

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE  
ZAKENCOMMISSION DES AFFAIRES  
SOCIALES

van

du

DINSDAG 16 OKTOBER 2007

MARDI 16 OCTOBRE 2007

Voormiddag

Matin

De vergadering wordt geopend om 10.01 uur en voorgezeten door mevrouw Florence Reuter.

**01 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de dubbele tarifiering in de gezondheidszorg" (nr. 13)**

**01.01 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): De tarifiering in de gezondheidszorg wordt vastgelegd door het Riziv, dat daartoe desgevallend overeenkomsten sluit met de artsen. Blijkbaar bestaan er op dat gebied echter parallelle praktijken.

Zo berichtte de krant *La Meuse* op 26 september over het geval van een patiënte in het *CHR de la Citadelle* te Namen, wier arts haar de keuze liet tussen twee medische consulten: hetzij tegen het basistarief maar pas negen maanden later, hetzij binnen twee maanden maar dan wel tegen het dubbele tarief. Volgens de ziekenhuisdirecteur gaat het hier over een tarief voor een 'gepersonaliseerd' consult door een 'gereputeerde arts'. Die omschrijving lijkt me evenwel vaag en staat bovendien haaks op het streven om een billijke, voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te verstrekken. Op die manier glijdt men ook af naar een gezondheidszorg met twee snelheden, waarbij de kwaliteit van de verstrekkingen afhangt van het kostenplaatje ervan.

Zijn het gepersonaliseerde consult en het tarief voor verstrekkingen van een gereputeerde arts gestoeld op erkende definities en criteria? Op welke schaal wordt dat dubbele tarief toegepast en bestaan er statistieken over? Kan een en dezelfde arts op een en dezelfde plaats uiteenlopende tarieven toepassen naargelang van de wachttijd? Hebt u stappen gedaan om de patiënten daarover te informeren?

**01.02 Minister Didier Donfut** (*Frans*): Dat probleem houdt ons erg bezig. Dat fenomeen, dat tegen de borst stuit omdat de wachttijd de tariefzekerheid van de verzekerde op de helling zet, lijkt echter niet toe te nemen. Alle artsen hebben recht op erelonen die ze vrijelijk bepalen, zij het met inachtneming van de bij of krachtens een wetbepaling vastgestelde tarieven en de tarieven voorgeschreven door statuten of overeenkomsten die ze hebben goedgekeurd. Een voorafgaand akkoord sluiten waarbij het ereloon gekoppeld wordt aan de doeltreffendheid van de behandeling is verboden! Binnen die perken kan de arts rekening houden met de omvang van de verstrekkingen, de financiële draagkracht van de patiënt, zijn eigen bekendheid en andere omstandigheden. Er bestaan uitzonderingen op de vrije bepaling van de erelonen.

In de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen wordt over akkoorden onderhandeld. Het staat de artsen vrij die al dan niet - geheel of gedeeltelijk - te aanvaarden. Medio september had 1,27 procent van de huisartsen voor een gedeeltelijke verbintenis gekozen, tegen 10,36 procent van de specialisten. De meeste ziekenhuisspecialisten hebben zich volledig verbonden en behandelen alle patiënten op voet van gelijkheid.

Ik ben het met u eens wat de voorlichting van de patiënten betreft, die van het grootste belang is. Heel wat verzekerden zijn niet op de hoogte van al hun rechten, wat tot misverstanden leidt bij de tarifiering van de verstrekte zorg. Tijdens de voorbije regeerperiode werden op dat vlak inspanningen geleverd.

Zo moeten de informatie over het feit dat de geneesheer de overeenkomst heeft ondertekend en de consultatiedagen en -uren waarop hij de tarieven volgens de overeenkomst toepast, worden geafficheerd bij de receptie of in de wachtkamer van het ziekenhuis. Gedeeltelijk verbonden artsen die hun patiënten niet inlichten omtrent de dagen en uren waarop zij de verbintenistarieven niet toepassen, moeten die verbintenistarieven wel naleven voor deze dagen en uren. Indien de patiënt echter een bijzondere eis stelt, mogen er ereloonsupplementen worden aangerekend.

De verzekeringsinstellingen moeten een lijst met de zorgverleners die de overeenkomst ondertekend hebben, ter beschikking houden van de personen die geneeskundige verzorging krijgen. Zij dienen elk jaar ook een uittreksel van deze lijst mee te delen met de namen van de personen die in de gemeente van de begunstigde of een aangrenzende gemeente actief zijn alsook de naam van de ziekenhuizen in het administratief arrondissement van de gemeente van de begunstigde, hetzij via een individueel schrijven, hetzij via publicatie in een tijdschrift dat zich tot de begunstigten richt.

