

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

Handelingen

Annales

INTEGRAAL VERSLAG
VAN DE OPENBARE VERGADERING VAN DE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID,
HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

VAN

01-02-2000

COMPTE RENDU INTÉGRAL
DE LA RÉUNION PUBLIQUE DE LA

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

DU

01-02-2000

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CVP	:	Christelijke Volkspartij
FN	:	Front National
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone - Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	:	Parti socialiste
PSC	:	Parti social chrétien
SP	:	Socialistische Partij
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 50 0000/000 : Parlementair Document van de 50e zittingsperiode +
het nummer en het volgnummer
QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden
HA : Handelingen (Integraal Verslag)
BV : Beknopt Verslag
PLEN : Plenumvergadering
COM : Commissievergadering

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 50 0000/000 : Document parlementaire de la 50e
législature, suivi du n° et du n° consécutif
QRVA : Questions et Réponses écrites
HA : Annales (Compte Rendu Intégral)
CRA : Compte Rendu Analytique
PLEN : Séance plénière
COM : Réunion de commission

Officiële publicaties uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : alg.zaken@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : aff.generales@laChambre.be

Inhoud

Dinsdag 1 februari 2000

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING - COM 103

Mondelinge vraag van de heer Bruno Van Grootenbrulle aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de toekenning van het Belgische biologische label" (nr. 789)

sprekers : **Bruno Van Grootenbrulle, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van mevrouw Maggy Yerna aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de opheffing van de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het koninklijk besluit van 24 juni 1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 december 1982 tot vastlegging van de bijzondere erkenningsnormen van rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 827)

sprekers : **Maggy Yerna, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "bijkomende ziekenhuisinfecties" (nr. 844)

sprekers : **Koen Bultinck, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Samengevoegde mondelinge vragen van :

- de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de invoering van een foutloze aansprakelijkheid voor artsen" (nr. 840)

- mevrouw Michèle Gilkinet aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het fonds voor de vergoeding van medische fouten" (nr. 932)

sprekers : **Jo Vandeurzen, Michèle Gilkinet, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de erkenningsnormen van de CT-scanners buiten een ziekenhuis" (nr. 911)

sprekers : **Yolande Avontroodt, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van mevrouw Els Van Weert aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en

Sommaire

Mardi 1 février 2000

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ - COM 103

Question orale de M. Bruno Van Grootenbrulle à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'octroi du label biologique belge" (n° 789)

orateurs : **Bruno Van Grootenbrulle, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de Mme Maggy Yerna à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la suspension de la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal du 24 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins" (n° 827)

orateurs : **Maggy Yerna, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de M. Koen Bultinck à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les infections nosocomiales" (n° 844)

orateurs : **Koen Bultinck, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Questions orales jointes de :

- M. Jo Vandeurzen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'instauration d'une responsabilité sans faute pour les médecins" (n° 840)

- Mme Michèle Gilkinet à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "le Fonds d'indemnisation pour les erreurs médicales" (n° 932)

orateurs : **Jo Vandeurzen, Michèle Gilkinet, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de Mme Yolande Avontroodt à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les normes d'agrément des tomographes axiaux transverses en dehors d'un hôpital" (n° 911)

orateurs : **Yolande Avontroodt, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de Mme Els Van Weert à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de

Leefmilieu over "de inwerkingtreding van de wet van 11 januari 1999 over de exploitatie van zonnecentra" (nr. 912)

14

sprekers : **Els Van Weert, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van mevrouw Michèle Gilkinet aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de objectieve informatie over geneesmiddelen" (nr. 933)

16

sprekers : **Michèle Gilkinet, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Samengevoegde mondelinge vragen van :

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het toekennen van kortingen op de prijs van geneesmiddelen" (nr. 890)

- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de ristorno's op geneesmiddelen" (nr. 934)

17

sprekers : **Yolande Avontroodt, Annemie Van de Casteele, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de voorschotten verleend door het OCMW bij niet-betaling van onderhoudsgeld" (nr. 853)

(Het antwoord werd verstrekt door de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu)

20

sprekers : **Servais Verherstraeten, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de arbeidsomstandigheden van GSO's en apothekers-klinisch biologen in opleiding" (nr. 829)

21

sprekers : **Luc Goutry, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

l'Environnement sur "l'entrée en vigueur de la loi du 11 janvier 1999 sur l'exploitation des centres de bronzage" (n° 912)

14

orateurs : **Els Van Weert, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de Mme Michèle Gilkinet à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'information objective sur les médicaments" (n° 933)

16

orateurs : **Michèle Gilkinet, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Questions orales jointes de :

- Mme Yolande Avontroodt à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'octroi des réductions sur le prix des médicaments" (n° 890)

- Mme Annemie Van de Casteele à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et sur "les ristournes sur les médicaments" (n° 934)

17

orateurs : **Yolande Avontroodt, Annemie Van de Casteele, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de M. Servais Verherstraeten au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Économie sociale sur "les avances accordées par les CPAS en cas de non-paiement des pensions alimentaires" (n° 853)

(La réponse a été donnée par la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement)

20

orateurs : **Servais Verherstraeten, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de M. Luc Goutry à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les conditions de travail des médecins spécialistes en formation et des pharmaciens en biologie clinique en formation" (n° 829)

21

orateurs : **Luc Goutry, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

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

RÉUNION PUBLIQUE DU
MARDI 1 FÉVRIER 2000

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID,
HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

OPENBARE VERGADERING VAN
DINSDAG 1 FEBRUARI 2000

De vergadering wordt geopend om 14.10 uur door mevrouw **Yolande Avontroodt**, voorzitter.

La réunion est ouverte à 14.10 heures par Mme **Yolande Avontroodt**, présidente.

Question orale de M. Bruno Van Grootenbrulle à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'octroi du label biologique belge" (n° 789)

Mondelinge vraag van de heer Bruno Van Grootenbrulle aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de toekenning van het Belgische biologische label" (nr. 789)

M. Bruno Van Grootenbrulle (PS) : Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, la crise de la dioxine a donné une sérieuse impulsion à la vente des produits "bio".

Le secteur biologique est régi par un règlement européen et par un arrêté royal. Pour qu'un produit puisse obtenir le label officiel belge "biogarantie", il doit répondre à des normes très strictes.

En outre, l'usage abusif de l'adjectif "biologique" est formellement interdit; c'est sur ce dernier point que l'on peut s'interroger. On ne compte plus, en effet, les grandes surfaces proposant des rayons bio dans lesquels sont vendus des produits provenant de pays hors Union européenne et portant un sigle "bio".

Mme la ministre peut-elle préciser comment est apprécié le respect des normes dans ce dernier cas ?

Par ailleurs, toujours à la lumière de la crise de la dioxine, ne serait-il pas opportun de réfléchir à une redéfinition des procédures d'octroi du label "biogarantie", et plus encore, de mettre en oeuvre une procédure renforcée de contrôle de l'utilisation abusive du terme "bio" ?

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Madame la présidente, chers collègues, en effet, le label "biogarantie" est un label privé appartenant à un groupe d'associations belge du secteur biologique.

Néanmoins, ce label contient des dérivés bio qui suggèrent à l'acheteur que le produit ainsi marqué ou ses ingrédients ainsi marqués ont été obtenus suivant le mode de production biologique. Tout produit étiqueté "biogarantie" respecte donc les normes officielles inscrites dans le règlement européen (2092/91) du conseil du 24/06/1991 concernant le mode de production biologique de produits agricoles et sa présentation sur les produits agricoles et alimentaires.

La qualité "bio" d'un produit importé hors de l'Union européenne n'est autorisée que lorsqu'une équivalence des normes a été établie tant en termes de production qu'en termes d'inspections nécessaires. Cette équivalence est normalement attestée soit sous l'autorité des services de la Commission européenne, soit sous l'autorité de l'Etat membre importateur.

Face à la croissance continue des importations à laquelle vous faites allusion, une modification du règlement européen sera bientôt finalisée, car on se rend bien compte que, vu l'ampleur des importations, la nécessité d'avoir un contrôle plus serré est tout à fait indiquée. Cette modification vise un contrôle systématique des autorités douanières lors de toute entrée dans l'Union européenne de produits étiquetés biologiques. La qualité des produits agricoles de type biologique jouit d'une réputation bien établie auprès des consommateurs et l'on ne peut pas laisser persister des situations qui sont dues d'une part à la crise qui fait que plus de gens sont portés à essayer des produits biologiques et d'autre part au fait que de nombreux exportateurs jouent sur le manque de contrôles serrés à l'heure actuelle étant donné qu'il y a une augmentation très rapide des importations.

L'accroissement considérable du nombre d'opérateurs en agriculture biologique, que ce soit des producteurs, des transformateurs ou des importateurs, crée par l'at-

Magda Aelvoet

trait de gains faciles un risque supplémentaire de fraude et de non conformité. En ce moment c'est toujours le ministère des classes moyennes et de l'agriculture qui est responsable en la matière et qui veut absolument renforcer les mesures obligatoires inscrites au plan de contrôle à charge des deux organismes belges chargés de la certification des produits biologiques. Ces deux organismes de certification sont des organismes privés qui ont été agréés spécialement pas le ministre de l'agriculture et des classes moyennes pour le contrôle des produits biologiques. Tous les frais rencontrés par ces organismes sont couverts à cent pour cent par les cotisations obligatoires des opérateurs en agriculture biologique.

J'ai bien entendu répondu, en accord avec mon collègue compétent pour l'agriculture, étant donné qu'en ce moment cette compétence lui est intégralement attribuée. Mais je pense que la réponse est claire : on travaille à une réglementation plus stricte sur le plan européen pour que la Commission européenne puisse davantage assurer les contrôles douaniers.

M. Bruno Van Grootenbrulle (PS) : Madame la présidente, je remercie la ministre pour la réponse qu'elle vient de nous communiquer.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Question orale de Mme Maggy Yerna à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la suspension de la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal du 24 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins" (n° 827)

Mondelinge vraag van mevrouw Maggy Yerna aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de opheffing van de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het koninklijk besluit van 24 juni 1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 december 1982 tot vastlegging van de bijzondere erkenningsnormen van rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 827)

Mme Maggy Yerna (PS) : Madame la présidente, madame la ministre, sa Majesté le Roi a signé, le 24 juin dernier, l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins sur proposition du ministre des Affaires sociales et du ministre chargé de la Santé publique.

Cet arrêté royal a un double objectif : d'une part, renforcer les normes d'agrément des maisons de repos et de soins et d'autre part, arrêter les normes d'agrément des centres de soins de jour.

Les dispositions relatives aux maisons de repos et de soins font suite à un avis du Conseil national des établissements de soins après un long travail préparatoire réalisé par son groupe de travail permanent "Maison de repos et de soins". Le renforcement des normes d'agrément des maisons de repos et de soins était d'autant plus nécessaire que le nombre de lits de maisons de repos et de soins va augmenter de 25 000 entre 1998 et 2002, suite au processus de requalification et que les Régions et Communautés ont, de leur côté, renforcé leurs dispositifs réglementaires en matière de maisons de repos.

Ce renforcement était d'autant plus nécessaire qu'une des conséquences normales du processus de requalification est d'ouvrir largement le secteur des maisons de repos et de soins au secteur commercial. Il s'agissait aussi de renforcer la coordination médicale au sein des maisons de repos et de soins, sachant que le libre choix du médecin traitant pour le résident a pour conséquence une très grande diversité des attitudes thérapeutiques difficilement gérable par le personnel de soins de l'établissement.

Quant aux dispositions relatives aux centres de soins de jour, elles résultent du travail réalisé par l'Etat fédéral et les Régions et Communautés au sein de la Conférence interministérielle de la Santé publique aboutissant à l'avenant n° 2 du 25 mai 1999 au protocole du 9 juin 1997, conclu entre le gouvernement fédéral et les Régions et Communautés concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées. Il s'agissait de favoriser le développement de centres de soins de jour en tant que soutien au maintien à domicile et alternative à l'hébergement. Le Conseil des ministres avait marqué son accord en date du 12 février 1999.

Une circulaire ministérielle datée du 7 juillet 1999 du ministre chargé de la Santé publique et du ministre des Affaires sociales décrivait le dispositif mis en place. L'arrêté royal du 13 juin 1999 (Moniteur belge du 20 juillet 1999) a donné les bases au remboursement par l'INAMI des soins en centres de soins de jour. Un budget de 315 millions est disponible à l'INAMI à cette fin pour l'année 2000.

Il semble que Mme la ministre ait donné ordre à son administration de suspendre la publication au Moniteur belge de cet arrêté royal du 24 juin 1999, ledit arrêté royal étant probablement remplacé par un autre.

