

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

van

DINSDAG 16 OKTOBER 2007

Voormiddag

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

du

MARDI 16 OCTOBRE 2007

Matin

La séance est ouverte à 10.01 heures et présidée par Mme Florence Reuter.

De vergadering wordt geopend om 10.01 uur en voorgezeten door mevrouw 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 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!): Madame la présidente, monsieur le ministre, la tarification des soins de santé est strictement réglementée par l'INAMI par un éventuel conventionnement du médecin. Néanmoins, des pratiques parallèles semblent exister.

En date du 26 septembre dernier, le journal "La Meuse" relatait le cas d'une patiente du CHR de la Citadelle qui s'est vu proposer deux rendez-vous par le même médecin: l'un était au tarif de base (21 euros) mais était prévu 9 mois plus tard, l'autre coûtait le double mais était planifié dans un délai de 2 mois. Bien entendu, le remboursement est le même dans les deux cas; c'est le coût à charge du patient qui diffère.

Cette pratique est courante, comme le confirme le directeur médical de cet hôpital, et relève, selon ses dires, de l'utilisation d'un "tarif de notoriété" pour des "rendez-vous personnalisés" incluant une notion d'expertise et de notoriété, selon ses propres termes.

Il me semble que cette notion est non seulement floue mais aussi en totale contradiction avec la préoccupation, qui doit être la nôtre, de soins de santé de qualité et équitables, accessibles à tous. Cette notion me semble constituer un glissement préjudiciable de notre système de soins de santé vers une dualisation de la qualité de soins en fonction des prix que les personnes sont prêtes ou sont capables de payer.

Monsieur le ministre, pouvez-vous me dire si les notions de "tarif de notoriété" et de "rendez-vous personnalisés" qui, selon moi, sont absentes de la législation, sont basées sur des définitions et des critères dont vous avez connaissance?

Connaissez-vous l'ampleur de l'utilisation de ce double tarif? Disposez-vous de statistiques à ce sujet?

À vos yeux et aux yeux de la loi, un même médecin donnant la même consultation dans un même lieu peut-il faire légalement usage d'une tarification différenciée en fonction du délai?

Enfin, avez-vous déjà pris une initiative pour informer les patients de cet état de fait et des alternatives qui s'offrent à eux?

01.02 **Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, je remercie l'honorable membre pour sa question qui nous interpelle tous. En effet, nous avons été nombreux à lire la presse écrite et à entendre les commentaires à la radio.

Ce dont vous faites état dans votre question est un phénomène qui m'est connu et que je qualifierais de choquant car l'émergence d'un délai d'attente constitue effectivement un risque pour le maintien de

l'indispensable sécurité tarifaire au profit de l'assuré. Ceci étant dit, rien ne permet d'affirmer que ce phénomène est en hausse à l'heure actuelle.

Il convient d'abord de rappeler que tous les médecins ont droit, dans le respect des règles de la déontologie, à des honoraires pour les prestations qu'ils ont fournies. Les médecins fixent librement le montant de ceux-ci sans préjudice de l'application des taux éventuellement fixés par ou en vertu d'une disposition légale ou prévus par des statuts ou par des conventions auxquelles ils ont adhéré.

Prévoir un accord préalable liant l'honoraire à l'efficacité du traitement est également interdit!

Ainsi, dans ces limites, le médecin peut tenir compte de l'importance des prestations fournies, de la situation économique du patient, de sa propre notoriété et d'autres circonstances particulières éventuelles. Certaines exceptions à la liberté d'honoraires pour tous les médecins existent comme, par exemple, les tarifs AMI applicables dans un service de garde personnalisé.

Au sein de la Commission nationale médico-mutualiste des accords sont négociés paritairement entre les organismes assureurs et les représentants des médecins. Les médecins sont alors libres d'accepter ou de refuser les termes de ceux-ci. Les médecins ont également la possibilité de spécifier, en respectant des conditions de temps et de lieu imposées par l'accord, pour quelle partie de leur activité ils s'engagent à respecter les conditions de l'accord. On évoque alors la notion d'engagement partiel.