Mijn voorganger had voorgesteld de voorlichting van de patiënt over het aangerekende tarief verplicht te maken vanaf het moment waarop de afspraak wordt gemaakt. Dit voorstel wordt bestudeerd binnen de Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen wegens technische problemen – zoals bijvoorbeeld het vaststellen van de bewijslast bij telefonische afspraken. Ik geloof echter dat door deze formule elke betwisting over het aan de patiënt voorgestelde tarief kan worden vermeden.

Kortom, de kwestie van de informatieverstrekking aan de patiënt dient in de Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen te worden besproken. Ik zal er bij die commissie op aandringen dat ze de informatieverstrekking aan de patiënt zou blijven verbeteren en zou voorkomen dat zulke fenomenen de tariefzekerheid in het gedrang brengen.

**01.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!):** U bent het met mij eens dat dit stuitende praktijken zijn. Het is niet makkelijk om zich binnen een relatief korte termijn te laten behandelen en dat wordt aangegrepen om hogere tarieven te vragen. Zowel de Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen als het parlement moeten zich over dit probleem buigen.

*Het incident is gesloten.*

## **02 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Maggie De Block** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de resultaten van de zachte echelonnering" (nr. 18)

- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de zachte echelonnering" (nr. 61)

**02.01 Maggie De Block (Open Vld):** Uit cijfers van de ziekenfondsen blijkt dat tussen februari en augustus 2007 minder dan 1 procent van de patiënten die worden doorverwezen naar de specialist, een doorverwijsformulier voor een lager remgeld van de huisarts gekregen heeft. Toen wij dit eerder bij minister Demotte ter sprake brachten, antwoordde die dat het formulier nog ingeburgerd moest geraken en dat nog niet alle artsen over de formulieren beschikten.

Moet dit systeem niet herbekeken worden? Moet er niet sneller geëvalueerd en bijgestuurd worden?

**02.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang):** Het systeem van de zachte echelonnering bestaat nu al een half jaar. In de commissie werd de problematiek van de administratieve lasten die daarmee gepaard gaan al meermaals besproken. Nu blijkt dat minder dan 1 procent van de patiënten die naar de specialist worden doorverwezen, een doorverwijsformulier kreeg dat recht geeft op een vermindering van het remgeld met 1 euro.

Zijn de cijfers van de ziekenfondsen correct? Heeft het Riziv dit systeem al geëvalueerd?

**02.03 Minister Didier Donfut (Nederlands):** Ik ben op de hoogte van het onderzoek naar de toepassing van de zachte echelonnering, een systeem dat van kracht is sinds 1 februari 2007. Al bij de implementatie van dit systeem bleek dat het zeer weinig gebruikt werd en deze cijfers bevestigen dit. De reden daarvoor is de administratieve complexiteit.

De voorbije maanden kwam een werkgroep van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen regelmatig samen over de realisatie van het project Zorgtraject, dat de samenwerking tussen huisartsen en geneesheren-specialisten moet ondersteunen en dat een alternatief kan zijn voor het huidige systeem van de zachte echelonnering.

Deze werkgroep zal binnenkort een voorstel doen, waardoor de patiënten die zich inschrijven in een

zorgtraject recht krijgen op een vermindering van het remgeld wanneer zij naar de specialist gaan. Dit voorstel past in een pakket van coherente maatregelen die de samenwerking tussen de huisarts en de specialist inzake het zorgtraject van de patiënt moeten bevorderen. Allerlei voordelen moeten de patiënt ertoe aanzetten op een correcte manier een beroep te doen op een specialist, en dit zonder bijkomende administratieve lasten.

**02.04 Maggie De Block** (Open Vld): Ik heb het gevoel dat wij hier over verschillende zaken spreken. De zachte echelonnering moet door middel van een globaal medisch dossier de patiënten ertoe aanzetten eerst een huisarts te consulteren, die hen indien nodig kan doorverwijzen naar een specialist. Van in het begin hebben wij gezegd dat het systeem administratief te complex is. Zorgtrajecten hebben echter meer betrekking op patiënten met een ernstige pathologie. Het is logisch dat zij zowel door de huisarts als door een specialist worden opgevolgd.

