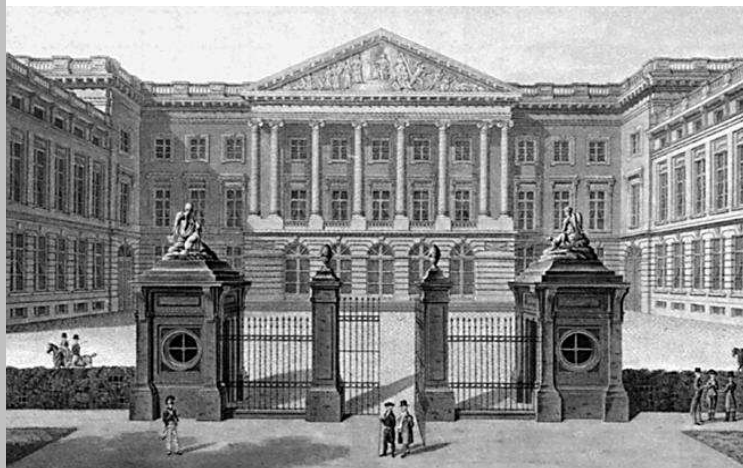


**Sénat de Belgique**

**Session ordinaire 2010-2011**



**5-4COM**

**Commission des Affaires sociales**

**Mardi 23 novembre 2010**

**Séance de l'après-midi**

**Annales**

**Handelingen**

**Commissie voor de Sociale  
Aangelegenheden**

**Dinsdag 23 november 2010**

**Namiddagvergadering**

**5-4COM**

**Belgische Senaat**  
**Gewone zitting 2010-2011**

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

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

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

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

#### Abréviations – Afkortingen

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

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

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

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

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

**Sommaire****Inhoudsopgave**

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le budget de l'INAMI approuvé par le Comité de l'assurance» (n° 5-25).....	5
Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le dossier médical global et le régime du tiers payant» (n° 5-23) .....	7
Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances, chargée de la Politique de migration et d'asile sur «les propos inacceptables de Mgr Léonard concernant l'homosexualité et le sida» (n° 5-26).....	9
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le Fonds des accidents médicaux» (n° 5-36) .....	11
Demande d'explications de M. Guido De Padt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le nombre minimum d'infirmiers requis dans les maisons de repos» (n° 5-45) .....	13
Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la réforme et l'octroi automatique du statut Omnio» (n° 5-53) .....	16
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'objectif budgétaire des soins de santé pour 2011» (n° 5-56) .....	17
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les nouvelles initiatives dans le cadre du Plan national Cancer» (n° 5-57) .....	18
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les résultats de l'examen de sortie en kinésithérapie» (n° 5-63).....	22
Demande d'explications de M. Louis Ide au premier ministre, chargé de la Coordination de la Politique de migration et d'asile et à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la situation après l'examen de sortie en kinésithérapie 2010» (n° 5-87) .....	22
Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la publicité pour le tabac sur les médias sociaux» (n° 5-19).....	25

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het budget van het RIZIV dat werd vastgelegd door het Verzekeringscomité» (nr. 5-25) .....	5
Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het globaal medisch dossier en de derdebetalersregeling» (nr. 5-23) .....	7
Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de vice-eersteminister en minister van Werk en Gelijke Kansen, belast met het Migratie- en asielbeleid over «de onaanvaardbare uitspraken van monseigneur Léonard aangaande homoseksualiteit en aids» (nr. 5-26) .....	9
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het no-faultfonds» (nr. 5-36).....	11
Vraag om uitleg van de heer Guido De Padt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het vereiste minimumaantal verpleegkundigen in rustoorden» (nr. 5-45).....	13
Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de hervorming en de automatische toekenning van het Omniostatuu» (nr. 5-53) .....	16
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de begrotingsdoelstellingen voor gezondheidszorg in 2011» (nr. 5-56).....	17
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nieuwe initiatieven inzake het nationaal Kankerplan» (nr. 5-57) .....	18
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de resultaten van het uitgangsexamen kinesitherapie» (nr. 5-63).....	22
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de eerste minister, belast met de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid en aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de stand van zaken na het uitgangsexamen kinesitherapie 2010» (nr. 5-87) .....	22
Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «reclame voor tabak via de sociale media» (nr. 5-19) .....	25

<p>Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les patients caricaturés» (n° 5-70) .....26</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'implantation d'un second service hélicoptère médical sur le territoire de la province de Luxembourg» (n° 5-50).....28</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le débat concernant l'aide financière de l'État grand-ducal pour études supérieures lors du Sommet européen de la sécurité sociale» (n° 5-51) .....30</p> <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la problématique concernant l'organisation d'un système de garde pour dentistes» (n° 5-78) .....31</p> <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la mammographie de dépistage» (n° 5-85).....33</p>	<p>Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «gekarikaturiseerde patiënten» (nr. 5-70).....26</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vestiging van een tweede dienst voor medische hulpverlening per helikopter op het grondgebied van de provincie Luxemburg» (nr. 5-50).....28</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de discussie betreffende de financiële bijstand voor hogere studies van het Groothertogdom, tijdens de Europese Top over sociale zekerheid» (nr. 5-51).....30</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de problematiek rond het organiseren van de wachtregeling bij tandartsen» (nr. 5-78) .....31</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de screeningsmammografie» (nr. 5-85) .....33</p>
--	--

**Présidence de M. Guido De Padt***(La séance est ouverte à 14 h 10.)***Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le budget de l'INAMI approuvé par le Comité de l'assurance» (n° 5-25)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je lis dans la presse médicale spécialisée que le Comité de l'assurance a approuvé le budget de l'INAMI ainsi que le prévoit d'ailleurs la loi.*

*Tant le Journal du médecin que le Généraliste relatent que 50 millions d'euros sont destinés aux infirmiers ; la priorité porte principalement sur les investissements dans de nouveaux emplois.*

*De même, un montant est prévu pour les hôpitaux publics, les hôpitaux publics en transition vers une nouvelle structure (par exemple, à cause d'une fusion), les hôpitaux dont certains membres statutaires du personnel qui, du fait d'une absence prolongée ne sont plus indemnisés par l'assurance maladie mais sont à la charge de l'hôpital.*

*Il conviendrait que tous les hôpitaux sans distinction puissent avoir recours à cette possibilité car l'absence de travailleurs statutaires implique souvent une lourde perte financière pour les établissements concernés.*

*Je comprends que le gouvernement en affaires courantes ne souhaite pas prendre de nouvelles initiatives financières. Toutefois, le problème étant relativement urgent, un traitement inégal de différents hôpitaux me paraît inadmissible.*

*S'agit-il d'une enveloppe fermée ? Dans l'affirmative, sur combien porte-t-elle ?*

*Chaque hôpital confronté à l'absence de travailleurs statutaires peut-il recourir à la réglementation, qu'il s'agisse d'un hôpital public ou d'un hôpital public en transition à la suite d'une fusion, tel qu'un ancien hôpital public qui devient une asbl ?*

*Le Conseil national des établissements hospitaliers a-t-il été consulté ? Dans l'affirmative, quel est son avis ?*

*Comment la clé de répartition est-elle fixée pour l'attribution des montants, en supposant qu'il s'agisse d'une enveloppe fermée ? Chaque hôpital reçoit-il le même montant ? La répartition se fait-elle selon les nécessités ?*

*(Mme Dominique Tilmans, première vice-présidente, prend place au fauteuil présidentiel.)*

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Le budget de 50 millions est prévu pour la conclusion d'un accord social 2011 en tant qu'étape intermédiaire vers un accord pluriannuel. Il ne concerne donc pas seulement les infirmiers mais l'ensemble du personnel hospitalier, ainsi que celui des maisons de repos et des*

**Voorzitter: de heer Guido De Padt***(De vergadering wordt geopend om 14.10 uur.)***Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het budget van het RIZIV dat werd vastgelegd door het Verzekeringscomité» (nr. 5-25)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik lees in de gespecialiseerde medische pers dat het Verzekeringscomité het RIZIV-budget heeft goedgekeurd, zoals dat trouwens ook wettelijk bepaald is.

Zowel de *Artsenkrant* als *De Huisarts* schrijft dat 50 miljoen euro naar de verpleegkundigen gaat; voornamelijk investeringen in nieuwe jobs zijn hierbij de prioriteit.

Tevens wordt een bedrag vastgelegd voor openbare ziekenhuizen, openbare ziekenhuizen in transitie naar een nieuwe structuur (wegens een fusie bijvoorbeeld), ziekenhuizen waarvan statutaire ziekenhuispersoneelsleden die langdurig afwezig zijn en dus niet worden verder betaald via het ziekenfonds, maar ten laste van het ziekenhuis vallen, verder zouden worden ondersteund.

Dat is een goede zaak als alle ziekenhuizen zonder onderscheid hiervan gebruik kunnen maken, want de afwezigheid van statutaire werknemers betekent vaak een zware financiële strop voor de getroffen ziekenhuizen.

Ik besef dat de regering in lopende zaken best geen nieuwe financiële initiatieven neemt. Het probleem is echter vrij dringend en ik meen dan ook dat een ongelijke behandeling van verschillende ziekenhuizen niet door de beugel kan.

Gaat het om een gesloten enveloppe? Zo ja, om hoeveel geld gaat het?

Kan elk ziekenhuis dat met afwezige statutaire werknemers wordt geconfronteerd, van de regeling gebruik maken, of het nu om een puur openbaar ziekenhuis gaat of om een openbaar ziekenhuis dat in transitie is als gevolg van een fusie, zoals een voormalig openbaar ziekenhuis dat een vzw wordt?

Is de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen hierbij betrokken geweest? Ik ga er vanzelfsprekend van uit dat het antwoord positief is. Wat is zijn advies?

Hoe wordt de verdeelsleutel bepaald voor de toekenning van de bedragen, ervan uitgaand dat het om een gesloten enveloppe gaat? Krijgt elk ziekenhuis evenveel? Gebeurt de verdeling volgens de noden?

*(Voorzitter: mevrouw Dominique Tilmans, eerste ondervoorzitter.)*

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Eerst en vooral moet worden verduidelijkt dat het budget van 50 miljoen bedoeld is voor het sluiten van een sociaal akkoord 2011 als een tussenstap naar een meerjarenakkoord. Het gaat dus niet alleen om de verpleegkundigen, maar om alle personeelsleden van de

*maisons de repos et de soins et celui des services de soins à domicile. Ce budget vaut tant pour le secteur public que pour le secteur privé.*

*Les mesures adoptées respectent la réglementation concernant le budget INAMI, y compris en période d'affaires courantes. Le Conseil des ministres a adopté la proposition du gouvernement le 14 octobre, avant présentation au Conseil général de l'INAMI qui a pour mission légale de fixer l'objectif budgétaire global chaque année, et avant décision de cet organe.*

*Dans le cadre de cet accord social, le Conseil a souhaité voir privilégier les mesures favorables à l'emploi.*

*Au stade actuel des négociations avec les partenaires sociaux, il n'est pas possible de dire comment le montant destiné à la création de ces nouveaux emplois dans le secteur public sera attribué. Il s'agit d'une enveloppe de 7 589 358 euros.*

*Il est prématuré d'affirmer que ce montant sera, en tout ou en partie, affecté au remplacement des malades de longue durée. En tout état de cause, l'avis du CNEH sera demandé.*

*Pour votre information, voici un aperçu de la réglementation actuelle :*

*« Art. 73ter. Pour permettre à l'ensemble des hôpitaux de couvrir le coût du remplacement du personnel statutaire en absence de maladie de longue durée, c'est-à-dire en absence au-delà de 30 jours, un budget de 11 423 438 euros (index 01/07/2009) est réparti comme suit :*

*1) au 1<sup>er</sup> juillet 2009, au prorata du nombre d'ETP, statutaires en absence de maladie de longue durée de l'année 2005, renseigné par les hôpitaux au Service Comptabilité et gestion des hôpitaux de la DG1 du SPF Santé publique ;*

*2) au 1<sup>er</sup> juillet 2010, le nombre réel d'ETP statutaires en absence de maladie de longue durée, hors médecins, personnel mis à disposition, personnel intérimaire et étudiant, imputés dans un centre de frais compris entre 020 et 499 et à charge du budget des moyens financiers, sur base du coût salarial moyen de l'hôpital. »*

*À partir de l'année 2011, et ensuite, tous les trois ans, il sera procédé à la révision de ce montant sur base du nombre réel d'ETP en absence de maladie de longue durée et sur base du coût salarial moyen de l'hôpital.*

*Au 1<sup>er</sup> juillet 2010, l'enveloppe disponible a été répartie entre les hôpitaux sur base des ETP statutaires, hors médecins, personnel mis à disposition, personnel intérimaire et étudiant, imputés dans un centre de frais compris entre 020 et 499 et à charge du budget des moyens financiers, c'est-à-dire après application des clés de répartition des centres de frais de 020 à 199, informations communiquées par les établissements.*

*L'hôpital, qui n'est pas l'employeur stricto sensu du personnel mis à disposition, n'a pas à supporter le coût de l'absence de maladie de longue durée de ce personnel rémunéré par le CPAS, l'intercommunale ou la commune.*

ziekenhuizen, de rusthuizen en de RVT's en van de diensten voor thuiszorg. Het budget geldt zowel voor de publieke als de private sector.

De goedgekeurde maatregelen zijn in overeenstemming met de regelgeving betreffende het budget van het RIZIV, ook in een periode van lopende zaken. De Ministerraad heeft het voorstel van de regering op 14 oktober aanvaard, dus vóór de voorstelling en de beslissing van de Algemene Raad van het RIZIV, die de wettelijke opdracht heeft om elk jaar een algemene begrotingsdoelstelling vast te leggen.

In het kader van dit sociaal akkoord verkoos de raad om voorrang te geven aan de maatregelen ten gunste van de werkgelegenheid.

In het huidige stadium van de onderhandelingen met de sociale partners kan men onmogelijk zeggen hoe het bedrag voor de creatie van nieuwe banen in de overheidssector zal worden toegewezen. Het gaat om een enveloppe van 7 589 358 euro.

Het is voorbarig om te stellen dat dit bedrag geheel of gedeeltelijk zal worden aangewend om de langdurig zieke personeelsleden te vervangen. In elk geval zal het advies van de NRZV worden gevraagd.

Ter informatie geef ik een overzicht van huidige regelgeving:

“Art. 73ter. Om de ziekenhuizen in staat te stellen de kosten te dekken voor de vervanging van statutair personeel dat wegens ziekte langdurig afwezig is, dit wil zeggen meer dan 30 dagen, wordt een budget van 11 423 438 euro (index 01/07/2009) verdeeld als volgt:

1) op 1 juli 2009 naar rata van het aantal statutaire VTE's dat vanaf 2005 langdurig afwezig is wegens ziekte, meegedeeld door de ziekenhuizen aan de dienst Boekhouding en Beheer der ziekenhuizen van DG1 van de FOD Volksgezondheid;

2) op 1 juli 2010 het reële aantal statutaire VTE's dat langdurig afwezig is wegens ziekte, met uitzondering van artsen, ter beschikking gesteld personeel, uitzendkrachten en studenten, ondergebracht in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 499 en dat ten laste is van het budget van financiële middelen, op basis van de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis.

Vanaf 2011 en vervolgens alle drie jaar wordt dit bedrag herzien op basis van het reële aantal VTE's dat langdurig afwezig is wegens ziekte, alsook op basis van de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis.”

Op 1 juli 2010 werd de beschikbare enveloppe over de ziekenhuizen verdeeld op basis van het door de instellingen meegedeelde aantal statutaire voltijds equivalenten met uitzondering van artsen, ter beschikking gesteld personeel, uitzendkrachten en studenten, die ondergebracht zijn in een kostenplaats tussen 020 en 499 en ten laste vallen van het budget van financiële middelen, dat wil zeggen na toepassing van de verdeelsleutels van de kostenplaatsen van 020 tot 199.

Het ziekenhuis, dat *stricto sensu* niet de werkgever van het ter beschikking gestelde personeel is, moet niet opdraaien voor de kost van de langdurige afwezigheid wegens ziekte van dat personeel dat door het OCMW, de intercommunale of de gemeente wordt betaald.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Puis-je partir du principe que la ministre ne fait aucune distinction en ce qui concerne les hôpitaux publics, même s'ils sont dans une phase transitoire vers l'asbl, et que tout le monde est dès lors mis sur un pied d'égalité ?*

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *C'est le supposé de départ.*

### **Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le dossier médical global et le régime du tiers payant» (n° 5-23)**

**Mme Nele Lijnen (Open Vld).** – *Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002, tout patient a la possibilité de demander l'ouverture et la tenue d'un dossier médical global (DMG). Ce dossier a été élaboré à la suite de l'accord national médico-mutualiste du 15 décembre 1998. La Commission nationale médico-mutualiste avait clairement pour objectif de faire du DMG un instrument pour améliorer la qualité et l'organisation des soins. Les chiffres récents de la ministre montrent que 54,4% des Flamands sont détenteurs d'un DMG, ce pourcentage étant largement inférieur à Bruxelles et en Wallonie.*

*Le patient demande à son médecin généraliste l'ouverture d'un DMG et choisit de lui verser les honoraires ad hoc se montant à 27,50 euros pour deux années civiles, directement ou par le biais du tiers payant. La prolongation doit se faire, le cas échéant, après un an, et à ce moment aussi, le patient choisit le mode de paiement des honoraires ad hoc. Le DMG est prolongé automatiquement si le patient a rentré au moins une attestation médicale à la mutuelle au cours de cette année civile. Comme vous le savez, les détenteurs d'un DMG bénéficient d'une réduction de 30% du ticket modérateur pour les consultations et pour certains groupes, également pour les visites à domicile.*

*L'instauration du DMG – et plus particulièrement la réduction du ticket modérateur qui y est liée – a-t-elle eu un impact visible, et donc statistiquement pertinent, sur le nombre de consultations et de visites à domicile donnant lieu à cette réduction ? Si oui, cet impact est-il négatif ou positif ?*

*Pourquoi, dans le cas spécifique du remboursement du DMG, le patient a-t-il toujours la possibilité de choisir le paiement direct ou le système « général » du tiers payant ?*

*Combien de types de réductions du ticket modérateur existe-t-il au juste ?*

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Les détenteurs d'un DMG ont deux fois plus de contacts avec leur médecin généraliste que les patients sans DMG. Cette plus grande fréquence concerne surtout les consultations mais aussi les visites à domicile. On observe également une hausse des consultations chez les médecins spécialistes ainsi qu'une augmentation des*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Ik heb nog één kleine vraag om verduidelijking. Mag ik er principieel van uitgaan dat de minister geen onderscheid maakt voor openbare ziekenhuizen, ook al zijn ze in transitie naar een vzw, en dat dus iedereen gelijk aan de start komt?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Daar gaan we inderdaad vanuit.*

### **Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het globaal medisch dossier en de derdebetalersregeling» (nr. 5-23)**

**Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld).** – *Sinds 1 mei 2002 heeft elke patiënt de mogelijkheid om een globaal medisch dossier (GMD) te laten aanleggen en bijhouden. Het globaal medisch dossier werd ontworpen door het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 15 december 1998. De Nationale Commissie Geneesheren- Ziekenfondsen had duidelijk de bedoeling van het GMD een instrument te maken om de kwaliteit te bevorderen en de zorg beter te organiseren. Uit recente cijfers van de minister blijkt dat 54,4% van de Vlamingen over een GMD beschikt. In Brussel en Wallonië liggen de cijfers een stuk lager.*

*Een GMD wordt aangevraagd bij de huisarts en de patiënt kiest zelf of hij het honorarium daarvoor, ten bedrage van 27,50 euro voor 2 kalenderjaren, rechtstreeks betaalt of via het ziekenfonds. Verlengen moet desondanks na één jaar, en ook op dat ogenblik bestaat de keuze tussen rechtstreeks betalen of betalen via het ziekenfonds. Het GMD wordt automatisch verlengd indien de patiënt in dat kalenderjaar ten minste één doktersbriefje bij het ziekenfonds indiende. Zoals u weet krijgen houders van een GMD 30% korting op het te betalen remgeld voor raadpleging en voor sommige groepen ook bij huisbezoek.*

