ONSS ne serait-il pas favorable à la subsistance de ce club de football?

03.02 Carl Devlies (CD&V): Les clubs de football qui ont accumulé des arriérés auprès du fisc ou de l'ONSS peuvent effectivement rencontrer des problèmes en ce qui concerne leur licence. De quel montant l'ensemble des clubs de football des première et deuxième divisions sont-ils conjointement redevables à l'ONSS? Combien de clubs ont-ils négocié un plan d'apurement?

03.03 Guy D'haeseleer (VLAAMS BLOK): Au cours des cinq dernières années, quelle a été l'évolution de la dette globale des clubs de football des première et deuxième divisions vis-à-vis de l'ONSS? A combien l'arriéré s'élève-t-il pour chaque club? Quel est le pourcentage de cotisations ONSS contestées par club? Quels clubs ont-ils négocié un plan de paiement pour rembourser les arriérés? Ces clubs respectent-ils le plan de paiement? Quels moyens l'administration met-elle en oeuvre pour percevoir ces arriérés?

toch nog even herhalen, met mijn excuses als ik misschien herhaal wat de vorige sprekers u daarnet vroegen.

Ten eerste, wat is de evolutie van de totale schuld aan RSZ-bijdragen van de clubs in eerste klasse gedurende de jongste vijf jaar? Wat is de situatie op dit moment?

Dezelfde vraag geldt ook voor de clubs in tweede klasse.

Ten derde, hoeveel bedraagt deze achterstand momenteel per club uit eerste en tweede klasse?

Ten vierde, wat is het percentage aan RSZ-bijdragen per club, dat wordt betwist?

Ten vijfde, welke clubs hebben een afbetalingsplan gesloten om de achterstallen te betalen? Welke clubs volgen dit afbetalingsplan niet?

Ten zesde, welke middelen zet de administratie in om deze achterstallen te innen? Tegen welke clubs werd een vordering ingesteld via de rechtbank?

03.04 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, geachte collega's, ik begrijp de belangstelling voor de toestand van een grote voetbalclub. Ik herinner eraan dat ik vroeger minister van Sport bij de Franse Gemeenschap was. Ik ben dus geïnteresseerd in dergelijke zaken. Ik begrijp eveneens de belangstelling voor het voetbal tijdens Euro 2004. Ik mag de individuele toestand van de werkgevers ten aanzien van de sociale zekerheid echter niet bekendmaken. Dit geldt ook voor de voetbalclubs en voor andere materies.

De toestand van SK Lierse, die het voorwerp uitmaakt van de vraag van de heer Verhaegen, is veranderd. Inderdaad heeft de Voetbalbond de licentie in beroep aan SK Lierse gegeven. De toekenning van de licentie ressorteert uitsluitend onder de bevoegdheid en de verantwoordelijkheid van de Bond. Ik wil daaraan niets veranderen.

De toestand van de club ten aanzien van de RSZ is een belangrijk element in de beslissing van de Voetbalbond om al dan niet de licentie toe te kennen. Dit feit verheugt mij. Er wordt inderdaad rekening gehouden met de sociale belangen die moeten worden gewaarborgd. Rekening houdend met de beperkingen opgelegd door de reglementering inzake privacy deel ik u de volgende elementen mee, mijnheer Verhaegen.

Ten eerste, de RSZ had geen afbetalingsplan aan Lierse toegekend op het ogenblik dat de problemen opdoken. Bij vonnis had de arbeidsrechtbank afbetalingsfaciliteiten aan Lierse toegekend. Lierse kampt met moeilijkheden om het vonnis na te leven. Ondertussen heeft Lierse al de RSZ-schulden afbetaald die het voorwerp van het vonnis uitmaken.

Ten tweede, de RSZ behandelt alle voetbalclubs op dezelfde manier. Het terugvorderingbeleid van de RSZ ten aanzien van de voetbalclubs is hetzelfde als het beleid geldend ten aanzien van alle werkgevers.

03.04 **Rudy Demotte**, ministre: Je comprends que les auteurs des questions s'intéressent à ce dossier mais je ne puis communiquer la situation individuelle d'employeurs vis-à-vis de l'ONSS.

Après avoir fait appel, le SK Lierse a obtenu une licence de l'Union belge de football. La situation du club vis-à-vis de l'ONSS constituait un élément important à cet égard. L'octroi des licences relève de la compétence exclusive de l'Union belge de football, ce qui est une bonne chose.

L'ONSS n'avait pas accordé de plan d'apurement au SK Lierse, à l'inverse du tribunal du travail, mais le club avait des difficultés à se conformer au jugement. Dans l'intervalle, le SK Lierse a remboursé toutes les dettes sur lesquelles portait le jugement.

L'ONSS traite l'ensemble des clubs de football sur un pied d'égalité, à savoir en qualité d'employeur. La politique de recouvrement de l'ONSS débute par une citation. En cas de non-respect du jugement, un huissier de justice est chargé de son

Het huidige terugvorderingbeleid van de RSZ is het volgende. Bij niet-betaling van de verschuldigde bijdragen dagvaardt de RSZ de werkgever voor het arbeidsgerecht om de veroordeling tot betaling te bekomen. Indien de werkgever het vonnis niet uitvoert of de afbetalingsfaciliteiten, toegekend door de rechtbank, niet nakomt, belast de RSZ de gerechtsdeurwaarder met de uitvoering van het vonnis. Indien nodig, wordt overgegaan tot beslag. In sommige omstandigheden wordt naar gelang van de rechtsvorm van de werkgever de faillietverklaring of de ontbinding van de werkgever aangevraagd.

In uitvoering van de beslissingen van de Ministerraden van Gembloers en Lambermont wordt een wijziging van de procedure uitgewerkt. In samenspraak met mijn collega's, de ministers van Justitie en van Werk, en in samenwerking met de RSZ zoek ik de beste oplossing om een overdreven inmenging van het gerecht te vermijden. Ik hoop dat tegen het einde van het zomerreces een voorstel ter tafel zal liggen.

Wij zijn van oordeel dat enkel de echte betwistingen aan de beoordeling van de gerechten moeten worden voorgelegd. Indien het geschil enkel betrekking heeft op de toekenning van betalingsfaciliteiten en van betalingstermijnen, zijn wij van oordeel dat een oplossing via rechtstreekse discussie tussen de werkgever en het inningorganisme moet worden gevonden. Indien het enige probleem erin bestaat over een uitvoeringstitel te beschikken, en dit met betrekking tot onbetwiste bijdragen, moet een andere techniek dan de gerechtelijke procedure mogelijk zijn, met name het gebruik van het dwangbevel.

Ten derde, noch de RSZ noch ikzelf moeten ons uitspreken over de continuïteit van voetbalclub Lierse en/of over het al dan niet toekennen van de licentie. Wij moeten er alleen voor zorgen dat de club, zoals alle werkgevers, de wettelijke en reglementaire betalingen naleeft.

Met betrekking tot de toestand van de voetbalclubs van de eerste en tweede nationale afdeling ten aanzien van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid stellen de heren Devlies en D'haeseleer gelijkaardige vragen.

In eerste instantie zal ik die gelijklopende vragen beantwoorden en in tweede instantie zal ik het beeld schetsen van de evolutie van de RSZ-schulden van die voetbalclubs voor de periode 1999-2003.

Op 17 juni 2004 was de globale toestand met betrekking tot de socialezekerheidsbijdragen verschuldigd tot en met het eerste kwartaal van 2004 de volgende. De voetbalclubs van de eerste afdeling zijn een globaal bedrag verschuldigd van 795.418 euro bijslag, verwijlinteressen en gerechtskosten inbegrepen. De verschuldigde socialezekerheidsbijdragen bedragen 661.442 euro. Negen voetbalclubs hebben een schuld ten opzichte van de RSZ. De principebetwistingen hebben betrekking op een globaal bedrag van 48.892 euro.

De schulden van de clubs van de tweede afdeling bedragen 358.535 euro, waarvan 264.038 euro socialezekerheidsbijdragen. Het saldo heeft betrekking op de bijslag, de verwijlinteressen en de

exécution et procède, le cas échéant, à la saisie ou à la dissolution de l'employeur.

Une modification de la procédure, tendant à éviter une intervention excessive de la justice, est en cours d'élaboration. Une proposition devrait être prête d'ici à la fin de l'été. A l'avenir, seules les véritables contestations seront portées devant le juge. Les parties concernées doivent convenir entre elles de l'octroi éventuel de facilités de paiement.

La dette des clubs de première division s'élevait au 17 juin 2004 à 795.418 euros, intérêts de retard et frais judiciaires inclus. Ce montant comprend 661.442 euros de cotisations dues à la sécurité sociale. Neuf clubs sont débiteurs à l'égard de l'ONSS. Les litiges de principe portent sur un montant de 48.892 euros; il s'agit essentiellement, en l'occurrence, de l'assujettissement ou non de certains joueurs et entraîneurs à la sécurité sociale.

En deuxième division, la dette totale se monte à 358.535 euros, dont 264.038 euros de cotisations dues à la sécurité sociale. Ici aussi, neuf clubs sont concernés. Les litiges de principe portent sur un montant de 140.759 euros.

Aucun club des première et deuxième divisions n'a pour l'instant de plan d'apurement auprès de l'ONSS. Je communiquerai par écrit les chiffres relatifs à l'évolution de la dette ONSS.

gerechtskosten. Het gaat om 9 clubs in tweede afdeling. De principebetwistingen slaan op een bedrag van 140.759 euro. De principiële betwistingen betreffen in hoofdzaak de onderwerping van bepaalde spelers en trainers aan de sociale zekerheid voor werknemers. Voor het ogenblik heeft geen enkele voetbalclub een afbetalingsplan bij de RSZ.

De heer D'haeseleer wenst de evolutie van de socialezekerheidsschulden te kennen van de voetbalclubs van eerste en tweede afdeling. Betreffende de clubs van de eerste afdeling is de evolutie de volgende. Ik zal u de cijfers voorlezen. Ik weet dat dat een beetje vervelend is. Ik zal u nadien een kopie van de cijfers met de details bezorgen om zodoende wat tijd winnen. Met betrekking tot de clubs van de tweede afdeling heb ik ook een hele reeks cijfers, die u in mijn schriftelijk antwoord kunt lezen.

Ik zal op uw laatste vraag antwoorden. Tot en met het vierde kwartaal van 2003 vertegenwoordigen de bijdragen verschuldigd door de clubs van eerste afdeling een bedrag van 48.892 euro. Het geheel van dit bedrag heeft betrekking op principiële betwistingen. Tot en met het vierde kwartaal van 2003 vertegenwoordigen de schulden van de clubs van tweede afdeling een bedrag van 156.838 euro waarvan 140.759 euro op een principiële betwisting betrekking hebben. De principiële betwistingen betreffen in hoofdzaak de onderwerping van bepaalde spelers en trainers aan de sociale zekerheid voor werknemers. Geen enkele voetbalploeg uit eerste en tweede nationale afdeling heeft momenteel een afbetalingsplan bij de RSZ. Tot daar mijn antwoord. Ik vraag of er een kopie kan worden gemaakt voor de verschillende leden die mij vragen hebben gesteld.

03.05 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor de aandacht die u wil besteden om tot een realistische oplossing te komen voor deze prangende zaak. U zegt dus dat de RSZ geen onderscheid maakt tussen de clubs. Dat is uiteraard een zeer goede zaak. Er blijft voor mij echter toch een raadsel rond de licentiecommissie. Vorig jaar wachtte men voor Sporting Charleroi – de naam is genoemd door iemand van de collega's – tot de tweede helft van mei om uiteindelijk de zebra's nog over de streep te halen. Men was dus blijkbaar heel begripvol. Dit jaar werd er voor SK Lierse veel druk op de ketel gezet om de RSZ aan te zuiveren. Dat is toch iets dat bij mij een beetje blijft hangen.

03.06 Minister Rudy Demotte: Dat ligt bij de voetbalbond, niet bij de RSZ. Het is immers niet de RSZ die daarover beslist.

03.07 Mark Verhaegen (CD&V): Dus is het de Belgische voetbalbond die eigenlijk meer druk zet? Dan wordt het misschien tijd dat er een Vlaamse voetbalbond wordt opgericht. Dat is echter een andere materie.

Mijnheer de minister, de slotsom is dat er een zucht van opluchting komt bij Lierse. Uiteindelijk gaat het om een onderneming – ik heb het nagekeken – met een veertigtal werknemers en over een club met honderden jeugdspelers uit de streek en duizenden supporters. Ik denk dat het goed is dat die sympathieke club in eerste kan blijven

03.05 Mark Verhaegen (CD&V): Le ministre dit que tous les clubs seront traités de la même façon. Pourquoi, dans ce cas, ne peut-on se défaire de l'impression que le SK Lierse subit cette année des pressions bien plus fortes que le Sporting Club de Charleroi l'an dernier?

03.06 Rudy Demotte, ministre: C'est le problème de l'Union royale belge, pas de l'ONSS.

03.07 Mark Verhaegen (CD&V): Je me réjouis que le SK Lierse puisse rester en première division car ce club occupe une quarantaine de salariés, compte de nombreux supporters et a un rayonnement régional.

gedijen en wij hopen dan ook dat zij terug een rol van betekenis kunnen spelen.

03.08 Carl Devlies (CD&V): Mijnheer de minister, met betrekking tot de cijfers die u gaf voor eerste nationale is mij nog iets onduidelijk. U hebt enerzijds gesproken van bijlagen inclusief intresten en gerechtskosten en anderzijds over bijdragen. Moeten die twee bedragen worden samengeteld of is het tweede bedrag een onderdeel van het eerste bedrag, zoals u dat duidelijk vermeld hebt voor de tweede nationale?

03.09 Minister Rudy Demotte: Het is een onderdeel ervan.

03.10 Carl Devlies (CD&V): Het totale bedrag is dus 795.000. Dan ben ik wat verwonderd over de betwistingen. De betwistingen die er zijn met clubs van tweede nationale gaan over een bedrag dat drie maal zo groot is als voor de clubs van eerste nationale. Het gaat over 140.000 ten opzichte van 48.000. Dat verbaast mij. Ik zou het eerder omgekeerd verwachten omdat ik toch veronderstel dat de loonmassa in eerste nationale groter is dan in tweede nationale.

Ten slotte verbaast het mij ook dat er geen afbetalingsplannen bestaan, in eerste noch in tweede nationale. Betekent dit dan dat er geen druk wordt uitgeoefend op deze clubs om tot afbetaling over te gaan? De ervaring leert dat als er druk wordt uitgeoefend door de schuldeiser, men dan wel snel probeert te onderhandelen over afbetalingsplannen. Als er echter geen enkel afbetalingsplan bestaat, geeft dit de indruk dat de clubs gerust worden gelaten met hun achterstal.

