



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

**COMPTE RENDU INTÉGRAL**  
AVEC  
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT  
DES INTERVENTIONS

**INTEGRAAL VERSLAG**  
MET  
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG  
VAN DE TOESPRAKEN

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

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

**mardi**

**dinsdag**

**24-10-2006**

**24-10-2006**

**Après-midi**

**Namiddag**

cdH	centre démocrate Humaniste
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
ECOLO	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
FN	Front National
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	Parti socialiste
sp.a-spirit	Socialistische Partij Anders – Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht
Vlaams Belang	Vlaams Belang
VLD	Vlaamse Liberalen en Democraten

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>		<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>	
DOC 51 0000/000	Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 51 0000/000	Parlementair stuk van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)	CRIV	voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions ; les annexes se trouvent dans une brochure séparée (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken; de bijlagen zijn in een aparte brochure opgenomen (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN	séance plénière	PLEN	Plenum
COM	réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
<a href="http://www.laChambre.be">www.laChambre.be</a>	<a href="http://www.deKamer.be">www.deKamer.be</a>
e-mail : <a href="mailto:publications@laChambre.be">publications@laChambre.be</a>	e-mail : <a href="mailto:publicaties@deKamer.be">publicaties@deKamer.be</a>

## SOMMAIRE

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

*Orateurs:* **Maggie De Block, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

*Orateurs:* **Maggie De Block, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

*Orateurs:* **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

*Orateurs:* **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

*Orateurs:* **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

*Orateurs:* **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

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

- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la cardiologie" (n° 12655)

*Orateurs:* **Luc Goutry, Rudy Demotte**,

## INHOUD

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

*Sprekers:* **Maggie De Block, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

*Sprekers:* **Maggie De Block, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de 'no fault aansprakelijkheid' van artsen" (nr. 12329)

*Sprekers:* **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

*Sprekers:* **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

*Sprekers:* **Yolande Avontroodt, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

*Sprekers:* **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

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

- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de cardiologie" (nr. 12655)

*Sprekers:* **Luc Goutry, Rudy Demotte**,

ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, <b>Dominique Tilmans, Benoît Drèze</b>		minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, <b>Dominique Tilmans, Benoît Drèze</b>	
Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus" (n° 12417)	29	Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het vaccin tegen baarmoederhalskanker" (nr. 12417)	29
<i>Orateurs:</i> <b>Maggie De Block, Rudy Demotte</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> <b>Maggie De Block, Rudy Demotte</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du CT-scan et de la RMN" (n° 12421)	31	Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van de CT-scan en de NMR" (nr. 12421)	31
<i>Orateurs:</i> <b>Maggie De Block, Rudy Demotte</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> <b>Maggie De Block, Rudy Demotte</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de médicaments dans les maisons de repos" (n° 12422)	33	Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddelenverbruik in rustoorden" (nr. 12422)	33
<i>Orateurs:</i> <b>Maggie De Block, Rudy Demotte</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, <b>Luc Goutry</b>		<i>Sprekers:</i> <b>Maggie De Block, Rudy Demotte</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, <b>Luc Goutry</b>	
Questions jointes de	34	Samengevoegde vragen van	34
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de fatigue chronique" (n° 12450)	34	- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 12450)	34
- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la recherche scientifique récente sur le syndrome de fatigue chronique (SFC)" (n° 12653)	34	- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het recent wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" (nr. 12653)	34
<i>Orateurs:</i> <b>Luc Goutry, Magda De Meyer, Rudy Demotte</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> <b>Luc Goutry, Magda De Meyer, Rudy Demotte</b> , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Véronique Ghenne à la vice-première ministre et ministre du Budget et de la Protection de la consommation sur "l'information du consommateur quant à des substances chimiques contenues dans les cosmétiques" (n° 12484)	38	Vraag van mevrouw Véronique Ghenne aan de vice-eerste minister en ministre van Begroting en Consumentenzaken over "de informatie voor de gebruiker inzake chemische stoffen in cosmetica" (nr. 12484)	38
<i>Orateurs:</i> <b>Véronique Ghenne, Rudy Demotte</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> <b>Véronique Ghenne, Rudy Demotte</b> , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Annemie Turtelboom au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une étude portant sur les avantages des hôpitaux de petite taille" (n° 12495)	40	Vraag van mevrouw Annemie Turtelboom aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een onderzoek naar de voordelen van kleine ziekenhuizen" (nr. 12495)	40
<i>Orateurs:</i> <b>Annemie Turtelboom, Rudy Demotte</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> <b>Annemie Turtelboom, Rudy Demotte</b> , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	42	Samengevoegde vragen van	42
- M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement du Fonds de lutte contre le	42	- de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van het Fonds ter bestrijding van het	42

<p>tabagisme" (n° 12579)  - Mme Karine Jiroflée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'industrie du tabac et la Fondation Rodin" (n° 12648)  <i>Orateurs:</i> <b>Yvan Mayeur, Karin Jiroflée, Rudy Demotte</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	42	<p>tabaksgebruik" (nr. 12579)  - mevrouw Karine Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tabaksindustrie en de Rodinstichting" (nr. 12648)  <i>Sprekers:</i> <b>Yvan Mayeur, Karin Jiroflée, Rudy Demotte</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	42
<p>Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen d'admission pour les kinésithérapeutes" (n° 12533)  <i>Orateurs:</i> <b>Luc Goutry, Rudy Demotte</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, <b>Daniel Ducarme, Hilde Vautmans</b></p>	44	<p>Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toelatingsexamen voor kinesisten" (nr. 12533)  <i>Sprekers:</i> <b>Luc Goutry, Rudy Demotte</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, <b>Daniel Ducarme, Hilde Vautmans</b></p>	44



COMMISSION DE LA SANTE  
PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

du

van

MARDI 24 OCTOBRE 2006

DINSDAG 24 OKTOBER 2006

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.27 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.  
La séance est ouverte à 14.27 heures et présidée par M. Luc Goutry.

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

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

**01.01** Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, vorig jaar ondervroeg ik u over het verschillend gebruik van de diensten reanimatie en intensieve zorgen, op basis van de gegevens uit de periode 2001-2004. Er bleken grote verschillen in medische praktijk te bestaan. De meerkost van voornoemde variabiliteit werd geraamd op 1,9 miljoen euro op anderhalf jaar tijd.

Uit het jaarrapport 2005 van het RIZIV blijkt dat beide diensten ook verkeerd worden gebruikt. Zo nemen sommige ziekenhuizen nog altijd patiënten die kleine ingrepen hebben ondergaan, zoals een appendicitis of een keizersnede, op de afdeling intensieve zorgen op. Over een periode van anderhalf jaar blijkt dat dus om 1,9 miljoen euro te gaan.

U antwoordde vorig jaar op mijn vraag dat alle hoofdgeneesheren van Belgische algemene ziekenhuizen het toenmalige rapport zouden krijgen toegestuurd, zodat zij het zouden kunnen toetsen aan de praktijkvoering in hun ziekenhuis. De zaak zou ook deel uitmaken van een impactmeting. Indien geen of onvoldoende bijsturing zou worden vastgesteld, zou de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gepaste acties kunnen ondernemen.

U engageerde zich ook om te onderzoeken of de reanimatietechnieken in de referentiebedragen te integreren waren.

Ik heb voor u de volgende, concrete vragen.

Welke acties ondernam de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle?

Onderzocht u of de reanimatietechnieken eventueel in de referentiebedragen kunnen worden geïntegreerd? Zo ja, hoe gaat

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

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

Le ministre a-t-il examiné comme

dat? Zo nee, waarom kan het niet?

Werden nog andere acties ondernomen om de uitgaven in de goede richting te doen evolueren, zodat het volgende rapport van het RIZIV ons allen beter nieuws zou kunnen brengen?

**01.02** Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, u verwijst in uw vraag naar een studie die werd uitgevoerd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en door de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van de gegevens voor de periode 2001-2004.

Aangezien deze studie in 2005 werd gefinaliseerd en gepubliceerd, komt ze voor in het jaarrapport 2005 van het RIZIV. De toelichting in het jaarrapport 2005 van het RIZIV heeft dus betrekking op dezelfde gegevens als de gegevens waarover u mij in 2005 al ondervroeg.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wenst een impactmeting te doen. Daartoe dienen enkele grondvoorwaarden te zijn vervuld.

Er dient een voldoende lang tijdsvak te bestaan volgend op de publicatie van een studie tijdens dewelke de zorgverleners en verpleeginrichtingen in de gelegenheid zijn om hun praktijkvoering in de gewenste zin bij te sturen. Bovendien moeten alle relevante gegevens met betrekking tot dat tijdsvak voor alle zorgverleners en verpleeginrichtingen worden aangeleverd en gevalideerd. Deze aanlevering en validatie gebeuren enige tijd na het uitvoeren en het aanrekenen van de verstrekkingen. Een impactmeting voor deze aangelegenheid is bijgevolg pas volgend jaar aan de orde.

In het kader van de responsabilisering van de zorgverleners werd het voormeld rapport tijdens het voorjaar 2006 uitgebreid toegelicht door enkele medewerkers ter gelegenheid van de jaarvergadering van de Belgische Beroepsvereniging van Geneesheren-Specialisten in Intensieve Zorgen.

Intussen voert de DGEC wel individuele onderzoeken ten laste van zorgverleners en verpleeginrichtingen voor dewelke niet-conforme aanrekeningen van cardiale monitoring wordt vastgesteld.

Wat uw tweede vraag betreft, is bij de berekening van de referentiebedragen het verblijf op intensieve zorgen opgenomen. Op dit ogenblik worden de reanimatieprestaties tijdens deze periode echter niet geïntegreerd.

In het rapport van het Kenniscentrum met betrekking tot de referentiebedragen wordt geconcludeerd dat deze werkwijze misschien niet de beste is om de variabiliteit te beperken. Het voorstel van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle om deze prestaties te integreren, moet dan ook vooral gezien worden als een manier om een meetinstrument voor de variabiliteit te ontwikkelen.

Wat uw laatste vraag betreft, stelde het Kenniscentrum in de bovenvermelde studie dat het efficiënter zou zijn te evolueren naar forfaitarisering in de financiering van de ziekenhuizen. De forfaitarisering van de geneesmiddelen in functie van pathologie

promis si les techniques de réanimation peuvent être intégrées aux montants de référence? D'autres actions ont-elles également été entreprises pour limiter les dépenses?

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

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

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

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

Le séjour aux soins intensifs figure dans le calcul des montants de référence, contrairement aux prestations de réanimation. Selon le rapport du Centre d'expertise relatif aux montants de référence, ce mode de calcul n'est peut-être pas le plus adéquat. La proposition



kadert zeker in deze visie.

Op dit ogenblik wordt gewerkt aan een gelijkaardige benadering voor financiering van andere sectoren in de ziekenhuisactiviteit.

du service d'Évaluation et de Contrôle médicaux d'intégrer ces prestations doit dès lors être considérée comme une manière de développer un instrument de mesure de la variabilité.

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

**01.03 Maggie De Block (VLD):** Mijnheer de minister, dank u voor uw uitvoerig antwoord. Ik had al spijt toen u zei dat het dezelfde cijfers waren die in het jaarrapport gebruikt zijn. U zegt dat u daar na het advies van het Kenniscentrum aan werkt. Ik heb nu minder spijt omdat dit betekent dat daar toch ernstig werk van gemaakt wordt. Is er een timing vooropgesteld om daarrond enig initiatief te nemen of is dit een werk dat voor een volgende legislatuur wordt gedaan? Gaat u daar zelf nog iets concreets mee doen of zegt u dat dit werk niet klaar zal raken?

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

**01.04 Minister Rudy Demotte:** Volgens mij zal het zeker voor de volgende legislatuur dienen.

**01.04 Rudy Demotte, ministre:** Étant donné l'ampleur de la tâche, l'initiative incombera au prochain gouvernement.

**01.05 Maggie De Block (VLD):** Dat dacht ik ook. Ik wou het echter van u horen.

**01.06 Minister Rudy Demotte:** Ik kan dat expliciet zeggen omdat wij maar enkele maanden meer hebben.

**01.07 Maggie De Block (VLD):** Het gaat inderdaad om een immens werk.

**01.08 Minister Rudy Demotte:** Ik wens natuurlijk sneller te gaan maar ik denk niet dat het mogelijk zal zijn.

**01.09 Maggie De Block (VLD):** Het gaat om een immens werk dus ik dacht ook al dat dit niet meer rond zou raken.

De **voorzitter:** Zo blijft er in elk geval ook activiteit voor de toekomst verzekerd.

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

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

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

**02.01 Maggie De Block (VLD):** Mijnheer de minister, deze vraag gaat over een heel andere sector. Wij zullen de knop omdraaien. U bent dat wel gewoon, want u hebt een uitgebreid departement.

Sinds 1996 is autocontrole verplicht in de vleesverwerkende bedrijven zoals slachthuizen, uitsnijderijen en inrichtingen voor de vervaardiging van allerhande verse vleesproducten. Jaarlijks worden in de vleessector twee volledige audits per bedrijf verricht. Hierbij wordt per onderdeel een quotering toegekend, gaande van zeer goed, goed, redelijk, slecht tot zeer slecht.

Vanaf 2007 zal rekening worden gehouden met het individueel risicoprofiel, zodat bedrijven die zeer goed werken, vier keer minder inspecties krijgen dan bedrijven die slecht scoren. Wij hebben ondertussen natuurlijk ook heel het systeem van het FAVV. Als er iets misgaat, kan er dus snel worden ingegrepen.

Wanneer wij de cijfers van de autocontrole bekijken, die u mij bij een schriftelijke vraag hebt bezorgd, vallen grote verschillen tussen de provincies op. In de categorie zeer goed steekt Waals-Brabant er met 42% met kop en schouders bovenuit. Voeg daarbij 30% uit de categorie goed en men kan besluiten dat daar drie of vier bedrijven zeer goed in orde zijn met de autocontrole.

De provincie Antwerpen volgt als tweede, weliswaar op zeer grote afstand, met 59% in de categorie goed en 6% zeer goed. Geen enkele andere Belgische provincie haalt 50% of 40% in die categorieën.