*Heeft het invoeren van het GMD – en meer bepaald de daaraan gekoppelde korting op het remgeld – een duidelijk aantoonbare en dus statistisch relevante impact gehad op het aantal raadplegingen en huisbezoeken die recht zouden geven op die korting? Zo ja, is die impact negatief of positief?*

*Waarom wordt specifiek voor het vergoeden van het GMD steeds de keuze gelaten tussen rechtstreeks betalen of via een 'algemene' derdebetalersregeling?*

*Hoeveel soorten remgeldverminderingen bestaan er eigenlijk?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De houders van een GMD hebben dubbel zoveel contacten met de huisarts als patiënten zonder GMD. Die hogere frequentie betreft voornamelijk de raadplegingen, maar ook de huisbezoeken. Er wordt eveneens een stijging van de raadplegingen van geneesheren-specialisten vastgesteld, alsook een toename van het aantal*

*consultations à domicile plutôt qu'au cabinet médical.*

*Les analyses par âge et par sexe ne modifient pas ces conclusions.*

*Différentes hypothèses peuvent expliquer ce résultat :*

*Les personnes en mauvaise santé sont surreprésentées dans les demandes de DMG. Les effets constatés devraient aller en s'amenuisant lorsque le DMG sera plus répandu dans la population.*

*On observe également un glissement de la consommation de deuxième ligne vers le médecin généraliste.*

*L'évaluation de ces effets nécessite la réalisation d'études approfondies sur la base d'un échantillon permanent.*

*La coexistence du recours au tiers payant et du paiement direct au médecin a été jugée nécessaire. Le paiement direct a en effet pour objectif de conscientiser le patient sur le type d'engagement qu'il est en train de conclure avec son médecin traitant mais avancer soi-même le montant du DMG pouvait poser problème pour certains patients, d'autant que ce montant vient en sus de celui de la consultation ou de la visite. La possibilité de demander l'application du système du tiers payant, que le médecin ne peut pas refuser, était de nature à tempérer les problèmes d'accessibilité financière qu'aurait pu entraîner une telle situation. Le médecin notifie alors les honoraires relatifs au DMG sur une attestation séparée de celle de la consultation ou de la visite et se charge de la transmettre lui-même pour paiement à la mutuelle du patient. Il faut toutefois noter que l'application du tiers payant n'est valable que pour les honoraires relatifs au DMG et non pour la consultation ou la visite.*

*On tient compte de la réduction du ticket modérateur au profit des assurés bénéficiaires du régime préférentiel en vertu notamment de l'octroi d'un avantage social ou de l'existence d'une qualité spécifique après contrôle des revenus, par exemple pour les veufs, les veuves, les invalides, pensionnés, orphelins, handicapés sans allocations, les chômeurs de longue durée, ou en vertu du statut Omnio s'appliquant aux personnes dont les revenus bruts imposables 2009 et ceux des membres du ménage sont inférieurs à 14 776,26 euros pour le demandeur majorés de 2 735,85 euros par membre du ménage, avant toute déduction ou abattement pour toutes les personnes domiciliées à la même adresse au 1<sup>er</sup> janvier 2010.*

*On distinguera, pour les prestations effectuées par les médecins, outre la réduction du ticket modérateur pour le détenteur d'un DMG : la réduction du ticket modérateur au profit du patient envoyé chez un spécialiste par son médecin généraliste, celle dont bénéficie le patient se présentant dans un service d'urgences hospitalières muni d'une lettre d'un médecin généraliste et la suppression du ticket modérateur au profit des patients s'engageant dans le cadre de la conclusion d'un contrat de « trajets de soins ».*

**Mme Nele Lijnen (Open Vld).** – *J'aimerais encore poser une question générale. Les chiffres montrent que 54,4% des Flamands disposent d'un DMG. À Bruxelles et en Wallonie, c'est moins. Des initiatives seront-elles prises l'an prochain*

raadplegingen thuis in plaats van in de spreekkamer.

De analyse per leeftijd en geslacht wijzigt die conclusies niet.

Er zijn verschillende mogelijke hypothesen om dit resultaat te verklaren.

Er is het overwicht van ziekere personen die een GMD aanvragen. De vastgestelde gevolgen zouden moeten afnemen door de grotere verspreiding van het GMD in de bevolking.

Er is ook de verschuiving van de consumptie van de tweedelijnszorg naar de huisarts.

Om die invloeden te evalueren moeten diepgaande studies worden uitgevoerd op basis van een permanente steekproef.

Het samengaan van het gebruik van de derdebetalersregeling en de rechtstreekse betaling aan de arts werd voor die verstrekking noodzakelijk geacht. De rechtstreekse betaling heeft als bedoeling de patiënt bewust te maken van de soort verbintenis die hij met zijn behandelend geneesheer aangaat. Voor sommige patiënten kan het echter een probleem zijn als ze zelf het bedrag voor het GMD moeten betalen, vooral omdat dat bedrag bovenop het bedrag voor een raadpleging of een huisbezoek moet worden betaald. De mogelijkheid om de toepassing van de derdebetalersregeling te vragen, wat de geneesheer niet mag weigeren, was bedoeld om de problemen in verband met de financiële toegankelijkheid die een dergelijke situatie kan meebrengen, af te zwakken. De geneesheer vermeldt dan het honorarium voor het GMD op een ander getuigschrift dan dat voor de raadpleging of het huisbezoek en hij bezorgt het zelf aan het ziekenfonds waarbij de patiënt is aangesloten. Er moet echter worden opgemerkt dat de toepassing van de derdebetalersregeling alleen geldt voor het honorarium voor het GMD en niet voor de raadpleging of het huisbezoek.

Men houdt rekening met de verlagingen van de remgelden ten gunste van verzekerden die de voorkeurregeling genieten op basis van de toekenning van een sociaal voordeel of van het bestaan van een specifieke hoedanigheid na controle van hun inkomsten, zoals weduwnaars, weduwen, invaliden, gepensioneerden, wezen, personen met een handicap zonder uitkering, langdurig werklozen, of op basis van het feit dat ze het Omniostatuuut genieten dat bestemd is voor alle personen van wie het belastbaar bruto-inkomen in 2009 lager is dan 14 776,26 euro voor de aanvrager, verhoogd met 2 735,85 euro per persoon die tot het gezin behoort en dat vóór elke vermindering of inkomensaf trek voor alle personen die op hetzelfde adres zijn gedomicilieerd op 1 januari 2010.

Men onderscheidt voor de verstrekkingen uitgevoerd door de geneesheren, naast de verlaging van het remgeld voor de houder van een GMD: de vermindering ten gunste van de patiënten bij een raadpleging van sommige geneesheren-specialisten, als ze door een huisarts zijn doorverwezen; de vermindering ten gunste van de patiënten die zich met een verwijfsbrief van een huisarts aanbieden bij de spoedopnamediensten van ziekenhuizen en de afschaffing ten gunste van de patiënten die zich engageren in het kader van het sluiten van een 'zorgtrajectcontract'.

**Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld).** – Ik zou in dit verband nog graag een algemene vraag stellen. Uit de cijfers blijkt dat 54,4% van de Vlamingen over een GMD beschikt. In Brussel en Wallonië is dat minder. Staan volgend jaar initiatieven op



*pour relever ce pourcentage ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *De nombreuses initiatives sont en cours, par exemple la revalorisation des honoraires pour certains traitements de longue durée nécessitant un DMG. Bien d'autres problèmes se posent à Bruxelles et en Wallonie mais nous essayons d'augmenter le nombre de DMG.*

**Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances, chargée de la Politique de migration et d'asile sur « les propos inacceptables de Mgr Léonard concernant l'homosexualité et le sida » (n° 5-26)**

**Mme Nele Lijnen (Open Vld)**. – *Au départ, je voulais poser une question orale sur ce sujet en séance plénière. En raison des circonstances, cette question a été transformée en demande d'explications, puis reportée et renvoyée en commission. Je me réjouis de pouvoir enfin la poser.*

*Bien des choses se sont passées entre-temps. Je ne vais pas énumérer à nouveau les faits mais je me limiter aux questions concrètes qui restent pertinentes.*

*J'aimerais ainsi savoir si la ministre condamne les déclarations de Monseigneur Léonard sur l'homosexualité et le sida. Fera-t-elle remarquer à l'archevêque que son rejet de l'homosexualité n'est pas en accord avec les droits de l'homme en vigueur dans notre pays ? Demandera-t-elle à l'archevêque de s'abstenir à l'avenir de telles déclarations en soulignant que l'Église se débat déjà avec suffisamment d'autres problèmes concernant des abus sexuels dont ont été victimes des mineurs ? Attirera-t-elle son attention sur le fait qu'en Belgique, le clergé est rétribué avec l'argent du contribuable et doit, comme tous les autres citoyens, se ranger aux conceptions généralement admises et à la législation relative à la non-discrimination en matière d'orientation sexuelle ?*

*L'évaluation du VIH et du sida, à laquelle le Sénat a procédé durant la précédente législature, a mis en lumière des chiffres invraisemblables qui montrent que le problème demeure sérieux. C'est pour cela aussi que je trouve les déclarations de l'archevêque particulièrement déplorables.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *J'ai été, tout comme vous, profondément choquée par les propos et les écrits de Monseigneur Léonard sur les patients atteints du sida et sur l'homosexualité.*

*Les propos de Monseigneur Léonard ne sont malheureusement pas neufs et ce ne sont pas les seuls propos indécents dont il nous a gratifiés ces dernières années, ces*

stapel om dat percentage te doen toenemen?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Er staan tal van initiatieven op stapel, zoals de verhoging van honoraria voor sommige langdurige behandelingen, gekoppeld aan de noodzaak aan een GMD. In Brussel en Wallonië bestaan wat meer problemen, maar we proberen het aantal GMD te verhogen.*

**Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de vice-eersteminister en minister van Werk en Gelijke Kansen, belast met het Migratie- en asielbeleid over « de onaanvaardbare uitspraken van monseigneur Léonard aangaande homoseksualiteit en aids » (nr. 5-26)**

**Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld)**. – *Aanvankelijk wou ik over dit onderwerp een mondelinge vraag stellen in de plenaire vergadering. Door omstandigheden werd die vraag omgezet in een vraag om uitleg en vervolgens nog eens uitgesteld en verwezen naar de commissie. Het verheugt me eindelijk de vraag te kunnen stellen.*

*Inmiddels is er heel wat gebeurd. Ik acht het niet nodig de feiten nogmaals op te lijsten, maar zal me beperken tot concrete vragen, die nog steeds relevant zijn.*

*Zo had ik graag vernomen of de minister de uitlatingen van monseigneur Léonard met betrekking tot homoseksualiteit en aids veroordeelt. Zal ze de aartsbisschop erop wijzen dat de manier waarop hij homoseksualiteit afwijst, niet strookt met de algemene rechten van de mens die in ons land gelden? Zal zij de aartsbisschop vragen om zich in de toekomst te onthouden van dergelijke uitlatingen en hem erop wijzen dat de kerk al met voldoende andere problemen worstelt die betrekking hebben op seksualiteit met minderjarigen? Zal zij de aartsbisschop erop wijzen dat geestelijken in België worden betaald met belastinggeld en zich net als alle andere burgers moeten schikken naar de geldende opvattingen en de wetgeving over non-discriminatie met betrekking tot de seksuele geaardheid?*

*De evaluatie van hiv en aids die de Senaat tijdens de vorige legislatuur heeft gemaakt, heeft onwaarschijnlijke cijfers aan het licht gebracht, die aantonen dat de problematiek nog altijd als ernstig moet worden beschouwd. Ook daarom vind ik de uitspraken van de aartsbisschop bijzonder betreurenswaardig.*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Net als de spreker was ik diep geschokt door de uitlatingen en de geschriften van monseigneur Léonard over aidspatiënten en homoseksualiteit.*

*De standpunten van monseigneur Léonard zijn jammer genoeg niet nieuw. Ze passen in het rijtje van ongehoorde uitspraken waarmee hij de voorbije jaren, weken en dagen heeft uitgepakt. Die standpunten zijn daarom niet minder*

*dernières semaines, voire ces derniers jours. Ils n'en sont pas moins inacceptables, surtout lorsque la récidive émane de celui qui représente la plus haute autorité de l'Église belge, une Église qui, aujourd'hui, semble bien loin de partager ses points de vue.*

*En tant que ministre de la Santé publique, je ne dispose d'aucun pouvoir d'injonction, quel qu'il soit, vis-à-vis de Monseigneur Léonard. Je ne peux que condamner fermement la teneur de ses propos qui sont totalement indignes, irrespectueux, stigmatisants, et surtout consternants. Parler de justice immanente comme il le fait, c'est sous-entendre que le sida est une sanction et que les malades sont des coupables, ce qui est totalement inacceptable. De tels propos, mêlant justice immanente et maladies infectieuses, peuvent également entraîner chez les patients – particulièrement ceux appartenant au monde chrétien – une culpabilisation supplémentaire qui pourrait avoir des conséquences psychologiques néfastes alors qu'ils ont besoin d'une prise en charge respectueuse, intégrant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux.*

*Le sida devrait être un combat de tous et de tous les instants. Je regrette qu'il soit souillé par des déclarations aussi inutiles que rétrogrades.*

*Les propos tenus par Monseigneur Léonard sur l'homosexualité sont tout aussi condamnables : ils stigmatisent une communauté et bafouent un principe fondamental de notre société démocratique, à savoir la liberté des pratiques sexuelles entre adultes consentants, un principe avec lequel certains membres du clergé semblent plutôt avoir pris quelques libertés.*

*Si je condamne avec force les faits de pédophilie commis au sein de l'Église, il me paraît dangereux d'amalgamer ceux-ci avec les récents propos du Prélat de Belgique. Et quoi qu'en dise Monseigneur Léonard – justice immanente pour les uns, justice complaisante pour les autres –, les scandales qui secouent son Église sont bien du ressort de la justice des cours et tribunaux.*

*Quant à la subsidiation des Églises par l'État, il s'agit là d'un débat de société, qui pourrait être utilement mené au parlement.*

*Je suis profondément attachée au principe fondamental de la séparation de l'Église et de l'État et je ne souhaite pas m'immiscer dans les réflexions internes à l'Église catholique. Mais je n'hésiterais pas à le faire si l'Église en tant que telle avait une réaction qui porterait atteinte aux principes de liberté et à la santé des Belges, qui, comme le précise la loi sur le droit du patient, ont tous droit, sans restriction, à des soins de qualité optimale.*

**Mme Nele Lijnen (Open Vld).** – *Lors d'une contamination par le VIH, il est essentiel qu'un diagnostic soit posé rapidement afin de pouvoir entamer au plus tôt le traitement, dans l'intérêt du patient.*

*L'an dernier, nous avons appris au cours des auditions, qu'il reste toujours un seuil psychologique à franchir avant de se rendre chez le médecin lorsqu'on soupçonne une contamination par le VIH. Les déclarations de Monseigneur Léonard n'améliorent pas cette situation, bien au contraire. Nous devons réagir à ces déclarations de manière adéquate.*

onaanvaardbaar, vooral omdat het een recidive betreft van de hoogste gezagsdrager van de Belgische Kerk, een kerk die de standpunten van de aartsbisschop trouwens helemaal niet lijkt te delen.

Als minister van Volksgezondheid heb ik ten aanzien van monseigneur Léonard geen enkele injunctiemacht. Ik kan zijn woorden alleen maar krachtig veroordelen. De woorden van de Belgische primaat zijn immers totaal onfatsoenlijk, respectloos, stigmatiserend en vooral onthutsend. Spreken over immanente rechtvaardigheid zoals hij doet, is de indruk geven dat aids een straf is en dat de zieken schuldigen zijn, wat totaal onaanvaardbaar is. Door immanente rechtvaardigheid en besmettelijke ziekten op een hoop te gooien, wekken zijn uitspraken bij patiënten, vooral bij degenen die tot de christelijke wereld behoren, een bijkomend schuldgevoel op dat nefaste psychologische gevolgen kan hebben, terwijl zij behoefte hebben aan een respectvolle behandeling die medische, psychologische en sociale aspecten integreert.

Aids zou op elk moment door iedereen moeten worden bestreden. Ik betreur dan ook dat die strijd besmeurd wordt door nutteloze en achterlijke verklaringen.

De uitspraken van monseigneur Léonard over homoseksualiteit zijn even verwerpelijk: ze stigmatiseren een gemeenschap en treden een fundamenteel beginsel van onze democratische samenleving met de voeten, namelijk de vrijheid van seksuele handelingen tussen instemmende volwassenen. Dat beginsel lijken sommige leden van de clerus met enige vrijheid toe te passen.

Hoewel ik de pedofiele feiten die in de Kerk zijn gepleegd met klem veroordeel, lijkt het mij gevaarlijk om die te verwarren met de recente uitspraken van de Belgische prelaat. Wat monseigneur Léonard ook moge zeggen – immanente rechtvaardigheid voor de enen, zelfvoldane rechtvaardigheid voor de anderen – de schandalen die de Kerk op haar grondvesten doen daveren, vallen wel degelijk onder de rechtspraak van de hoven en rechtbanken.

De subsidiëring van de kerken door de Staat is een maatschappelijk debat dat wellicht in het parlement kan worden gevoerd.

Ik ben erg gehecht aan het fundamentele principe van de scheiding tussen Kerk en Staat. Ik wil mij niet met de interne keuken van de katholieke kerk bemoeien. Ik zal echter niet aarzelen op te treden wanneer de Kerk als dusdanig een reactie zou hebben die een aanslag pleegt op de principes van vrijheid en gezondheid van de Belgen, die allen, zoals de wet op de rechten van de patiënt het duidelijk maakt, zonder beperking recht hebben op een optimale zorg.

**Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld).** – Bij een besmetting met het hiv-virus is een snelle diagnose zeer belangrijk zodat een behandeling zo snel mogelijk kan worden opgestart, in het voordeel van de patiënt.

Vorig jaar hebben we tijdens de hoorzittingen vernomen dat er nog een drempel bestaat om met een vermoeden van een besmetting met het hiv-virus naar de huisarts te stappen. De uitspraken van monseigneur Léonard dragen er niet toe bij die drempel te verlagen, wel integendeel. We moeten op een gepaste manier op die uitspraken reageren. De minister zegt

*La ministre dit qu'elle n'est pas compétente en la matière. Il peut cependant être utile de réfléchir à la manière dont le gouvernement peut donner un signal fort à quelqu'un qui appartient pourtant aux plus hautes sphères de l'Église.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *En tant que médecins, nous observons une augmentation des maladies sexuellement transmissibles, qui est imputable à une carence du travail de terrain. Les dépistages rapides, effectués par les médecins généralistes et les laboratoires de référence du sida fonctionnent pourtant bien. Autrefois, les travailleurs de terrain obtenaient des résultats en attirant l'attention de certains groupes de la population sur leurs comportements à risques. À présent que cet effort s'est relâché, on voit une recrudescence des maladies sexuellement transmissibles. Il est dès lors nécessaire de se montrer plus actifs sur le terrain afin de réduire la prévalence des infections par le VIH et les autres MST.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le Fonds des accidents médicaux» (n° 5-36)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *J'ai toujours défendu le principe « no fault » qui, je l'espère, bénéficiera tant aux médecins qu'aux patients.*

*Je voudrais toutefois formuler quelques observations techniques. Je ne suis d'ailleurs pas le seul, ainsi que l'a montré le vote exprimé par le sénateur honoraire Vandenberghe avant les vacances parlementaires.*

*Par le biais de l'arrêté royal du 27 juillet 2010, la ministre a affecté 5,358 millions d'euros à l'indemnisation des victimes. Ce montant doit toutefois être fixé annuellement par le Conseil des ministres, disposition que je désapprouve.*

*Un nouveau montant sera-t-il dès lors fixé l'année prochaine ?*

*Quand les arrêtés d'exécution seront-ils pris ?*

*Un nombre croissant de personnes savent que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, elles peuvent recourir au Fonds des accidents médicaux. Quel est l'état de la situation ?*

*Comment la ministre pense-t-elle maintenir les maladies nosocomiales sous contrôle ? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé estime en effet qu'elles auront un impact considérable.*

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Améliorer l'indemnisation des victimes d'erreurs et d'accidents médicaux fut l'une de mes priorités au cours de la législature précédente ; cela reste le cas pendant cette période prolongée d'affaires courantes.*

*La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, publiée au Moniteur belge le 2 avril dernier, ne nécessite que très peu d'arrêtés d'exécution. Certains d'entre eux ont déjà été publiés.*

*Néanmoins, pour que le Fonds des accidents médicaux puisse*

dat ze daartoe niet de bevoegdheid heeft. Het kan echter nuttig zijn na te denken op welke manier de regering een krachtig signaal kan geven aan iemand die toch tot de hoogste regionen van de kerkelijke macht behoort.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Als artsen stellen wij een stijging van de seksueel overdraagbare aandoeningen vast. Dat is te wijten aan een gebrek aan veldwerk. Snel tests uitvoeren is niet zozeer een probleem. Dat werkt goed via de huisarts en de aidsreferentielaboratoria (arl). Vroeger werd aan veldwerk gedaan. Dat bestond erin sommige bevolkingsgroepen attent te maken op hun risicogedrag en leverde resultaat op. Nu de inspanning op dat vlak is losgelaten, zien we opnieuw een stijging van seksueel overdraagbare aandoeningen. Het is dus nodig weer actiever te worden op het veld om de prevalentie van hiv-besmettingen en andere seksueel overdraagbare aandoeningen te doen dalen.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het no-faultfonds» (nr. 5-36)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Het *no-fault* principe is een goed principe, dat ik altijd heb verdedigd. Hopelijk zal het zowel artsen als patiënten ten goede komen.

