



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA
SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

mardi

24-10-2006

Après-midi

dinsdag

24-10-2006

Namiddag

SOMMAIRE

Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation erronée des services des soins intensifs et de réanimation" (n° 12293)
Orateurs: **Maggie De Block, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système d'autocontrôle et de traçabilité dans le secteur de la viande" (n° 12328)
Orateurs: **Maggie De Block, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la 'responsabilité sans faute' des médecins" (n° 12329)
Orateurs: **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence d'assise sociale à l'abattage rituel sans anesthésie" (n° 12355)
Orateurs: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins du diabète de type 2" (n° 12380)
Orateurs: **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes concernant les formulaires de déclaration de l'AFSCA" (n° 12385)
Orateurs: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 10

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la cardiologie" (n° 12534) 10

- Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des centres de cardiologie" (n° 12628) 10

INHOUD

Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verkeerd gebruik van de diensten intensieve zorg en reanimatie" (nr. 12293)
Sprekers: **Maggie De Block, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 1

Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het systeem van autocontrole en traceerbaarheid in de vleessector" (nr. 12328)
Sprekers: **Maggie De Block, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 3

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de no-faultaansprakelijkheid van artsen" (nr. 12329)
Sprekers: **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 4

Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van een maatschappelijk draagvlak voor onverdoofd ritueel slachten" (nr. 12355)
Sprekers: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 5

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de type-2-diabeteszorg" (nr. 12380)
Sprekers: **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 7

Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problemen met de aangifteformulieren van het FAVV" (nr. 12385)
Sprekers: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 9

Samengevoegde vragen van 10

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de cardiologie" (nr. 12534) 10

- mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de centra voor cardiologie" (nr. 12628) 10

- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la cardiologie" (n° 12655) <i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Dominique Tilmans, Benoît Drèze	10	- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de cardiologie" (nr. 12655) <i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dominique Tilmans, Benoît Drèze	10
Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus" (n° 12417) <i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	19	Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het vaccin tegen baarmoederhalskanker" (nr. 12417) <i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	19
Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du CT-scan et de la RMN" (n° 12421) <i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	20	Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van de CT-scan en de NMR" (nr. 12421) <i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	20
Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de médicaments dans les maisons de repos" (n° 12422) <i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	21	Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddelenverbruik in rustoorden" (nr. 12422) <i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	21
Questions jointes de	22	Samengevoegde vragen van	22
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de fatigue chronique" (n° 12450)	22	- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 12450)	22
- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la recherche scientifique récente sur le syndrome de fatigue chronique (SFC)" (n° 12653) <i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Magda De Meyer, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	22	- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het recente wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" (nr. 12653) <i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Magda De Meyer, Rudy Demotte , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	22
Question de Mme Véronique Ghenne à la vice-première ministre et ministre du Budget et de la Protection de la consommation sur "l'information du consommateur quant à des substances chimiques contenues dans les cosmétiques" (n° 12484) <i>Orateurs:</i> Véronique Ghenne, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	24	Vraag van mevrouw Véronique Ghenne aan de vice-eerste minister en minister van Begroting en Consumentenzaken over "de informatie voor de verbruiker inzake chemische stoffen in cosmetica" (nr. 12484) <i>Sprekers:</i> Véronique Ghenne, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	24
Question de Mme Annemie Turtelboom au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une étude portant sur les avantages des hôpitaux de petite taille" (n° 12495)	26	Vraag van mevrouw Annemie Turtelboom aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een onderzoek naar de voordelen van kleine ziekenhuizen" (nr. 12495)	26

Orateurs: **Annemie Turtelboom, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Sprekers: **Annemie Turtelboom, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de	27	Samengevoegde vragen van	27
- M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement du Fonds de lutte contre le tabagisme" (n° 12579)	27	- de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van het Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik" (nr. 12579)	27
- Mme Karine Jiroflée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'industrie du tabac et la Fondation Rodin" (n° 12648)	27	- mevrouw Karine Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tabaksindustrie en de Rodinstichting" (nr. 12648)	27
<i>Orateurs:</i> Yvan Mayeur, Karin Jiroflée, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Yvan Mayeur, Karin Jiroflée, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen d'admission pour les kinésithérapeutes" (n° 12533)	28	Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toelatingsexamen voor kinesisten" (nr. 12533)	28
<i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Daniel Ducarme		<i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Daniel Ducarme	

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MARDI 24 OCTOBRE 2006

Après-midi

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 24 OKTOBER 2006

Namiddag

La discussion des questions et interpellations est ouverte à 14 h 27 sous la présidence de M. Luc Goutry.

01 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation erronée des services des soins intensifs et de réanimation" (n° 12293)

01.01 Maggie De Block (VLD) : Une étude basée sur des données datant de la période 2001-2004 a montré qu'il existe de grandes différences dans l'utilisation des services de réanimation et de soins intensifs. Le rapport annuel 2005 de l'INAMI montre par ailleurs que les deux services sont souvent utilisés erronément. Certains hôpitaux continuent à accueillir au département des soins intensifs des patients qui ont subi une petite intervention. Cette utilisation erronée des services coûte 1,9 millions supplémentaires par an à l'assurance maladie.

En 2005, le ministre s'est engagé à faire parvenir le rapport à tous les médecins chefs des hôpitaux généraux de sorte que ceux-ci puissent l'évaluer à l'aune de leur pratique. Si les procédures n'étaient pas ou insuffisamment adaptées, le service d'Évaluation et de Contrôle médicaux interviendrait. Quelles actions ce service a-t-il déjà entreprises ?

Le ministre a-t-il examiné comme promis si les techniques de réanimation peuvent être intégrées aux montants de référence ? D'autres actions ont-elles également été entreprises pour limiter les dépenses ?

De vergadering wordt geopend om 14.27 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.

01 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verkeerd gebruik van de diensten intensieve zorg en reanimatie" (nr. 12293)

01.01 Maggie De Block (VLD): Uit een studie op basis van gegevens uit de periode 2001-2004 is gebleken dat er grote verschillen bestaan in het gebruik van de diensten reanimatie en intensieve zorgen. Het jaarrapport 2005 van het Riziv toont bovendien aan dat beide diensten vaak verkeerd gebruikt worden. Sommige ziekenhuizen nemen nog altijd patiënten die een kleine ingreep hebben ondergaan, op in de afdeling intensieve zorgen. Dit alles kost de ziekteverzekering 1,9 miljoen extra per jaar.

In 2005 beloofde de minister mij dat het rapport aan alle hoofdgeneesheren van de algemene ziekenhuizen toegestuurd zou worden, zodat zij het zouden kunnen toetsen aan hun praktijk. Als er geen of onvoldoende bijsturing zou komen, dan zou de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle optreden. Welke acties ondernam deze dienst reeds?

Heeft de minister, zoals beloofd, onderzocht of de reanimatietechnieken in de referentiebedragen kunnen worden geïntegreerd? Werden er nog andere acties ondernomen om de uitgaven te beperken?

01.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Avant toute chose je veux souligner que le rapport annuel 2005 de l'INAMI reproduit simplement les chiffres de l'étude évoquée.

Le service d'Évaluation et de Contrôle médicaux souhaite procéder à une mesure d'impact. Cette mesure doit couvrir un délai suffisamment long depuis la publication de l'étude. Les prestataires et les établissements de soins doivent en effet disposer de suffisamment de temps pour corriger leur pratique. Par ailleurs, toutes les données pertinentes relatives à la période considérée doivent être communiquées et validées, ce qui n'est possible que quelque temps après l'administration des soins. Par conséquent, la mesure de l'impact ne pourra être clôturée que l'an prochain.

Dans le cadre de la responsabilisation, le rapport en question a été largement commenté lors de la réunion annuelle de l'Union professionnelle belge de médecins-spécialistes.

Le service d'Évaluation et de Contrôle médicaux mène pour l'instant des enquêtes individuelles contre les prestataires et les institutions de soins qui ont procédé à des facturations de monitoring catéral non-conformes.

Le séjour aux soins intensifs figure dans le calcul des montants de référence, contrairement aux prestations de réanimation. Selon le rapport du Centre d'expertise relatif aux montants de référence, ce mode de calcul n'est peut-être pas le plus adéquat. La proposition du service d'Évaluation et de Contrôle médicaux d'intégrer ces prestations doit dès lors être considérée comme une manière de développer un instrument de mesure de la variabilité.

Le Centre d'expertise considère qu'il serait plus efficace d'évoluer vers une forfaitisation du financement des hôpitaux. La forfaitisation des médicaments en fonction de la pathologie s'inscrit certainement dans cette optique. Une approche similaire est actuellement envisagée pour le financement d'autres secteurs hospitaliers.

01.03 Maggie De Block (VLD) : On s'y attelle donc tout de même sérieusement. Un calendrier est-il déjà prévu ou appartiendra-t-il au prochain gouvernement de prendre une initiative en la matière ?

01.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) :

01.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Allereerst wil ik erop wijzen dat het jaarrapport 2005 van het Riziv gewoon de cijfers van de aangehaalde studie herneemt.

De dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle wil een impactmeting doen. Deze meting moet een voldoende lange tijdspanne beslaan sinds de publicatie van de studie. De zorgverleners en verplegingsinstellingen moeten immers voldoende tijd krijgen om hun praktijk bij te sturen. Bovendien moeten alle relevante gegevens met betrekking tot die periode aangeleverd en gevalideerd worden, wat pas enige tijd na het verstrekken van de zorg kan gebeuren. Bijgevolg kan de impactmeting pas volgend jaar afgerond worden.

In het kader van de responsabilisering werd het bewuste rapport uitgebreid toegelicht op de jaarvergadering van de Belgische beroepsvereniging van geneesheren en specialisten.

Intussen voert de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle wel individuele onderzoeken tegen zorgverleners en verplegingsinrichtingen die zich bezondigd hebben aan niet-conforme aanrekeningen van caterale monitoring.

Het verblijf op intensieve zorgen is opgenomen in de berekening van de referentiebedragen, maar de reanimatieprestaties niet. Het rapport van het Kenniscentrum met betrekking tot de referentiebedragen komt tot de conclusie dat deze werkwijze misschien niet de beste. Het voorstel van de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle om deze prestaties te integreren moet dan ook vooral gezien worden als een manier om een meetinstrument voor de variabiliteit te ontwikkelen.

Het Kenniscentrum denkt dat het efficiënter zou zijn te evolueren naar forfaitarisering in de financiering van de ziekenhuizen. De forfaitarisering van de geneesmiddelen volgens pathologie kadert zeker in deze visie. Op dit ogenblik wordt gewerkt aan een gelijkaardige benadering voor de financiering van andere ziekenhuissectoren.

01.03 Maggie De Block (VLD): Er wordt dus toch ernstig werk van gemaakt. Is er een timing vooropgesteld waarbinnen er een initiatief zal worden genomen of zal dat iets voor de volgende regering zijn?

01.04 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*):

Étant donné l'ampleur de la tâche, l'initiative incombera au prochain gouvernement.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système d'autocontrôle et de traçabilité dans le secteur de la viande" (n° 12328)

02.01 Maggie De Block (VLD) : Depuis 1996, les entreprises de transformation de la viande sont tenues d'effectuer des autocontrôles. Actuellement, deux audits complets sont réalisés annuellement par entreprise mais à partir de 2007, les inspections seront basées sur le profil de risque individuel. Les entreprises qui obtiennent une mention favorable seront donc moins souvent contrôlées que celles qui font l'objet d'une mauvaise appréciation.

Il se trouve que ces appréciations diffèrent considérablement d'une province à l'autre. Ainsi, 42 % des entreprises obtiennent une très bonne mention et 30 % une bonne mention dans le Brabant wallon. Seulement 3 % y ont fait l'objet d'une appréciation défavorable, alors qu'en Flandre orientale, par exemple, 54 % des entreprises se sont vu attribuer une mauvaise mention. Le système de l'autocontrôle ne serait-il pas encore bien développé ou a-t-il été instauré plus tôt dans certaines provinces que dans d'autres ? Comment le ministre explique-t-il ces différences ? Pense-t-il que les mentions défavorables doivent faire craindre un risque pour la sécurité alimentaire ? Le nombre de contrôles sera-t-il adapté sur la base des données chiffrées ? Quelles mesures a-t-on prises dans les provinces où les autocontrôles sont insuffisants ? Combien de contrôles ont été effectués au premier semestre de cette année ?

02.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : On remarque surtout les résultats dans le Brabant wallon. Il serait en effet souhaitable de procéder à une étude comparative des différences entre cette province et les autres provinces.

Les entreprises de transformation de la viande ont commencé en 1996 à mettre sur pied un système d'autocontrôle. A l'heure actuelle, une majorité des entreprises obtient une note se situant entre raisonnable et bon. La mise en oeuvre et l'optimisation de cet autocontrôle est un processus continu. C'est la raison pour laquelle l'AFSCA apprécie les autocontrôles d'une manière constructive, contrairement aux infrastructures ou aux règles en matière d'hygiène, où elle agit de

Gezien de omvang van het werk, zal dat voor de volgende regering zijn.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het systeem van autocontrole en traceerbaarheid in de vleessector" (nr. 12328)

02.01 Maggie De Block (VLD): Sinds 1996 zijn de vleesverwerkende bedrijven verplicht autocontroles uit te voeren. Momenteel worden er jaarlijks twee volledige audits per bedrijf verricht, maar vanaf 2007 zullen de inspecties gebeuren op basis van het individuele risicoprofiel. Bedrijven die goed scoren, zullen dus minder controles krijgen dan bedrijven met een slechte quotering.

Nu blijken die quoteringen nogal te verschillen van provincie tot provincie. Zo scoort 42 procent van de bedrijven in Waals-Brabant zeer goed en 30 procent goed. Slechts 3 procent kreeg er een slechte quotering, terwijl in bijvoorbeeld Oost-Vlaanderen 54 procent van de bedrijven een slecht cijfer kreeg. Is het systeem van de autocontrole misschien nog niet goed uitgewerkt of is het in sommige provincies eerder ingevoerd dan in andere? Hoe verklaart de minister de verschillen? Acht de minister de lage scores een reden tot bezorgdheid over de voedselveiligheid? Zal het aantal controles worden aangepast op basis van de cijfergegevens? Welke maatregelen worden er genomen in de provincies waar er niet genoeg aan autocontrole wordt gedaan? Hoeveel controles werden er verricht in het eerste semester van dit jaar?

02.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Wat vooral opvalt, zijn de scores in Waals-Brabant. Het is inderdaad wenselijk een vergelijkende studie uit te voeren naar de verschillen tussen deze provincie en de andere.

De vleesverwerkende bedrijven zijn in 1996 zowat van nul begonnen met het opzetten van een autocontrolesysteem. Momenteel haalt een meerderheid een quotering van redelijk tot goed. Het toepassen en optimaliseren van de autocontrole is een doorlopend proces. Daarom beoordeelt het FAVV de autocontroles op een constructieve manier, in tegenstelling tot de infrastructuur of de hygiënevoorschriften, waar repressief wordt opgetreden. Een lage score wijst

manière répressive. Un mauvais score indique donc que le système de contrôle doit être amélioré.

L'arrêté royal relatif à l'autocontrôle date de 2003 et jusqu'à présent seuls un certain nombre de guides sectoriels ont été approuvés. Ces guides constituent une alternative aux systèmes d'autocontrôle individuels. Un certain nombre de guides seront encore validés cette année.

Les chiffres des audits ne doivent pas semer l'inquiétude à propos de la sécurité alimentaire. La présence ou non d'un système d'autocontrôle n'a aucune influence sur le nombre d'inspections menées par l'AFSCA.