In de categorieën slecht en zeer slecht valt op dat drie van de tien provincies, meer dan de helft van de bedrijven, niet met de autocontrole in orde zijn. Oost-Vlaanderen spant daarin de kroon met 54%. Brussel en Luxemburg volgen met 51%. Waals-Brabant heeft slechts 3% in de categorie slecht en 0% in de categorie zeer slecht. De provincie Namen heeft ook geen bedrijven in de categorie zeer slecht, maar telt wel een bedrijf op vijf in de categorie slecht. Antwerpen beperkt de schade eveneens met 20%, waarvan 4% zeer slecht.

Dat zijn dus zeer uiteenlopende cijfers en zeer diverse situaties in de verschillende Belgische provincies. Ik heb dus enkele vragen over het systeem van autocontrole, mijnheer de minister. Is het systeem misschien nog niet goed uitgebouwd? Hoe kunnen de uitzonderlijk goede resultaten in de provincie Waals-Brabant in vergelijking met de andere provincies worden verklaard? Hebben de bedrijven daar dat systeem eerder ingevoerd? Is dat meer geïmplementeerd? Zijn er voor u verklaarbare oorzaken?

Wat zijn dan de oorzaken van de heel lage cijfers inzake de audits over autocontrole?

Bent u van oordeel dat de cijfers een reden tot bezorgdheid kunnen zijn voor de voedselveiligheid?

Zal het eventuele aantal controles worden veranderd naar aanleiding van de cijfergegevens?

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

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

Hoeveel dergelijke controles werden er nog verricht in het eerste semester van dit jaar? Welke maatregelen zult u nemen in de provincies waar er blijkbaar niet genoeg aan autocontrole gedaan wordt, om de controles daar beter toe te passen?

**02.02** Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw De Block, ten eerste, het meest in het oog springende verschil tussen Waals-Brabant en de andere provincies is het geringe aantal bedrijven in Waals-Brabant. Om een concreet antwoord te kunnen geven, zou het inderdaad wenselijk zijn een vergelijkende studie uit te voeren tussen Waals-Brabant en de andere provincies.

Ten tweede, de bedrijven uit de vleessector zijn in 1996 nagenoeg van nul begonnen met het opzetten van een autocontrolesysteem. Vandaag, tien jaar later, haalt de meerderheid van de bedrijven een quotering van redelijk tot goed.

Het opzetten en, vooral, het blijvend implementeren, verifiëren en optimaliseren van een autocontrolesysteem is een evolutief gegeven, waar de operatoren zelf moeten ingroeien. Vandaar dat het FAVV de beoordeling van de autocontrolesystemen in het verleden steeds vanuit een constructief oogpunt heeft opgevat, in tegenstelling tot de beoordeling van de basisvoorwaarden, met name infrastructuur en uitrusting of de toepassing van goede hygiënepraktijken, waarvoor hij veeleer repressief optreedt indien hij tekortkomingen vaststelt.

Een relatief lage score wijst dus veeleer op ruimte voor verbetering dan op een ontoereikend autocontrolesysteem. Het koninklijk besluit inzake autocontrole is ook recent; het dateert van 2003 om precies te zijn. Tot op heden werd nog maar een aantal sectorale gidsen goedgekeurd. Die gidsen zijn een alternatief voor een volledig individueel uitgewerkt autocontrolesysteem. Een aantal gidsen zal nog dit jaar gevalideerd worden.

Ten derde, de cijfers inzake audits over autocontrole mogen geen aanleiding geven tot een bijzondere ongerustheid met betrekking tot de voedselveiligheid. Het al dan niet aanwezig zijn van een systeem van autocontrole verminderde tot nu toe niet het aantal inspecties uitgevoerd door het FAVV bij dergelijke operatoren. Het agentschap zal de operatoren die geen gevalideerd autocontrolesysteem hebben, meer controleren.

Vandaar dat als het Agentschap een gevaar voor de voedselveiligheid vaststelt, nog steeds onmiddellijk de nodige corrigerende maatregelen worden genomen.

Ten vierde, de bedrijven kunnen op eigen initiatief hun autocontrolesysteem laten valideren. Bedrijven met een gevalideerd autocontrolesysteem kunnen reeds vanaf 2006 een vermindering van 15 procent krijgen op de jaarlijkse financiële heffing door het FAVV. De bedrijven zonder gevalideerd autocontrolesysteem zullen vanaf 2007 15 procent meer moeten betalen. Vanaf 2008 zal hun financiële bijdrage verdubbeld worden. Zodoende zullen bedrijven die goede inspectieresultaten behalen – 50 procent wordt bepaald door het al dan niet hebben van een gevalideerd autocontrolesysteem – pas vanaf dan ook minder geïnspecteerd worden. Bedrijven die slecht scoren, zullen integendeel meer geïnspecteerd worden.

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

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

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

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

Les entreprises peuvent, de leur propre initiative, faire valider leur système d'autocontrôle. Les entreprises dont le système aura été validé bénéficieront à partir de 2006 d'une réduction de 15 pour

Ik kom op de vijfde vraag. De voorziene inspectiefrequentie voor de vleessector in 2006, ziet er als volgt uit:

Slachthuizen, dagelijkse keuring: 4 inspecties per jaar.  
 Uitsnijden: 12 tot 18 inspecties per jaar.  
 Inrichtingen voor de vervaardiging van gehakt vlees, vleesbereidingen en separatorvlees: 12 inspecties per jaar.  
 Vleesverwerkende industrie: 4 inspecties per jaar.

Ongeveer de helft van deze inspecties werd reeds uitgevoerd gedurende het eerste semester.

Ten laatste, het bovenvermeld systeem met betrekking tot de financiële bijdragen en de inspectiefrequentie, moet bedrijven juist extra stimuleren om hun eigen autocontrolesysteem te laten valideren of zich te baseren op een gevalideerde sectorale gids. Bedrijven hebben er dus alle belang bij om in één van de twee systemen te stappen.

Zoals ik reeds uiteenzette, zijn er tevens financiële stimuli opdat een operator een gevalideerd autocontrolesysteem opzet.

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

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

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

**02.03** **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor zijn uitvoerig antwoord.

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

**03** **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de 'no fault aansprakelijkheid' van artsen" (nr. 12329)**

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

**03.01** **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ook deze vraag is gesteld in tempore non suspecto. Ze dateert van 6 juli 2006.

Ik heb het rapport van het Kenniscentrum kunnen lezen. U hebt ons verrast door inderdaad naar de regering te gaan met een ontwerp. Via de pers vernamen wij dat er een ontwerp was.

Van mijn ingediende vragen is een deel al beantwoord, zoals mijn vragen naar conclusies en welke partners bij het overleg betrokken zullen worden.

Mijnheer de minister, ik zou mijn vraag willen omgooien en u vragen of er overleg plaatsgevonden heeft over de tekst en zo ja, met wie. Hebben de zorgverstrekkers hun inbreng gehad? Is er overleg

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

Où en est le règlement légal des droits des patients? Même si nous étions demandeurs de la mise en

geweest met de verzekeringssectoren?

Last but not least, u weet dat wij dit onderwerp destijds gekoppeld hadden aan de wet op de patiëntenrechten. Samen met de voorzitter en de huidige ondervoorzitter wilden wij absoluut dat het no-fault-systeem werd ingevoerd. Wij staan ook achter het feit dat de studie daarover gemaakt is. Blijkbaar hebt u toch duidelijk voor de one-way-piste gekozen. Tegelijk horen wij in de media dat er nog mogelijkheden openstaan om beroep aan te tekenen bij de arbeidsrechtbank. Zo heb ik het toch gehoord over de radio en zo heb ik het ook kunnen lezen.

Daarom wil ik vragen naar de stand van zaken. Wanneer zult u daarmee naar de commissie komen? Gebeurt dat nog dit jaar? Wanneer zouden wij dat heel belangrijke ontwerp kunnen bespreken? Wij zijn vragende partij.

De tweede lijn waarop wij ons gebaseerd hadden, is de volgende. Kunt u ons de garantie geven dat dit kostenneutraal is ten opzichte van de sector?

**03.02** Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, dit is een zeer boeiend onderwerp. Ik ben zeer tevreden dat de regering al een eerste lezing heeft gehouden op basis van het wetsvoorstel. Nu ligt het bij de Raad van State. We wachten de opmerkingen van de Raad van State af om voort te kunnen werken.

Het wetsvoorstel is gebaseerd op het no-faultsysteem. Ik denk dat er daarover een grote consensus bestaat tussen de verschillende politieke families, niet enkel binnen de regering, maar ook in het Parlement.

We moeten natuurlijk definiëren met welke middelen wij ons stelsel kunnen financieren.

Met veel tevredenheid hebben wij het rapport van het Kenniscentrum kunnen lezen. Het bewijst dat het gefinancierd kan worden op een redelijke basis. Hoe hebben wij onze berekening gemaakt? Wij stellen voor dat de helft van het systeem gefinancierd zou worden door de verzekeringen. Het gaat om de verschillende premies die nu al betaald zijn. Ik kan ook al preciseren, mevrouw Avontroodt, dat wij daarover regelmatig overleg plegen met de verzekeringssector. Men heeft dat ook gedaan in het kader van een globale medewerking tussen de bevoegde ministers. Ik heb het dan over mijn collega-minister van Economie. Voor ons was dit zeer belangrijk.

In een eerste fase hadden wij gedacht dat men misschien nog een systeem zou organiseren dat enkel gefinancierd zou worden door de Staat. Dat is financieel natuurlijk niet haalbaar. Men heeft dus de verzekeringssector vanaf het begin rechtstreeks betrokken bij onze werkzaamheden. Dat blijft ook nu het geval. Dat geldt trouwens ook voor alle actoren, patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen, die hierbij betrokken zijn.

Bestaat er in onze voorstellen enkel een one-waysysteem? Ja. Is er een beroep mogelijk voor het arbeidshof? Ja. Men heeft dus in onze tekst in een beroep voorzien. U moet ook weten dat uit de publieke opinie blijkt dat men nog niet zeer goed begrepen heeft dat een no-

place d'une telle réglementation préalablement à l'élaboration d'un régime de responsabilité sans faute des médecins, le ministre a manifestement préféré un système à sens unique. Sera-t-il encore possible d'introduire un recours auprès du tribunal du travail?

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

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

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

faultsysteem niet betekent dat er penaal gesproken niemand meer vervolgd kan worden. Die mogelijkheid blijft natuurlijk altijd bestaan.

Wat uw andere vragen betreft, kan ik enkel zeggen dat men nu het advies van de Raad van State verwacht. Daarna zal er een tweede lezing gebeuren in de regering. Ik hoop dus dat wij vóór het einde van het jaar met een tekst naar Parlement kunnen komen.

**03.03 Yolande Avontroodt (VLD):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb nog een klein vraagje betreffende het fonds. Komt er een soort fonds? Hoe groot ziet u dat? Wordt het een soort parastatale? Welk statuut zal het krijgen?

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

**03.04 Minister Rudy Demotte:** De eerste lezing werd besproken in de regering.

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

Naar onze mening moet er geen nieuwe structuur worden uitgebouwd. Het moet kunnen worden gerealiseerd in het kader van een van de FOD's, en hier gaat het over de FOD Volksgezondheid.

**03.05 Yolande Avontroodt (VLD):** Dat is een mooie oplossing. U hebt dus overlegd met de patiëntenorganisaties en de beroepsorganisaties. Zij hebben zich uitgesproken over de tekst.

**03.06 Minister Rudy Demotte:** In mijn tekst staat het volgende. Het voorontwerp werd in de verschillende fasen van zijn totstandkoming besproken met de patiëntenverenigingen, de zorgverleners en de verzekeraars.

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

**03.07 Yolande Avontroodt (VLD):** Goed, dank u wel, mijnheer de minister.

De **voorzitter:** Wie weet, is dat ogenschijnlijk goed nieuws.

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

Vraag nr. 12335 van mevrouw Jiroflée is verwezen naar de commissie voor de Sociale Zaken.

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

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

**04.01 Mark Verhaegen (CD&V):** Mijnheer de minister, mijn vraag is zo'n vier maanden oud. Ik had toen een opiniepeiling gezien van het onderzoeksbureau Ipsos in opdracht van de dierenrechtenorganisatie Gaia. Laat het duidelijk zijn: ik betwist de cijfers niet, maar een verpletterende meerderheid van de bevolking, namelijk 87% vindt dat dieren verdoofd moeten worden alvorens ze geslacht worden. Een kleine minderheid, 7%, vindt dat allemaal niet nodig. Dat zijn frappante cijfers. Ook wenst een zeer ruime meerderheid, 79%, geen uitzondering toe te staan op die regel voor rituele slachtingen om godsdienstige redenen. Uiteraard hebben we respect voor alle religies

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

van de bevolkingsgroepen die hier het lot met onze mensen delen.

De Europese dierenartsenfederatie heeft ook een advies gegeven dat er zeker aan een aantal voorwaarden moet voldaan worden als dieren geslacht worden. Het slachten zonder verdoving vooraf is slechter voor het dierenwelzijn dan met verdoving, maar zij vinden ook dat niet acceptabel, omdat het ook heel extreme pijnreacties, schok, plotse bloeddrukdaling, verstijving en dus heel veel stress veroorzaakt voor die dieren. Eerder bracht ook het wetenschappelijk comité van het federaal voedselagentschap een advies uit over thuisvlachten van kleine herkauwers zoals geiten en schapen. Het FAVV zegt dat die onaanvaardbaar zijn gelet op de risico's voor de voedselveiligheid. Alle vlachten moeten in het slachthuis gebeuren. Dat is ook wettelijk vastgelegd. Het veterinair toezicht is hier noodzakelijk wegens de problematiek van BSE.

Daarom had ik de minister enkele vragen willen stellen. Is de minister op de hoogte van de opiniepeiling en derhalve van het ontbreken van enige aanvaarding van rituele vlachten bij de modale burger? Zo ja, is de minister van oordeel dat de bestaande uitzonderingen op de algemene wettelijke verplichting tot verdoving van de vlachtdieren voor de rituele vlachten moeten opgegeven worden?

Is de minister van Dierenwelzijn bereid de consument te informeren over de manier waarop een dier geslacht is?