Ik heb echter een paar technische bemerkingen. Ik ben niet de enige trouwens, zoals bleek uit het stemgedrag van eresenator Vandenberghe vóór het parlementair reces.

Bij koninklijk besluit van 27 juli 2010 heeft de minister 5,358 miljoen euro uitgetrokken om de claims te kunnen dekken. Dat bedrag moet evenwel jaarlijks door de Ministerraad worden bepaald. Daartegen wens ik bezwaar te maken.

Wordt volgend jaar dan een nieuw bedrag vastgesteld?

Wanneer worden de uitvoeringsbesluiten genomen, nu het koninklijk besluit is verschenen?

Meer en meer mensen weten inmiddels dat ze sinds 1 april 2010 een beroep kunnen doen op het *no-fault* fonds. Wat is de stand van zaken momenteel?

Hoe denkt de minister de nosocomiale infecties onder controle te houden? Het Kenniscentrum bevestigt immers dat ze een zeer zware impact zullen hebben.

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Slachtoffers van medische fouten en ongevallen beter vergoeden voor geleden schade was een van mijn prioriteiten gedurende de vorige zittingperiode en het blijft dat ook in deze lange periode van lopende zaken.

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg verscheen in het *Belgisch Staatsblad* van 2 april jongstleden en vergt zeer weinig uitvoeringsbesluiten. Sommige zijn al gepubliceerd.

*être opérationnel, il doit pouvoir procéder au recrutement de son personnel, estimé à quelque 25 personnes. Le conseil d'administration du Fonds doit, à cet effet, approuver un budget et un plan du personnel. En exécution de l'article 7, paragraphe 2, de la loi, il appartient au Roi de fixer les modalités de désignation des membres du conseil d'administration.*

*Un projet d'arrêté royal a dès lors été rédigé dès la publication de la loi et soumis au Conseil d'État, qui a rendu son avis, mais après la démission du gouvernement. Cet arrêté ne pouvant être pris en période d'affaires courantes, il convient donc d'attendre l'installation du prochain gouvernement pour que les membres du conseil d'administration puissent être désignés.*

*En cas de nouvelle prolongation des affaires courantes, ce que je ne souhaite pas, nous pourrions peut-être trouver un système permettant l'adoption de cet arrêté. Cela dit, il restera encore à désigner les membres du conseil d'administration.*

*L'article 11 de la loi prévoit un mécanisme d'adossement du Fonds des accidents médicaux à l'INAMI, dans le but de permettre au fonds de réaliser des économies d'échelle en matière de services d'appui – P&O, budget et comptabilité, TIC et logistique – et de rendre le fonds plus rapidement opérationnel.*

*Un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI et de ma cellule stratégique veille à ce qu'un maximum de travail préparatoire puisse être effectué, afin de permettre au fonds d'être opérationnel dès que le conseil d'administration sera constitué.*

*Deux personnes se consacrent dès lors à temps plein à la mise en œuvre du Fonds ; elles seront bientôt rejointes par deux ou trois autres agents. Des contacts ont également eu lieu et se poursuivront avec l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, l'équivalent français du Fonds des accidents médicaux, dont les représentants nous ont beaucoup aidés, jusqu'à présent, dans le développement de ce projet.*

*Afin qu'un éventuel retard dans la mise en œuvre du Fonds ne pénalise pas les citoyens, il est précisé dans la loi que celle-ci s'applique à tous les dommages causés par un fait postérieur à sa publication au Moniteur belge. Donc, même si, actuellement, les victimes ne peuvent pas introduire de demande, leur droit est néanmoins garanti par la loi dès sa publication au Moniteur belge.*

*Depuis le 2 avril, le call center du SPF Santé est chargé de répondre aux questions des citoyens à propos de la loi. Si le citoyen en exprime la demande, le call center prend note de ses coordonnées et les transmet à l'INAMI, qui les communiquera au Fonds des accidents médicaux, lequel prendra directement contact avec le citoyen dès qu'il sera opérationnel.*

*En fonction de l'évolution de la situation actuelle, j'espère que le Fonds pourra accueillir les premières demandes durant le premier semestre 2011.*

*Quant au budget du Fonds pour la première année, un montant de 5 385 000 euros a été fixé dans l'arrêté royal du 7 juillet 2010. Ce montant correspond exactement à*

Om operationeel te zijn moet het Fonds voor de medische ongevallen naar schatting 25 personen in dienst nemen. De raad van bestuur van het fonds moet daartoe een begroting en een personeelsplan goedkeuren. In uitvoering van artikel 7, §2, van de wet bepaalt de Koning de aanstellingsvoorwaarden voor de leden van de raad van bestuur.

Onmiddellijk na de bekendmaking van de wet werd een koninklijk besluit ter zake opgesteld en voor advies aan de Raad van State voorgelegd, die een advies uitbracht, zij het na het ontslag van de regering. Een dergelijk besluit valt niet onder de lopende zaken en het is dus wachten op de volgende regering om dat besluit te kunnen nemen en de raad van bestuur te kunnen aanstellen.

Mochten de lopende zaken blijven aanslepen – wat ik uiteraard niet wens – dan zouden we misschien een techniek kunnen vinden om dat besluit vooralsnog goed te keuren. En dan rest nog de benoeming van de individuele leden van de raad van bestuur.

Artikel 11 van de wet voert een ondersteuningsmechanisme door het RIZIV in, zodat het Fonds voor de medische ongevallen de schaal van zijn ondersteuningsdiensten, zoals P&O, begroting, boekhouding, ICT en logistiek, kan vergroten en het ook sneller operationeel kan worden.

Een werkgroep met vertegenwoordigers van het RIZIV en van mijn beleidscel waakt erover dat zoveel mogelijk voorbereidend werk gebeurt zodat het fonds operationeel kan worden zodra de raad van bestuur is aangesteld.

Daarom werken thans twee personen voltijds aan de organisatie van het Fonds en de komende dagen krijgen ze versterking van twee of drie ambtenaren. Er zijn ook contacten geweest – die overigens zullen voortduren – met het *Office national d'indemnisation des accidents médicaux*, de Franse tegenhanger van het Fonds voor de medische ongevallen, waarvan de vertegenwoordigers ons tot op heden erg goed geholpen hebben met de ontwikkeling van dit project.

Om de burgers niet te straffen voor een eventuele vertraging in de oprichting van het Fonds werd in de wet bepaald dat ze van toepassing is op alle schade veroorzaakt door een feit dat dateert van na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*. Op die manier waarborgt de wet toch het recht van de slachtoffers vanaf de bekendmaking van de wet in het *Belgisch Staatsblad*, zelfs indien ze hun aanvraag vandaag nog niet kunnen indienen.

Tot slot heeft het callcenter van de FOD Volksgezondheid sinds 2 april de opdracht vragen van de burgers in verband met de wet te beantwoorden. Wanneer de burger het vraagt, noteert het callcenter zijn gegevens en zendt ze naar het RIZIV, dat ze op zijn beurt naar het Fonds voor de medische ongevallen zendt. Zodra het Fonds operationeel is, zal het rechtstreeks contact opnemen met de burger.

Afhankelijk van de evolutie van de huidige situatie, hoop ik dat het Fonds in de loop van het eerste semester van 2011 de eerste aanvragen zal kunnen ontvangen.

Voor het eerste jaar werd in het koninklijk besluit van 7 juli 2010 een bedrag van 5 385 000 euro vastgelegd. Dat bedrag komt precies overeen met de raming die het KCE op mijn verzoek heeft gemaakt in zijn verslag van maart 2009,

*l'estimation réalisée, à ma demande, par le KCE dans son rapport du mois de mars 2009, concernant le coût de la transposition du système français dans notre pays.*

*Dans ce même rapport, le KCE estime les besoins du Fonds pour la deuxième année à 12 507 000 euros. Lors du conclave budgétaire d'octobre 2009, le gouvernement était déjà convenu d'octroyer ce montant au Fonds en 2011. Compte tenu des circonstances, ce point devra être soumis à la décision du prochain gouvernement.*

*Ces montants tels qu'ils ont été estimés par le KCE comprennent à la fois l'indemnisation des infections nosocomiales et les frais de fonctionnement du Fonds. Ces montants sont moins élevés que ceux estimés par le KCE dans son précédent rapport de 2007, fondé sur des hypothèses différentes, qui aboutissaient effectivement à un coût annuel total, en vitesse de croisière, de l'ordre de 70 000 000 euros, contre 22 000 000 euros dans le système actuel, selon le rapport 2009 du KCE.*

*Si nous disposons, grâce à l'étude du KCE, d'une évaluation scientifique solide, fondée sur un exemple concret, il va cependant de soi que le prochain gouvernement devra suivre attentivement l'évolution du budget du Fonds, surtout dans les premières années de son fonctionnement.*

*M. Louis Ide (N-VA). – Je remercie la ministre pour sa réponse détaillée, dont je retiens une volonté réelle de rendre ce Fonds opérationnel dès le premier semestre 2011. Certains patients peuvent de facto recourir au Fonds depuis le 1<sup>er</sup> avril, mais cette possibilité reste en quelque sorte virtuelle. Il importe dès lors de joindre le geste à la parole afin d'éviter d'éventuels recours en justice.*

*C'est d'ailleurs un des objectifs du Fonds. Celui-ci doit rapidement devenir opérationnel et faire l'objet, le cas échéant, d'adaptations techniques.*

*Je me réjouis également d'apprendre que le gouvernement entend suivre attentivement l'évolution des frais de fonctionnement.*

### **Demande d'explications de M. Guido De Padt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le nombre minimum d'infirmiers requis dans les maisons de repos» (n° 5-45)**

*M. Guido De Padt (Open Vld). – Le manque criant d'infirmiers et la pression qui en découle pour le personnel ne sont pas neufs, surtout dans les soins aux personnes âgées. Selon les estimations, il y aura, en 2050, trois fois plus d'octogénaires et non moins de dix fois plus de centenaires qu'aujourd'hui. Or on note déjà une pénurie aiguë de personnel soignant sur le marché de l'emploi. On peut donc se demander comment les maisons de repos feront face à cet afflux.*

*Les maisons de repos souhaitent avant tout accueillir les personnes nécessitant les soins les plus importants. L'augmentation des besoins de soins a des répercussions*

waarin werd nagegaan wat de kostprijs zou zijn van een omzetting van het Franse systeem naar België.

Het KCE schat in hetzelfde verslag dat het Fonds voor het tweede jaar 12 507 000 euro nodig zal hebben. Op het begrotingsconclaaf van oktober 2009 was er in de regering al een akkoord om dat bedrag in 2011 aan het Fonds toe te wijzen. Rekening houdende met de omstandigheden, zal de volgende regering over dit punt moeten beslissen.

De door het KCE geraamde bedragen omvatten zowel de vergoeding voor nosocomiale infecties als de werkingskosten van het Fonds. Deze bedragen zijn lager dan de ramingen in het vorige verslag van 2007 van het KCE, omdat daarin werd uitgegaan van andere hypothesen, die op kruissnelheid inderdaad een totale jaarlijkse kostprijs van ongeveer 70 000 000 euro met zich zouden meebrengen, tegen 22 000 000 euro in het huidige systeem volgens het verslag van 2009 van het KCE.

Indien we dankzij het onderzoek van het KCE over een stevige wetenschappelijke evaluatie beschikken, op basis van een concreet voorbeeld, is het overigens evident dat de volgende regering de budgettaire evolutie van het Fonds goed in de gaten zal moeten houden, zeker voor zijn eerste werkingsjaren.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik dank de minister voor haar uitgebreide antwoord. Ik onthoud dat de wil zeker aanwezig is om het fonds operationeel te maken, hopelijk al het eerste semester van 2011. Ik weet inderdaad dat patiënten sinds 1 april eigenlijk de facto terecht kunnen bij het fonds, maar we bevinden ons eigenlijk in een soort virtuele situatie. Het is dan ook psychologisch belangrijk dat de daad bij het woord wordt gevoegd teneinde eventuele beroepen op de rechtbank te vermijden. Dat is overigens een van de doelstellingen van het fonds. Zolang er een soort vacuüm blijft bestaan, schiet het fonds zijn doelstelling voorbij, ook al kunnen die mensen er aanspraak op maken. Ik ben er dan ook voorstander van het fonds snel operationeel te maken en waar nodig technisch bij te sturen. Ik ben ook verheugd te horen dat de regering toch de intentie heeft de werkingskosten verder te monitoren.

### **Vraag om uitleg van de heer Guido De Padt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het vereiste minimumaantal verpleegkundigen in rustoorden» (nr. 5-45)**

**De heer Guido De Padt (Open Vld).** – Het nijpende tekort aan verpleegkundigen en de druk op het personeel die ermee gepaard gaat, zijn problemen die al langer dan vandaag bestaan, vooral in de ouderenzorg. Naar schatting zullen er in 2050 drie keer zoveel tachtigjarigen en maar liefst tien keer zoveel honderdjarigen zijn als vandaag. De arbeidsmarkt vertoont evenwel nu al een nijpend tekort aan verplegend personeel. Hoe de rusthuizen die toevloed zullen opvangen, is nog maar de vraag. In Vlaanderen alleen al zoeken negen op de tien rusthuizen verpleegkundigen en zijn er 1250 vacatures.

De rustoorden streven ernaar om in de eerste plaats de

*pour les maisons de repos, comme un accroissement du personnel financé, du nombre de droits reconnus à une intervention majorée et du forfait journalier INAMI.*

*l'INAMI subordonne cette aide financière à l'obligation de disposer d'un nombre précis d'infirmiers. Une hausse des besoins de soins entraîne donc une augmentation de la norme de personnel. C'est là qu'est le problème. Certaines maisons de repos risquent de perdre une partie de leur financement parce qu'elles ne peuvent disposer du nombre requis d'infirmiers.*

*Il est évident que ce sont les personnes nécessitant les soins les plus importants qui doivent en priorité être admises en maisons de repos mais le personnel nécessaire n'est pas disponible. Les maisons de repos risquent donc de perdre de nombreux subsides et de se trouver en difficulté.*

*La ministre reconnaît-elle cette situation précaire, sa gravité et ses conséquences ? Peut-elle communiquer des informations et chiffres utiles à ce sujet ?*

*Que pense la ministre de l'évolution qui amène les exploitants de maisons de repos à refuser des personnes nécessitant des soins pour satisfaire à la norme ?*

*La ministre est-elle favorable à un assouplissement temporaire de la norme ou préconise-t-elle plutôt des investissements supplémentaires dans la formation ou le recyclage du personnel ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *La difficulté de recruter des infirmiers est en effet préoccupante, dans tous les secteurs et en particulier dans les maisons de repos.*

*Le manque d'infirmiers dans les maisons de repos et le risque que les institutions ne puissent plus atteindre la norme de financement ne posent pas de problèmes au niveau macro. L'INAMI a constaté que dans la période du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 30 juin 2009, le personnel infirmier était en moyenne 15% au dessus de la norme (24% dans les institutions publiques et 11% dans le privé).*

*La commission de convention compétente de l'INAMI a déjà débattu de ce problème et la question posée était de savoir si l'application d'une norme linéaire pour les infirmiers était opportune. Doit-on ajouter le même nombre d'infirmiers pour chaque tranche de 30 lits supplémentaires ? Une présence minimale d'infirmiers est incontestable. Le Fonds Maribel social où siègent tant les organisations syndicales que patronales, reçoit les données précises de chaque maison de repos, notamment sur le nombre d'infirmiers présents et sur la norme de financement.*

*Il n'est pas possible de transmettre dans un bref délai des données chiffrées car les institutions avaient jusqu'au 30 septembre 2010 pour communiquer à l'INAMI les informations relatives à l'emploi et au nombre de patients pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin 2010. Les résultats de l'analyse de ces chiffres ne seront disponibles qu'à la fin de cette année.*

personnes met de grootste zorgbehoeften op te vangen. De toenemende zorgbehoeften hebben gevolgen voor de rustoorden, zoals een stijging van het gefinancierde personeel, een stijging van het aantal RTV-erkenningen – zwaar zorgbehoevende personen krijgen immers een hogere tegemoetkoming – en een progressieve stijging van het RIZIV-dagforfait.

Het RIZIV koppelt aan deze financiële bijstand een verplichting met betrekking tot het aantal verpleegkundigen. Een stijging van de zorgbehoefte brengt bijgevolg een stijging van de personeelsnorm met zich mee. Dat is nu net het probleem. Verschillende rusthuizen dreigen immers een deel van hun financiering te verliezen omdat ze niet het vereiste aantal verpleegkundigen in dienst kunnen nemen.

Hoewel het duidelijk is dat de zwaarst zorgbehoevenden met voorrang opgenomen moeten worden, is het noodzakelijke personeel niet voorhanden. Hierdoor ontstaat het gevaar dat rusthuizen heel wat subsidies mislopen en in de problemen komen.

Erkent de minister deze precare situatie, de gewichtigheid en de impact ervan? Kan zij daarover nuttige info en cijfers verschaffen?

Hoe kijkt de minister aan tegen de evolutie waarbij rustoordexploitanten geneigd zijn om zwaar zorgbehoevenden af te wimpelen om toch de norm te kunnen halen?

Is de minister voorstander van een tijdelijke versoepeling van de norm of ziet zij eerder heil in bijkomende investeringen in opleiding of omscholing van het personeel?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Het is inderdaad zorgwekkend dat het zo moeilijk is om verpleegkundigen aan te trekken. Dit geldt voor alle sectoren, maar in het bijzonder voor de rusthuizen.

Het gebrek aan verpleegkundigen in de rusthuizen en het risico dat de instellingen de financieringsnorm niet meer halen, is op macroniveau geen probleem. Het RIZIV heeft berekend dat het verpleegkundige personeel in de periode van 1 juli 2008 tot 30 juni 2009 gemiddeld 15% boven de norm zat: 24% in de openbare en 11% in de privé-instellingen.

De bevoegde overeenkomstencommissie van het RIZIV heeft dit onderwerp al besproken. De vraag luidt of men een lineaire norm voor verpleegkundigen moet toepassen. Moet men hetzelfde aantal verpleegkundigen toevoegen voor elke schijf van dertig bijkomende bedden? Een minimale aanwezigheid van verpleegkundigen staat zeker buiten kijf. Het sociale Maribelfonds, waarin zowel werknemers- als werkgeversorganisaties zetelen, ontvangt daarover de gegevens van alle rusthuizen, met name het aantal aanwezige verpleegkundigen en de financieringsnorm.

Op korte termijn cijfers bezorgen, is niet mogelijk omdat de instellingen tot 30 september 2010 de tijd hadden om het RIZIV te informeren over de tewerkstelling en het aantal patiënten in de periode van 1 juli 2009 tot 30 juni 2010. De analyse van die cijfers zal pas tegen het einde van dit jaar beschikbaar zijn.