03.11 Guy D'haeseleer (VLAAMS BLOK): Mijnheer de minister, op mijn vragen in de vorige legislatuur kreeg ik stevast het antwoord dat de toenmalige minister geen concrete informatie kon geven over individuele dossiers. Ik stelde toen alleen maar vast dat op hetzelfde moment huidig staatssecretaris Vanvelthoven in een vorig leven wel inzage kreeg en, in tegenstelling tot wat men hem uitdrukkelijk vroeg, hiermee naar de pers stapte en dergelijke meer. Het feit dat de toenmalige minister tot dezelfde partij behoorde als de heer Vanvelthoven zal daar niet vreemd aan zijn. Wat ons betreft, is dat uiteraard niet het geval, tenzij natuurlijk iemand nog grote plannen heeft.

In Vlaanderen leeft sterk de overtuiging, mijnheer de minister, dat niet alle Belgische clubs op dezelfde manier worden behandeld. Dit is zeker ook zo voor de instanties van de licentiecommissie, waarmee u in feite weinig uitstaans hebt. Ik denk dat het verstrekken van concrete informatie over RSZ-schulden en afbetalingsplannen voor alle clubs van eerste en tweede klasse afzonderlijk ofwel komaf zou maken met die veronderstellingen, wat een goede zaak zou zijn, ofwel zou bewijzen dat die instanties inderdaad met twee maten en twee gewichten werken. Daartegen moet uiteraard worden opgetreden, zodat voor elke Belgische club de lat even hoog wordt gelegd en de spelregels op dezelfde manier worden toegepast. Ik dank u niettemin voor uw antwoord.

03.12 Minister Rudy Demotte: Het verschil in de bijdragen tussen de eerste en tweede afdeling vergt natuurlijk een eerder technisch

03.10 Carl Devlies (CD&V): Pourquoi les montants des contestations de principe sont-ils trois fois plus élevés en deuxième division qu'en première?

Je m'étonne qu'aucun club ne soit convenu d'un plan d'apurement. Pourtant, l'expérience nous a appris qu'un tel plan incite les clubs à mieux rembourser.

03.11 Guy D'haeseleer (VLAAMS BLOK): Sous le gouvernement précédent, seul M. Vanvelthoven a pu accéder à ces chiffres, qui lui avaient été fournis par le ministre, membre du même parti que lui. Je me réjouis que le ministre Demotte nous communique aujourd'hui ces chiffres détaillés. Il est temps que les règles du jeu soient appliquées uniformément à l'ensemble des clubs.

03.12 Rudy Demotte, ministre: Mon collaborateur peut fournir à

antwoord dat ik hier niet zal geven, maar dat bij mijn medewerker kan worden bekomen. In feite gaat het over de terugbetaling van onkosten. In tweede afdeling zijn er overdreven bijdragen die zijn gecontroleerd en die het cijfer goed kunnen verklaren.

M. Devlies l'explication technique de la différence entre la première et la deuxième division en ce qui concerne les contestations de principe.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "asbestose" (nr. 2926)

04 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'asbestose" (n° 2926)

04.01 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb deze vraag een aantal weken geleden ingediend, maar door verkiezings- en agendaomstandigheden komt ze nu pas aan bod.

Ik heb deze vraag gesteld naar aanleiding van de betoging ter ere van de asbestslachtoffers. Hoewel het gebruik van asbest in isolatiematerialen en bouwstoffen sedert 1997 verboden is u ons land, is er in België toch een aanzienlijk aantal slachtoffers van asbestose. Ik verwijs bovendien naar een aantal recente berichten in de pers die melding maakten van de blijvende aanwezigheid van asbest in de gebouwen van de dienst Vreemdelingenzaken, waarnaar verder onderzoek zou gebeuren.

Asbestose is een ziekte die het gevolg is van een langdurige blootstelling aan asbest. Tussen de blootstelling en het tot uiting komen van de ziekte kunnen tientallen jaren verlopen. Het is steeds moeilijk om te achterhalen waar de patiënt de blootstelling heeft opgelopen. Dat is echter nodig, want die mensen moeten de bewijslast leveren. Zelfs als uit een radiografie en een CT-scan blijkt dat zij asbestose hebben, dan moeten zij nog het verband met hun vroegere werksfeer, en het feit dat daar asbest aanwezig was, kunnen aantonen. De gevolgen zijn niet altijd onmiddellijk zichtbaar en zijn, naargelang de patiënt, min of meer invaliderend voor hun dagelijks leven.

Op middellange en lange termijn zijn de gevolgen echter steeds zeer ernstig. In bepaalde gevallen leiden zij zelfs tot zware ziekten of tot de dood. Het is moeilijk om in te schatten hoeveel mensen het slachtoffer van asbest zijn geworden. Velen blijven ook werken, omdat de ziekte niet altijd onmiddellijk zichtbaar is en een sluipend verloop heeft.

De ziekte wordt weliswaar erkend als beroepsziekte, maar dit geeft veel problemen. Ik heb het al aangehaald: de patiënt moet bijvoorbeeld zelf de bewijslast leveren. Uit de praktijk ken ik toevallig drie mensen met enorme problemen. Voor hen is het wel een beroepsziekte. Zij zijn erkend, nadat zij de nodige inspanningen hadden gedaan om de bewijslast te leveren. Het percentage arbeidsongeschiktheid wordt echter zeer laag geschat door het Fonds voor Beroepsziekten. Een van hen heeft zelfs een arbeidsongeschiktheid van 1%. Ik kan dat niet begrijpen, want die persoon is om medische redenen ontslagen. Toch krijgt hij een

04.01 Maggie De Block (VLD): Un certain nombre de personnes dans notre pays souffrent d'asbestose. Cette maladie, aux conséquences particulièrement graves pouvant entraîner la mort, se contracte après de longues années d'exposition à l'amiante. En moyenne, vingt années s'écoulent entre la période d'exposition à l'amiante et le développement de la maladie. De nombreuses victimes continuent de travailler et ne sont pas traitées dans la mesure où cette maladie est uniquement présente à l'état latent dans leur organisme.

Ce n'est que depuis peu que cette affection est reconnue comme maladie professionnelle mais le degré d'incapacité de travail est souvent sous-estimé.

Le ministre envisage-t-il d'adapter la procédure de demande que les personnes souffrant d'asbestose peuvent introduire auprès du Fonds des maladies professionnelles? Combien de cas d'asbestose ont-il été officiellement reconnus à ce jour?

arbeidsongeschiktheid van 1%. Ik moet u de gevolgen daarvan niet vertellen, hij is compleet het noorden kwijt.

Ik heb de volgende vragen. Ten eerste, overweegt u een aanpassing, een versoepeling of het herbekijken van de procedure die de asbestpatiënten kunnen inleiden bij het Fonds voor de Beroepsziekten en de mate waarin zij zelf de bewijslast moeten leveren? Ten tweede, hoeveel gevallen van asbestose zijn er in België bekend? Ik kan er echter genoeg mee nemen als u die cijfers niet meteen kunt geven.

04.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, ik zie geen noodzaak om een versoepeling te overwegen van de procedure tot inleiding van een vraag bij het Fonds voor Beroepsziekten.

Het is correct dat bepaalde ziekten zoals asbestose een aanzienlijke latentie heeft. Er geldt echter geen enkele termijn voor het indienen van een aanvraag tot schadeloosstelling bij het FBZ. Een werknemer die tussen 1975 en 1985 aan asbest blootgesteld is geweest, kan in 2004 nog een geldige aanvraag voor deze beroepsziekte indienen. De vergoeding zal weliswaar slechts maximaal 120 dagen in de tijd teruggaan. Zolang de diagnose van asbestose niet is gesteld, zal er hoogstwaarschijnlijk geen klaarblijkelijke ongeschiktheid mee gepaard gaan. Het is me niet bekend dat bij de asbestslachtoffers de vraag zou leven om de vergoeding vroeger te laten ingaan dan deze van andere beroepsziekten.

Op 31 december 2003 waren er in ons land 1.894 gevallen van asbestose erkend met volgende onderverdeling naar graad van blijvende arbeidsongeschiktheid en leeftijd. Ik vermeld de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid in percentage en het totaal aantal. Van 1 tot 10% bedraagt het aantal 1.118; van 11% tot 20% bedraagt het aantal 236; van 21% tot 30% bedraagt het aantal 123; van 31% tot 40% bedraagt het aantal 97; van 41% tot 50% zijn er 95 gevallen; van 51% tot 60% zijn er 69 gevallen; van 61% tot 70% zijn er 74 gevallen; van 71% tot 80% zijn er 35 gevallen; van 81% tot 90% zijn er 24 gevallen en van 91% tot 100% zijn er 5 gevallen. Ik zal u dit cijfermateriaal overhandigen.

Wat de leeftijd betreft kan ik het volgende antwoorden. Er zijn 1.271 gevallen van mensen ouder dan 65 jaar, 614 van mensen tussen 45 en 65 jaar en 9 van mensen jonger dan 45 jaar. Het totaal is dus hetzelfde, namelijk 1.894. Ik hoop dat ik u daarmee een compleet antwoord gegeven heb.

04.03 **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de minister, ik heb nooit gevraagd om de vergoeding eerder te laten ingaan dan de vaststelling van de ziekte. Laten we daarover duidelijk zijn. Dat zou een gevaarlijk precedent zijn. Ik zou zoiets zeker nooit vragen. Ik snap dus niet waarom u zegt dat er geen vraag bestaat om de vergoeding vroeger te laten ingaan dan de ziekte gekend is. Dat is hetzelfde als wanneer men de behandeling vroeger zou laten ingaan dan de diagnose. Dat is niet aan de orde.

Ik heb uw cijfers genoteerd en merk dat vanaf 60 of 70% tot 90%, dus blijvende en volledige arbeidsongeschiktheid, het om ongeveer 180 tot 200 mensen gaat. Dat bevestigt wat ik gehoord heb op het

04.02 **Rudy Demotte**, ministre: A mes yeux, il n'est pas nécessaire d'assouplir la procédure de demande. La période de latence de l'asbestose est certes longue mais aucun délai n'a été fixé pour l'introduction des demandes. Les intéressés peuvent bénéficier d'un paiement rétroactif limité aux 120 jours qui précèdent le diagnostic. Or, l'incapacité de travail ne sera pas accordée tant que la maladie n'aura pas été diagnostiquée. Au 31 décembre 2003, on enregistreait 1.894 cas reconnus d'asbestose. Une minorité seulement de ces malades souffrent d'une incapacité de travail totale. La plupart des patients ont d'ailleurs plus de 65 ans.

04.03 **Maggie De Block** (VLD): Je n'ai jamais demandé que l'indemnisation soit octroyée avant que l'affection n'ait été constatée. Cela créerait un dangereux précédent! Je m'interroge toutefois sur le fait que seule une minorité des patients présente une incapacité totale de travail, tandis que de nombreux patients ne se sont vu reconnaître qu'un pourcentage d'incapacité de

veld, te weten 180 personen op een totaal van 1.894, zijnde 10% volledig arbeidsongeschikt. De cijfers geven weer wat ik hoor. Er zijn 1 tot 10% arbeidsongeschikten. Men is beter een kootje van een vinger kwijt dan wanneer men geen lucht meer krijgt. Dat is echt een zeer laag percentage van arbeidsongeschikten. Ik stel mij toch vragen.

travail très limité.

U zegt zelf dat die mensen niet voor een verder onderzoek gaan zolang ze geen symptomen vaststellen. Ze gaan pas voor een verder onderzoek op het moment dat ze geen trap meer op kunnen, op het moment dat ze geen lucht meer krijgen om te functioneren. Anders vragen de mensen die onderzoeken niet. Die onderzoeken gaan immers gepaard met een biopsie en dat is verre van aangenaam om zomaar te ondergaan. Rijk zal men van die uitkeringen ook niet worden. Dat is dus niet hun vraag. Die mensen willen liever nog 20 jaar blijven werken. Men merkt dat een grote groep personen, ongeveer 90%, die lijden aan asbestose, terwijl daarmee geen volledige arbeidsongeschiktheid gepaard gaat. Ik stel mij daarbij vragen en ik denk dat dit terecht is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De heer Goutry laat zijn vraag nr. 2941 intrekken. De heer Tant is nu niet aanwezig om zijn vraag nr. 2950 te stellen.

05 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vervoerkosten van en naar de dagverzorgingscentra" (nr. 2998)

05 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les frais de transport vers et au départ des centres de soins de jour" (n° 2998)

05.01 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de minister, u bent het ongetwijfeld met mij eens dat voor oudere personen die nog thuis kunnen wonen omdat hun kinderen, familieleden of buren dicht in hun buurt wel een oogje in het zeil kunnen houden, er overdag soms problemen zijn, omdat de kinderen, familieleden of buren aan het werk zijn. Voor hen is het dagverzorgingscentrum een zeer waardevol initiatief, waar zij de dag beschermd kunnen doorbrengen.

05.01 Greta D'hondt (CD&V): Parce que leurs patients manquent souvent de mobilité, de nombreux centres de soins de jour organisent leur propre transport sans toutefois pouvoir tabler à cet effet sur un financement des pouvoirs publics. La FIH a conclu d'une enquête réalisée auprès des centres que les frais de transport s'élèvent en moyenne à 14 euros par utilisateur et par jour.

De meeste klanten van de dagverzorgingscentra kunnen het centrum echter niet op eigen houtje bereiken. Niet iedere gemeente heeft zo'n dagverzorgingscentrum. Soms moet men een aantal kilometer verder. De meeste dagverzorgingscentra organiseren dan ook zelf een soort van ophaal- en terugbrengdienst met kleine busjes, met familiewagens of iets dergelijks. Dat kost niet alleen centen, maar ook tijd, want de klanten worden individueel afgehaald en teruggebracht gelet op de verminderde mobiliteit van de betrokkenen, vaak rolstoelgebruikers.

Le ministre pense-t-il comme moi que les personnes âgées nécessitant des soins peuvent également prétendre à une mobilité de base à un coût abordable? Le gouvernement est-il disposé à participer aux frais de transport vers et au départ des centres de soins de jour? Dans l'affirmative, quelle initiative prendra-t-il à cet effet?