Welke concrete initiatieven zal de minister nemen om het advies van het wetenschappelijk comité van het FAVV eventueel te vertalen in reglementen en dientengevolge in een sluitende controle in het kader van het toezicht op dierenwelzijn te voorzien in het belang van de voedselveiligheid? Is de minister bereid om die controles op te voeren?

**04.02** Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verhaegen, ik ben inderdaad op de hoogte van de opiniepeiling die het onderzoeksbureau Ipsos heeft uitgevoerd in opdracht van de organisatie Gaia. Daaruit blijkt dat een grote meerderheid van onze bevolking de voorafgaande verdoving van dieren tijdens rituele vlachten verplicht wil maken.

Het resultaat is niet verrassend, in die zin dat de verplichting op voorafgaande verdoving voor het doden van dieren vandaag reeds de wettelijke norm is, die volledig overeenstemt met de wil van een grote meerderheid van onze bevolking.

Ten tweede, voor de opheffing van de uitzondering voor rituele vlachten wil ik herhalen dat de wet van 14 augustus 1988 op het dierenwelzijn in artikel 16, §1, bepaalt dat de verplichte voorafgaande verdoving niet van toepassing is op vlachten voorgeschreven door een religieuze ritus. Het KB van 11 februari 1988 bepaalt dat vlachten voorgeschreven door een religieuze ritus, moeten plaatsvinden in erkende vlachthuizen of erkende vlachtplaatsen en moeten worden uitgevoerd door een offeraar die erkend is door de betrokken religieuze autoriteiten.

Niet alle rituele vlachten gebeuren zonder voorafgaande verdoving.

d'exception pour les abattages rituels.

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

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

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

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

Er zijn ook religieuze ritussen of strekkingen in eenzelfde cultus die voorafgaande verdoving wel aanvaarden. Ik ben dan ook van mening dat de discussie ter zake met de representatieve religieuze groeperingen, met respect voor de religie van de betreffende bevolkingsgroepen, moet worden voortgezet.

Ter zake volg ik dan ook met veel belangstelling de debatten in de commissie voor de Financiën en Economische Aangelegenheden van de Senaat over het wetsvoorstel dat senator Jean-Marie Dedecker heeft ingediend. De tekst in kwestie werd enkele weken geleden aan de Raad van State voorgelegd, opdat die de juridische relevantie ervan zou kunnen nagaan, alsook of er eventueel sprake is van conflicten inzake bevoegdheid. Volgens de berichten die onlangs in de pers verschenen zijn, zou het advies van de Raad van State negatief zijn. Dat sterkt mij in mijn overtuiging dat de dialoog met de religieuze autoriteiten moet worden voortgezet om echte vooruitgang te kunnen boeken.

*Voorzitter: Yvan Mayeur.*

*Président: Yvan Mayeur.*

Ten derde, het verstrekken van informatie aan consumenten over de manier waarop een dier werd geslacht – met of zonder voorafgaande verdoving – kan nuttig zijn.

In België zijn het informeren van consumenten en de etikettering van producten gedeelde bevoegdheden met mijn collega's bevoegd voor Economie en Consumentenbescherming. Ik ben dan ook van plan met hen te overleggen over de opportuniteit en de haalbaarheid van dergelijk initiatief.

Ik zal mijn administratie richtlijnen geven om het overleg met de betrokken sectoren aan te gaan. Bovendien wil ik uw aandacht erop vestigen dat mijn diensten onlangs bij de vertegenwoordigers van de Europese Commissie erop hebben aangedrongen om dergelijke informatieverstrekking op Europees niveau verplicht te maken.

Ten vierde, ik wil u eraan herinneren dat ik eind vorig jaar een advies heb gevraagd aan het wetenschappelijk comité van het FAVV om te kunnen bepalen of het al of niet gegrond is alle thuisvlachten van kleine herkauwers te verbieden. Het advies strekt er vooral toe de leden van de gemengde Senaatscommissie voor de Financiën, voor de Economie en voor de Sociale Zaken zo goed mogelijk te informeren over de draagwijdte van hun beslissing.

Zoals u weet, is het advies positief. Het zou interessant zijn nu de praktische toepassingsmodaliteiten ervan te analyseren. Dat is in elk geval de piste die ik de dames en heren senatoren voorstel te volgen, opdat ze het vervolg van hun werkzaamheden in het kader van het wetsvoorstel van de heer De Decker zo goed mogelijk kunnen oriënteren.

Ten vijfde, de controles op het dierenwelzijn in de voedselketen worden uitgevoerd door het FAVV op basis van een controleprogramma opgesteld door de FOD VVVL. Wat betreft de slachtingen in slachthuizen wordt een permanent veterinair toezicht georganiseerd door het FAVV op de aspecten van zowel dierenwelzijn als van voedselveiligheid. Voor de slachtingen in erkende

réellement dans ce dossier, nous devons poursuivre le dialogue avec les associations représentatives des groupes religieux concernés.

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

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

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



slachtplaatsen ter gelegenheid van het Offerfeest wordt een permanent veterinair toezicht georganiseerd door de gemeentelijke overheid en voert het FAVV steekproefgewijze controles uit.

Het lijkt me moeilijk om het niveau van permanent toezicht nog op te voeren. Thuisslachten gebeuren in de privésfeer en voor private consumptie. Er wordt daarop geen toezicht uitgeoefend door de overheid, net zomin als op bijvoorbeeld de voedselproductie voor eigen gebruik in de moestuin.

**04.03 Mark Verhaegen (CD&V):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreid, maar toch wel voorzichtig antwoord.

Ik wil benadrukken dat de regels zeker moeten worden gerespecteerd. Dat gebeurt niet altijd op het terrein. De overheid moet daarop toezien, want het is ook een risico voor de volksgezondheid. BSE is niet niets, dus daarop moet zeker nauwkeurig worden toegezien.

Mijnheer de minister, u verwijst dikwijls en graag naar het buitenland, bijvoorbeeld voor het tabaksplan in de horeca. Kijk naar landen als Nederland, Zweden, Denemarken, Noorwegen, Australië, Nieuw-Zeeland en Zwitserland waar het verdoofd slachten verplicht is. Luister ook naar het signaal van het overgrote deel van onze medeburgers.

U hebt ook gezegd, niet onbelangrijk, dat ook de Moslimexecutieve ter zake haar verantwoordelijkheid kan opnemen. Ga ermee praten, laat hen een alternatief uitwerken dat ook rekening kan houden met het dierenwelzijn.

**04.04 Minister Rudy Demotte:** Niet enkel de moslims, ook de joden.

**04.05 Mark Verhaegen (CD&V):** Of de joden. Ga met alle volksgemeenschappen praten en tracht hun te bewijzen dat er toch alternatieven zijn voor die onverdoofde slachting. Voor ons kadert dit in een verhaal van rechten en plichten. Als bepaalde religies zandtijd claimen bij de openbare omroep, dan vind ik dat men zich ook eerst moet schikken naar wat onze mensen in onze samenleving verwachten van een aantal medelanders. Noem hen joden, noem hen moslims: zij moeten zich schikken naar een aantal verplichtingen.

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

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

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

**05.01 Yolande Avontroodt (VLD):** Mijnheer de minister, deze vraag werd aanvankelijk in juli gesteld, toen er nog een probleem was met de terugbetaling voor diabetes type 2. Als ik de pers mag of kan geloven, hebt u het CTG-advies tot schrapping van terugbetaling inmiddels niet gevolgd, maar toch is er meer dan dat aan de hand.

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

**04.04 Rudy Demotte, ministre:** Ceci est vrai également pour la communauté juive.

**04.05 Mark Verhaegen (CD&V):** Il convient de dialoguer avec toutes les communautés religieuses afin de dégager des alternatives à l'abattage sans anesthésie. Les communautés religieuses doivent respecter certaines obligations et se ranger aux attentes légitimes des concitoyens.

**05.01 Yolande Avontroodt (VLD):** Selon la presse, le ministre n'a pas suivi l'avis négatif de la Commission de remboursement des médicaments (CRM)

Ik dank u uiteraard in naam van de patiënten dat u het advies niet hebt gevolgd, maar ik zou toch nog even willen terugkoppelen naar het rapport van het Federaal Kenniscentrum dat door de toenemende prevalentie de organisatie van de Belgische gezondheidszorg zwaar onder druk zet. Zij hebben een aantal beleidsadviezen geformuleerd. Het wordt ook erkend door de Vlaamse diabetesvereniging en wellicht ook door de Waalse diabetesvereniging – ik veronderstel dat er een Waalse diabetesvereniging is – dat het gaat om een bijzonder concreet en wetenschappelijk onderbouwd rapport.

Het negatief advies van de CTG in verband met de terugbetaling van traag werkende insuline stond uiteraard haaks op evidence based practices en recht op de beste zorg, waarvoor wij in België toch vragende partij zijn.

Vandaar dat ik mijn vraag niet heb ingetrokken, mijnheer de minister, ondanks het feit dat u tegen het advies van de CTG in bent gegaan. Op welke manier zult u reageren op de andere beleidsaanbevelingen die het Kenniscentrum geformuleerd heeft ten aanzien van de toenemende populatie van type 2 diabetici?

Vanmiddag hebben mijn collega Maggie De Block en ikzelf toevallig een studie onder ogen gekregen waarin men bijvoorbeeld het aantal amputaties bij diabetespatiënten in de Verenigde Staten in kaart bracht. Daarbij ziet men, als indicator voor de goede kwaliteit van de verzorging, een enorm verschil in regionale spreiding. Dit betreft de Verenigde Staten, maar het zou misschien niet dom zijn ook in ons land de eenvoudige vraag te stellen of er een verschil is in prevalentie van het voorkomen van noodzakelijke amputaties bij diabetespatiënten om te zien of er in de zorgpaden en de manier waarop diabetespatiënten optimaal behandeld kunnen worden, een regionaal verschil is, ik bedoel hiermee inter- en intraregionaal uiteraard.

Mijn tweede vraag sluit daar eigenlijk zeer nauw bij aan, met name de toenemende vraag naar de inbreng van de patiëntenorganisaties. De diabetesvereniging is een van de zeer performante patiëntenverenigingen omdat zij goed georganiseerd kunnen werken, in samenwerking met een wetenschappelijke koepel.

Vandaar dat ik mijn vraag toch nog eens herhaal. Op welke manier kunnen patiëntenorganisaties effectief een adviserende stem geven binnen de diverse beleidsorganen en –structuren die onze gezondheidszorg eigen zijn?

Op mijn derde vraag kunt u wellicht heel kort antwoorden. Het betreft de type 1-diabetespatiënten, om het intensief insulineschema te kunnen volgen bij type 2-diabetespatiënten. Ik denk echter dat dit opgelost is.

De vierde vraag had ook betrekking op type 2-diabetespatiënten.

**05.02** Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik zal trachten kort maar volledig te antwoorden.

Ten eerste, men weet dat het aantal type 2-diabetici zal toenemen in de komende jaren. Daarover is iedereen het eens. U koppelt de

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

**05.02** **Rudy Demotte**, ministre: Toutes les parties s'accordent pour dire que le nombre de patients diabétiques de type 2 augmentera dans les prochaines

terugbetaling van insulineanalogen aan het rapport van het Kenniscentrum over type 2-diabetenzorg. In feite handelt dit rapport niet over de terugbetaling van insulines, perorale antidiabetica of andere noodzakelijke geneesmiddelen voor diabetespatiënten. Dit rapport is een wetenschappelijk project dat een tiental aanbevelingen formuleert voor de globale geïntegreerde aanpak van de diabetenzorg voor deze grote groep van patiënten. De diabeteseducatie en de diabetesopvolging zijn hierin essentieel, wat ik persoonlijk ook onderschrijf.

Ik ben om sociale redenen afgeweken van de voorstellen van de CTG, zoals u hebt herhaald, om de duurdere, langwerkende insulineanalogen enkel voor type 1-diabetici te reserveren. Ik achtte het mijn sociale plicht om zoveel mogelijk insulinepreparaten ter beschikking te stellen van type 2-diabetici. Het is niet onbelangrijk om te vermelden dat een van de fabrikanten die insulineanalogen commercialiseren heeft aanvaard om de prijs van zijn specialiteit te verlagen zodat de sociale zekerheid de geraamde besparingen kan behouden terwijl de patiënten toegang blijven hebben tot deze behandelingen. Ik preciseer verder dat de bestaande stopping rule, waarbij type 2-diabetespatiënten buiten de diabetesconventie geen verlenging meer krijgen van terugbetalingen voor Lantus HbA1c, steeds hoger moet zijn dan 7%. De regel blijft dus verder bestaan.

Ten tweede, het rapport van het Kenniscentrum wil alleszins dat het gebruik van bestaande structuren, zoals de Belgische diabetesvereniging (aanbeveling nr. 2 van het rapport); de lokale discussieplatforms en GLEMs of LOKs (aanbeveling nr. 3); de uiterst belangrijke rol van de huisarts in de globale aanpak van diabetes type 2-patiënten (aanbeveling nr. 4) wordt besproken, wat ik ook persoonlijk ondersteun. In het rapport speelt er zelfs een zekere schrik mee dat ziekenhuizen overspoeld zouden worden door type 2-diabetici (aanbeveling nr. 9). Voor het initiatief voor kwaliteitsbevordering en epidemiologie bij diabetes van het wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid is een rol weggelegd als kwaliteitscontroleur (aanbeveling nr. 8). Voor het intermutualistisch agentschap is eveneens een rol weggelegd. Dat hing eveneens samen met aanbeveling nr. 8.

Om dat alles nationaal te coördineren, stelt het Kenniscentrum een nieuw te plannen centraal communicatieplatform voor in nauwe samenwerking met de bestaande diabetesorganisaties. Dat vereist om te beginnen een bespreking van de financiële ondersteuning van dat platform, alsook een wettelijke omschrijving van wie of wat een diabetesindicator is. Dat staat in aanbeveling nr. 4. Een eerste aanzet tot discussie over de bestaande diabetesconventie vindt kortelings plaats in het RIZIV op 14 november 2006 naar aanleiding van de werelddiabetesdag.

Ten slotte moet worden verwezen naar de rol van het Raadgevend Comité voor de chronische ziekten bij de wetenschappelijke raad van het RIZIV. Bij die werkzaamheden wordt de diabetesvereniging reeds betrokken.