Madame la ministre, pourriez-vous :

Maggy Yerna

1. me donner les raisons qui motivent cette décision qui va, semble-t-il, à l'encontre du principe fondamental de continuité des affaires;

2. me faire part de vos intentions en matière de normes d'agrément des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, l'urgence en la matière étant réelle puisque l'INAMI ne pourra intervenir dans le financement des soins que dans les centres de soins de jour agréés par les Régions et Communautés sur la base de l'arrêté royal en question et que prendre un nouvel arrêté royal prendra certainement de nombreux mois.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Madame la présidente, chers collègues, tout d'abord, la raison de la non publication de cet arrêté royal, qui de fait était signé, réside dans la situation dans laquelle je me suis trouvée très rapidement après la prise de fonction au mois de juillet. En effet, les communautés et régions concernées ont fait savoir qu'en ce qui concernait les maisons de repos et de soins, il était impossible de mettre l'arrêté à exécution à court terme, en particulier au niveau des normes architecturales et de celles relatives au personnel, car les moyens nécessaires au respect de celles-ci étaient insuffisants. Ce qui s'est produit, c'est que l'on avait fixé des normes sans prévoir en temps utile les moyens, financiers et autres, pour exécuter correctement cet arrêté. Je conviens avec vous que c'est une situation qui ne peut durer. Nous avons donc travaillé à la résolution de ces problèmes en organisant des réunions de travail avec toutes les régions et communautés concernées. Le 26 janvier dernier, une réunion a eu lieu en mon cabinet avec les associations des MRS. Une autre réunion est également prévue avec les organisations de travailleurs. Toutes les autorités concernées seront informées des résultats de ces deux réunions, et des normes d'agrément seront testées sur cette base.

A court terme - dans les semaines qui viennent -, l'arrêté royal modifiant l'arrêté du 10 décembre 1982 qui fixait les normes d'agrément spéciales des maisons de repos et de soins sera publié dans une version non-adaptée, conjointement à un arrêté royal visant à en différer l'entrée en vigueur. Celle-ci a été reportée au 1er janvier 2000 pour les centres de soins de jour, et au 1er octobre 2000 pour les maisons de repos et de soins. Dans le budget 2000, les moyens financiers nécessaires pour payer le personnel ont été prévus à partir de ces mêmes dates. La mesure entrera donc en vigueur rétroactivement car il faut l'accord global avant que l'on puisse publier l'arrêté royal.

Même si le secteur concerné est parfaitement au courant de cet état de choses, je regrette profondément qu'un arrêté ait été pris à un moment où les mesures nécessaires n'étaient pas décidées et où la concertation avec les régions et communautés concernées n'était pas établie de façon correcte.

Dès lors, on a dû énoncer des délais clairs et des engagements précis vis-à-vis des secteurs concernés afin de faire face à une situation qu'on ne peut pas qualifier d'idéale, loin de là.

Mme **Maggy Yerna** (PS) : Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je pense qu'il y a eu un certain nombre de contacts avec le secteur mais on sait que c'est un secteur difficile avec lequel il vaut mieux trouver l'unanimité et un bon accord. J'ai bien compris qu'il y aurait en tout cas une espèce de moratoire pour reporter la date d'entrée en application au 1er octobre 2000, en tout cas en ce qui concerne les normes MRS. Je m'interroge cependant sur les modifications au niveau des centres de soins de jour. Là, le financement existe et il me semblait y avoir moins de problèmes normatifs. Mais peut-être mon information n'est-elle pas complète ?

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Les nouvelles normes ainsi que les moyens financiers pour les centres de soins de jour entreront en vigueur au 1er janvier. On ne voulait pas faire les deux choses séparément.

Mme **Maggy Yerna** (PS) : Donc, la date du 1er octobre concerne bien le secteur MRS et pas les centres de soins de jour.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Tout à fait. Pour les centres de soins de jour, c'est la date du 1er janvier et, pour les MRS, c'est le 1er octobre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Mondelinge vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "bijkomende ziekenhuisinfecties" (nr. 844)

Question orale de M. Koen Bultinck à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les infections nosocomiales" (n° 844)

De heer **Koen Bultinck** (Vlaams Blok) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit recente cijfers van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid blijkt dat 1 op 10 ziekenhuispatiënten een bijkomende infectie oploopt.

Het gaat om 50 000 tot 100 000 patiënten op jaarbasis. Ondanks een aantal ingrijpende maatregelen op het niveau van de ziekenhuizen en van de overheid, is dit getal de laatste jaren stabiel gebleven.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid is verantwoordelijk voor

Koen Bultinck

de bewaking van de ziekenhuisinfecties in ons land. Uit cijfers van dit instituut blijkt dat 1 tot 3% van die ziekenhuispatiënten indirect of direct sterft ten gevolge van deze bijkomende infectie. Uiteindelijk stellen wij vast dat dit soort bijkomende infecties vermeden kunnen worden door een aantal eenvoudige maatregelen.

Die bijkomende ziekenhuisinfecties zorgen eveneens voor extra kosten voor de ziekteverzekering. Hierbij circuleren bedragen tussen 4 en 12 miljard. De oorzaken van die bijkomende ziekenhuisinfecties zijn op drie niveaus gesitueerd.

Het eerste niveau is dat van de patiënt zelf, die verzwakt in het ziekenhuis terechtkomt. De tweede oorzaak moet worden gezocht bij het ziekenhuis. Hier kan worden ingegrepen door bijvoorbeeld aanpassingen aan het ventilatiesysteem. Er zijn nog andere maatregelen mogelijk. In laatste instantie is er het probleem van de hygiëne bij het verplegend en verzorgend personeel.

Het is niet zo dat op het terrein van de ziekenhuisinfecties nog niets is gebeurd. Er bestaat een wettelijk kader dat ziekenhuizen sinds een jaar verplicht per duizend bedden een dokter-hygiënist en per 400 bedden een verpleegkundige-hygiënist te hebben. Door de federale overheid is in de nodige financiering hiervan voorzien.

Op het Vlaamse niveau verwijs ik naar het kwaliteitsdecreet dat bepaalt dat bijkomende ziekenhuis-infecties moeten worden geregistreerd.

Het onderzoek daarentegen bevestigt dat de geleverde inspanningen nog niet volstaan. Vandaar, mevrouw de minister, dat ik u graag een aantal concrete vragen had gesteld.

Ten eerste, bent u op de hoogte van de vermelde studie die in de pers toch enige belangstelling kreeg ?

Ten tweede, kunt u exact zeggen hoeveel deze bijkomende infecties aan de ziekteverzekering kosten ? Een bedrag tussen 4 en 12 miljard is uiteraard een vrij ruime marge.

Ten derde, weet u of er een relatie bestaat tussen het voorkomen van bijkomende infecties en het soort ziekenhuis ? Komen bijkomende infecties meer of minder voor in een academisch, een algemeen of een OCMW-ziekenhuis ?

Tot slot, bent u plan om in overleg met de ziekenhuizen een aantal maatregelen te nemen om het voorkomen van bijkomende infecties te doen dalen ?

Minister **Magda Aelvoet**: Mevrouw de voorzitter, collega's, ik vermoed dat de gegevens gebaseerd zijn op een artikel in De Morgen van 20 januari. Men heeft een aantal professoren opgebeld die hun standpunten hebben meegedeeld. Er wordt de indruk gewekt dat het WIV

cijfers ter beschikking heeft inzake een gedetailleerde registratie. Dit is niet correct. Men heeft vastgesteld dat een doorgedreven registratie enorm veel tijd en kosten vergt zonder een meerwaarde op te leveren. Dat is de reden waarom men van deze methode is afgestapt. Op dit ogenblik gebruikt men een zeer gedetailleerde studie van de Center for Disease Control van de Verenigde Staten waarin een aantal basisgegevens zijn vastgelegd.

Voor ons land wordt de opvolging van deze gegevens die geen gedetailleerde registraties maar schattingen zijn, gecoördineerd door het WIV dat de nationale surveillance van veel voorkomende en hoogrisico-infecties bijhoudt. Men besteedt aandacht aan 4 categorieën : post operatieve wondinfecties, bloedbaaninfecties, infecties veroorzaakt door multiresistente bacteriën en sinds 1996 longontsteking en septicemie op intensieve zorg.

Sinds het begin van de jaren '90 werd op internationaal niveau beslist de registratie van al de ziekenhuisinfecties niet langer bij te houden omdat men van oordeel was dat dit enerzijds, geen betrouwbare gegevens opleverde en anderzijds, te veel tijd en geld kostte. Ik herhaal dat de schattingen gebaseerd zijn op een grote maar goed uitgevoerde studie van 1985 van het Center for Disease Control.

De meest recente cijfers in België werden opgesteld door een professor van de UCL. Volgens deze professor loopt 5,7% van de patiënten een ziekenhuisinfectie op. Dit percentage komt overeen met 1 op 20 en niet 1 op 10. Dit verschil wordt veroorzaakt door het gebruik van verschillende definities. Men moet ervoor opletten niet al te snel alarmerende berichten de wereld in te sturen omdat ze niet aan de realiteit beantwoorden. Dit betekent dat per jaar ongeveer 75 000 patiënten een ziekenhuisinfectie oplopen. In dalende lijn zijn de belangrijkste infecties deze van de urinewegen, post operatieve wondinfecties, longontsteking en septicemie. Deze infecties vormen samen ongeveer twee derde van het totaal aantal infecties. Gemiddeld leiden deze infecties tot een verlenging van de verblijfsduur in het ziekenhuis met 4 dagen. Men schat dat ongeveer 1% van de patiënten overlijdt ten gevolge van een ziekenhuisinfectie. Bij 3% van de patiënten is de opgelopen ziekenhuisinfectie medeoorzaak van het overlijden.

Wat het prijskaartje voor de ziekteverzekering betreft, moet men rekening houden met de gemiddelde verpleegdagprijs die in België 12 500 frank bedraagt. Als men dit bedrag vermenigvuldigt met 4, met name het aantal extra dagen hospitalisatie betekent dit een meerprijs van 3,75 miljard frank per jaar. Dit bedrag bestaat niet alleen uit de verpleegdagprijs maar eveneens uit de bijkomende onderzoeken, de medicatie en de honoraria. Dit bedrag houdt geen rekening met de menselijke kostprijs - hoe kan men deze berekenen ? - en de sociale kostprijs. Als men met deze factoren rekening houdt, bedragen de meerkosten al snel 12 miljard frank.

Magda Aelvoet

Ook op dit vlak zijn geen exacte cijfers gekend. In België, noch elders in Europa beschikt men over die gegevens. Men is daarvan afgestapt na pogingen die nergens toe leidden.

Wat het verschil in het voorkomen van ziekenhuisinfecties in academische ziekenhuizen en in kleinere ziekenhuizen betreft, moet men in de allereerste plaats rekening houden met het feit dat het risicoprofiel van patiënten in academische ziekenhuizen hoger ligt dan in andere. Ingrepen met een hoog risico gebeuren dikwijls in academische ziekenhuizen. Bij dergelijke ingrepen vergroot natuurlijk de kans dat een infectie wordt opgelopen. Bovendien moeten juist patiënten met een hoog risico zeer invasieve technieken ondergaan waarbij weer gemakkelijker een infectie optreedt. Zo ziet men ook in het algemeen dat in de afdeling intensieve zorg vijf keer meer infecties voorkomen dan in andere afdelingen van een ziekenhuis.

Ik kom dan bij de maatregelen. Ten eerste, het is niet zo dat België op dat vlak niets heeft ondernomen, integendeel zelfs. Sedert 1988 hebben wij een strenge wetgeving inzake ziekenhuishygiëne waarin de functies van onder meer geneesheren, verpleegkundigen en ziekenhuishygiënist zijn vastgelegd. Ten tweede, is in extra financieringsmogelijkheden voorzien voor het aanstellen van verpleegkundigen, ziekenhuishygiënist en geneesheren. Daarvoor is geld uitgetrokken. Ten derde, wordt sedert de jaren '90 ook echt gewerkt aan nationale richtlijnen voor infectiepreventie die door de Hoge Gezondheidsraad worden uitgewerkt. Uiteraard worden ze ter beschikking gesteld van de ziekenhuizen. Verder coördineert het WIV de surveillance van de ziekenhuisinfecties en de ondersteuning op het terrein in het kader van de surveillance. Hierbij worden onder andere ziekenhuizen met een infectieprobleem bijgestaan als er hardnekkige problemen opduiken. Er bestaan verschillende nationale en regionale groeperingen van ziekenhuishygiënist die op dat stuk doorgaan.