En ce qui concerne l'ampleur du phénomène, je suis en mesure de vous indiquer qu'à la mi-septembre, seulement 1,27% des médecins généralistes avaient posé ce choix pour 10,36% des médecins spécialistes. Ceci permet de relativiser la situation. D'autant que le conventionnement partiel n'entraîne pas ipso facto des délais de traitement aussi différenciés pour les patients. La majeure partie des spécialistes hospitaliers sont conventionnés intégralement et appliquent de ce fait un traitement égal à tous les patients.

Là où je vous rejoins totalement, c'est sur la question de l'information des patients.

Celle-ci est primordiale. Or je dois constater avec regret que de nombreux assurés ne connaissent pas l'intégralité de leurs droits, ce qui n'est pas sans causer de nombreuses incompréhensions lors de la tarification personnelle des prestations. De nombreux efforts ont été entrepris sous cette législature en collaboration avec les partenaires de la Commission nationale médico-mutualiste.

Outre dans la salle d'attente ou dans un autre local de réception, l'affichage est aussi prévu dans le local d'inscription de l'hôpital pour les médecins hospitaliers. L'information indique que le médecin a adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels il applique les tarifs de la convention.

Par ailleurs, le médecin partiellement conventionné qui a omis d'informer son patient des jours et heures pour lesquels il n'a pas adhéré aux accords, est supposé être conventionné pour ces jours et heures. Il doit alors respecter les tarifs de la convention.

Enfin, il faut aussi rappeler qu'une exigence particulière dans le chef du patient peut être de nature à faire porter en compte des suppléments d'honoraires.

Les organismes assureurs ont l'obligation de tenir à disposition des bénéficiaires des soins de santé, dans leur siège local, régional ou national, un exemplaire de la liste actualisée des dispensateurs (personnes et institutions) conventionnés ou non et de communiquer à certains bénéficiaires, au moins une fois par an, un extrait de cette liste comportant au moins, d'une part, le nom des personnes qui ont un centre d'activité dans la commune du domicile du bénéficiaire ou dans les communes limitrophes et, d'autre part, la dénomination des établissements hospitaliers situés dans l'arrondissement administratif de la commune du bénéficiaire. Cette communication peut s'effectuer soit par une remise ou un envoi individuel, soit par une publication dans un périodique adressé aux bénéficiaires.

Dans le même ordre d'idée, mon prédécesseur, Rudy Demotte, avait proposé l'idée de rendre obligatoire l'information du patient sur le tarif appliqué lors de la consultation dès la prise de rendez-vous. Cette proposition est toujours à l'étude au sein de la Commission médico-mutualiste et se heurte à des problèmes techniques. En effet, la plupart des rendez-vous continuent à être pris par téléphone et la charge de la preuve, en cas de mauvaise information du patient, est particulièrement difficile à établir. Je pense

cependant que c'est la seule formule qui permettra d'éviter toute forme de contestation quant à la détermination du tarif proposé au patient.

En conclusion, il me semble évident que cette question de l'information des patients doit continuer à être débattue au sein de la Commission médico-mutualiste et faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du prochain accord. J'interpellerai la Commission pour que celle-ci se penche sur cette problématique en vue d'améliorer l'information des patients et d'éviter que de tels phénomènes menacent la notion même de sécurité tarifaire

01.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je note que, tout comme moi, vous considérez que de telles pratiques sont choquantes. Elles le sont d'autant plus que l'on utilise la difficulté d'être soigné dans des délais relativement courts pour obtenir des tarifs plus élevés, tarifs qui sont évidemment légaux dans le cadre d'un conventionnement partiel.

J'estime également qu'une réflexion devrait être menée au sein de la Commission médico-mutualiste et au sein du Parlement. Je ne manquerai pas d'y revenir.

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

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 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): Mijnheer de minister, alsnog welkom als nieuwe minister. Ik apprecieer het dat u hier bent om onze vragen te beantwoorden.

Mijnheer de minister, ik kom terug op de cijfers van de ziekenfondsen in verband met de zachte echelonnering. Uit deze cijfers blijkt dat in de eerste zes maanden van dit jaar minder dan een patiënt op honderd van zij die tussen februari en augustus 2007 verwezen zijn naar de specialist een doorverwijsformulier voor een lager remgeld van de huisarts bezat. Deze cijfers zijn verontrustend laag.

In het verleden hebben we deze problematiek reeds ter sprake gebracht. Uw voorganger antwoordde onder meer dat het ingeburgerd moest geraken. Hij meende ook dat nog niet alle artsen over de bewuste formulieren beschikten.