De definitie van de nieuwe beroepsbekwaamheid van

*La définition d'une nouvelle qualification, celle d'aide-soignant, visait à pouvoir confier certaines activités relevant de l'art infirmier à d'autres personnes, afin de soulager les infirmiers.*

*La définition de cette fonction d'aide-soignant et des responsabilités qui peuvent lui être confiées a suscité de très longues discussions. Les arrêtés royaux du 12 janvier 2006 autorisent ainsi les aides-soignants à effectuer certaines tâches, par délégation d'un infirmier.*

*La formation menant à cette qualification et son application sur le terrain sont trop récentes pour donner lieu à une évaluation pertinente. Il est dès lors prématuré de revoir cette délégation de tâches et de responsabilités.*

*Mais j'invite les institutions à organiser le travail des équipes en sorte que chaque fonction, tant les infirmiers que les aides-soignants – dont les activités ne peuvent être réalisées par d'autres –, soit déchargée au maximum de tâches que d'autres personnes peuvent effectuer.*

*J'ai par ailleurs pris de nombreuses dispositions en vue d'accroître l'attractivité de la profession infirmière. Mais comme vous le savez, il s'agit d'un problème structurel qu'aucune mesure, si importante soit-elle, ne suffira à résoudre. J'espère que la conjonction de plusieurs dispositions, y compris internes aux institutions, y parviendra.*

*Pour ce qui est des maisons de repos, je relèverai trois mesures :*

*La première concerne l'octroi de sursalaires : l'arrêté royal du 22 juin 2010 rend obligatoire l'octroi de sursalaires pour les prestations de soirée. Le financement est octroyé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010 par l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> juillet 2010.*

*La deuxième est l'octroi d'une prime aux infirmiers détenteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière en gériatrie : l'arrêté ministériel octroyant le financement permettant l'octroi de cette prime à tout infirmier disposant d'une de ces spécialisations et exerçant dans une maison de repos sera publié prochainement.*

*Et enfin, j'ai adapté les arrêtés ministériels déterminant les critères d'octroi de ces titres et qualification en gériatrie : les mesures transitoires sont prolongées jusqu'à septembre 2012 et les conditions d'expérience valorisable et de maintien sont élargies aux MRS comptant au moins 25 lits. Mon objectif est d'encourager les infirmiers spécialisés ou voulant se spécialiser à travailler ou à rester dans le secteur des maisons de repos. Un autre objectif est bien entendu de faire bénéficier les résidents de ces structures d'infirmiers mieux formés dans les soins aux personnes âgées. La procédure de publication de ces arrêtés ministériels est en cours et j'espère qu'ils pourront être publiés prochainement, malgré la gestion des affaires courantes imposée à ce gouvernement.*

zorgkundige, beoogde sommige verpleegkundige taken door andere personen te laten uitvoeren om de verpleegkundigen te ontlasten.

Over de functie van zorgkundige en over de verantwoordelijkheid die men hem mag toevertrouwen, is zeer lang gediscussieerd. Krachtens de koninklijke besluiten van 12 januari 2006 mag een zorgkundige bepaalde taken overnemen die hem door een verpleegkundige worden toevertrouwd.

De opleiding tot zorgkundige bestaat nog maar pas en de invulling op het terrein is van te korte duur om een relevante evaluatie te kunnen maken. Het is dus voorbarig om die delegatie van taken en verantwoordelijkheden te herzien.

Ik vraag de instellingen echter om het werk van de ploegen zo te organiseren dat zowel de verpleegkundige als de zorgkundige, wiens activiteiten niet door anderen kunnen worden uitgevoerd, zoveel mogelijk ontlast wordt van taken die andere personen kunnen uitvoeren.

Ik heb trouwens vele schikkingen getroffen om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken. Zoals u echter weet, gaat het om een structureel probleem dat niet door een enkele maatregel, hoe belangrijk ook, kan worden opgelost. Ik hoop dat dit wel mogelijk wordt door een combinatie van verschillende bepalingen, met inbegrip van die eigen aan de instellingen.

Wat de rusthuizen betreft, wil ik drie maatregelen aanstippen:

De eerste maatregel betreft de toekenning van uurroostertoeslagen: het koninklijk besluit van 22 juni 2010 legt bijkomende uurroostertoeslagen voor avondprestaties op. De financiering is bij ministerieel besluit van 1 juli 2010 toegekend vanaf 1 januari 2010.

De tweede maatregel betreft een premie voor de verpleegkundigen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel of van de bijzondere beroepskwalificatie geriatrie. De publicatieprocedure van het ministerieel besluit dat een financiering toekent om deze premie te geven aan elke verpleegkundige die houder is van een van deze specialisaties en werkzaam is in een rusthuis, is bezig.

Tot slot heb ik de ministeriële besluiten die de toekenningscriteria van deze titel en kwalificatie geriatrie bepalen, aangepast: de overgangsmatregelen worden verlengd tot september 2012 en de voorwaarden op het gebied van de nuttige ervaring en het functiebehoud worden uitgebreid naar de RVT's met minstens 25 bedden. Ik wil de gespecialiseerde verpleegkundigen, of zij die zich willen specialiseren, aanmoedigen om in de rusthuissector te blijven werken of er te gaan werken. Een andere doelstelling is natuurlijk dat de rusthuisbewoners verpleegkundigen krijgen die beter opgeleid zijn om senioren te verzorgen. Die ministeriële besluiten zitten in de publicatieprocedure en ik hoop dat ze binnenkort kunnen verschijnen, ondanks het aan deze regering opgelegde beheer van lopende zaken.

**Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la réforme et l'octroi automatique du statut Omnio» (n° 5-53)**

*Mme Cindy Franssen (CD&V). – Depuis quelques années, les personnes à faible revenu peuvent demander le statut Omnio. Il s'agit d'une mesure de protection étendant le bénéfice du tarif préférentiel pour les soins de santé aux assurés des ménages à faible revenu. Le statut confère les mêmes droits à une intervention majorée dans le coût des soins de santé que l'intervention majorée classique, calculée sur la base d'un avantage social ou d'un statut.*

*Il est pourtant manifeste que cette mesure n'atteint pas suffisamment son public cible. On peut là aussi parler d'un « effet Matthieu ». Fin 2009, sur un total de 800 000 ayants droit, quelque 270 000 seulement avaient réellement eu recours à cette mesure sociale.*

*C'est pourquoi vous avez décidé dès 2008 de réformer le statut Omnio dans le cadre de votre plan « Priorité aux malades chroniques ! », afin de simplifier la procédure dans une première phase et de rendre l'octroi de ce statut automatique dans une deuxième phase. Cet objectif figure aussi dans le Plan fédéral de lutte contre la pauvreté.*

*Vous avez chargé l'INAMI de formuler des propositions à cette fin. En réponse à une question de Luc Goutry en septembre 2009, vous reconnaissiez déjà que l'automatisation de l'octroi du droit au statut Omnio était quasiment impossible dans l'état actuel de la législation, vu notamment les notions de revenus et de ménage définies par la réglementation Omnio. C'est pourquoi le Conseil des ministres a décidé de viser à un rapprochement maximal entre le statut Omnio et le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). À l'époque de la question, il n'y avait pas d'unanimité sur une proposition concrète.*

*Depuis lors, nous avons appris qu'un montant de 1,47 million d'euros destiné à la réforme et à l'intégration des statuts Omnio et BIM, a été inscrit dans le projet de budget de l'INAMI pour 2011.*

*La ministre peut-elle me dire où en est le dossier de la réforme et de l'intégration des statuts Omnio et BIM ?*

*À quelle proposition travaille-t-on actuellement et quel est le calendrier fixé pour la réforme ?*

*La proposition actuelle vise-t-elle à un octroi automatique de ce droit, en plus d'une intégration des différents statuts et d'une procédure simplifiée ? Si oui, dans quel délai ces objectifs seront-ils réalisés ?*

*La ministre peut-elle préciser quelle sera l'affectation précise de la somme de 1,47 million d'euros prévue au budget de l'INAMI ?*

**Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de hervorming en de automatische toekenning van het Omniostatuu» (nr. 5-53)**

*Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Sinds enkele jaren kunnen mensen met een laag inkomen het Omniostatuu aanvragen. Het Omniostatuu is een beschermingsmaatregel die het recht op het voorkeurtarief voor geneeskundige verzorging uitbreidt naar de verzekerden uit gezinnen met een laag inkomen. Het statuut geeft dezelfde rechten op verhoogde tegemoetkoming van medische verzorging als de klassieke verhoogde tegemoetkoming, toegekend op basis van een sociaal voordeel of een statuut.*

*Het is echter al een tijdje duidelijk dat deze maatregel het doelpubliek onvoldoende bereikt. Ondanks het feit dat het om een goede maatregel gaat, is hier eens te meer sprake van een zogenaamd Matteüeffect. Eind 2009 maakten slechts ongeveer 270 000 van de in totaal 800 000 rechthebbenden ook daadwerkelijk gebruik van de sociale maatregel.*

*In het kader van uw actieplan 'Prioriteit aan de chronische zieken!' besloot u daarom reeds in 2008 het Omniostatuu te hervormen met als doel de procedure in een eerste fase te vereenvoudigen en in een tweede fase het recht automatisch toe te kennen. Dit werd tevens als actiepunt opgenomen in het Federaal Plan Armoedebestrijding.*

*U belastte het RIZIV met de taak om hieromtrent voorstellen te lanceren. In antwoord op een vraag van Luc Goutry in september 2009, gaf u reeds aan dat 'de automatisering van de toekenning van het recht op het Omniostatuu bijna onmogelijk is in de huidige staat van de wetgeving', omwille van de definitie van 'inkomens' en 'huishoudens' in de Omnioreglementering. Om die reden zou de Ministerraad de beslissing hebben genomen om een zo volledig mogelijke toenadering tussen Omnio en BIM, de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, na te streven. Op het ogenblik van dit antwoord bestond nog geen unaniniteit over een concreet voorstel.*

*Ondertussen konden we vernemen dat in de ontwerpbegroting van het RIZIV voor 2011 een bedrag van 1,47 miljoen euro opgenomen is voor de hervorming en integratie van Omnio en de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.*

*Kan de minister mij een stand van zaken meedelen van het dossier van de hervorming en integratie van het Omniostatuu en de verhoogde verzekeringstegemoetkoming?*

*Welk voorstel wordt momenteel verder uitgewerkt en welke timing wordt voor de hervorming in het vooruitzicht gesteld?*

*Zal in het huidige werkvoorstel, naast een integratie van de verschillende statuten en een vereenvoudigde procedure, ook gestreefd worden naar een automatische toekenning van dit recht? Zo ja, tegen wanneer zal dit gerealiseerd worden?*

*Kan de minister toelichten op welke manier het voorziene budget van 1,47 miljoen euro in de begroting van het RIZIV precies besteed zal worden?*



**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – À la suite des propositions du groupe de travail Assurabilité de l'INAMI, un projet de loi a été élaboré visant la réforme de l'intervention majorée par l'intégration de l'intervention majorée classique et du statut Omnio. Cette réforme ne vise pas seulement une simplification administrative importante, mais elle doit également veiller à mieux prendre en compte la réalité sociale de la famille au moment de la demande du droit à une majoration de l'intervention.

*Ce projet de loi ne pourrait être déposé que par le prochain gouvernement et le prochain ministre des Affaires sociales et de la Santé publique puisqu'il s'agit là d'une réforme qui peut difficilement s'inscrire dans le cadre actuel des affaires courantes, même si le consensus est grand sur sa nécessité.*

*Mon intention est de continuer à réfléchir avec l'INAMI à un octroi automatique du droit à l'intervention majorée. Compte tenu de la complexité administrative, un octroi automatique ne peut être réalisé que progressivement.*

*Lors des travaux préparatoires liés à l'extension du système préférentiel aux familles monoparentales et aux chômeurs de longue durée, des analyses détaillées ont été faites en vue de déterminer le mieux possible les retombées financières. Le surcoût de l'intégration du statut Omnio dans le système préférentiel a été estimé à 1,4 million d'euros. Ce coût supplémentaire est lié à la mise en œuvre des règles d'application qui ne sont pas les mêmes dans le statut Omnio que dans le système préférentiel. Le budget de 1,47 million d'euros est donc destiné à compenser l'impact financier de l'intégration du statut Omnio dans le système préférentiel.*

**Mme Cindy Franssen (CD&V)**. – Je remercie la ministre de sa réponse et des travaux préparatoires qu'elle a déjà effectués. Il est en effet regrettable pour les personnes vivant dans la pauvreté que le gouvernement en affaires courantes ne puisse prendre de mesures concrètes. D'autant que 2010 est l'année de la lutte contre la pauvreté et que la Belgique veut profiter de la Présidence de l'Union européenne pour inscrire à l'ordre du jour européen certains objectifs relatifs à la pauvreté.

*Il importe que le prochain gouvernement travaille en priorité à l'automatisation de l'octroi du statut puisqu'il s'agit d'un droit fondamental. Si de tels droits sociaux ne sont pas octroyés automatiquement, on peut parler d'« opium du peuple ».*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'objectif budgétaire des soins de santé pour 2011» (n° 5-56)**

**M. Louis Ide (N-VA)**. – La presse médicale spécialisée fait état de nouvelles initiatives. La ministre peut-elle me

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Volgend op de voorstellen van de werkgroep Verzekeraarbaarheid van het RIZIV werd een wetsontwerp uitgewerkt tot hervorming van de verhoogde tegemoetkoming door de integratie van de klassieke verhoogde tegemoetkoming en het Omniostatuut. Die hervorming beoogt niet alleen een aanzienlijke administratieve vereenvoudiging, maar moet er ook voor zorgen dat beter rekening wordt gehouden met de sociale realiteit van het gezin op het ogenblik dat de aanvraag voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt ingediend.

Alleen de volgende regering of de volgende minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid kan dit wetsontwerp indienen omdat het hier om een hervorming gaat die men bezwaarlijk in het huidige kader van lopende zaken kan onderbrengen, zelfs indien over de noodzaak ervan grote eensgezindheid bestaat.

Het is mijn intentie om samen met het RIZIV verder te zoeken naar een automatische toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming. Gelet op de administratieve complexiteit zal een automatische toekenning echter slechts stap voor stap kunnen worden gerealiseerd.

Bij de voorbereidende werkzaamheden voor de verruiming van de voorkeurregeling tot de eenoudergezinnen en langdurig werklozen werden gedetailleerde analyses uitgevoerd om de financiële weerslag ervan zo correct mogelijk in te schatten. Daaruit bleek dat de meerkosten van de integratie van het Omniostatuut in de voorkeurregeling op 1,4 miljoen euro konden worden geraamd. De meerkosten houden verband met de toepassingsregels die niet hetzelfde zijn in het Omniostatuut en de voorkeurregeling, hoofdzakelijk in verband met de gezinsdefinitie. Het budget van 1,47 miljoen euro is dan ook voorzien om de financiële weerslag van de integratie van het Omniostatuut in de voorkeurregeling op te vangen.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V)**. – Ik dank de minister voor haar antwoord en voor haar voorbereidende werk. Het is uiteraard jammer voor de mensen die in armoede leven dat de regering in lopende zaken geen concrete maatregelen kan nemen. Dat is des te meer zo in het jaar van de armoede en nu België van het voorzitterschap van de Europese Unie wil gebruik maken om een aantal doelstellingen met betrekking tot armoede op de Europese agenda te zetten.

Het is belangrijk dat de volgende regering de automatische toekenning van het statuut verder prioritair uitwerkt, zeker omdat het gaat om sociale grondrechten. Als dergelijke sociale grondrechten niet automatisch worden toegekend, zou men kunnen spreken van 'opium voor het volk'.

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de begrotingsdoelstellingen voor gezondheidszorg in 2011» (nr. 5-56)**

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Ik heb in de medische vakpers gelezen dat nieuwe initiatieven worden genomen. Kan de

*communiquer les objectifs budgétaires détaillés ?*

*Il est également question d'un plan de lutte contre l'obésité. Quelle est la nature de ce plan ? Une concertation a-t-elle été menée avec les communautés à cet égard ? La ministre peut-elle me fournir des précisions ?*

*Par ailleurs, 50 millions seraient affectés à l'accord social. S'est-on concerté avec les communautés à ce sujet ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je vous transmettrai la réponse par écrit. En ce qui concerne les 50 millions pour le non-marchand, nous avons eu des discussions avec les communautés.

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Donc pour le plan de lutte contre l'obésité et pour l'accord social ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Pour l'accord social, effectivement, cette discussion a eu lieu. Ce n'est pas un accord que nous avons demandé, mais nous avons eu des discussions assez approfondies sur le type de revalorisation à privilégier.

Les autres mesures sont de la compétence exclusive du fédéral.

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *Le plan de lutte contre l'obésité est-il dès lors limité à une revalorisation des diététiciens et n'a-t-on dégagé aucun moyen en faveur de la prévention ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Effectivement.*

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les nouvelles initiatives dans le cadre du Plan national Cancer» (n° 5-57)**

**M. Louis Ide (N-VA)**. – *J'ai appris dans La Dernière Heure et dans Le Journal du médecin que la ministre voulait prolonger les mesures contenues dans le Plan cancer. Son intention était de permettre, à partir du 1<sup>er</sup> novembre, à des patients dont le diagnostic de cancer venait d'être établi, d'aller voir gratuitement leur médecin ou le spécialiste pour un entretien de motivation. Elle souhaite également revaloriser la consultation oncologique multidisciplinaire (COM). Un million et demi d'euros serait disponible à cet effet.*

*Ces mesures sont toutes nouvelles pour moi. Dispose-t-on d'une marge budgétaire à cet effet ?*

*Plus concrètement, je me demande s'il ne serait pas préférable d'utiliser les moyens limités pour rendre le statut de médecin généraliste plus attractif ? Le médecin généraliste est en effet la personne de confiance la plus indiquée pour un patient atteint du cancer. Pourquoi opte-t-on pour une consultation gratuite et non pour un investissement*

minister mij de gedetailleerde begrotingsdoelstellingen bezorgen?

Ik heb ook gelezen dat een strijdplan tegen obesitas wordt opgestart. Wat is de aard van dat strijdplan? Werd hierover met de gemeenschappen overlegd? Kan de minister meer details geven?

Ook zou 50 miljoen euro naar het sociaal akkoord gaan. Is dat afgetoetst met de gemeenschappen?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik zal u het antwoord schriftelijk bezorgen. Over de 50 miljoen voor de non-profitsector hebben we inderdaad met de gemeenschappen overlegd.*

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Dus ook over het strijdplan tegen obesitas en over het sociaal akkoord?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het sociaal akkoord is daar inderdaad ook besproken. We hebben niet zozeer aangedrongen op een akkoord, maar wel diepgaande gesprekken gevoerd over het soort herwaardering die we nastreven.*

*De overige maatregelen vallen volledig onder de federale bevoegdheid.*

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – Is het strijdplan tegen obesitas dan beperkt tot een herwaardering van diëtisten en worden geen middelen vrijgemaakt voor preventie?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Inderdaad.*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nieuwe initiatieven inzake het nationaal Kankerplan» (nr. 5-57)**

**De heer Louis Ide (N-VA)**. – *Via La Dernière Heure en de Artsenkrant vernam ik dat de minister de maatregelen van het kankerplan wil verlengen. Zo was het haar bedoeling vanaf 1 november aan pas gediagnosticeerde kankerpatiënten de mogelijkheid te geven gratis hun arts of specialist te bezoeken voor een motiveringsgesprek. Ook wil ze het multidisciplinaire oncologische consult, het MOC, herwaarderen. Hiervoor zou de minister 1,5 miljoen euro veil hebben.*

Die maatregelen zijn totaal nieuw voor mij. Is daar budgettaire ruimte voor?

Meer concreet vraag ik me af of de beperkte middelen niet beter kunnen worden gebruikt om het huisartsenstatuut aantrekkelijker te maken. De huisarts is immers de meest aangewezen vertrouwenspersoon voor een kankerpatiënt. Waarom wordt gekozen voor een gratis consult en niet voor een extra investering voor de huisartsen?