Zoals vermeld in de vraag kan maximaal een derde van de ziekenhuisinfecties worden voorkomen. Dat komt overeen met een kostprijs van 1,25 miljard frank per jaar. De niet te voorkomen infecties zijn uiteraard te wijten aan de ziekte-toestand van de patiënten of zijn het rechtstreekse gevolg van noodzakelijke maar wel invasieve behandelingen waarmee nu eenmaal een risico gepaard gaat. Zonder die behandeling zou er echter sowieso geen toekomst zijn voor deze patiënten. Om een maximaal aantal infecties te voorkomen, zijn maximale inspanningen vereist. Men moet wat dat betreft ook zien wat de kostprijs is om nog meer te voorkomen. Er zijn mogelijke maatregelen om nog verder te gaan met de inspanningen die reeds werden gedaan in België, namelijk door het optrekken van het aantal ziekenhuishygiënist tot de internationale norm. In onze wetgeving

wordt in deze mensen voorzien en dit wordt gefinancierd maar we halen de internationale norm nog niet. Een tweede mogelijkheid is het nauwer begeleiden en opvolgen van de ziekenhuisinfectieproblemen via het WIV, ook bij individuele ziekenhuizen die dank zij het overleg hieromtrent in bepaalde regionale groeperingen van ziekenhuishygiënist die zaak verder opvolgen. Ik ben zeker bereid om na te gaan wat er kan gebeuren om de internationale norm inzake ziekenhuishygiënist in praktijk om te zetten. Dat heeft echter uiteraard ook een budgettaire weerslag en veronderstelt overleg met minister Vandenbroucke. Ik zal hem hierover volgende week spreken.

De heer **Koen Bultinck** (Vlaams Blok) : Mevrouw de minister, ik wil u uitdrukkelijk danken voor uw uitvoerig antwoord. U hebt een aantal zeer interessante gegevens verstrekt die het mogelijk moeten maken het dossier van de bijkomende ziekenhuisinfecties in een juiste context te plaatsen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Samengevoegde mondelinge vragen van :

- de heer **Jo Vandeurzen** aan de minister van **Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu** over "de invoering van een foutloze aansprakelijkheid voor artsen" (nr. 840)

- mevrouw **Michèle Gilkinet** aan de minister van **Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu** over "het fonds voor de vergoeding van medische fouten" (nr. 932)

Questions orales jointes de :

- **M. Jo Vandeurzen** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'instauration d'une responsabilité sans faute pour les médecins" (n° 840)

- **Mme Michèle Gilkinet** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "le Fonds d'indemnisation pour les erreurs médicales" (n° 932)

De heer **Jo Vandeurzen** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, u kon wel verwachten dat er in deze commissie vragen zouden worden gesteld naar aanleiding van de berichten in de pers over initiatieven van uw collega Demotte. Het is overigens niet de eerste keer dat dit thema hier ter sprake komt.

Uw collega heeft een voorstel gelanceerd met betrekking tot de oprichting van een fonds tot schadeloosstelling van medische vergissingen. Het gaat hier blijkbaar om een oriëntatienota voor de Ministerraad die niet ter sprake is gekomen als de berichtgeving in de kranten juist is.

Jo Vandeurzen

Mevrouw de minister, wij hebben van u reeds vernomen dat er op uw administratie reeds geruime tijd een werkgroep zoekt naar een manier waarop slachtoffers kunnen worden vergoed. U hebt reeds aangekondigd dat terzake een wetsontwerp zal worden ingediend.

U zult het ons niet kwalijk nemen dat wij ons vragen stellen over de zin van het initiatief van uw collega. Is er sprake van twee verschillende projecten? Wie is de leidende minister in deze discussie? Dit hangt misschien af van de invalshoek maar is dit een kwestie van volksgezondheid of economische zaken?

Mevrouw de minister, u hebt in een aantal interviews reeds aangegeven dat de aansprakelijkheidsproblematiek niet los staat van de problematiek van de patiëntenrechten, de informatieplicht van artsen en het klachtenrecht. Mogen wij verwachten dat het initiatief inzake aansprakelijkheid zal zijn gesitueerd binnen een discussie over patiëntenrechten en klachtenprocedure? Zal dit in één pakket worden behandeld? Is het mogelijk nu reeds duidelijk te maken binnen welke termijn u deze discussie wil afronden?

Ik heb terzake ook een bedenking. De ervaring in andere landen leert ons dat een discussie over aansprakelijkheid vrijwel onmogelijk is zonder een discussie over patiëntenrechten. Het is echter ook zo dat een discussie over foutloze aansprakelijkheid zonder een debat over kwaliteitsbewaking, integrale kwaliteitszorg en preventieve acties in ziekenhuizen evenzeer zo goed als onmogelijk is. Op dat vlak ben ik zeer benieuwd naar het parallelisme dat eventueel kan bestaan tussen initiatieven op het vlak van de integrale kwaliteitszorg en de initiatieven inzake medische aansprakelijkheid.

Tenslotte heb ik nog een informatieve vraag. Mevrouw de minister, u hebt een rondvraag aangekondigd bij de ziekenhuizen over de aansprakelijkheidsproblematiek. Ik heb de eer gehad om deze enquête in te kijken. De vraag is of dit onderzoek reeds is afgerond en of er reeds voorlopige conclusies kunnen worden meegedeeld.

Mme **Michèle Gilkinet** (AGALEV-ECOLO) : Madame la présidente, madame la ministre, M. le ministre Demotte a fait savoir à l'occasion du Conseil des ministres qu'il comptait développer un fonds d'indemnisation pour les erreurs médicales. J'imagine que les ministres des Affaires sociales, de la Santé et de la Justice sont impliqués dans la mise en oeuvre de ce fonds, mais comme nous ne disposons aujourd'hui que de peu d'informations à ce sujet, j'aimerais donc me joindre à la question de M. Vandeurzen. Pouvons-nous avoir des éclaircissements sur ce point? Y a-t-il concertation entre les différents ministres impliqués? Sur quoi s'opère cette concertation et que recouvrera ce fonds?

Par ailleurs, j'ai ouï dire qu'un groupe de travail sur la "responsabilité médicale" serait à l'oeuvre au ministère de la Santé publique? S'il existe effectivement, quel est son objet? De qui est-il composé? Dans quel délai ses conclusions ou suggestions sont-elles attendues? Les associations de victimes d'erreurs médicales sont-elles représentées ou auditionnées dans son sein? Ce groupe de travail est-il lié au projet annoncé par le ministre Demotte ou s'agit-il d'une initiative parallèle?

De plus, lors de l'examen budgétaire, j'ai attiré votre attention sur un dossier qui était resté latent depuis trop longtemps, à savoir l'indemnisation des personnes contaminées par le sida à la suite d'une transfusion sanguine. A cette occasion, vous vous étiez montrée favorable à l'examen de la question en liaison avec l'étude de la responsabilité couverte par les assurances. Je voudrais savoir si cette préoccupation est retenue dans le cadre de la mise en oeuvre du fonds d'indemnisation pour les erreurs médicales ou si elle connaît un autre traitement? Où en est-on dans l'examen de ce dossier? Peut-on espérer trouver une solution après plus de dix ans?

Madame la ministre, je vous remercie pour les réponses que vous accepterez d'apporter à mes questions.

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, collega's, ik zal gedeeltelijk in het Nederlands en in het Frans antwoorden, teneinde tegemoet te komen aan beide leden.

In het verlengde van wat ik reeds in oktober zei, bevestig ik dat de werkgroep die op het einde van de vorige legislatuur werd opgestart, voortwerkt in het kader van het ministerie van Sociale Zaken en van Volksgezondheid en Leefmilieu.

In antwoord op een vraag van de heer Valkeniers over wat verzekeringsmaatschappijen al dan niet mogen eisen of opleggen, liet ik reeds een kort tussentijds verslag uitbrengen.

In oktober van vorig jaar deelden de betrokken diensten mij mee dat hun studie vermoedelijk zou worden afgerond in het voorjaar van 2000. Inmiddels ontving ik wat meer details naar aanleiding van de gestelde vragen.

De werkgroep besliste om meer te investeren in de organisatie van een aantal enquêtes, om een preciezer beeld te krijgen van de situatie.

De vaste leden van deze werkgroep zijn vertegenwoordigers van de Nationale Confederatie van de Verzorgingsinstellingen, de artsensyndicaten, de Orde van Geneesheren, de ziekenfondsen, de universitaire werkgroep van professor Vanswefelt en professor Fagnart en de beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen.

Magda Aelvoet

Er wordt getracht een systeem uit te werken waarop men zich in de toekomst zou kunnen baseren. Zoals reeds gezegd is het de bedoeling een scherp zicht te krijgen op de huidige stand van zaken. Te dien einde werd in vier enquêtes voorzien : in de ziekenhuizen, bij de artsen, bij de verzekeringsmaatschappijen en bij de ziekenfondsen.

Wat de timing betreft kan ik u meedelen dat de resultaten van de ziekenhuisenquête tegen 31 januari - gisteren dus - werden verwacht. Wellicht zullen de zaken wat uitlopen, maar door Volksgezondheid werd mij gesignaleerd dat er al heel wat antwoorden toekwamen.

Wat de verzekeringsmaatschappijen betreft werd een akkoord bereikt over de inhoud van de enquête, dat eerstdaags zal worden verzonden.

Omtrent de enquête bij de ziekenfondsen werd een akkoord bereikt binnen de werkgroep en het resultaat zal eerstdaags worden verstuurd aan de verschillende ziekenfondsen.

Tot slot kom ik tot de enquête bij de artsen. Er werd een aanbod gedaan vanwege de Artsenkrant om de enquête ten aanzien van de geneesheren te organiseren. Een ontwerp hiervan werd reeds uitgewerkt door de artsen-syndicaten, in samenwerking met de artsenkrant en zal aan de werkgroep voor akkoord worden voorgelegd. Dat hoofdstuk is momenteel het minst ver gevorderd.

Voorts zal ook in het buitenland een bevraging worden georganiseerd om een goed overzicht te hebben omtrent de Europese situatie.

Het is de bedoeling tegen 14 juni 2000 een symposium te organiseren, alwaar alle resultaten van alle enquêtes, alsook het denkwerk van de werkgroep zullen worden besproken. Bovendien zal er uitdrukkelijk worden voor gezorgd dat ook patiëntenorganisaties aan het debat van 14 juni deelnemen.

Dat symposium zal uiteindelijk moeten leiden tot een oriëntatie waarin alle betrokkenen zich moeten kunnen terugvinden.

Inzake de bevoegdheid om de schadevergoeding voor patiënten te regelen, bevestig ik uitdrukkelijk de stelling die minister Demotte in zijn oriëntatienota beklemt, met name dat een hervorming van het systeem moet worden voorafgegaan door een breed overleg tussen de betrokken departementen.

Het feit dat vier departementen hier een rol spelen, vereenvoudigt de zaak uiteraard niet. Volgens de wettelijke bepalingen zijn Volksgezondheid, Sociale Zaken, Economie en Justitie betrokken partij.

Juist omwille van de gedeelde bevoegdheden werd de oriëntatienota van minister

Demotte niet besproken tijdens de Ministerraad. Wij hebben er kennis van genomen, maar beslist dat de nota naar een overleg met de vier betrokken kabinetten moet worden verwezen. In de hele opzet van lopende enquêtes, zou het waanzin zijn om met een deelregeling voor de pinnen te komen zonder dat de rest duidelijk is geworden.

Daarnaast is afgesproken om tegen einde maart - als men in de diverse departementen over voldoende informatie beschikt - op politiek niveau een beslissing te nemen of het al dan niet wenselijk is om een apart systeem te ontwikkelen voor medische aansprakelijkheid.

Mijnheer Vandeuren, u hebt uiteraard gelijk met te stellen dat de problematiek van patiëntenrechten, klachtenbehandeling van patiënten, enzovoort, ook nauw verweven is met het globaal pakket dat bij de medische aansprakelijkheid aan de orde moet komen.

Comme je l'ai déjà dit lors d'une précédente réunion, l'élaboration de propositions concrètes pour sauvegarder les droits des malades est déjà bien avancée. Je veux parler notamment de la procédure lors du dépôt de plaintes, de la définition des droits du malade, etc. La fin des travaux en la matière est prévue pour le mois de juin prochain. Cela signifie que, pour le symposium du 14 juin 2000, ce travail sur les droits du patient sera finalisé. Cela se fera bien entendu en collaboration avec les secteurs concernés.

J'en arrive à votre question concernant le contrôle des qualités. Il est évident qu'au niveau des hôpitaux, ce contrôle des qualités requiert un soin quotidien et des progrès sont à faire en la matière.