Op uw derde vraag heb ik reeds geantwoord in mijn antwoord op uw eerste vraag. Ik herinner u aan een discussie die in Duitsland aan de gang is over de meerkosten van de kortwerkende insulineanalogen, naar aanleiding van een kritisch overheidsrapport daarover, de rapid

années. Mme Avontroodt lie le remboursement des analogues de l'insuline à un rapport du Centre fédéral d'expertise qui ne concerne en rien la problématique du remboursement. Je me suis écarté, pour des raisons sociales, des propositions de la CRM, qui voulait réserver le remboursement des analogues de l'insuline plus coûteux et à durée d'action plus longue aux seuls diabétiques de type 1. Mon souhait était en effet de mettre le plus de préparations d'insuline possible à la disposition des diabétiques de type 2. Pour le reste, la *stopping rule* existante reste d'application en matière de remboursement du Lantus HbA1c.

En outre, les auteurs du rapport du Centre d'expertise mettent l'accent sur le rôle de l'Association belge du diabète, des plates-formes de discussion locales et des médecins généralistes dans l'approche thérapeutique globale des diabétiques de type 2. Dans ce cadre, l'Institut scientifique de la Santé publique et l'Agence intermutualiste sont eux aussi appelés à jouer un rôle. Afin d'exercer un contrôle national sur toutes ces instances, le Centre d'expertise lancera une plate-forme centrale de communication en collaboration avec les organisations de diabétiques. Il faudra régler en premier lieu le financement de cette plate-forme et fournir une définition de travail de ce qu'est un indicateur de diabète. Le premier débat aura lieu à l'INAMI le 14 novembre à l'occasion de la Journée mondiale du diabète. Enfin, il ne faut pas oublier le rôle du comité consultatif pour les maladies chroniques.

Par ailleurs, le dernier mot n'a pas encore été dit au sujet des plus-values et des surcoûts des analogues de l'insuline. Entre-temps, de bons soins sont garantis par un monitoring des indicateurs, des normes et des critères d'évaluation adéquats. À cet égard, il faut se garder de

acting insuline analogus for the treatment of diabetes meritus type 2 finally rapport assignment nr. AO5O4 van 12 april 2006. Datzelfde Duitse kenniscentrum heeft ook een studie beloofd over de langwerkende insulineanalogen, bericht van "Zum Bericht langwirksame Insulinanaloge zur Behandlung des Diabetes meritus Type 2". Het laatste woord over de meerwaarden en meerkosten van de insulineanalogen is mijns inziens nog niet gevallen.

considérer les baisses de prix des médicaments comme un tabou de façon à ce que les patients souffrant d'un diabète de type 2 aient aussi un large accès à tous les médicaments disponibles.

Ten slotte, om op uw laatste vraag te antwoorden, de garantie tot de juiste verzorging wordt precies geboden door een monitoring van geschikte indicatoren, standaarden en evaluatiecriteria waar het crisiscentrum over spreekt in zijn rapport in aanbeveling nr. 8, de garantie tot de juiste medicatie analoog wordt verzekerd door een monitoring van de laatste publicaties, studies en artikels over dit type geneesmiddel.

Hierbij mogen prijsdalingen van die geneesmiddelen geen taboeonderwerp zijn, zoals ik onlangs heb bewezen. Inderdaad, lagere kosten voor de sociale zekerheid vergemakkelijken een brede toegang tot alle mogelijke geneesmiddelen voor type 2-diabetici.

**05.03 Yolande Avontroodt (VLD):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. Ik zou u nog willen aanbevelen om die studie uit de Verenigde Staten eens te bekijken. Men heeft daarin de inter- en intraregionale verschillen heel duidelijk kunnen aantonen. Ik neem aan dat dat ook toebedeeld zal worden aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het IMA. Ik meen dat het een heel boeiende oefening zou zijn.

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

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

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

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

**06.01 Mark Verhaegen (CD&V):** Mijnheer de minister, eind januari heb ik u nog gewezen op de problemen met de aangifteformulieren voor het betalen van het FAVV-forfait van 187 euro in de land- en tuinbouwsector. Omdat men gebruikmaakt van soms niet-actuele en niet-aangepaste gegevens van de Kruispuntbank van Ondernemingen en van databanken van het voedselagentschap, dienden ook heel wat telers die niet meer actief zijn en die op pensioen waren, een bijdrage te betalen.

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

Bovendien wordt op het aanslagbiljet nergens een telefoonnummer vermeld voor bijkomende inlichtingen, enkel een webadres waarop men zijn dossier kan raadplegen. Blijkbaar bestaat dat echter alleen uit een naam, een adres en een mailadres. Men kan toch onmogelijk verwachten dat iedereen met die digitale werkwijze overweg kan. Het laat ook aan klantvriendelijkheid en bureaucratische vereenvoudiging te wensen over.

En outre, aucun numéro de téléphone permettant d'obtenir des informations complémentaires ne figure sur l'avertissement-extrait

Het FAVV heeft zich intussen reeds verontschuldigd en ging alle dossiers opnieuw bekijken. Fruittelers die ten onrechte een heffing kregen, kunnen aangetekend en met bewijsstukken een bezwaar indienen. Mijn vraag dateert van half augustus. Intussen werden dus

opnieuw aanslagbiljetten verstuurd. Wij hopen dat die fouten nu zijn opgelost.

Ik wil toch nog twee vragen stellen, die misschien achterhaald zijn. Dat hoop ik alvast.

Ten eerste, op welke wijze werden de geraadpleegde databanken in tussentijd aangepast?

Ten tweede, hoe zijn die fouten in godsnaam kunnen gebeuren?

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

Depuis la question que j'ai posée en août, de nouveaux avertissements-extraits de rôle ont été envoyés. Espérons que les erreurs ont été rectifiées à présent. Comment les banques de données consultées ont-elles été adaptées et comment a-t-on pu commettre ces erreurs?

**06.02** Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Verhaegen, aan de hand van de aangiftegegevens van de operatoren, de door De Post onbestelbare zendingen en de bezwaarschriften naar aanleiding van de eerste facturatieperiode wordt de oorspronkelijke mailinglist aangepast.

Ondertussen beschikt het FAVV bovendien over een nieuwe eigen operatoredatabank, BOOD genaamd, die regelmatig met de Kruispuntbank van Ondernemingen in verbinding wordt gesteld. Alle bruikbare gegevens, afkomstig uit de campagne inzake de heffingen, zullen in die operatoredatabank worden geïntegreerd.

Het Agentschap was er zich initieel van bewust dat de databanken met de betrokken operatoren verouderde informatie konden bevatten. In eerste instantie heeft men de eigen databanken gerelateerd aan de informatie aanwezig in de KBO. Alvorens tot de facturatie werd overgegaan, werd bijkomend de hierboven aangehaalde aangiftecampagne gestart.

Hiertoe heeft men in november 2005 alle bekende operatoren een brief gestuurd, met in bijlage een aangifteformulier en een infobrochure. De operatoren konden via dat aangifteformulier eenvoudig laten weten welke hun juiste activiteiten waren, of die al dan niet werden stopgezet of overgelaten en of zij hobbylandbouwer waren en dus vrijstelling konden genieten.

Ook met de informatie afkomstig van de onbestelbare zendingen van De Post werd rekening gehouden. Soms werd echter in principe onbestelbare briefwisseling toch op het opgegeven adres door De Post afgeleverd, zodat het Agentschap niet op de hoogte was van enige situatiewijziging en het bewuste gegeven bijgevolg niet in haar databank kon aanpassen.

Het is het eerste jaar dat de heffing wordt georganiseerd. Het Voedselagentschap heeft alle mogelijke maatregelen die binnen haar bereik liggen, getroffen om foutieve en/of verouderde gegevens uit

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

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

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

haar databanken te halen, vooraleer de facturen te verzenden.

De gegevens afkomstig uit het eerste heffingsjaar, aangevuld met de exploitatiegegevens verkregen ten gevolge van het in voege treden van het koninklijk besluit van 16 januari 2006 in verband met de erkenningen, zullen het hele heffingsgebeuren in de toekomst zeker vlotter laten verlopen.

**06.03 Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor zijn antwoord.

Als ik uw antwoord hoor, heb ik inderdaad ook de indruk dat het FAVV de problemen van de mensen ernstig neemt, wat ik positief vind. Het is inderdaad een blijvende opdracht om de procedure eenvoudig en werkbaar te houden en ze correct uit te voeren. Wij zijn echter samen op de goede weg.

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

#### **07 Questions jointes de**

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

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

- **M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la cardiologie" (n° 12655)**

#### **07 Samengevoegde vragen van**

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

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

- **de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de cardiologie" (nr. 12655)**

Le **président**: M. Michel est absent.

**07.01 Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, deze vraag is eigenlijk analoog met mijn vraag van deze voormiddag over de pediatrie.

Tegen het advies in van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen – men heeft daarover trouwens twee keer advies uitgebracht – heeft de minister toch beslist dat er geen upgradering kan komen van B1-centra naar B2-centra. Met andere woorden, zelfstandige ziekenhuizen waar geen hartchirurgie wordt uitgevoerd, zullen geen stents mogen plaatsen of dilataties mogen uitvoeren. Een hartcentrum kan volgens de minister slechts blijven bestaan indien het op een en dezelfde site zowel de B1, de B2 als de B3 aanbiedt. B3 komt overeen met de fameuze cardiochirurgie. Voortaan moet dit allemaal op een site gebeuren. Per jaar moet men 250 hartoperaties uitvoeren anders kan men geen cardiologisch centrum blijven.

Enkel voor Arlon werd onder het mom van de 60-kilometerregel in een uitzondering voorzien. Dit heeft onder meer tot gevolg dat het AZ Damiaanziekenhuis van Oostende voortaan geen patiënten meer kan helpen met een percutane ballondilatatie of een stenting. Dit is een

disposer d'une base de données aussi complète que possible.

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

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

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

Pour l'hôpital Damiaan à Ostende,

ziekenhuis met ruim 400 bedden dat heel de Westkust bedient in de zomer omdat daar duizenden toeristen aanwezig zijn.

Een ingreep die in Oostende nu gemiddeld 1.400 keer per jaar met succes wordt uitgevoerd, zal niet langer mogelijk zijn tenzij men in Oostende ook 250 hartoperaties per jaar uitvoert. Voor Oostende met zijn toerisme is het risico van acute hartinfarcten uiteraard veel groter. Als in Oostende geen hartchirurgie meer mogelijk zal zijn, zal men die patiënten naar Kortrijk of Brugge moeten overbrengen. Men spreekt dan al vlug over een verplaatsing van 50 à 60 kilometer. Deze werkwijze zal ongetwijfeld leiden tot hoge kosten want de patiënt zal eerst in Oostende worden binnengebracht via de urgentiedienst. Hij zal misschien medicatie toegediend krijgen. Pas daarna zal hij misschien overgebracht moeten worden naar een zogenaamd volwaardig hartcentrum. Daar zal men natuurlijk opnieuw beginnen. Men zal opnieuw beginnen onderzoeken. Volgens mij zal dit leiden tot dubbele kosten, veel tijdsverlies en geen kwaliteitswinst. Tot nu toe is de literatuur hierover immers duidelijk: een B3 is niet noodzakelijk voor PTCA-ingrepen. Daarover is trouwens twee keer advies verstrekt door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Mijn vragen aan de minister zijn de volgende. Welk doel beoogt de minister precies met zijn hervorming? Waarom doet hij dat dan toch?

Wat zijn actueel de medische of de kwalitatieve problemen in de B1 en B2? Zijn daar problemen? Sterven daar meer patiënten? Zijn er complicaties?

Het ziekenhuis van Oostende kan slechts zijn hartcentrum handhaven indien er jaarlijks minstens 250 hartoperaties worden uitgevoerd. Wat is de meerwaarde om voortaan de operaties niet alleen in Roeselare, Brugge en Kortrijk te laten gebeuren, maar ze nu ook geforceerd in Oostende te laten doorgaan?

Moet bij een associatie tussen twee ziekenhuizen het zorgprogramma voor elk toetredend ziekenhuis afzonderlijk erkend worden of wordt de associatie in haar geheel erkend?

Moeten opgelegde activiteitscriteria voor de PTCA en voor de operaties, respectievelijk 400 en 250, voor elk van de geassocieerde ziekenhuizen op hun eigen site worden voldaan?

Kan Oostende gelijkgesteld worden met Arlon, aangezien de uiterste Westkust ook ruim 60 kilometer van een bestaand B3-centrum verwijderd ligt.

Le **président**: Monsieur le ministre, étant donné que les questions sont jointes, je propose que vous répondiez après celles-ci.

**07.02 Rudy Demotte**, ministre: Monsieur le président, j'ai des réponses distinctes mais, en effet, en procédant ainsi, nous gagnerons du temps.

**07.03 Dominique Tilmans** (MR): Monsieur le ministre, je vais être un petit peu technique mais je pense que cela en vaut la peine.

L'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 2006 modifiant l'arrêté royal du

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

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

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

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

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

**07.02** Minister **Rudy Demotte**: Op die manier winnen we tijd.

**07.03** **Dominique Tilmans** (MR): Artikel 1, laatste lid, van het koninklijk besluit van 1 augustus 2006 tot wijziging van het

15 juillet 2004 fixe les normes auxquelles les programmes de soins "pathologie cardiaque" doivent répondre pour être agréés et prévoit, en son article 11 dernier alinéa, une dérogation qui stipule que "les programmes partiels B1-B2 peuvent être conjointement exploités sans programme partiel B3, pour autant qu'il n'y ait pas de site dans lequel est exploité un autre programme de soins B dans un rayon de 60 km."

Monsieur le ministre, je tiens à saluer votre initiative qui concerne le Luxembourg, où il y a un besoin réel en la matière. Je vous en remercie donc très sincèrement. Toutefois, j'ai plusieurs questions à vous poser.

- Les concertations ont-elles déjà eu lieu concernant la province de Luxembourg? Sait-on déjà où ce programme partiel pourra être exploité? Dans l'affirmative, quelle est la justification de ce choix?