Mijn vraag is de volgende. Moet er niet opnieuw nagedacht worden over de organisatie van het systeem? Moet de evaluatie niet een beetje vroeger gebeuren en moet niet worden bijgestuurd om die eerste aanzet tot echelonnering een beetje sneller ingeburgerd te doen geraken?

02.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, sinds een half jaar kennen we het systeem van de zachte echelonnering. Eerder is – en de anciens van deze commissie zullen dat weten – de hele problematiek van de vrij zware administratieve last die met dat systeem gepaard gaat al aan de orde geweest.

Nu blijkt – die cijfers zijn gepubliceerd in de medische vakpers, mijnheer de minister – dat die zachte echelonnering om het zacht uit te drukken niet echt een groot succes is. Minder dan 1% van de patiënten kwam tussen februari en augustus 2007 bij de specialist met een doorverwijsformulier van de betrokken huisarts en had op die manier recht op die enkele euros remgeldkorting waarin in het systeem voorzien is.

Vandaar dat het toch goed is een aantal concrete vragen te stellen.

Een cruciale vraag is natuurlijk altijd of u de cijfers van de ziekenfondsen formeel kunt bevestigen of ontkennen. Is er binnen de organen van de ziekteverzekering ondertussen reeds een evaluatie gemaakt van het systeem? Wij zijn ondertussen zes maanden verder. Het zou niet slecht zijn dat we daar zicht op krijgen. Zo ja, is de vraag uiteraard wat de conclusies zijn van de evaluatie. Zo neen, is de vraag wanneer wij de evaluatie te zien zullen krijgen. Laat u het over aan uw opvolger of is binnen de organen van het RIZIV daartoe de eerste aanzet reeds gegeven?

02.03 Minister **Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Bultinck, ik dank u voor uw vragen. Ik wil eerst en vooral bevestigen dat ik wel degelijk kennis heb genomen van de door u vermelde cijfers betreffende de toepassing van het systeem van zachte echelonnering. De regeling zoals ze momenteel bestaat, is vastgelegd in het koninklijk besluit van 26 november 2006 dat gepubliceerd werd in het Belgisch Staatsblad van 15 december 2006. Ze is van kracht sinds 1 februari 2007.

De recente cijfers bevestigen het beeld dat zich vroeger reeds aftekende bij de beginfase van de implementatie van het systeem. Als hoofdoorzaak van de geringe toepassingsgraad werd en wordt nog steeds de administratieve complexiteit aangehaald.

Ondertussen werd in de voorbije maanden verscheidene keren vergaderd met een werkgroep van de nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen over de realisatie van het zorgtrajectproject, zoals het is opgenomen in punt 7 van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen. Het project, dat fundamenteel gebaseerd is op de ondersteuning van de samenwerking tussen huisartsen en geneesheren-specialisten, kan een alternatief bieden voor het huidige systeem van de zachte echelonnering.

De werkgroep van de NCGZ zal zich binnenkort dan ook buigen over een geïntegreerd voorstel dat onder meer inhoudt dat de patiënten die zich inschrijven in een zorgtraject, in een eerste fase patiënten met diabetes type 2 of nierinsufficiëntie, daardoor naar analogie van het systeem van de zachte echelonnering een vermindering van het remgeld op de consultatie van de geneesheer-specialist zullen krijgen. De integratie van dat voorstel past in een ruimer pakket van coherente maatregelen met een correcte honorering van de huisarts en de geneesheer-specialisten die samenwerken in het zorgtraject van hun patiënt, met naast de vermelde vermindering van het remgeld bij de geneesheer-specialist nog andere voordelen voor de patiënten die ervoor moeten zorgen dat de patiënten ertoe aangezet worden op een correcte manier een beroep te doen op de hulp van een geneesheer-specialist, zonder dat dat voor die geneesheer en voor de huisarts een bijkomende administratieve belasting betekent.

02.04 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb het gevoel dat wij het over verschillende zaken hebben.

Ik heb het over de zachte echelonnering, de manier om mensen door middel van het globaal medisch dossier aan te zetten eerst naar de huisarts te gaan die hen, indien nodig, verwijst naar een specialist om zodoende minder remgeld te betalen.

Wat u in conclusie zegt over de administratieve complexiteit is een waarheid als een koe. Dat hebben wij ook van bij het begin gezegd.