Les entreprises peuvent, de leur propre initiative, faire valider leur système d'autocontrôle. Les entreprises dont le système aura été validé bénéficieront à partir de 2006 d'une réduction de 15 pour cent sur la perception financière de l'AFSCA. Les entreprises dont le système n'aura pas été validé devront payer 15 pour cent de plus à partir de 2007 et verront leur cotisation doubler à partir de 2008. Les entreprises seront moins souvent inspectées uniquement si elles affichent de bons résultats. Les inspections seront plus fréquentes dans les entreprises enregistrant de mauvais résultats.

Les abattoirs sont inspectés quatre fois par an, les ateliers de découpe douze à dix-huit fois, les établissements de confection de viande hachée et de préparations de viandes douze fois, et les entreprises de transformation de la viande quatre fois. La moitié de ces inspections a déjà été effectuée au cours du premier semestre de cette année.

Les incitants financiers et la fréquence d'inspection doivent inciter les entreprises à faire valider leur système d'autocontrôle ou à se baser sur un guide sectoriel validé.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la 'responsabilité sans faute' des médecins" (n° 12329)

03.01 Yolande Avontroodt (VLD): Après la publication d'un rapport du Centre d'Expertise, le ministre a déposé un projet de loi relatif à la responsabilité sans faute des médecins. L'élaboration de ce texte a-t-elle été précédée par une large concertation ? A-t-on par exemple

dus op het feit dat er een en andere moet worden verbeterd aan het controlesysteem.

Het KB inzake autocontrole dateert van 2003 en tot op heden werd nog maar een aantal sectorale gidsen goedgekeurd. Deze gidsen zijn een alternatief voor de individuele autocontrolesystemen. Dit jaar wordt er nog een aantal gidsen gevalideerd.

Deze cijfers van de audits mogen geen aanleiding geven tot ongerustheid over de voedselveiligheid. Het al dan niet aanwezig zijn van een autocontrolesysteem heeft geen invloed op het aantal inspecties dat het FAVV uitvoert.

De bedrijven kunnen hun autocontrolesysteem op eigen initiatief laten valideren. Bedrijven met een gevalideerd systeem krijgen vanaf 2006 een vermindering van 15 procent op de financiële heffing door het FAVV. Bedrijven zonder gevalideerd systeem moeten vanaf 2007 15 procent meer betalen en vanaf 2008 wordt de bijdrage verdubbeld. Bedrijven met goede resultaten zullen pas vanaf dan minder worden geïnspecteerd. Bedrijven die slecht scoren, zullen meer worden geïnspecteerd.

Slachthuizen worden vier keer per jaar geïnspecteerd, uitsnijderijen twaalf tot achttien keer, inrichtingen waar gehakt vlees en vleesbereidingen worden vervaardigd, twaalf keer en vleesverwerkende bedrijven vier keer. De helft daarvan werd reeds uitgevoerd in het eerste semester van dit jaar.

De financiële stimuli en de inspectiefrequentie moeten de bedrijven ertoe aanzetten hun autocontrolesysteem te laten valideren of zich te baseren op een gevalideerde sectorale gids.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de no-faultaansprakelijkheid van artsen" (nr. 12329)

03.01 Yolande Avontroodt (VLD): De minister heeft, nadat het Kenniscentrum een rapport had klaargestoomd, een wetsontwerp ingediend met betrekking tot de no-faultaansprakelijkheid van artsen. Werd er, in de aanloop naar deze tekst, ruim overleg gepleegd? Werden bijvoorbeeld de

consulté les dispensateurs de soins et le secteur des assurances ?

zorgverstrekkers en de verzekeringssector gehoord?

Où en est le règlement légal des droits des patients ? Même si nous étions demandeurs de la mise en place d'une telle réglementation préalablement à l'élaboration d'un régime de responsabilité sans faute des médecins, le ministre a manifestement préféré un système à sens unique. Sera-t-il encore possible d'introduire un recours auprès du tribunal du travail ?

Wat is de stand van zaken met betrekking tot een wettelijke regeling van de patiëntenrechten? Wij waren vragende partij om een dergelijke regeling op poten te zetten voorafgaand aan een regeling voor de no-faultaansprakelijkheid van artsen, maar blijkbaar heeft de minister voor een eenrichtingsspoor geopteerd. Blijft alsnog de mogelijkheid bestaan om beroep aan te tekenen bij de arbeidsrechtbank?

Quand la Chambre pourra-t-elle examiner le projet relatif à la responsabilité sans faute ?

Wanneer zal de Kamer het ontwerp inzake een no-faultaansprakelijkheid kunnen bespreken?

03.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Le projet est actuellement en cours d'examen au Conseil d'État pour avis. Ce régime légal bénéficie d'un large consensus politique. Le mode de financement du nouveau système constitue bien entendu un élément important. La moitié des coûts sera portée à charge du secteur des assurances. Le secteur a été régulièrement consulté à ce sujet. Les associations de patients et les fédérations professionnelles ont également été associées à cette concertation.

03.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Het ontwerp ligt nu voor advies bij de Raad van State. Er bestaat een grote politieke consensus rond zo een wettelijke regeling. Belangrijk is natuurlijk de manier waarop het nieuwe stelsel gefinancierd zal worden. De helft komt ten koste van de verzekeringssector. Daarover werd er met sector geregeld overleg gepleegd. Ook de patiëntenverenigingen en de beroepsverenigingen werden bij dit overleg betrokken.

Le projet prévoit effectivement la possibilité d'interjeter appel. Une responsabilité sans faute ne signifie toutefois pas que nul ne peut plus être poursuivi au pénal. J'espère que le Parlement examinera encore le projet avant la fin de l'année.

Het ontwerp voorziet wel degelijk in de mogelijkheid om beroep aan te tekenen. Een no-faultaansprakelijkheid betekent immers niet dat niemand nog strafrechtelijk kan vervolgd worden. Ik verwacht dat het ontwerp nog voor het jaareinde in het Parlement aan bod zal kunnen komen.

03.03 Yolande Avontroodt (VLD) : Est-il question dans le projet de la création d'un nouveau fonds ?

03.03 Yolande Avontroodt (VLD): Is er in het ontwerp sprake van de oprichting van een nieuw fonds?

03.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il n'y a aucun besoin d'une nouvelle structure. Le SPF Santé publique offre suffisamment de possibilités.

03.04 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Er is geen nood aan een nieuwe structuur. De FOD Volksgezondheid biedt voldoende mogelijkheden.

J'insiste une fois de plus sur le fait que des représentants des associations de patients, des dispensateurs de soins et du secteur des assurances ont participé aux différentes étapes de l'élaboration de l'avant-projet.

Ik druk er nogmaals op dat het voorontwerp in de verschillende fasen van zijn totstandkoming besproken werd met vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen, van de zorgverleners en van de verzekeringssector.

Le **président** : La question n° 12.335 déposée par Mme Jiroflée sera abordée en commission des Affaires sociales.

De **voorzitter**: De vraag nummer 12.335 van mevrouw Jiroflée zal aan bod komen in de commissie Sociale Zaken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence d'assise sociale à l'abattage rituel sans anesthésie" (n° 12355)

04.01 **Mark Verhaegen** (CD&V) : D'après un sondage d'opinion réalisé à la demande de Gaia, 87 % de la population estime que les animaux doivent être anesthésiés avant l'abattage, alors que 7 % seulement ne le jugent pas nécessaire. Une grande majorité de ces personnes déclarait ne pas souhaiter d'exception pour les abattages rituels.

De même, la fédération vétérinaire européenne considère aussi que l'abattage sans anesthésie est contraire au bien-être animal. Pour l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, l'abattage de chèvres et de moutons à domicile comporte des risques pour la sécurité alimentaire. Conformément aux dispositions légales, tous les abattages doivent être effectués dans un abattoir car ces établissements permettent un contrôle vétérinaire en vue de déceler une contamination à l'ESB.

Le ministre a-t-il connaissance de ce sondage et de l'opinion des citoyens concernant les abattages rituels ? Estime-t-il qu'il convient de mettre fin aux exceptions actuelles à l'obligation d'anesthésier les animaux, accordées dans le cas d'abattages rituels ? Le ministre va-t-il informer le consommateur de la manière dont un animal a été abattu ? Quelles démarches va-t-on entreprendre pour transformer l'avis de l'AFSCA en un règlement ? Les contrôles seront-ils renforcés ?

04.02 **Rudy Demotte**, ministre (*en néerlandais*) : Il est d'ores et déjà obligatoire d'anesthésier les animaux avant de les abattre. Mais la loi du 14 août 1988 prévoit que cette obligation d'anesthésie ne s'applique pas aux abattages rituels. Toutefois, l'abattage rituel doit être accompli dans un lieu d'abattage homologué et être exécuté par un sacrificateur agréé par les autorités religieuses. Cela dit, certains courants religieux admettent que les animaux soient anesthésiés avant d'être abattus.

Président : M. Yvan Mayeur

Une proposition de loi du sénateur Dedecker en la matière a été soumise au Conseil d'État qui, aux dernières nouvelles, a émis un avis défavorable. Je pense donc que si nous voulons progresser réellement dans ce dossier, nous devons

04 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van een maatschappelijk draagvlak voor onverdoofd ritueel slachten" (nr. 12355)

04.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Uit een opiniepeiling in opdracht van Gaia bleek dat 87 procent van de bevolking vindt dat dieren verdoofd moeten worden geslacht. Slechts 7 procent van de ondervraagden vond dat niet nodig. Een grote meerderheid wenste geen uitzondering toe te staan voor rituele slachtingen.

Ook volgens de Europese dierenartsenfederatie is onverdoofd slachten slecht voor het dierenwelzijn. Het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen vindt dat thuisslachtingen van geiten en schapen risico's inhouden voor de voedselveiligheid. Zoals wettelijk werd bepaald moeten alle slachtingen in een slachthuis gebeuren, omdat daar veterinaire toezicht kan worden uitgeoefend om BSE-besmettingen vast te stellen.

Is de minister op de hoogte van de opiniepeiling en de mening van burgers ten opzichte van rituele slachtingen? Vindt de minister dat de huidige uitzonderingen op het verdoven van dieren voor rituele slachtingen moeten worden opgeheven? Zal de minister de consument informeren over de manier waarop een dier werd geslacht? Welke stappen zullen worden ondernomen om het advies van het FAVV om te zetten in reglementen? Zullen de controles worden opgevoerd?

04.02 **Minister Rudy Demotte** (*Nederlands*): Vandaag is het reeds verplicht om dieren te verdoven voor het slachten. De wet van 14 augustus 1988 bepaalt dat de verplichte verdoving niet van toepassing is op rituele slachtingen. De slachting moet echter plaatsvinden op een erkende slachtplaats en moet worden uitgevoerd door een offeraar die door de betrokken religieuze autoriteiten wordt erkend. Bepaalde religieuze strekkingen aanvaarden wel een verdoving voor het slachten.

Voorzitter: de heer Yvan Mayeur.

Een wetsvoorstel van senator Dedecker terzake werd voorgelegd aan de Raad van State, die volgens de laatste berichten een negatief advies uitbracht. Om echte vooruitgang te boeken zullen

poursuivre le dialogue avec les associations représentatives des groupes religieux concernés.

Il ne serait pas inutile d'informer les consommateurs du fait que l'animal a été abattu avec ou sans anesthésie. Je compte me concerter à ce sujet avec les ministres compétents pour l'Economie et la Protection de la consommation afin de déterminer avec eux quelles mesures pourraient être prises à cette fin. Mon administration se concertera à ce sujet avec les secteurs concernés. Mes services ont demandé instamment à la Commission européenne de rendre obligatoire la diffusion de ce type d'informations sur le territoire européen.

Fin 2005, j'ai interrogé l'AFSCA sur le bien-fondé d'une interdiction totale des abattages de petits ruminants à domicile. L'avis positif pourra aider la commission compétente du Sénat à évaluer la portée de sa décision. J'espère que les sénateurs analyseront maintenant les modalités de la mise en pratique de la proposition.

L'AFSCA a mis en place un programme de contrôle du bien-être animal dans la chaîne alimentaire, et organise une surveillance vétérinaire permanente dans les abattoirs. Si les autorités communales prennent en charge la surveillance vétérinaire aux sites d'abattage utilisés pour la fête du sacrifice, l'AFSCA procède en plus à des contrôles par échantillonnage. Il est difficile de renforcer davantage ces contrôles, les abattages à domicile se situant dans le cadre de la vie privée et la viande étant destinée à la consommation personnelle du particulier en question.

04.03 Mark Verhaegen (CD&V): Les règles doivent être respectées, ce qui n'est pas toujours le cas à l'heure actuelle. Etant donné qu'il y a également un risque pour la santé publique, le gouvernement doit être attentif à la situation. Dans de nombreux autres pays, les animaux doivent être anesthésiés avant l'abattage. Une majorité de nos citoyens est également favorable à cette manière de procéder. L'exécutif des musulmans pourrait par ailleurs le cas échéant prendre ses responsabilités en la matière et trouver des solutions qui tiennent compte du bien-être animal.

04.04 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais): Ceci est vrai également pour la communauté juive.

04.05 Mark Verhaegen (CD&V): Il convient de dialoguer avec toutes les communautés religieuses afin de dégager des alternatives à l'abattage sans anesthésie. Les communautés religieuses doivent

we volgens mij de dialoog met de representatieve religieuze groeperingen moeten voortzetten.

Het kan nuttig zijn om consumenten te informeren of een dier met of zonder verdoving werd geslacht. Ik zal overleggen met de ministers bevoegd voor Economie en Consumentenbescherming welke maatregelen daartoe kunnen worden genomen. Mijn administratie zal hierover overleggen met de betrokken sectoren. Mijn diensten drongen er bij de Europese Commissie op aan om het verstrekken van dergelijke informatie in Europa te verplichten.

Eind vorig jaar vroeg ik het FAVV of het al dan niet gegrond is om alle thuisvlachtingen van kleine herkauwers te verbieden. Het positieve advies kan de bevoegde senaatscommissie helpen om de draagwijdte van haar beslissing te beoordelen. Ik hoop dat de senatoren nu de praktische toepassing van het voorstel analyseren.

Het FAVV heeft een controleprogramma voor het dierenwelzijn in de voedselketen en organiseert een permanent veterinair toezicht in slachthuizen. De gemeentelijke overheden zorgen voor veterinair toezicht op slachtplaatsen die tijdens het Offerfeest worden gebruikt, maar het FAVV voert daarbij controles uit via steekproeven. Het is moeilijk om de controles nog op te voeren, aangezien thuisvlachtingen in de privésfeer gebeuren voor eigen consumptie.

04.03 Mark Verhaegen (CD&V): De regels moeten worden gerespecteerd, wat nu niet steeds gebeurt. Aangezien er ook een risico is voor de volksgezondheid, moet de overheid daarop toezien. In vele andere landen is het slachten onder verdoving verplicht, en ook de meerderheid van onze burgers stemt daarmee in. Ook de moslimexecutieve kan misschien haar verantwoordelijkheid terzake opnemen en een alternatief uitwerken waarbij er wel rekening wordt gehouden met het dierenwelzijn.

04.04 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Dat geldt ook voor de joodse gemeenschap.

04.05 Mark Verhaegen (CD&V): Er moet met alle geloofsgemeenschappen worden gesproken, zodat kan worden aangetoond dat er alternatieven zijn voor de onverdoofde slachting.

respecter certaines obligations et se ranger aux attentes légitimes des concitoyens.

Geloofsgemeenschappen moeten zich schikken naar verplichtingen en gelegitimeerde verwachtingen van hun medeburgers.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins du diabète de type 2" (n° 12380)

05 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de type-2-diabeteszorg" (nr. 12380)

05.01 Yolande Avontroodt (VLD) : Selon la presse, le ministre n'a pas suivi l'avis négatif de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) concernant le remboursement de l'insuline à action prolongée dans le cas du diabète de type 2. Nous tenons dès lors à remercier vivement le ministre au nom de l'ensemble des patients concernés. Comment réagira-t-il toutefois aux autres recommandations formulées récemment par le Centre d'Expertise fédéral en ce qui concerne le nombre croissant de diabétiques de type 2 ? Dans la foulée d'une étude américaine récente, ne serait-il pas utile de répertorier le nombre d'amputations pratiquées sur des patients diabétiques et de détecter les différences régionales en la matière ? L'association du diabète ne pourrait-elle être mise plus efficacement à contribution ?