- J'en viens à l'article 24bis, §1. Dans l'hypothèse où un numéro d'agrément se libérerait, par exemple parce que deux hôpitaux, disposant aujourd'hui d'un programme complet, décident de travailler ensemble en étroite collaboration (sur la base des dispositions du nouvel article 24bis, §1, introduit par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 2006 fixant les dérogations à l'application de l'article 76sexies de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987), l'implantation d'un autre centre, complet cette fois, ne pourrait-elle pas également se justifier en province de Luxembourg si l'hôpital concerné de cette province était appelé à travailler en collaboration avec un autre centre complet, conformément aux mêmes dispositions?

Ne pourrait-on avoir une chirurgie cardiaque B3 en province de Luxembourg en fonction de l'article 24bis §1?

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

Monsieur le ministre, ma lecture est-elle bonne? Il y a deux exceptions dans l'arrêté royal: une exception par l'article 11, les soixante kilomètres, et une exception par l'article 24bis, la distance la plus courte. Cela pourrait alors conduire, avec l'article 11, à une association Libramont-Namur – il y a soixante kilomètres de distance – et, avec l'article 24bis, à une association Arlon-Mont-Godinne, qui est la distance la plus courte.

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

Ik dank u voor uw initiatief voor de provincie Luxemburg, waar er wel degelijk behoefte is aan maatregelen op dat gebied.

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

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

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

**07.04** **Benoît Drèze** (cdH): Monsieur le ministre, ce n'est pas la

**07.04** **Benoît Drèze** (cdH): Op 20



première fois que nous vous interrogeons sur ce sujet et ce ne sera sans doute pas la dernière!

Le 20 juin dernier, dans cette commission, en réponse aux parlementaires qui vous questionnaient, vous avez apporté l'essentiel des arguments qui servent de base à votre réforme des services de pathologie cardiaque. Entre-temps, l'arrêté royal est paru et des recours ont été introduits au Conseil d'État. Les hôpitaux abritant les centres menacés invoquent en effet des arguments qui contredisent toujours plus ceux qui fondent la réforme. Le partenaire libéral au gouvernement semble même, pendant les vacances, avoir demandé une réouverture des débats. Il est dommage que Charles Michel ne soit pas présent, nous aurions pu en savoir un peu plus. A-t-il obtenu cette réouverture des débats et avec quel résultat?

Bien que convaincus par les objectifs généraux de votre réforme, à savoir une rationalisation pour une meilleure qualité des soins, nous restons encore avec quatre préoccupations auxquelles nous vous demandons de bien vouloir répondre.

D'abord en ce qui concerne le volume d'activité, vous vous référez à la norme de 400 procédures par an pour les angioplasties et 250 pour la chirurgie cardiaque. La presse vient cependant de mentionner l'existence de nouvelles recommandations américaines indiquant qu'il serait raisonnable d'effectuer des angioplasties sans support chirurgical pour autant que le centre effectue un minimum de 200 procédures par an. Cette information serait-elle de nature à modifier la norme que vous avez envisagée?

Ma deuxième préoccupation a trait au regroupement des centres. Vous indiquez que le nombre de centres est plus important en Belgique qu'à l'étranger et qu'il conviendrait de limiter les agréments aux seuls centres agréés B1-B2 et B3.

La question ne doit-elle pas être analysée en distinguant les centres B1-B2 et les centres B3? Nous l'avons déjà exprimé à de multiples reprises. Selon les praticiens, toujours en colère, c'est le nombre de centres B3 qui est excessif et non le nombre de centres B1 et B2, se référant notamment à plusieurs autres pays européens. La concentration en B1-B2 et B3 deviendrait ainsi, selon eux, une exclusivité belgo-belge.

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

Troisième préoccupation: le risque de complication.

Selon vous, l'existence, même rare, du risque de complication implique que les interventions ne puissent être pratiquées que dans des centres intégrés, à savoir ceux qui comportent la chirurgie cardiaque. D'après des praticiens de terrain, la survenance – rare – de ce type de complication nécessite de toute façon un temps de préparation de la salle de chirurgie et du chirurgien, temps qui pourrait

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

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

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

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

De verdwijning van bepaalde centra – waaronder Oostende, het RHMS te Huy, Saint-Joseph te Luik, Verviers, enz. – zou een zeer slechte zaak zijn, want daardoor zouden de patiënten voor wie de

être mis à profit pour un transfert éventuel d'un centre B1-B2 vers un centre intégré.

Que dites-vous de cette approche?

Enfin, ma quatrième préoccupation a trait au budget.

Selon vous, la réforme n'a pas pour but de faire des économies et serait neutre sur le plan budgétaire. Certains experts indiquent que votre réforme entraînerait des coûts supplémentaires, dus notamment aux séjours plus nombreux dans les centres universitaires – le prix de la journée est dans ce cas plus élevé –, à des transferts plus nombreux, au gaspillage d'équipement, etc.

Quel est votre sentiment sur ce dernier point?

verwijding de referentienorm blijft en deze voor wie trombolysie niet aangewezen is, een lange verplaatsing naar een te ver gelegen geïntegreerd centrum moeten maken, met soms de dood tot gevolg. Het feit dat er voor Luxemburg een uitzondering wordt gemaakt, is voor ons onvoldoende. Wat is uw mening ter zake?

Derde bron van ongerustheid: het risico van complicaties.

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

Wat denkt u daarover?

Ten slotte heb ik ook nog budgettaire bedenkingen.

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

**07.05** Minister **Rudy Demotte**: In de eerste plaats wens ik nog eens de hervorming in herinnering te brengen die tot de twee koninklijke besluiten gepubliceerd op 14 augustus, heeft geleid.

In het koninklijk besluit wordt voorgesteld vier belangrijke problemen op te lossen die ter sprake kwamen tijdens de verschillende overlegmomenten die de jongste drie jaar in verband met het thema werden georganiseerd.

Ten eerste, in de huidige geïsoleerde diagnostische programma's, B1, kan geen coronair letsel dat tijdens het onderzoek zou worden ontdekt, worden behandeld. Er is dus een nieuwe procedure voor de behandeling van dat letsel vereist. Iedereen erkent dat de bestaande situatie niet optimaal is.

Ten tweede, het activiteitsvolume van bepaalde centra biedt voor de

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

En effet, plusieurs études

patiënten die er worden opgenomen niet voldoende zekerheid. Uit internationale literatuur en uit ervaringen geregistreerd door het Belgisch College voor Cardiologie blijkt dat er een verhoogd risico bestaat voor patiënten behandeld in centra met een geringe activiteit door artsen die niet over voldoende ervaring beschikken.

Ten derde, indien een patiënt die een dilatatie ondergaat complicaties vertoont, moet hij soms dringend in de operatiezaal worden opgenomen. Wanneer de operatiezaal zich niet in dezelfde vestigingsplaats bevindt en de patiënt overgeplaatst moet worden, houdt dit voor hem een risico in.

Ten vierde, de geografische spreiding van de centra die deze cardiologische zorgprogramma's uitvoeren is niet optimaal. In bepaalde regio's is er zelfs totaal geen zorgaanbod op minder dan 40 km terwijl er op andere plaatsen twee volledige programma's op minder dan 3 km van elkaar worden aangeboden.

Er is dus nood aan hervormingen om deze problemen op te lossen. Ten eerste, het is noodzakelijk om een minimale activiteitendrempel op te leggen, zowel voor dilatatie – 400 – als voor de coronaire chirurgie – 250 – evenals een minimum aantal procedures per operator.

Ten tweede wordt er aan de ziekenhuizen gevraagd om te beschikken over zowel een erkenning voor de interventieactiviteit, B2, als voor de chirurgische activiteit, B3, zoals dit in de meest recente publicaties wordt aanbevolen door de internationale wetenschappelijke verenigingen. Ondanks het feit dat de risico's verbonden aan een percutane dilatatie verminderd zijn, kunnen we ze niet als onbestaande beschouwen. Het toestaan van dilatatie zonder chirurgische back-up moet dus een uitzondering blijven, gerechtvaardigd door een geografisch isolement.

Er moet eveneens een afwijking worden uitgewerkt voor de samenvoeging van B2 en B3 voor situaties waarin het geografisch isolement van die aard is dat de tijd vereist voor de toegang tot de interventiecardiologie onaanvaardbaar wordt verlengd. Daarom wordt deze afwijking voorgesteld voor ziekenhuizen die zich op meer dan 60 km van een erkend centrum bevinden. Mijnheer Goutry, hiermee hoop ik de punten 1, 2 en 3 van uw vraag te hebben beantwoord.

Wat uw vierde punt betreft, de twee mogelijkheden bestaan, in die zin dat ofwel twee erkenningen worden verleend voor twee ziekenhuizen, ofwel één erkenning voor twee sites met een gemeenschappelijk diensthoofd.

Wat punt vijf betreft, spreekt het voor zich dat voor een erkenning op twee sites, de twee sites aan de activiteitsnormen moeten voldoen.

Ten zesde, ik herinner eraan dat ons land nu al de grootste densiteit van complete hartcentra bezit, zoals blijkt uit de volgende tabel: Duitsland 78 centra, dus 1 centrum per 1.047.000 inwoners; Oostenrijk 9 centra of 1 centrum per 900.000 inwoners; België 29 centra of 1 centrum per 351.000 inwoners; Denemarken 6 centra of 1 centrum per 900.000 inwoners; Frankrijk 68 centra of 1 centrum per 867.000 inwoners; Italië 81 centra of 1 centrum per 707.000 inwoners en ten slotte Nederland, 13 centra of 1 centrum per 1.230.000

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

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

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

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

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

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

Une question portait également sur l'association entre hôpitaux. On accorde soit deux agréments aux deux hôpitaux, soit un seul

inwoners.

De uitzondering voor de ziekenhuizen die in een straal van 60 kilometer geen B1-, B2- of B3-centra hebben, kan niet toegepast worden voor de Westhoek. Men kan binnen een veel kortere afstand een beroep doen op een volledig centrum.

Ik zal nu, om volledig te zijn, antwoorden op de vragen van de twee andere volksvertegenwoordigers.

Madame Tilmans, je commencerai tout de suite par donner cette réponse, ce qui vous permettra de regrouper vos réactions.

La réforme des centres de cardiologie dans le Luxembourg a effectivement fait couler, comme partout ailleurs, beaucoup d'encre. Les raisons de la réforme ont déjà fait l'objet de plusieurs réponses que je viens de redétailler en partie. Je n'y reviendrai donc pas.

Pour ce qui est des questions plus spécifiques que vous posez, je préciserai tout d'abord que si je dispose bien des compétences normatives, les agréments ressortissent quant à eux aux entités fédérées. Autrement dit, il leur appartiendra donc d'approuver le choix des programmes agréés.

Pour ce qui est des concertations, je me suis régulièrement informé des contacts formels et informels entre les partenaires hospitaliers potentiellement impliqués et du fait que leur objectif était bien d'obtenir un accord à la fois sur la localisation du programme partiel B1-B2 et sur l'organisation des soins à apporter aux patients cardiologiques.

L'hypothèse que vous évoquez de l'implantation d'un centre complet B1-B2-B3 en province de Luxembourg soit par la libération d'un numéro d'agrément, soit par la création d'une association sur deux sites implique cependant que les normes d'activité soient rencontrées. Pour être honnête, ces exigences rendent hautement improbable l'hypothèse que vous envisagez de créer deux centres de cardiologie interventionnelle de type B1-B2 dans la province.

Pour répondre aux questions plus spécifiques de M. Drèze, je rappellerai d'autres éléments.

1. Les données nationales et internationales indiquent une diminution des complications en termes de morbidité et de la mortalité à partir de 400 procédures par an. Elles indiquent aussi que l'expérience du centre est un facteur prédictif, indépendamment de l'expérience de l'opérateur. On comprend que l'habileté technique n'est pas seule en cause dans ce type d'intervention, parce qu'elle est complexe, et que les habitudes de travail de toute l'équipe impliquée, du service d'urgence au service de réanimation, sont aussi importantes. Le bon sens ici rejoint les conclusions de cette étude: on ne fait bien que ce que l'on fait suffisamment souvent et ensemble.

agrément aux deux sites gérés par un chef de service commun. Il va de soi que l'octroi d'un agrément aux deux sites implique le respect des normes d'activité par ces deux sites.

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

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

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

Ik heb regelmatig navraag gedaan naar de contacten tussen de betrokken partnerziekenhuizen; dat overleg moet uitmonden in een akkoord over de site voor het gedeeltelijke programma en over de organisatie van de patiëntenzorg.

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

Mijnheer Drèze, zowel uit de nationale als uit de internationale gegevens blijkt dat het aantal verwickelingen, zowel op het vlak van de morbiditeit als van de

2. Il est possible d'envisager une exception à la règle B1-B2-B3 pour autant que le risque de dilatation sans couverture chirurgicale soit compensé par un avantage pour le traitement de l'infarctus. Cet avantage n'existe que lorsque les temps de transport pour les patients dont vous parlez, à savoir ceux qui présentent une contre-indication à la thrombolyse, sont supérieurs à 90 minutes, soit les 60 kilomètres en question dans l'arrêté précisément.

En d'autres termes, il vaut mieux certainement pour la dilatation programmée mais aussi pour les cas d'infarctus parcourir quelques kilomètres vers un centre spécialisé expérimenté plutôt que de se rendre dans un centre dont on sait que le volume d'activité n'est pas suffisant. C'est également vrai pour les polytraumatisés pour lesquels le facteur temps est aussi important.

3. Prendre le risque de plus de complications doit pouvoir être justifié par un bénéfice. Or, ce n'est pas le cas de tous les centres qui se trouvent à moins de 60 kilomètres d'un centre complet, ce que je viens d'explicitier par l'exemple que j'ai donné auparavant.

mortaliteit, daalt vanaf 400 behandelingen per jaar; de ervaring van het centrum is, los van de ervaring van de chirurg, bepalend. Het gaat niet alleen om de technische vaardigheid, die immers erg complex is, maar ook om de werkmethode van het volledige team. Hoe vaker je iets samen doet, hoe beter het gaat.

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

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

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

**07.07 Rudy Demotte, ministre:** L'Institut de cardiologie dit le contraire.

**07.07 Minister Rudy Demotte:** Het Instituut voor Cardiologie beweert het tegenovergestelde.

**07.08 Luc Goutry (CD&V):** Ik voel aan dat dit tegen een meerderheid in het Parlement ingaat, maar toch drijft de minister zijn wil door. Ik ben het eens met zijn uitspraak over B1, maar daarom precies stelt men een upgrade naar B2 voor. Natuurlijk voldoet B1 alleen niet meer en moet er minstens B2 zijn.