De dagverzorgingscentra, die al om de eindjes aan mekaar te knopen en de normale werking te verzekeren, wafelbakken, pannenkoekenslagen en barbecues moeten organiseren, genieten geen terugbetaling van de transportkosten vanwege de overheid. Het VVI heeft bij de aangesloten dagverzorgingscentra een onderzoek verricht. Op basis daarvan berekende het dat de gemiddelde kostprijs voor het transport van en naar het dagverzorgingscentrum per gebruiker 14 euro bedraagt. Dat bedrag aan de gebruikers

aanrekenen, is bijna onmogelijk, aangezien de gebruikers, die al heel wat andere kosten hebben, daarvoor hun pensioen moeten aanspreken.

Vandaar dat ik de volgende vragen heb.

Mijn eerste vraag is retorisch, want ik ben er bijna van overtuigd dat u mijn standpunt deelt. Maar gelijk hebben is een zaak; gelijk krijgen is nog wat anders. Mijnheer de minister, deelt u het standpunt dat, terwijl nog heel mobiele ouderen op het ogenblik gratis gebruik van het openbaar vervoer mogen maken, het toch een beetje onlogisch is om minder mobiele ouderen die naar het dagverzorgingscentrum moeten, vervoerskosten aan te rekenen? Gratis basismobiliteit moet in de eerste plaats ten goede komen aan degenen die dat het meest nodig hebben.

Ten tweede, als wij het dan eens zijn, bent u dan bereid te overwegen om de transportkosten op enige wijze voor terugbetaling in aanmerking te nemen? Zo ja, welke initiatieven zullen of kunnen daartoe genomen worden?

05.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik kan u zonder probleem gelijk geven en ik hoop dat u gelijk zult krijgen, niet alleen voor uzelf, maar voor degenen die u door uw vraag verdedigt.

Een vlotte toegankelijkheid tot het openbaar vervoer draagt ertoe bij dat ouderen maatschappelijk participeren en niet vereenzamen. De dagverzorging draagt ertoe bij dat de zorgafhankelijke ouderen zich thuis kunnen handhaven. Ik vind het belangrijk dat de ouderen zich ook kunnen verplaatsen naar de dagverzorgingscentra. Ik ben dan ook blij dat op de jongste interministeriële conferentie – ik denk op 24 mei – afspraken zijn gemaakt om in overleg tussen de verschillende overheden te zoeken naar de beste oplossing voor een betaalbaar vervoer. Een werkgroep van de interministeriële conferentie zal dit nu verder onderzoeken, met inbegrip van de vraag in welke mate de federale overheid kan tussenkomen in de kosten.

Op het principe antwoord ik dus bevestigend. Men moet nu nog de mate van samenwerking tussen de verschillende overheden evalueren.

05.03 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de minister, het zal waarschijnlijk telepathie geweest zijn, want ik heb mijn vraag op 24 mei getypt. Dat is goed nieuws. Ik hoop alleen dat de interministeriële conferentie daarvan inderdaad werk maakt. U hebt geen timing daaromtrent gegeven. Mochten wij hier nog tot eind juli voortdoen, mijnheer de minister – maar ik denk dat we stilaan aan het uitdovingsscenario zijn begonnen – dan zal ik u toch nog eens opnieuw vragen, misschien niet officieel maar officieus tussen de vergaderingen door, of er al vooruitgang is. Anders hoop ik dat er bij het hervatten van het parlementair jaar goed nieuws is voor die mensen. Ik ben u dankbaar voor uw antwoord in naam van de betrokkenen. Dit is zeer goed nieuws voor hen.

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

05.02 **Rudy Demotte**, ministre: Il est important que le déplacement vers les centres de soins de jour reste abordable. Il a été convenu, lors de la conférence interministérielle du 24 mai, de rechercher des solutions. Un groupe de travail issu de cette conférence s'en occupe actuellement. Il reste à déterminer dans quelle mesure les pouvoirs publics fédéraux interviendraient.

05.03 **Greta D'hondt** (CD&V): J'espère que le ministre nous apportera de bonnes nouvelles à la reprise des travaux parlementaires.

06 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële toestand en tekorten van de sociale zekerheid" (nr. 2999)

06 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation financière et le déficit de la sécurité sociale" (n° 2999)

06.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, koken kost natuurlijk geld en de bekommernis van ons allen is de betaalbaarheid van de ons zo dierbare sociale zekerheid over de jaren heen. U weet al lang dat dit een van mijn grote bekommernissen en zorgenkinderen is. Ik vind dat we ons echt allemaal samen moeten bekommeren om dit stelsel financieel zo gezond mogelijk te houden. Vandaar dat ik ook van mening ben dat er met de sociale zekerheid geen begrotingstrucjes uitgehaald mogen worden. De financiering van de sociale zekerheid moet een zo transparant mogelijk gegeven blijven zodat we in staat blijven om aan degenen die de sociale zekerheid betalen, in casu werknemers, zelfstandigen en werkgevers, met de grootste overtuiging te kunnen uitleggen dat onze sociale zekerheid het financieel haalt.

Ik maakte me dan ook nogal bezorgd over een en ander. Op de toestand van een aantal zaken heb ik door mijn vraagstelling op 24 mei al wat meer zicht gekregen. Ik heb me er ook van kunnen vergewissen dat sommige zaken wellicht van voorbijgaande aard zijn. Op het ogenblik dat ik deze vraag opstelde, mijnheer de minister, moest ik echter vaststellen dat het jaar 2003 afgesloten werd met een tekort van 850 miljoen euro, en dus niet in evenwicht was hoewel de eerste minister dat altijd beweerde telkens ik ernaar vroeg. De premier zei naar aanleiding van de State of the Union nog dat we ons geen zorgen moesten maken, dat alles onder controle en ingecalculeerd was. Ik stelde dus vast dat er eind 2003 een tekort was van 850 miljoen waarvan ik hoopte dat het een momentopname was en dat het op 1 of 2 januari 2004 opgelost zou zijn. Mijn vraag is nu of dit inderdaad opgelost is. Wat waren de redenen van dat tekort van 850 miljoen?

Een tweede vraag die ik op 24 mei stelde en waarvan ik vermoed dat dit nu opgelost is, is of u kan bevestigen dat er medio mei een kastekort van meer dan 850 miljoen euro was in de sociale zekerheid? Zo ja, wat waren de oorzaken ervan? Ten slotte, is het inderdaad zo dat de sociale zekerheid een lening heeft afgesloten bij de Schatkist om de tekorten te dekken? Schulden moeten immers ergens gelenigd worden en als dit inderdaad zo is, doet dit dan geen afbreuk aan de onafhankelijkheid van het globale beheer van de sociale zekerheid? Schaadt dit de transparantie niet?

Misschien beschouwt u deze vragen die inmiddels al een maand oud zijn, als voorbijgestreefd en heeft u alles onder controle. Dat zou mij bijzonder verheugen.

Het tekort in de gezondheidszorg – daarover heb ik de voorbije maanden ook vragen gesteld – bekommerde mij ook. U hebt toen gezegd dat men dit aan het bijsturen was. Ik blijf toch verontrust als ik, zoals gisterenavond, de tabellen inkijk. Het herstel heeft zich immers nog niet doorgezet. Ik heb vastgesteld dat er de eerste drie maanden een opmerkelijke overschrijding van de uitgaven voor gezondheidszorg was. De minister dacht dat men dit in april en mei aan het rechtzetten was. Dat was deels ook zo. Op dit moment stel ik

06.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Il est important que la santé financière de la sécurité sociale soit assurée sans recours à des astuces budgétaires.

Est-il exact que le budget 2003 de la sécurité sociale s'est soldé par un déficit de 850 millions d'euros ou ce chiffre n'est-il que le reflet de la situation à un moment donné? Quelles étaient les causes de ce déficit? Le ministre peut-il confirmer qu'il y a toujours, à l'heure actuelle, un déficit de caisse de plus de 850 millions d'euros? La sécurité sociale a-t-elle souscrit un emprunt auprès du Trésor pour couvrir ce déficit? Pendant les trois premiers mois de cette année, le budget accusait un déficit, mais le ministre avait promis de rectifier le tir pour le mois de mai 2004. Il semblerait que ce ne soit pas le cas.

echter vast dat dit nog niet is rechtgezet. Wij zijn nu eind juni. Dat doet mij teruggrijpen naar mijn oude gezegde: als men de eerste drie maanden in de gezondheidszorgen een tekort heeft, zet men dat nooit meer recht in de loop van het jaar.

Tot daar mijn vragen en bedenkingen.

06.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw D'hondt, op uw eerste vraag kan ik bevestigen dat het saldo van 2003 een negatief bedrag is, namelijk 849.425 euro. Alle informatie hierover werd reeds vorig jaar gepubliceerd, meer bepaald in de algemene toelichting van 28 oktober 2003, in het document 510323/001 van de Kamer. Op de bladzijden 201 tot 203 zijn alle details terug te vinden. De twee voornaamste oorzaken zijn een verhoging van de RVA-prestatie en een minder belangrijke loonmassa dan verwacht gezien de economische context met als gevolg minder ontvangsten van sociale bijdragen.

Ik kom tot uw twee volgende vragen. Zeggen dat ten gevolge hiervan een kastekort van 850 miljoen euro is ontstaan in de sociale zekerheid waardoor de sociale zekerheid een lening heeft moeten afsluiten om dit deficit te dekken is gewoon niet waar. Zoals u weet werd in 2003 het negatief saldo door niet belegde boni 2002 gecompenseerd. De reeds belegde 3 miljard euro reserve van het RSZ globaal beheer is volledig intact gebleven. In 2004 wordt de sociale zekerheid in evenwicht gehouden door de regering dankzij een verhoging van de alternatieve financiering.

Dat betekent dat in het algemeen en volgens de huidige verwachtingen over het ganse jaar de gehele uitgaven door de gehele inkomsten zullen worden gedekt. Dat betekent niet dat dit evenwicht dag na dag wordt behouden. Inderdaad hebben de uitgaven en de inkomsten elk hun eigen ritme. Dag na dag zijn de inkomsten soms hoger, soms lager dan de uitgaven. Dit is dagelijks beheer van de Thesaurie.

Het is inderdaad zo dat de sociale partners een verhoging hebben aanvaard van een voormalig gesloten akkoord met de Thesaurie. Het gaat hier echter over een kredietlijn en niet over een lening. Een kredietlijn is een thesauriewerktuig. Dankzij dit werktuig is het mogelijk om in het algemeen voor enkele dagen een tijdelijk tekort te dekken. U weet dat deze kredietlijntechniek niet nieuw is. Haar laatste vorm dateert van 1998. De kredietlijn is een techniek van goed beheer. Ik ben ook minister van Begroting geweest. Ik heb dat regelmatig gebruikt. Wij betalen veel minder interest door het beleggen van de reserve. Tot daar mijn antwoord.

06.03 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u zegt dat er geen sprake is geweest van een lening. Er werd dus een kredietlijn geopend. U zegt dat dit geen nieuws is en dat is ook zo. Ik heb de zeer moeilijke jaren van de kredietlijnen gekend. Wij hebben het globaal beheer van de sociale zekerheid precies op touw gezet om dit in de toekomst te vermijden, opdat men het aritmische in de uitgaven van de sociale zekerheid, zoals het betalen van vakantiegeld, de Thesaurie beter kon beheersen. Wij hebben in de moeilijke jaren van de sociale zekerheid zelfs nog geleend. De stelsels hebben nog aan elkaar geleend en op de markt geleend. Het globaal beheer was precies bedoeld om met het totale volume van

06.02 **Rudy Demotte**, ministre: L'année 2003 présentait en effet un solde négatif qui s'élevait précisément à 849.425 euros. Toutes les informations relatives à cette matière ont déjà été publiées précédemment et peuvent être consultées librement. Les causes principales du déficit résidaient dans l'augmentation de la prestation de l'ONEM et dans une masse salariale inférieure aux attentes. Toutefois, il est tout à fait faux de prétendre qu'il existe encore actuellement un déficit de caisse de 850 millions d'euros, pour lequel la sécurité sociale a dû contracter un emprunt. Le solde négatif a été compensé, en 2003, par des bonis non placés et, en 2004, par un financement alternatif. Les dépenses de la sécurité sociale sont entièrement couvertes par les recettes, sans toutefois être en équilibre au jour le jour. En vue de couvrir les déficits de quelques jours, il est fait appel à une ligne de crédit, et non à des emprunts. Je souhaiterais souligner expressément que si une ligne de crédit constitue un bon instrument de gestion, elle offre également un meilleur rendement qu'un placement des réserves et représente donc une technique très avantageuse.

06.03 **Greta D'hondt** (CD&V): Je me félicite qu'il soit question d'une ligne de crédit et non pas d'un prêt, ce que les rythmes différents des dépenses et des recettes de la Sécurité sociale rendraient trop dangereux. J'ai surtout voulu me préparer adéquatement pour pouvoir répondre aux questions critiques du public sur cette matière délicate.

de sociale zekerheid rond te komen zonder de leninglasten te moeten betalen en zonder kredietlijnen te moeten openen. Een kredietlijn is wel niet zo gevaarlijk als ze goed wordt beheerst.

Mijnheer de minister, ik heb in mijn vraag ook gezegd dat ik vermoedde dat de 850 miljoen euro een momentopname was.

Ik wilde deze vraag ook bewust stellen omdat ik meen dat wij er goed aan doen juiste informatie te verstrekken wanneer er vragen worden gesteld door de publieke opinie en in de Kamer met betrekking tot de sociale zekerheid. Dat onderwerp ligt mij en u na aan het hart. Met betrekking tot de sociale zekerheid is een triomftoon niet gepast, zoals bijvoorbeeld "Geen problemen, wij hebben alles onder controle. Waaraan denkt u nu?". Het is vooral die toon die mij, zeker wat betreft de sociale zekerheid, doet steigeren. Ik zal samen met u en met vele anderen de zaken blijven opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van de heer Pierre Lano aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie als aannemer en de werking van de registratiecommissies" (nr. 3044)

07 Question de M. Pierre Lano au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement comme entrepreneur et le fonctionnement des commissions d'enregistrement" (n° 3044)

07.01 Pierre Lano (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal onmiddellijk een klein antwoord geven om de ontvangsten van de RSZ te verhogen. We wilden eigenlijk de schmil blick doen vooruitgaan, mevrouw D'hondt en ik. Wij gaan er iets aan veranderen en ik ben ervan in kennis gesteld dat er geen uniformiteit bestaat inzake de door de verschillende registratiecommissies toegepaste procedures op het vlak van het verkrijgen van de registratie als aannemer. Ik refereer hier naar de artikelen van het koninklijk besluit van 26 december 1998.