05.01 Yolande Avontroodt (VLD): Volgens de pers heeft de minister het negatieve advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) betreffende de terugbetaling van traag werkende insuline bij diabetes van het type 2 niet opgevolgd. Daarvoor willen wij de minister uit naam van de betrokken patiënten hartelijk bedanken. Hoe zal de minister echter reageren op de andere beleidsaanbevelingen die het Federaal Kenniscentrum onlangs formuleerde inzake het toenemende aantal type-2-diabetici? Zou het niet nuttig zijn, in navolging van een recente Amerikaanse studie, om het aantal amputaties bij diabetespatiënten in kaart te brengen en regionale verschillen ter zake op te sporen? Kan de diabetesvereniging niet efficiënter ingeschakeld worden?

05.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Toutes les parties s'accordent pour dire que le nombre de patients diabétiques de type 2 augmentera dans les prochaines années. Mme Avontroodt lie le remboursement des analogues de l'insuline à un rapport du Centre fédéral d'expertise qui ne concerne en rien la problématique du remboursement. Je me suis écarté, pour des raisons sociales, des propositions de la CRM, qui voulait réserver le remboursement des analogues de l'insuline plus coûteux et à durée d'action plus longue aux seuls diabétiques de type 1. Mon souhait était en effet de mettre le plus de préparations d'insuline possible à la disposition des diabétiques de type 2. Pour le reste, la *stopping rule* existante reste d'application en matière de remboursement du Lantus HbA1c.

05.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Alle partijen zijn het erover eens dat het aantal type-2-diabetici in de komende jaren zal toenemen. Mevrouw Avontroodt koppelt echter de terugbetaling van insulineanalogen aan een rapport van het Federaal Kenniscentrum dat helemaal niet over de problematiek van terugbetaling gaat. Ik ben om sociale redenen afgeweken van de voorstellen van het CTG, dat de terugbetaling van duurdere en langwerkende insulineanalogen enkel voor type-1-diabetici wilde reserveren. Ik wenste immers zoveel mogelijk insulinepreparaten ter beschikking te stellen van type-2-diabetici. Verder blijft de bestaande stopping rule inzake de terugbetaling voor Lantus HbA1c voor type-2-diabetici bestaan.

En outre, les auteurs du rapport du Centre d'expertise mettent l'accent sur le rôle de l'Association belge du diabète, des plates-formes de discussion locales et des médecins généralistes dans l'approche thérapeutique globale des diabétiques de type 2. Dans ce cadre, l'Institut scientifique de la Santé publique et l'Agence intermutualiste sont eux aussi appelés à jouer un rôle. Afin d'exercer un contrôle national sur toutes ces instances, le Centre d'expertise lancera une

Verder legt het rapport van het Kenniscentrum de nadruk op de rol van de Belgische diabetesvereniging, van de lokale discussieplatforms en van de huisartsen in de globale aanpak van type-2-diabetici. Ook voor het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid en voor het intermutualistisch agentschap is er een rol weggelegd. Om dat alles nationaal te controleren zal het Kenniscentrum een centraal communicatieplatform opstarten in

plate-forme centrale de communication en collaboration avec les organisations de diabétiques. Il faudra régler en premier lieu le financement de cette plate-forme et fournir une définition de travail de ce qu'est un indicateur de diabète. Le premier débat aura lieu à l'INAMI le 14 novembre à l'occasion de la Journée mondiale du diabète. Enfin, il ne faut pas oublier le rôle du comité consultatif pour les maladies chroniques.

Par ailleurs, le dernier mot n'a pas encore été dit au sujet des plus-values et des surcoûts des analogues de l'insuline. Entre-temps, de bons soins sont garantis par un monitoring des indicateurs, des normes et des critères d'évaluation adéquats. À cet égard, il faut se garder de considérer les baisses de prix des médicaments comme un tabou de façon à ce que les patients souffrant d'un diabète de type 2 aient aussi un large accès à tous les médicaments disponibles.

05.03 Yolande Avontroodt (VLD) : Je ne puis que recommander au ministre d'examiner attentivement l'étude américaine précédemment mentionnée.

L'incident est clos.

06 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes concernant les formulaires de déclaration de l'AFSCA" (n° 12385)

06.01 Mark Verhaegen (CD&V) : L'envoi des formulaires de déclaration pour le versement par les secteurs agricole et horticole du forfait de 187 euros à l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) a donné lieu à de nombreux problèmes. On a en effet utilisé des données de la Banque-carrefour des entreprises et de l'AFSCA qui n'avaient pas toujours été actualisées. De nombreux cultivateurs qui ne sont plus actifs ont tout de même reçu un courrier les invitant à verser une cotisation.

En outre, aucun numéro de téléphone permettant d'obtenir des informations complémentaires ne figure sur l'avertissement-extrait de rôle qui ne mentionne qu'une adresse internet où on peut consulter son dossier. En l'occurrence, la convivialité laisse fort à désirer. L'AFSCA, qui a déjà présenté ses excuses, allait réexaminer tous les dossiers. Les fruiticulteurs qui ont reçu à tort un avertissement-extrait de rôle peuvent introduire une réclamation par lettre recommandée.

Depuis la question que j'ai posée en août, de

samenwerking met de diabetesorganisaties. In de eerste plaats moet de financiële ondersteuning van dat platform geregeld worden en moet er een werkomschrijving komen van wat een diabetesindicator is. De eerste discussie zal plaatsvinden in het Riziv op 14 november, naar aanleiding van de Werelddiabetesdag. Ten slotte mag ook de rol van het raadgevend comité voor de chronische ziekten niet vergeten worden.

Verder is het laatste woord nog niet gevallen over de meerwaarden en meerkosten van insulineanalogen. De juiste zorg wordt ondertussen gegarandeerd door de monitoring van geschikte indicatoren, standaarden en evaluatiecriteria. Hierbij mogen prijsdalingen van geneesmiddelen geen taboe zijn, zodat ook type-2-diabetici een brede toegang krijgen tot alle mogelijke geneesmiddelen.

05.03 Yolande Avontroodt (VLD): Ik kan de minister enkel nog aanbevelen om de eerder vermelde Amerikaanse studie eens grondig te bekijken.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problemen met de aangifteformulieren van het FAVV" (nr. 12385)

06.01 Mark Verhaegen (CD&V): Er hebben zich nogal wat problemen voorgedaan met de verzending van de aangifteformulieren voor het betalen door de land- en tuinbouwsector van het forfait van 187 euro aan het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV). Er werd immers gebruik gemaakt van niet altijd geactualiseerde gegevens van de Kruispuntbank voor Ondernemingen en van het FAVV. Heel wat telers die niet meer actief zijn, kregen toch nog een oproep in de bus om een bijdrage te betalen.

Bovendien staat op het aanslagbiljet geen telefoonnummer voor bijkomende inlichtingen, enkel een webadres waarop men zijn dossier kan raadplegen. De klantvriendelijkheid laat veel te wensen over. Het FAVV heeft zich al verontschuldigd en zou alle dossiers opnieuw bekijken. Fruittelers die ten onrechte een aanslagbiljet kregen, kunnen aangetekend een bezwaar indienen.

Sinds mijn vraag van augustus zijn er opnieuw

nouveaux avertissements-extraits de rôle ont été envoyés. Espérons que les erreurs ont été rectifiées à présent. Comment les banques de données consultées ont-elles été adaptées et comment a-t-on pu commettre ces erreurs ?

06.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La *mailinglist* originale est adaptée sur la base des données de la déclaration qui ont servi à la première facturation. En outre, l'AFSCA dispose actuellement d'une propre banque de données (BOOD) qui est régulièrement connectée à la Banque-carrefour des entreprises.

L'agence savait que les banques de données des opérateurs concernés pouvaient contenir des informations non actualisées. C'est la raison pour laquelle une campagne de déclaration a été lancée avant de procéder à la facturation. En novembre 2005, tous les opérateurs ont reçu un courrier avec, en annexe, un formulaire de déclaration et une brochure d'information qui leur permettait de communiquer avec précision leurs activités exactes.

On a en outre tenu compte des informations fournies par La Poste à propos des envois non distribués. Dans un certain nombre de cas, La Poste a tout de même livré la correspondance à l'adresse – fautive – indiquée, de sorte que l'AFSCA n'a pu actualiser sa base de données. L'Agence met tout en œuvre pour disposer d'une base de données aussi complète que possible.

Je suis convaincu que la procédure pourra se dérouler plus rapidement à l'avenir.

06.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Je suis heureux de constater que l'AFSCA a progressé sur la voie de la simplification et de l'optimisation de la procédure de prélèvement.

L'incident est clos.

07 Questions jointes de

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la cardiologie" (n° 12534)
- Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des centres de cardiologie" (n° 12628)
- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la cardiologie" (n° 12655)

07.01 Luc Goutry (CD&V) : En dépit de l'avis du

aanslagbiljetten verstuurd. Hopelijk zijn de fouten nu rechtgezet. Hoe werden de geraadpleegde databanken ondertussen aangepast en hoe konden de gemaakte fouten ooit gebeuren?

06.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): De oorspronkelijke mailinglist wordt aangepast aan de hand van de aangiftegegevens uit de eerste factureringsronde. Bovendien beschikt het FAVV nu over een eigen operatoren-databank BOOD die regelmatig met de Kruispuntbank voor Ondernemingen in verbinding wordt gesteld.

Het agentschap wist dat de databanken van de betrokken operatoren verouderde informatie konden bevatten. Alvorens tot facturatie over te gaan werd daarom een aangiftecampagne gestart. In november 2005 kregen alle operatoren een brief met in bijlage een aangifteformulier en infobrochure. Zij konden daarmee hun juiste activiteiten precies meedelen.

Er werd bovendien ook rekening gehouden met de informatie die De Post verstrekke over onbestelde zendingen. In een aantal gevallen heeft De Post de briefwisseling toch op het opgegeven - doch foutieve - adres afgeleverd, zodat het FAVV zijn databank niet kon updaten. Het Agentschap doet alles wat in zijn mogelijkheden ligt om de databank zo volledig mogelijk te houden.

Ik ben ervan overtuigd dat alles in de toekomst een stuk vlotter zal kunnen verlopen.

06.03 Mark Verhaegen (CD&V): Ik stel met genoegen vast dat het FAVV op de goede weg is om de heffingsprocedure zo eenvoudig en efficiënt mogelijk te laten verlopen.

Het incident is gesloten.

07 Samengevoegde vragen van

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de cardiologie" (nr. 12534)
- mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de centra voor cardiologie" (nr. 12628)
- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de cardiologie" (nr. 12655)

07.01 Luc Goutry (CD&V): Tegen het advies in

Conseil national des établissements hospitaliers, le ministre a décidé de n'autoriser aucune revalorisation de centres B1 en centres B2. Les hôpitaux qui n'assurent pas de chirurgie cardiaque ne peuvent donc pas non plus placer de stents ni pratiquer de dilatations. Un centre de cardiologie ne peut être maintenu que s'il propose sur un même site à la fois des actes de type B1, B2 et B3 – la chirurgie cardiaque – et effectue 250 opérations cardiaques par an. Une seule exception a été autorisée à Arlon sur la base de la règle des 60 kilomètres.

Pour l'hôpital Damiaan à Ostende, cette situation signifie concrètement qu'une intervention réalisée environ 1.400 fois par an avec succès ne sera plus possible. Pourtant, le risque d'infarctus est très important dans un lieu touristique tel qu'Ostende. Ces patients doivent désormais être transportés à des kilomètres, jusqu'à Bruges ou Courtrai.

Quel objectif le ministre poursuit-il avec sa réforme? Des problèmes médicaux ou qualitatifs se posent-ils dans les centres B1 et B2? Les décès y seraient-ils plus nombreux? Quelle valeur ajoutée y a-t-il à obliger Ostende à pratiquer aussi des opérations cardiaques?

Chaque hôpital doit-il être agréé distinctement dans le cadre d'une association hospitalière ou cette dernière est-elle agréée dans sa totalité? Les critères d'activité imposés valent-ils dans chaque hôpital associé pris isolément?

Ne peut-on pas prévoir pour l'hôpital d'Ostende la même exception qu'à Arlon?

Le **président** : Je propose que le ministre réponde après les questions suivantes.

07.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Nous gagnerons ainsi du temps.

07.03 Dominique Tilmans (MR) : L'arrêté royal du 1^{er} août 2006 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixe les normes auxquelles les programmes de soins "pathologie cardiaque" doivent répondre pour être agréés et prévoit, en son article 1 dernier alinéa, une dérogation qui stipule que "les programmes partiels B1-B2 peuvent être conjointement exploités sans programme partiel B3, pour autant qu'il n'y ait pas de site dans lequel est exploité un autre programme de soins B dans un rayon de 60 kilomètres."

Je vous remercie pour votre initiative qui concerne le Luxembourg, où il y a un besoin réel en la

van de Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen heeft de minister beslist dat er geen upgradering komt van B1-centra naar B2-centra. Ziekenhuizen waar geen hartchirurgie wordt uitgevoerd, mogen dus ook geen stents plaatsen of dilataties uitvoeren. Een hartcentrum kan enkel blijven bestaan als het op een en dezelfde site zowel B1, B2 en B3 – cardiochirurgie – aanbiedt en per jaar 250 hartoperaties uitvoert. Enkel voor Aarlen werd op basis van de 60 kilometerregel een uitzondering gemaakt.

Voor het Damiaanziekenhuis in Oostende betekent dit concreet dat een ingreep die er nu zo'n 1.400 keer per jaar succesvol wordt uitgevoerd, niet langer mogelijk zal zijn. Nochtans is het risico op hartinfarcten in een toeristische plaats als Oostende erg groot. Die patiënten moeten nu helemaal naar Brugge of Kortrijk worden gevoerd.

Wat beoogt de minister met zijn hervorming? Zijn er medische of kwalitatieve problemen in de B1- en B2-centra? Sterven daar misschien meer mensen? Welke meerwaarde heeft het om ook Oostende te verplichten hartoperaties uit te voeren?

Moet in een ziekenhuisassociatie elk ziekenhuis afzonderlijk worden erkend of wordt de associatie in haar geheel erkend? Gelden de opgelegde activiteitscriteria in elk geassocieerd ziekenhuis afzonderlijk?

Kan voor het ziekenhuis in Oostende niet dezelfde uitzondering gelden als voor Aarlen?

De **voorzitter** : Ik stel voor dat de minister antwoord geeft na de volgende vragen.

07.02 Minister Rudy Demotte (Frans) : Op die manier winnen we tijd.

07.03 Dominique Tilmans (MR) : Artikel 1, laatste lid van het koninklijk besluit van 1 augustus 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "cardiale pathologie" moeten voldoen om erkend te worden zegt dat, in afwijking van het tweede lid van datzelfde artikel 1, de deelprogramma's B1-B2 gezamenlijk mogen worden uitgebaat zonder deelprogramma B3, voor zover zich binnen een afstand van 60 km geen vestigingsplaats bevindt waarin een ander zorgprogramma B wordt uitgebaat.

Ik dank u voor uw initiatief voor de provincie Luxemburg, waar er wel degelijk behoefte is aan

matière.

Toutefois, j'ai plusieurs questions à vous poser. Les concertations ont-elles déjà eu lieu concernant la province du Luxembourg? Où ce programme partiel pourra-t-il être exploité et pourquoi?