In het andere deel van uw antwoord, over de zorgtrajecten, heeft men het volgens mij over iets heel anders. Ik kan mij vinden in zorgtrajecten. Wanneer het gaat over diabetes type II-patiënten met veel complicaties of over nierinsufficiënte patiënten is het inderdaad evident dat zij door de huisarts en door de specialist worden verzorgd. Ik kan mij trouwens niet inbeelden dat een nierinsufficiënte patiënt niet in een ziekenhuis terecht kan aangezien zij meestal dialyseafhankelijk zijn. Zelfs als zij aan thuisdialyse doen, is dat zo'n delicaat systeem dat er specialistische geneeskunde aan te pas moet komen.

Ik kan mij vinden in het eerste deel van uw antwoord waarin u zegt dat wij iets moeten doen aan de administratieve vereenvoudiging daaromtrent. Wij hadden het van bij het begin al veel eenvoudiger kunnen maken, maar door omstandigheden buiten uw en mijn wil om is dat niet gebeurd.

Als wij het over zorgtrajecten hebben, hebben wij het volgens mij over een ander type patiënten, over zwaardere pathologiepatiënten, over meer chronische patiënten. Het lijkt mij evident dat die mensen pendelen tussen de specialist en de huisarts. Voor die patiënten zijn er meestal geen problemen.

02.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): (...)

De minister spreekt zonder concrete antwoorden te geven op de concrete vragen met betrekking tot de evaluatie van de zachte echelonnering, over een werkgroep die een aantal keren is bijeen geweest. Hij zegt dat die binnenkort tot een aantal conclusies moet komen en hij verwijst naar de zorgtrajecten.

Wanneer de minister zegt dat die werkgroep binnenkort met een aantal conclusies komt, dan is de logische vraag wanneer binnenkort is. Het is altijd handig voor parlementsleden dat ze ministers, ook al zijn het ministers van lopende zaken, kunnen vastpinnen op een concrete datum. Wanneer komt die werkgroep met een aantal logische conclusies?

Vandaag praten wij naast mekaar. Enerzijds is er het debat over zorgtrajecten in het kader van onder andere diabetes 2 en anderzijds is er de zachte echelonnering. Dat lijken mij twee technisch verschillende zaken, op zijn zachtst uitgedrukt.

Ik zou willen vragen aan een van de goede technische medewerkers die de minister vandaag vergezellen, dat de teksten die geprepareerd werden, toch nog eens opnieuw bekeken worden en of het mogelijk is aan de twee betrokken collega's schriftelijk een technischer correcter antwoord te geven dan hetgeen wij vandaag gekregen hebben. Ik heb immers de indruk - ik wil zacht zijn, omdat u relatief nieuw bent in de materie - dat wij voor een stuk naast mekaar praten vandaag.

02.06 Didier Donfut, ministre: Madame la présidente, je remercie les deux parlementaires pour leur intervention. L'ensemble de la commission est très sensible à ce sujet et je crois qu'il est important de fournir des réponses précises aux questions posées.

Un groupe de travail a été mis en place et le parlement sera régulièrement informé de l'évolution de ses réflexions. Étant donné, vous le savez, que j'ai repris ce secteur récemment, je pense qu'il serait intéressant, tant pour vous que pour moi, d'entendre les précisions de mon collaborateur, M. Perl, qui suit le sujet d'une manière précise. Il pourra éclairer le débat et donner une échéance en termes d'information et de calendrier.

02.07 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Indien u het liever schriftelijk doet, dan kan ik daar ook akkoord mee gaan.

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

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 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): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze studie is in volle vakantietijd, in juli, verschenen, maar is wel interessant omdat ze gaat over de orthopedische braces, die meer en meer gebruikt worden. U weet dat men minder gips en meer externe fixatoren en braces gebruikt om de patiënt zo mobiel mogelijk te houden en zo weinig mogelijk immobiel. Dat is een hele evolutie in de orthopedie en is zeer boeiend om te volgen.

De prijzen zijn echter het heikele punt hier. Die braces zijn zeer duur, zo blijkt. Gips is zeer goedkoop materiaal. Zelfs de waterbestendige gipsen zijn heel goedkoop. De braces zijn echter zeer duur. Het is ook onnodig om te zeggen dat men gelukkig slechts één keer hetzelfde been breekt en dus slechts één keer dezelfde brace nodig heeft. Soms heeft men echter in de loop van de revalidatie verschillende braces voor dezelfde fractuur nodig. Voor de patiënten is het dus toch wel een dure aangelegenheid.