Mij werd iets gemeld over de commissie van Antwerpen, maar er zijn er nog andere. Er zit hier nu wel niemand uit Antwerpen in de zaal, dus kunnen we het luidop zeggen. Die commissie stelt dus bijkomende vereisten inzake het voorleggen van een balans, een waarborg of een door een notaris uitgereikte verklaring van niet faillissement. In een tijd van administratieve vereenvoudiging is dat zeker geen goed voorbeeld. Men mag secuur te werk gaan, maar het moet degelijk gebeuren. Bovendien blijkt meer algemeen de antwoordtermijn, al ware het maar om bijkomende informatie in te winnen, regelmatig onredelijk lang te zijn.

Het hoeft amper betoog dat de traagheid en logheid van de toegepaste procedures negatief worden ervaren door onder andere multinationals die in ons land iets willen opstarten. Ik refereer aan Duitsland, waar de voor de Belgische firma's bevoegde commissie, de fiscale administratie van Trier, de ingediende aanvragen behandelt binnen een termijn van een week. De bij de aanvraag te voegen stukken blijven daarenboven beperkt tot het handelsregister en de omschrijving van het project. Rekening houdend met de noodzakelijke aansporing van de economische activiteit – u hebt zelf gezegd dat wij in 2004 minder inkomsten hebben – meent u dan niet

07.01 Pierre Lano (VLD): La procédure d'enregistrement en qualité d'entrepreneur n'est pas uniforme. Ainsi, la commission d'Anvers impose des exigences supplémentaires et ses délais de réponse sont déraisonnablement longs. Cette lourdeur effraie sans aucun doute des multinationales. En revanche, l'administration fiscale compétente de Trèves traite toutes les demandes des entreprises belges dans un délai d'une semaine et au moyen d'un nombre minimum de formulaires.

Le ministre pourrait-il mettre sur pied un groupe pilote afin d'aboutir à un traitement rapide, précis et uniforme des dossiers?

dat een vlugge, accurate en uniforme afhandeling van de ingediende aanvragen door alle commissies dient te worden bewerkstelligd? In de wetenschap dat de Europese overheden reeds op de hoogte zijn van de vermelde tekortkomingen, vraag ik en stel ik voor dat u met hen de door een ambtenaar van het departement voorgezeten stuurgroep bijeenroept, om op korte termijn de aangeklaagde lacunes weg te werken. Ik dank u, mijnheer de minister.

07.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Lano, vooreerst is het aangewezen in herinnering te brengen dat het hoofddoel van deze reglementering is te garanderen dat de aannemers hun fiscale en sociale schulden zouden betalen en hun loonverplichtingen tegenover hun werknemers zouden nakomen. De registratiereglementering voert daartoe een systeem van hoofdelijke aansprakelijkheid en inhoudingen op de betaling van facturen in ten voordele van de fiscus en de Rijksdienst voor de Sociale Zekerheid, de zogenaamde RSZ.

Het registratienummer is te beschouwen als een soort van kwaliteitslabel ten aanzien van de consument, die daardoor weet dat hij contracteert met een aannemer met voldoende kennis van zijn beroep en voldoende financiële, technische en administratieve draagkracht om zijn contractuele verplichtingen na te komen. Ten slotte is het een garantie op eerlijke concurrentie voor de overige ondernemers van de sector die de betrokken reglementeringen wél naleven.

Ten tweede, het koninklijk besluit van 26 december 1998 regelt de registratiereglementering. In artikel 2, §1, twaalfde lid, van het koninklijk besluit wordt onder meer als voorwaarde voor het verkrijgen van een registratienummer gesteld – ik citeer: “voldoende financiële, administratieve en technische middelen hebben om het naleven van fiscale, sociale en loonverplichtingen na te komen”. Deze voorwaarde geldt voor binnenlandse én buitenlandse ondernemers die een registratienummer wensen te verkrijgen. In de reglementering is niet bepaald hoe dient te worden nagegaan of een ondernemer over voldoende financiële middelen beschikt. Wanneer een provinciale registratiecommissie aan de hand van een vraag tot het voorleggen van een balans of een waarborg zekerheid probeert te krijgen omtrent de financiële draagkracht van een ondernemer, legt zij derhalve geen bijkomende voorwaarden tot registratie op.

Artikel 2, §5, vijfde lid, van voormeld koninklijk besluit legt bovendien als specifieke voorwaarde tot het verkrijgen van een registratienummer het volgende op – ik citeer nogmaals: “niet in staat van faillissement verkeren noch het voorwerp zijn van een procedure van faillietverklaring of soortgelijke”. Het betreft dus evenmin een bijkomende voorwaarde, opgelegd door een registratiecommissie. Ook deze voorwaarde wordt zowel aan Belgische als aan buitenlandse ondernemingen opgelegd.

Ten derde, in de registratiereglementering werd geen termijn bepaald voor de afhandeling van de voorgelegde dossiers. De gemiddelde termijn voor de afhandeling van een dossier is drie maanden. Dat is een heel redelijke termijn, gezien steeds een onderzoek wordt ingesteld om na te gaan of de betrokken ondernemer niet in overtreding is met de geldende reglementeringen.

07.02 **Rudy Demotte**, ministre: L'objectif premier de l'enregistrement des entrepreneurs est que ces derniers respectent leurs obligations fiscales et salariales. Le numéro d'enregistrement constitue donc un label de qualité ainsi qu'une garantie en ce qui concerne la loyauté de la concurrence.

Ensuite, l'arrêté royal du 26 décembre 1998 dispose clairement que les entrepreneurs peuvent uniquement obtenir un numéro d'enregistrement s'ils ont une assise financière, administrative et technique suffisante. Cette condition vaut tant pour les entrepreneurs nationaux qu'étrangers. Cet arrêté royal n'organisant pas la procédure de contrôle de cette assise, certaines commissions d'enregistrement imposent des conditions supplémentaires.

L'exigence de moyens suffisants n'est donc pas une condition supplémentaire. Et cette exigence vaut pour les entreprises belges comme pour les entreprises étrangères.

La réglementation ne prévoit aucun délai pour le traitement définitif des dossiers. La moyenne est de trois mois, ce qui est tout à fait raisonnable.

Ce sont les employeurs qui refusent de prendre, au sein du groupe d'experts ad hoc, une décision concernant l'interprétation officielle de la condition concernée. Les autorités européennes n'ont pas dit que cette condition était contraire aux règles communautaires. Un

Ook in de rechtspraak wordt deze termijn als redelijk aanvaard. Het is niet mogelijk een vergelijking te maken met een Duitse commissie aangezien deze dient te beslissen in het kader van een reglementering waarvan de referenties in de vraagstelling zelf niet werden aangegeven.

Ten vierde, de problematiek van de interpretatie van de gestelde voorwaarde om over voldoende financiële middelen te beschikken, werd met het oog op een uniforme toepassing recent reeds besproken door de stuurgroep. Deze stuurgroep is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de werknemers- en werkgeversorganisaties. Tot nu toe hebben de werkgeversorganisaties geweigerd hieromtrent een beslissing te nemen.

Ten vijfde, tot nu toe heeft de Europese overheid niet beslist dat de registratiereglementering in strijd zou zijn met de Europese reglementering zodat wijzigingen zich niet opdringen.

Ten zesde, u dient te weten dat in het kader van de recent opgerichte werkgroep tot aanpassing van de registratiereglementering aan de wetgeving op de Kruispuntbank van Ondernemingen zal worden onderzocht of een wettelijke oplossing kan totstandkomen met betrekking tot de problematiek van de afhandelingstermijn en de vereisten van voldoende financiële middelen.

07.03 Pierre Lano (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het is simpel. Ik ga voor 100% akkoord met de punten 1, 2 en 5. Inzake punt 6 zullen we waarschijnlijk tot een oplossing komen. Inzake de punten 3 en 4 moet ik aan de boom schudden, waarna u mij kunt gebruiken om de anderen wakker te schudden.

U hebt echter niet geantwoord op mijn vraag over Antwerpen. U zegt dat er geen termijn is en dat het gemiddelde drie maanden is. De rechtspraak ondersteunt dat. Als het klopt dat er in Antwerpen een vertraging is en dat men daar disproportioneel langer te werk gaat dan het gemiddelde van Vlaanderen of van het land, mag men in mijn naam vragen wat er daar aan het gebeuren is. Men kan dat dan misschien gebruiken als voorbeeld om de rest aan te sporen die termijn van drie maanden eventueel korter te maken. Drie maanden lijkt mij toch lang, vooral voor een nieuw bedrijf. Een nieuw bedrijf betekent voor de RSZ immers nog geen groot risico aangezien een nieuw bedrijf begint met 1, 2 of 3 tewerkgestelden. U moet dat ook in die dynamische context situeren.

Ik dank u voor uw antwoord. We zijn op de goede weg.

07.04 Minister Rudy Demotte: Wat uw vraag met betrekking tot Antwerpen betreft, zal ik mijn administratie om een uitgebreid antwoord vragen. Ik beschik daar nu niet over en ik zal het u ofwel schriftelijk laten weten of indien u dat wenst, zal ik het hier in de commissie toelichten.

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

groupe de travail cherchera une solution aux problèmes du délai de traitement définitif des dossiers et de la condition financière.

07.03 Pierre Lano (VLD): Je puis me rallier pleinement à une grande partie de votre réponse. Pour le surplus, j'espère que ma question aura réveillé les autorités qui devront essayer de raccourcir le délai de trois mois.

Que se passe-t-il exactement à Anvers? La question est restée sans réponse.

07.04 Rudy Demotte, ministre: Je vais charger l'administration de procéder à une enquête et de m'en faire parvenir les résultats par écrit.

08 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

over "het geschiktheidonderzoek voor personeelsleden van lokale besturen" (nr. 3071)

08 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen médical d'aptitude pour les agents des administrations locales" (n° 3071)

08.01 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, de Administratieve Gezondheidsdienst of AGD voert sinds een aantal maanden geen aannemingsonderzoeken of geschiktheidonderzoeken meer uit voor personeelsleden van plaatselijke overheden. De wet van 28 januari 2003 betreffende de medische onderzoeken die binnen het kader van de arbeidsverhoudingen worden uitgevoerd, bepaalt echter dat niet langer selectieve geneeskundige onderzoeken mogen worden uitgevoerd, tenzij zij verband houden met – ik citeer – “de huidige geschiktheid van de werknemer voor, en de specifieke kenmerken van, de openstaande betrekking”. Onderzoeken kunnen ook slechts uitgevoerd worden door arbeidsgeneesheren. Met andere woorden, aannemingsonderzoeken en geschiktheidonderzoeken behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsgeneesheer.

08.01 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Qui est en charge des examens médicaux à organiser pour les travailleurs statutaires qui sont et demeurent en congé de maladie pendant une longue durée? La législation est contradictoire en cette matière.

Er rijst echter een probleem voor werknemers – meestal statutaire werknemers – die langdurig ziek zijn en blijven. In artikel 12, § 3 van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wordt bepaald dat onderzoeken die werden uitgevoerd in een periode van ziekteverlof, de absolute nietigheid van de beslissing van de arbeidsgeneesheer tot gevolg hebben. Bijgevolg is de vraag van een plaatselijk bestuur: welke instantie is er nog aan te spreken om geschiktheidonderzoeken uit te voeren voor personeelsleden die met ziekteverlof zijn en blijven? De AGD is niet meer bevoegd, maar er wordt ook niet in een alternatief voorzien voor het feit dat de arbeidsgeneesheer het onderzoek niet mag uitvoeren.

Mijn vraag is: hoe moeten lokale besturen concreet de geschiktheidonderzoeken voor langdurig zieke statutaire personeelsleden organiseren?

08.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik moet enkele begrippen verduidelijken. In het kader van de medische onderzoeken moet men drie soorten onderzoeken onderscheiden.

Ten eerste, de controle naar de werkelijkheid van de door het personeelslid ingeroepen arbeidsongeschiktheid. Zulke medische onderzoeken moeten natuurlijk door een geneesheer gedaan worden. Die geneesheer mag niet de arbeidsgeneesheer zijn van het lokale bestuur of van de externe dienst waarbij het lokale bestuur aangesloten is. Het lokale bestuur bepaalt zelf of het al dan niet zo'n controle laat verrichten en stelt de geneesheer of de geneesheren aan.

Ten tweede zijn er de medische onderzoeken, bedoeld in de reglementering van het welzijn op het werk. Die medische onderzoeken behoren tot de arbeidsgeneeskunde. De reglementering ervan behoort tot de bevoegdheden van mijn collega, de minister van Werk, Frank Vandenbroucke. De reglementering bepaalt strenge voorwaarden. Elke werkgever moet ofwel een eigen preventiedienst organiseren, ofwel bij een externe preventiedienst aansluiten.

Een dergelijke verplichting geldt ook ten opzichte van de lokale

08.02 **Rudy Demotte**, ministre: Relèvent de la médecine du travail les examens médicaux effectués lors de l'entrée en service, les examens médicaux obligatoires relatifs à des facteurs de risque et les examens en vue de la reprise du travail lorsque l'incapacité de travail a atteint une certaine durée.

Les examens réalisés dans le cadre de la retraite anticipée ou de la disponibilité relèvent de la réglementation en matière de pensions et sont organisés par le Service de santé administratif.

besturen.

De medische onderzoeken die behoren tot de arbeidsgeneeskunde zijn ten eerste, de aanwervingsexamens; ten tweede, de periodieke onderzoeken opgelegd door de reglementering, meer bepaald ten opzichte van de werknemers die op een risicopost tewerkgesteld zijn; ten derde, de onderzoeken van werkhervatting indien de arbeidsongeschiktheid een bepaalde duur bereikt heeft.

Wat betreft dat laatste punt, het derde type medische onderzoeken in het kader van het vervroegd pensioen of van disponibiliteit ten gevolge van een zware en lange ziekte, kan ik het volgende zeggen. Die laatste onderzoeken hebben betrekking op de pensioenreglementering en worden door de administratieve gezondheidsdienst verricht.

Mevrouw De Meyer, ik hoop dat ik zo duidelijk mogelijk op uw verschillende vragen geantwoord heb.

08.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord op mijn technische vragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitkeringen aan alleenstaande invaliden" (nr. 3084)

09 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les allocations octroyées aux invalides isolés" (n° 3084)

09.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, op de Ministerraad van Oostende in maart jongstleden werd er beslist tot een verhoging van het vergoedingsplafond van de invaliditeitsuitkeringen voor gezinshoofden en alleenstaanden. Dit is een item waar vele sociale organisaties, waaronder de vakbonden, reeds lang voor ijveren. Dit is uiteraard een schitterende zaak.