L'Etat fédéral a établi des programmes en vue de la promotion de la pratique médicale et de la pratique infirmière. Il continuera à investir dans ces programmes au cours de cette année.

Quant à la problématique des malades du Sida, elle devra être intégrée dans la problématique de la responsabilité médicale.

Gelijklopend met het debat over de medische aansprakelijkheid, functioneert al een werkgroep voor patiëntenrechten. Op basis van de werkzaamheden hiervan zal een wettelijk initiatief worden genomen, dat tegen juni klaar zou moeten zijn.

De enquête die naar de ziekenhuizen werd verstuurd, bestaat uit drie delen : een algemeen deel, een deel inzake de verzekeringsovereenkomsten en een deel inzake de aansprakelijkheid. De resultaten van de enquête moeten toelaten een systeem te ontwikkelen waardoor de behandeling van de vergoedingen van medische ongevallen kunnen worden verbeterd en versneld.

Magda Aelvoet

Het Bestuur van de Gezondheidszorg ontving al een groot aantal enquêtes. Er wordt gewerkt aan een programma voor de verwerking van die enquêtes, zodat ze onmiddellijk kunnen worden verwerkt.

De kwaliteitsbewaking in zijn geheel valt niet alleen onder de verantwoordelijkheid van het federale niveau, maar ook van het niveau van de Gemeenschappen. Ik verwijs naar het kwaliteitsdecreet dat u zeker bekend is.

De heer **Jo Vandeurzen** (CVP) : Mevrouw de minister, het is niet de bedoeling hier een groot debat te voeren over de medische aansprakelijkheid. Gezien de vooropgezette timing en rekening houdend met de personen die erbij betrokken zijn, kan ik besluiten dat er een goede aanpak is.

Mevrouw de minister, ik vrees dat de medische aansprakelijkheid heel wat facetten heeft waarvan wij niet altijd beseffen wat erbij komt kijken. Er is zowel de problematiek van de kwaliteitsnormen op het Vlaamse niveau als de erkenningsnormen op het federale niveau. Dat alles heeft een weerslag op de aansprakelijkheid. Op een bepaald moment zullen normen worden vastgelegd en zal worden bepaald wat goed medisch handelen is of aan welke normen een ziekenhuis moet beantwoorden. De normen inzake het zorgvuldig handelen door de arts zal op een bepaald moment ook door de rechter worden getoetst.

Er is volgens mij een zeer grote verwevenheid in het totale landschap. Het is belangrijk te beseffen dat als men op het ene terrein optreedt, het eventueel repercussies in de rechtspraak kan hebben voor andere elementen.

Inzake de medische aansprakelijkheid heeft de CVP een wetsontwerp ingediend over de patiëntenrechten. Wij zien de patiëntenrechten in een contractuele relatie tussen de arts en zijn patiënt. De vorige minister van Volksgezondheid zag die problematiek anders. Er was het koninklijk besluit van 1978 over de plichten van de arts. Persoonlijk ben ik gewonnen voor het Nederlandse systeem van het contractuele concept, want ook dat is belangrijk. In die termen wordt de aansprakelijkheid onderdeel van de wederzijdse rechten en plichten. Ook de ziekenhuizen zullen erin worden betrokken. U zult in ons wetsvoorstel gelezen hebben dat wij de hoofdelijke aansprakelijkheid voorstellen. Het is misschien niet iets dat men niet overal graag hoort. Een arts die functioneert in een zeer grote organisatie kan niet worden vergeleken met de arts-specialist of de huisarts die in een rechtstreekse unieke relatie staat met de patiënt.

Het probleem biedt tal van uitzichten. Ik ben tamelijk gerust in uw aanpak omdat al de actoren die daarover iets te zeggen hebben met een expertise in uw concept zijn opgenomen.

Mevrouw de minister, ik vind het wel zwak de pers te halen met een voorstel van de professoren Vanswefelt en Fagnart. Er zijn meer inhoudelijke manieren dan

iets zomaar opnemen.

Mme **Michèle Gilkinet** (AGALEV-ECOLO) : Madame la présidente, je voulais simplement remercier Mme la ministre pour les réponses qu'elle a apportées à mes questions.

Je retiens aussi que les préoccupations qui étaient présentes dans le passé seront bien versées dans le débat général et que les associations de patients pourront, à un moment donné, être entendues dans ce symposium.

Néanmoins, pour moi, il y a un petit problème de lien chronologique. En effet, je regretterais que la décision soit prise fin mars, avant que les associations de patients aient été entendues. Je me demandais donc si l'on ne pouvait pas, d'une autre manière, associer les patients aux discussions en cours de telle sorte que, avant la prise de la décision politique, tous les éléments soient bien pris en considération. Voilà ce qui m'inquiétait, mais je pense que cela pourra s'arranger, car ce n'est finalement qu'un tout petit problème chronologique.

Minister **Magda Aelvoet** : Mijnheer Vandeurzen, het is wel degelijk zo dat de werkgroep die bezig is rond de patiëntenrechten, alle wetsvoorstellen, want er zijn er verscheidene, uitdrukkelijk ter hand heeft genomen en heeft onderzocht. Wij houden dus terdege rekening met de aanbreng van de verschillende parlementaire groepen. De oriëntatienota van minister Demotte werd niet behandeld, omdat deze nota in een globaal kader moest worden geplaatst.

Het probleem - en nu neem ik zijn verdediging op - is gerezen naar aanleiding van een bepaalde televisieuitzending, waarin naar een eerste reactie werd gevraagd. Frank Vandenbroucke kon niet aan deze uitzending deelnemen, waarna minister Demotte in zijn plaats is gegaan.

Nadien verschenen er, eerst in de Franstalige, nadien in de Nederlandstalige pers, allerlei artikeltjes over dit onderwerp. De oriëntatienota heeft daar natuurlijk ook nog voor een stuk toe bijgedragen, maar laten we zeggen dat de kern van de zaak blijft dat er een goede afspraak is gemaakt over hoe wij hierrond verder gaan werken.

En ce qui concerne la remarque formulée par Mme Gilkinet, je pense qu'il ne faut pas interpréter la position intérimaire qui sera défendue fin mars - on disposera alors d'un certain nombre de données - comme une position définitive. Il est évident, selon moi, que si l'on

Magda Aelvoet

organise un symposium national, où l'on procède à l'analyse des différentes enquêtes, où l'on établit des comparaisons avec ce qui existe à l'extérieur de notre pays, les associations de malades seront entendues.

Nous ne fermerons pas définitivement la porte avant que le processus global dans lequel on veut investir n'ait eu lieu.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Regeling van de werkzaamheden

Ordre des travaux

De heer Arnold Van Aperen is niet aanwezig voor het stellen van zijn mondelinge vraag nr. 910.

Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de erkenningsnormen van de CT-scanners buiten een ziekenhuis" (nr. 911)

Question orale de Mme Yolande Avontroodt à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les normes d'agrément des tomographes axiaux transverses en dehors d'un hôpital" (n° 911)

Mevrouw **Yolande Avontroodt** (VLD) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, bij het herlezen van mijn vraag kreeg ik de indruk dat ik ze te veel vanuit de bezorgdheid van de radioloog heb gesteld, hoewel mijn eerste bekommerning is dat wordt overgegaan tot een rationele benadering van de keuzes in de zorg en een rationele benadering van de keuzes in de diagnostische mogelijkheden. Zo is het trouwens in het regeerakkoord bepaald.

Mevrouw de minister, tot op heden mogen de extramurale kabinetten medische beeldvorming niet over een CT-scanner beschikken. Nochtans is de CT-scanner essentieel voor de radioloog en is er geen enkele reden om de radioloog het gebruik van deze technologie te ontzeggen. Het is een element dat de klantvriendelijkheid en de rechtstreekse toegankelijkheid tot dergelijke technieken kan implementeren.

Een CT-scanner mag niet langer worden beschouwd als zware apparatuur. Het gebruik van deze scanner is een routine-onderzoek geworden. Bovendien beslist men veelal slechts in tweede instantie om tot een dergelijk onderzoek over te gaan.

Mevrouw de minister, graag kreeg ik een antwoord op de volgende vragen.

Is het niet wenselijk om teneinde het oneigenlijk gebruik van een aantal overtollige, gewone radiologische onderzoeken in te perken, de CT-scanners toe te laten in de extramurale kabinetten als gangbaar diagnostisch instrument ? Het lagedrempelkarakter, het respect voor de privacy, de meer persoonlijke aanpak zijn kwaliteitscriteria die een meerwaarde vormen en het gebruik van een CT-scanner in de extramurale radiologiekabinetten verantwoorden. Mevrouw de minister, hebt u kennis genomen van de kwaliteitsnormen die de radiologen zelf hebben opgesteld ? Bent u eventueel bereid om initiatieven hieromtrent te nemen ?

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, mevrouw Avontroodt, ik kan daar zeer kort op antwoorden. Ik ben het met u eens dat het niet opgaat om in de huidige evolutie CT-scanners voor te behouden voor ziekenhuisstructuren. Er zijn heel wat argumenten die pleiten voor het opstellen van een CT-scanner in het kader van de extramurale kabinetten.

De argumenten die u in uw vraag uiteengezet hebt zijn mij bekend en verdienen mijns inziens te worden onderzocht door de bevoegde organen van onder andere het RIZIV. Daar zal immers moeten worden beslist over de noodzakelijke terugbetaling bij de installatie van CT-scanners buiten ziekenhuizen. U verwijst naar een studie van radiologen die mij niet bekend is en waarvan ik graag kennis wil nemen. Blijkbaar heeft ook mijn administratie dit niet want ik heb hiervoor met hen contact opgenomen. Dat neemt niet weg dat wij overtuigd zijn van de juistheid van de algemene motivering die u in uw vraag gegeven hebt.

Persoonlijk ben ik zeker bereid om dit punt aan te kaarten bij minister Vandenbroucke. Ik meen trouwens dat het nuttig is om minister Vandenbroucke daar in het kader van de werkzaamheden van de commissie voor de Sociale Zaken mee te confronteren.

Mevrouw **Yolande Avontroodt** (VLD) : Mevrouw de minister, blijkbaar biedt u deze nieuwe technologie een perspectief. Het verbaast mij echter enigszins dat u de studie niet gekregen hebt. Men heeft mij gezegd dat uw kabinet dit al lang ontvangen heeft. Ik zal u een exemplaar bezorgen.

Mevrouw de minister, u zegt dat het RIZIV moet beslissen over de terugbetaling. De erkenningsnormen vallen echter toch onder uw bevoegdheid ?

Minister **Magda Aelvoet** : Ja, wat mij betreft is het duidelijk. Ik ga echter geen erkenningsnormen opstellen als er geen financiering volgt. Dat moet in overleg gebeuren en ik ben zeker bereid om dat aan te kaarten.

De heer **Jo Vandeuren** (CVP) : Mevrouw de minister, ik had u nog graag een vraag gesteld. Gaat u een overzicht hebben van alle beschikbare ambulante diensten ? U

Jo Vandeurzen

weet dat wij tijdens een bezoek aan het ministerie van Volksgezondheid hebben kunnen vaststellen dat de registratie van medische activiteit vasthangt aan de ziekenhuizen. Voor het reglementeren van overconsumptie moeten we ook ambulante, diagnostische activiteiten kunnen achterhalen. Betekent dit dat we evolueren naar een kadaster van alle beschikbare diensten ? Zonder een dergelijk overzicht beschikt u volgens mij immers niet over een beheersingsinstrument.

Ik hoop dat de overheid consequent is en normen bepaalt, erkent en financiert. Als die trend onafwendbaar is, pleit ik ervoor proactief normen te bepalen en goede afspraken te maken met het RIZIV. Hopelijk krijgen we niet eerst een periode van drie jaar waarin een gedoogbeleid wordt gevoerd.

Minister **Magda Aelvoet** : Ik kan hierop heel kort antwoorden.

Er bestaan op dat vlak steeds twee tegenstrijdige houdingen. Op bepaalde momenten klaagt iedereen over een teveel aan registratie terwijl op andere momenten dan weer wordt gepleit voor registratie. Ik ben van mening dat medische apparatuur, die buiten de ziekenhuizen wordt gebruikt, moet worden geregistreerd. Zelf stel ik terzake trouwens een link vast met de eerstelijnszorg. Overigens merk ik dat er veel vraag is naar een betere organisatie van de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen maar dan op een manier die niet wordt ervaren als de zoveelste blok aan het been maar als een echte steun.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Mondelinge vraag van mevrouw Els Van Weert aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de inwerkingtreding van de wet van 11 januari 1999 over de exploitatie van zonnecentra" (nr. 912)

Question orale de Mme Els Van Weert à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'entrée en vigueur de la loi du 11 janvier 1999 sur l'exploitation des centres de bronzage" (n° 912)

Mevrouw **Els Van Weert** (VU&ID) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het treft dat het vandaag 1 februari 2000 de dag is dat de wet van 11 januari 1999 tot regeling van de exploitatie van zonnecentra in werking treedt.