**02.05 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): De minister geeft enkel een vaag antwoord. Wanneer zal de werkgroep naar buiten komen met concrete voorstellen? Het debat over zorgprojecten en dat over de zachte echelonnering zijn twee verschillende zaken. Zouden wij schriftelijk een concreter antwoord kunnen krijgen op onze vragen?

**02.06 Minister Didier Donfut** (Frans): Er werd een werkgroep opgericht en het parlement zal van de voortgang van haar denkwerk op de hoogte worden gehouden. Wellicht ware het interessant dat mijn medewerker die het dossier van nabij volgt, een en ander zou verduidelijken. Hij kan de kwestie toelichten en meer inlichtingen verschaffen over het tijdpad.

**02.07 Maggie De Block** (Open Vld): Ik ga akkoord met een schriftelijke verduidelijking.

*Het incident is gesloten.*

**03 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over orthopedische braces" (nr. 19)**

**03.01 Maggie De Block** (Open Vld): Voor het vervaardigen van orthopedische braces wordt steeds minder gips gebruikt, dat plaats ruimt voor meer externe fixatoren en braces. Gips is een goedkoop materiaal, maar dat geldt niet voor deze braces. Elke brace wordt ook op maat gemaakt en voor eenzelfde fractuur zijn soms verschillende braces nodig. Dit is een dure aangelegenheid voor de patiënten.

Nu blijkt dat onze prijzen veel hoger zijn dan elders in Europa, terwijl een betere verhouding tussen kostprijs en efficiëntie zeker tot de mogelijkheden behoort. Onze nomenclatuur blijkt ook hopeloos verouderd te zijn: terugbetaling is in te weinig gevallen mogelijk.

Voor patiënten die het niet kunnen betalen, is de keuze tussen een goedkope gips en een duurdere brace snel gemaakt, terwijl die laatste wel betere resultaten oplevert.

In een studie van deze zomer pleit het Kenniscentrum voor meer prijstransparantie, voor meer marktwerking, voor een medisch gebruik op basis van werkzaamheid en veiligheid en voor een adequate terugbetaling. Zal de minister zijn conclusies trekken uit deze studie?

**03.02 Minister Didier Donfut** (Nederlands): Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft inderdaad een studie gepubliceerd over de kostenefficiëntie van geprefabriceerde braces voor hals, polsen en knieën. De terugbetaling door de ziekteverzekering bedraagt ongeveer 10 miljoen euro voor de geprefabriceerde kniebraces, 0,8 miljoen euro voor halsbraces en 0,6 miljoen voor polsbraces.

De markt voor braces is weinig transparant en de beschrijving waaraan deze braces moeten voldoen, is sinds vijftien jaar niet meer aangepast.

Er zijn geen beperkende voorwaarden verbonden aan de terugbetaling van deze producten. Uit een internationale vergelijking blijkt wel dat de prijzen in België beduidend hoger zijn dan in het buitenland.

Ik meen dat deze goed uitgewerkte studie de basis moet vormen van een evaluatie door het Riziv. Ik zal het Riziv vragen om de beleidsaanbevelingen te analyseren, voorstellen uit te werken en na te gaan of een op efficiëntie gebaseerde benadering van de terugbetaling van deze orthopedische braces tot de mogelijkheden behoort.

**03.03** **Maggie De Block** (Open Vld): Een analyse door het Riziv kan ons een beter zicht geven op het gebruik van braces, ook voor fractures van de onderste ledematen.

*Het incident is gesloten.*

**04** **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de terugbetaling van het vaccin tegen baarmoederhalskanker" (nr. 20)**

**04.01** **Maggie De Block** (Open Vld): De terugbetaling van de vaccins tegen baarmoederhalskanker is op een zeer versnipperde manier georganiseerd. Er is een terugbetaling via de aanvullende verzekering van verschillende ziekenfondsen en er is een terugbetaling door sommige gemeentebesturen. Er is op regionaal vlak een terugbetaling en Vlaams minister Vanackere ziet nu in de centra voor leerlingenbegeleiding een geschikt kanaal om de vaccinatie te organiseren.

Het zou beter zijn als er een eenvoudige terugbetaling was en als het voor de patiënten ook duidelijk was op welke leeftijd welke terugbetaling beschikbaar is.