De beslissing omvat echter alleen een verhoging voor nieuwe invaliden. Het verbaast uiteraard niet dat de oudere invaliden zich gediscrimineerd voelen. Zij hebben het gevoel dat de zaak waarvoor zij jarenlang geijverd hebben nu niet voor hen geldt. Ik besef heel goed dat het hier om grote bedragen gaat. Als ik het goed heb gaat het over 12,32 miljoen euro op 4 jaar. Ik heb echter ook begrip voor de frustratie van de oudere invaliden. Het zijn immers precies die mensen van 50 jaar en ouder voor wie werkhervatting om gezondheidsredenen vaak uitzichtloos is. Zeker als het over mensen gaat die een zekere leeftijd hebben en heel wat gewerkte jaren achter de rug hebben, wordt het als discriminatie ervaren.

Mijn vraag is of ook aan de oudere invaliden een perspectief kan gegeven worden in het kader van de budgettaire mogelijkheden, zodanig dat er toch iets in het vooruitzicht kan gesteld worden voor deze categorie die zich bij uitstek gevisieerd voelt.

09.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Meyer, u vraagt mij of men de rechtzetting van de historische

09.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Le relèvement du plafond d'indemnisation pour les allocations d'invalidité octroyées aux chefs de ménage et aux isolés concerne exclusivement les personnes récemment déclarées invalides. Sera-t-il étendu aux personnes invalides de plus longue date, et qui estiment être victimes d'une discrimination?

09.02 Rudy Demotte, ministre: L'extension de cette mesure à

anomalie van de berekeningen van het maximumbedrag van de uitkeringen voor de invaliden met een persoon ten laste en voor de alleenstaande invaliden, zou kunnen uitbreiden tot het geheel van de betrokken invaliden en niet alleen tot de nieuwe invaliden.

Inderdaad, terwijl de uitkeringen voor deze categorieën van invaliden normaliter worden berekend voor de invaliden met een persoon ten laste op basis van 65% van het geplafonneerd loon en voor de alleenstaande invaliden op basis van 50% van het vermelde loon, had men de maximumuitkeringen voor die invaliden historisch respectievelijk op 60% en 40% van dit loonplafond gebracht.

Omwille van het budgettaire beslechtingsproces en de praktische haalbaarheid heeft de Ministerraad van Oostende de beslissing genomen om de toepassing van deze maatregel te beperken tot de nieuwe invaliden. Ik wil er evenwel uw aandacht op vestigen dat wij buiten deze specifieke maatregel tot rechtzetting van de berekening van de maximumuitkeringen voor deze groep van invaliden nog hebben voorzien in een aanvullende maatregel die de personen aangaat die zich in langdurige invaliditeit bevinden.

Er werd inderdaad bepaald dat degenen die acht jaar en langer invalide zijn op 1 september 2005 een verhoging met 2% van hun uitkering ontvangen op grond van een aanpassing aan de welvaart.

Op 1 september 2006 zal dezelfde aanpassing van de uitkering gebeuren voor personen die 7 jaar en langer invalide zijn en op 1 september 2007 voor de invaliden van 6 jaar en langer.

Via al die maatregelen hebben wij ernaar gestreefd om binnen de perken van de budgettaire mogelijkheden het geheel van de situaties te verbeteren, die nu en in de toekomst meer aandacht vereisten en dit in het kader van een globaal plan, teneinde de verzekeringskenmerken bij de arbeidsongeschiktheiduitkeringen veilig te stellen.

09.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik denk ook dat er op de Ministerraad van Oostende belangrijke en historische beslissingen zijn genomen voor de invaliden. Hoe dan ook blijft er discriminatie bestaan tussen de nieuwe en de oudere invaliden waarvoor wij tot op heden nog niet voldoende soelaas kunnen bieden. Ik hoop dat het verdere programma zal worden aangehouden om de kloof tussen de oudere en de nieuwere invaliden te dichten.

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

10 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Femara" (n° 3079)

10 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het geneesmiddel Femara" (nr. 3079)

10.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le président, monsieur le ministre, cette question porte de manière plus spécifique sur le Femara, mais aussi de manière plus générale sur la situation de médicaments qui servent à mener des études en "double aveugle",

tous les invalides est irréalisable pour des motifs budgétaires. Nous avons toutefois prévu des augmentations limitées des indemnités accordées aux personnes qui sont invalides depuis longtemps.

09.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit): J'espère que cette discrimination sera entièrement supprimée.

10.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Mijn vraag betreft een individueel geval. Een van de proefpersonen van een vergelijkend dubbelblind

par exemple, et à leur remboursement ou, en tout cas, à la prise en considération des personnes après ces expériences.

Ma question se base sur un cas individuel. Toutefois, en prenant contact avec plusieurs médecins, il apparaît que ce type de situation est extrêmement fréquent. Donc, ce que je vais exposer doit pouvoir être généralisé tant aux hommes qu'aux femmes.

Ainsi, certaines personnes ayant participé à une étude comparative menée en "double aveugle" pour le Femara promu par la firme Novartis – le Femara étant destiné à soigner le cancer hormono-dépendant, donc du sein pour les femmes mais également certains cancers hormono-dépendants chez les hommes - peuvent se voir exclure de ces études comparatives parce qu'un problème physique apparaît. Dans le cas qui nous préoccupe, il s'agissait d'une complication oculaire. Dès lors, il fallait pouvoir déterminer si le problème était lié à la prise de médicaments utilisés dans l'étude. Cela signifie donc pour elle de stopper sa participation. Il est mis en évidence que le traitement qu'elle subissait, notamment la prise de Femara, n'était pas à l'origine de cette complication.

Par la suite, une demande de remboursement a été introduite auprès du médecin de la mutuelle pour pouvoir reprendre ce traitement qui donnait satisfaction à la personne. Hélas, la réglementation INAMI ne peut accorder de remboursement du Femara. En effet, pour y avoir droit, il faut une récurrence ou une progression de l'affection et, dans ce cadre, un traitement anti-oestrogène préalable. La cancérologue qui suit la personne certifie que ce traitement est superflu et que le Femara donne de très bons résultats. La complication n'était donc pas due à ce médicament.

En conclusion, cette personne considère que ce médicament est utile, son cancérologue aussi, mais elle est sortie du champ de l'étude. Il n'y a aucune complication et la personne n'est pas dans une phase suffisamment terminale pour avoir accès à ce remboursement.

Monsieur le ministre, est-il envisageable de permettre le remboursement d'un médicament après la participation à une étude clinique qui aboutit à l'efficacité du traitement? Est-il envisageable de prévoir une clause supplémentaire à la réglementation des études cliniques qui prévoiraient un usage compassionnel au bénéfice de ces malades?

Je me rends compte que ceux qui ont la possibilité d'être en contact direct avec la firme et qui peuvent entamer des négociations ont un accès compassionnel au médicament. Je veux dire qu'on leur offre le médicament. Cela dépend du bon-vouloir de l'entreprise. Donc les personnes qui n'ont pas cette opportunité n'en bénéficient pas.

Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement le Femara, ce médicament est remboursé en France, en Suisse et aux Pays-Bas sans toutefois répondre aux conditions énoncées en Belgique. Monsieur le ministre, comment expliquez-vous cette différence dans la prise en compte de ce médicament en Belgique?

onderzoek voor het geneesmiddel Femara van de firma Novartis, werd van het onderzoek uitgesloten wegens een verwikkeling aan het oog. Later werd duidelijk dat Femara geen rol speelde in het ontstaan van de verwikkeling. De behandeling zou moeten worden hervat, maar in dit precieze geval kan, in toepassing van de RIZIV-reglementering, geen terugbetaling worden toegestaan, ook niet indien dit geneesmiddel volgens de oncoloog wel degelijk zijn nut heeft.

Is het mogelijk te zorgen dat een geneesmiddel wordt terugbetaald aan een patiënt die meewerkte aan een klinisch onderzoek waaruit de doeltreffendheid van de behandeling bleek en een bijkomende clausule op te nemen waardoor een "compassionate use" voor die patiënten mogelijk wordt?

Wie rechtstreeks contact met de firma heeft, kan het geneesmiddel aangeboden krijgen. Wie die kans niet heeft, geniet dat voordeel niet.

In Frankrijk, Zwitserland en Nederland wordt Femara terugbetaald zonder aan de in België vereiste voorwaarden te moeten voldoen. Hoe verklaart u dit verschil?

10.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame Gerken, j'aborderai tout d'abord le point relatif à l'étude clinique

10.02 Minister Rudy Demotte: Volgens mij wijkt de voorbarige en

scientifique. Il faut savoir que des études de type "double aveugle" sont évidemment nécessaires pour vérifier l'efficacité d'un médicament, mais aussi ses effets secondaires ou latéraux.

Avant de pouvoir formuler une quelconque déclaration valable sur l'activité clinique du médicament, il faut attendre les résultats finaux de l'étude scientifique en "double aveugle". En effet, s'il n'en était pas ainsi, on prendrait des risques.

Les résultats de l'étude donnent des informations très importantes sur l'activité clinique et constituent donc le fondement-même de la base scientifique en vue de faire au directeur général des propositions quant à la demande d'enregistrement d'une indication médicale spécifique.

Actuellement, l'enregistrement a souvent lieu au niveau européen - c'est une donnée dont notre commission doit tenir compte – auprès de "European medicines agency". La firme pharmaceutique qui commercialise le produit ne peut produire une demande de remboursement d'un médicament qu'après qu'un enregistrement officiel de l'indication étudiée ait été obtenu. Cela veut dire que la notice scientifique d'un médicament donne toujours un aperçu des indications officiellement enregistrées pour le médicament en question dans le cadre de ses spécialités. Il y a donc là un champ tout à fait spécifique.

Selon moi, l'arrêt prématuré et inattendu du traitement au Femara durant la phase d'expérimentation du médicament, autrement dit au cours de la phase d'étude clinique de celui-ci, ne déroge pas au principe de base général selon lequel l'évidence clinique scientifique est une condition nécessaire pour qu'un médicament puisse faire l'objet d'un enregistrement de son remboursement.

En pratique, l'introduction d'une clause particulière dans le contrat entre la firme pharmaceutique et l'équipe de chercheurs donne la possibilité à la firme concernée d'offrir le médicament à temps dans le cadre de ce que l'on qualifie de "compassioned use", ce qui, traduit en français, signifie "usage emphatique".

Cette clause est actuellement utilisée assez régulièrement, voire fréquemment. Etant donné que ces mesures en faveur de l'usage emphatique sont déjà appliquées très souvent et que le contrat d'étude est, en fait, le résultat de négociations entre deux parties indépendantes, il ne semble pas indiqué de rendre cette clause obligatoire; ce serait même contre-productif.

Le Femara figure dans le chapitre IV, § 153 de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et est utilisé en Belgique dans le cadre de l'organisation de l'assurance-maladie. Le fait, pour ce médicament, de figurer dans le chapitre dont question, signifie que le médecin-conseil – on en a parlé régulièrement ici - doit donner son accord préalable au remboursement. Le médecin-conseil est obligé de suivre des normes extrêmement strictes, fixées dans la réglementation en vigueur. Il doit contrôler si la situation de la pathologie du patient répond bien aux conditions précisées dans le paragraphe 153. Un tel système n'est effectivement pas utilisé à l'étranger, c'est un système de droit interne belge.

onverwachte stopzetting van de behandeling met Femara in de experimentele fase van het geneesmiddel niet af van het principe dat de klinische, wetenschappelijke evidentie een noodzakelijke voorwaarde is opdat een geneesmiddel kan worden geregistreerd met het oog op de terugbetaling ervan.

In de praktijk kan in het contract tussen het farmaceutisch bedrijf en het onderzoeksteam een specifieke clause worden ingevoerd, waardoor het bedrijf het geneesmiddel in het kader van de zogenaamde "compassionate use" kan aanbieden.

Op dit ogenblik wordt die clause regelmatig tot vaak gebruikt. Het lijkt dan ook niet aangewezen om ze verplicht te maken.

Femara staat op de lijst van farmaceutische specialiteiten die enkel mits voorafgaand akkoord van de adviserende geneesheer terugbetaalbaar zijn. Al wordt dergelijk systeem inderdaad niet in het buitenland toegepast, toch biedt het ook voordelen. Op die manier kan de doelgroep voor iedere specialiteit namelijk duidelijker worden omlijnd. Bovendien wordt het gebruik van sommige geneesmiddelen veiliger doordat zij alleen mogen worden voorgeschreven door artsen die een bepaalde kwalificatie hebben.

Het feit dat we door de budgettaire beperkingen verplicht zijn grenzen te trekken op het vlak van het volume en de patiëntendoelgroepen is niet in strijd met de noden inzake de volksgezondheid. Het stelsel is uiteraard voor verbetering vatbaar.

L'utilisation du chapitre IV n'a pas que des inconvénients, je vais utiliser un euphémisme. Les médecins eux-mêmes le reconnaissent, on ne parle pas ici de l'aspect remboursement. On arrive, notamment, à faire en sorte que le groupe-cible soit défini de manière plus précise par spécialité. On l'a vu dans un excellent débat sous tous les angles de la médecine et du remboursement en ce qui concerne des médicaments qui réduisent le cholestérol; c'est un très bel exemple d'illustration des politiques qui peuvent être façonnées en fonction des groupes-cibles. Partant du chapitre IV, nous sommes allés vers des chapitres qui donnent davantage de souplesse aux prescripteurs. L'arrêt a été publié très récemment, hier ou avant-hier, je pense.

Autre avantage, il permet d'augmenter la sécurité de l'usage de certains médicaments puisque la prescription peut être limitée aux médecins qui disposent d'une certaine qualification pour le faire. En d'autres termes, on peut même cibler, au-delà des groupes-cibles, les prestataires de soins.

Je ne parle même pas du point de vue budgétaire et de l'INAMI, je parle ici de la Santé publique. Il s'agit réellement d'orfèvrerie.

Ensuite, un autre élément entre en compte: les limites budgétaires générales qui obligent à fixer des frontières en termes de volume et en termes de groupes-cibles de patients. J'estime que cela n'est pas en contradiction avec les besoins de Santé publique. Pourquoi? Si on parle d'économie de la santé, on sait que cette économie ne permet pas de répondre à tout le monde, toujours, par l'affirmative. Il y a des choix à faire. Dans la "priorisation" – veuillez m'excuser pour ce terme – des choix, aucun élément ne doit être laissé à l'arbitraire. Ce mode de décision présente une qualité intrinsèque que nous pouvons tous reconnaître: permettre l'émergence de thérapies nouvelles, permettre la réponse à des besoins existants.