Nu blijkt dat onze prijzen hoger zijn dan die voor gelijkaardige zaken in andere Europese landen. Hierover is vroeger reeds heel wat te doen geweest. Wij moeten echter toch, en die studie geeft waardevolle informatie, een betere verhouding tussen de kostprijs en de effectiviteit van deze braces bereiken.

Zoals u weet ben ik al jaren bekommerd om de herijking van de nomenclatuur. Ook hier weer blijkt onze nomenclatuur hopeloos ouderwets te zijn. Er zijn in de nomenclatuur te weinig voorwaarden opgenomen met betrekking tot eventuele situaties waarin de terugbetaling gerechtvaardigd is.

Onnodig te wijzen op de verdoken kostprijzen voor de patiënten in deze commissie waar het al gauw gaat over de twee snelheden. Bij de keuze tussen een goedkope gips of een duurdere brace waarvan toch betere resultaten mogen verwacht worden, kan niet iedereen de prijs van een brace betalen.

Samengevat pleit het Kenniscentrum voor meer prijstransparantie, meer marktwerking, voor een medisch gebruik op basis van werkzaamheid en veiligheid en een adequate terugbetaling. Ik kan mij daar alleen maar in vinden.

Mijnheer de minister, welke conclusies trekt u uit dat rapport?

Zal dat aanleiding geven tot een meer evidence based benadering van de terugbetaling van de orthopedische braces in de toekomst?

03.02 Minister **Didier Donfut**: Mevrouw De Block, het is correct dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een paar maanden geleden een studie heeft gepubliceerd in verband met de kosteneffectiviteit van geprefabriceerde braces voor hals, polsen en knieën. Deze studie onderzocht tevens de organisatorische aspecten vanuit het standpunt van de Belgische ziekteverzekering. De terugbetaling door de ziekteverzekering in de bestudeerde sector bedraagt ongeveer 10 miljoen euro voor de geprefabriceerde kniebraces, 0,8 miljoen euro voor halsbraces en 0,6 miljoen euro voor polsbraces.

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

Ten slotte zijn er geen beperkende voorwaarden verbonden aan de terugbetaling van deze producten. De studie toont aan dat er weinig wetenschappelijke evidentie bestaat voor het merendeel van de in België verkochte en terugbetaalde producten. Tevens werd in een internationale vergelijking vastgesteld dat de prijzen in België beduidend hoger zijn dan in het buitenland.

Ik meen dat de resultaten van deze goed uitgewerkte studie de basis dienen te vormen van een evaluatie door het RIZIV. Ik zal dan ook het RIZIV de opdracht geven om de beleidsaanbevelingen te analyseren en voorstellen uit te werken met betrekking tot het gebruik, de prijstransparantie en de prijsvorming van deze braces.

Op uw tweede vraag kan ik antwoorden dat een op evidentie gebaseerde benadering van de terugbetaling van de orthopedische braces in deze evaluatie dient opgenomen te worden.

03.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Ik dank de minister voor zijn antwoord. Ik denk dat dit inderdaad een nuttig onderzoek zou kunnen zijn. Zo zullen wij misschien een beter zicht krijgen en kan dit ook uitgebreid worden tot de andere gebruikte braces. Ik denk dan vooral aan fractures van de onderste ledematen. Ik weet niet of daar al cijfers over bestaan, maar daarvoor worden ze ook zeer frequent gebruikt.

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

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 **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): Mevrouw de voorzitter, ik zal niet aan dit tempo blijven doorgaan, maar in de vakantie, na de campagne, moet men een beetje afkicken. Ik heb wel degelijk last gehad van afkickverschijnselen en daarom heb ik een aantal vragen opgesteld.

Dit onderwerp heeft mij ook in het verleden al beziggehouden, namelijk de terugbetaling van de vaccins

tegen baarmoederhalskanker. Ik ben trouwens in mijn praktijk zelf de meisjes aan het selecteren en contacteren voor wie het van belang kan zijn en die er ook de juiste leeftijd voor hebben.