Ik denk niet dat het CLB een geschikt kanaal zijn, omdat er eigenlijk drie vaccins toegediend moeten worden met tussenpozen van drie maanden. Daar komen de schoolvakanties tussen, zodat de toediening van de herhalingsvaccins al gauw in het honderd loopt. Ook bij het vaccin tegen hepatitis B hebben we vastgesteld dat de herhalingsvaccins meestal niet werden toegediend. Ik ben dan ook van mening dat dit een taak is voor de huisarts, die dit veel beter kan opvolgen.

Er moet een einde komen aan de versnippering van de terugbetalingen en van de bevoegdheden. Kan dit vaccin opgenomen worden in het vaccinatieschema? Kan de minister iets doen om de terugbetalingsregeling te vereenvoudigen?

**04.02** Minister **Didier Donfut** (*Nederlands*) : Het nieuwe antwoord dat ik vanochtend kreeg, is integraal in het Frans opgesteld.

(*Frans*) : De producent heeft een aanvraag ingediend om Gardasil, het vaccin tegen baarmoederhalskanker, als farmaceutische specialiteit terugbetaalbaar te maken. In dit geval moet een andere procedure worden gevolgd dan voor de vaccins die opgenomen zijn in de kalender van de wettelijk verplichte vaccinaties. Vermits de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten een federale bevoegdheid is, werden de Gemeenschappen niet geraadpleegd.

Hier lijkt de bevoegdheidsafbakening me veeleer bijkomstig in het licht van de beschikbaarheid van het vaccin. Gelet op de consensus die er over de terugbetaling bestaat, was de gevolgde procedure de meest doeltreffende.

Voor de Gemeenschappen is evenwel een belangrijke rol weggelegd; samen met de ziekenfondsen moeten zij immers instaan voor de informatieverstrekking via de preventieorganen.

Wat de registratie van de gegevens betreft, wordt de terugbetaling van Gardasil via Farmanet geregistreerd en zullen we dus snel over tamelijk gedetailleerde gegevens ter zake beschikken.

**04.03** **Maggie De Block** (Open Vld): Het is duidelijk dat hierover het laatste woord nog niet is gezegd. Ik zal de toekomstige minister ook ondervragen over de kwestie.

*Het incident is gesloten.*

**05** **Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast**

**met Europese Zaken, over "het ontbreken van een akkoord binnen de regering over de Riziv-begroting 2008" (nr. 119)**

**05.01 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Ik zal de vraag die ik vrijdag ingediend heb samenvatten, want sindsdien is het antwoord gedeeltelijk al in de pers verschenen.

Enkele weken geleden formuleerden de verzekeringsinstellingen en de vertegenwoordigers van de zorgverleners een voorstel voor de begroting 2008 voor het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Op 12 oktober had de regering van lopende zaken nog geen akkoord kunnen bereiken over dit voorstel. Afgelopen maandag kwam er op de vergadering van de Algemene Raad van het RIZIV dan toch een oplossing uit de bus. Waarom werd het begrotingsvoorstel aanvankelijk in de regering tegengehouden? Waardoor is men uiteindelijk toch uit de impasse geraakt? Zijn er garanties wat de besteding van de reserve van 380 miljoen euro betreft? Hoe zal dat bedrag verdeeld worden onder de sectoren van het RIZIV?

**05.02 Minister Didier Donfut** (*Frans*): Ik zal hier niet uitweiden over de beslissing die gisteren genomen werd in de Algemene raad van het RIZIV, aangezien de pers daarover al uitvoerig heeft bericht.

De onenigheid vrijdag in de regering had geen betrekking op de beschikbare 720 miljoen euro voor nieuwe beleidsmaatregelen. De eerste minister en ikzelf hadden het RIZIV erop gewezen dat een zekere budgettaire voorzichtigheid geboden was, zelfs al kunnen er een eerste reeks noodzakelijke en dringende maatregelen genomen worden op basis van voorstellen die de sector in overeenstemming met de regering formuleert.

Het struikelblok was het beschikbare saldo van 380 miljoen euro.

De liberale regeringspartners opteren voor voorzichtigheid op begrotingsvlak en verkiezen, zoals mevrouw Laruelle te kennen gaf, de vorming van de volgende regering af te wachten. Die zou de groeinorm van 4,5% kunnen herzien. De PS en sp.a menen dan weer dat een en ander volgens de huidige wettelijke basis moet worden toegepast.

Na het weekeinde, waarin men zich wellicht heeft kunnen beraden over wat er inzake gezondheidszorg op het spel staat, heeft de regering uiteindelijk een unaniem standpunt ingenomen betreffende het toekennen van 720 miljoen euro aan de RIZIV-begroting en het vastleggen van 340 miljoen euro voor de toepassing van de maatregelen waarvan in de pers gewag werd gemaakt.