Je ne peux rien ajouter d'autre à ce stade; je suis convaincu que certaines choses sont encore perfectibles dans ce système mais, dans l'ensemble, nous disposons d'un outil extraordinaire. Je ne le dis pas pour faire plaisir. Croyez-moi, ce n'est pas simple à gérer tous les jours.

10.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le ministre, j'ai quelques réflexions à émettre.

Mon intention n'est pas de remettre en cause le recours au chapitre IV et le fait de pouvoir cibler ou, en tout cas, limiter l'accès ou l'usage de certains médicaments, leur remboursement pour des pathologies ou catégories particulières. Je reconnais les avantages de cette procédure. Je ne suis pas une spécialiste en la matière – cela ne fait pas longtemps que j'essaie de suivre ce type de dossier –; néanmoins, le nombre de cas où il est apparu que les mesures prises étaient trop strictes ou ne correspondaient pas toujours aux besoins de certains patients est important. Des décisions inadéquates ont été prises mais je ne connais pas les raisons qui ont pu les motiver par le passé.

Je citerai l'exemple, l'année dernière ou il y a deux ans, du traitement du Paget. La situation à laquelle on avait abouti était assez impressionnante.

10.03 Muriel Gerkens (ECOLO):

Ik geef me rekenschap van de voordelen van de procedure die het mogelijk maakt de toegang tot sommige geneesmiddelen en hun terugbetaling te beperken. In het door mij aangehaalde geval leidt een en ander echter tot een eerder paradoxale situatie. De betrokkene mocht namelijk aan een onderzoek deelnemen, het geneesmiddel gebruiken maar zag zich vervolgens de terugbetaling voor het verder gebruik ervan weigeren.

Wat de "compassionate use" betreft bestaat het gevaar dat het

Cependant, dans une situation telle que je l'ai décrite, le cancérologue affirmait qu'étant donné les conditions, le traitement œstrogène était inutile; il indiquait que le Femara n'était pas responsable du problème oculaire rencontré, que sa patiente suivait un bon traitement, qu'elle faisait partie d'une étude comparative et était donc habituée à ce traitement, etc. Or, on lui a quand même refusé le remboursement qui reste conditionné à une aggravation de la maladie ou à un traitement complémentaire indispensable. J'estime donc que la situation n'est pas acceptable. On permet à une personne de participer à une étude, de disposer d'un médicament puis, on lui en refuse le remboursement pour la suite de son traitement.

Par ailleurs, pour ce qui est de l'usage compassionnel, je ne sais pas s'il faut le rendre obligatoire. Dans la petite enquête que j'ai menée, il ne s'agit pas d'une généralité. Les personnes m'indiquent que si elles demandaient à la firme le médicament gratuitement, elles l'obtiendraient mais elles estiment qu'il n'est pas logique qu'elles doivent effectuer ces démarches, qu'elles obtiennent ce médicament parce qu'elles le demandent – parce qu'elles ont accès au secrétariat de la firme, etc. Dans ce cas, l'accès et l'usage du médicament par la personne sortiront de tout contrôle médical puisque le lien sera direct entre l'entreprise et cette personne.

Or, si la personne passe par un médecin – via un suivi – et par cette demande de remboursement, l'accès à ce même médicament lui est refusé alors qu'elle parvenait à l'obtenir par des voies détournées. Cette situation n'est pas logique et ne rencontre pas les objectifs poursuivis par la mise en place des outils d'appréciation de remboursement et d'enregistrement des médicaments.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les coûts engendrés par la maladie d'Alzheimer" (n° 3092)

11 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kosten die de ziekte van Alzheimer meebrengt" (nr. 3092)

11.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, inconnue il y a un siècle et tabou jusque dans les années 1990, la maladie d'Alzheimer touche aujourd'hui plus de 85.000 personnes en Belgique - et on ne sait pas ce qui risque de nous arriver plus tard – et beaucoup plus de personnes si on prend en considération un impact familial conséquent. Pour la présidente de la Ligue Alzheimer, les soins ne bénéficient toujours pas d'un remboursement spécifique. Il existe bien des procédures de remboursement pour certains médicaments mais la lourdeur administrative rend la tâche ardue.

Si le coût du traitement thérapeutique peut paraître a priori tout à fait abordable – on l'estime à environ 100 euros par mois – il en va tout autrement pour l'ensemble des dimensions qui entourent la maladie, comme les soins à domicile, la maison de repos et le transport. Cela peut monter très rapidement jusqu'à 1.000 euros par mois, un montant qui entame souvent dans une grande mesure la pension du patient et/ou du conjoint. Une famille belge sur trois éprouverait de

geneesmiddel zonder enig toezicht wordt gebruikt voor zover de firma's bereid zouden zijn het gratis ter beschikking te stellen.

Wanneer de betrokkene een arts raadpleegt, zal die weigeren hem datzelfde geneesmiddel voor te schrijven. Dat staat haaks op de doelstellingen die met de invoering van de instrumenten voor de registratie van de geneesmiddelen werden nagestreefd.

11.01 Colette Burgeon (PS): In ons land lijden vandaag meer dan 85.000 mensen aan de ziekte van Alzheimer. Volgens de voorzitter van de Alzheimer Liga geldt er voor de verzorging niet altijd een specifieke terugbetalingsregeling en maken de huidige omslachtige terugbetalingsprocedures voor bepaalde geneesmiddelen het er voor de betrokkenen niet makkelijker op.

Hoewel de kosten van de therapeutische behandeling op het eerste gezicht betaalbaar lijken, is dat helemaal niet het geval als

sérieuses difficultés financières face à cette maladie. Portant, là où l'intervention de l'État est importante, la maladie recule. C'est notamment le cas en Suède. Aujourd'hui, on parle de bithérapies qui permettraient aux patients d'être moins diminués.

Pourriez-vous m'indiquer quelles initiatives ont été ou pourraient être prises par votre département concernant cette maladie qui constituera certainement une des principales causes de décès des baby-boomers nés dans l'immédiat après-guerre?

men alle aspecten van de ziekte, zoals de thuisverzorging, de opname in een verzorgingstehuis en het vervoer, in ogenschouw neemt. Een op de drie Belgische gezinnen die met die ziekte worden geconfronteerd, zou met grote financiële moeilijkheden te kampen hebben. In landen waar de overheid op dat stuk grote inspanningen levert, kan de ziekte beter worden teruggedrongen.

Welke initiatieven heeft uw departement met betrekking tot die ziekte genomen of zou het nog kunnen nemen?

11.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Burgeon, je voudrais apporter quelques éléments de réponse à votre question relative au coût pour les patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer. D'abord, c'est afin de répondre à un besoin social du groupe assez important des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer que mon prédécesseur aux Affaires sociales a pris la décision de rembourser certains médicaments comme l'Aricept, l'Exelon ou le Reminil, malgré une efficacité de ces spécialités qu'on peut qualifier sans trop de risque de trop limitée.

Depuis février 2004, la spécialité Ebixa est également remboursée. Chez certains patients, l'administration d'une médication pour la maladie d'Alzheimer peut contribuer temporairement au maintien de l'autonomie. Grâce à cette thérapie médicamenteuse, un report temporaire du placement en institution peut être obtenu. Cependant – et j'ai encore rencontré des spécialistes à ce sujet il y a peu –, la progression se poursuit malheureusement toujours et elle est à ce jour encore inéluctable.

L'Aricept, l'Exelon et le Reminil sont remboursables depuis le 1^{er} juillet 2002. Ces spécialités figurent au célèbre chapitre IV, paragraphe 223 de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Je ne vais pas vous l'apprendre puisque je viens d'en parler longuement auparavant et que j'en parlerai encore autant que nécessaire mais le fait de figurer dans le chapitre IV entraîne l'obligation d'un avis d'un médecin conseil dans les conditions que j'ai déjà rappelées précédemment, c'est-à-dire vérifier que la situation pathologique de la personne corresponde aux conditions de remboursement de la spécialité médicamenteuse prévue à cet effet.

L'Ebixa figure également au chapitre IV, § 288, de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et remboursées depuis le 1^{er} février 2004 pour le traitement des formes moyennement sévères ou sévères de la maladie d'Alzheimer. Le remboursement de ces spécialités est lié à une procédure relativement lourde pour des raisons d'efficacité insuffisante, mais aussi pour distinguer – et on revient au débat précédent – le groupe cible final de patients qui souffrent de la démence d'Alzheimer le plus précisément possible et pour les différencier d'autres formes de démence.

11.02 Minister **Rudy Demotte**: Om in te spelen op de maatschappelijke behoeften van de vrij grote groep van Alzheimerpatiënten heeft mijn voorganger beslist dat bepaalde geneesmiddelen zoals Aricept, Exelon en Reminil, ondanks hun te beperkte doeltreffendheid, worden terugbetaald.

Sinds februari 2004 wordt tevens de specialiteit Ebixa terugbetaald.

Aricept, Exelon en Reminil zijn terugbetaalbaar op voorwaarde dat de adviserend geneesheer, die nagaat of de pathologische toestand van de patiënt strookt met de terugbetalingsvoorwaarden, een gunstig advies uitbrengt.

Ebixa staat ook op de lijst van terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten voor de behandeling van gemiddeld ernstige tot ernstige vormen van de ziekte van Alzheimer.

De terugbetaling van die specialiteiten is gekoppeld aan een vrij logge procedure om de doelgroep van de patiënten die aan Alzheimer lijden zo nauwkeurig mogelijk te kunnen omlijnen.

De diagnose van Alzheimer moet door een psychiater, zenuwarts,

Le diagnostic d'Alzheimer doit être posé par un psychiatre, un neuropsychiatre, un gériatre interniste ou un neurologue sur la base des critères DSM-IV, acronyme de "diagnostical and statistical manual for mental disorders - fourth edition", comme on dit en picard!

Quant à la politique des soins de santé pour les malades chroniques, de manière plus générale, les mesures suivantes ont été adoptées.

D'abord, conformément à l'article 37, §16bis de la loi AMI du 14 juillet 1994, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, dans les conditions qu'il détermine:

1. supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique;
2. instaurer une allocation forfaitaire, dont il a fixé lui-même le montant, à l'intention des bénéficiaires susvisés à titre d'intervention supplémentaire dans leurs dépenses de soins de santé.

Le comité consultatif en matière de dispensation des soins pour les maladies chroniques et pour les pathologies spécifiques, instituant l'application de l'article 19 de la loi AMI précitée relative à la création d'un conseil scientifique au sein du service de soins de santé, est compétent pour formuler un avis sur cette matière.

Dans ce cadre, je voudrais, pour être plus concret, citer deux mesures, à savoir le forfait pour les bénéficiaires atteints de maladie chronique et le forfait pour le matériel d'incontinence qui n'est pas une question secondaire dans ces pathologies.

L'arrêté royal du 2 juin 1998, portant exécution de l'article 37, §16bis de la loi SSI stipule, en son article 2, qu'un bénéficiaire est considéré pour une année civile déterminée comme un bénéficiaire atteint d'une maladie chronique si l'ensemble des interventions personnelles effectivement prises en charge pour lui, pour des prestations effectuées durant l'année civile concernée et au cours de l'année civile précédente, atteint le montant de 323 euros par an. En outre, dans le courant de l'année civile concernée, il doit se trouver dans une situation qui nécessite des soins. Il bénéficie alors, par exemple, d'un accord d'un médecin-conseil portant sur une période d'au moins trois mois pour recevoir des honoraires forfaitaires B ou C pour des soins infirmiers.

Enfin, l'arrêté royal du 2 juin 1998 qui détermine l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence auquel je viens de faire allusion, qui est lui-même repris à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, stipule à l'article 3 que dans les limites d'une période de 12 mois précédant la décision d'octroi d'intervention forfaitaire, le bénéficiaire doit avoir obtenu un accord du médecin-conseil pour le paiement des honoraires forfaitaires dits B ou C, en vue du remboursement des soins infirmiers. La grille de dépendance doit par ailleurs mentionner un score 3 ou 4 pour le critère "incontinence".

Je vous prie de m'excuser du caractère extrêmement technique de la réponse mais je ne pouvais pas faire autrement.

internist-geriater of neuroloog op grond van DSM-IV criteria worden gesteld.

Wat het beleid van de gezondheidszorg voor chronisch zieken betreft, kan de Koning het persoonlijk aandeel in de geneeskundige verstrekkingen voor rechthebbenden die lijden aan een chronische ziekte afschaffen en een forfaitaire uitkering instellen.

Het koninklijk besluit van 2 juni 1998 bepaalt dat een rechthebbende gedurende een bepaald kalenderjaar wordt beschouwd als een aan een chronische ziekte lijdende rechthebbende indien het door de zieke zelf betaalde totale persoonlijke aandeel minstens 323 euro per jaar bedraagt. Bovendien moet de zieke zich in de loop van het betrokken kalenderjaar in een zorgbehoevende toestand bevinden.

Het koninklijk besluit van 2 juni 1998 dat de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal vaststelt, bepaalt tot slot dat binnen een periode van twaalf maanden vóór de beslissing tot toekenning van de forfaitaire tegemoetkoming, de rechthebbende een instemming van de adviserend geneesheer moet verkregen hebben voor de betaling van de forfaitaire honoraria op voorwaarde dat in het afhankelijkheidsrooster een score 3 of 4 is vermeld voor het criterium "incontinentie".

11.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, je remercie le

11.03 Colette Burgeon (PS): Ik

ministre pour sa réponse particulièrement complète.

Je voudrais lui demander d'être attentif à cette problématique car quand les familles ne bénéficient pas de revenus assez importants, cette maladie reste assez onéreuse malgré toutes les mesures qui ont été prises. Si l'on peut encore faire plus, ce ne serait pas inutile.

vraag dat u aan deze problematiek de nodige aandacht wil schenken want voor minder gegoede gezinnen blijft dit een dure aandoening.

De **voorzitter**: Ik wil ter informatie meegeven dat ook dit thema min of meer uitvoerig aan bod is gekomen in de werkzaamheden van deze commissie in het kader van de vergrijzingsproblematiek.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Ik kom bij vraag nr. 3094 van de heer Crucke, die heeft beslist om ook deze mondelinge vraag om te zetten in een schriftelijke vraag.