J'en viens à l'article 24bis, §1. Dans l'hypothèse où un numéro d'agrément se libèrerait, l'implantation d'un autre centre, complet cette fois, ne se justifierait-il pas en province du Luxembourg si l'hôpital concerné de cette province était appelé à travailler en collaboration avec un autre centre complet, conformément aux mêmes dispositions?

Ma troisième question concerne l'article 24bis§2. Un hôpital pourrait-il également envisager de créer un centre partiel B1-B2 sur base non plus des dispositions de l'article 11 mais sur le paragraphe 2 de l'article 24bis en association et en collaboration avec le programme de soins complets le plus proche, à savoir Mont-Godinne?

07.04 Benoît Drèze (cdH): Le 20 juin dernier, interrogé déjà sur le sujet en commission, vous avez justifié votre réforme des services de pathologie cardiaque. Entre-temps, l'arrêté royal est paru et des recours ont été introduits au Conseil d'État. Les hôpitaux menacés contredisent les arguments qui fondent la réforme. Le partenaire libéral au gouvernement aurait même demandé une réouverture des débats. L'a-t-il obtenue et avec quel résultat?

Bien que convaincus par les objectifs de votre réforme, à savoir une rationalisation pour une meilleure qualité des soins, nous avons encore quatre préoccupations.

D'abord concernant le volume d'activité, vous vous référez à la norme de 400 procédures par an pour les angioplasties et 250 pour la chirurgie cardiaque. De nouvelles recommandations américaines indiqueraient qu'il serait raisonnable d'effectuer des angioplasties sans support chirurgical pour autant que le centre effectue un minimum de 200 procédures par an. Cette information peut-elle modifier la norme que vous avez envisagée?

Ma deuxième préoccupation concerne le regroupement des centres. Vous souhaitez limiter les agréments aux seuls centres agréés B1-B2 et B3. Ne conviendrait-il pas de distinguer les centres B1-B2 et les centres B3 car selon les praticiens, c'est le nombre de centres B3 qui est excessif et

maatregelen op dat gebied.

Toch wil ik u een aantal vragen stellen. Werd er al overleg gepleegd met betrekking tot de provincie Luxemburg? Waar zal het deelprogramma mogen worden uitgebaat, en waarom?

Ik kom nu op artikel 24bis, § 1. Gesteld dat er een erkenningsnummer vrij komt, zou de vestiging van een ander centrum waar het globale zorgprogramma wordt uitgebaat in de provincie Luxemburg dan niet gerechtvaardigd zijn, als het betrokken ziekenhuis in die provincie zou samenwerken met een ander centrum waar het globale zorgprogramma eveneens wordt aangeboden, conform dezelfde bepalingen?

Mijn derde vraag betreft artikel 24bis§2. Zou een ziekenhuis ook mogen overwegen een centrum voor de deelprogramma's B1-B2 op te richten, niet op grond van de bepalingen van artikel 11, maar op basis van die van paragraaf 2 van artikel 24bis, in associatie en in samenwerking met het dichtstbijzijnde gehele zorgprogramma, namelijk Mont-Godinne?

07.04 Benoît Drèze (cdH): Op 20 juni jongstleden heeft u in antwoord op vragen dienaangaande in de commissie uw hervorming van de centra voor cardiale pathologie verdedigd. Intussen werd het desbetreffende koninklijk besluit gepubliceerd en werd daartegen beroep ingesteld bij de Raad van State. De bedreigde ziekenhuizen weerleggen de argumenten waarop de hervorming berust. De liberale regeringspartner zou zelf een heropening van de discussies hebben gevraagd. Is dat gebeurd en met welk resultaat?

Hoewel wij gewonnen zijn voor de doelstellingen van uw hervorming, namelijk een rationalisatie met het oog op een betere zorgkwaliteit, hebben wij nog vier bekommernissen.

Ten eerste, met betrekking tot het activiteitsvolume verwijst u naar de norm van 400 ingrepen per jaar voor angioplastie en 250 voor hartchirurgie. Volgens nieuwe Amerikaanse aanbevelingen zou men redelijkerwijs angioplastieën zonder chirurgische ondersteuning kunnen uitvoeren, op voorwaarde dat het desbetreffende centrum ten minste 200 ingrepen per jaar zou uitvoeren. Kan dat gegeven ertoe leiden dat de norm die u heeft vooropgesteld, wordt gewijzigd?

Daarnaast maak ik me ook zorgen over de hergroepering van de centra. U wil de erkenningen beperken tot de erkende B1-, B2- en B3-centra. Moet er geen onderscheid worden gemaakt tussen de B1-B2-centra enerzijds en de B3-centra anderzijds? Volgens de artsen is er immers enkel

non le nombre de centres B1 et B2?

La disparition de certains centres – notamment Ostende, le RHMS Huy, St-Joseph à Liège, Verviers, etc. – serait particulièrement préjudiciable, car elle obligerait les patients pour qui la dilatation reste la norme de référence et ceux pour qui la thrombolyse est contre-indiquée à subir un déplacement vers un centre intégré trop éloigné, donc parfois fatal. L'exception luxembourgeoise est pour nous insuffisante. Qu'en pensez-vous?

Troisième préoccupation: le risque de complications.

L'existence du risque de complications implique, selon vous, que les interventions ne soient pratiquées que dans des centres qui comportent la chirurgie cardiaque. D'après des praticiens de terrain, la survenance de ce type de complication nécessite un temps de préparation de la salle de chirurgie qui pourrait être mis à profit pour un transfert éventuel d'un centre B1-B2 vers un centre intégré.

Quel est votre avis?

Enfin, ma quatrième préoccupation a trait au budget.

Contrairement à vos affirmations, certains experts indiquent que votre réforme entraînerait des coûts supplémentaires, dus notamment aux séjours plus nombreux dans les centres universitaires, à des transferts plus nombreux, au gaspillage d'équipement, etc. Qu'en pensez-vous ?

07.05 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'arrêté royal du 14 août a pour objectif de résoudre quatre problèmes importants. Les programmes diagnostiques isolés actuels – les centres B1 – ne permettent pas de traiter une lésion coronaire après sa détection. Une nouvelle procédure est donc nécessaire pour ces traitements. Le volume d'activités de certains centres n'apporte par ailleurs pas une sécurité suffisante aux patients.

En effet, plusieurs études montrent que les patients pris en charge dans les centres de faible activité par des praticiens sans expérience suffisante courent un risque plus élevé.

Un patient qui, à la suite d'une dilatation, souffre de complications doit parfois être opéré d'urgence. Son transfert éventuel vers un autre établissement comporte également un risque.

La répartition géographique des centres n'est pas

een teveel aan B3-centra en niet aan B1-B2-centra.

De verdwijning van bepaalde centra – waaronder Oostende, het RHMS te Huy, Saint-Joseph te Luik, Verviers, enz. – zou een zeer slechte zaak zijn, want daardoor zouden de patiënten voor wie de verwijding de referentienorm blijft en deze voor wie trombolyse niet aangewezen is, een lange verplaatsing naar een te ver gelegen geïntegreerd centrum moeten maken, met soms de dood tot gevolg. Het feit dat er voor Luxemburg een uitzondering wordt gemaakt, is voor ons onvoldoende. Wat is uw mening ter zake?

Derde bron van ongerustheid: het risico van complicaties.

Volgens u houdt het risico van complicaties in dat de medische ingrepen enkel mogen gebeuren in centra met hartchirurgie. Volgens de praktijkartsen moet bij het optreden van dit soort complicatie de operatiezaal worden klaargemaakt en die tijd zou kunnen gebruikt worden om de patiënt eventueel van een B1-B2-centrum naar een geïntegreerd centrum over te brengen.

Wat denkt u daarover?

Ten slotte heb ik ook nog budgettaire bedenkingen.

In tegenstelling tot hetgeen u beweert, stellen sommige experts dat uw hervorming tot bijkomende uitgaven zou leiden, onder andere omdat het aantal ligdagen in de universitaire centra zou stijgen, er vaker patiënten verplaatst zouden worden, er materieel zou verspild worden, enz. Wat is uw standpunt daarover?

07.05 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Met het KB van 14 augustus wil ik vier belangrijke problemen oplossen. Met de huidige geïsoleerde diagnostische programma's – B1 – kan een coronair letsel niet worden behandeld nadat het is vastgesteld. Daarvoor is dus een nieuwe procedure nodig. Daarnaast biedt het activiteitsvolume van bepaalde centra niet voldoende zekerheid voor de patiënten.

Uit studies blijkt immers dat patiënten die behandeld worden in centra met een geringe activiteit door artsen met onvoldoende ervaring, een hoger risico lopen.

Een patiënt die na een dilatatie complicaties vertoont, moet soms dringend geopereerd worden. Indien hij dan nog overgebracht moet worden naar een andere plaats, houdt dit eveneens een risico in.

De geografische spreiding van de centra is ook niet

optimale non plus : dans certaines zones, on ne trouve aucun centre à moins de 40 kilomètres, alors qu'à d'autres endroits, on trouve deux programmes complets situés à moins de 3 kilomètres l'un de l'autre.

Des réformes sont donc nécessaires. Un seuil d'activité minimale doit être imposé, aussi bien pour la dilatation que pour la chirurgie coronarienne, ainsi qu'un nombre minimum de procédures par opérateur.

De plus, les hôpitaux doivent disposer d'un agrément, tant pour l'activité interventionnelle que pour l'activité chirurgicale. Si les risques liés à la dilatation percutanée ont diminué, on ne peut cependant pas les exclure. L'autorisation d'une dilatation sans back-up chirurgical doit rester exceptionnelle et être justifiée par un isolement géographique.

Il y a lieu de prévoir une dérogation pour les situations dans lesquelles l'isolement géographique est de nature à prolonger de manière excessive l'accès à la cardiologie interventionnelle. Une exception est donc prévue pour les hôpitaux qui se trouvent à plus de 60 kilomètres d'un centre agréé.

Une question portait également sur l'association entre hôpitaux. On accorde soit deux agréments aux deux hôpitaux, soit un seul agrément aux deux sites gérés par un chef de service commun. Il va de soi que l'octroi d'un agrément aux deux sites implique le respect des normes d'activité par ces deux sites.

Notre pays présente la plus forte densité de centres cardiaques complets en Europe. L'exception consentie pour les hôpitaux très éloignés, qui ne disposent donc pas d'un centre agréé dans un rayon de 60 km, ne peut s'appliquer au Westhoek.

(En français) Madame Tilmans, la réforme de la cardiologie dans le Luxembourg a effectivement fait couler beaucoup d'encre. Les raisons de la réforme ont déjà fait l'objet de plusieurs réponses que je viens de rappeler.

Pour vos questions spécifiques, je signale que si je dispose bien des compétences normatives, les agréments relèvent des entités fédérées, auxquelles il appartient d'approuver les programmes agréés.

Je me suis régulièrement informé des contacts entre les partenaires hospitaliers impliqués ; ces

optimaal: op sommige plaatsen is er geen aanbod op minder dan 40 kilometer, terwijl er op andere plaatsen twee volledige programma's aangeboden worden op minder dan 3 kilometer van elkaar.

Er is dus nood aan hervormingen. Er moet een minimale activiteitendrempel opgelegd worden, zowel voor dilatatie als voor coronaire chirurgie, evenals een minimum aantal procedures per operator.

Daarnaast moeten de ziekenhuizen beschikken over zowel een erkenning voor de interventieactiviteit als voor de chirurgische activiteit. Hoewel de risico's verbonden aan percutane dilatatie verminderd zijn, kunnen we ze niet als onbestaande beschouwen. Dilatatie toestaan zonder chirurgische back-up kan enkel in uitzonderlijke gevallen, als dit gerechtvaardigd wordt door geografisch isolement.

Er moet in een afwijking voorzien worden voor situaties waarin het geografische isolement van die aard is dat de toegang tot de interventiecardiologie onaanvaardbaar lang is. Daarom wordt een uitzondering gemaakt voor ziekenhuizen die zich op meer dan 60 kilometer van een erkend centrum bevinden.

Er was ook een vraag over de associatie tussen ziekenhuizen. Ofwel worden er twee erkenningen verleend aan de twee ziekenhuizen, ofwel één erkenning voor twee sites met één gemeenschappelijk diensthoofd. Het spreekt vanzelf dat voor een erkenning op twee sites, beide sites aan de activiteitsnormen moeten voldoen.

Ons land bezit de hoogste densiteit van complete hartcentra in Europa. De uitzondering voor de zeer afgelegen ziekenhuizen, die dus in een straal van 60 km geen erkende centra hebben, kan niet toegepast worden in de Westhoek.

(Frans) Het klopt, mevrouw Tilmans, dat de hervorming van de cardiologie in de provincie Luxemburg al veel inkt heeft doen vloeien. Ik lichtte de redenen voor de hervorming vroeger al toe in verscheidene antwoorden, waarnaar ik zo-even heb verwezen.

Wat uw specifieke vragen betreft, wijs ik erop dat ik weliswaar de normatieve bevoegdheden uitoefen, maar dat de erkenningen onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen, die aan de erkende programma's hun goedkeuring moeten hechten.

Ik heb regelmatig navraag gedaan naar de contacten tussen de betrokken

concertations visent à obtenir un accord sur la localisation du programme partiel et l'organisation des soins aux patients.

L'hypothèse d'un centre complet voire de deux ou trois en province de Luxembourg implique que les normes d'activité soient rencontrées. Mais ces exigences rendent improbable l'hypothèse de créer deux centres de cardiologie interventionnelle B1/B2 dans la province.

Monsieur Drèze, les données nationales et internationales montrent une diminution des complications en termes de morbidité et de mortalité à partir de 400 procédures par an; l'expérience du centre est un facteur prédictif indépendamment des normes de l'opérateur. L'habileté technique n'est pas seule en cause, car elle est complexe et les habitudes de travail de l'équipe impliquée sont aussi importantes. On ne fait bien que ce que l'on fait souvent et ensemble.

On pourrait envisager une exception à la règle B1/B2/B3 si le risque de dilatation sans couverture chirurgicale est compensé par un avantage pour le traitement de l'infarctus. Cet avantage n'existe que lorsque les temps de transport pour les patients évoqués sont supérieurs à 90 minutes. En d'autres termes, il vaut mieux faire quelques kilomètres de plus pour un centre spécialisé expérimenté plutôt que de se rendre rapidement dans un centre dont le volume d'activité n'est pas suffisant. Prendre le risque de plus de complications doit être justifié par un bénéfice.

07.06 Luc Goutry (CD&V) : La situation est comparable au dossier de la pédiatrie en ce sens que le ministre s'oppose aux avis du Conseil national des établissements hospitaliers.

07.07 Rudy Demotte, ministre (en français) : L'Institut de cardiologie défend un point de vue opposé.

07.08 Luc Goutry (CD&V) : Le ministre impose sa volonté contre, probablement, celle de la majorité du Parlement. Je suis d'accord avec ses déclarations sur la catégorie B1 mais c'est précisément la raison pour laquelle on propose une revalorisation vers la catégorie B2.

Nous adhérons à l'instauration de quota d'activités mais notre critique porte sur le fait que le ministre veut à tout prix regrouper les activités interventionnelles et chirurgicales sur un seul site, alors que le risque de complications est

partnerziekenhuizen; dat overleg moet uitmonden in een akkoord over de site voor het gedeeltelijke programma en over de organisatie van de patiëntenzorg.

Van een, of zelfs twee of drie volledige centra in de provincie Luxemburg kan slechts sprake zijn voor zover aan de activiteitsnormen wordt voldaan. In het licht van die eisen is het echter onwaarschijnlijk dat in de provincie twee centra voor interventionele cardiologie B1/B2 worden opgericht.

Mijnheer Drèze, zowel uit de nationale als uit de internationale gegevens blijkt dat het aantal verwikkelingen, zowel op het vlak van de morbiditeit als van de mortaliteit, daalt vanaf 400 behandelingen per jaar; de ervaring van het centrum is, los van de ervaring van de chirurg, bepalend. Het gaat niet alleen om de technische vaardigheid, die immers erg complex is, maar ook om de werkmethode van het volledige team. Hoe vaker je iets samen doet, hoe beter het gaat.