Mijn vraag is een beetje achterhaald door de actualiteit, mijnheer de minister. Ik ging ervan uit dat het vaccin wellicht beschikbaar zou zijn, maar intussen is het al beschikbaar. Het wordt ook goed ontvangen door de moeders en de meisjes zelf en het is wetenschappelijk bewezen dat het goede vaccins zijn.

Ik had ook gevraagd hoe men de terugbetaling zou organiseren. Er is nu al een terugbetaling, maar het gaat om een zeer versnipperde terugbetaling, vanaf 1 december voor de meisjes van 12 tot 15 jaar. Er is een terugbetaling door verschillende ziekenfondsen in hun aanvullende verzekering waarbij er een opbod is, maar dat is eigen aan de aanvullende verzekeringen. Er is een terugbetaling door sommige gemeentebesturen, waarbij ik mij eigenlijk afvraag waarmee die mensen bezig zijn. Er is dus op regionaal vlak een terugbetaling en recentelijk ziet ook de nieuwe Vlaamse minister Vanackere een rol weggelegd voor de Centra voor Leerlingenbegeleiding en het schooltoezicht om eventueel via dat kanaal een vaccinatie te organiseren.

Ik zou graag hebben dat er een eenvoudige terugbetaling is, dat het ook voor de patiënten duidelijk is op welke leeftijd welke terugbetaling mogelijk is en dat het ook in het vaccinatieschema wordt opgenomen.

Ik refereer daarvoor aan de terugbetaling bij hepatitis B. Dat is ook lang een wirwar geweest. U weet, het gaat om drie vaccins: na 0 maanden, 2 maanden en 6 maanden. Het is belangrijk dat men die herhalingsvaccinaties ook uitvoert. Ik zie bijvoorbeeld het CLB dat niet te kunnen doen. Het CLB zal die kinderen geen drie keer per schooljaar zien. Daar komen vakanties tussen, daar komt van alles tussen. Men moet dat toch opvolgen, want anders gaat de effectieve werking van het vaccin verloren. Dat is dus een probleem.

Bij hepatitis was dat ook zo: de herhalingsvaccinaties werden meestal niet meer gedaan. Dat is ook de verantwoordelijkheid van de huisarts. Die kan de patiënt beter bereiken en beter verwittigen. Die kan dan zeggen, zoals mijn tandarts in de lieve briefjes die hij mij stuurt, dat het alweer zes maanden geleden is. Wij mogen dat ook doen. Wij mogen ook laten weten: "Kom uw herhalingsvaccinatie halen of uw levenslange immuniteit is tenietgedaan".

Nu is er een versnippering van middelen en van bevoegdheden. Ik zou graag hebben dat er een mooie regeling van komt, dat er een opname in ons vaccinatieschema komt. Ik heb het gezegd: voor hepatitis B was het gemakkelijk, want daarvoor waren er de WGO-richtlijnen. Hier zijn nog geen richtlijnen voor. Het is natuurlijk niet alleen in de Westerse landen een probleem maar ook in de ontwikkelingslanden.

Kortom, ik zou u willen vragen of u in uw functie iets kunt doen om door het bos de bomen te laten zien aan de patiëntjes en aan hun ouders die de terugbetaling vragen?

04.02 Minister **Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Block, ik heb vanochtend een nieuw, meer gedetailleerd antwoord gekregen dat echter in het Frans is opgesteld.

La procédure qui a conduit au remboursement du Gardasil, à savoir le vaccin préventif contre le virus responsable du développement du cancer du col de l'utérus, n'est pas celle utilisée pour les vaccins figurant dans le calendrier de vaccination obligatoire.

La firme productrice a, en effet, introduit une demande de remboursement du Gardasil comme spécialité pharmaceutique. Cette demande a suivi son cours de manière régulière jusqu'à la décision favorable de la commission de remboursement des spécialités pharmaceutiques. Le remboursement des spécialités pharmaceutiques étant une compétence exclusive du niveau fédéral, aucune procédure de consultation n'a été menée avec les Communautés.

La question de savoir si cette vaccination rentre dans le champ de compétences des Communautés et doit, de ce fait, entrer dans le champ de la procédure assez longue suivie pour la vaccination obligatoire, me semble assez secondaire au regard du fait que ce vaccin est désormais disponible pour l'ensemble de la population concernée par ce lourd fléau.