12 Vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gelijkberechtiging van de sociale controleurs" (nr. 3097)

12 Question de M. Servais Verherstraeten au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'égalité de traitement des contrôleurs sociaux" (n° 3097)

12.01 **Servais Verherstraeten** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, met betrekking tot deze materie heb ik u in het verleden al eens een vraag gesteld, net als aan uw collega Arena. Het gaat over de gelijkberechtiging van de sociale controleurs binnen de FOD Sociale Zaken en de diverse parastatalen waar er problemen waren. Minister Arena had naar u doorverwezen, maar zei in principe geen bezwaar te hebben en het logisch te vinden dat er een gelijkberechtiging zou komen. Het initiatief terzake verwees zij evenwel naar u door.

Op dit ogenblik blijken de problemen nog steeds niet te zijn opgelost, hoewel ik uit uw vorig antwoord meende te kunnen afleiden dat u die gelijkberechtiging ook wel genegen was. Uit een recent antwoord van minister Arena heb ik begrepen dat die gelijkberechtiging tot nu toe nog steeds niet is gerealiseerd.

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken? Wat is de reden van het uitblijven van de gelijkberechtiging, zeker ook in het licht van de verklaringen en de antwoorden op de vorige parlementaire vragen? Welke stappen zullen er nog genomen worden? Wat is de precieze timing?

De timing van de agendering van de vraag heeft er eigenlijk toe geleid dat minister Arena voor een deel pro-actief is geweest door te verwijzen naar het antwoord op de vraag die ik u nu stel. Zij heeft aangekondigd dat u zou spreken over de integratie van de personeelsleden. Wat is de stand van zaken met betrekking tot die integratie? Wat is de timing, zeker in het licht van het feit dat de vakbondsorganisaties boycotacties hebben aangekondigd?

Naar ik meen begrepen te hebben, zijn de vakbondsorganisaties op dit ogenblik ook niet meer bereid om samen op te treden bij controles. Klopt dat? Wat is daarover de stand van zaken?

12.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Verherstraeten, ik bevestig de wil van alle betrokken ministers om

12.01 **Servais Verherstraeten** (CD&V): La question de l'égalité de traitement des contrôleurs sociaux du SPF Affaires sociales et des parastataux a déjà été évoquée à plusieurs reprises au sein de cette commission. La ministre de la Fonction publique est d'accord sur le principe mais en réfère à son collègue, M. Demotte, pour le mettre en œuvre. La ministre Arena a déclaré, il y a peu, que l'égalité de traitement n'est toujours pas réalisée.

Pourquoi ce retard? Quel échéancier le ministre Demotte prévoit-il? Il semblerait que les syndicats concernés envisagent un boycottage des contrôles. Cette rumeur est-elle vérifiée?

12.02 **Rudy Demotte**, minister: Le gouvernement unanime

een oplossing uit te werken die tot gelijkberechtiging van alle sociale controleurs leidt.

Wat betreft de integratie van de sociale controleurs in de nieuwe loopbaan van technische experts, werd er reeds een voorstel van technische oplossing besproken door de vertegenwoordigers van de verschillende bevoegde ministers. Dat voorstel van oplossing wordt in samenspraak met de betrokken administraties onderzocht om zeker te zijn dat de voorgestelde oplossing effectief een antwoord biedt op de gestelde vragen, om de budgettaire weerslag te ramen en om de impact op de instellingen in te schatten.

In elk geval veronderstelt de uitvoering van iedere technische oplossing hoe dan ook een aanpassing van het koninklijk besluit van 5 september 2002. Na akkoord van de minister van Begroting en goedkeuring door de Ministerraad, zal de oplossing ter onderhandeling aan het Comité C voorgelegd worden.

Op dit ogenblik is het onmogelijk om een precieze timing van de implementatie van de technische oplossing naar voren te schuiven.

Anderzijds hebben de ministers de wil om de harmonisatie te verwezenlijken van de eigen reglementering met betrekking tot de andere aspecten verbonden aan de functie, zoals vergoedingen, premies, toeslagen, enzovoort. In dat kader werden alle betrokken FOD's en openbare instellingen van sociale zekerheid verzocht een inventaris van die reglementering op te stellen. Zodra de ministers in het bezit zullen zijn van alle inlichtingen terzake, zal deze informatie onderzocht worden. De algemene beleidsopties moeten bepaald worden voordat de administraties belast worden met de concrete uitwerking van de verschillende maatregelen.

souhaite l'égalité de traitement pour tous les contrôleurs sociaux. Des représentants de tous les ministères concernés débattent d'une proposition de solution technique en vue de l'intégration des contrôleurs sociaux dans la nouvelle carrière d'expert technique. Cette proposition est analysée en détail au niveau de l'administration.

L'égalité de traitement requiert l'aménagement de l'arrêté royal du 5 septembre 2002. Le débat pourra être poursuivi au Comité C, après approbation en Conseil des ministres et après le fiat du ministre du Budget.

Il est actuellement impossible de fixer un calendrier précis mais tous les ministres concernés sont disposés à harmoniser la réglementation. Il a été demandé aux SPF et aux établissements pour la sécurité sociale concernés de procéder à l'inventaire de cette réglementation. Dès qu'il sera dressé, nous pourrions déterminer les options politiques et demander aux administrations de les mettre en oeuvre.

12.03 Servais Verherstraeten (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik trek uw goede bedoelingen zeker niet in twijfel. Ondanks die goede bedoelingen komt het er wellicht op neer of het financiële aspect al dan niet haalbaar zal zijn.

Wij moeten er echter voor opletten dat de goede werking van de diensten door de op dit ogenblik ongelijke behandeling, die niet betwist wordt, niet in het gedrang wordt gebracht. Ik pleit dus voor een zo snel mogelijke oplossing. Ik hoop dat die oplossing dit najaar, zeker in het kader van de begrotingsbesprekingen 2005, gevonden kan worden.

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

13 Vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële regeling voor de plaatsen psychiatrische gezinsverpleging" (nr. 3113)

13 Question de M. Servais Verherstraeten au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des soins psychiatriques en milieu familial" (n° 3113)

13.01 Servais Verherstraeten (CD&V): Mijnheer de minister, de financiële regeling voor de plaatsen psychiatrische gezinsverpleging

12.03 Servais Verherstraeten (CD&V): Je ne doute pas des bonnes intentions du ministre mais la question est de savoir si tout ceci est financièrement réalisable. L'inégalité de traitement ne peut mettre en péril le bon fonctionnement.

13.01 Servais Verherstraeten (CD&V): Aux termes de l'arrêté

wordt geregeld in artikel 98 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Per dag verblijf in een verpleeggezin wordt aan de inrichtende macht van het ziekenhuis dat voor de functie van psychiatrische gezinsverpleging werd erkend, provisioneel een forfaitair bedrag van 16,55 euro ter beschikking gesteld om de kosten in het verpleeggezin, andere dan dewelke verbonden zijn aan de verzorging van de patiënt, te dekken. Daarvan wordt een forfaitair basisbedrag aan het verpleeggezin toegekend van 15,05 euro, vermeerderd met de bedragen toegewezen op grond van criteria van kwaliteit van huisvesting en zorgbehoefte van de patiënt. Het globale bedrag dat aan de verpleeggezinnen wordt uitgekeerd voor alle patiënten samen, mag nooit meer bedragen dan gemiddeld 16,55 euro per dag. Die bedragen worden trouwens ook geïndexeerd.

Mijnheer de minister, een bedrag van maximaal 16,55 euro per dag voor een gezin dat bereid is in te staan voor kost en inwonen, en dit voor de opvang van een of meerdere psychiatrische patiënten, is uiteraard erg krap. Ik heb begrepen dat een voormalig Vlaams minister, hoewel ik meen dat het een federale materie is, in de regio had aangekondigd dat de bedragen zouden worden opgetrokken.

Klopt de berichtgeving van de Vlaamse minister? Heeft dat te maken met gesprekken tussen u en de Vlaamse minister van Welzijn? Of kloppen de berichten niet?

Kan worden overwogen om de forfaitaire bedragen voor psychiatrische gezinsverpleging op te trekken? Zijn er intenties? Op welke bedragen slaan die intenties dan en binnen welke termijn? Of zijn die intenties er niet? Waarom zijn ze er dan niet?

13.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verherstraeten, ik heb op 19 mei 2004 aan de Kamer van volksvertegenwoordigers de conclusie van de eerste fase van de gezondheidsdialogen voorgesteld. Vanmorgen nog heb ik hetzelfde gedaan in de Senaat.

Dat document is een sectorale analyse met een soort inventaris van de specifieke problemen, eigen aan iedere sector, en met 120 in de huidige legislatuur te realiseren voorstellen.

Het is dus ambitieus en er wordt met alle actoren overleg gepleegd.

Momenteel is het door u aangehaalde probleem, met name het optreden van forfaitaire bedragen voor psychiatrische gezinsverpleging, niet opgenomen in deze prioriteiten. Een voorstel tot herziening van de vergoeding voor pleeggezinnen werd reeds gedaan door het openbaar psychiatrisch ziekenhuis 't Geel. De aangehaalde problematiek kan worden overgemaakt aan een ad-hocwerkgroep van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, teneinde hierover een advies te bekomen en eventueel een voorstel te formuleren, rekening houdend met de reeds bepaalde prioriteiten en de eventueel beschikbare budgettaire ruimte. U ziet dus hoe voorzichtig ik ben.

Ik wil nog verwijzen naar het feit dat er momenteel een pilootproject GGZ-jeugd met betrekking tot gezinsverpleging loopt tot

royal du 25 avril 2002, qui régleme les indemnités pour les places de soins psychiatriques en milieu familial, le montant alloué aux familles d'accueil ne peut jamais excéder 16,55 euros par jour en moyenne, ce qui est vraiment très peu. Pourrait-on envisager d'augmenter les montants forfaitaires? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et dans quels délais? Dans la négative, pourquoi?

13.02 **Rudy Demotte**, ministre: Dans les conclusions des dialogues de la santé, un inventaire est dressé en ce qui concerne les problèmes spécifiques par secteur et 120 priorités sont énumérées. Le problème cité par l'auteur de la question ne figure pas dans cette liste. Ce problème peut être soumis pour avis à un groupe de travail ad hoc, mais toute proposition devra tenir compte des priorités existantes et de la marge budgétaire disponible. Je renvoie de nouveau au projet pilote SSM-jeunes, qui est encore en cours jusqu'en octobre et qui peut éventuellement être prolongé. Dans le cadre de ce projet, les familles d'accueil reçoivent un forfait supplémentaire pour les frais non couverts par l'Inami.

30 november 2004 waarbij een verlenging mogelijk is afhankelijk van het beschikbaar budget en de evaluatie. In dit project wordt onder andere voorzien in een forfait voor de gastgezinnen om de kosten te vergoeden die niet worden gedekt door de RIZIV-nomenclatuur.

13.03 Servais Verherstraeten (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw realistisch antwoord dat weinig hoop en begoocheling geeft. Ik denk dat de realiteit het moet halen van de perceptie. We zullen het verslag van de werkgroep afwachten om te zien wat op de lange termijn en binnen de budgettaire context haalbaar en mogelijk is.

13.03 Servais Verherstraeten (CD&V): La réponse du ministre nous donne peu d'espoir, mais elle est réaliste.

Nous attendrons les conclusions du groupe de travail.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 3114 van de heer Vandeurzen en vragen nrs. 3136 en 3154 van de heer Crucke worden omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 3153 van mevrouw Avontroodt wordt op haar verzoek uitgesteld.

14 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport over het wegwerken van onverantwoorde praktijkverschillen" (nr. 3287)

14 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport relatif à l'élimination de différences de pratique injustifiées" (n° 3287)

14.01 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, we hebben reeds een aantal keren gepraat over dit onderwerp. In het kader van de responsabilisering van de gezondheidsactoren op het veld was er het steeds wederkerende probleem van de onverantwoorde praktijkverschillen, ongeacht waar ze zijn.

14.01 Maggie De Block (VLD): Le rapport sur la résorption de différences injustifiées en matière de pratique a pris du retard en raison de la difficulté rencontrée à le traduire dans une forme qui soit pédagogiquement adéquate. Il nous faut pourtant disposer rapidement de chiffres si nous mettre un terme aux rumeurs.

Op een van mijn vragen antwoordde u dat u mij een ernstig rapport zou geven over het al dan niet bestaan van dergelijke praktijkverschillen. Dat liep evenwel fout. Mijn volgende vraag werd in de commissie tot driemaal toe laattijdig op de agenda gezet, maar ik ben volhardend en mijn vraag, eveneens onder agendapunt 29 bis, komt thans dan toch aan bod. Blijkbaar organiseert de ene commissie zich wat anders dan de andere.

Ik ontvang een schriftelijke verklaring, mij meedelende dat het rapport vertraging had opgelopen wegens moeilijkheden om het in een gestructureerde vorm te gieten die pedagogisch verantwoord is. Bij mijn weten zal het toch over cijfers gaan. Het gaat over vastliggende cijfers die de diensten van het RIZIV bij elkaar moeten rapen. Ik zeg niet dat het gemakkelijk is. Het is zeker geen gemakkelijke operatie. Als we echter komaf willen maken met de geruchten die her en der lopende zijn en die al dan niet terecht zijn, dan moeten we cijfers hebben.

Mijnheer de minister, volgende week is het misschien de laatste week voor het zomerreces en is het misschien moeilijk om die vraag nog aan bod te laten komen. Omdat u hebt gezegd dat u voor het reces nog terug naar het Parlement zou komen, ben ik toch nog zo stout geweest om deze vraag maandag nogmaals in te dienen. U kunt niet van mij zeggen dat ik niet volhard in de boosheid, maar het is echt geen boosheid. Ik denk dat we allemaal hetzelfde willen. Dat

is ook in de besprekingen rond de problematiek van de vergrijzing meermaals aan bod gekomen. Er moet nu eenmaal een responsabilisering zijn van alle actoren op het veld. U hebt dat zelf ook van bij de aanvang gezegd. Daarom wil ik nog de volgende vragen stellen.

Is het rapport reeds in een gestructureerde en pedagogisch verantwoorde vorm gegoten? U kunt mij misschien bij gelegenheid eens uitleggen wat een pedagogisch verantwoorde vorm is. Ik wil niet denigrerend doen, maar mijn opleidingsniveau is toch niet te laag om een gewone cijfertabel te kunnen verstaan.

14.02 Minister **Rudy Demotte**: (...)

14.03 **Maggie De Block** (VLD): Uw opleidingsniveau is ook niet te laag om een gewone tabel te kunnen interpreteren, anders is er werkelijk een structureel mankement in dit politieke establishment en dan moeten we daaruit ook onze conclusies trekken.