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

Dat u activiteitsquota wil, is evident. Daarmee zijn wij het volledig eens. Wij hebben dus geen probleem met de activiteitsvolumes, maar ons grote punt van kritiek is dat u per se een operatief centrum van hartchirurgie op dezelfde site als B2 wil, terwijl in alle internationale literatuur vandaag staat dat het voorkomen van complicaties verwaarloosbaar laag is. De tijd die verloren gaat om patiënten te verplaatsen brengt dus meer risico's met zich mee dan het

Nous adhérons à l'instauration de quota d'activités mais notre critique porte sur le fait que le

voorkomen van complicaties bij B2. In Oostende doet men dat al jaren. Daar gebeuren ongeveer 1.400 ingrepen per jaar en men heeft daar geen complicaties. Er zijn geen problemen. De mensen worden daar wel snel en veilig geholpen. Waarom veranderen wij dan in godsnaam?

ministre veut à tout prix regrouper les activités interventionnelles et chirurgicales sur un seul site, alors que le risque de complications est négligeable. À Ostende, on effectue 1.400 interventions par an et il n'y a pas de complications: les patients y bénéficient d'une aide sûre et rapide.

**07.09** Minister **Rudy Demotte**: Dat kan ik op wetenschappelijk vlak niet aanvaarden. Waarom? Ik verwijs naar de verschillende studies en de gegevens van de Nationale Raad voor Cardiologie en de verschillende instellingen die zich daarmee bezighouden. Zij bewijzen dat de drempel van activiteit van zeer groot belang is. Tegelijkertijd zeggen zij dat de groepering van B2 en B3 heel belangrijk is, omdat de interventietijden zeer kort zijn. Als er iets gebeurt, heeft men niet genoeg tijd om iemand te verplaatsen. Men mag vandaag dus zeggen dat hierover een wetenschappelijke consensus bestaat. Ik begrijp dat instellingen zich daartegen kunnen verzetten omdat er ook financiële aspecten mee gemoeid zijn. U weet dat, mijnheer Goutry. Dat is echter een ander debat. Dat debat is mogelijk, maar men mag de twee niet door elkaar halen. Er zijn enerzijds de financiële belangen en anderzijds de verdediging van de volksgezondheid en de beste praktijken.

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

**07.10** **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, excuseer mij, maar het zijn omgekeerde financiële belangen. Natuurlijk zal men dit in Oostende blijven doen, alleen al voor de miljoenen toeristen aan de Westkust. Wat zal het gevolg echt zijn? Financiële meerkosten. Oostende zal immers een operatiecentrum moeten inrichten en zal 250 operaties per jaar moeten doen. Die vinden nu plaats in Brugge en Roeselare. Die chirurgen zullen in Oostende ook 250 patiënten komen opereren. Wat zal de meerwaarde zijn? Nihil. Wat zullen de bijkomende kosten zijn? Veel. Het gaat hier over omgekeerde belangen. Men zal Oostende niet uitschakelen, maar alleen op kosten jagen. Dat heeft geen enkele betekenis. Die mensen vragen zich ook af waarom zij dat in godsnaam moeten doen. U zegt dat er een wetenschappelijke consensus bestaat op het vlak van de literatuur.

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

Ik ben ten eerste geneigd om uw uitspraak over consensus op het vlak van literatuur te betwijfelen. Ik hoor daarover immers zowel rapporten die pro zijn als rapporten die contra zijn. Met een rapport kan alles worden bewezen.

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

**07.11** Minister **Rudy Demotte**: Over de groepering van B2 en B3 bestaan geen grote meningsverschillen. Er bestaat wel een polemiek over de groepering B1 en B2 of over het gebruik van een B1. Over B2 en B3 bestaat echter absoluut geen polemiek.

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

**07.12** **Luc Goutry** (CD&V): Wij kunnen daarover blijven discussiëren.

**07.12** **Luc Goutry** (CD&V): Deux autres points doivent encore être tirés au clair. Les Communautés

Mijnheer de minister, ik wil afronden met twee punten die moeten worden uitgeklaard.

De erkenningen zullen moeten gebeuren door de Gemeenschappen. Dat zal, ten eerste, moeten gebeuren op basis van artikel 23 van de wet op de ziekenhuizen, waarin staat dat binnen een bepaald gebied zal moeten worden bekeken welke centra met elkaar te maken hebben. Dat werd nog niet gedefinieerd. Er is immers nog geen uitvoeringsbesluit over. Materieel kunnen de erkenningen in de Vlaamse of Waalse Gemeenschap niet worden doorgevoerd.

Ten tweede, u legt in het koninklijk besluit vast dat verschillende Gemeenschappen en Gewesten met elkaar zouden kunnen overleggen om zelf een overstijgende aanvraag tot samenwerking te doen. Hoe zal u de erkennende bevoegdheid van een van de Gemeenschappen rijmen met het feit dat zij een ziekenhuis dat niet op hun grondgebied ligt, zouden moeten erkennen?

Dat zijn toch twee materiële punten die op dit moment niet uitvoerbaar zijn? Een ziekenhuis kan zich dus op dit ogenblik niet laten erkennen, alleen al op basis van voornoemde twee materiële feiten.

**07.13** Minister **Rudy Demotte**: Dat zijn toch uitzonderingen.

**07.14** **Luc Goutry** (CD&V): U bepaalt in uw koninklijk besluit dat twee Gemeenschappen samen een aanvraag voor een cardiaal zorgprogramma kunnen doen waarvan één site in Wallonië en één site in Vlaanderen zou liggen. Dat staat in het koninklijk besluit. In dat verband vraagt Vlaanderen zich af hoe het dergelijke aanvraag kan erkennen, omdat het geen bevoegdheid heeft voor een Waals ziekenhuis.

**07.15** Minister **Rudy Demotte**: Dat moet natuurlijk gebeuren door overleg tussen de twee Gemeenschappen. Zij moeten eerst overleg plegen. Mijnheer Goutry, nu is dat enkel theorie. Als zij hun concrete medewerking wensen te geven, zullen zij natuurlijk dat punt naar voren brengen, wanneer het probleem rijst. Tot nu toe heb ik echter nog geen enkel voorbeeld van concrete samenwerking tussen de twee Gemeenschappen. Ik hoop natuurlijk wel dat het zal gebeuren.

**07.16** **Luc Goutry** (CD&V): Het staat nochtans zo in het koninklijk besluit. Dat valt toch niet te rijmen.

**07.17** **Dominique Tilmans** (MR): Monsieur le ministre, vous avez tellement eu conscience d'un problème de superficie, d'un problème de santé en province de Luxembourg que vous avez prévu l'exception. Je reviens sur votre attitude concernant le Luxembourg et vous en félicite encore.

Cependant, l'idée d'un centre unique dans la province de Luxembourg pose encore un problème. Je rappellerai simplement que cette province constitue un tiers de la superficie wallonne. Voilà pour vous

se chargent des agréments sur la base de l'article 23 de la loi sur les hôpitaux. Toutefois, il manque toujours un arrêté d'exécution. Dès lors, les Communautés ne peuvent pas procéder matériellement aux agréments. De plus, le ministre dispose dans un arrêté royal que les Communautés et les Régions peuvent introduire de commun accord une demande de coopération. Comment les Communautés peuvent-elles agréer un hôpital qui ne se situe pas sur leur territoire? Compte tenu de ces deux obstacles, l'agrément d'un hôpital devient impossible.

**07.13** **Rudy Demotte**, ministre: Il s'agit d'exceptions.

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

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

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

donner un ordre de grandeur de la superficie de ce territoire.

C'est un tiers de la superficie wallonne et donc un centre unique serait une erreur en termes de temps, qu'il se situe à Arlon ou à Libramont. Il y a déjà aujourd'hui des patients de la Semois à qui il faut une heure pour arriver au centre le plus proche, à savoir la clinique de Libramont. En plus, le maintien des deux sites B1-B2 ne nécessiterait pas de coût supplémentaire, puisque des services y sont fonctionnels en la matière, comptant notamment des cardiologues expérimentés qui travaillent aussi en milieu universitaire. Pour toutes ces raisons, un centre unique serait vraiment une erreur.

La deuxième raison pour laquelle je pense que ce serait vraiment une erreur, c'est qu'en province de Luxembourg, on doit mettre en œuvre la restructuration des hôpitaux luxembourgeois. Nous savons, tous partis confondus, qu'il s'agit là d'un gros effort à fournir, mais à mes yeux, un service reste fondamental et important, celui de la cardiologie. Aussi, supprimer un service de cardiologie dans un des hôpitaux serait probablement une grave erreur qui conduirait à mettre à mal cette restructuration des hôpitaux luxembourgeois.

Par conséquent, j'en reviens à ma suggestion – je ne vous demande pas de réponse maintenant – quant à la possibilité de pouvoir utiliser les deux exceptions prévues aux articles 11 et 24bis, l'une concernant les 60 kilomètres et l'autre, la distance la plus courte.

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

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

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

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

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

**07.18 Rudy Demotte**, ministre: Monsieur le président, Ostende et la province de Luxembourg ne sont pas situées dans la même région en termes d'accessibilité! En matière d'arguments, c'est exactement l'argument inverse qu'utilise Mme Tilmans. Elle prétend qu'il faudrait créer des centres supplémentaires et vous disiez tout à l'heure...

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

**07.19 Luc Goutry** (CD&V): Non, les centres existent!

**07.20 Dominique Tilmans** (MR): Pour être plus précise, les services fonctionnent, mais ils n'existent pas aux yeux de la loi!

**07.21 Rudy Demotte**, ministre: Voilà!

**07.22 Luc Goutry** (CD&V): C'est la même situation pour Ostende!

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

**07.23 Rudy Demotte**, ministre: Ce qu'on demande, c'est d'en créer davantage et vous, vous dites que le projet risque d'en créer plus!

**07.23** Minister **Rudy Demotte**: Men vraagt om er meer op te



Vous dites exactement le contraire, alors que finalement nous sommes d'accord!

En réalité, ma seule préoccupation, c'est la qualité des soins! Donc, je peux aussi regarder la province de Luxembourg d'une autre manière, mais ce sujet fait l'objet d'un autre débat qui serait plus long. Nous ne pouvons malheureusement traîner plus en longueur ce débat sur la seule province de Luxembourg. Mais vous avez des pôles qui peuvent aussi regrouper des secteurs d'activités de manière transfrontalière. Dans le Sud-Luxembourg, des collaborations entre Arlon et les hôpitaux du Luxembourg peuvent également être débattues. C'est ce à quoi je pense pour être explicite.

**07.24 Dominique Tilmans (MR):** Et bien, je vous félicite, monsieur le ministre, si vous parvenez à concrétiser ce concept.

**07.25 Benoît Drèze (cdH):** Monsieur le ministre, je vous suggère, même si vous l'avez déjà fait, de rencontrer à nouveau les praticiens. En effet, j'ai le sentiment que vous partez de bonnes intentions, mais d'une approche quelque peu théorique par rapport à certaines réalités de terrain. Sans être négatif, je vous préviens que votre réforme, si vous persévérez jusqu'au bout de celle-ci, laissera quelques traces qu'on aurait pu éviter.

Vous avez répondu à une partie de mes questions.

Parmi les éléments clarifiés, j'entends que si deux sites ont un chef de service commun, cela n'empêche pas que chaque site doive répondre aux normes. Vous reconnaissez qu'un praticien peut avoir de nombreuses interventions mais qu'il est par ailleurs essentiel que les équipes travaillent ensemble. Je ne sais si les acteurs de terrain sont d'accord avec vous mais j'ai obtenu une réponse à cette question.

Nous sommes bien d'accord sur le fait que la technique B1 est obsolète mais je partage totalement l'avis de M. Goutry en réplique à votre intervention précédente. On demande de transformer les B1 en B2 et non de concentrer les B2 et les B3! Les personnes que nous rencontrons ne sont sans doute pas les mêmes que celles que vous rencontrez et les messages sont pratiquement opposés.

**07.26 Rudy Demotte, ministre: (...)**

**07.27 Benoît Drèze (cdH):** C'est une question à laquelle vous n'avez pas explicitement répondu mais j'entends que Mme Tilmans ne lâche pas prise. Pendant les vacances parlementaires, le partenaire libéral

richten en u zegt dat het ontwerp tot gevolg dreigt te hebben dat er meer komen. Mijn enige bekommernis is de zorgkwaliteit! Wij kunnen dit debat niet over de provincie Luxemburg alleen blijven voeren. Men kan ook activiteitscentra grensoverschrijdend in pools groeperen.

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

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

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

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

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

vous a-t-il demandé de remettre le dossier sur la table? Manifestement oui mais sans résultat, semble-t-il, puisque vous campez sur vos positions.

**07.28 Rudy Demotte**, ministre: À ce sujet, sachez que les discussions internes au gouvernement regardent le gouvernement. Quand j'exprime ici un point de vue, il s'agit du point de vue de tout le gouvernement.

**07.28 Minister Rudy Demotte**: De interne discussies binnen de regering gaan alleen de regering aan.

**07.29 Benoît Drèze** (cdH): Cette réponse vous honore.

Le **président**: Il ne s'agit pas d'un débat d'actualité mais d'une simple question! Essayez de faire bref.

**07.30 Benoît Drèze** (cdH): Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu à la question sur les comparaisons internationales relatives à l'excédent de centres. Il s'agit de la comparaison des centres B3.

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

**07.31 Rudy Demotte**, ministre: J'ai compris ce que vous m'aviez dit tout à l'heure mais je n'ai pas voulu répondre car il coule de source que l'offre des interventions cardiologiques est beaucoup plus importante en Belgique qu'ailleurs. Nous avons aujourd'hui des niveaux de spécialisation qui sont parfois plus élevés aussi.

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

Quand nous considérons qu'il est souhaitable de concentrer les B2 et B3, c'est parce que la taille de notre territoire nous permet de travailler ainsi. Nous avons comparé nos chiffres à ceux des autres pays – j'ai rappelé tout à l'heure à M. Goutry des nombres plus importants de centres. Si on découpe aujourd'hui, dans un territoire aussi petit, les centres B2 et B3, on court des risques.