Het is niet mijn bedoeling om via een mondelinge vraag de discussie te heropenen die een jaar geleden grondig is gevoerd. Het is misschien wel zinvol om te weten hoe de wet momenteel wordt toegepast. Ik heb in de pers vernomen dat er een aantal problemen zijn met betrekking tot de uitvoeringsbesluiten.

Mevrouw de minister, wat zijn de voorziene, negatieve gevolgen voor een aantal van die centra ? De toepassing van de wet heeft immers grote gevolgen voor een aantal uitbaters van zonnecentra, meer bepaald voor de uitbaters van de onbemande zonnecentra. Vandaag start de overgangperiode van negen maanden, waarna die centra onverbiddelijk dicht moeten, tenzij men ze ombouwt tot centra met minstens één personeelslid dat de bij wet verplichte opleiding heeft gevolgd. Wat de opleiding betreft, zouden er heel wat problemen zijn. Men zou die opleidingen momenteel nog niet kunnen geven. Hierdoor kunnen de personeelsleden zich onvoldoende snel in orde stellen met de wet.

Bij de bespreking van de wet wees men al op het gevaar voor faillissementen en financiële moeilijkheden voor ondernemers die recent met een onbemand zonnecentrum zijn gestart. Zij hebben in hun financieel plan geen rekening gehouden met nieuwe wettelijke bepalingen, kosten van verbouwingen en vermindering van capaciteit. Personeelskosten zijn niet ingecalculeerd; vaak zijn ze te zwaar om dragen waardoor een faillissement voor een aantal onder hen het enige vooruitzicht wordt.

Preventie in het kader van de volksgezondheid is natuurlijk een belangrijk principe. Dat geldt ook voor deze wet. Toch moeten enkele vragen in dit dossier dringend worden gesteld. Bij een ongewijzigde toepassing van deze wet zouden er een aantal recent opgerichte onbemande zonnecentra failliet kunnen gaan, terwijl er geen enkele beperking is op het gebruik van zonnebanken bij particulieren. Dat zou trouwens onmogelijk te regelen zijn. De overgangperiode die in de wet is bepaald, lijkt mij te kort om de gedane investeringen te recupereren.

Mevrouw de minister, weet u hoeveel onbemande zonnecentra er zijn ? Zijn daarover cijfers beschikbaar ? Hoeveel onbemande zonnecentra zijn recent opgericht, sinds 1998 ? Bestaan er gegevens met betrekking tot het zonnebankgebruik van particulieren en de negatieve gevolgen die dat gebruik veroorzaken ? Heeft men u al een aantal bestaande of mogelijke problemen gesignaleerd in verband met de toepassing van de wet ? Plant u maatregelen om deze problemen op te vangen, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de essentie van de wet, namelijk de bescherming van de consument tegen de schadelijke gevolgen van het zonnebankgebruik ? Hoe ver staat het met de uitvoeringsbesluiten en zijn er op dat vlak een aantal problemen ?

Els Van Weert

Minister **Magda Aelvoet**: Mevrouw de voorzitter, collega's, in overleg met de verschillende administraties die ook hierbij weer betrokken zijn, bestudeert mijn kabinet de uitvoeringsmodaliteiten van de wet. Volgens sommige schattingen zouden er in ons land 5 000 tot 10 000 centra kunnen bestaan, maar niemand beschikt over gedetailleerde gegevens daarover. Dat geeft u een beeld van de moeilijkheidsgraad van de opdracht en van het aanwenden van middelen om deze wet toe te passen.

Op dit ogenblik beschikken wij dus niet over alle kwantitatieve en kwalitatieve informatie aangaande de zonnebanken. Bijgevolg kan ik ook niet antwoorden op de vraag over het aantal onbemande zonnebankcentra. Om op deze vraag te kunnen antwoorden, moet de controle- en registratieprocedure al in werking zijn, wat thans niet zo is. De wet van 11 januari slaat niet op zonnebanken bij particulieren, maar uitsluitend op zonnebanken die voor het publiek toegankelijk zijn. In haar huidige formulering zorgt de wet echter voor een aantal problemen en dus moeten er nog koninklijke besluiten worden genomen voor een volledige toepassing ervan. Na overleg met de diverse administraties werd besloten de toepassing van de wet toe te vertrouwen aan de economische inspectie. Wat echter de administratieve boetes betreft, blijft de verantwoordelijkheid voorlopig berusten bij het ministerie van Volksgezondheid, omdat dit uitdrukkelijk zo wordt gestipuleerd door die wet. Men kan dat dus niet anders organiseren, ook als men zou willen. Ik denk er wel aan om in het kader van de eerstvolgende programmawet deze uitoefening van de vaststelling van de administratieve boetes ook toe te vertrouwen aan de economische inspectie, omdat dit beter samen gebeurt. Omdat ik ook minister van Consumentenzaken ben, ressorteert dit nog altijd onder mijn bevoegdheden en kan ik daar voldoende oog op houden.

Dan zijn er de andere praktische problemen. In artikel 5 werd een bepaalde opleiding vereist. Die moet volgens de wet echter worden bepaald door de Gemeenschappen. Daarom heb ik mijn administratie de opdracht gegeven contact op te nemen met de diensten van Middenstand en met de Gemeenschappen om na te gaan welke opleidingen reeds bestaan en in welke mate die opleidingen kunnen worden erkend in overeenstemming met de wet van 11 januari 1999. Er is nog het praktische probleem van het verbod op toegang voor minderjarigen, jonger dan 15 jaar. Dit is onmogelijk te controleren zo lang de personen die deze centra bezoeken, niet worden geregistreerd. Het koninklijk besluit tot aanduiding van de ambtenaar of beambte die bij een vastgestelde overtreding een waarschuwing geeft, zal binnenkort worden genomen en is op dit ogenblik dus nog niet van kracht. Het koninklijk besluit tot aanduiding van de ambtenaar die verantwoordelijk is voor de admi-

nistratieve boetes zal ook binnenkort worden genomen. Het koninklijk besluit tot het bepalen van de betalingswijze van de boete zal ook binnenkort worden genomen en is derhalve ook nog niet van kracht.

Tot op heden werden mij geen specifieke problemen gemeld wat recent geopende zonnebankcentra betreft. In uw schriftelijke vraag, mevrouw Van Weert, was niet duidelijk op welk type van problemen u juist zinspeelde. Nu zegt u zeer duidelijk dat het een mogelijk faillissement betreft. In de mate dat het gaat om zonnebankcentra die en bemand zijn en aan de normen beantwoorden, stelt zich geen probleem na faillissement. Dit is eventueel wel het geval voor de onbemande zonnebankcentra. Er zijn op dit ogenblik echter geen gegevens beschikbaar. Wij weten niet om hoeveel centra het gaat, noch of het om een toevallig probleem dan wel om een zeer groot probleem gaat. Daarop kan ik dus nog geen antwoord geven.

Het spreekt natuurlijk voor zich dat ik, ter bescherming van de consumenten en van de volksgezondheid, alle nodige maatregelen zal nemen opdat de wet op een effectieve en efficiënte manier wordt toegepast. Het is van het grootste belang om én de volksgezondheid én de consument te beschermen en de centra juridische duidelijkheid te geven, zodat zij op rendabele wijze kunnen werken.

Het is ondertussen gelukkig algemeen geweten dat er moet worden gewaarschuwd tegen een onverantwoord gebruik van zonnebanken.

U begrijpt nu dat deze wet veel meer verwickelingen met zich heeft gebracht dan men op het ogenblik van de goedkeuring ervan kon vermoeden.

Mevrouw **Els Van Weert** (VU&ID): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uw antwoord toont aan dat de randvoorwaarden, noodzakelijk om de wet op een voortreffelijke manier toe te passen, nog niet zijn vervuld.

Terzelfder tijd is het zo dat voor de onbemande zonnecentra de einddatum binnen negen maanden vervalt. Deze centra zullen op dat ogenblik moeten zijn omgeschakeld. Ondertussen werd niet voorzien in de nodige randvoorwaarden en zijn de sancties vrij verregaand, tot de sluiting van het centrum toe.

Daarom dring ik aan op een vrij snelle uitwerking van de noodzakelijke koninklijke besluiten en moeten de centra goed worden geïnformeerd.

Het probleem van de faillissementen werd wel degelijk opgenomen in mijn schriftelijke vraag. Het gaat heel bepaald over centra die pas zijn opgericht en nu voor een aantal bijkomende kosten staan. Het financieel plan voorzagt niet in die kosten, waardoor, dat begrijpt u ook, het vrij moeilijk wordt om die zaak nog rendabel te houden.

Els Van Weert

Ik ben op de hoogte gebracht van het bestaan van een aantal van dergelijke probleemgevallen en ik wou uw aandacht hierop vestigen. Ik weet niet in welke mate dit probleem zich voordoet in het hele land, maar vandaar ook mijn vraag.

Ik weet niet hoe groot het probleem is, maar dat het bestaat is wel duidelijk.

Minister Magda Aelvoet : Ik erken de realiteit dat er zeer snel vooruitgang moet worden geboekt. Op dat vlak geef ik voortdurend impulsen om de zaken te laten vooruitgaan.

Het is echter niet zo dat men nu nog niet weet aan welke wettelijke normen men sowieso zal moeten beantwoorden omdat alle koninklijke besluiten nog niet zijn uitgewerkt. Men weet nu reeds heel goed dat onbemande centra niet zullen mogen werken als niet aan bepaalde wettelijke voorwaarden is voldaan. Het moeilijkste punt is de problematiek van de opleiding waarvoor ik afhankelijk ben van de Gemeenschappen. Op dat vlak is overleg aan de gang maar dit zal enige tijd vergen.

Mevrouw **Els Van Weert** (VU&ID) : De overgangsperiode van negen maanden, die in de wet is bepaald, lijkt mij toch wel zeer kort te zijn. Dat is eigenlijk mijn fundamentele opmerking.

Minister Magda Aelvoet : De overgangsperiode is inderdaad kort maar men weet reeds langer dat men weg moet van die onbemande centra.

De voorzitter : Ter informatie merk ik op dat hierover een dossier bestaat in het Vlaams Parlement. Wij hebben daaraan tijdens de vorige legislatuur een uitvoerig debat gewijd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Question orale de Mme Michèle Gilkinet à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'information objective sur les médicaments" (n° 933)

Mondelinge vraag van mevrouw Michèle Gilkinet aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de objectieve informatie over geneesmiddelen" (nr. 933)

Mme Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO) : Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, lors de la discussion de la note de politique générale, vous nous avez fait part des initiatives que vous vouliez prendre en matière d'information objective sur les médicaments.

Comme vous nous aviez dit que ces initiatives seraient prises rapidement, pouvez-vous nous dire ce qui a déjà été entrepris jusqu'à présent ? Que pouvons-nous espérer concrètement cette année ?

Mme Magda Aelvoet, ministre : Madame la présidente, chers collègues, les projets visant à développer l'information indépendante sur les médicaments à l'usage humain entrepris en 1998 sous l'égide du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) en collaboration avec des praticiens de l'art de guérir ont été poursuivis pendant l'année 1999.

Dans le cadre du premier projet, un dossier de promotion de la compétence portant sur les "anti-inflammatoires non stéroïdiens" a été finalisé et testé dans les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) dans la région néerlandophone du pays. Le dossier complet est conçu comme une méthode visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments, en mettant à la disposition des médecins et des pharmaciens une information standardisée, validée et actualisée sur l'ensemble des médicaments appartenant à un groupe pharmacothérapeutique déterminé. Il se compose d'un certain nombre de recommandations et d'informations relatives à l'efficacité de ces médicaments dans différentes pathologies. Le dossier comprend également un volet destiné aux utilisateurs et un volet destiné à un animateur possédant, outre des connaissances scientifiques, des qualités socio-pédagogiques et didactiques.

Deux autres dossiers concernant "l'usage des antibiotiques tantôt dans l'angine aiguë tantôt dans la cystite" sont actuellement en chantier et en sont à des stades plus ou moins avancés.

Le deuxième projet visait à permettre au Centre belge d'information pharmacothérapeutique de développer un site WEB sur lequel les praticiens pourront consulter le répertoire commenté des médicaments et les autres publications du CBIP (les Folia Pharmacotherapeutica et les fiches relatives aux médicaments) ainsi que les fiches de transparence et d'autres informations de qualité vérifiées, telles les recommandations figurant aux dossiers de promotion de la compétence. Il a abouti tout récemment.