De Algemene raad van het Riziv en de nieuwe regering zullen voor het einde van het jaar bijeenkomen om te bepalen wat er met het saldo van 380 miljoen euro zal gebeuren.

De volgende regering zal echter de mogelijkheid hebben om op de akkoorden die gisteren gesloten werden, terug te komen, door de Algemene Raad van het RIZIV te vragen zijn begrotingsvoorstel te herwerken en een nieuwe begroting 2008 goed te keuren, met een andere groeinorm.

**05.03 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): De toekomstige groeinorm staat centraal in de besprekingen rond de regeringsvorming. De voorlopige oplossing die werd gevonden, stelt ons dan ook maar gedeeltelijk gerust. We zullen deze aangelegenheid van nabij blijven volgen, evenals de financiering van de pensioenen en hun welvaartsvastheid.

*Het incident is gesloten.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 10.40 uur.*

La séance des questions est ouverte à 10 h 02 sous la présidence de Mme Florence Reuter.

**01 Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la double tarification des soins de santé" (n° 13)**

**01.01 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!) : La tarification des soins de santé est réglementée par l'INAMI par un éventuel conventionnement du médecin. Mais des pratiques parallèles semblent exister.

Le 26 septembre, le journal *La Meuse* relatait le cas d'une patiente du CHR de la Citadelle de Namur qui s'est vu proposer deux rendez-vous par le même médecin : l'un au tarif de base neuf mois plus tard, l'autre au double mais dans les deux mois. Selon le directeur de l'hôpital, il s'agit d'un « tarif de notoriété » pour

rendez-vous « personnalisé ». Cette notion me semble floue et contredit la préoccupation de soins de santé équitables pour tous. Elle constitue aussi un glissement vers une dualisation de la qualité de soins en fonction du prix à payer.

Ces notions de tarifs de notoriété et de rendez-vous personnalisés se basent-elles sur des définitions et critères reconnus ? Quelle est l'ampleur de l'utilisation de ce double tarif et y a-t-il des statistiques à ce sujet ? Un même médecin en un même lieu peut-il faire usage d'une tarification différenciée en fonction du délai ? Avez-vous pris une initiative pour informer les patients ?

**01.02** **Didier Donfut**, ministre (*en français*) : Cette question nous interpelle. Ce phénomène, qui est choquant car le délai d'attente constitue un risque pour la sécurité tarifaire de l'assuré, ne semble cependant pas en hausse.

Tous les médecins ont droit à des honoraires qu'ils fixent librement, sans préjudice de taux fixés par ou en vertu d'une disposition légale ou prévus par des statuts ou des conventions auxquelles ils ont adhéré. Prévoir un accord préalable liant l'honoraire à l'efficacité du traitement est interdit ! Dans ces limites, le médecin peut tenir compte de l'importance des prestations, de la situation économique du patient, de sa propre notoriété et d'autres circonstances. Certaines exceptions à la liberté d'honoraires existent.

Au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, des accords sont négociés, accords que les médecins sont libres de refuser ou d'accepter, entièrement ou partiellement. A la mi-septembre, 1,27% des médecins généralistes avaient fait ce choix de l'engagement partiel, pour 10,36% des spécialistes. La majeure partie des spécialistes hospitaliers sont conventionnés intégralement et appliquent un traitement égal à tous les patients.

Je vous rejoins sur la question de l'information des patients, qui est primordiale. De nombreux assurés ne connaissent pas l'intégralité de leurs droits, ce qui cause des incompréhensions lors de la tarification des prestations. Des efforts ont été entrepris sous cette législature dans ce domaine.

Ainsi, l'information sur le fait que le médecin a adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels il applique les tarifs de la convention doivent être affichés dans le local d'inscription ou la salle d'attente de l'hôpital. Le médecin partiellement conventionné qui n'a pas informé son patient des jours et heures pour lesquels il n'est pas conventionné, doit respecter les tarifs de la convention pour ces jours et heures. Une exigence particulière dans le chef du patient peut cependant faire porter en compte des suppléments d'honoraires.

Les organismes assureurs doivent tenir à disposition des bénéficiaires des soins de santé une liste des dispensateurs conventionnés et communiquer annuellement un extrait de cette liste avec le nom des personnes en activité dans la commune du bénéficiaire ou les communes limitrophes ainsi que la dénomination des établissements hospitaliers dans l'arrondissement administratif de la commune du bénéficiaire, via soit un envoi individuel, soit une publication dans un périodique adressé aux bénéficiaires.