Il importe peu aux patientes de connaître la source du remboursement de leur vaccin et, en l'occurrence, l'efficacité prime sur les considérations institutionnelles. S'il faut tirer une conclusion à ce niveau, j'estime que la procédure suivie permet de mesurer l'efficacité d'une politique menée à l'échelle du royaume, qui ne

se dilue pas dans des procédures de concertation, ce qui, au vu du consensus entourant le remboursement de ce vaccin, n'aurait fait que retarder son remboursement.

Par contre, il est évident que les Communautés ont un rôle important à jouer à côté de celui rempli par les mutuelles sur la diffusion de cette information via les organismes en charge de la prévention. S'agissant de la question de l'enregistrement de ces données, étant donné que le remboursement du Gardasil figure parmi les données collectées via Pharmanet, il devrait être rapidement possible de disposer de données assez fines sur le sujet.

04.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, over dit onderwerp is het laatste woord nog niet gezegd.

Mevrouw de voorzitter, als u het mij permitteert, ik kom op deze vraag nog terug bij uw eventuele opvolger.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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 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!): Madame la présidente, monsieur le ministre, j'ai déposé cette question vendredi et depuis une partie des réponses a été apportée dans la presse. Ma question est donc quelque peu dépassée par l'actualité mais je me propose de la maintenir en la synthétisant et en l'adaptant légèrement. Je vous remercie d'avance des réponses que vous pourrez apporter.

Les organismes assureurs et les représentants des prestataires de soins réunis au sein du comité d'assurances de l'INAMI se sont mis d'accord il y a quelques semaines sur la proposition de budget INAMI pour l'année 2008 à formuler à l'attention du gouvernement sortant et de son conseil général. Lors de la réunion de ce vendredi 12 octobre, le gouvernement en affaires courantes n'a pu s'accorder sur cette proposition de budget, laissant dans l'expectative le conseil général de l'INAMI et tous les acteurs de la santé quant aux moyens qui seraient les leurs pour mener la politique de santé en 2008. On parlait même de versements de douzièmes provisoires sans application de la norme de croissance alors que les besoins sont criants, comme on l'a déjà constaté dans cette commission.

Monsieur le ministre, vous conviendrez que cette situation n'était idéale ni pour les prestataires ni pour les patients. Il fallait donc trouver une solution au plus tôt. Cette solution a été trouvée ce lundi lors du conseil général de l'INAMI et vous l'avez détaillée dans la presse. Pouvez-vous me dire ce qui coïncidait initialement vendredi dernier? Qu'est-ce qui a permis un déblocage lundi? Qu'est-ce qui garantit que les 380 millions d'euros qui selon vos déclarations sont mis en réserve seront effectivement affectés en 2008 aux secteurs dépendant de l'INAMI et selon quelle procédure ceux-ci seront-ils répartis entre les différents secteurs de l'INAMI?

05.02 Didier Donfut, ministre: Madame la présidente, cher collègue, effectivement, cette question d'actualité est intéressante et sans doute utile pour avoir pleinement connaissance de ce qui s'est décidé hier au conseil général de l'INAMI. Je ne vais pas détailler l'ensemble de la décision puisque cela figure largement dans la presse aujourd'hui.

Les deux points les plus intéressants de votre question me semblent être les éléments de blocage et ce qui va concrètement se passer demain. Vendredi, malgré les demandes formulées par le comité des assurances, nous avons eu un blocage au gouvernement qui ne portait pas sur la partie de répartition immédiate. Vous savez que 720 millions d'euros de marge étaient disponibles en termes de politique nouvelle, au-delà des estimations techniques par rapport au budget 2008 dans lequel on intègre la norme de croissance de 4,5% qui représente une norme légale et l'inflation.

Le premier ministre et moi-même avons signalé aux membres de l'INAMI qu'il fallait une certaine forme de

prudence par rapport à l'affectation totale de ces 720 millions. Nous avons écrit un courrier aux acteurs. Cependant, nous n'allons pas refuser que, dès maintenant, on puisse déjà – sur la base des propositions du secteur en accord avec le gouvernement – engager un premier train de mesures nécessaires, urgentes et indispensables. Tel qu'annoncé, cela a fait l'objet d'un paquet de 340 millions d'euros, qui en réalité s'élève à 380 millions d'euros puisque 40 millions sont puisés dans les prestations techniques, notamment pour les hôpitaux. Ce n'est pas sur ce point que portait le problème du gouvernement. Nous devions encore avoir des discussions pour nous mettre d'accord sur la position à défendre au conseil général. Il fallait prendre en considération tant les demandes des médecins que celles des hôpitaux.