*supplémentaire en faveur des médecins généralistes ?*

*Cette consultation multidisciplinaire obligatoire sera-t-elle imputée sur un autre budget ?*

*Qu'entend la ministre par revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire ? S'agit-il d'une simple augmentation des honoraires ou des obligations y seront-elles liées ? La ministre prendra-t-elle d'autres initiatives dans le cadre du Plan cancer ? Des dépenses ont-elles déjà été consenties pour le centre d'hadronthérapie ? Des dépenses ont-elles déjà été consenties pour New Chirec et New Bordet ? D'après la presse spécialisée, les deux hôpitaux ont déjà reçu chacun environ 50 millions d'euros sous la précédente législature.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Les deux mesures entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre, à savoir la consultation pour l'annonce du diagnostic, sur laquelle je reviendrai, et la revalorisation des consultations oncologiques multidisciplinaires, ont été prévues et budgétisées dans le cadre du Plan Cancer 2008. Plus précisément, il s'agit des actions 7 et 8 du Plan ; comme elles étaient liées, ces deux mesures ont été élaborées ensemble.

Ces mesures ressortissent aux affaires courantes dès lors qu'elles étaient prévues en 2008-2010 et que leur parcours a été régulièrement entamé avant la chute du gouvernement (accord de la commission nationale médico-mutualiste en juillet 2009, avis positif de la commission de contrôle budgétaire en décembre 2009, présentation et approbation au comité de l'Assurance en décembre 2009, avis de l'Inspection des finances en mars 2010) ; toute la procédure s'est donc déroulée avant la chute du gouvernement. L'accord du budget du 11 juin 2010 confirme que le financement est prévu au budget 2010 des soins de santé et que la proposition est conforme à la circulaire « Discipline budgétaire et prudence budgétaire pour ce qui concerne les nouvelles dépenses » approuvée pour les affaires courantes le 7 mai dernier.

Dans le cadre de l'accord médico-mutualiste 2009-2010, un budget global de 5,2 millions d'euros était prévu pour ces deux mesures. Afin de financer l'ensemble des modifications proposées nécessitant un budget total de 6,4 millions, un budget supplémentaire de 1,2 million d'euros a été alloué lors du conclave budgétaire réalisé en octobre 2009 pour le budget 2010.

Un budget annuel de 4 879 000 euros est alloué au remboursement des consultations longue durée d'annonce du diagnostic. Concrètement, une nouvelle prestation est créée pour l'explication du diagnostic et de la proposition d'examen complémentaire, de suivi et de plan de traitement. L'ensemble est communiqué au patient par le médecin généraliste agréé traitant ou par le médecin spécialiste traitant selon le rapport de la consultation oncologique multidisciplinaire préalable. Le prix de cette consultation longue durée de 56,68 euros est entièrement remboursé.

Cette disposition répond à une demande exprimée par tous, notamment par les patients. Comme on le sait, le moment où le patient apprend qu'il souffre d'un cancer est douloureux. Le patient est un peu perdu, il faut l'encadrer, prendre le temps de lui expliquer les choses pour qu'il

Zal die verplichte multidisciplinaire raadpleging ten koste gaan van een ander budget?

Wat bedoelt de minister met de herwaardering van het multidisciplinaire oncologische consult? Gaat het puur om een verhoging van het honorarium, of zullen daaraan ook verplichtingen worden gekoppeld? Zal de minister binnen het kankerplan nog andere initiatieven nemen?

Zijn er al uitgaven gedaan voor het hadroncentrum? Zijn er ondertussen al uitgaven gedaan voor New Chirec en New Bordet? Volgens de gespecialiseerde pers hebben beide ziekenhuizen tijdens de vorige regeerperiode elk ongeveer 50 miljoen euro ontvangen.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De twee maatregelen die op 1 november van kracht werden, namelijk de consultatie voor de mededeling van de diagnose en de herwaardering van de multidisciplinaire oncologische consults, werden opgenomen en gebudgetteerd in het Kankerplan 2008. Het gaat meer bepaald om de acties 7 en 8 van het Plan. Aangezien ze samenhangen, werden die twee maatregelen samen uitgewerkt.

*Deze maatregelen vallen onder de lopende zaken aangezien ze begroot werden in 2008-2010 en de procedure op de gewone manier is aangevat vóór de val van de regering (akkoord van de nationale commissie artsen-ziekenfondsen in juli 2009, positief advies van de budgettaire controlecommissie in december 2009, voorstelling en goedkeuring in het verzekeringscomité in december 2009, advies van de Inspectie van financiën in maart 2010). De gehele procedure is dus doorlopen vóór de val van de regering. Het begrotingsakkoord van 11 juni 2010 bevestigt dat de financiering op de begroting voor de gezondheidszorg van 2010 wordt ingeschreven en dat het voorstel overeenstemt met de circulaire 'voor budgettaire discipline en behoedzaamheid voor nieuwe uitgaven', goedgekeurd door de regering van lopende zaken op 7 mei jongstleden.*

*In het kader van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2009-2010, werd in een bedrag van 5,2 miljoen euro voorzien voor die twee maatregelen. Om alle voorgestelde wijzigingen te financieren, waarvoor een totaal budget van 6,4 miljoen nodig is, werd een bijkomend budget van 1,2 miljoen euro toegekend tijdens het begrotingsoverleg voor de begroting van 2010, dat plaatsvond in oktober 2009.*

*Voor de terugbetaling van consultaties van langere duur voor de mededeling van de diagnose wordt een jaarlijks budget van 4 879 000 euro toegekend. Concreet wordt een nieuwe prestatie ingevoerd, namelijk de toelichting bij de diagnose en het voorstel voor bijkomend onderzoek, opvolging en een behandelingsplan. Alles wordt meegedeeld aan de patiënt door de behandelende erkende huisarts of door de behandelende specialist volgens het voorafgaande multidisciplinaire oncologische consultatieverslag. De prijs van deze consultatie van langere duur bedraagt 56,68 euro en wordt volledig terugbetaald.*

*Die regeling komt tegemoet aan de vraag van iedereen, vooral van de patiënten. We weten dat het moment waarop de patiënt te horen krijgt dat hij kanker heeft, zeer pijnlijk is. De*

entame, avec le personnel médical, un véritable combat contre la maladie.

Ces mesures existent déjà dans d'autres pays, en France notamment.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Mais les médecins généralistes ne sont pas concernés.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Tant les médecins généralistes que les spécialistes sont concernés, j'insiste sur ce point.

La première fois que je suis allée à Villejuif, en France, on m'a expliqué le fonctionnement de l'hôpital à cet égard, et je l'ai trouvé très intéressant. Le système répondait à une demande réelle des patients.

Un budget annuel supplémentaire de 1 562 000 euros est prévu pour la consultation oncologique multidisciplinaire, la COM. La revalorisation comporte plusieurs aspects. Après une première COM, la possibilité a été créée de réaliser une COM de suivi.

Il est aussi possible à présent d'organiser une COM complémentaire dans un autre hôpital sur renvoi.

La première COM est maintenant obligatoire dans toute une série de situations.

Enfin, les règles d'application prévoient clairement dans quelles circonstances une COM, une COM de suivi ou une COM complémentaire dans un autre hôpital peuvent être réalisées. Les règles ont donc bien été revues et clarifiées. Certaines ont été rendues obligatoires.

La majorité des mesures prévues dans le plan cancer sont réalisées et financées.

Le développement des mesures qui ne sont pas finalisées mais pour lesquelles un budget spécifique est prévu pourrait, après analyse, être poursuivi, bien entendu dans le respect des limites de la période d'affaires courantes et de la circulaire de discipline budgétaire.

En cette période d'affaires courantes, il est d'autant plus important d'assurer la continuité en 2011 des actions et mesures du plan cancer dans l'attente d'un futur plan lancé par le ministre en charge de la Santé publique du prochain gouvernement.

Comme vous le savez, en réunion du 18 octobre dernier, le Conseil général de l'assurance soins de santé de l'INAMI a fixé l'objectif budgétaire 2011. Celui-ci permet de poursuivre les mesures du plan cancer. Je me réjouis d'ailleurs que le Conseil général ait approuvé à l'unanimité les mesures en matière de soins de santé proposées pour 2011 par le gouvernement. Il était pour moi indispensable de réaliser des économies substantielles pour couvrir des besoins urgents et prioritaires en 2011, pour accompagner les patients souffrant de maladies rares, les malades chroniques, les patients cancéreux, et aussi pour renforcer l'accessibilité de tous aux soins de base.

*Dans ce cadre, le financement de nouvelles initiatives 2011*

*patiënt voelt zich verloren, hij moet omringd worden, men moet de tijd nemen hem alles uit te leggen zodat hij, samen met het medisch personeel, de strijd met de ziekte kan aanbinden.*

*Die maatregelen bestaan al in andere landen, onder meer in Frankrijk.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Maar die gelden niet voor de huisarts.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik beklemtoon dat het zowel om de huisartsen als de specialisten gaat.*

*Toen ik Villejuif, in Frankrijk, voor de eerste keer bezocht, werd me de werking van het ziekenhuis op dat punt uitgelegd. Ik vond dat zeer interessant. Het systeem voldeed aan de reële behoefte van de patiënten.*

*Er wordt in een bijkomend jaarlijks budget van 1 562 000 euro voorzien voor het multidisciplinair oncologisch consult (MOC). De herwaardering omvat verschillende aspecten. Na een eerste MOC werd de mogelijkheid geschapen voor de organisatie van een opvolgings-MOC.*

*Nu is het ook mogelijk na doorverwijzing een bijkomend MOC te organiseren in een ander ziekenhuis.*

*Het eerste MOC is nu verplicht in een hele reeks gevallen.*

*De toepassingsregels ten slotte bepalen duidelijk in welke omstandigheden een MOC, een opvolgings-MOC of een bijkomend MOC in een ander ziekenhuis kan worden georganiseerd. De regels werden dus herzien en verduidelijkt.*

*De meeste maatregelen die opgenomen zijn in het kankerplan, zijn uitgevoerd en gefinancierd.*

*Maatregelen die nog niet volledig zijn uitgevoerd maar waarvoor in een specifiek budget is voorzien, kunnen na onderzoek verder worden uitgewerkt, uiteraard met naleving van de beperkingen van de periode van lopende zaken en van de circulaire over de budgettaire discipline.*

*In deze periode van lopende zaken is het des te belangrijker dat de continuïteit van de acties en maatregelen uit het kankerplan in 2011 wordt gewaarborgd in afwachting van een nieuw plan van de minister van Volksgezondheid in de volgende regering.*

*Op de vergadering van 18 oktober jongstleden heeft de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging de budgettaire doelstelling voor 2011 vastgesteld. Daardoor kunnen de maatregelen uit het kankerplan worden voortgezet. Het stemt me trouwens tevreden dat de Algemene Raad de door de regering voorgestelde maatregelen inzake gezondheidszorg voor 2011 unaniem heeft goedgekeurd. Ik wou in ieder geval belangrijke besparingen doorvoeren om de dringende en prioritaire behoeften in 2011 te kunnen dekken, om de patiënten met een zeldzame of chronische ziekte en de kankerpatiënten te begeleiden, en ook om de toegang tot de basisgezondheidszorg voor iedereen te versterken.*

In dat kader werd de financiering van nieuwe initiatieven

*pour les patients atteints du cancer a été approuvé.*

*Premièrement, la prolongation des mesures du Plan cancer 2008-2010, en particulier, les projets pilotes d'aide psychologique, d'aide de la famille proche, ou les projets pilotes en matière de recherche translationnelle.*

*Deuxièmement, un accès plus rapide aux médicaments innovants, en particulier l'instauration d'un système inspiré du système français des ATU, autorisations temporaires d'utilisation, afin d'accélérer l'accès et le remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes, qui sont hors indication ou non encore mises sur le marché ou qui sont remboursées. Le budget est estimé à 3,5 millions d'euros.*

*Troisièmement, le financement de 163 diététiciens ETP afin de renforcer un traitement multidisciplinaire en soins oncologiques et le lancement de projets pilotes visant à lutter contre la cachexie, un des symptômes les plus lourds et épuisants du cancer, qui pompe littéralement toute l'énergie du patient, entraînant une perte de poids, de masse musculaire, de graisse, voire de masse osseuse.*

*Je le répète, je suis persuadée de la plus-value que représente à long terme un centre d'hadronthérapie dans notre pays. Il est d'abord essentiel d'examiner la faisabilité d'un tel projet. Le SPF Santé publique analyse en ce moment un projet de recherche. J'attends prochainement une proposition concrète en la matière.*

*Concernant les dépenses en faveur de New Chirec et de New Bordet, elles ne font pas partie du Plan cancer. Il s'agit de projets pour lesquels la Région doit donner son accord et qui doivent être repris dans le calendrier de construction.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *La double consultation n'a-t-elle lieu qu'une fois ? Que se passe-t-il lorsqu'un patient consulte tant son médecin qu'un spécialiste, ce qui est d'ailleurs indiqué ? Qui perçoit les honoraires ?*

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Tout cela est réglé dans le cadre de la consultation oncologique multidisciplinaire à laquelle le médecin traitant peut prendre part.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je reste en désaccord avec la ministre en ce qui concerne le centre d'hadronthérapie. Pour moi, il ne s'agit pas d'evidence-based medicine. Rien n'est encore prouvé. Même s'il en était ainsi, il existe des accords de collaboration transfrontaliers (Liège, Maastricht et le Limbourg). N'oubliez pas qu'il s'agit d'un investissement coûteux. En ces temps de rigueur budgétaire, je demande à la ministre d'en tenir compte.*

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Nous devons attendre le rapport du SPF.*

J'étais arrivée à un accord avec M. Herman De Croo. Finalement, ce dernier a travaillé avec l'ensemble des

2011 voor de kankerpatiënten goedgekeurd.

Ten eerste is er de verlenging van de maatregelen van het Kankerplan 2008-2010, in het bijzonder de bestaande proefprojecten van psychologische bijstand, bijstand voor de naaste familie of ook de proefprojecten rond translationeel onderzoek.

Ten tweede is er de versnelling van de toegang tot innovatieve geneesmiddelen, meer in het bijzonder de invoering van een systeem dat zich op het Franse ATU-systeem inspireert, zijnde *autorisation temporaire d'utilisation*, om de toegang en de terugbetaling te versnellen van bepaalde farmaceutische specialiteiten of innovatieve therapieën die buiten indicatie of nog niet op de markt zijn of worden terugbetaald. Het budget wordt op 3,5 miljoen euro geraamd.

Ten derde is er het financieren van 163 VTE-diëtisten om een multidisciplinaire behandeling in de oncologische zorgprogramma's te versterken en het lanceren van proefprojecten voor de strijd tegen cachexie, één van de zwaarste en meest uitputtende symptomen van kanker die letterlijk de energie uit de patiënt zuigt: gewichtsverlies, wegsmelten van spieren, vet en zelfs beenmassa.

Ik herhaal nogmaals dat ik overtuigd blijf van de meerwaarde op lange termijn van een hadrontherapiecentrum in ons land. Het is in de eerste plaats uiterst belangrijk om de haalbaarheid van een dergelijk project te onderzoeken. De FOD Volksgezondheid analyseert op dit ogenblik een onderzoeksproject. Ik verwacht binnenkort een concreet voorstel dienaangaande.

Wat de uitgaven voor New Chirec en New Bordet betreft, kan ik het volgende meedelen. Deze projecten maken helemaal geen deel uit van de initiatieven uit het Kankerplan. Het gaat om projecten waarvoor het gewest zijn akkoord moet geven en die in de bouwkalender moeten worden opgenomen.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Is het dubbele consult eenmalig? Wat gebeurt er als een patiënt zowel zijn huisarts als een specialist raadpleegt, wat overigens raadzaam is? Wie krijgt in dat geval het honorarium?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie*. – *Dat wordt allemaal geregeld in het kader van het multidisciplinair oncologisch consult waaraan de behandelende arts kan deelnemen.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Ik blijf van mening verschillen met de minister over het hadroncentrum. Voor mij is dat geen evidence-based medicine. Het heeft nog niets bewezen. Als dat al zo zou zijn, dan bestaan er grensoverschrijdende samenwerkingverbanden met onder meer Luik, Maastricht en Limburg. Vergeet niet dat het gaat om een dure investering. In tijden van budgettaire schaarste verzoek ik de minister hiermee rekening te houden.*

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie*. – *We moeten het verslag van de FOD afwachten.*

*Ik was tot een akkoord gekomen met de heer Herman De Croo. Uiteindelijk heeft hij samengewerkt met alle Belgische*

universités du Royaume qui étaient demanderesse d'un tel centre en Belgique, tant pour ce qui concerne le traitement que la recherche.

La décision sera prise par le prochain gouvernement sur la base d'une proposition très précise, notamment en termes budgétaires et d'implantation.

Pour le moment je n'ai rien décidé, si ce n'est la constitution d'un groupe de travail pour lequel j'attends des conclusions.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *J'imagine que les universités le demandent pour l'aspect innovation et recherche mais telle n'est pas la tâche principale de l'assurance maladie. Je vous invite dès lors instamment à bien réfléchir à la question, d'autant plus que des centres sont disponibles à l'étranger, à proximité de nos frontières, et que les soins transfrontaliers sont d'ores et déjà une réalité. Nous devons certainement revenir sur cette discussion à l'avenir.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Puisqu'il existe beaucoup de choses ailleurs, il suffit d'y envoyer les Belges !

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les résultats de l'examen de sortie en kinésithérapie» (n° 5-63)**

### **Demande d'explications de M. Louis Ide au premier ministre, chargé de la Coordination de la Politique de migration et d'asile et à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la situation après l'examen de sortie en kinésithérapie 2010» (n° 5-87)**

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

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Jusqu'il y a trois ans, les diplômés en kinésithérapie flamands devaient présenter un examen de sortie. Je suis par principe adversaire d'un tel examen. Il est aberrant d'interdire à ceux qui terminent leurs études de devenir kinésithérapeute indépendant. Il faudrait le faire plus tôt.*

*Les chiffres de la Commission de planification m'avaient appris que, ni côté du francophone ni du côté flamand, il n'y aurait d'excédent pour les années 2008 et 2009. J'avais donc déposé, fin 2007 ou début 2008, une proposition de loi visant à supprimer l'examen de sortie. J'ai été très frustré de constater que cette proposition n'avait pas été examinée et que le gouvernement n'avait pas pris d'initiative.*

*Maintenant que, pour la première fois, trop de kinésithérapeutes francophones terminent leurs études, on veut tout à coup supprimer l'examen de sortie. Il y a*

*universiteiten die vragende partij waren voor een centrum in België, zowel voor de behandeling als voor het onderzoek.*

*De beslissing zal door de volgende regering worden genomen op basis van een gedetailleerd voorstel, in het bijzonder op het vlak van budget en vestiging.*

*Op het ogenblik heb ik nog niets beslist, buiten de samenstelling van een werkgroep waarvoor ik wacht op de besluiten.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik kan me voorstellen dat de universiteiten dat vragen vanuit het aspect innovatie en onderzoek, maar dat is niet de kerntaak van de ziekteverzekering. Ik vraag dus met aandrang daar goed over na te denken, te meer omdat in het nabije buitenland centra beschikbaar zijn en de grensoverschrijdende zorg nu al een realiteit is. Ik denk dat we die discussie in de toekomst zeker nog zullen voeren.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Als in het buitenland dan toch zoveel bestaat, moeten we de Belgen misschien maar daarheen sturen!*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de resultaten van het uitgangsexamen kinesitherapie» (nr. 5-63)**

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de eerste minister, belast met de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid en aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de stand van zaken na het uitgangsexamen kinesitherapie 2010» (nr. 5-87)**

**De voorzitter.** – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Tot drie jaar geleden moesten Vlaamse afgestudeerde kinesitherapeuten een uitgangsexamen afleggen. Principieel ben ik tegen zo'n uitgangsexamen gekant. Het is een onding. Het kan toch niet dat mensen aan het einde van hun studies nog worden verhinderd zelfstandig kinesitherapeut te worden. Dat moet vroeger gebeuren.

Uit de cijfers van de Planningscommissie wist ik dat er voor de jaren 2008 en 2009 geen overschotten zouden zijn, noch aan Franstalige, noch aan Vlaamse kant. Daarom heb ik eind 2007, begin 2008 een wetsvoorstel ingediend om het uitgangsexamen af te schaffen. Groot was natuurlijk mijn frustratie toen ik merkte dat het voorstel niet werd behandeld en dat er evenmin een regeringsinitiatief kwam.