Het is mogelijk een uitzondering op de B1-B2-B3-regel te maken op voorwaarde dat de kans dat, zonder chirurgische ingreep, dilatatie optreedt, wordt gecompenseerd door een betere behandeling van infarcten. Dat laatste voordeel bestaat alleen wanneer de nodige tijd voor de verplaatsing van de patiënt meer dan 90 minuten bedraagt. Het is dus beter zich enkele kilometers meer te verplaatsen naar een gespecialiseerd en ervaren centrum dan zich snel te laten opnemen in een centrum met een onvoldoende activiteitsgraad op dit terrein. Men mag enkel het risico nemen dat zich meer verwikkelingen kunnen voordoen, als daar een ander voordeel tegenover staat.

07.06 Luc Goutry (CD&V): Dit is vergelijkbaar met het dossier van de pediatrie in die zin dat de minister tegen de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen ingaat.

07.07 Minister Rudy Demotte (Frans): Het Instituut voor Cardiologie beweert het tegenovergestelde.

07.08 Luc Goutry (CD&V): De minister drijft zijn wil door tegen wat waarschijnlijk de meerderheid van dit Parlement wenst. Ik ben het eens met zijn uitspraak over B1, maar precies daarom stelt men een upgrade naar B2 voor.

We zijn het eens met de invoering van activiteitsquota, maar ons punt van kritiek is dat de minister per se de interventieactiviteit en de chirurgische activiteit op één site wil verenigen, terwijl het risico van complicaties verwaarloosbaar

négligeable. À Ostende, on effectue 1.400 interventions par an et il n'y a pas de complications : les patients y bénéficient d'une aide sûre et rapide.

07.09 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Les différentes études et les données du Conseil national de cardiologie démontrent que le seuil d'activité revêt une grande importance. Elles démontrent également que le regroupement des catégories B2 et B3 est très important parce que les temps d'intervention sont très courts. S'il se passe quelque chose, il n'y a pas de temps pour transporter le patient. Un consensus scientifique existe à cet égard. Je comprends parfaitement que les institutions s'y opposent pour des raisons financières.

07.10 Luc Goutry (CD&V) : Pour des raisons financières ? Les activités interventionnelles seront certainement garanties à Ostende grâce aux millions de touristes qui visitent la côte mais on sera contraint de créer également un centre chirurgical, ce qui exige un effort financier considérable. On sera obligé d'effectuer 250 opérations par an qui ont actuellement lieu à Bruges ou à Roulers. Il s'agit donc d'un coût supplémentaire considérable sans qu'il en résulte une plus-value.

Je doute qu'il soit question d'un consensus scientifique. Les conclusions d'autres rapports indiquent le contraire.

07.11 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Les divergences ne sont pas importantes en ce qui concerne le groupement de B2 et B3, mais bien pour celui de B1 et B2.

07.12 Luc Goutry (CD&V) : Deux autres points doivent encore être tirés au clair. Les Communautés se chargent des agréments sur la base de l'article 23 de la loi sur les hôpitaux. Toutefois, il manque toujours un arrêté d'exécution. Dès lors, les Communautés ne peuvent pas procéder matériellement aux agréments. De plus, le ministre dispose dans un arrêté royal que les Communautés et les Régions peuvent introduire de commun accord une demande de coopération. Comment les Communautés peuvent-elles agréer un hôpital qui ne se situe pas sur leur territoire ? Compte tenu de ces deux obstacles, l'agrément d'un hôpital devient impossible.

07.13 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il s'agit d'exceptions.

is. In Oostende doet men 1.400 ingrepen per jaar en men heeft daar geen complicaties: de mensen worden er veilig en snel geholpen.

07.09 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): De verschillende studies en de gegevens van de Nationale Raad voor Cardiologie bewijzen dat de activiteitsdrempel van groot belang is. Tegelijk zeggen ze dat het groeperen van B2 en B3 heel belangrijk is, omdat de interventietijden dan erg kort zijn. Als er iets gebeurt, is er geen tijd om de patiënt te verplaatsen. Hierover bestaat een wetenschappelijke consensus. Ik begrijp wel dat de instellingen zich daartegen verzetten om financiële redenen.

07.10 Luc Goutry (CD&V): Financiële belangen? Met de miljoenen toeristen aan de kust zal men de interventieactiviteit in Oostende zeker voortzetten, maar zal men verplicht zijn daarnaast een chirurgisch centrum op te richten, wat een aanzienlijke financiële inspanning vereist. Men zal er 250 operaties per jaar moeten doen, die nu in Brugge of Roeselare gebeuren. We spreken dus over aanzienlijke meerkosten zonder dat daar enige meerwaarde tegenover staat.

Ik betwijfel dat er sprake is van een wetenschappelijke consensus. Er zijn ook rapporten die in de andere zin concluderen.

07.11 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Over de groepering van B2 en B3 bestaan geen grote meningsverschillen, wel over de groepering van B1 en B2.

07.12 Luc Goutry (CD&V): Er zijn nog twee punten die uitgeklaard moeten worden. De Gemeenschappen staan in voor de erkenningen op basis van artikel 23 van de Ziekenhuiswet. Maar er ontbreekt nog een uitvoeringsbesluit, zodat de erkenningen in de Gemeenschappen materieel niet doorgevoerd kunnen worden. De minister bepaalt daarenboven in een KB dat de Gemeenschappen en Gewesten in onderling overleg een aanvraag tot samenwerking kunnen doen. Hoe kunnen de Gemeenschappen een ziekenhuis dat niet op hun grondgebied ligt erkennen? Het is toch onmogelijk voor een ziekenhuis om zich te laten erkennen, gelet op deze twee hinderpalen?

07.13 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Dat zijn toch uitzonderingen.

07.14 Luc Goutry (CD&V) : La Communauté flamande n'est tout de même pas compétente pour agréer un hôpital wallon ? Comment les Communautés peuvent-elles dès lors introduire une demande relative à un programme de soins cardiologiques avec un site en Wallonie et un autre en Flandre ?

07.15 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Cela suppose une concertation entre les Communautés. Pour l'instant, toutefois, c'est purement théorique. Je n'ai aucunement connaissance d'une coopération concrète entre les deux Communautés, mais j'espère bien sûr que cela se produira.

07.16 Dominique Tilmans (MR) : Vous avez conscience du problème de santé en province du Luxembourg au point d'avoir prévu l'exception. Je vous en remercie.

Cependant, l'idée d'un centre unique pose encore problème. Cette province constitue un tiers de la superficie de la Wallonie !

Un centre unique serait donc une perte de temps ! En plus, le maintien des sites B1/B2 ne nécessiterait pas de coût supplémentaire, puisque des services y sont fonctionnels.

La deuxième raison pour laquelle ce serait une erreur, c'est qu'il faut restructurer des hôpitaux luxembourgeois. Supprimer un service de cardiologie mettrait à mal cette restructuration ! J'en reviens donc à ma suggestion de pouvoir utiliser les exceptions prévues aux articles 11 et 24bis.

07.17 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Ostende et le Luxembourg ne sont pas identiques en termes d'accessibilité ! En matière d'arguments, c'est exactement l'argument inverse qu'utilise Mme Tilmans. Elle prétend qu'il faudrait créer des centres supplémentaires ...

07.18 Luc Goutry (CD&V) : Il en est de même à Ostende !

07.19 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : On demande d'en créer davantage et vous dites que le projet risque d'en créer plus ! Ma seule préoccupation, c'est la qualité des soins ! Nous ne pouvons prolonger ce débat sur le seul Luxembourg. Des pôles peuvent aussi regrouper des centres d'activités de manière transfrontalière.

07.14 Luc Goutry (CD&V) : De Vlaamse Gemeenschap is toch niet bevoegd voor de erkenning van een Waals ziekenhuis? Hoe kunnen de Gemeenschappen dan een aanvraag doen voor een cardiologisch zorgprogramma met één site in Wallonië en één in Vlaanderen?

07.15 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*) : Dat moet gebeuren door overleg tussen de Gemeenschappen. Voorlopig is dit echter louter theorie. Ik heb geen weet van een concrete samenwerking tussen twee de Gemeenschappen. Ik hoop natuurlijk wel dat het zover zal komen.

07.16 Dominique Tilmans (MR) : De minister is zich inderdaad bewust van het gezondheidsprobleem in de provincie Luxemburg, aangezien hij in een uitzondering heeft voorzien. Ik wil hem daarvoor bedanken.

Het idee van één enkel centrum doet echter nog problemen rijzen. Die provincie beslaat immers een derde van de oppervlakte van Wallonië!

Één enkel centrum zou dus tijdverlies betekenen! Bovendien zou het behoud van de B1/B2-diensten geen extra kosten meebrengen, aangezien er diensten operationeel zijn.

De tweede reden waarom een en ander een vergissing zou zijn, is dat de Luxemburgse ziekenhuizen moeten worden geherstructureerd. De afschaffing van een dienst voor cardiologie zou die herstructurering in het gedrang brengen!

07.17 Minister Rudy Demotte (*Frans*) : Oostende en Luxemburg verschillen qua bereikbaarheid. Mevrouw Tilmans hanteert precies het omgekeerde argument. Zij beweert dat er bijkomende centra moeten worden opgericht...

07.18 Luc Goutry (CD&V) : Hetzelfde geldt voor Oostende!

07.19 Minister Rudy Demotte (*Frans*) : Men vraagt om er meer op te richten en u zegt dat het ontwerp tot gevolg dreigt te hebben dat er meer komen. Mijn enige bekommernis is de zorgkwaliteit! Wij kunnen dit debat niet over de provincie Luxemburg alleen blijven voeren. Men kan ook activiteitscentra grensoverschrijdend in pools groeperen.

07.20 Dominique Tilmans (MR) : Je vous félicite si vous parvenez à concrétiser ce concept.

07.20 Dominique Tilmans (MR): Als u erin slaagt concreet werk van dat concept te maken, dan moet ik u feliciteren.

07.21 Benoît Drèze (cdH) : Monsieur le ministre, je vous suggère de rencontrer à nouveau les praticiens. En effet, si vous partez de bonnes intentions, votre approche est théorique par rapport aux réalités de terrain. Si vous persévérez ainsi, votre réforme laissera des traces !

07.21 Benoît Drèze (cdH): Mijnheer de minister, ik stel voor dat u de practici opnieuw zou ontmoeten. U heeft ongetwijfeld goede bedoelingen, maar uw benadering is louter theoretisch en houdt geen rekening met de praktijk. Als u zo doorgaat, zal uw hervorming sporen nalaten!

Mais vous avez répondu à certaines questions. Ainsi, vous dites donc que si deux sites ont un chef de service commun, chaque site doit répondre aux normes. Il est essentiel que les équipes travaillent ensemble.

Maar op sommige vragen heeft u wel antwoord gegeven. Als twee vestigingsplaatsen een gemeenschappelijk diensthoofd hebben, zegt u, moet elke vestigingsplaats aan de normen voldoen. Het is van fundamenteel belang dat de teams samenwerken.

Nous sommes d'accord sur le fait que la technique B1 est obsolète mais je partage l'avis de M. Goutry : on demande de transformer les B1 en B2 et non de concentrer les B2 et les B3 ! Les praticiens que nous rencontrons y sont fort opposés.

We zijn het erover eens dat de B1-techniek verouderd is, maar ik deel de mening van de heer Goutry: we vragen een omvorming van de deelprogramma's B1 en B2, geen concentratie van de deelprogramma's B2 en B3! De artsen met wie wij hierover praten, zijn hier fel tegen gekant!

Pendant les vacances parlementaires, le partenaire libéral vous a-t-il demandé de remettre le dossier sur la table ? Manifestement sans résultat, puisque vous campez sur vos positions.

Heeft uw liberale coalitiepartner u tijdens het reces gevraagd het dossier opnieuw ter tafel te brengen? Tevergeefs, zo blijkt wel, want u wil geen duimbreed wijken.

07.22 Rudy Demotte, ministre (en français) : Les discussions internes au gouvernement regardent le gouvernement.

07.22 Minister Rudy Demotte (Frans): De interne discussies binnen de regering gaan alleen de regering aan.

07.23 Benoît Drèze (cdH) : Vous n'avez pas répondu à la question sur les comparaisons des centres B3.

07.23 Benoît Drèze (cdH): U heeft niet geantwoord op de vraag over de vergelijking van B3-centra.

07.24 Rudy Demotte, ministre (en français) : L'offre des interventions cardiologiques est bien plus importante en Belgique qu'ailleurs, et nous avons des niveaux de spécialisation plus élevés.

07.24 Minister Rudy Demotte (Frans): Het aanbod van cardiologische ingrepen is in België veel groter dan in het buitenland, en wij zijn ook meer gespecialiseerd.

Si nous voulons concentrer les B2 et B3, c'est parce que la taille de notre territoire nous le permet. Nous avons comparé nos chiffres à ceux des autres pays. Si on découpe aujourd'hui, dans un territoire aussi petit, les centres B2 et B3, on court des risques.

Wij beogen een concentratie van de programma's B2 en B3 omdat ons land daar klein genoeg voor is. We hebben onze cijfers vergeleken met die van andere landen. Het verknippen van de B2- en B3-centra op zo'n klein grondgebied is een risicovolle operatie.

Deux facteurs expliquent la morbidité et la mortalité supplémentaires : les facteurs de seuil et d'intervention séparée en cas de problème entre les interventions B2 et B3. Sur le B1, il n'y a plus de discussions. Mais il faut maintenir ensemble le B2 et le B3. Il peut y avoir des cas statistiquement marginaux, à Ostende par exemple.

Het hogere ziekte- en sterftecijfer wordt door twee factoren verklaard: de drempelfactor en de afzonderlijke ingreep in geval van problemen tussen ingreep B2 en B3. Over B1 is er geen discussie meer, maar B2 en B3 moeten bijgehouden worden. Er kunnen statistisch marginale gevallen opduiken, in Oostende bijvoorbeeld.

Mais si l'on entre dans cette marge de problèmes, la mortalité peut être supérieure quand on n'a pas joint le B2/B3.

07.25 Benoît Drèze (cdH) : C'est ce que j'évoquais !

07.26 Rudy Demotte , ministre (*en français*) : Mais non ! On stabilise le patient et on l'amène à l'hôpital. On ne perd pas de temps ! On perd du temps - et de l'argent - quand on l'amène dans un mauvais hôpital qui n'a pas la structure nécessaire. On y fait des tests, et puis on le renvoie dans un autre hôpital. Voilà la vérité !

07.27 Benoît Drèze (cdH) : J'ai évoqué le temps de préparation d'une salle de chirurgie pour une intervention B3 (une heure). Durant ce temps, on peut déjà faire un long déplacement.

07.28 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Mais si, à ce déplacement, il faut ajouter une heure pour préparer la salle, c'est fichu !

07.29 Benoît Drèze (cdH) : Un ami a eu récemment un infarctus et on a dû faire une simple dilatation. Le médecin voulait faire l'intervention dans un centre B3, ce qui a nécessité l'utilisation d'un hélicoptère. Le patient a payé 1.500 euros pour frais de déplacement !

L'incident est clos.

08 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus" (n° 12417)

08.01 Maggie De Block (VLD) : Fin juillet 2006, l'enregistrement du Gardasil a été approuvé par le bureau européen de l'enregistrement des médicaments (EMA). Deux vaccins offrant une protection contre le cancer du col de l'utérus, de la vulve et du vagin seront donc lancés sur le marché. Environ 600 femmes sont concernées chaque année par cette maladie, et le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause principale de décès à la suite d'un cancer pour la tranche d'âge comprise entre 15 et 44 ans.