Mon prédécesseur avait proposé de rendre obligatoire l'information du patient sur le tarif appliqué, dès la prise de rendez-vous. Cette proposition est à l'étude au sein de la Commission médico-mutualiste en raison de problèmes techniques - charge de la preuve lors de rendez-vous pris par téléphone, par exemple. Je pense cependant que cette formule permettra d'éviter toute contestation quant au tarif proposé au patient.

En conclusion, cette question de l'information des patients doit être débattue au sein de la Commission médico-mutualiste. J'interpellerai cette Commission pour continuer à améliorer l'information des patients et pour éviter que de tels phénomènes menacent la sécurité tarifaire.

**01.03** **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!) : Comme moi, vous considérez ce type de pratiques comme choquant. On utilise la difficulté d'être soigné dans des délais relativement courts pour obtenir des tarifs plus élevés. Une réflexion devrait être menée au sein de la Commission médico-mutualiste et du Parlement.

*L'incident est clos.*

**02 Questions jointes de**

- Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les résultats de l'échelonnement modéré" (n° 18)
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'échelonnement modéré" (n° 61)

**02.01 Maggie De Block** (Open Vld) : Il ressort des chiffres émanant des mutualités qu'entre les mois de février et d'août 2007, moins de 1 % des patients adressés à un spécialiste ont reçu de leur médecin généraliste un formulaire de renvoi permettant de bénéficier de la réduction du ticket modérateur. Lorsque nous avons interpellé M. Demotte à ce sujet, il nous a répondu que les médecins n'étaient pas encore suffisamment familiarisés avec ce document et que tous les médecins n'en disposaient pas encore.

Ce système ne devrait-il pas être réexaminé ? Ne conviendrait-il pas de l'évaluer et de le corriger à plus bref délai ?

**02.02 Koen Bultinck** (Vlaams Belang) : Le système de l'échelonnement modéré existe depuis six mois déjà. Le problème des charges administratives découlant de ce système a déjà été discuté plusieurs fois en commission. Or, apparemment, moins de 1 % des patients adressés à un spécialiste ont reçu le formulaire de renvoi qui ouvre le droit à une réduction du ticket modérateur d'1 euro.

Les chiffres des mutualités sont-ils corrects ? L'INAMI a-t-il déjà évalué ce système ?

**02.03 Didier Donfut**, ministre (*en néerlandais*) : Je suis au fait de l'enquête relative à la mise en pratique de l'échelonnement modéré, un système en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> février 2007. Dès la mise en œuvre de ce système, on a constaté qu'il était peu utilisé et les chiffres cités confirment cet état de choses, qui s'explique par la complexité administrative.

Ces derniers mois, un groupe de travail de la Commission nationale médico-mutualiste s'est régulièrement réuni pour se pencher sur la réalisation du projet « Trajet de soins », qui vise à promouvoir la collaboration entre généralistes et spécialistes et peut constituer une alternative au système actuel de l'échelonnement modéré.

Ce groupe de travail formulera une proposition prochainement et les patients qui s'inscrivent dans un trajet de soins auront dès lors droit à une réduction du ticket modérateur lorsqu'ils se rendent chez le spécialiste. Cette proposition s'inscrit dans un ensemble de mesures cohérentes qui ont pour but de promouvoir la collaboration entre le généraliste et le spécialiste en ce qui concerne le trajet de soins. Toutes sortes d'avantages doivent inciter le patient à faire appel à un spécialiste de manière correcte, sans charges administratives supplémentaires.

**02.04 Maggie De Block** (Open Vld) : J'ai le sentiment qu'en l'occurrence nous parlons de choses différentes. L'échelonnement modéré doit, au moyen d'un dossier médical global, inciter les patients à consulter d'abord un médecin généraliste qui, au besoin, pourra ensuite les renvoyer chez un spécialiste. Nous avons dit dès le départ que le système est trop complexe sur le plan administratif. Les trajets de soins concernent cependant davantage les patients atteints d'une pathologie grave. Il est logique qu'ils soient suivis tant par le médecin généraliste que par un spécialiste.

**02.05 Koen Bultinck** (Vlaams Belang) : Le ministre ne fournit qu'une réponse vague. Quand le groupe de travail formulera-t-il des propositions concrètes ? Le débat sur les projets de soins et celui sur l'échelonnement modéré concernent deux sujets différents. Pourrions-nous obtenir une réponse écrite plus concrète à nos questions ?