Le développement d'un site dynamique qui permettra de croiser les données du répertoire et celles des articles des Folia notamment est déjà à l'étude et sera fonctionnel, je l'espère, dans le courant de cette année.

Comme vous le voyez, plusieurs projets sont en cours.

Le projet relatif aux visites des médecins a permis de réaliser une série de contacts avec des médecins individuels intéressés ainsi qu'avec des GLEM, toujours dans la région néerlandophone du pays. Les discussions ont porté sur l'usage des "anti-inflammatoires non stéroïdiens" sur base d'une revue, de la littérature, de fiches

Magda Aelvoet

réalisées à l'intention des médecins et d'un feuillet sur "l'arthrose et les médicaments" destiné aux patients. Les résultats préliminaires concernant l'évaluation de ces visites individuelles ont été présentés au Comité scientifique. Les médecins visités étaient partie prenante à cette évaluation à l'aide d'un formulaire anonyme. Une expérience similaire est en cours sur le sujet des "antibiotiques dans l'angine aiguë".

Enfin, le projet sur les "médicaments anti-douleurs" entrepris en collaboration par la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et la Société scientifique des pharmaciens francophones (SSPF) a abouti à l'élaboration d'un dossier de promotion de la compétence testé dans des groupes restreints de qualité. Celui-ci sera distribué dans le courant de cette année dans une cinquantaine de cercles de qualité regroupant chacun une vingtaine de praticiens intéressés (médecins et pharmaciens). Ces dossiers contiennent de l'information standardisée, actualisée et validée, c'est-à-dire basée sur des preuves, issue tant de la pratique médicale et pharmaceutique que de la littérature scientifique. La Société scientifique de médecine générale a l'intention de mettre son site WEB à la disposition de cette action visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments dans les maux de tête induits ainsi que dans les migraines, et d'en faire un sujet de rencontre entre médecins et pharmaciens, tandis que la Société scientifique des pharmaciens francophones organisera cette année sur ces sujets des conférences de formation post-universitaire pour les pharmaciens dans six sites de la partie francophone du pays.

Mme **Michèle Gilkinet** (AGALEV-ECOLO) : Madame la ministre, j'aimerais compléter ma question en ce qui concerne les médicaments génériques. Vous avez dit qu'un groupe de travail allait étudier la bio-équivalence. Pourriez-vous me préciser où on en est en cette matière ?

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Le travail est en cours. Et conformément à ce que j'ai dit lors d'un débat antérieur, nous évaluerons, à la fin de cette année, si la combinaison des politiques actives vis-à-vis du corps des médecins, d'une part, et les résultats concernant l'équivalence, d'autre part, provoquera une augmentation de l'utilisation des médicaments génériques.

Nous pensons que le fait combiné des deux, à savoir les activités du centre pharmaco-thérapeutique et le travail qui est en cours concernant l'équivalence des médicaments génériques, va provoquer une utilisation renforcée. Ce que nous ne pouvons pas perdre de vue, c'est qu'une fois que les résultats concernant l'équivalence seront obtenus, il faudra mener une campagne d'information à ce sujet afin de s'assurer que le message passe

bien. N'oublions pas non plus qu'il y aura aussi un encouragement financier en ce sens que le remboursement pour les médicaments génériques sera plus important que pour d'autres médicaments.

Nous espérons que ces trois éléments - étude de l'équivalence, campagne d'information et remboursement plus important - auront des résultats positifs. Mais nous en saurons plus à la fin de l'année.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Samengevoegde mondelinge vragen van :

- mevrouw **Yolande Avontroodt** aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het toekennen van kortingen op de prijs van geneesmiddelen" (nr. 890)

- mevrouw **Annemie Van de Casteele** aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de ristorno's op geneesmiddelen" (nr. 934)

Questions orales jointes de :

- Mme **Yolande Avontroodt** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'octroi des réductions sur le prix des médicaments" (n° 890)

- Mme **Annemie Van de Casteele** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et sur "les ristournes sur les médicaments" (n° 934)

Mevrouw **Yolande Avontroodt** (VLD) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de apothekers zitten al gedurende een zekere periode met een aantal knelpunten : het probleem van de magistrale bereidingen, de dure overnameprijzen van de apotheken, de virtuele omzetsijging, de grote verpakkingen, de dure specialiteiten.

Vandaag wil ik mij beperken tot het toekennen van de kortingen die blijkbaar meer en meer voorkomen en die leiden tot situaties waarbij de patiënt niet gebaat is. Gelet op het advies van de Raad van State van 20 oktober 1993, is er geen wettelijke basis voor het verbod op het toekennen van ristorno's. Hierdoor ontstond op het terrein een opbod van ristorno's, aanvankelijk alleen bij de coöperatieve officina's die daarvoor meer ruimte hadden dan de individuele apothekers, maar die nu uitgebreid zijn tot op een kritisch niveau.

Yolande Avontroodt

Dit moet uiteraard worden gezien in een bredere problematiek, omwille van de prijszetting, de grote verpakkingen, de dure medicatie en de maximale winstmarge van 300 frank. Hierdoor verkoopt men soms met verlies, wat toch de bedoeling niet kan zijn. Mevrouw Van de Casteele kan dat aan den lijve ondervinden. Het is trouwens niet toegestaan te verkopen met verlies.

Mijn grootste zorg, mevrouw de minister, is dat men in de rusthuissector aanbestedingen uitschrijft, maar zonder dat de korting ten goede van de patiënten komt, maar ten goede van de instellingen.

Ik wens hierbij te beklemtonen dat het afleveren van een medicament toch nog steeds een medische prestatie is en dat het zo moet blijven. Wellicht zullen we tijdens het debat over het geneesmiddelenbeleid, geagendeerd voor volgende maand, hierop nog kunnen terugkomen.

Toch wil ik graag weten, mevrouw de minister, of u maatregelen zult nemen of een reglementering zult uitwerken om een begrenzing van de kortingen mogelijk te maken, vooral omdat is gebleken dat ze tot een overconsumptie van medicatie leiden. Er is reeds onderzoek gebeurd dat effectief aantoonde dat overdreven *ristorno's* aanleiding geven overconsumptie van medicatie.

Mijn laatste vraag is of VZW's en OCMW's offertes kunnen uitschrijven met een kortingspercentage op geneesmiddelen als criterium ?

Mevrouw **Annemie Van de Casteele** (VU&ID) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij de vraag van mevrouw Avontroodt. In deze periode van het jaar geraken heel wat apothekers gefrustreerd omdat zij bij hun dagelijkse praktijk ook nog het administratieve werk moeten doen en het berekenen van kortingen. Daardoor ontstaat bij de publieke opinie meer en meer de indruk dat een apotheker een veredelde winkelier is. Dat is uiteindelijk mijn voornaamste bezorgdheid. Het toekennen van *ristorno's* is tegenstrijdig met de beroepseer en de waardigheid van het beroep van apotheker. Het beklemtoont al te veel het commerciële karakter van een apotheek. Ik sluit mij in die zin aan bij mevrouw Avontroodt. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen de korting die een officina-apotheker toekent aan de patiënten en de korting in de rusthuizen. Het gaat eigenlijk om twee aparte problemen. Historisch waren *ristorno's* verboden door de Orde van Apothekers, tot men onder druk van de coöperatieven tot reglementering van de kortingen is overgegaan. Uiteindelijk heeft men dan onder druk van de Europese spelregels inzake vrije concurrentie en door de rechtspraak dit standpunt moeten verlaten. Nu zijn de kortingen aan geen enkele regel meer gebonden, zij het dat deontologisch nog kan worden opgetreden, al is ook dat niet meer zo gemakkelijk.

Mevrouw Avontroodt heeft reeds gewezen op de economische aspecten. Er is natuurlijk een evolutie, ook inzake de winstmarge van de apotheker. De winstmarge is reeds jaren dezelfde gebleven, maar doordat ze begrensd is en er steeds meer duurdere producten komen, komt de reële winstmarge onder druk te staan. Door het toekennen van kortingen geeft men een tegenstrijdig signaal, alsof er veel ruimte zou zijn. Dat is tegelijk de aanleiding tot mijn eerste vraag. Zou het niet logischer zijn te discussiëren over de winstmarge en daar het toekennen van kortingen in de weegschaal te leggen ? Heel veel apothekers zouden graag zien dat wat zij als *ristorno* moeten toekennen, het systeem ten goede zou komen. Nu immers komt het toekennen van *ristorno's* vooral die patiënten ten goede die dit vaak het minst nodig hebben. Ik bedoel dat wie het meest weinig levensnoodzakelijk geneesmiddelen consumeren, de grootste kortingen krijgen.

Dat brengt mij tot mijn tweede vraag. Wij gaan de richting uit van het opnemen van het geneesmiddelenverbruik in de franchise. Moeten de kortingen in de franchise worden verrekend ? Hoe moet dat dan gebeuren ? Meer en meer mensen hebben een particuliere verzekering, ook voor hun geneesmiddelen. Bij wijze van spreken halen zij voordeel uit hun geneesmiddelenverbruik. Immers, op het einde van het jaar krijgen zij 10% korting, maar eigenlijk hebben zij hun geneesmiddelen vaak integraal terugbetaald gekregen via hun particuliere verzekering - zij het soms met een bepaalde franchise. Kunt u eens nadenken over een systeem waarbij kortingen worden verboden ? Ik ben mij er wel van bewust dat men volgens de Europese spelregels kortingen niet kan verbieden op parafarmacie en wellicht ook niet op alle geneesmiddelen, maar kunnen via het concept van remgeld niet een aantal maatregelen worden genomen om minstens kortingen op remgeld te verbieden of toch te reglementeren in de toekomst ?

Vervolgens kom ik tot het probleem van de rusthuizen. In de rusthuizen is er momenteel inderdaad een enorme concurrentieslag, waarbij de aanbestedingen, door OCMW's bijvoorbeeld, alleen en uitsluitend op basis van het criterium kosten gebeuren. Daarbij vallen de dienstverlening, de begeleiding van de patiënten, de zorg om een rationeel geneesmiddelenverbruik volledig weg. Alleen het commerciële speelt. De coöperatieven zijn de grote kapers op de kust. Mevrouw de minister, ik ben er mij van bewust dat met het nieuwe koninklijk besluit dat voorschrijft dat men zich moet bevoorraden bij een apotheek uit de gemeente of uit een omringende gemeente, het probleem al iets is ingedijkt. In vele steden zijn de ketens evenwel alomtegenwoordig. Als zij kortingen van 30% geven, spreekt het eigenlijk voor zich dat men met verlies verkoopt. Zoals mevrouw Avontroodt heeft onderstreept, is dit wettelijk verboden, maar onder het mum van een coöperatieve is dit eigenlijk heel

Annemie Van de Casteele

ondoorzichtig is. Ik verwijs dienaangaande naar de grootste keten die, naar onlangs is gebleken, met verlies werkt. Bijgevolg rijst de vraag hoe dit kan worden gerijmd met de kortingen die aan de rusthuizen worden gegeven, inclusief aan de beheerders van de rusthuizen en aan het personeel dat in de rusthuizen en de daaraan verbonden OCMW's is tewerkgesteld.

Mevrouw de minister, men heeft hieromtrent al een aantal malen klacht neergelegd en men is reeds een aantal malen tot een uitspraak gekomen. Ook hebben verscheidene apothekers reeds een sanctie opgelopen bij de Orde van Apothekers. Meestal schiet men dan echter op degenen die in een dergelijke coöperatieve apotheek in loonverband werken. De beheerders kan men niet raken. Dit is een pijnlijke zaak. Vandaar dat dienaangaande een reglementering dringend nodig is. Graag vernam ik hoe dit kan worden geredimeerd.

Minister Magda Aelvoet : Mevrouw Avontroodt, mevrouw Van de Casteele, u hebt een aantal heel moeilijke vragen gesteld. Ze zijn niet zozeer moeilijk te beantwoorden omdat ze intellectueel moeilijk te vatten zijn maar wel omdat er op het vlak van de reglementering van geneesmiddelen drie actoren zijn : Economische Zaken, Sociale Zaken en Volksgezondheid. Ik zal op enkele punten ingaan maar ik zou het debat over het geneesmiddelengebruik willen aangrijpen om ervoor te zorgen dat minister Vandenbroucke daarbij aanwezig is.

De *ristorno's* vallen echter onder de bevoegdheid van het departement Economische Zaken zoals werd bepaald in de wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964. In deze wet wordt heel duidelijk bepaald dat het verboden is bij de levering van geneesmiddelen rechtstreeks of zijdelings premies of voordelen aan te bieden. Op dat ogenblik had men vooral twee actoren op het oog : de geneesheren en de apothekers.