Le ministre va-t-il veiller au remboursement du vaccin quand il sera disponible sur le marché ? Ces dépenses ont-elle été inscrites au budget 2007 ?

Maar als men het over die probleemgevallen heeft, kan het sterftecijfer hoger liggen wanneer de B2/B3 niet zijn samengevoegd.

07.25 Benoît Drèze (cdH) : Dat is net waar ik het over had!

07.26 Minister Rudy Demotte (*Frans*) : Maar neen! De toestand van de patiënt wordt gestabiliseerd, en hij wordt naar het ziekenhuis overgebracht. Er wordt geen tijd verspild! We verliezen tijd – en geld – wanneer we hem naar een verkeerd ziekenhuis brengen, waar men niet over de nodige infrastructuur beschikt. De patiënt moet er tests ondergaan en vervolgens stuurt men hem naar een ander ziekenhuis. Dat is de waarheid!

07.27 Benoît Drèze (cdH) : Ik had het over de tijd die nodig is om een operatiezaal klaar te maken voor een B3-ingreep (een uur). Gedurende die tijd kan er reeds een verre verplaatsing gebeuren.

07.28 Minister Rudy Demotte (*Frans*) : Maar als men bovenop die verplaatsing nog een uur moet bijtellen om de zaal klaar te maken, is het om zeep!

07.29 Benoît Drèze (cdH) : Een vriend van mij kreeg onlangs een infarct, en men is tot een eenvoudige hartverwijding moeten overgaan. De geneesheer wou de ingreep in een B3-centrum uitvoeren, waardoor het gebruik van een helikopter nodig was. De patiënt heeft 1.500 euro verplaatsingskosten betaald!

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het vaccin tegen baarmoederhalskanker" (nr. 12417)

08.01 Maggie De Block (VLD) : Eind juli 2006 werd de registratie van Gardasil door het Europese Bureau voor de Geneesmiddelenregistratie (EMA) goedgekeurd. Hierdoor zullen er twee vaccins op de markt komen die bescherming bieden tegen baarmoederhalskanker, schaamlipkanker en vaginakanker. Jaarlijks worden er ongeveer 600 vrouwen door deze ziekten getroffen, en baarmoederhalskanker is de tweede belangrijkste doodsoorzaak door kanker tussen 15 en 44 jaar.

Zal de minister zorgen voor terugbetaling van het vaccin wanneer het beschikbaar is op de markt? Werden die uitgaven opgenomen in de budgetten voor 2007?

08.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Le 27 juillet 2006, l'EMA a rendu un avis positif pour le Gardasil et le Silgard, tous deux offrant une protection contre le papillomavirus. La Commission européenne doit encore octroyer les autorisations requises pour que les produits puissent être commercialisés. Les entreprises concernées pourront ensuite introduire une demande de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Étant donné qu'il s'agit d'une innovation, une analyse pharmaco-économique est nécessaire pour évaluer les coûts et les profits.

Je ne puis anticiper l'avis qui sera rendu quant au remboursement du vaccin. J'ai cependant montré que j'entendais simplifier le remboursement des médicaments novateurs et je soutiens les entreprises qui investissent dans la recherche et le développement. Je veux offrir aux patients des chances thérapeutiques optimales, comme le montrent les décisions de rembourser les traitements à base d'Herceptin et d'Erbixut.

08.03 Maggie De Block (VLD) : Étant donné qu'on ne guérit pas le cancer à force de bonne volonté mais à l'aide de médicaments, il est urgent que la CRM diligente l'agrément et le remboursement.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du CT-scan et de la RMN" (n° 12421)

09.01 Maggie De Block (VLD) : Quarante appareils de résonance magnétique nucléaire (RMN) supplémentaires sont prévus pour les deux ans à venir, avec pour objectif de remplacer de la sorte des examens radiologiques existants. Dans le passé, l'utilisation accrue de la RMN n'a jamais fait baisser l'utilisation des scanners CT. C'est pourquoi le Centre d'expertise conseille d'ajuster les directives en matière d'imagerie médicale et d'instaurer un financement adapté.

Le ministre suivra-t-il cet avis ? Ce serait d'ailleurs aussi dans l'intérêt du patient.

09.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : En janvier 2004, tous les médecins ont reçu une copie des directives en matière d'examens d'imagerie médicale. Celles-ci reposaient sur les

08.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Op 27 juli 2006 bracht de EMA een positief advies uit voor Gardasil en Silgard, die beide bescherming bieden tegen het papillomavirus. De Europese Commissie moet nog de nodige vergunningen verlenen vooraleer de producten in de handel worden gebracht. Nadien kunnen de betrokken bedrijven een aanvraag tot terugbetaling indienen bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Aangezien het om een innovatie gaat, moet er ook een farmaceutisch-economische analyse worden uitgevoerd om de kosten tegen de baten af te wegen.

Ik kan niet vooruitlopen op het advies dat zal worden verstrekt aangaande de terugbetaling van het vaccin. Ik heb echter aangetoond dat ik de terugbetaling van innovatieve geneesmiddelen gemakkelijker wil maken en steun bedrijven die investeren in onderzoek en ontwikkeling. Ik wil patiënten optimale therapeutische kansen bieden, zoals blijkt uit de beslissingen om behandelingen toe te staan met Herceptin en om Erbitux terug te betalen.

08.03 Maggie De Block (VLD): Aangezien kankers niet met goede wil maar wel met medicijnen worden genezen, moet de CTG werk maken van een snelle erkenning en terugbetaling.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van de CT-scan en de NMR" (nr. 12421)

09.01 Maggie De Block (VLD): De komende twee jaren wordt voorzien in veertig extra toestellen voor nucleaire magnetische resonantie (NMR). Het is de bedoeling hiermee bestaande radiologische onderzoeken te vervangen. In het verleden heeft het bijkomend gebruik van NMR-toestellen nooit geleid tot een daling in het gebruik van de CT-scan. Daarom adviseert het Kenniscentrum om de richtlijnen inzake medische beeldvorming aan te passen en een aangepaste financiering in te voeren.

Zal de minister dit advies opvolgen? Dat zou trouwens ook in het belang van de patiënt zijn.

09.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): In januari 2004 werd naar alle artsen een kopie gestuurd van de richtlijnen voor verwijzing naar beeldvormend onderzoek. Deze richtlijnen waren

directives de la Commission européenne, prenant comme point de départ différents cas cliniques et décrivant pour chacun les examens les plus adéquats. Le Consilium Radiologicum prévoit actuellement une nouvelle version, dans laquelle il sera tenu compte des observations des praticiens.

On songe pour aider les médecins à un formulaire de demande standardisé.

Le Centre d'expertise a rédigé un rapport dans le cadre de la mise en service de quarante nouveaux scanners RMN. Le Centre y examine l'efficacité de la RMN pour les différents systèmes organiques et les pathologies. D'une manière générale, l'utilisation de la RMN ne comporte que des avantages étant donné que contrairement aux scanners CT il n'est fait usage d'aucun rayonnement radioactif.

Le rapport examine également les avantages et les inconvénients des différents systèmes de financement pour l'IRM et le CT ainsi que la possibilité et l'utilité de mettre en place des unités IRM mobiles. Ce rapport contribuera à actualiser les directives en matière d'imagerie médicale.

La commission nationale médico-mutualiste s'est par ailleurs engagée à fixer à partir de 2007 les honoraires forfaitaires pour l'imagerie médicale sur la base de critères plus objectifs.

Enfin, l'INAMI prépare une analyse de l'imagerie médicale en Belgique.

09.03 Maggie De Block (VLD): Nous pensons que l'adaptation des directives conduisant au remplacement des scanners CT par des scanners RMN est bénéfique pour le patient.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de médicaments dans les maisons de repos" (n° 12422)

10.01 Maggie De Block (VLD) : Une enquête réalisée par les mutualités chrétiennes révèle que la consommation de médicaments dans les maisons de repos est beaucoup plus élevée en Wallonie qu'en Flandre et à Bruxelles. La consommation d'antidépresseurs est par contre moindre en Wallonie.

gebaseerd op de richtlijnen van de Europese Commissie. De betrokken richtlijnen gaan uit van diverse klinische problemen en beschrijven voor elk van hen de meest aangewezen onderzoeken. Het Consilium Radiologicum plant momenteel een nieuwe versie waarbij rekening zal worden gehouden met de opmerkingen van het werkveld.

Om de artsen te helpen wordt gedacht aan een gestandaardiseerd aanvraagformulier.

Het Kenniscentrum heeft een rapport opgesteld naar aanleiding van de komst van veertig nieuwe NMR-scanners. Hierin wordt de effectiviteit van de NMR onderzocht inzake de diverse organische stelsels en pathologieën. In het algemeen biedt het werken met NMR enkel voordelen omdat er in tegenstelling tot de CT-scan geen radioactieve straling aan te pas komt.

Verder worden de voor- en nadelen van diverse financieringssystemen voor MRI en CT bekeken, alsook de haalbaarheid en het nut van mobiele MRI-eenheden. Dit rapport zal de richtlijnen inzake medische beeldvorming helpen actualiseren.

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen heeft zich verder geëngageerd om de forfaitaire honoraria voor medische beeldvorming vanaf 2007 op basis van meer objectieve criteria vast te stellen.

Ten slotte bereidt het Riziv een analyse van de medische beeldvorming in België voor.

09.03 Maggie De Block (VLD): Wij menen dat een aanpassing van de richtlijnen die leidt tot een vervanging van de CT-scans door NMR-scans, in het voordeel van de patiënten is.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddelenverbruik in rustoorden" (nr. 12422)

10.01 Maggie De Block (VLD): Uit een onderzoek van het Christelijke Ziekenfonds blijkt dat het geneesmiddelengebruik in rustoorden in Wallonië aanzienlijk groter is dan in Vlaanderen en Brussel. Het gebruik van antidepressiva ligt dan weer lager in Wallonië.

Le ministre demandera-t-il au service d'Évaluation et de Contrôle médicaux de l'INAMI de poursuivre l'examen de ce dossier ? Les résultats de cet examen peuvent-ils être communiqués ici ?

10.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'INAMI est attentif à la consommation de médicaments dans les maisons de repos pour personnes âgées et dans les maisons de repos et de soins.

En collaboration avec le Centre d'expertise des universités d'Anvers et de Gand, une étude de terrain est menée actuellement dans soixante maisons de repos dans les provinces de Flandre orientale, du Hainaut et de Bruxelles. L'objectif est de rassembler des informations sur les diagnostics et la médication y afférente. Par ailleurs, la consommation de médicaments des personnes âgées en maison de repos et des personnes âgées qui habitent chez elles est également examinée pour avoir une idée générale de la consommation de médicaments chez les personnes âgées. Les données des deux études seront collationnées.

L'étude sera présentée dans son intégralité au public début 2007. Sur la base des résultats, un plan d'action sera établi pour obtenir une politique plus cohérente en matière de consommation de médicaments dans les maisons de repos.

10.03 Maggie De Block (VLD) : Je me félicite de l'intérêt porté à cette question car les chiffres de consommation élevés m'inquiètent.

L'incident est clos.

11 Questions jointes de

- **M. Luc Goutry** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de fatigue chronique" (n° 12450)

- **Mme Magda De Meyer** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la recherche scientifique récente sur le syndrome de fatigue chronique (SFC)" (n° 12653)

11.01 Luc Goutry (CD&V) : Il subsiste toujours un manque de clarté sur les causes et sur le traitement du syndrome de fatigue chronique (SFC). L'affection exerce une influence considérable sur la vie du patient mais tout le monde ne l'accepte pas. Le syndrome est souvent considéré comme une affection psychique.

Les médecins qui doivent déterminer le taux d'incapacité de travail ont des opinions divergentes

Zal de minister de dienst Geneeskundige Evaluatie van het Riziv vragen om deze zaak verder te onderzoeken? Kunnen de resultaten van dat onderzoek hier worden meegedeeld?

10.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Het Riziv volgt het geneesmiddelengebruik in rustoorden voor ouderen en in rust- en verzorgingstehuizen wel degelijk op.

In samenwerking met het Kenniscentrum van de universiteiten van Antwerpen en Gent wordt er momenteel een veldstudie uitgevoerd in zestig rusthuizen in de provincies Oost-Vlaanderen, Henegouwen en Brussel. Het doel is informatie in te winnen over de diagnoses en de corresponderende geneesmiddelentherapie. Tegelijkertijd wordt ook het geneesmiddelengebruik bij ouderen in rusthuizen en ouderen die thuis wonen onderzocht om zo een algemeen beeld te krijgen van het geneesmiddelengebruik bij ouderen. De gegevens uit beide studies zullen aan elkaar worden gekoppeld.

Begin 2007 wordt de gehele studie voorgesteld aan het publiek. Op basis van de resultaten zal een actieplan worden opgesteld om tot een meer coherent beleid inzake het geneesmiddelengebruik in rustoorden te komen.

10.03 Maggie De Block (VLD): Ik ben blij dat er werk wordt gemaakt van deze kwestie. De hoge verbruikscijfers verontrusten mij immers.

Het incident is gesloten.

11 Samengevoegde vragen van

- **de heer Luc Goutry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 12450)

- **mevrouw Magda De Meyer** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het recente wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" (nr. 12653)

11.01 Luc Goutry (CD&V): Er bestaat nog steeds onduidelijkheid over de oorzaken en de behandeling van het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). De aandoening heeft een grote impact op het leven van de patiënt, maar wordt niet door iedereen aanvaard. Vaak wordt het syndroom beschouwd als een psychische aandoening.

Geneesheren die de graad van

sur le syndrome. Leur évaluation n'est pas fondée sur des directives explicites qui leur auraient été données.

L'ancien ministre de la Santé publique a ouvert des centres de référence pour concentrer les patients et étudier l'affection. On a assisté à l'apparition de listes d'attente et les patients devaient parfois parcourir de longues distances.

Est-il exact que le centre de référence de la KULeuven à Overpelt n'est plus opérationnel ? Combien de patients sont annuellement en traitement dans les centres de référence ? Quelle est la durée d'un traitement et en quoi consiste-t-il ? Quels sont les résultats d'un traitement ? Quel budget l'INAMI dégage-t-il à cet effet ? Quand le Centre d'expertise évaluera-t-il les centres de référence ?

11.02 Magda De Meyer (sp.a-spirit) : Quel est l'état d'avancement de l'étude d'évaluation des centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique ? De nombreux patients sont actuellement confrontés à des coûts élevés sans perspective de remboursement.

11.03 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : En 2002, le Comité de l'assurance de l'INAMI a conclu une convention de financement avec cinq centres de référence pour patients atteints du syndrome de fatigue chronique. Un conseil a de plus été créé. Un rapport d'évaluation vient d'être achevé par l'INAMI et sera examiné par le Comité de l'assurance, après quoi il sera disponible sur le site internet.

Trois centres n'ont débuté leurs activités que fin 2002. En 2003 et 2004, un programme de diagnostics disciplinaires a été lancé respectivement pour 570 et 523 patients qui souffraient probablement du syndrome. Un traitement de rééducation a été engagé pour respectivement 349 et 355 patients chez qui le syndrome a été constaté.

Un total de 1.569 patients ont subi un diagnostic avant le 30 juin 2005. Durant la même période, 965 patients ont bénéficié d'un programme de rééducation. Les centres disposent d'une enveloppe permettant le financement annuel de 443 patients.

La durée de la rééducation diffère d'un centre à l'autre. Elle se compose au minimum d'une thérapie

werkonbekwaamheid moeten bepalen, hebben uiteenlopende meningen over het syndroom. Hun evaluatie is niet gebaseerd op afdoende richtlijnen die hen werden verstrekt.

De vorige minister van Volksgezondheid opende referentiecentra om patiënten te concentreren en de aandoening te onderzoeken. Er ontstonden wachtlijsten en patiënten moesten zich soms verplaatsen.