**02.06 Didier Donfut**, ministre (*en français*) : Un groupe de travail a été mis en place et le Parlement sera régulièrement informé de l'évolution de ses réflexions. Je pense qu'il serait intéressant d'entendre les précisions de mon collaborateur qui suit le sujet. Il pourra éclairer le débat et donner une échéance en termes d'information et de calendrier.

**02.07** **Maggie De Block** (Open Vld) : Je suis disposée à recevoir des précisions écrites.

*L'incident est clos.*

**03** **Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur les orthèses" (n° 19)**

**03.01** **Maggie De Block** (Open Vld) : La pose d'un plâtre est de moins en moins fréquente, le plâtre étant remplacé par des fixateurs externes ou des orthèses. Le plâtre est un matériau bon marché, ce qui n'est pas le cas de ces orthèses. Chaque orthèse est réalisée sur mesure et plusieurs orthèses peuvent s'avérer nécessaires pour le traitement d'une seule et même fracture. Il s'agit donc d'une solution coûteuse pour les patients.

On s'est aussi rendu compte qu'en Belgique, le prix des orthèses est nettement supérieur à celui pratiqué dans les autres pays d'Europe alors qu'il serait très probablement possible d'arriver à un meilleur rapport coût/efficacité. Notre nomenclature s'avère aussi désastreusement dépassée, le remboursement n'étant possible que dans un nombre trop restreint de cas.

Pour les patients qui n'ont pas beaucoup de moyens financiers, le choix entre un plâtre bon marché et une orthèse plus onéreuse est vite fait, alors que l'orthèse produit de meilleurs résultats.

Dans une étude publiée cet été, le Centre d'expertise plaide pour une plus grande transparence en matière de prix, pour une plus grande place laissée au fonctionnement du marché, pour un usage médical fondé sur l'efficacité et la sécurité, et pour un remboursement adéquat. Le ministre tirera-t-il des conclusions politiques de cette étude ?

**03.02** **Didier Donfut**, ministre (*en néerlandais*) : Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur les orthèses a effectivement publié une étude sur l'efficacité financière des orthèses préfabriquées pour la nuque, les poignets et les genoux. Le remboursement par l'assurance-maladie se monte à environ 10 millions d'euros pour les orthèses de genou, à 0,8 million d'euros pour les orthèses de nuque et à 0,6 million pour les orthèses de poignet.

Le marché des orthèses manque de transparence et la définition à laquelle ces orthèses doivent répondre n'a plus été adaptée depuis quinze ans.

Il n'existe aucune condition limitative liée au remboursement de ces produits. Une comparaison internationale montre néanmoins que les prix en Belgique sont beaucoup plus élevés qu'à l'étranger.

Je pense que cette étude circonscrite doit servir de base à une évaluation réalisée par l'INAMI. Je demanderai à l'INAMI d'analyser les recommandations politiques, d'élaborer des propositions et d'examiner si une approche orientée sur l'efficacité du remboursement de ces orthèses est possible.

**03.03** **Maggie De Block** (Open Vld) : Une analyse réalisée par l'INAMI pourrait nous donner une meilleure vue d'ensemble de l'utilisation des orthèses, également pour les fractures aux membres inférieurs.

*L'incident est clos.*

**04** **Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus" (n° 20)**

**04.01** **Maggie De Block** (Open Vld) : Le remboursement des vaccins contre le cancer du col de l'utérus est organisé de manière très éparpillée. Il y a un remboursement par le biais de l'assurance complémentaire de diverses mutuelles et il y a un remboursement par certaines administrations communales. Il existe également un remboursement à l'échelon régional et le ministre flamand Vanackere considère aujourd'hui que les centres d'encadrement des élèves (Centra voor Leerlingenbegeleiding – CLB) sont un canal adéquat pour l'organisation de ces vaccinations.

Il serait préférable de prévoir un système de remboursement simple et de veiller à ce que les patientes sachent clairement à quel âge elles peuvent bénéficier de quel remboursement.

Je ne pense pas que les CLB constituent un canal approprié parce que trois vaccins doivent en fait être administrés à intervalles de trois mois. Les vacances scolaires, notamment, viennent perturber l'administration des vaccins de rappel. Dans le cas du vaccin contre l'hépatite B, nous avons également constaté que les vaccins de rappel n'ont généralement pas été administrés. J'estime dès lors que cette tâche incombe au médecin de famille, qui peut assurer un meilleur suivi.