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

Il y a donc deux facteurs qui expliquent la morbidité et la mortalité supplémentaires, de l'ordre de 1 à 2. Ce sont les facteurs de seuil et d'intervention séparée en cas de problème entre l'intervention B2 et l'intervention B3.

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

Sur le débat B1, reconnaissons qu'il n'y a plus de discussions. Tout le monde le reconnaît. Ce n'était pas le cas au début. J'ai dû me battre beaucoup pour le B1. Maintenant, en ce qui concerne le B2 et le B3, la seule chose que je continue à dire en dehors des seuils, c'est qu'il faut les maintenir ensemble. C'est simple. Vous pouvez avoir des cas qui seront statistiquement marginaux – dans l'hôpital d'Ostende, on considérera qu'il n'y a pas souvent de cas.

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

Mais à partir du moment où l'on entre dans cette marge de problèmes, la mortalité peut effectivement être largement supérieure quand on n'a pas joint le B2 et le B3.

**07.32 Benoît Drèze** (cdH): Le dernier élément que j'ai évoqué portait justement sur ce point.

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

**07.33 Rudy Demotte**, ministre: Non. (...), on fait une thrombolyse. On stabilise le patient et il est amené à l'hôpital. Ce que vous dites n'est donc pas vrai. On ne perd pas de temps. On perd du temps lorsqu'on l'amène dans un mauvais hôpital qui n'a pas la structure nécessaire pour le faire. Dans ce cas, on perd du temps et de

**07.33 Minister Rudy Demotte**: Maar neen! De toestand van de patiënt wordt gestabiliseerd, en hij wordt naar het ziekenhuis overgebracht. Er wordt geen tijd

l'argent. Aujourd'hui, on amène des gens dans des hôpitaux qui ne disposent pas des techniques spécialisées. On y fait des tests, et puis, - je fais le geste, mais je ne prononcerai pas le mot – on l'envoie seulement dans un autre hôpital. Dans ce cas, on perd de l'argent. Voilà la vérité!

verspild! We verliezen tijd – en geld – wanneer we hem naar een verkeerd ziekenhuis brengen, waar men niet over de nodige infrastructuur beschikt. De patiënt moet er tests ondergaan en vervolgens stuurt men hem naar een ander ziekenhuis. Dat is de waarheid!

Le **président**: Il faudrait peut-être demander aux défenseurs de ces hôpitaux s'ils s'y feraient opérer? La réponse serait sans doute plus nuancée.

Le dernier mot vous appartient, monsieur Drèze. Je vous invite à conclure.

**07.34 Benoît Drèze** (cdH): Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, j'ai évoqué le temps de préparation d'une salle de chirurgie pour une intervention B3 qui est d'une heure. Durant ce laps de temps, on peut déjà faire un long déplacement.

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

**07.35 Rudy Demotte**, ministre: Mais si, au temps de déplacement, il faut ajouter une heure pour préparer la salle de chirurgie, c'est fichu!

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

**07.36 Benoît Drèze** (cdH): Pour terminer, je voudrais vous citer le cas d'un ami qui a eu récemment un infarctus et à qui on a dû faire une simple dilatation. Le médecin voulant que l'intervention soit effectuée dans un centre B3, il a fallu demander l'intervention d'un hélicoptère. C'est ainsi qu'il a été contraint de payer 1.500 euros pour frais de déplacement alors qu'il était manifestement inutile de faire appel à un hélicoptère. Vous me direz qu'un cas n'est pas l'autre, mais tous les arguments auront ainsi été développés. Voilà une conséquence de coûts à charge du patient.

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

**07.37 Rudy Demotte**, ministre: (.....)

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

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

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

**08.01 Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik zal trachten binnen de mij toegemeten tijd te blijven, zoals altijd. Ik zou willen dat dit voor alle collega's opgaat maar blijkbaar zijn het in de diverse commissies dezelfde die in dat bedje ziek zijn.

**08.01 Maggie De Block** (VLD): Fin juillet 2006, l'enregistrement du Gardasil a été approuvé par le bureau européen de l'enregistrement des médicaments (EMA). Deux vaccins offrant une protection contre le cancer du col de l'utérus, de la vulve et du vagin seront donc lancés sur le marché.

Mijnheer de minister, de registratie van het vaccin tegen baarmoederhalskanker Gardasil werd eind juli door het Europese bureau voor de geneesmiddelenregistratie (EMA) goedgekeurd. Wellicht is het vanaf volgend jaar beschikbaar op de markt. In feite

zijn er twee vaccins die waarschijnlijk zowat simultaan op de markt kunnen komen. Beide vaccins bieden in 70% van de gevallen bescherming tegen het humaan papilomavirus, dat de belangrijkste oorzaak is van baarmoederhals-, schaamlip- en vaginakanker. Jaarlijks worden hier 600 vrouwen getroffen door die kanker, waarvan de helft met dodelijke afloop daar het om een zeer agressieve vorm van kanker gaat.

Na borstkanker is baarmoederhalskanker de belangrijkste doodsoorzaak door kanker bij vrouwen tussen 15 en 44 jaar. De ontwikkeling van het vaccin is dus een belangrijke stap in het voorkomen van die kanker.

Ik heb twee zeer concrete korte vragen. Ten eerste, bent u bereid te voorzien in de terugbetaling van het vaccin wanneer dat op de markt komt? Ten tweede, worden daarvoor budgetten budgetten uitgetrokken voor 2007?

**08.02** Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de volksvertegenwoordiger, op 27 juli heeft het Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) inderdaad een positief advies uitgebracht, zowel voor Gardasil als voor Silgard. Dat zijn twee recombinante vaccins die bescherming bieden tegen de types 6, 11, 16 en 18 van het papilomavirus bij mensen.

Het is aan de Europese Commissie om na dat advies de vergunning voor het in de handel brengen in te dienen. Doorgaans volgt de Commissie de adviezen van het CHMP.

Zodra de vergunning voor het in de handel brengen een feit is, kunnen de betrokken firma's een aanvraag tot terugbetaling indienen bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG.) Dit soort dossier zal waarschijnlijk worden voorgesteld als een innovatie, dus een dossier van klasse 1, en zal dus naast de wetenschappelijke en klinische elementen ook een farmaco-economische analyse bevatten die de CTG de kans geeft de kosten-batenbalans van dat vaccin te evalueren.

U begrijpt dat ik vandaag niet kan vooruitlopen op het advies dat de CTG zal verstrekken, noch op de vraag of het wel of niet opportuun is dat vaccin terug te betalen. Daarentegen meen ik duidelijk te hebben aangetoond dat ik de toegang tot terugbetaling van innovatieve geneesmiddelen makkelijker wil maken. Ook de stimuli die worden gegeven aan de firma's die investeren in onderzoek en ontwikkeling liggen in die lijn.

Twee recente elementen, zoals de toegang tot de behandeling met Herceptin in een vroeg stadium van borstkanker via overeenkomsten tussen bepaalde centra en het RIZIV of de terugbetaling van Erbitux voor bepaalde darmkankers, beide bijzonder dure geneesmiddelen, getuigen van mijn wil om aan de patiënten optimale therapeutische kansen te bieden. Ik zal die lijn blijven volgen.

**08.03** **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de minister, ik twijfel niet aan uw goede wil, maar kankers worden niet genezen met goede wil, wel met medicamenten. Ik meen dus dat de CTG daarvan werk zal moeten maken.

Environ 600 femmes sont concernées chaque année par cette maladie, et le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause principale de décès à la suite d'un cancer pour la tranche d'âge comprise entre 15 et 44 ans.

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

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

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

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

l'agrément et le remboursement.

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

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

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

**09.01** **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de minister, het gaat over het gebruik van de CT-scan en de NMR, de nucleaire magnetische resonantie. De komende twee jaar wordt voorzien in veertig extra NMR-toestellen. Daarmee komt België op 10,4 erkende eenheden per miljoen inwoners. In vergelijking met Europese landen scoren wij daarmee laag.

Het is de bedoeling dat NMR andere, minder duidelijke of minder contributieve, radiologische onderzoeken zal vervangen. Volgens het Kenniscentrum zal die vervanging niet zomaar gebeuren. De overheid moet bijkomende maatregelen nemen of aanraden om het gebruik van de toestellen te corrigeren. In het verleden heeft het bijkomend gebruik van NMR-toestellen niet geleid tot een daling van het gebruik van de CT-scan. Het is eigenlijk een onderzoek dat erbovenop komt en niet in plaats van een ander.

Het Kenniscentrum suggereert de richtlijnen inzake medische beeldvorming aan te passen en een aangepaste financiering in te voeren. Voor die laatste maatregelen lijst het de voor- en nadelen van een aantal maatregelen op. Er komen dus veertig erkende NMR's bij en daardoor zou de medische richtlijn moeten worden aangepast.

Ten eerste, zult u dat doen? Zult u dat overwegen?

Ten tweede, zal de financiering inzake medische beeldvorming worden aangepast, teneinde een correct gebruik van de medisch beeldvorming te bevorderen en dus dubbele onderzoeken te vermijden?

Dat zou ook in het belang van de patiënt zijn. Er is immers een verschil in wachttijd. Als wij een CT aanvragen, gaat dat veel sneller dan een NMR. Vaak moet de patiënt, vooraleer een ingreep te ondergaan, na de CT toch nog een NMR ondergaan. Dat zijn twee onderzoeken met een langere wachttijd. Men kent het verschil tussen de informatie die uit die onderzoeken voortvloeit niet. Het zou dus in het belang van de patiënt zijn de richtlijnen voor de medische beeldvorming aan te passen.

**09.02** Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw De Block, samen met het nationaal akkoord tussen de geneesheren en de ziekenfondsen voor 2004-2005 werd in januari 2004 naar alle artsen een kopie gestuurd van de richtlijnen voor verwijzing naar beeldvormend onderzoek. Die richtlijnen, voorgesteld door het Consilium Radiologicum, zijn gebaseerd op de richtsnoeren voor verwijzing naar beeldvormend onderzoek, uitgegeven door de Europese Commissie, die zich op haar beurt baseerde op guidelines van het Royal College of Radiologists.

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

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

**09.02** **Rudy Demotte**, ministre: En janvier 2004, tous les médecins ont reçu une copie des directives en matière d'examen d'imagerie médicale. Celles-ci reposaient sur les directives de la Commission européenne, prenant comme point de départ différents cas cliniques et décrivant pour chacun les examens les plus

Die richtlijnen gaan uit van diverse klinische problemen en beschrijven voor elk van hen de meest aangewezen onderzoeken. Het consilium plant een nieuwe versie waarbij rekening wordt gehouden met de opmerkingen van het terrein.

Om de artsen te helpen op een meer "evidence based"-manier voor te schrijven, wordt gedacht aan de uitwerking van een gestandaardiseerd aanvraagformulier. Het rapport van het KCE een health technology assessment, opgesteld naar aanleiding van de komst van 40 nieuwe NMR-scanners. Hierbij wordt in de eerste plaats voor de diverse organische stelsels en pathologieën de effectiviteit onderzocht van de NMR, met een bijzondere aandacht voor de substitutie van de CT-scan door de NMR. In het algemeen is dit een voordeel voor de patiënten want in tegenstelling tot de CT-scan werkt magnetische resonantie zonder radioactieve stralen.

Verder worden de voor- en nadelen van diverse financieringssystemen voor MRI en CT bekeken, alsook de haalbaarheid en het nut van de implementatie van mobiele MRI-eenheden in België. Dit rapport zal nuttig blijken te zijn bij het actualiseren van clinical guidelines inzake gebruik van medische beeldvorming.

Omtrent de financiering in de toekomst engageerde de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zich in zijn nationaal akkoord van 2006/2007 onder artikel N.5.2 om de forfaitaire honoraria voor medische beeldvorming vanaf 2007 op basis van meer objectieve criteria vast te stellen.

Ten slotte bereidt het RIZIV een analyse voor van de medische beeldvorming in België teneinde de discussies te documenteren en meer performant te maken.

adéquats. Le Consilium Radiologicum prévoit actuellement une nouvelle version, dans laquelle il sera tenu compte des observations des praticiens.

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

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

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

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

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

**09.03 Maggie De Block (VLD):** Mijnheer de minister, het is toch prettig om vast te stellen dat zowel Europese rapporten, richtlijnen als rapporten van het Kenniscentrum hetzelfde doel voor ogen hebben. Ook voor de patiënt blijkt het soms beter te zijn om een op het eerste gezicht duurder onderzoek te ondergaan. Men moet alles op termijn bekijken. Bij CT-scans is er sprake van bestraling en ook de contraststoffen zijn agressiever en meer allergiserend. Ik denk dat het in het voordeel van de patiënt is dat men tot een aanpassing komt van de guidelines.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

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

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

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

**10.01** **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de minister, dit is een rare vraag, geïnspireerd op een artikel dat ik gelezen heb toen ik op reis was. Het gaat over een onderzoek van de Christelijke Mutualiteiten. Wat men allemaal niet leest onder een boom in Zuid-Frankrijk!

Daaruit bleek echter dat de totale kostprijs van het geneesmiddelenverbruik in rustoorden aanzienlijk hoger ligt in Wallonië dan in Vlaanderen en Brussel. Anderzijds, voor het gebruik van antidepressiva waren er in de Waalse regio lagere scores dan in Vlaanderen en scoorden vooral Turnhout en Tongeren vrij hoog. De studie zocht niet naar de oorzaken van het verschil in gebruik, zij stelde dat gewoon vast.

Dat zou toch eventueel aanleiding kunnen geven voor verder onderzoek. Daarom heb ik volgende vragen.

Zal u de dienst Geneeskundige Evaluatie van het RIZIV vragen de zaak te onderzoeken?

Zo ja, kunnen wij de resultaten van dat onderzoek hier krijgen of kunnen ze hier worden meegedeeld?

Zo neen, waarom gaat u daarop niet verder in en acht u dat van geen belang?

**10.02** **Minister Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, de problematiek van het geneesmiddelengebruik in rustoorden voor ouderen en rust- en verzorgingstehuizen wordt in het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering op de voet gevolgd.