De *ristorno's*, die de apotheker aan zijn cliënteel geeft, blijken niet als premies te worden beschouwd zoals bepaald in artikel 10 van de wet op de geneesmiddelen. De reglementering van de *ristorno's* behoort eigenlijk tot de bevoegdheid van de minister van Economie. Ik heb reeds contact opgenomen met het kabinet van Economische Zaken om te vernemen of zij plannen hebben om de reglementering inzake *ristorno's* te wijzigen.

Dit contact met het kabinet van Economische Zaken heeft volgende gegevens opgeleverd. Op dit ogenblik hebben zij geen plannen terzake en worden dergelijke plannen ook niet voorbereid. Zij laten mij echter wel verstaan dat een concrete vraag aan het departement Economische Zaken een duwtje in de rug kan geven om dit punt te behandelen. Ik zal dit thema dan ook zeker aankaarten. Het lijkt mij ook belangrijk om op deze problematiek in alle duidelijkheid terug te komen tijdens

het debat van volgende maand. Eventueel kan bij de regeling van de werkzaamheden uitdrukkelijk de aanwezigheid van de minister van Economie worden gevraagd zodat hij rechtstreeks met uw problemen kan worden geconfronteerd.

Wat aanbestedingen en offertes van rusthuizen betreft, is de wetgeving voldoende duidelijk. De praktijk blijkt wel degelijk een aantal problemen op te leveren. In de wetgeving wordt duidelijk bepaald dat op de uitoefening van de geneeskunst geen overeenkomst van welke aard ook mag worden gesloten tussen een apotheker en een derde - in casu, de directie van een rusthuis - indien die overeenkomst betrekking heeft op het apothekersberoep en ertoe strekt aan de ene of andere rechtstreeks of onrechtstreeks winst of voordeel te verschaffen.

Als een offerte of aanbesteding ertoe strekt dat een rusthuis geneesmiddelen aanschafft voor doorverkoop, wordt een daad van onwettige uitoefening van de farmacie gesteld.

Mevrouw de voorzitter, collega's, de wetgeving terzake is duidelijk. In de praktijk rijzen echter problemen. Ik ben ervan op de hoogte dat rusthuizen korting krijgen op bepaalde geneesmiddelen omdat ze grote hoeveelheden afnemen zonder deze korting aan de patiënt te verlenen. Op dit ogenblik beschik ik echter niet over concrete gegevens en cijfers terzake. Een ander probleem heeft betrekking op de bevoorrading van rusthuizen. Zij zijn dikwijls geneigd bevoorrechte partners, in casu apothekers te kiezen.

Ik wens prioritair aandacht te besteden aan de adequate begeleiding van bejaarden bij de inname van geneesmiddelen. Naar verluidt besteden sommige rusthuizen weinig aandacht aan deze problematiek. Geneesmiddelen worden verdeeld door verzorgers die geen specifieke vorming terzake hebben genoten. Het systeem van de geneesmiddelenverstrekking in rusthuizen moet, mijns inziens, dringend onder de loep worden genomen zodat bepaalde afspraken en reglementen kunnen worden uitgewerkt. U zult wellicht de verhalen kennen van bejaarden die geneesmiddelen in hun kast verstoppert. Ik beklemtoon dat ik de problematiek niet wil veralgemenen maar wens werk te maken van een aantal elementen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) : Mevrouw de minister, er moet volgens mij een halt worden toegevoerd aan de verkoop met verlies van geneesmiddelen met een zeer dure verkoopprijs. Een nieuw wettelijk initiatief is dringend nodig. De huidige situatie wordt veroorzaakt door de wettelijke bepaling die de maximum winstmarge, ongeacht de publieksprijs, op 300 frank vastlegt. Dit betekent dat men in een aantal gevallen met verlies werkt. Hoe duurder de publieksprijs wordt, hoe groter het risico op verkoop met verlies.

Annemie Van de Casteele

Mevrouw **Annemie Van de Casteele** (VU&ID) : Mevrouw de minister, ik denk dat het werken met verlies door officina-apothekers op dit ogenblik binnen de perken blijft.

Het is via de rusthuizen dat wij indicaties hebben gekregen dat er ketens werken met verlies, wat de verkoop aan de rusthuizen zelf betreft. Men mag echter niet vergeten dat die ketens meestal ook de winstpercentages van de groothandel hebben, waardoor zij gemakkelijker dan een individuele apotheker kortingen kunnen geven. Dat is inderdaad een concurrentievervalsing.

Wel is het zo dat men inzake het toekennen van *ristorno's* rekening houdt met geplafondeerde geneesmiddelen. Patiënten begrijpen dat vaak niet. Zij rekenen hun *ristorno* uit bijvoorbeeld aan 10%, wat niet altijd mogelijk is. Het gevolg is dat de cliënten boos zijn. Dit is pijnlijk. Het beklemtoont het commerciële karakter van de geneesmiddelenverkoop door de apotheker, terwijl die uiteindelijk een andere rol te vervullen heeft.

In de toekomst moeten we evolueren naar het appreciëren en het honoreren van een apotheker, niet op basis van een winstmarge op het product dat hij over de toonbank laat gaan, maar op basis van zijn intellectuele prestatie bij de begeleiding van het geneesmiddelenverbruik.

Daarbij mag echter niet worden vergeten dat het stockeren van een geneesmiddel ook geld kost. Zo kost het stockeren van een product van 32 000 frank meer dan het stockeren van een product van 100 frank. Dit zal steeds in enige mate moeten worden gelinkt aan de prijs van een geneesmiddel. Op termijn zal men echter moeten evolueren naar een gemengde financiering en zal men de intellectuele prestatie meer moeten honoreren zoals dit ook bij de geneesheren meer en meer het geval is. Dit zal de rol van de apotheker en de discussie van de *ristorno's* in een ander daglicht plaatsen.

Ik hoop dat wij hierover tijdens het debat over het geneesmiddelenbeleid van gedachten zullen kunnen wisselen. Wij zullen dan ten aanzien van de minister van Economische Zaken de problematiek kunnen schetsen en op eventuele maatregelen aandringen. Zelfs in de Europese context van de vrije markt moet het toch mogelijk zijn om deze problematiek te reglementeren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Regeling van de werkzaamheden

Ordre des travaux

De mondelinge vraag nr. 892 van de heer Jan Eeman wordt naar een latere datum verschoven.

Mondelinge vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de vice-eerste minister en minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie over "de voorschotten verleend door het OCMW bij niet-betaling van onderhoudsgeld" (nr. 853)

(Het antwoord zal worden verstrekt door de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu)

Question orale de M. Servais Verherstraeten au vice-premier ministre et ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Économie sociale sur "les avances accordées par les CPAS en cas de non-paiement des pensions alimentaires" (n° 853)

(La réponse sera donnée par la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement)

De heer **Servais Verherstraeten** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb mijn vraag geadresseerd volgens de bevoegdheidsverdeling van de vorige legislatuur. Vandaar dat ze aan de verkeerde minister gericht was.

Ik zal de bestaande regeling niet toelichten. U kent die beter dan ik. Het niet betalen van alimentatie is een plaag. In 40% van de gevallen wordt niet of laattijdig betaald. De voorschotregeling die sedert 1989 van toepassing is en in 1998 verbeterd werd, vormt een aanzet om schrijnende toestanden te verlichten. Ze is echter niet van toepassing op alimentatie voor partners maar alleen voor kinderen. Bovendien blijft dit beperkt tot een bepaald bedrag en is het alleen van toepassing op personen die onder een relatief lage drempel van bestaansmiddelen blijven, namelijk iets meer dan 35 000 frank per maand. In 1998 is een beperkte verhoging mogelijk geworden maar het bedrag blijft zeer laag.

Deze regeling valt eigenlijk enigszins onder de strijd tegen de kansarmoede. De vraag is of dat niet op een andere manier dient te worden geregeld. Er zijn wetsvoorstellen ingediend met betrekking tot het fonds. Dient de OCMW-regeling uitgebreid te worden en eventueel ook voor partners toegankelijk te worden gemaakt ? Dat kan eventueel bij de bespreking van deze wetsvoorstellen onder de loop worden genomen. Deze vragen zijn echter vandaag niet aan de orde.

Mijn vraag houdt in feite verband met het functioneren van de huidige wetgeving.

Mevrouw de minister, hoeveel aanvragen zijn er ? Kunt u ons dit per geslacht en per Gemeenschap bezorgen ? Hoeveel aanvragen hebben effectief geleid tot een be-

Servais Verherstraeten

slissing van het betrokken OCMW om een voorschot toe te kennen ? Beschikt u over cijfers om dat per Gemeenschap te vergelijken ? Om welke bedragen gaat het dan, voor zover mogelijk opgesplitst voor de verschillende regio's ?

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, collega's, de aanvragen tot betaling van voorschotten die niet leiden tot het minste gevolg voor de OCMW's, worden niet geregistreerd op nationaal niveau. Wij beschikken uitsluitend over gegevens omtrent de voorschotten die effectief worden toegekend en uitbetaald.

De concrete vragen zal ik beantwoorden in vijf hoofdstukken.

Ten eerste, het aantal begunstigde kinderen per gewest bedraagt :

- voor Vlaanderen : 2 572 in januari 1998 en 2 987 in januari 1999;
- voor Wallonië : 1 994 in 1998 en 2 229 in 1999;
- voor Brussel : 227 in 1998 en 258 in 1999.

U merkt dat er zich overal een stijging voordoet.

Ten tweede, wat het aantal families betreft werden de situaties als volgt uitgesplitst :

a) families waarbij de moeder de niet-onderhoudsplichtige ouder is :

- Vlaanderen : 1 325 families in 1998 en 1 601 families in 1999;
- Wallonië : 1 038 families in 1998 en 1 207 families in 1999;
- Brussel : 110 families in 1998 en 138 families in 1999.

b) families waarbij de vader de niet-onderhoudsplichtige ouder is :

- Vlaanderen : 101 families in 1998 en 130 families in 1999;
- Wallonië : 81 families in 1998 en 110 families in 1999;
- Brussel : 12 families in 1998 en 8 families in 1999.

Het totaal aantal families per Gewest bedraagt :

- voor Vlaanderen : 1 426 in 1998 en 1 731 in 1999;
- voor Wallonië : 1 119 in 1998 en 1 317 in 1999;
- voor Brussel : 122 in 1998 en 146 in 1999.

Mijnheer Verherstraeten, u vroeg wat dit vertegenwoordigde aan totale uitgaven voor de OCMW's, maar aangezien die cijfergegevens drie kolommen bevatten, zal ik mij beperken tot de jaren 1998 en 1999; het overige cijfermateriaal zal worden rondgedeeld, opdat u alles rustig kunt bestuderen.

- voor Vlaanderen : in 1998 : 108 miljoen Belgische frank en in 1999 : 115 miljoen Belgische frank;

- voor Wallonië : in 1998 : 80 miljoen Belgische frank en in 1999 : 85 miljoen Belgische frank;

- voor Brussel : in 1998 : 9,8 miljoen Belgische frank en in 1999 : 12 miljoen Belgische frank.

Uiteraard zijn de gegevens voor 1999 nog niet volledig aangezien de laatste cijfers nog niet werden meege-deeld.

De heer **Servais Verherstraeten** (CVP) : Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het was een heel gecijfer. Met betrekking tot het debat over het fonds wilden we graag informatie putten uit deze cijfers. Ik zou het dan ook zeer op prijs stellen als u de commissie en mij een kopie van die cijfers zou kunnen bezorgen.

Minister **Magda Aelvoet** : Ja.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Ordre des travaux

Regeling van de werkzaamheden

La question orale n° 861 de Mme Marie-Thérèse Coenen sera posée par écrit.

De mondelinge vraag nr. 876 van mevrouw Greta D'Hondt wordt naar een latere datum verschoven.

Mondelinge vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de arbeidsomstandigheden van GSO's en apothekers-klinisch biologen in opleiding" (nr. 829)

Question orale de M. Luc Goutry à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les conditions de travail des médecins spécialistes en formation et des pharmaciens en biologie clinique en formation" (n° 829)

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag valt in drie delen uiteen.

Het eerste deel handelt over de toepassing van de huidige reglementering om betere werkomstandigheden, verloning, arbeidstijden en dergelijke op poten te zetten voor de geneesheren in opleiding. Het tweede deel gaat vooral over de vergoedingen, vooral deze in psychiatrische ziekenhuizen. Het derde deel heeft betrekking op de apothekers-klinisch biologen in opleiding. In tegenstelling tot de dokters-klinisch biologen, heeft men immers ook apothekers-klinisch biologen. Ik denk dat op dat gebied nog een en ander moet gebeuren.