Il convient de mettre un terme à la multiplication des canaux de remboursement et à l'éparpillement des compétences. Ce vaccin ne peut-il être inclus dans le schéma de vaccination ? Le ministre ne pourrait-il simplifier le régime de remboursement ?

**04.02 Didier Donfut**, ministre (*en néerlandais*) : La nouvelle réponse que j'ai reçue ce matin est intégralement rédigée en français.

(*En français*) La firme productrice a introduit une demande de remboursement du Gardasil, le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, comme spécialité pharmaceutique. Il s'agit d'une procédure différente de celle utilisée pour les vaccins figurant dans le calendrier des vaccinations obligatoires. Le remboursement des spécialités pharmaceutiques étant une compétence fédérale, les Communautés n'ont pas été consultées.

En l'occurrence, la question des compétences respectives me semble assez secondaire au regard de la disponibilité de ce vaccin. Vu le consensus entourant le remboursement, la procédure suivie a été la plus efficace.

En revanche, les Communautés ont un rôle important à jouer, aux côtés des mutuelles, dans la diffusion de cette information via les organismes en charge de la prévention.

S'agissant de la question de l'enregistrement des données, le remboursement du Gardasil figure parmi les données collectées via Pharmanet et nous disposerons donc rapidement de données assez fines sur le sujet.

**04.03 Maggie De Block** (Open Vld) : Il est clair que le dernier mot n'a pas encore été dit à ce sujet. Dès lors, je ne manquerai pas d'interroger le futur ministre en la matière.

*L'incident est clos.*

**05 Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'absence d'accord du gouvernement sur le budget 2008 de l'INAMI" (n° 119)**

**05.01 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!) : Je vais synthétiser la question que j'ai déposée vendredi puisque, depuis, une partie des réponses a été apportée dans la presse.

Les organismes assureurs et les représentants des prestataires de soins ont formulé il y a quelques semaines une proposition de budget 2008 pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Le 12 octobre, le gouvernement en affaires courantes n'a pu s'accorder sur cette proposition. Puis, ce lundi, une solution a été trouvée lors du Conseil général de l'Inami. Quels étaient les causes du blocage initial au sein du gouvernement ? Qu'est-ce qui a permis un déblocage ? Y a-t-il des garanties quant à l'affectation des 380 millions d'euros mis en réserve ? Comment aura lieu la répartition entre les secteurs de l'Inami ?

**05.02 Didier Donfut**, ministre (*en français*) : Je ne m'étendrai pas sur la décision prise hier au Conseil général de l'Inami, puisqu'elle est détaillée dans la presse.

Vendredi, le désaccord au sein du gouvernement ne portait pas sur les 720 millions d'euros disponibles pour de nouvelles politiques. Le premier ministre et moi-même avons signalé à l'Inami la nécessité d'une certaine prudence budgétaire, même si un premier train de mesures nécessaires et urgentes peut être engagé sur la base des propositions du secteur en accord avec le gouvernement.

Le blocage portait sur le solde disponible de 380 millions.

Les partenaires libéraux du gouvernement préféraient faire preuve de prudence budgétaire et, comme l'a déclaré Mme Laruelle, attendre la formation du prochain gouvernement, qui pourrait revoir la norme de croissance de 4,5 %. PS et sp.a estimaient, en revanche, qu'il fallait appliquer la base légale actuelle.

Après un week-end qui a sans doute été propice à une réflexion sur les enjeux en matière de soins de santé, le gouvernement est finalement parvenu à une position unanime pour l'affectation des 720 millions d'euros au budget de l'Inami et l'engagement des 340 millions pour l'application des mesures dont il est question dans la presse.

Le Conseil général de l'Inami et le nouveau gouvernement seront convoqués avant la fin de l'année pour déterminer l'affectation du solde de 380 millions.

Le prochain gouvernement aura toutefois la possibilité de revenir sur les accords conclus hier en demandant au Conseil général de l'Inami de revoir sa copie et de voter un nouveau budget 2008, avec une norme de croissance différente.

**05.03 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!) : La norme de croissance future est au centre des discussions pour la formation du gouvernement. C'est pourquoi la solution provisoire qui a été trouvée ne nous rassure que partiellement. Nous continuerons à suivre cette matière avec attention, tout comme la question du financement des pensions et de leur liaison au bien-être.

*L'incident est clos.*

*La réunion publique de commission est levée à 10 h 40.*