Is het waar dat het referentiecentrum van de KULeuven in Overpelt niet meer operationeel is? Hoeveel patiënten zijn er per jaar in behandeling in de referentiecentra? Hoelang duurt een behandeling en waaruit bestaat ze? Welke resultaten levert een behandeling op? Welk budget wordt hiervoor uitgetrokken door het Riziv? Wanneer zal het Kenniscentrum de referentiecentra evalueren?

11.02 Magda De Meyer (sp.a-spirit) : Wat is de stand van zaken in het evaluatieonderzoek naar de referentiecentra voor het chronischevermoeidheidssyndroom? Veel patiënten hebben nu hoge kosten zonder zicht op terugbetaling.

11.03 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*) : In 2002 sloot het verzekeringscomité van het Riziv een financieringsovereenkomst af met vijf referentiecentra voor patiënten met het chronischevermoeidheidssyndroom en werd er een raad opgericht. Een evaluatierapport werd door het Riziv afgerond en zal door het verzekeringscomité worden besproken, waarna het op de website beschikbaar zal zijn.

Drie centra werden pas eind 2002 opgestart. In 2003 en 2004 werd er een programma van multidisciplinaire diagnoses aangevat voor respectievelijk 570 en 523 patiënten die vermoedelijk aan het syndroom leden. Er werd voor respectievelijk 349 en 355 patiënten waarbij het syndroom werd vastgesteld, een revalidatiebehandeling opgestart.

Het totale aantal patiënten dat een diagnose onderging voor 30 juni 2005 bedraagt 1.569. Tijdens dezelfde periode kregen 965 patiënten een revalidatieprogramma. De centra hebben een financieringsenveloppe om jaarlijks 443 patiënten te behandelen.

De duur van de revalidatiebehandeling verschilt van centrum tot centrum. Ze bestaat minimaal uit cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie. Voor zover bekend zijn dit de enige

comportementale cognitive et d'une thérapie graduelle d'exercices. Au stade actuel des connaissances, il s'agit des seules formes utiles de traitement des intéressés. En dépit d'un grand nombre d'études scientifiques, il n'existe encore aucun traitement curatif du SFC. Le traitement vise à mieux maîtriser ses maux et à promouvoir le fonctionnement du patient.

L'étude évaluative démontre que la thérapie rééducative aboutit à une amélioration significative de la qualité de vie du patient. Pourtant, cette thérapie n'amoindrit pas la capacité d'efforts cardio-respiratoires du patient ni son aptitude à exercer sa profession. En règle générale, les résultats sont moins bons que prévus mais il s'agit souvent de patients qui souffraient déjà de ce syndrome depuis cinq ans en moyenne. Selon le *Center for Disease Control and Prevention*, le critère de durée pour le SFC est de six mois. Il en résulte que le pronostic thérapeutique est moins bon. En outre, la population de patients présente des contours moins nets étant donné que des personnes atteintes de troubles psychiatriques sont également traitées. Il conviendrait peut-être, pour obtenir de meilleurs résultats, d'administrer ce traitement sous une autre forme.

L'assurance-maladie consacre annuellement 1,7 million d'euros maximum aux cinq centres de référence. Une évaluation supplémentaire par le Centre d'expertise ne sera pas nécessaire après que l'INAMI aura rédigé son rapport d'évaluation.

La politique suivie en matière de traitement de ce syndrome sera rectifiée. L'INAMI a établi un nouveau plan qui a été soumis au Comité de l'assurance. De plus, des solutions permettant de remédier à des problèmes signalés ont été recherchées. Des mesures seront prises afin de faire en sorte que les patients passent plus vite d'une unité de soins à une autre. En outre, l'accessibilité financière aux soins dispensés par des thérapeutes comportementaux périphériques sera améliorée. A cette fin, les aménagements nécessaires devront être apportés à l'assurance-maladie. Tous ces changements interviendront à moyen terme.

11.04 Luc Goutry (CD&V) : J'espère que l'on fournira de meilleures directives aux médecins-conseil chargés d'évaluer l'incapacité de travail. Le centre de référence de la KULeuven a-t-il été fermé? Quand le rapport d'évaluation sera-t-il publié sur le site internet?

11.05 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) :

nuttige vormen van behandeling voor de betrokkenen. Ondanks massaal wetenschappelijk onderzoek is er nog geen curatieve behandeling voor CVS. De behandeling beoogt de klachten beter te beheersen en het functioneren van de patiënt te bevorderen.

De evaluatiestudie toont aan dat de revalidatiebehandeling leidt tot een significante verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt. Er is echter geen invloed op de cardiorespiratoire inspanningscapaciteit en het beroepsmatige functioneren. Over het algemeen zijn de resultaten minder goed dan werd verwacht, maar vaak gaat het over patiënten die reeds gemiddeld gedurende vijf jaar aan het syndroom leden. Het durcriterium voor het CVS bedraagt volgens het *Center for Disease Control and Prevention* zes maanden. Daardoor wordt de behandelingsprognose minder goed. Bovendien is de patiëntenpopulatie minder afgelijnd, aangezien er ook mensen met psychiatische pathologieën worden behandeld. Misschien moet de behandeling onder een andere vorm worden verstrekt om betere resultaten te behalen.

De ziekteverzekering besteedt per jaar maximaal 1,7 miljoen euro aan de vijf referentiecentra. Een bijkomende evaluatie door het Kenniscentrum is niet nodig na het opstellen van het evaluatierapport door het Riziv.

Het beleid inzake het syndroom zal worden bijgestuurd. Het Riziv stelde een nieuw plan op dat aan het Verzekeringscomité wordt voorgelegd. Daarbij werd naar oplossingen gezocht voor gesignaleerde problemen. Er worden maatregelen genomen om een snellere doorstroming van de patiënten mogelijk te maken. Verder wordt de financiële toegankelijkheid tot perifere gedragstherapeuten verbeterd. Daartoe moeten de nodige aanpassingen aan de ziekteverzekering gebeuren. Dat zijn allemaal veranderingen op middellange termijn.

11.04 Luc Goutry (CD&V) : Ik hoop dat men ook betere richtlijnen zal verstrekken aan adviserende geneesheren die moeten oordelen over werkonbekwaamheid. Werd het referentiecentrum van de KULeuven opgedoekt? Wanneer wordt het evaluatierapport op de website gepubliceerd?

11.05 Minister Rudy Demotte (Nederlands) : Ik heb

Je ne peux pas vous fournir d'informations à ce sujet pour le moment.

daarover nu geen informatie.

11.06 Magda De Meyer (sp.a-spirit) : Je me félicite que des mesures soient prises sur la base du rapport d'évaluation. De nombreux patients ne sont pas en mesure de se livrer à des activités quotidiennes et ne bénéficient d'aucune intervention. Il convient de trouver une solution à ce problème.

11.06 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Ik ben blij dat er op basis van het evaluatierapport maatregelen worden genomen. Veel patiënten zijn onbekwaam om dagdagelijkse activiteiten uit te voeren en krijgen geen tegemoetkoming. Voor hen moet er een oplossing worden gevonden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Mme Véronique Ghenne à la vice-première ministre et ministre du Budget et de la Protection de la consommation sur "l'information du consommateur quant à des substances chimiques contenues dans les cosmétiques" (n° 12484)

12 Vraag van mevrouw Véronique Ghenne aan de vice-eerste minister en minister van Begroting en Consumentenzaken over "de informatie voor de verbruiker inzake chemische stoffen in cosmetica" (nr. 12484)

12.01 Véronique Ghenne (PS) : La Commission européenne a annoncé, en août, que le secteur cosmétique devrait, à la demande du consommateur, fournir des informations sur les possibles effets indésirables de substances chimiques introduites dans la fabrication cosmétique. La Commission, qui initialement pensait obliger les fabricants de cosmétique à déclarer certains composants via une notice explicative, a revu cette ambition à la baisse pour ne pas pénaliser les bénéfices du secteur par des procédures coûteuses d'essais et de déclarations. Les consommateurs pourront donc faire des demandes d'information par téléphone ou sur le site Internet du fabricant.

12.01 Véronique Ghenne (PS): De Europese Commissie heeft in augustus jongstleden aangekondigd dat de cosmeticasector op verzoek van de consument informatie zou moeten verstrekken over de mogelijke ongewenste bijwerkingen van chemische bestanddelen van cosmetische producten. De Commissie, die aanvankelijk van plan was de cosmeticafabrikanten ertoe te verplichten melding te maken van bepaalde bestanddelen in een bijsluiter, heeft dat voornemen teruggeschroefd om de sector niet op extra kosten te jagen door de invoering van dure test- en meldingsprocedures. De consumenten zullen dus telefonisch en via de website van de fabrikant om meer informatie kunnen vragen.

De quelle manière le consommateur sera-t-il informé des possibilités de demander des informations sur les éventuels effets indésirables des produits puisque cette information n'est pas systématique? Une campagne d'information est-elle prévue?

Qu'en est-il en cas de non-respect des engagements de l'industrie?

J'aurais aimé savoir si la Belgique envisageait de remédier à cette lacune. Si oui, de quelle manière?

Op welke manier zal de consument worden ingelicht over de mogelijkheid om meer informatie te vragen over de eventuele ongewenste bijwerkingen van de producten, aangezien die informatie niet stelselmatig zal worden verspreid? Zal een informatiecampaignede op touw worden gezet?

Wat zal er gebeuren wanneer de industrie haar verbintenissen niet nakomt?

Ik zou willen weten of de Belgische autoriteiten die leemte willen wegwerken. Zo ja, hoe?

12.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Les produits cosmétiques sont réglementés par l'arrêté royal du 15 octobre 1997 qui transpose la directive européenne 76/768 relative aux produits cosmétiques, laquelle prévoit que les firmes cosmétiques communiquent au public les informations sur la composition et les éventuels effets indésirables de leurs produits.

12.02 Minister Rudy Demotte (*Frans*): De cosmetische producten worden gereguleerd door het koninklijk besluit van 15 oktober 1997, dat een omzetting is van de Europese richtlijn 76/768 betreffende de cosmetische producten, die bepaalt dat de cosmeticafabrikanten aan het publiek informatie over de samenstelling en de eventuele ongewenste bijwerkingen van hun producten meedelen.

Doivent être communiquées à la demande du consommateur: la composition qualitative qui figure déjà sur le conditionnement, la composition quantitative pour certains ingrédients et les effets indésirables rapportés, principalement des réactions allergiques ou d'irritation.

La Commission européenne vient de publier les lignes directrices des modalités d'accès à ces informations et du type de données à communiquer. Un arrêté ministériel, basé sur ces lignes directrices et qui prévoit que la demande pourra être introduite par courrier postal, par courrier électronique ou par téléphone, est en préparation. Le conditionnement de chaque produit doit porter l'adresse du responsable de la mise sur le marché. L'arrêté prévoit aussi que les informations relatives aux effets indésirables liés au produit soient complètes.

12.03 Véronique Ghenne (PS) : Un arrêté royal sera donc bientôt publié. Une campagne d'information sera-t-elle aussi programmée afin que les consommateurs sachent qu'ils doivent introduire une demande écrite ou par téléphone ?

12.04 Rudy Demotte, ministre(en français) : Il est prévu que les adresses de contact figurent sur les étiquettes, que les responsables soient joignables par téléphone et que l'information soit accessible sur un site Internet. Aucune autre campagne d'information grand public n'est prévue.

L'incident est clos.

13 Question de Mme Annemie Turtelboom au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une étude portant sur les avantages des hôpitaux de petite taille" (n° 12495)

13.01 Annemie Turtelboom (VLD) : Selon le rapport annuel 2005 de la société Roland Berger Strategy Consultants aux Pays-Bas, les petits hôpitaux enregistrent de meilleurs résultats médicaux et financiers que les grands. La qualité et une politique financière saine vont souvent de pair. Les fusions n'aboutissent donc pas toujours à une plus grande efficacité et une réduction des coûts.

Existe-t-il une enquête similaire en Belgique ? Dans l'affirmative, quels en sont les résultats ? Dans la négative, le ministre a-t-il l'intention de demander la réalisation d'une telle enquête ?

Dienen op verzoek van de consument te worden meegedeeld: de kwalitatieve samenstelling die al op de verpakking voorkomt, de kwantitatieve samenstelling voor bepaalde bestanddelen en de gerapporteerde ongewenste bijwerkingen, voornamelijk allergische reacties en veroorzaakte irritatie.

De Europese Commissie heeft onlangs krachtlijnen gepubliceerd voor de toegang tot die informatie en met betrekking tot het soort gegevens dat moet worden meegedeeld. Een ministerieel besluit, dat op die krachtlijnen is gebaseerd en dat bepaalt dat het verzoek per post, via e-mail of telefonisch kan worden geformuleerd, is momenteel in voorbereiding. Op de verpakking van elk product dient de naam te worden vermeld van de persoon die instaat voor het op de markt brengen ervan. Het besluit bepaalt tevens dat de inlichtingen met betrekking tot de ongewenste bijwerkingen van het product volledig moeten zijn.

12.03 Véronique Ghenne (PS): Er zal dus binnenkort een koninklijk besluit worden gepubliceerd. Zal er ook een informatiecampaagne op touw worden gezet teneinde de consumenten ervan op de hoogte te brengen dat een schriftelijke of telefonische aanvraag vereist is?

12.04 Minister Rudy Demotte (Frans): De contactadressen moeten op de etiketten te vinden zijn, de verantwoordelijken moeten telefonisch bereikbaar zijn en de informatie moet op een website ter beschikking zijn. Daarnaast is geen andere grootschalige informatiecampaagne gepland.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van mevrouw Annemie Turtelboom aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een onderzoek naar de voordelen van kleine ziekenhuizen" (nr. 12495)

13.01 Annemie Turtelboom (VLD): Volgens het jaaroverzicht 2005 van de firma Roland Berger Strategy Consultants in Nederland, scoren kleine ziekenhuizen medisch en financieel beter dan grote. Een goede kwaliteit en een gezond financieel beleid gaan vaak samen. Fusies leiden dus niet altijd tot meer efficiëntie en een lager kostenplaatje.

Bestaat er een gelijkaardig onderzoek in België? Zo ja, wat zijn de resultaten? Zo nee, is de minister van plan een dergelijk onderzoek te laten uitvoeren?

13.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Chaque année, les données indispensables pour la réalisation d'une telle enquête sont collectées par le biais de Finhosta. Sur le site internet du SPF Santé publique figure une application qui comprend quarante indicateurs financiers. Cette application permet au public et aux hôpitaux de comparer eux-mêmes l'efficacité et la qualité de la gestion des hôpitaux.

Les chiffres indiquent que la gestion des hôpitaux s'améliore d'année en année depuis 2002. Chaque hôpital peut consulter son score sur la base des différents paramètres des données cliniques minimales, de la gestion financière et de la politique en matière de ressources humaines. En juin dernier, le SPF Santé publique a organisé un symposium consacré à cette application axée sur les hôpitaux généraux.

Les analyses et les enquêtes peuvent être réalisées sur la base de données du SPF Santé publique. Il est ainsi possible d'obtenir le nombre de séjours par rapport au nombre d'équivalents temps plein par exemple.

13.03 Annemie Turtelboom (VLD) : Les chiffres doivent probablement être nuancés mais il est tout de même frappant de constater que les petits hôpitaux semblent afficher de meilleurs résultats. Il est dès lors très certainement utile de connaître le profil des patients.

Il convient en tout état de cause de se poser la question de savoir si des accroissements d'échelle représentent toujours une amélioration. Des analyses effectuées aux Pays-Bas indiquent le contraire.

Lorsque les chiffres sur le site internet de la Santé publique seront accessibles à tous, je les analyserai attentivement dans l'espoir de pouvoir encore étayer ma position.

L'incident est clos.