Luc Goutry

Ten eerste, op 29 mei 1999 verscheen een ministerieel besluit dat heel wat zou moeten regelen op het terrein, dit tot grote vreugde van de geneesheren-specialisten in opleiding. Wij hebben de huidige situatie op het terrein bekeken. Het was natuurlijk een onvolledige bevraging, maar ik wil het u toch meegeven. Sinds 1 september is de nieuwe regeling van kracht. Een aantal ziekenhuizen hadden zich al geconformeerd voor er een regeling was, maar voor de kwaadwilligen heeft men regels nodig. Wat blijkt uit ons onderzoek ? In de meeste grote ziekenhuizen is de zaak redelijk goed geregeld, vooral wat de wachtfrequentie betreft. Dit lijkt, op enkele uitzonderingen na, in orde te zijn. In een pak andere ziekenhuizen blijken er toch problemen te zijn. In sommige gevallen zijn de stagemeesters bijna nooit aanwezig. Hoe kunnen ze dan toezicht uitoefenen, de wachtfrequentie in de gaten houden of het systeem bewaken ?

Mevrouw de minister, we zijn ook naar de loon-aanpassingen, conform artikel 7 van het ministerieel besluit, gaan kijken. We stellen vast dat men er ook daar soms een potje van maakt. Men past artikel 7 toe, maar de directe vergoedingen zoals onder meer onkosten en logementskosten die sommige assistenten vroeger kregen, vallen nu weg. Enerzijds, past men artikel 7 toe maar anderzijds, houdt men een aantal vergoedingen voor andere zaken in. Dat is een vaststelling die ik u graag zou voorleggen. We hebben die wetgeving opgesteld en u hebt geholpen die wet operationeel te maken. Daarom vraag ik u erop te letten hoe ze in de praktijk wordt toegepast.

Hebt u informatie ontvangen over gebrekkige toepassingen of klachten ? Wilt u dit eens beter nakijken ? Wat zult u doen als blijkt dat een aantal ziekenhuizen zich er niet aan storen ? Ik zou het goed vinden dat men daar aantoont dat er geen ruimte is om te blijven sollen met die toepassing.

Mijn tweede vraag handelt over de vergoeding. Ook daar is er een nieuwe regeling. Vroeger werd er veel interpretatieruimte gelaten. Nu heeft men gezegd dat er een minimum is, een bedrag dat iedereen moet krijgen. Wat men daarbovenop doet, is vrij te kiezen. In een aantal ziekenhuizen wordt het vrij goed toegepast, vroeger al. Een aantal weigeren blijkbaar om de reglementering toe te passen.

Er is toch nog een knelpunt waarop ik even de aandacht wil vestigen. Het gaat om de psychiatrische ziekenhuizen. Een psychiater in een psychiatrisch ziekenhuis valt inzake inkomen niet te vergelijken met een andere geneesheer-specialist in een algemeen ziekenhuis. Dat heeft onder meer te maken met het feit dat in algemene ziekenhuizen de nood aan technische prestaties veel groter is. Men doet veel meer labs en allerlei radiografische onderzoeken. Er is een soort systeem van dichotomie, dat weet iedereen. In de psychiatrie is dit anders.

Daar heeft men heel weinig technische prestaties en heeft men veel minder cash flow. In bepaalde gevallen kunnen misschien problemen rijzen om de reglementering toe te passen. Er bereiken mij signalen dat het voor Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen moeilijker zou zijn.

Mevrouw de minister, vandaar ook mijn tweede vragenreeks voor u. Is het zinvol om daar in een aangepaste financiering te voorzien, die dan ook kan worden toegepast ? Of is er iets mogelijk met de verpleegdagprijs ? Als men zoiets structureel laat inbouwen, en als men de structurele kosten die in een psychiatrisch ziekenhuis anders liggen, aanneemt dan zou men aan de verzuchtingen kunnen voldoen.

Het derde deel van de vraag gaat over klinisch biologen, maar dan wel apothekers-klinisch biologen. Er zijn dokters-klinisch biologen, maar er zijn ook mensen die voor apotheker gestudeerd hebben en daarna de opleiding klinisch bioloog gevolgd hebben. Ze doen dat uiteraard ook via een opleiding assistent en dan kunnen ze later hetzelfde werk doen als een dokter-klinisch bioloog. Wat blijkt ? Ik zou kunnen aannemen dat het een vergeetelheid is. Dat blijkt precies in de wetgeving vergeten te zijn. De apothekers zijn ook niet zo talrijk. Die weinige mensen staan nu wel in de kou, want in een bepaald ziekenhuis zijn ze bij de directie gaan klagen. De directie zei dat het niet in het ministerieel besluit stond. Er staat wel iets in over de erkenning van de stagemeesters, maar er staat niet specifiek in hoe de arbeidsomstandigheden en het loon dienen te verlopen. Een aantal ziekenhuizen maakt daarvan natuurlijk geen probleem en schakelt dat gelijk. Een aantal is wat malafide en past het niet juist toe. Vandaar mijn vraag of het misschien niet interessant zou zijn om in artikel 1 van het ministerieel besluit het toepassingsgebied te verruimen en deze categorie mensen op te nemen zodat daarover geen enkel misverstand meer zou kunnen bestaan. Tot zover mijn vragen, mevrouw de minister.

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, mijnheer Goutry, voor de situatie op het terrein verwijst u naar gegevens die door assistentenverenigingen gepubliceerd worden. Ik heb aan mijn administratie gevraagd hoe het stond met klachten die vanwege assistenten gesignaleerd worden op het niveau van de administratie. Dat cijfer blijkt zeer laag te liggen. Dit is uiteraard geen bewijs voor iets. Het duidt er veel meer op dat assistenten het een gevaarlijke praktijk vinden om zich individueel bloot te geven. Zij vrezen terzake een risico te lopen.

De situatie is voor een belangrijk stuk gebonden aan de verhouding tussen aanbod en vraag naar kandidaat-specialisten. Vooral jonge artsen willen liever een gespecialiseerde opleiding volgen dan in te treden in de huisartsgeneeskunde. Zij zijn bereid om gedurende een aantal jaren heel wat moeilijkheden op zich te nemen.

Magda Aelvoet

De objectieve situatie gaat terzake veranderen. Het totaal aantal studenten dat toegang krijgt tot de specialisatie en de huisartsgeneeskunde zal vanaf 2004 worden gehalveerd. Het aantal stagediensten zal vanaf 2004 relatief groter zijn en de kandidaten zullen diensten kunnen kiezen die betere werkomstandigheden bieden. Dat is een objectieve verschuiving. Anno 2004 is echter geen antwoord op de problemen van vandaag.

Voor de huidige problemen wordt er op het niveau van de administratie aan twee mechanismen gewerkt. Dat is de fameuze evaluatie van de stagediensten door kandidaat-specialisten. Zij zullen geleidelijk aan toelaten het gedrag van stafleden, stagemeesters, enzovoort in te schatten en te evalueren. Op basis van statistieken zal men kunnen aanwijzen welke diensten hun verantwoordelijkheid opnemen ten aanzien van de kandidaat-specialisten. Dat kan ertoe leiden dat degenen die daar aan niet beantwoorden, worden geschrapt.

Een tweede instrument is de vertegenwoordiging van kandidaat-specialisten binnen de hoge raad. De hoge raad is het orgaan dat adviezen moet geven over de waarde van de stagediensten. Daar zit de kern van het probleem. Op dit ogenblik hebben we geen goed instrument om de aanwezigheid van kandidaat-specialisten te garanderen.

Er is op dit ogenblik geen overkoepelende organisatie van assistentenverenigingen. Er bestaan er verschillende naast elkaar. De enige mogelijkheid waarover wij op korte termijn beschikken, is aan de artsensyndicaten, BEVAK en het algemeen syndicaat, vragen om alsnog kandidaten hiervoor voor te dragen. Hierbij kunnen we vragen om in de mate van het mogelijke kandidaat-specialisten te nemen.

U weet echter hoe het vertegenwoordigingsmechanisme werkt. Het hangt niet van ons af. Zij zullen dat op korte termijn bepalen.

Wij zijn wel bereid om de associatieverenigingen aan te schrijven met de vraag om zich te organiseren in het kader van een actieve vertegenwoordiging in de hoge raad.

Wij zullen ons in ieder geval tot de hoge raad richten om een evaluatie te maken over de functionering van het systeem. In afwachting van de gegevens over de evaluatie van de stages, zal er al een mechanisme in werking treden waarbij men die zaak naar zich toe trekt.

Dat zijn de concrete mogelijkheden die ik op dit ogenblik kan signaleren.

Vervolgens wil ik nog een aantal andere punten aanstippen. De minister van Werkgelegenheid en Arbeid werkt op dit ogenblik een specifieke reglementering uit voor kandidaat-specialisten, precies met het oog op betere overlegmechanismen en een betere bescherming in een gepast juridisch kader. Vanuit die invalshoek is het een versterking van de positie van die mensen.

De Europese Gemeenschap bereidt een richtlijn voor - dit zal nog wel even duren - om het aantal werkuren van geneesheren in opleiding te beperken. Het is blijkbaar ook een probleem dat in Europa als dusdanig gekend is. Iedereen weet dat het niet eenvoudig is richtlijnen op te stellen.

Ik vestig er de aandacht op dat ik ook vanuit het werkveld reacties binnenkrijg die erop wijzen dat bepaalde onderdelen van die reglementering die voor de kandidaat-specialisten waren opgesteld, voor het functioneren van ziekenhuizen problemen kan veroorzaken. Men krijgt, zowel vanuit de groep van de assistenten of de kandidaten in opleiding als vanuit de structuren waarin zij werken opmerkingen in verband met noodzakelijke verfijningen en verbeteringen die nog moeten gebeuren. Ik zet mijn oren dus naar alle kanten open.

Men zegt mij dat de kandidaat-specialisten in de psychiatrie niet aan hun lot worden overgelaten. Ze zouden aan dezelfde regels zijn onderworpen als de andere kandidaat-specialisten. Een billijke bezoldiging moet op zijn minst overeenkomen met de bruto wedde van een adjunct-adviseur in de federale diensten met dezelfde anciënniteit.

Een eventuele aanpassing van de nomenclatuur valt onder Sociale Zaken. De aanpassing van de verpleegdagprijs in psychiatrische instellingen is een voorstel dat tot op heden niet werd aangekaart. Het zou kunnen worden bestudeerd teneinde de gevolgen van die aanpassing voor de verpleegdagprijs te kunnen inschatten en na te gaan hoe groot de meerkosten zouden zijn.

De apotheker-kandidaat-specialisten in de klinische biologie is een punt dat niet werd bestudeerd. Ik heb mijn diensten verzocht er verslag over uit te brengen en de mogelijkheid te onderzoeken de wetgeving ook naar deze categorie uit te breiden. Dit zou in de toekomst tot een voorstel moeten leiden.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Mevrouw de minister, ik dank u voor het omstandige antwoord. Uw antwoord aangaande de apothekers-klinisch biologen gaf zeker voldoening. U stelt vast dat er daadwerkelijk een lacune bestaat en dat we moeten onderzoeken wat daaraan kan worden gedaan. Dat zou zeker goed zijn voor deze mensen.

Ten tweede, ik stel niet dat men in de psychiatrie de regels helemaal niet volgt. Ik bedoelde dat zij meer moeite hebben om de regels te volgen omwille van hun beperkte inkomen. Het gaat dan om de pool van het inkomen van de psychiaters. Het spoor van de

Luc Goutry

verpleegdagprijs kan inderdaad een te onderzoeken mogelijkheid vormen. Misschien schuilt daarin een structureel objectief element dat zou moeten worden bekeken. Dat lijkt mij niet echt eenvoudig, maar het is goed dat u dit spoor volgt.

Wat het eerste punt betreft, lijkt het mij zeer nuttig dat er in tussentijd een evaluatie zou komen. Inzake het vertegenwoordigingswerk is de Europese richtlijn die verwacht wordt uiteraard zeer wenselijk. U kondigt een evaluatie in beide richtingen aan, zowel inzake de uitwerking op het terrein als inzake de bijsturing van het ministerieel besluit. Ik kan hier volledig inkomen. Een ministerieel besluit dat mankementen vertoont, moet uiteraard worden bijgestuurd.

Mevrouw de minister, ik neem nota van uw duidelijke engagementen en ik ben verheugd over uw toezegging.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

- *De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.20 uur.*

- *La réunion publique de commission est levée à 16.20 heures.*