Ten tweede, kunt u toch de inhoud ervan aan de commissieleden meedelen?

Ten derde, welke diensten bij het RIZIV houden zich eigenlijk bezig met de verdere verwerking van deze cijfers?

14.04 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, collega's, het sinds vele maanden aangekondigde verslag wordt op mijn kabinet nog steeds verder aangepast. Daarom kan ik het u nog niet voorstellen. Ik ben echter bereid de grote lijnen ervan mee te delen.

Het verslag bevat een inventaris van de bestaande instrumenten – uit mijn conclusies zal blijken dat ik niet alleen aandacht heb voor de bestaande instrumenten, maar dat ik ook voorstellen wil lanceren – van de betrokken instelling en van de rol die deze heeft in de strijd tegen de ongerechtvaardigde praktijkverschillen en het promoten van goede medische praktijk.

De meest opvallende vaststellingen zijn de veelheid aan organismen en instellingen die zich met deze problematiek bezighouden en de initiatieven die deze verschillende actoren nemen. Ik geef een paar voorbeelden: de informatiecampagnes of feedback bij de zorgverleners en ziekenhuizen die door het RIZIV en de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie worden gevoerd, de consensusconferenties die door het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen worden georganiseerd over het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen.

Ik denk ook aan de invoering van de wet op de responsabilisering van de artsen, de wijziging van de financieringsregels van de ziekenhuizen, de maatregelen op het gebied van planning van het aanbod, de studies die aan het Kenniscentrum worden toevertrouwd enzovoort. Lees geen ironie in mijn uitspraken, ik wens dat nu te onderstrepen.

Men mag dus gerust van een werkelijke mozaïek van acties spreken die er allemaal op gericht zijn de toekenning van de financiële middelen van de verplichte ziekteverzekering te optimaliseren.

14.03 **Maggie De Block** (VLD): Le rapport a-t-il déjà été clôturé et pouvons-nous en prendre connaissance? Quels services de l'INAMI se chargent-ils du traitement des chiffres?

14.04 **Rudy Demotte**, ministre: Le rapport, annoncé depuis des mois, subit pour l'heure encore quelques adaptations à mon cabinet, de sorte qu'il ne m'est pas possible de le commenter officiellement en commission. L'objectif premier du rapport est en tout état de cause de dresser un inventaire des instruments existants. Nous avons été frappés par la multitude des initiatives et des institutions concernées par les questions des bonnes pratiques médicales et de la lutte contre les différences de pratiques. Nous voulons connaître les effets de ces différentes actions, mais comment évaluer ces effets? Quel organisme garantit la nécessaire cohérence?

Ensuite, nous voulons également créer de nouveaux instruments afin de promouvoir une bonne pratique médicale. Nous allons également procéder à une évaluation critique de la formation de base du corps médical. A cet égard, nous envisageons de diffuser des recommandations et des directives concrètes en vue

De vragen die door het rapport worden opgeroepen, zijn de volgende: Ten eerste, welke zijn de effecten van de verschillende acties? Hoe kan men dat evalueren? Hoe doeltreffend zijn ze?

Welke instantie zorgt voor de cohesie van al de elementen? Wie waakt erover dat de effecten bij elkaar kunnen opgeteld worden?

Ten slotte, moet ik, om aan de druk te beantwoorden die op mij weegt, ook nieuwe initiatieven nemen, nieuwe maatregelen opleggen, nieuwe instanties oprichten en op institutioneel vlak en op het vlak van de besluitvorming er nog extra aan toevoegen?

Het lijkt mij onontbeerlijk te beginnen met de evaluatie van de impact van de maatregelen en de voorwaarden te bepalen, teneinde hun efficiëntie te maximaliseren.

De goede medische praktijk kan men niet van de ene dag op de andere uitvaardigen, zoals een decreet. Zij veronderstelt – daarover hebben wij vanmorgen nog een debat gehad in de Senaat – dat de zorgverstrekkers zich voortdurend aansluiten bij het proces waarin hun eigen praktijk geconfronteerd wordt met die van hun collega's, en dat zij het aanvaarden om hun praktijk, zo nodig, te verbeteren.

Een kritische evaluatie van de basisopleiding van het medisch korps, en in het bijzonder van de plaats die de gezondheidseconomie daarin inneemt, lijkt mij eveneens onontbeerlijk. Zij veronderstelt het verspreiden van aanbevelingen voor een goede medische praktijk en het ter beschikking stellen van concrete, praktische richtlijnen als vertaling van de aanbevelingen. Zij vereist ten slotte dat er indicatoren worden opgesteld waarmee men kan evalueren in welke mate deze aanbevelingen al dan niet door het medisch korps worden gevolgd. Die indicatoren kunnen dan worden aangewend, teneinde de misbruiken of de weigering om rekening te houden met de principes van evidence based medicine op te sporen.

In dit opzicht is het noodzakelijk over zeer goede en geactualiseerde gegevens te beschikken. Ik stel vast dat de meest accurate gegevens op het gebied van individueel gebruik van zorg nog van 1998 dateren.

Het lijkt mij van groot belang over meer recente individuele gegevens te beschikken – de universitaire teams gebruiken nu de gegevens die op het jaar 2001 slaan – om een diagnostiek te kunnen opstellen die beter bij de huidige werkelijkheid aansluit.

Het is nog belangrijker om over nog recentere gegevens te beschikken om de impact te evalueren van de maatregelen die tot nu toe werden genomen. Rekening houdend met het gebruik dat men ervan moet maken, is volgens mij de versnelling van het verwerken van geactualiseerde en pertinente gegevens van essentieel belang.

Ik zal er mij dus bij voorrang op toeleggen om met de instanties die er hoofdzakelijk bij betrokken zijn, zoals het Intermutualistisch Agentschap, de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, de respectieve taken van eenieder op dit gebied te bepalen.

d'une bonne pratique médicale. Enfin, nous allons mettre en place des indicateurs qui nous permettront de nous assurer du respect des recommandations et de détecter les abus éventuels.

A cet effet, il nous faut toutefois disposer de données plus récentes. A l'heure actuelle, nous ne disposons en effet que des données de 1998.

Je veillerai personnellement à ce que toutes les instances concernées soient investies de tâches et collaborent étroitement, afin qu'un rapport annuel commun puisse être publié.

Notre objectif va donc bien au-delà de l'établissement d'un inventaire.

Bovendien wil ik deze instanties ermee belasten in nauwe onderhandelingen en samenwerking, een jaarverslag op te stellen over de aangewende middelen en de vastgestelde resultaten op het gebied van het terugdringen van de (...) van de medische praktijken.

Zoals u ziet, ben ik vanzelfsprekend niet van plan mij te beperken tot het opstellen van een inventaris van de maatregelen die eerder werden genomen.

Dat werk moet gepaard gaan met een kritische controle op de zwakke punten en op de maatregelen die men zou moeten nemen om ze te verhelpen. Ik zal bijvoorbeeld niet nalaten om een balans van de huidige stand van zaken van de inwerkingstelling van de wet op de individuele responsabilisering van de zorgverleners op te stellen, maar bedacht op de continuïteit zal ik voortgaan op de weg die mijn voorgangers zijn ingeslagen. Indien de actoren zich niet in mijn benadering kunnen herkennen, zouden de maatschappelijke gevolgen onberekenbaar en onvoorspelbaar zijn. Het gaat over de verantwoordelijkheid van elkeen, regering en parlement, en van mij in het bijzonder.

14.05 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de minister, ik ben blijer met uw pedagogisch verantwoorde uitleg over uw werkwijze. De cijfers die ik u heb gegeven, dateren van 2002. Dat waren toen ook de meest recente cijfers. Toen ik hier in 1999 kwam, herinner ik mij nog dat ik het jaarverslag 1994 over de geneeskundige verstrekkingen kreeg. Het document was opgemaakt in het Vesaliusgebouw, dat we nog met de commissie voor de Volksgezondheid hebben bezocht.

Ik heb toen een beleefd en hartelijk bedankbriefje aan de heer Decoster geschreven, eraan toevoegend dat ik jammer genoeg niets met het verslag kon aanvangen, omdat de cijfers achterhaald waren. Overigens bleek bij ons bezoek dat men nog maar net de minimale klinische gegevens aan de PAL/NAL kon koppelen. De koppeling van gegevens was eigenlijk nog zeer embryonaal. Ik was daarover verbaasd, omdat ik als arts de evolutie in de informatica volg. Het systeem was zeer verouderd en ik heb toen gevraagd aan de heer Decoster of hij voldoende middelen en mensen kreeg om het uit te bouwen, omdat de werkwijze mij voorhistorisch leek.

Een grote hoeveelheid instellingen is daar inderdaad mee bezig en het is geenszins de bedoeling nog meer nieuwe instellingen in het leven te roepen ongeacht het statuut. Het doel is bekend, maar wie er met de verwezenlijking ervan bezig is en hoe er wordt gewerkt, dat weten we niet. Er is een mozaïek van acties, maar ik vraag me af of er wel coördinatie is. Ik heb uit uw antwoord begrepen dat u die vraag ook stelt. Als er teveel personen in alle richtingen roeien, dan gaat de boot niet vooruit en komt die niet op zijn eindbestemming.

De vragen die het rapport oproept, zijn de volgende: zijn die acties doeltreffend? Door het feit dat ze bestaan, zijn ze misschien wel even doeltreffend maar is het geen druppel op een hete plaat? Met de tussenschotten in de financiering van onze gezondheidszorg worden met de maatregelen misschien wel een paar brandjes geblust, maar ergens anders ontstaan er weer andere brandjes. Mijn inziens moet ook budgettair worden nagegaan wat de implicaties van de acties zijn.

14.05 Maggie De Block (VLD): L'absence de données récentes est un problème qui dure depuis des années et auquel aucune solution n'a manifestement encore été apportée. Peut-être y a-t-il trop de cuisiniers pour préparer la sauce. J'attends donc le rapport avec impatience. Toutefois, j'aimerais convenir d'un échéancier concret avec le ministre, même s'il se peut que sa tâche ne soit accomplie que dans deux ans.

Mijnheer de minister, u hebt gesproken over nieuwe maatregelen en nieuwe acties. Het is verstandig dat u eerst een inventaris opstelt zodat u kunt uitmaken waar de zwakke en de heikele plekken zich bevinden.

Wat de aanbevelingen voor een goede medische praktijk betreft, kan ik u verzekeren dat de medische praktijk niet beter vraagt dan dat er meer aanbevelingen komen. In Nederland heeft men een tijd aanbevelingen gemaakt. Daarna werd hiermee gestopt. Vrij recent heb ik de lijst van aanbevelingen voor een goede medische praktijk op Nederlandse websites er nog eens op nagelezen. Sinds jaren zijn de aanbevelingen dezelfde gebleven. Ik weet dat Nederland andere problemen gekend heeft en een hele tijd geen beleid heeft gehad. Ik herhaal dat het veld niet liever heeft dan dat er aanbevelingen voor een goede medische praktijk worden gegeven.

Wat de indicatoren betreft, heb ik u reeds herhaaldelijk ondervraagd. Waar blijven de indicatoren? Ik besef dat er een probleem is, mijnheer de minister. Op het ogenblik dat een responsabilisering wordt doorgevoerd door middel van indicatoren zou men, mijns inziens, reeds moeten weten dat het moeilijk zal zijn om die indicatoren te zoeken en vast te stellen. In het verleden werd het opstellen van deze indicatoren als de evidentie zelf beschouwd die zonder slag of stoot zou kunnen worden ingevoerd. Een aantal jaren later zijn deze indicatoren echter nog steeds niet vastgelegd.

Mijnheer de minister, ik weet dat u met een immens werk bezig bent, meer zelfs, wat gezondheidszorg betreft is dit uw core business. Kunnen we in deze commissie of in de plenaire vergadering een afspraak maken op het ogenblik dat u klaar bent met al uw bevindingen en voorstellen? Hebt u zicht op een mogelijke termijn?

Bij leven en welzijn zitten wij hier hopelijk nog binnen twee jaar en kunnen wij daarop terugkomen.

14.06 Minister **Rudy Demotte**: Ik wens het u.

14.07 **Maggie De Block** (VLD): Hebt u een idee hoeveel tijd daar nog over zal gaan? Ik denk dat inzake de financiële haalbaarheid voor onze gezondheidszorg het water ons toch tot aan de lippen staat. Wij moeten niet te lang meer rondpeddelen in dat bootje met al die roeiers, maar stilaan beginnen scheppen.

14.08 Minister **Rudy Demotte**: Ik zal mij daar altijd heel voorzichtig over uitspreken. Elke keer dat ik mij over een agenda uitspreek, moet niet ik alleen daar rekening mee houden. Ik ben niet iemand die dingen aankondigt die hij niet concreet volgt. Hier ben ik er mij van bewust dat het zeer moeilijk is om te kunnen zeggen dat ik in september klaar zal zijn met een volledig project. Ik zou graag voor het einde van dit jaar klaar zijn met een globale aanpak van de verschillende luiken betreffende de responsabilisering. U weet dat het niet volstaat te zeggen dat de minister een visie heeft. Ik moet het Parlement ervan overtuigen dat ik een visie heb en ik denk dat het Parlement daar stap voor stap van overtuigd wordt. Natuurlijk mag ik dat niet doen zonder de medewerking van betrokkenen op het terrein.

14.08 **Rudy Demotte**, ministre: Je n'aime pas promettre quelque chose dont je ne puis être sûr mais je pense que le rapport devrait être prêt pour la fin de cette année.

Wat betreft de responsabilisering, ik had vanmorgen een debat met de heer Vankrunkelsven. Het is misschien een beetje anekdotisch, maar voor mij is het heel symbolisch. Ik stelde aan de heer Vankrunkelsven de vraag of de verschillende zorgverstrekkers – ik dacht vooral aan de huisartsen – bereid waren, klaar waren en akkoord gingen om verder te gaan in de responsabilisering. Ik spreek hier over een algemene responsabilisering, niet alleen van zichzelf, maar van de verschillende actoren. Hij antwoordde mij: “Mijnheer Demotte, dat is nu verwacht. Zij – dat is de grote meerderheid – die goed werken, wensen dit namelijk te bewijzen en zij die afwijken met de vinger te wijzen”. Daarom ben ik nu op zoek naar medewerking. Ik wil geen stalinistische benadering die van bovenaf wordt opgelegd.

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

*De bespreking van de vragen en interpellaties eindigt om 16.32 uur.
La discussion des questions et interpellations se termine à 16.32 heures.*