Wanneer echter voor het eerst te veel Franstalige kinesisten afstuderen, wordt plots wel alles in gang gezet om het

*manifestement deux poids et deux mesures.*

*La ministre a déclaré à la presse que la Commission de planification conseillait de supprimer l'examen de sortie. Il ne s'agit que d'une demi-vérité. L'avis de la Commission indique aussi que la responsabilité doit être confiée aux communautés, lesquelles devraient aussi réfléchir au contenu de la kinésithérapie. Que le communiqué du gouvernement le taise pudiquement me gêne quelque peu.*

*Quelques diplômés en kinésithérapie francophones ont entamé une action en justice et le juge a décidé que le résultat de l'examen de sortie ne peut être annoncé tant que la clarté n'aura pas été faite quant au renouvellement des numéros INAMI provisoires. Si on reconduit les numéros INAMI des kinésithérapeutes qui viennent de présenter l'examen de sortie, ils entreront sur le marché du travail. Même Axxon, une union professionnelle fédérale de kinésithérapeutes, confirme que les conséquences pour la kinésithérapie en Belgique francophone seraient dramatiques. Le problème n'est donc pas purement communautaire. Axxon craint que des milliers de kinésithérapeutes supplémentaires ne viennent inonder le marché du travail en Belgique francophone, et qu'une baisse de la qualité en résulte.*

*Voici mon unique question : quelles sont les intentions de la ministre et du gouvernement quant à la reconduction des numéros INAMI ? En les reconduisant, on court-circuiterait l'examen de sortie. En fait, la reconduction des numéros INAMI devrait être abolie sur-le-champ.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je suis persuadée que si j'avais accepté votre proposition de loi avant la chute du gouvernement et avant de connaître le nombre de lauréats, nous n'en parlerions pas. Nous attendions l'avis de la Commission de planification. Celle-ci a exprimé la nécessité d'en terminer avec cet examen, ce qui est aussi mon sentiment. Cela ne signifie cependant pas qu'une planification ne soit pas nécessaire.

Nous risquons d'être confrontés à un manque de kinésithérapeutes spécialisés. Si le gouvernement n'était pas tombé au mauvais moment, nous aurions pu disposer de l'avis de la commission et en terminer avec cet examen, mais dans un cadre planifié, nous inscrivant ainsi dans la ligne de bon nombre de propositions de loi, dont la vôtre.

Cela dit, sous la précédente législature, nous avons déjà procédé à un assouplissement des quotas. En effet, le ministre Vandenbroucke avait pris un certain nombre de mesures afin de lutter contre la pléthore de kinésithérapeutes qui avait été reconnue par tous les experts, mais il a été tellement efficace que la Commission de planification a proposé d'assouplir les quotas à partir de 2008. Deux arrêtés ont dès lors été pris, respectivement en 2008 et en 2009, en vue de porter les quotas de 350 à 450 et d'y ajouter un nombre équivalant à l'ensemble des kinésithérapeutes ayant moins de 500 contacts par an. Ces augmentations, qui n'ont aucun caractère communautaire, ont abouti à la suppression des examens tant au nord qu'au sud du pays en 2008 et en 2009, le nombre de

uitgangsexamen alsnog af te schaffen. Er wordt dus duidelijk met twee maten gemeten.

In de pers verklaarde de minister dat de Planningscommissie adviseert het uitgangsexamen af te schaffen. Dat is maar een deel van de waarheid. In het advies van de Planningscommissie staat ook dat de verantwoordelijkheid bij de gemeenschappen moet worden gelegd en dat de gemeenschappen ook meer moeten nadenken over de invulling van de kinesitherapie. Het stoort me een beetje dat daarover in het communiqué van de regering zedig wordt gezwegen.

Enkele Franstalige afgestudeerde kinesitherapeuten zijn naar de rechtbank getrokken en de rechter heeft beslist dat het resultaat van het uitgangsexamen niet bekend mag worden gemaakt zo lang er geen duidelijkheid is over de verlenging van de voorlopige RIZIV-nummers. Als de RIZIV-nummers van de kinesitherapeuten die nu het uitgangsexamen hebben afgelegd, worden verlengd, dan komen zij alsnog op de markt. Ook Axxon, een federale beroepsvereniging van kinesitherapeuten, bevestigt dat dit dramatisch zou zijn voor de kinesitherapie in Franstalig België. Het probleem heeft dus ook een niet-communautaire kant. Axxon vreest dat in Franstalig België duizenden kinesitherapeuten extra op de markt zullen komen, voor wie er eigenlijk te weinig werk zal zijn, met kwaliteitsverlies tot gevolg.

Ik heb maar één vraag. Wat zijn de minister en ook de hele regering van plan te doen rond de verlenging van de RIZIV-nummers? Indien ze worden verlengd, dan neemt men een loopje met het uitgangsexamen. Eigenlijk moet de verlenging van de RIZIV-nummers vandaag worden opgeheven.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik ben ervan overtuigd dat we, indien ik uw wetsvoorstel had aanvaard voor de val van de regering en voor we het aantal geslaagden kenden, hier nu niet over zouden spreken. We wachtten op het advies van de planningscommissie. Volgens de planningscommissie moet dat examen worden afgeschaft, wat ook mijn mening is. Dat betekent echter niet dat een planning niet nodig is.*

*Er dreigt een tekort te ontstaan aan gespecialiseerde kinesitherapeuten. Als de regering niet op het slechte moment was gevallen, hadden we over het advies van de commissie kunnen beschikken en het examen kunnen afschaffen, maar dan wel volgens een planning en in de lijn van heel wat wetsvoorstellen, waaronder het uwe.*

*Los daarvan hebben we in de vorige regeerperiode al wel de quota versoepeld. Minister Vandenbroucke had een aantal maatregelen genomen om de overvloed aan kinesitherapeuten, die alle experts toegaven, in te dijken. Die maatregelen waren echter zo efficiënt dat de planningscommissie voorgesteld had de quota te versoepelen vanaf 2008. Daarop werden twee besluiten genomen, respectievelijk in 2008 en 2009, om de quota van 350 tot 450 te verhogen en dat aantal te verhogen met een even groot aantal als het totaal aantal kinesitherapeuten met minder dan 500 contacten per jaar. Die verhogingen, waaraan geen enkel communautair aspect is verbonden, hebben geleid tot de afschaffing van de examens in 2008 en 2009, zowel in het noorden als in het zuiden van het land, omdat het aantal*

candidats étant inférieur aux quotas ainsi calculés.

Les quotas ont été augmentés. L'examen allait être supprimé. C'est à ce moment que le gouvernement est tombé.

Il n'y a actuellement pas d'accord au sein du gouvernement pour gérer le problème en période d'affaires courantes. Sauf changement d'attitude, les numéros INAMI seront conservés par les diplômés jusqu'à la fin de l'année. Pour les prolonger, un accord sera nécessaire. Peut-être aurons-nous un gouvernement d'ici fin décembre ou peut-être le gouvernement en affaires courantes pourrait-il décider de procéder à une augmentation ? Actuellement, ce n'est pas le cas.

L'examen a donc bien eu lieu, conformément à la législation. En référé, un jugement a été rendu demandant de ne pas corriger et communiquer le résultat des examens en attendant un jugement sur le fond. Le dossier a été plaidé à l'audience le 19 novembre, et la décision est en délibéré.

Nous nous trouvons dès lors dans la situation prévue par la loi. Les quotas sont ceux qui figurent dans les textes, l'examen a eu lieu, les numéros INAMI restent disponibles jusqu'à la fin de l'année. Nous attendons la décision du tribunal au fond et, éventuellement, une nouvelle décision du Conseil des ministres en affaires courantes, mais il n'y a actuellement pas d'accord sur ce point.

Enfin, comme vous le savez, cette question concerne les kinésithérapeutes qui désirent s'établir comme indépendants et non ceux qui travaillent en maisons de repos, en hôpital, etc.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *L'avis de la commission de planification est clair : les communautés doivent prendre leurs responsabilités en la matière. On ne peut pas décider de ne suivre qu'une partie de cet avis.*

*J'avais déjà déposé la proposition de loi en janvier 2008, mais elle est restée en souffrance pour une raison ou l'autre. Aucune initiative n'a été prise. Je ne peux me défaire de l'impression que dès qu'un problème surgit du côté francophone, tout doit être résolu rapidement.*

*Si on organise un examen de sortie, les résultats doivent être respectés. Le résultat de cet examen sera-t-il respecté ?*

*Deux discussions sont possibles. Soit nous arrivons à un accord sur la suppression de l'examen de sortie. Cet accord devrait alors être transposé en loi. Ce sera pour la prochaine génération. Mais le fait est qu'un examen de sortie a eu lieu et qu'il y a un résultat. Je serais curieux de savoir si le présent gouvernement en affaires courantes respectera ce résultat, avec pour conséquence que certains ne pourront travailler comme kinésithérapeute indépendant. Quelles sont les intentions de la ministre ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je vous propose d'attendre le prononcé du jugement.

Pour le reste, la commission de la Santé de la Chambre des représentants examine plusieurs propositions de loi. La semaine prochaine, elle devrait auditionner des membres de la

*kandidaten lager was dan de aldus berekende quota.*

*De quota waren verhoogd. Het examen ging worden afgeschaft. Toen viel de regering.*

*Er is op dit ogenblik geen akkoord binnen de regering om het probleem te regelen in de periode van lopende zaken. Indien die houding niet verandert, zullen de gediplomeerden hun RIZIV-nummer behouden tot het einde van het jaar. Om ze te verlengen is een akkoord nodig. Misschien hebben we tegen eind december een regering of misschien kan de regering in lopende zaken over een verhoging beslissen. Op dit ogenblik is dat niet het geval.*

*Het examen heeft dus plaatsgevonden, in overeenstemming met de wetgeving. In kort geding werd in een vonnis geëist de examens niet te verbeteren en de resultaten niet mee te delen in afwachting van een uitspraak ten gronde. Het dossier werd gepleit op de zitting van 19 november en de beslissing is in beraad.*

*We bevinden ons dus in een wettelijke situatie. De gehanteerde quota zijn die uit de teksten, het examen heeft plaatsgevonden, de RIZIV-nummers blijven beschikbaar tot het einde van het jaar. We wachten op de rechterlijke beslissing ten gronde en, eventueel, op een nieuwe beslissing van de ministerraad van de regering in lopende zaken. Op dit ogenblik is daarover echter geen akkoord.*

*Zoals u weet, heeft dit probleem betrekking op de kinesitherapeuten die zich als zelfstandige willen vestigen en niet op de kinesitherapeuten die onder meer in rusthuizen en ziekenhuizen werken.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – In het advies van de planningscommissie staat duidelijk dat de gemeenschappen ter zake verantwoordelijkheid moeten dragen. Men kan niet maar een deel van het advies volgen.

Al in januari 2008 heb ik het wetsvoorstel ingediend, maar het is om een of andere reden blijven liggen. Er werd geen initiatief genomen. Ik kan me niet van de indruk ontdoen dat, wanneer aan Franstalige kant een probleem ontstaat, alles vlot moet worden geregeld.

Als een uitgangsexamen wordt georganiseerd, dan moeten de resultaten worden gerespecteerd. Zal de uitslag van dit examen worden gerespecteerd?

Er zijn twee mogelijke discussies. Ofwel bereiken we een akkoord over het afschaffen van het uitgangsexamen. Als daarover een akkoord is, dan moet dat in een wet worden omgezet. Dat zal voor de volgende generatie zijn. Maar nu worden we geconfronteerd met het feit dat er een uitgangsexamen was en dat er een uitslag van is. Ik ben bijzonder benieuwd of deze regering van lopende zaken die uitslag ook zal respecteren, waardoor een aantal mensen niet als zelfstandige kinesitherapeut zal kunnen werken. Wat is de intentie van de minister?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik stel voor te wachten op de uitspraak van de rechter.*

*Voor het overige onderzoekt de commissie voor de Volksgezondheid van de Kamer verschillende wetsvoorstellen. Volgende week zijn hoorzittingen gepland met onder meer*



commission de planification, des associations de kinésithérapeutes, etc. Ensuite, nous verrons si un accord se dégage au sein de la commission pour légiférer à ce sujet.

### **Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la publicité pour le tabac sur les médias sociaux» (n° 5-19)**

*M. Dirk Claes (CD&V). – Nous constatons depuis longtemps que l'industrie du tabac fait preuve d'une grande inventivité lorsqu'il s'agit de contourner les directives relatives à la publicité pour le tabac. Bien qu'officiellement, les médias sociaux ne fassent pas partie de ses communications de marketing, l'industrie du tabac organise notamment des ateliers de promotion par ce biais. L'année dernière, s'est déroulé en Inde un grand forum lors duquel un expert américain des médias a donné un cours concernant le marketing sur les médias sociaux. L'industrie du tabac était présente mais les participants étant soumis au secret professionnel, aucune information n'a filtré.*

*La publicité pour le tabac devient fréquente sur YouTube et sur les médias sociaux tels que Facebook. On peut comparer la question au débat relatif au tabagisme présent dans les films. Lorsqu'une image positive est associée à celui-ci, le nombre de jeunes fumeurs augmente, ce que nous voulons précisément éviter.*

*Officiellement, l'industrie du tabac nie toute implication dans les nombreuses pages Fan et vidéos. Une étude de l'université de Sydney montre toutefois que certains collaborateurs du géant du tabac British American Tobacco – BAT – ont créé des pages Facebook consacrées à ses grandes marques.*

*La publicité pour le tabac sur les médias sociaux relève-t-elle de la législation en vigueur concernant la publicité relative à ces produits ?*

*La ministre dispose-t-elle des outils suffisants pour lutter contre ce phénomène ou celui-ci requiert-il une modification de la loi en vigueur ?*

*La ministre est-elle disposée à faire étudier le rôle joué par Facebook et par YouTube dans l'image liée au tabac ?*

*Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La diffusion de publicité pour le tabac sur des sites internet comme YouTube et sur les médias sociaux n'est pas un phénomène nouveau. Le service de contrôle Tabac du SPF Santé publique mène d'ailleurs des enquêtes concernant les infractions commises et travaille en étroite collaboration avec la cellule de surveillance internet du SPF Économie et la police de l'internet. En Belgique comme ailleurs, la grosse difficulté est de trouver le responsable.*

*En 2009, le service de contrôle Tabac a rédigé un P.V. détaillé à l'encontre de BAT pour diffusion de publicité sur internet. Cette société avait effectivement développé un site web pour lancer une nouvelle marque de tabac. On a fait de*

*leden van de planningscommissie en met vertegenwoordigers van de verenigingen van kinesitherapeuten. Daarna kunnen we zien of de commissie een akkoord kan bereiken om wetgevend op te treden.*

### **Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «reclame voor tabak via de sociale media» (nr. 5-19)**

**De heer Dirk Claes (CD&V).** – We stellen al een hele tijd vast dat de tabaksindustrie de richtlijnen betreffende de tabaksreclame op een vindingrijke manier weet te ondermijnen. Hoewel de sociale media officieel geen deel uitmaken van haar marketingstrategie, organiseert de tabaksindustrie via dergelijke netwerken onder meer workshops over promotie. Vorig jaar was er in India een groot forum waar een Amerikaans mediadeskundige een cursus gaf over hoe om te gaan met sociale media in de markten. De tabaksindustrie was aanwezig, maar er is niets uitgelekt, want er was een stringente zwijgplicht voor iedereen die de cursus volgde.

Tabaksreclame duikt echter steeds vaker op via YouTube en sociale media, zoals Facebook. Het probleem van de sigaret in de sociale media is vergelijkbaar met het debat over roken in films. Wanneer rond roken een positief gevoel en beeld wordt gecreëerd, ziet men het aantal rokende jongeren toenemen. Dat willen we nu net voorkomen.

Officieel ontkent de tabaksindustrie elke betrokkenheid bij de vele fanpagina's en filmpjes. Een studie van de universiteit van Sydney brengt echter aan het licht dat een aantal medewerkers van tabaksgigant British American Tobacco (BAT) Facebookpagina's hebben opgericht over grote BAT-merken.

Valt tabaksreclame via sociale media, waaraan vooral jongeren worden blootgesteld, onder de geldende wetgeving over tabaksreclame?

Heeft de minister voldoende tools om de strijd hiertegen aan te gaan of is een aanpassing van de geldende wetgeving vereist?

Is de minister bereid te laten onderzoeken welke rol Facebook en YouTube spelen in de beeldvorming rond tabak?

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De verspreiding van tabaksreclame via internetsites als YouTube en via sociale media is geen nieuw verschijnsel. De Tabakscontroledienst van de FOD Volksgezondheid onderzoekt de inbreuken en werkt daarvoor nauw samen met de cel Internetbewaking van de FOD Economie en de internetpolitie. Het grote probleem, zowel in België als elders, is het vinden van de verantwoordelijke.

In 2009 heeft de Tabakscontroledienst een uitgebreid proces-verbaal tegen tabaksfabrikant BAT opgesteld wegens de verspreiding van tabaksreclame via internet.

Het bedrijf BAT had namelijk een website ontwikkeld om een

*la publicité dans les discothèques et dans les cafés branchés. Les jeunes ont été attirés par la publication de photos prises lors d'événements divers et par la distribution de cartes mentionnant le nom et le mot de passe du site.*

*Quant au contenu du site, la marque a même fait appel à un bureau de marketing professionnel.*

*Ce dossier a été transmis au parquet de Bruxelles en 2009. À la suite d'un arrangement à l'amiable, BAT a dû payer un montant de 200 000 euros en avril 2010.*

*S'agissant d'un problème international, l'attention de l'OMS a été attirée. Ainsi, en 2008, lors de la troisième conférence des parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac, des lignes directrices ont été approuvées, visant à une bonne application de l'article 13 de ladite convention, relatif à la publicité, la promotion et le sponsoring. Les dispositions de l'article 13 doivent être appliquées à l'échelon local dans les cinq ans à partir de l'entrée en vigueur de la convention-cadre dans chacun des pays parties à la convention.*

*Des recommandations en faveur de nouvelles mesures de lutte contre la publicité, la promotion et le parrainage transfrontaliers ont été proposées en 2008. Entre-temps, l'impact de ces propositions a été évalué et la quatrième conférence des parties, qui a eu lieu la semaine dernière, a décidé de constituer un groupe d'experts concernant la publicité, la promotion et le parrainage transfrontaliers. Ce groupe sera, en particulier, chargé d'identifier les innovations technologiques en la matière et l'évolution des bonnes pratiques concernant la lutte contre ce phénomène.*

*M. Dirk Claes (CD&V). – Je me réjouis des initiatives déjà prises en la matière et de savoir que ce problème est débattu à l'échelon international.*

*Il faut vérifier si nous devons, en Belgique, procéder à des modifications législatives pour que les recommandations de la FCTC puissent être exécutées dans les cinq ans.*

*La constitution d'un groupe d'experts est en tout cas un point positif. Nous sommes sur la bonne voie, mais il ne faudra pas lâcher prise.*

### **Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les patients caricaturés» (n° 5-70)**

*(M. Dirk Claes, président, reprend place au fauteuil présidentiel.)*

**Mme Fabienne Winckel (PS).** – Dernièrement, une firme a mis sur le marché de la grande distribution et chez les marchands de journaux et de jouets des figurines bipolaires, clairement appelées « les Skyzos ».

Réversibles, une face étant sombre et menaçante et l'autre, souriante, ces jouets sont, par ce changement instantané de l'humeur, associés à la schizophrénie.

nieuw tabaksmerk te lanceren. In discotheken en trendy cafés werd reclame gevoerd. Jongeren werden gelokt door op verschillende evenementen foto's te nemen en kaartjes met de naam en het paswoord van de website uit te delen.

Voor de inhoud van de website deed het merk zelfs een beroep op een professioneel marketingbureau.

Het dossier werd in 2009 aan het parket van Brussel bezorgd. In april 2010 moest BAT, als gevolg van een minnelijke schikking, 200 000 euro betalen.