Le blocage portait sur le solde disponible, à savoir les 380 millions d'euros que vous évoquez dans votre question. Le gouvernement en affaires courantes estimait inopportun de faire marche arrière par rapport aux perspectives d'engagement budgétaire en faveur du secteur des soins de santé. C'est en tout cas ce que pense mon département.

Nous pensons que les 4,5% correspondent à la base légale et nous nous engageons sur cette base. Nous souhaitons que le solde de 380 millions soit affecté au budget global de l'INAMI pour 2008. Bien entendu cet argent n'est pas encore engagé car il faut attendre la mise en place du nouveau gouvernement.

Tout le débat a porté sur ce point. En effet, les partenaires libéraux du gouvernement préféraient faire preuve de prudence en termes budgétaires. Ils souhaitaient laisser au prochain gouvernement le soin de revoir éventuellement la norme de 4,5% et de la faire passer à 2,8% ou 2,5% selon le calcul qui devrait intervenir dans les négociations actuelles en vue de la formation du prochain gouvernement.

Le PS et le sp.a ont estimé que ce problème relevait du prochain gouvernement et qu'aujourd'hui, il fallait appliquer la base légale de 4,5%. C'est donc ce point qui a fait blocage.

Mme Laruelle a déclaré dans les médias que, selon le MR, il fallait mettre cette matière de côté et attendre la formation du prochain gouvernement.

Je présume que, durant le week-end, chacun a réfléchi à l'importance de la question et aux enjeux des soins de santé au niveau de la société. De nombreux scientifiques ont lancé des appels; on connaît aussi les besoins de la population. Tous les acteurs du secteur réclament des interventions importantes sur base des 4,5% de croissance.

Hier matin, juste avant la tenue du conseil général de l'INAMI, le gouvernement a pu dégager une position unanime: affecter l'ensemble des 720 millions au budget de l'INAMI et engager, pour l'instant, 340 millions pour l'application des mesures dont vous avez pu prendre connaissance notamment en lisant la presse.

Pour la suite, le président du conseil général de l'INAMI a déjà annoncé qu'il reconvoquerait le conseil général et le nouveau gouvernement qui aura été mis en place, avant la fin de l'année, pour déterminer la manière dont sera affecté le solde de 380 millions. Il est bien entendu que cela se fera en respectant les objectifs prioritaires de l'INAMI en matière de soins de santé. Telle est en tout cas la volonté du conseil général de l'INAMI et du ministère que je représente.

Tout cela est-il bétonné? Le budget INAMI sera-t-il augmenté de 720 millions l'an prochain? Oui, si on respecte les accords conclus au conseil général et la position que j'ai défendue. Non, si, demain, le prochain gouvernement demande explicitement au conseil général de l'INAMI de revoir sa copie et de revoter un nouveau budget 2008 avec une norme de croissance qui ne serait plus de 4,5%. Mais ce sera de la responsabilité politique du nouveau gouvernement.

En tant que gouvernement sortant, nous souhaitons rester, puisque nous sommes en affaires courantes, dans la logique budgétaire actuelle, sur base de la loi actuelle.

Je ne peux préjuger des politiques qui seront menées en matière de soins de santé par le prochain gouvernement.

05.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces éclaircissements, qui ne sont que partiellement rassurants. En effet, la norme de croissance future est au centre des discussions pour la formation d'un gouvernement, dont vous préjugez qu'il sera formé avant la fin de l'année.

Par ailleurs, cette question, tout comme celle du financement des pensions et leur liaison au bien-être, est une question à laquelle nous serons particulièrement attentifs. Car, si une solution provisoire a pu être trouvée, nous sommes encore inquiets pour le futur et nous ne manquerons pas de continuer à interpeller vos successeurs à ce sujet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Je rappelle à M. Flahaux que sa suggestion concernant la proposition de loi sur la suppression de la cotisation de solidarité sera transmise au président qui prendra une décision dès la semaine prochaine. Mesdames et messieurs, à l'issue de ma toute première présidence de commission, je vous remercie.

La réunion publique de commission est levée à 10.40 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 10.40 uur.