14 Questions jointes de

- M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement du Fonds de lutte contre le tabagisme" (n° 12579)
- Mme Karine Jiroflée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'industrie du tabac et la Fondation Rodin" (n° 12648)

14.01 Yvan Mayeur (PS) : La création du Fonds

13.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Elk jaar worden de noodzakelijke gegevens voor een dergelijk onderzoek via Finhosta verzameld. De FOD Volksgezondheid heeft op zijn website een toepassing geplaatst die veertig financiële indicatoren bevat. De doeltreffendheid en de kwaliteit van het beheer van de ziekenhuizen kunnen er door het publiek en de ziekenhuizen zelf worden vergeleken.

De cijfers geven aan dat het beheer van de ziekenhuizen sinds 2002 elk jaar verbetert. Elk ziekenhuis kan zijn score bekijken op basis van de verschillende parameters van de minimale klinische gegevens, het financiële beheer en het humanresourcesbeleid. In juni hield de FOD Volksgezondheid nog een symposium over deze op de algemene ziekenhuizen gerichte toepassing.

Analyses en onderzoek kunnen gebeuren op basis van de gegevens van de FOD Volksgezondheid. Zo kan men bijvoorbeeld het aantal verblijven ten opzichte van het aantal voltijdse equivalenten verkrijgen.

13.03 Annemie Turtelboom (VLD): De cijfers moeten wellicht genuanceerd worden maar toch is het markant dat kleine ziekenhuizen beter blijken te presteren. Daarom is het zeker nuttig de aard van de patiënten in beeld te brengen.

In elk geval moet de vraag gesteld worden of schaalvergrotingen altijd een verbetering zijn. Analyses in Nederland geven alvast aan van niet.

Als de cijfers op de website van Volksgezondheid voor iedereen toegankelijk zijn, zal ik ze eens grondig analyseren in de hoop mijn stelling nog verder te kunnen onderbouwen.

Het incident is gesloten.

14 Samengevoegde vragen van

- de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van het Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik" (nr. 12579)
- mevrouw Karine Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tabaksindustrie en de Rodinstichting" (nr. 12648)

14.01 Yvan Mayeur (PS): De oprichting van het

de lutte contre le tabagisme suscite des interrogations auprès de divers industriels du tabac présents en Belgique.

Inscrite dans la loi-programme de décembre 2003, cette disposition a été remplacée par un autre article de la loi-programme de 2004, qui prévoit que 2 millions d'euros sont affectés au budget de l'INAMI pour financer ce Fonds.

Certains cigarettiers croient que le Fonds implique une contribution de leur part, alors qu'il semble que ce Fonds doive être financé par le budget des Voies et Moyens et la TVA. Qu'en est-il en réalité ?

14.02 Karin Jiroflée (sp.a-spirit) : Nous avons appris dans la presse que la Fondation Rodin, qui consacre des études à la prévention du tabagisme chez les jeunes, transmettrait des informations concernant la perception du tabac par les jeunes à l'industrie du tabac. Il appert en outre que cette Fondation serait partiellement financée par les cigarettiers.

Ces rumeurs sont-elles fondées ? Quelles mesures le ministre envisage-t-il de prendre ?

14.03 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Le Fonds que j'ai institué dans le cadre du plan fédéral de lutte contre le tabagisme est un fonds public. Sa création a été inscrite dans la loi-programme du 22 décembre 2003. Les articles 116 et 258 de la loi-programme disposent que son financement provient d'une quote-part du budget de l'INAMI alimenté par les recettes de la TVA.

En d'autres termes, il n'y a aucun financement par le secteur.

En 2004, un million d'euros a été alloué à ce fonds. En 2005, le financement a été doublé. Le fonds est devenu opérationnel fin 2004 ; il finance l'accompagnement des mesures d'exécution du plan fédéral.

(*En néerlandais*) Je ne puis me prononcer sur les pratiques, les contacts ou le cadre légal de la fondation Rodin.

Il est toutefois certain que la mise en oeuvre du plan fédéral de lutte contre le tabagisme n'a aucun lien avec cette fondation.

Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik doet bij de Belgische tabaksproducenten heel wat vragen rijzen.

De bepaling daaromtrent, die aanvankelijk opgenomen was in de programmawet van 2003, werd vervangen door een artikel van de programmawet van 2004, dat bepaalt dat twee miljoen euro naar de Riziv-begroting gaat voor de financiering van dat Fonds.

Een aantal tabaksproducenten gelooft dat zij een bijdrage moeten leveren aan dat Fonds, dat naar verluidt zou worden gefinancierd vanuit de Middelendebegroting en de btw? Wat is de juiste toedracht?

14.02 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Wij vernemen in de pers dat de Rodinstichting, die onderzoek voert naar tabakspreventie bij jongeren, studies over de perceptie van tabak bij adolescenten zou doorspelen aan de tabaksindustrie. Verder zou de Rodinstichting ook gedeeltelijk gefinancierd worden door de tabaksindustrie.

Berusten deze geruchten op waarheid? Zijn dergelijke praktijken wettelijk toegelaten? Wat zal de minister ter zake ondernemen?

14.03 Minister Rudy Demotte (*Frans*): Het fonds dat ik in het raam van het federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik heb opgericht, is een overheidsfonds. De oprichting ervan was opgenomen in de programmawet van 22 december 2003. De artikelen 116 en 258 van de programmawet bepalen dat de financiering gedragen wordt door de Riziv-begroting, die op haar beurt gestijfd wordt met btw-ontvangsten.

Met andere woorden gebeurt er geen financiering door de sector.

In 2004 werd een bedrag van een miljoen euro in dat fonds gestort. In 2005 werd de financiering verdubbeld. Het fonds is eind 2004 operationeel geworden; de begeleiding van de uitvoeringsmaatregelen van het federaal plan worden ermee gefinancierd.

(*Nederlands*) Ik kan mij niet uitspreken over de praktijken, de contacten of het wettelijk kader van de Rodinstichting.

Het staat echter vast dat de uitvoering van het federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik volledig los staat van deze stichting.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen d'admission pour les kinésithérapeutes" (n° 12533)

15 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toelatingsexamen voor kinesisten" (nr. 12533)

15.01 Luc Goutry (CD&V) : Un nouvel examen d'admission important aura lieu samedi prochain afin de déterminer si les kinésithérapeutes diplômés peuvent obtenir un numéro INAMI. Nous nous sommes déjà insurgés contre cette pratique l'année dernière. Il est moralement inacceptable de refuser l'accès à la profession à des personnes qui ont obtenu le diplôme. Si une limitation est nécessaire, elle doit intervenir au commencement des études.

15.01 Luc Goutry (CD&V): Volgende zaterdag is er opnieuw een groot toelatingsexamen voor afgestudeerde kinesisten om een Riziv-nummer te krijgen. Wij fulmineerden daartegen vorig jaar al. Het is moreel onaanvaardbaar mensen die het diploma behaald hebben, de toegang tot het beroep te weigeren. Indien er een beperking nodig is, dan moet men de toegang maar beperken aan het begin van de studie.

Les études confirment la pénurie future de kinésithérapeutes. Dès lors, je ne comprends pas pourquoi on ne permet pas aux diplômés d'exercer pleinement la profession. On résout de façon trop draconienne un problème temporaire de surabondance et les épreuves imposées aux diplômés ne permettent pas de déterminer avec la pertinence requise s'ils sont compétents ou non.

Onderzoekers bevestigen dat er de komende jaren een tekort aan kinesisten zal zijn. Daarom begrijp ik niet waarom men afgestudeerden niet toelaat het beroep volledig uit te oefenen. Men lost een tijdelijk probleem van overaanbod op een al te drastische wijze op en de proeven die de afgestudeerden moeten doorstaan, zijn niet relevant om te beoordelen of iemand al dan niet vakbekwaam is.

Combien de kinésithérapeutes ont décroché leur diplôme cet été en Communautés flamande et française ? De combien de Belges et d'étrangers s'agit-il au total ?

Hoeveel kinesisten studeerden deze zomer af in de Vlaamse en in de Franse Gemeenschap? Om hoeveel Belgen en buitenlanders gaat het in totaal?

L'année dernière, 104 diplômés flamands n'ont pas été sélectionnés pour les prestations. Sont-ils inclus dans le quota ? Les questions d'examen sont-elles adaptées pour permettre une évaluation correcte ? Le nombre de diplômés sera-t-il inclus dans le quota au cours des prochaines années ?

Vorig jaar waren 104 Vlaamse gediplomeerden niet geselecteerd voor de prestaties. Worden die bij het quotum geteld? Worden de examenvragen aangepast zodat zij een correcte evaluatie toelaten? Zal het aantal afgestudeerden de eerstkomende jaren onder het quotum vallen?

Les diplômés de 2006 obtiennent un numéro temporaire jusqu'après l'examen. Ceux qui n'ont pas réussi l'examen l'année dernière ne disposent pas d'un numéro temporaire et doivent participer une nouvelle fois à l'épreuve. Pourront-ils jamais obtenir un numéro définitif ?

Afgestudeerden van 2006 krijgen een tijdelijk nummer tot na het examen. Zij die vorig jaar niet door het examen geraakten, hebben geen tijdelijk nummer en moeten opnieuw aan de proef deelnemen. Kunnen zij ooit een definitief nummer krijgen?

15.02 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais): Il n'y a pas de restrictions en ce qui concerne le nombre d'étudiants en kinésithérapie, mais bien pour le nombre de kinésithérapeutes dont les prestations en tant qu'indépendant peuvent donner lieu à un remboursement dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. J'estime qu'il est parfaitement acceptable moralement de garantir au patient un accès suffisant à des soins de qualité et ce, à un prix raisonnable.

15.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Er worden geen beperkingen opgelegd inzake het aantal studenten kinesitherapie, maar wel inzake het aantal kinesisten dat als zelfstandige prestaties terugbetaald kan krijgen in het raam van de verplichte ziekteverzekering. Voor de patiënt een voldoende toegang garanderen tot kwaliteit tegen een redelijke prijs, is voor mij perfect moreel aanvaardbaar.

La date d'inscription pour l'examen de sélection est déjà passée. En communauté flamande, 370 candidats se sont inscrits valablement. Parmi ceux-ci, 270 seront sélectionnés et les 100 autres ne seront donc pas retenus. A mes yeux, il n'y a pas d'important déficit par rapport au quota. Du côté francophone, 172 personnes se sont inscrites valablement. Ce chiffre est inférieur au plafond prévu pour l'organisation d'un examen. 172 kinésithérapeutes francophones seront donc agréés par l'Inami.

Le reliquat de l'année dernière était de 12 unités et est à présent pratiquement épuisé. Si les 172 kinésithérapeutes francophones demandent un numéro, il n'en subsistera dès lors plus que quatre de plus que le quota prévu pour les deux années cumulées.

L'arrêté royal du 22 juillet 2005 fixe le nombre de candidats pouvant être sélectionnés entre 2005 et 2009 pour le concours de kinésithérapeutes. Ce nombre peut être modifié si, au cours d'une année précédente, le nombre de kinésithérapeutes sélectionnés ne correspondait pas au nombre fixé. Étant donné que tel n'était pas le cas en 2005, le quota est maintenu pour 2006.

L'an dernier en Communauté française, les candidats étaient plus nombreux que le quota mais leur nombre n'excédait toutefois pas la marge de dépassement autorisée. Il n'y a dès lors pas eu de concours et tous les candidats furent automatiquement retenus. Par ailleurs, la différence entre le quota de 2005 et le nombre de kinésithérapeutes sélectionnés en 2005 a été retranchée du quota de 2007. Les candidats non retenus en 2005 pouvaient s'inscrire au concours 2006. Les questions du concours 2005 ont été soumises à une évaluation par le Selor et par les équipes universitaires qui avaient préparé le test. Certaines questions ont été remplacées à cette occasion. Le questionnaire de 2006 sera également soumis à une analyse minutieuse.

Lors de la rédaction de l'examen de 2007, il sera tenu compte de l'analyse des examens précédents.

Somme toute, un quota est une donnée dynamique. Si le nombre d'étudiants en kinésithérapie diminue trop, la commission de planification pourra donc abaisser les quotas.

Je communiquerai votre dernière question à mes services.

15.03 Luc Goutry (CD&V): Je reste convaincu

De inschrijvingsdatum voor het selectie-examen is reeds voorbij. In de Vlaamse Gemeenschap schreven 370 kandidaten zich reglementair in. Er zullen er dus 270 worden geselecteerd en 100 niet. Ik zie geen groot tekort in vergelijking met de quota. Aan de Franstalige kant schreven zich 172 personen reglementair in. Dat cijfer ligt onder de grenswaarde waarbij het examen moet worden georganiseerd. Er zullen dus 172 Franstalige gediplomeerden toegang krijgen tot het Riziv.

Het overschot van vorig jaar bedroeg twaalf en is nu bijna volledig opgebruikt. Indien alle 172 Franstalige kinesisten een nummer aanvragen, blijven er dus maar vier meer over dan de voorziene quota over de twee jaren samen.

Het KB van 22 juli 2005 bepaalt het aantal kandidaten dat van 2005 tot 2009 kan worden geselecteerd voor het vergelijkende examen voor kinesitherapeuten. Dit aantal kan worden gewijzigd indien in een voorgaand jaar het aantal geselecteerde kinesitherapeuten niet overeenstemde met het vastgelegde aantal. Aangezien dit in 2005 niet het geval was, blijft het quotum voor 2006 ongewijzigd.

Binnen de Franse Gemeenschap waren er vorig jaar meer kandidaten dan het quotum. Hierdoor werd er geen examen georganiseerd en waren alle kandidaten automatisch geselecteerd. Verder werd hier het quotum voor 2007 verminderd met het verschil tussen het quotum van 2005 en het aantal geselecteerde kinesitherapeuten in 2005. De kandidaten die niet werden geselecteerd in 2005, konden zich inschrijven voor het examen in 2006. De examenvragen van 2005 werden geëvalueerd door Selor en de universitaire teams die het examen hadden voorbereid. Hierbij werden sommige vragen vervangen. Ook de vragenlijst van 2006 zal grondig worden geanalyseerd.

Bij het opstellen van het examen van 2007 zal rekening worden gehouden met de analyse van de vorige examens.

Tenslotte is een quotum een dynamisch gegeven. Indien het aantal studenten kinesitherapie te zeer zou dalen, kan de planningcommissie de quota aanpassen.

De laatste vraag zal ik aan mijn diensten doorspelen.

15.03 Luc Goutry (CD&V): Ik blijf van mening dat

que le contingentement doit avoir lieu au début, sous la forme d'un examen d'admission. C'est une position que le ministre pourra défendre sans aucun problème.

15.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je dois mettre en oeuvre les cadres prévus par mes prédécesseurs.

15.05 Luc Goutry (CD&V) : Il est encore et toujours inadmissible que des personnes ne puissent avoir accès à la totalité de la profession après avoir tant étudié et investi.

L'incident est clos.

15.06 Daniel Ducarme (MR) : Alors que j'étais prévu ce matin, je suis venu plus tard. Mon interpellation ne requérant pas l'urgence, je suis disposé à la reporter, pour peu que ce ne soit pas à l'année prochaine!

La réunion publique de commission est levée à 17 h 00.

contingentering moet plaatsvinden bij het begin, via een toelatingsexamen. Dat kan de minister perfect verdedigen.

15.04 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*) : Ik moet de door mijn voorgangers opgestelde kaders uitvoeren.

15.05 Luc Goutry (CD&V) : Het is en blijft onaanvaardbaar dat mensen na lange studies en grote investeringen geen toegang krijgen tot het volledige beroep.

Het incident is gesloten.

15.06 Daniel Ducarme (MR) : Mijn interpellatie was voor vanmorgen gepland, maar ik ben later gekomen. Vermits ze echter niet dringend is, ben ik bereid ze naar een latere datum te verzetten, zo lang het maar niet volgend jaar is!

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.00 uur.