Omdat het hier een internationaal probleem betreft, trok dit de aandacht van de WHO. Zo nam de derde conferentie van de partijen van het Kaderverdrag ter bestrijding van tabaksgebruik (FCTC) in 2008 richtsnoeren aan voor een goede toepassing van artikel 13 van de Kaderconventie inzake tabakscontrole, dat handelt over de tabaksreclame, de promotie en sponsoring van tabak. De bepalingen van artikel 13 dienen lokaal te worden toegepast binnen de vijf jaar na de inwerkingtreding van het FCTC in elk land dat partij is bij het FCTC.

In 2008 werden aanbevelingen voorgesteld om nieuwe maatregelen te nemen in de strijd tegen de grensoverschrijdende reclame, promotie en sponsoring. Het effect van deze voorstellen werd ondertussen geëvalueerd en de vierde conferentie van de partijen die vorige week heeft plaatsgevonden, heeft beslist om een groep van experts op te richten voor de publiciteit, de promotie en de grensoverschrijdende sponsoring. Deze groep zal in het bijzonder belast worden met de identificatie van de technologische innovaties in dit domein en de evolutie van good practices voor de strijd tegen dit fenomeen.

**De heer Dirk Claes (CD&V).** – Het verheugt me dat al opgetreden is tegen het fenomeen van tabaksreclame via de sociale media. Het verheugt me ook dat dit probleem op wereldniveau wordt besproken.

We moeten nagaan of we in België nog wetswijzigingen moeten doorvoeren om de aanbevelingen van het FCTC binnen de vijf jaar te kunnen uitvoeren.

Het is in ieder geval positief dat een expertisegroep is samengesteld. We zitten op de goede weg. Nu mogen we dit probleem niet loslaten.

### **Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «gekarikaturiseerde patiënten» (nr. 5-70)**

*(Voorzitter: de heer Dirk Claes.)*

**Mevrouw Fabienne Winckel (PS).** – Onlangs heeft een firma via de grootwarenhuizen en de kranten- en speelgoedwinkels bipolaire poppetjes met de niet mis te verstane benaming 'de Skyzo's' op de markt gebracht.

*Men kan de poppetjes omkeren; aan de ene kant zien ze er somber en dreigend uit en aan de andere tonen ze een glimlach. Die plotse stemmingswisseling wordt geassocieerd*

Selon mes informations, ces figurines seraient déjà disponibles dans plus de 40 pays.

Les réactions d'associations de patients semblent avoir été très vives en France, où certains exigent la suspension de la vente et le retrait pur et simple du marché de ces figurines, qui n'amusent évidemment pas les patients ni leurs proches.

On peut partager ce sentiment quand on connaît la complexité et la gravité de cette maladie mentale, qui présente même un risque élevé de suicide.

Le professeur Linkowski, qui dirige le laboratoire de recherches psychiatriques de l'Hôpital Erasme et est aussi vice-président de la Ligue belge de schizophrénie, a estimé que cette pratique caricaturait la maladie et accentuait l'incompréhension et la stigmatisation. Dans le cas de cette maladie, a-t-il ajouté, la resocialisation est essentielle et se trouve même au cœur de la guérison. Dès lors, utiliser le nom de cette maladie pour des objets bipolaires constituerait, selon lui, un abus de langage et poserait problème du point de vue de l'éthique.

Votre département a-t-il été sensibilisé à ce dossier ?

Des associations de patients ont-elles réagi et des mesures sont-elles prises pour rencontrer ce problème qui a trait au respect des patients concernés ?

Bref, quel est l'état de la situation ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Mon administration n'a pas encore été interrogée au sujet de cette caricature des patients schizophrènes. En Belgique, les figurines « Skyzos » n'ont, à ce jour, pas encore provoqué de réactions négatives. Aucune plainte n'a été enregistrée. Les associations des usagers en santé mentale et leurs familles ne se sont pas manifestées.

Cela dit, une étude a été réalisée par mes services afin de mieux appréhender ce jeu pour le moins douteux. Je reste attentive à l'évolution des pourparlers en France. En effet, et comme vous le savez probablement, des discussions sont actuellement en cours chez nos voisins entre les associations de familles de personnes qui souffrent de schizophrénie et les responsables de la société Panini, qui produit les figurines en question.

L'image symbolique de la maladie mentale véhiculée par les figurines « Skyzos » va évidemment à l'encontre de ma vision de la santé mentale. Elles véhiculent de vieux clichés et porte atteinte à la dignité des malades. Comme mes confrères internationaux, je pense qu'une politique de santé mentale de qualité doit lutter contre la stigmatisation des malades mentaux. C'est pourquoi la décision de réformer l'organisation de l'offre de soins a été prise de commun accord par les responsables politiques belges, à tous les niveaux de pouvoir.

L'organisation actuelle des soins de santé mentale évoluera progressivement pour laisser place à une nouvelle culture de travail, la finalité étant le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine. Dans le cas de la schizophrénie, la resocialisation est essentielle pour

met schizofrenie.

*Volgens de informatie waarover ik beschik, zouden die poppetjes al in 40 landen verkrijgbaar zijn.*

*In Frankrijk hebben patiëntenverenigingen blijkbaar zeer heftig gereageerd; patiënten en hun familieleden zijn uiteraard niet opgezet met die poppetjes en sommigen eisen zelfs dat de verkoop ervan wordt opgeschort en dat de poppetjes eenvoudigweg uit de rekken worden verwijderd.*

*Wie de complexiteit en de ernst van de mentale aandoening kent en weet dat ze samengaat met een hoog suïciderisico, kan daar wel inkomen.*

*Professor Linkowski, hoofd van het laboratorium voor psychiatrisch onderzoek en tevens ondervoorzitter van de Belgische Schizofrenieliga, is van oordeel dat die praktijk een karikatuur van de aandoening maakt en het onbegrip ervoor en het stigma erop versterkt. Resocialisatie is van wezenlijk belang bij de aandoening en maakt zelfs de kern van de genezing uit. De naam van de ziekte gebruiken voor bipolaire poppetjes is in zijn ogen een vanuit ethisch oogpunt onaanvaardbare vorm van taalmisbruik.*

*Heeft uw departement oog voor dat dossier?*

*Waren er reacties van patiëntenverenigingen en werden maatregelen genomen om het respect voor de patiënten te herstellen?*

*Kortom, wat is de stand van zaken?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Mijn administratie kreeg nog geen vragen over de karikatuur van schizofrene patiënten. In België hebben de 'Skyzo'-poppetjes nog geen negatieve reacties uitgelokt. Er werd geen enkele klacht genoteerd. De verenigingen voor geestelijke gezondheidszorg hebben zich niet uitgesproken.*

*Mijn diensten hebben evenwel een studie gemaakt om een beter inzicht te krijgen in het twijfelachtige allooi van het spel. Ik volg op de voet hoe de gesprekken in Frankrijk evolueren. Zoals u wellicht weet, discussiëren de verenigingen van familieleden van mensen die aan schizofrenie lijden, momenteel met de firma Panini, de producent van de poppetjes.*

*De symbolische voorstelling van de mentale aandoening die de 'Skyzo'-poppetjes uitdragen, staat natuurlijk haaks op mijn opvatting over geestelijke gezondheid. Ze propageren hardnekkige stereotypen en tasten de zieken in hun waardigheid aan. Evenals mijn internationale ambtgenoten ben ik van oordeel dat een kwaliteitsvol beleid inzake geestelijke gezondheid de stigmatisatie van de geesteszieken dient te bestrijden. Daarom hebben Belgische beleidsmakers op alle bestuurlijke niveaus in onderlinge overeenstemming beslist om het zorgaanbod aan te passen.*

*In de huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg wordt geleidelijk aan meer plaats ingeruimd voor een nieuwe arbeidscultuur die tot doel heeft de betrokkenen in hun eigen omgeving en hun oorspronkelijk sociaal netwerk te laten leven. In geval van schizofrenie is resocialisatie immers de kern van het genezingsproces.*

la guérison.

Des contacts avec Panini Belgique pourraient être pris ultérieurement. De même, la justice pourrait être sollicitée si l'on estimait que le jeu porte atteinte de manière significative à la dignité des malades.

Mes collaborateurs et moi-même restons à l'écoute des professionnels de la santé mentale et des familles. Nous resterons attentifs à l'évolution de la situation dans notre pays.

### **Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'implantation d'un second service hélicoptère médical sur le territoire de la province de Luxembourg» (n° 5-50)**

**Mme Dominique Tilmans (MR).** – Ma demande d'explications concerne à la fois les hôpitaux et le secours hélicoptère.

Dernièrement, les trois conseils médicaux de l'intercommunale VIVALIA se sont prononcés à l'unanimité – une grande première – en faveur d'une position commune, dans le cadre de la réorganisation des soins de santé en province de Luxembourg. Les médecins recommandent un modèle à deux pôles hospitaliers : l'un dans le centre nord, l'autre dans le sud. L'hôpital unique pourrait être une nouvelle option.

Les conseils médicaux souhaitent que le Conseil national des établissements hospitaliers, le CNEH, qui devra se prononcer à la fin de l'année, adopte une position claire.

Cette belle opportunité de rationaliser les hôpitaux nécessiterait la construction d'un nouvel hôpital. Je n'ignore pas qu'il s'agit d'une compétence régionale mais peut-on penser que le fédéral pourrait injecter des moyens financiers pour la création d'un nouveau site et pour la mise à niveau de l'hôpital du nord ?

Le deuxième volet de mon intervention concerne l'intervalle d'intervention des services d'urgence. Dans notre pays, il est fixé à quinze minutes maximum. Cependant, dans certaines régions excentrées de la province de Luxembourg comme celles de Virton ou de Bouillon, il faut parfois attendre jusqu'à quarante-cinq minutes l'intervention du SMUR.

L'hélicoptère de Saint-Jean de Bruges et le Spirit of Saint-Luc font partie d'une expérience pilote qui bénéficie d'un financement du SPF Santé publique ; chacun des appareils est subventionné à hauteur de 60 000 euros par an.

Malheureusement, le Spirit of Saint-Luc se trouve en bordure de la province de Luxembourg, en province de Liège, et ne parvient pas à réagir sur l'ensemble du territoire de la province de Luxembourg. En outre, il est parfois indisponible car occupé par une autre mission.

Dès lors se pose la question de l'implantation éventuelle d'un deuxième hélicoptère en province de Luxembourg, afin de

*Later kan dan contact worden opgenomen met Panini België. We zouden de zaak ook aanhangig kunnen maken bij justitie, als we van oordeel zijn dat het spel de waardigheid van de zieken aantast.*

*Mijn medewerkers en ikzelf blijven bereid te luisteren naar gezondheidswerkers uit de sector en naar familieleden. We blijven de ontwikkelingen ter zake in ons land op de voet volgen.*

### **Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vestiging van een tweede dienst voor medische hulpverlening per helikopter op het grondgebied van de provincie Luxemburg» (nr. 5-50)**

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR).** – Mijn vraag om uitleg betreft zowel de ziekenhuizen als de hulpverlening per helikopter.

*Onlangs hebben de drie medische raden van de intercommunale VIVALIA eenparig – een grote primeur – een gemeenschappelijk standpunt ingenomen over de reorganisatie van de gezondheidszorg in de provincie Luxemburg. De artsen staan een model voor met twee ziekenhuiscomplexen: een in het centrum noord en een in het zuiden. Een eengemaakt ziekenhuis zou een nieuwe optie kunnen zijn.*

*De medische raden wensen dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, die zich op het einde van het jaar moet uitspreken, een duidelijk standpunt inneemt.*

*Dat is een uitstekende gelegenheid om de ziekenhuissector te rationaliseren, maar dan moet er wel een nieuw ziekenhuis worden gebouwd. Ik weet dat dit een gewestbevoegdheid is, maar zou men zich kunnen voorstellen dat de federale overheid financiële middelen uittrekt om een nieuwe ziekenhuiscampus op te richten en om het noordelijk gelegen ziekenhuis te moderniseren?*

*Het tweede deel van mijn vraag betreft de interventietijd van de spoedhulpdiensten. Die is in ons land bepaald op maximaal vijftien minuten. In sommige afgelegen streken van de provincie Luxemburg zoals Virton of Bouillon moet men soms vijfenveertig minuten wachten op de MUG-interventie.*

*De helikopter van het Sint-Janshospitaal te Brugge en van de Spirit of Saint Luc maken deel uit van een proefproject dat gefinancierd wordt door de FOD Volksgezondheid; voor elk toestel ontvangt men jaarlijks een subsidie van 60 000 euro.*

*Spijtig genoeg bevindt de Spirit of Saint Luc zich in de provincie Luik aan de rand van de provincie Luxemburg en kan hij onmogelijk over het volledige grondgebied van de provincie Luxemburg opereren. Bovendien is hij vaak bezet voor een andere opdracht.*

*Vandaar rijst de vraag naar een eventuele tweede helikopter in de provincie Luxemburg, zodat alle inwoners op voet van*

placer tous les habitants sur un pied d'égalité.

L'implantation d'un deuxième service hélicoptéré en province de Luxembourg est-elle envisageable ?

Y êtes-vous favorable ? Peut-on espérer une intervention financière du fédéral et si oui, de quel montant ?

Si cette implantation ne pouvait être envisagée, quelles solutions alternatives éventuelles entrevoyez-vous pour permettre aux services d'urgence d'intervenir partout en province de Luxembourg dans le délai imparti de quinze minutes ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Trois nouveaux sites de départ de secours médicaux hélicoptérés ont ou vont être proposés cette année. Cela portera le nombre d'hélicoptères médicalisés belges à cinq dont trois pour les provinces de Liège et de Luxembourg.

Je reste persuadée que l'implantation de nouveaux SMU hélicoptérés doit se faire sur la base d'une planification reposant sur des données scientifiques et ne peut être une simple réponse à des demandes locales.

L'implantation de nouveaux SMU hélicoptérés ne peut dès lors être envisagée avant la publication de l'arrêté royal de planification et de normes du SMU hélicoptéré. Cela sous-tend, d'une part, que le Conseil national des établissements hospitaliers ait rendu l'avis qui était attendu pour la fin du mois de juin 2010 et, d'autre part, qu'il y ait un gouvernement qui ne soit plus en affaires courantes et puisse prendre de nouvelles initiatives. Aucune de ces conditions n'est remplie à ce jour.

**Mme Dominique Tilmans (MR)**. – Une date est-elle envisagée ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Nous attendrons l'avis du CNEH qui, lui, n'est pas prisonnier de l'agenda politique.

Cela dit, je le répète, cette matière n'entre pas *stricto sensu* dans les attributions d'un gouvernement en affaires courantes. Si cette situation devait se prolonger, les possibilités d'action du gouvernement devraient alors être élargies.

**Mme Dominique Tilmans (MR)**. – Madame la ministre, puis-je vous faire remarquer que vous n'avez pas répondu à la première partie de mon intervention qui portait sur la rationalisation des hôpitaux en province de Luxembourg et l'intercommunale VIVALIA ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Le texte de la demande d'explications que vous m'avez transmis ne contient pas de questions à ce sujet.

**Mme Dominique Tilmans (MR)**. – N'avez-vous reçu aucune question sur les trois conseils médicaux de l'intercommunale VIVALIA ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de

*égalité* worden bediend.

*Kan een tweede medische hulppost met helikopter in de provincie Luxemburg in overweging worden genomen?*

*Bent u ervoor gewonnen? Mogen we rekenen op een financiële tussenkomst van de federale overheid en zo ja, welk bedrag?*

*Als de oprichting van een tweede hulppost niet wordt overwogen, welke alternatieve oplossingen ziet u dan opdat de hulpdiensten overal in de provincie Luxemburg binnen de vooropgestelde vijftien minuten zouden kunnen interveniëren?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Dit jaar worden drie nieuwe medische hulpposten met helikopter voorgesteld. Zodoende zal het aantal hulpposten met helikopter in België stijgen van drie naar vijf, waarvan drie in de provincies Luik en Luxemburg.

*Ik blijf ervan overtuigd dat de vestiging van MUG-diensten met helikopter wetenschappelijk dient te worden gepland en niet louter mag afhangen van een plaatselijke vraag.*

*We kunnen derhalve geen nieuwe MUG-diensten met helikopter oprichten zolang het koninklijk besluit tot planning en normering ervan niet gepubliceerd is. Dat vooronderstelt dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen het advies uitbrengt dat al tegen einde juni verwacht werd, en dat de regering niet langer in lopende zaken is, maar nieuwe initiatieven kan nemen. Aan geen van beide voorwaarden is momenteel voldaan.*

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR)**. – Is er een datum vooropgesteld?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – We wachten op het advies van de NRZV die van zijn kant niet aan de politieke agenda gebonden is.

*Ik herhaal echter dat een regering van lopende zaken strikt genomen niet voor die materie bevoegd is. Mocht de situatie blijven aanslepen, dan dienen de actiemogelijkheden van de regering te worden uitgebreid.*

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR)**. – Mevrouw de minister, mag ik erop wijzen dat u me het antwoord op het eerste deel van mijn vraag over het rationaliseren van de ziekenhuizen in de provincie Luxemburg en de intercommunale VIVALIA schuldig blijft?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De tekst van uw vraag om uitleg die ik heb ontvangen, bevat daarover geen vragen.

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR)**. – Hebt u dan geen enkele vraag ontvangen over de drie medische raden van de intercommunale VIVALIA?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met

l'Intégration sociale. – Non, vous m'avez manifestement communiqué un autre texte que celui que vous possédez aujourd'hui.

**Mme Dominique Tilmans (MR).** – C'est vraiment regrettable car les personnes concernées attendent la réponse.

**Demande d'explications de  
Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le débat concernant l'aide financière de l'État grand-ducal pour études supérieures lors du Sommet européen de la sécurité sociale» (n° 5-51)**

**Mme Dominique Tilmans (MR).** – Un nouveau paradigme a été introduit par la décision grand-ducale d'instaurer une aide financière de l'État pour études supérieures. Il soulève de nombreuses questions, notamment quant aux conséquences de la répartition des allocations familiales entre la Belgique et le Grand-Duché.

La suppression des allocations familiales pour enfants âgés de plus de 18 ans qui poursuivent des études supérieures a bien sûr des conséquences sur l'unité des familles de frontaliers. En effet, certaines familles risquent désormais d'être divisées par rapport aux allocations familiales et au rang de l'enfant.

Je donne l'exemple d'une famille de quatre enfants, dont deux poursuivent des études supérieures et se trouvent dépendants des allocations familiales belges aux rangs 1 et 2, et deux sont mineurs et restent dépendants du système grand-ducal avec une diminution de rang (rangs 1 et 2 au lieu de 3 et 4).

Je me réjouis que la Belgique prenne désormais en charge les allocations familiales des enfants de frontaliers âgés de plus de 18 ans étudiant dans le supérieur. Cependant je m'interroge sur la concertation entre la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg. Comment éviter la division des familles ?

Nous savons que cette décision a pris effet le 1<sup>er</sup> octobre et était unilatérale. Existe-t-il un outil de coordination et de concertation entre la Belgique et le Luxembourg ? Si non, envisagez-vous de créer un tel outil pour éviter que chacun de ces deux États ne s'enferme dans sa logique par absence de réflexion et de décision communes ?

Le Sommet européen de la Sécurité sociale s'est tenu le 21 octobre. Vous deviez y soumettre ce problème. J'ai pris connaissance des conclusions du Sommet mais n'y vois aucune allusion à ce dossier pourtant si important pour de nombreuses familles de frontaliers car il détermine une part non négligeable de leurs revenus. Pouvez-vous me faire savoir ce qu'il en est ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je me suis insurgée contre cette décision, y compris par écrit. Je n'ai toutefois pas encore eu l'occasion de m'entretenir de ce problème avec ma collègue grand-ducale, Mme Jacobs. Mais je l'aurai. Je n'ai pas non

*Maatschappelijke Integratie.* – *Neen, u hebt me klaarblijkelijk een andere tekst bezorgd dan de tekst waarover u vandaag beschikt.*

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR).** – *Dat is werkelijk spijtig, want de betrokkenen wachten op het antwoord.*

**Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de discussie betreffende de financiële bijstand voor hogere studies van het Groothertogdom, tijdens de Europese Top over sociale zekerheid» (nr. 5-51)**

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR).** – *Met zijn beslissing om overheidshulp voor hogere studies in te voeren roept het Groothertogdom een nieuw paradigma in het leven. De gevolgen hiervan doen heel wat vragen rijzen, met name wat betreft de verdeling van de kinderbijslagen tussen België en het Groothertogdom.*

*De afschaffing van de kinderbijslag voor kinderen ouder dan 18 die hogere studies volgen, heeft natuurlijk haar weerslag op de gelijkberechtiging van gezinnen van grensgangers. Sommige gezinnen riskeren inderdaad een rangvermindering bij de berekening van de kinderbijslag voor hun minderjarige kinderen.*

*Een gezin met vier kinderen van wie er twee hogere studies volgen, hangt af van Belgische kinderbijslagen voor het eerste en het tweede kind en daardoor komen het derde en het vierde kind slechts in aanmerking voor Luxemburgse kinderbijslag als eerste en tweede kind: een rangvermindering dus.*

*Het verheugt me dat België voortaan de kinderbijslagen voor zijn rekening neemt waarop grensgangers recht hebben voor studenten hoger onderwijs ouder dan 18 jaar. Toch stel ik me vragen over het Belgisch-Luxemburgse overleg terzake. Hoe kunnen we de ongelijke behandeling van die gezinnen vermijden?*

*We weten dat die eenzijdige beslissing uitwerking heeft gekregen op 1 oktober. Bestaat er een coördinatie- en overleginstrument tussen België en Luxemburg? Zo niet, bent u zinnens dat instrument in het leven te roepen zodat kan worden belet dat beide staten bij gebrek aan reflectie en gemeenschappelijk besluitvorming aan hun eigen logica vasthouden?*

*Op 21 oktober vond de Europese Top over de Sociale Zekerheid plaats. U had dat probleem er moeten aankaarten. In de besluiten van de Top lees ik echter geen enkele verwijzing naar het dossier, dat nochtans bepalend is voor het inkomensniveau van talrijke gezinnen van grensgangers. Kunt u me de toestand uitleggen?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie.* – *Ik heb tegen die beslissing verzet aangetekend, ook schriftelijk. Ik heb evenwel nog niet de gelegenheid gehad hierover van gedachten te wisselen met mijn Luxemburgse collega, mevrouw Jacobs. Maar dat komt*

plus reçu de réponse de sa part à la lettre que je lui ai envoyée.

Par ailleurs, j'ai appris que la Commission européenne avait reçu des plaintes et qu'elle procédait à l'examen de la législation en cause. Il importe de noter que la Commission a déclaré qu'à première vue, l'introduction d'une condition de résidence pour l'accès aux aides financières pour les études supérieures lui semblait contraire aux règles communautaires applicables en matière de libre circulation des travailleurs, dans le sens où celle-ci aurait pour résultat d'exclure des bénéficiaires les enfants de travailleurs frontaliers.

Cette position est favorable aux frontaliers. Cependant il ne s'agit pas d'un avis contraignant puisque la Commission a souligné qu'elle prendrait les contacts nécessaires afin de recueillir des précisions sur les faits dénoncés et qu'elle pourrait ensuite prendre une décision définitive sur la suite à donner aux plaintes, comme par exemple l'engagement d'une procédure prévue à l'article 258 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

**Mme Dominique Tilmans (MR).** – Une des plaintes a été déposée par un groupement d'intérêt économique regroupant une ASBL de la province du Luxembourg et une association française. La Commission est amenée à interroger le Grand-Duché de Luxembourg, lequel dispose de deux mois pour répondre. Des actions individuelles ont par ailleurs été intentées auprès de juges du Grand-Duché de Luxembourg. Nous verrons si ces juges renverront à la Commission.

La riposte des frontaliers s'organise donc sur deux axes. Il est décevant que le Grand-Duché de Luxembourg ne réponde pas à vos courriers et qu'il n'y ait aucune concertation avec la Belgique à ce sujet.

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la problématique concernant l'organisation d'un système de garde pour dentistes» (n° 5-78)**

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Durant la précédente législature, la ministre m'avait répondu qu'elle n'était pas partisane d'une organisation centrale pour les services de garde dentaire. Elle en laisserait l'initiative aux associations professionnelles.*

*Le Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) gère depuis longtemps un système de garde qui fonctionne assez bien. Il y avait certes des problèmes avec les dentistes non affiliés au VVT, qui devaient débours 20 euros pour pouvoir prendre part au système de garde. Comme je l'avais prévu il y a quelques mois, l'union professionnelle concurrente Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT) a mis sur pied un système parallèle, lequel doit toutefois être agréé par les commissions médicales provinciales, et c'est là que le bât blesse. Pourtant, il y a longtemps que la VBT organise, par l'entremise du Tandheelkundige Kring Land van Aalst, un système de garde dont le règlement d'ordre intérieur a été approuvé par la commission médicale de la province de*

*nog wel. Ik mocht evenmin een antwoord op mijn schrijven ontvangen van harentwege.*

*Ik heb overigens vernomen dat de Europese Commissie ter zake klachten heeft ontvangen en de desbetreffende wetgeving onderzoekt. Belangrijk is dat de Commissie verklaard heeft dat een verblijfsvoorwaarde voor het recht op financiële bijstand voor hogere studies haar op het eerste gezicht tegenstrijdig lijkt met de gemeenschappelijke regels inzake het vrije verkeer van personen, in die zin dat daardoor kinderen van grensgangers van een recht worden uitgesloten.*

*Dat standpunt is gunstig voor de grensgangers. Het gaat echter niet om een bindend advies. De Commissie heeft beklemtoond dat ze meer gedetailleerde informatie zou inwinnen over de aan de kaak gestelde feiten en dat ze dan een definitieve beslissing zou nemen over de behandeling van de klachten, eventueel via de procedure bepaald bij artikel 25 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.*

**Mevrouw Dominique Tilmans (MR).** – *Een van de klachten is ingediend door een economische belangenvereniging die bestaat uit een vzw uit de provincie Luxemburg en een Franse vereniging. De Commissie moet nu een vraag richten tot het Groothertogdom, dat dan twee maanden tijd heeft om te antwoorden. Individuele rechtsonderhorigen hebben overigens een geding ingespannen voor Luxemburgse rechters. We zullen zien of die rechters naar de Commissie verwijzen.*

*De verdediging van de grensgangers volgt dus twee wegen. Het is teleurstellend dat het Groothertogdom Luxemburg niet op uw schrijven antwoordt en dat hierover geen overleg met België plaatsvindt.*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de problematiek rond het organiseren van de wachtregeling bij tandartsen» (nr. 5-78)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – De minister heeft me in de vorige legislatuur op een vraag geantwoord de wachtdiensten voor tandartsen niet centraal te willen organiseren. Ze zou het initiatief overlaten aan de beroepsverenigingen.

Het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) heeft al geruime tijd een wachtsysteem dat overigens behoorlijk goed werkt. Er waren wel problemen met tandartsen die niet bij de VVT waren aangesloten en die 20 euro moesten betalen om aan het wachtsysteem te kunnen participeren. Zoals ik maanden geleden voorspeld heb, heeft de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT), de concurrerende beroepsvereniging, dan een parallel wachtsysteem opgezet. Dat wachtsysteem moet echter goedgekeurd worden door de provinciale geneeskundige commissies en daar wringt nu het schoentje. Nochtans organiseert de VBT al heel lang via de Tandheelkundige Kring Land van Aalst een wachtsysteem waarvan het huishoudelijk reglement is goedgekeurd door de provinciale geneeskundige commissie Oost-Vlaanderen.

*Flandre orientale.*

*J'apprends que la commission médicale provinciale (CMP) du Limbourg a émis un avis négatif à la demande de la VBT d'organiser un service de garde.*

*Comment concevoir qu'un service de garde puisse fonctionner dans une province et pas dans une autre, je me pose d'ailleurs des questions sur l'attitude de la CMP du Limbourg. Quelle est la motivation de son avis négatif ? Une CMP est-elle bien habilitée à créer un service de garde ? Une CMP peut-elle s'opposer à l'initiative de la VBT ?*

*Je déplore que deux associations professionnelles organisent chacune un système de garde et me demande s'il ne vaudrait pas mieux mettre sur pied un système unique qui s'adresserait à tous les patients.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le répondre, une organisation professionnelle peut organiser son propre système de garde. Une commission médicale ne pourrait pas s'y opposer, dès lors qu'il n'existe pas de base légale qui le permettrait.*

*Les missions des commissions médicales sont variées et sont décrites à l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 concernant l'exercice des professions des soins de la santé.*

*D'abord, les commissions doivent prendre connaissance des rôles de garde que les organisateurs de service de garde préparent, ainsi que de toutes les modifications qui y sont apportées. Elles déterminent les besoins pour les services de garde et en contrôlent le fonctionnement. Les commissions approuvent également les règlements d'ordre intérieur des services et peuvent ainsi régler les différends liés aux services de garde. En cas d'insuffisance ou de manque de services de garde, les commissions peuvent prendre les mesures nécessaires.*

*Un groupe de travail des commissions médicales se penche pour l'instant sur cette question et fera bientôt une proposition.*

*Toutes les commissions médicales se réuniront en séance plénière le 8 décembre. À la suite de cette réunion, je m'attends à recevoir un premier projet de solution qui s'appliquera à toutes les organisations professionnelles gérant des gardes, et donc pas seulement pour les dentistes, le VVT et la VBT.*

*Les commissions médicales exercent leurs compétences de façon autonome. Durant la législature précédente, mon intention a été d'organiser un dispatching des services de garde pour les soins de première ligne. Il s'agit évidemment d'un processus à long terme.*

*Au sein de mon administration, les projets 1733 et HADISP sont en cours dans les provinces de Luxembourg et de Hainaut et à Bruges et visent à l'enregistrement de l'activité des médecins généralistes pendant les périodes de garde et l'analyse de la faisabilité de l'organisation d'un dispatching du médecin généraliste pendant le service de garde. Après évaluation, les dentistes pourront éventuellement être repris dans le projet 1733.*

Ik verneem dat vooral de provinciale geneeskundige commissie (PGC) Limburg een negatief advies uitbrengt op de vraag van de VBT om een wachtdienst te organiseren.

Hoe is het mogelijk dat een wachtdienst in de ene provincie wel kan functioneren en in een andere niet, waarbij ik me vragen stel bij het optreden van de PGC Limburg. Wat is de motivatie voor haar negatief advies? Kent de minister die? Is een PGC wel bevoegd om een wachtdienst op te richten? Kan een PGC een initiatief van de VBT een halt toeroepen?

Ik betreur dat twee beroepsverenigingen naast elkaar een wachtsysteem organiseren en vraag me af of het uiteindelijk toch niet beter zou zijn om voor alle tandartsen centraal een wachtdienst te organiseren zodat alle patiënten bij één wachtdienst terecht kunnen.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Zoals ik eerder al antwoordde, kan iedere beroepsorganisatie een eigen wachtsysteem organiseren. Een geneeskundige commissie kan dergelijk systeem in de regel niet weigeren. Daarvoor bestaat geen wettige basis.*

De rol van de geneeskundige commissies wordt beschreven in artikel 9 van het koninklijk besluit 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies.

Allereerst dienen de commissies kennis te nemen van de wachtrollen die de organisatoren van wachtdiensten opstellen, en van alle daaraan aangebrachte wijzigingen. Ze bepalen de behoeften inzake wachtdiensten en controleren de werking ervan. De commissies keuren ook de huishoudelijke reglementen van de wachtdiensten goed en kunnen geschillen inzake wachtdiensten beslechten. Bij een tekort of een gebrek aan wachtdiensten, kunnen de commissies de vereiste maatregelen treffen.

Een werkgroep van de geneeskundige commissies buigt zich momenteel over de problematiek en zal op korte termijn een voorstel doen.

Alle geneeskundige commissies komen op 8 december in plenaire vergadering bijeen. Van die vergadering verwacht ik een aanzet tot oplossing die van toepassing kan zijn voor alle beroepsorganisaties die wachtdiensten organiseren, en niet alleen voor de tandartsen en meer bepaald de VBT en het VVT.

De geneeskundige commissies oefenen hun bevoegdheden autonoom uit. In de vorige legislatuur was ik van plan een dispatching voor de eerstelijnszorg te organiseren. Dat vraagt natuurlijk tijd.

Mijn administratie leidt momenteel met betrekking tot de provincies Luxemburg en Henegouwen en Brugge de projecten 1733 en HADISP voor de registratie van de activiteiten van de huisartsen en voert een haalbaarheidsstudie voor de dispatching van de huisartsgeneeskunde tijdens de wachtdienst. Na evaluatie daarvan kunnen de tandartsen eventueel in het project 1733 worden opgenomen.

Aangezien de ontslagnemende regering uitsluitend lopende zaken kan behandelen, moet de volgende regering de zaak



*En tenant compte du contexte actuel des affaires courantes, ce projet devra être évalué par le prochain gouvernement.*

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la mammographie de dépistage» (n° 5-85)**

*M. Louis Ide (N-VA). – Deux types de mammographie existent, celle de dépistage et celle de diagnostic. Il a été établi scientifiquement que les mammographies de dépistage à double lecture sont non seulement meilleures mais aussi moins coûteuses. Selon le Conseil supérieur de la santé, le dépistage doit être réservé à une catégorie bien définie de femmes, sous peine de livrer trop de résultats faux positifs, qui mènent à des ponctions et à des examens superflus, engendrant de l'inquiétude et des coûts inutiles.*

*Quoique les mammographies de dépistage soient en augmentation dans les deux parties du pays, c'est surtout au sud que, selon l'Agence intermutualiste, les mammographies de diagnostic sont répandues. Ce qui m'inquiète, c'est que la ministre prévoirait des initiatives de promotion des mammographies de diagnostic, alors qu'elle devrait au contraire encourager les communautés à procéder à plus de dépistages.*

*La ministre est-elle prête à appliquer les principes de l'evidence-based medicine en promouvant les mammographies de dépistage ?*

*La ministre limiterait-elle les mammographies de diagnostic et les rendrait-elle moins intéressantes financièrement ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *La période d'affaires courantes ne me permet pas de me prononcer quant aux éventuelles futures actions à entreprendre.*

*Je tiens cependant à vous rappeler qu'une des actions du Plan cancer vise notamment à mettre au même niveau de qualité les deux systèmes de dépistage (les mammothests et les mammographies de diagnostic), afin d'éviter la concurrence entre ces deux systèmes et d'en optimiser l'utilisation et l'efficacité, ainsi que d'augmenter la participation des femmes pour améliorer le taux de dépistage du cancer du sein.*

*Il importe en effet d'améliorer l'accessibilité et la qualité du dépistage du cancer du sein afin de lutter au mieux contre cette problématique. L'assurance maladie essaie toujours d'y tendre tout en assurant une utilisation efficiente des moyens disponibles. De plus, les programmes de dépistage du cancer du sein font bien évidemment l'objet de discussions et de concertations au sein de la Conférence interministérielle Santé publique.*

*Une modification de la nomenclature des prestations de santé concernant la mammographie est actuellement en discussion à l'INAMI. Certaines propositions sembleraient s'orienter vers une diminution, voire suppression, du remboursement de certaines mammographies de diagnostic et éventuels examens*

beoordelen.

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de screeningsmammografie» (nr. 5-85)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Er bestaan twee soorten borstsonderzoeken: screeningsmammografieën en diagnostische mammografieën. Het is wetenschappelijk bewezen dat screeningsmammografieën met een dubbele lezing beter en bovendien goedkoper zijn. Daarnaast dienen de screenings volgens onder andere de Hoge Gezondheidsraad beperkt te worden tot een welbepaald segment van vrouwen. Zo niet, krijgt men te veel vals positieve uitslagen, die leiden tot overbodige puncties en onderzoeken en tot onrust en nodeloze kosten.

Hoewel de cijfers voor screeningsmammografieën in beide landsgedeelten omhoog moeten, zijn volgens het Intermutualistisch Agentschap de diagnostische mammografieën vooral in het zuiden van het land populair. Wat me verontrust, is dat de minister naar verluidt initiatieven plant om de diagnostische mammografieën te promoten, terwijl ze net de gemeenschappen zou moeten aanzetten tot meer screenings.

Is de minister bereid de principes van de *evidence-based medicine* toe te passen en dus de screeningsmammografie te bevorderen?

Zal de minister de diagnostische mammografie afbouwen en financieel minder interessant maken?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Als lid van een regering van lopende zaken kan ik mij niet over toekomstige maatregelen uitspreken.

Ik herinner er wel aan dat een van de doelstellingen van het Nationaal Kankerplan erin bestond om de kwaliteit van beide systemen – de mammothests en de diagnostische mammografieën – op hetzelfde peil te brengen. De bedoeling was om concurrentie tussen de twee te vermijden en om het gebruik en de efficiëntie te verhogen. Daarnaast beoogde men ook een betere opsporing van borstkanker door meer vrouwen aan de screenings te laten deelnemen.

Om het probleem zo goed mogelijk aan te pakken, is het immers belangrijk om de kankerscreening toegankelijker en kwaliteitsvoller te maken. De ziekteverzekering probeert efficiënt om te springen met de beschikbare middelen. Daarenboven worden de programma's om kanker op te sporen natuurlijk besproken in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Momenteel bespreekt het RIZIV de wijziging van de nomenclatuur voor de gezondheidsprestaties die met mammografieën verband houden. Sommige voorstellen lijken in de richting te gaan van een vermindering of afschaffing van de terugbetaling van sommige diagnostische mammografieën en bijkomende onderzoeken, zoals de echografieën. Laat het

*supplémentaires tels que par exemple les échographies. Je tiens à préciser clairement que j'y suis opposée.*

*Cela dit, il faut oser écouter ce que dit le Conseil technique médical de l'INAMI : pour certaines catégories de femmes, le dépistage peut des avoir des effets pervers dans la mesure où il est anxiogène et où il les expose à des rayons. C'est clair que plus on détecte de manière pointue, plus les examens médicaux s'enchaînent, ce qui représente bien évidemment un coût pour la sécurité sociale. Je suis persuadée qu'une solution adéquate pourra être trouvée en se mettant autour de la table avec les différents partenaires concernés et en réfléchissant ensemble à la meilleure politique à mettre en œuvre.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Ai-je bien compris que la ministre s'oppose à la réduction des mammographies de diagnostic et des échographies ?*

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Vous avez bien compris que je n'étais pas favorable à la proposition qui m'a été faite. J'ai toutefois proposé de réunir toutes les parties concernées pour continuer à promouvoir le dépistage du cancer du sein de toutes les manières possibles, tout en mettant en évidence les avancées scientifiques en termes d'efficacité.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je suis partisan d'un dépistage intensif du cancer du sein, mais il doit être evidence-based et evidence-based medicine signifie mammographie de dépistage, et pas la coûteuse mammographie de diagnostic suivie d'une échographie sans intérêt. Ma collègue ci-présente, gynécologue, le confirmera.*

*(La séance est levée à 16 h 05.)*

duidelijk zijn dat ik mij daartegen verzet.

Men moet durven te luisteren naar wat de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV zegt. Voor sommige categorieën vrouwen kan de screening averechtse gevolgen hebben omdat ze angstwekkend is en de vrouwen blootstelt aan straling. Hoe preciezer gedetecteerd wordt, hoe meer onderzoeken er worden gedaan, wat uiteraard kosten voor de sociale zekerheid met zich meebrengt. Ik ben ervan overtuigd dat we een gepaste oplossing zullen vinden wanneer we met de verschillende betrokken partijen overleggen over het beleid dat we het beste zouden voeren.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Heb ik goed begrepen dat de minister zich verzet tegen het terugschroeven van de diagnostische mammografie en de echografie?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Inderdaad, ik was geen voorstander van het voorstel dat me werd gedaan. Ik heb desondanks voorgesteld alle betrokken partijen samen te brengen om de opsporing van borstkanker op alle mogelijke manieren te blijven bevorderen. Terzelfder tijd heb ik de aandacht gevestigd op de nieuwe wetenschappelijke inzichten op het vlak van efficiëntie.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – *Ik ben voorstander van een doorgedreven screening voor borstkanker, maar die moet evidence-based zijn en evidence-based medicine betekent screeningsmammografie, en niet de dure, diagnostische mammografie gevolgd door een echografie die waardeloos is. Mijn collega hier naast mij, die gynaecoloog is, zal dat beamen.*

*(De vergadering wordt gesloten om 16.05 uur.)*