Er wordt op dit ogenblik een studie uitgevoerd in verband met het geneesmiddelengebruik. De studie gebeurt in samenwerking met het Kenniscentrum en de universiteiten van Antwerpen en Gent. De universiteiten doen een veldstudie in 60 rusthuizen, verdeeld over de provincies Oost-Vlaanderen, Henegouwen en enkele rusthuizen in het Brusselse Gewest, het zogenaamde PHEBE-project.

De veldstudie bestaat erin om aan de hand van de concrete patiëntendossiers alle nuttige informatie in te winnen in verband met de diagnose en de daaruit voortvloeiende geneesmiddelen therapie.

Tegelijkertijd onderzoekt het RIZIV samen met het Kenniscentrum het geneesmiddelengebruik bij ouderen die verblijven in een rustoord en ouderen die nog thuis verblijven. Die studie zal een algemeen beeld geven van het geneesmiddelengebruik bij ouderen in België. De gegevens worden dan ook gekoppeld aan de gegevens uit de veldstudie.

Ten tweede, begin 2007 zal de gezamenlijke studie, de veldstudie en de overzichtstudie, voorgesteld worden aan het publiek. Op basis van de concrete resultaten en vaststellingen uit de studie wordt een actieplan ontwikkeld om concrete maatregelen te nemen om het voorschrijfgedrag eventueel bij te sturen om te komen tot een meer

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

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

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

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

coherent beleid inzake het geneesmiddelengebruik in rustoorden voor ouderen.

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

**10.03 Maggie De Block (VLD):** Mijnheer de minister, ik ben blij dat daaraan wordt voortgewerkt. Ik vond de cijfers van het verbruik immers zeer verontrustend. Wanneer wij weten dat het aantal valpartijen bij oudere mensen sowieso niet gering is, zal het eventuele gebruik van rust- en kalmeermiddelen, slaapmiddelen en antidepressiva daarop zeker geen goede invloed hebben.

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

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

De **voorzitter**: Mijnheer Goutry, u hebt nu een vraag samen met mevrouw De Meyer. Wenst u in haar afwezigheid uw vraag toch te stellen?

**10.04 Luc Goutry (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, is mevrouw De Meyer verwittigd?

**11 Samengevoegde vragen van**

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 12450)
- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het recent wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" (nr. 12653)

**11 Questions jointes de**

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de fatigue chronique" (n° 12450)
- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la recherche scientifique récente sur le syndrome de fatigue chronique (SFC)" (n° 12653)

**11.01 Luc Goutry (CD&V):** Mijnheer de minister, na jaren van onderzoek en referentiebehandeling blijft er nog steeds grote onduidelijkheid bestaan over de oorzaken en de behandeling van het chronisch vermoeidheidssyndroom. Voor de betrokken patiënten is dit een zeer moeilijke situatie want de aandoening heeft toch wel een zeer grote impact op hun leven. Anderzijds wordt dit niet steeds door iedereen au sérieux genomen. Deze aandoening wordt nog altijd te snel aanzien als een louter psychische aandoening. Dit leidt natuurlijk ook even snel tot een soort culpabilisering van de patiënt. Men neemt het dus met andere woorden niet altijd ernstig.

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

Ook bij geneesheren die een evaluatie van de graad van werkonbekwaamheid moeten uitspreken loopt die beoordeling natuurlijk fel uiteen naargelang men er al dan niet van overtuigd is dat het eerder een somatische dan wel een psychische oorzaak zou hebben. We moeten in elk geval tot de conclusie komen dat die evaluatie van de werkonbekwaamheid zeker niet steunt op afdoende algemene guidelines of richtlijnen die daarover worden gegeven, onder meer aan de adviserend geneesheren.

Les médecins qui doivent déterminer le taux d'incapacité de travail ont des opinions divergentes sur le syndrome. Leur évaluation n'est pas fondée sur des directives explicites qui leur auraient été données.



Destijds werden door uw voorganger referentiecentra opgericht om de patiënten te concentreren en om aldus de kennis over deze aandoening te vergroten. Het nadeel is echter dat er wachtlijsten zijn en dat de patiënten soms grote verplaatsingen naar de centra moeten maken. Ze kunnen immers de behandeling in hun eigen streek niet volgen. Mij bereikt trouwens het nieuws dat het referentiecentrum van de KU Leuven dat gevestigd was in Overpelt niet meer werkzaam zou zijn. Dat is dus een bijkomende vraag als ik ze kan en mag stellen. Ik heb ze niet schriftelijk voorbereid maar ik wou u dit toch even vragen.

Mijn vragen zijn de volgende. Hoeveel patiënten zijn er gemiddeld per jaar in behandeling in alle referentiecentra in ons land samen? Over hoeveel patiënten spreken we nu?

Hoe lang duurt zo'n referentiebehandeling gemiddeld? Waaruit bestaat zo'n klassieke behandeling?

Welke resultaten worden er nu behaald inzake verbetering of genezing?

Wat zijn de effectieve kosten die jaarlijks in het budget van het RIZIV of van de ziekteverzekering wordt voorzien?

Zult u het Kenniscentrum met een evaluatieopdracht omtrent de referentiecentra belasten? Zo ja, wanneer?

Wat is uw standpunt ten overstaan van een verdere beleidsaanpak van deze toch wel belangrijke en invaliderende aandoening?

**11.02 Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik zal het heel kort houden. Graag een stand van zaken met betrekking tot het evaluatieonderzoek over de CVS-referentiecentra in België. Heel wat CVS-patiënten blijven immers op hun honger en worden geconfronteerd met te dure en niet-terugbetaalbare onderzoeken, medicatie en dergelijke, om nog te zwijgen over de extra onkosten voor voedingssupplementen, huishoudhulp en zo verder. Die mensen zijn eigenlijk een beetje ten einde raad en vragen een perspectief. U hebt bij vorige vragen steeds verwezen naar het evaluatieonderzoek ter zake. Graag dus een stand van zaken.

**11.03 Minister Rudy Demotte:** Mijnheer de voorzitter, mijnheer Goutry, mevrouw De Meyer, jullie stellen een aantal vragen over de werking van de vijf referentiecentra voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Het gaat hier over centra waarmee het verzekeringscomité van het RIZIV in 2002 een financieringsovereenkomst heeft afgesloten. In het kader van die overeenkomst is er een akkoordraad opgericht. Deze raad is samengesteld uit vertegenwoordigers van referentiecentra en de verzekeringsinstellingen.

Het evaluatierapport van die akkoordraad is ondertussen door het RIZIV afgerond. Het zal binnenkort door het verzekeringscomité worden besproken. De gegevens waarnaar u vraagt, zijn in het rapport terug te vinden. Dat zal binnenkort ook via de website van het RIZIV beschikbaar zijn.

Ten eerste, u vroeg naar het aantal patiënten dat jaarlijks in

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

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

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

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

Trois centres n'ont débuté leurs activités que fin 2002. En 2003 et 2004, un programme de

behandeling is in alle referentiecentra samen. Drie van de vijf centra zijn pas eind 2002 opgestart. In 2003 en 2004 hebben de centra samen voor respectievelijk 570 en 523 vermoedelijke CVS-patiënten een bilanprogramma van multidisciplinaire diagnosestelling aangevat. In dezelfde jaren hebben de centra samen voor respectievelijk 349 en 355 vastgestelde CVS-patiënten een ambulante specifieke revalidatiebehandeling in het centrum opgestart.

diagnostics disciplinaires a été lancé respectivement pour 570 et 523 patients qui souffraient probablement du syndrome. Un traitement de rééducation a été engagé pour respectivement 349 et 355 patients chez qui le syndrome a été constaté.

**11.04 Luc Goutry** (CD&V): Kunt u die aantallen voor 2003 en 2004 nog eens herhalen, mijnheer de minister?

**11.05** Minister **Rudy Demotte**: In 2003 waren dat er 570 en in 2004 523.

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

Vanaf de start van de overeenkomst tot en met 30 juni 2005 hebben de centra samen een bilanprogramma aangevat bij 1.569 patiënten en een revalidatieprogramma bij 965 patiënten. Normaal kunnen de centra jaarlijks binnen hun financieringsenveloppe samen 443 patiënten volledig ten laste nemen.

La durée de la rééducation diffère d'un centre à l'autre. Elle se compose au minimum d'une thérapie comportementale cognitive et d'une thérapie graduelle d'exercices. Au stade actuel des connaissances, il s'agit des seules formes utiles de traitement des intéressés. En dépit d'un grand nombre d'études scientifiques, il n'existe encore aucun traitement curatif du SFC. Le traitement vise à mieux maîtriser ses maux et à promouvoir le fonctionnement du patient.

Ten tweede, de effectieve duur van de revalidatiebehandeling in de centra varieert van centrum tot centrum. De totale duur is zes maanden.

Ten derde, de revalidatiebehandeling bestaat conform de overeenkomst minimaal obligaat uit cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie. Uit recente evidencebasedcommunicatie blijkt ook dat het nog steeds de enige behandelvormen zijn waarvan is aangetoond dat CVS-patiënten er baat bij kunnen hebben. Deze behandelingen zijn geen curatieve behandelingen. Ondanks massaal wetenschappelijk onderzoek naar CVS bestaat er nog geen causale behandeling voor deze aandoening.

De bedoeling van cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie is het bewerkstelligen van een betere beheersing van de CVS-klachten en een verbetering van het functioneren van de getroffen patiënten.

Ten vierde, wat de resultaten van de revalidatiebehandeling in de centra betreft, blijkt uit de evaluatiestudie dat die, enerzijds, leidt tot een vaak statistisch significante verbetering van de CVS-klachten en de levenskwaliteit. Anderzijds lijkt ze, gemiddeld genomen, geen effect te hebben op de cardiorespiratoire inspanningscapaciteit van de patiënten en op hun beroepsmatig functioneren.

L'étude évaluative démontre que la thérapie rééducative aboutit à une amélioration significative de la qualité de vie du patient. Pourtant, cette thérapie n'amoinçrit pas la capacité d'efforts cardio-respiratoires du patient ni son aptitude à exercer sa profession. En règle générale, les résultats sont moins bons que prévus mais il s'agit souvent de patients qui souffraient déjà de ce syndrome depuis cinq ans en moyenne. Selon le *Center for Disease Control and Prevention*, le critère de durée pour le SFC est de six mois. Il en résulte que le pronostic thérapeutique est moins bon. En outre, la population de

De resultaten zijn globaal dan ook minder goed dan verwacht. Bij de interpretatie van de minder goede resultaten dient er echter wel rekening mee te worden gehouden dat de behandelde patiënten vaak reeds heel lang chronisch vermoeid zijn. Gemiddeld zijn zij reeds vijf jaar chronisch vermoeid, terwijl het durcriterium voor CVS volgens de definitie van de centres for disease control zes maanden is.

De behandelingsprognose is minder goed bij een lange ziektegeschiedenis. In tegenstelling tot evidencebasedpublicaties, waarnaar ik zonet heb verwezen, is de patiëntenpopulatie van de centra ook minder geselecteerd. De referentiecentra behandelen bijvoorbeeld ook patiënten met comorbide, psychiatrische

pathologieën. Toch roepen de minder goede resultaten de vraag op of de behandeling, onder meer naar de vorm ervan, niet anders moet worden verstrekt om betere resultaten te behalen. Zouden er bijvoorbeeld niet meer individuele zittingen moeten worden verstrekt? Dat is een van de vragen die werd gesteld.

Ten vijfde, in de begroting van de ziekteverzekering is voor de vijf referentiecentra samen een maximale jaarenvelop van 1,7 miljoen euro gereserveerd.

Ten zesde, een bijkomende evaluatie door het Kenniscentrum lijkt mij momenteel niet aan de orde, gezien het evaluatierapport over CVS-referentiecentra dat het RIZIV reeds zelf heeft opgesteld.

Ten zevende, het is de bedoeling om het van de conclusie van het evaluatierapport vertrekkende, tot nu toe gevoerde beleid inzake CVS bij te sturen. Het College van geneesheren-directeuren van het RIZIV heeft ter zake een beleidsplan opgesteld, dat aan het verzekeringscomité zal worden voorgelegd. Het beleidsplan bevat een aantal oplossingsgerichte maatregelen voor de problemen, waarnaar de geachte leden in hun vragen verwijzen.

Eenzijds stelt het college een aantal aanpassingen voor die aanleiding zouden moeten geven tot een vluggere doorstroming van de patiënten. Anderzijds stelt het college aanpassingen voor die ervoor moeten zorgen dat de eigenlijke revalidatie niet perifeer in het thuismilieu van de patiënten wordt verstrekt. Die laatste aanpassingen hebben onder meer betrekking op het verbeteren van de financiële toegankelijkheid van perifere cognitieve gedragstherapeuten. Dat vereist wel een aantal wijzigingen in de reglementeringen van de ziekteverzekeringen, die de nodige, administratieve voorbereidingstijd vereisen.

Daardoor zullen zij slechts op middellange termijn gerealiseerd kunnen worden.

**11.06 Luc Goutry (CD&V):** Ik dank u, mijnheer de minister. Het is een uitgebreid en interessant antwoord over een aandoening waarover grote verdeeldheid heerst en die zeer invaliderend kan zijn voor heel wat mensen. Ik meen dat wij inderdaad alle mogelijke evaluatiekanalen moeten gebruiken om stappen vooruit te doen. Over het College voor geneesheren-directeuren hebt u natuurlijk niet gezegd waarover het zou gaan, alleen hebt u meegegeven dat zij richtlijnen zullen verstrekken die de adviserende geneesheren zouden moeten toelaten beter te kunnen oordelen over de werkonbekwaamheid. Wat dat betreft, blijven wij toch uitzien of dat vooruitgang kan brengen.

Er was nog een vraag – maar die had ik pas tijdens de vergadering toegevoegd, mijnheer de minister – over het referentiecentrum van de KUL. Weet u of dat opgedoekt is, of dat het niet meer zou werken?

**11.07 Minister Rudy Demotte:** Ik heb geen informatie daarover, neen.

patients présente des contours moins nets étant donné que des personnes atteintes de troubles psychiatriques sont également traitées. Il conviendrait peut-être, pour obtenir de meilleurs résultats, d'administrer ce traitement sous une autre forme.

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

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

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

**11.07 Rudy Demotte, ministre:** Je ne peux pas vous fournir d'informations à ce sujet pour le

moment.

**11.08 Luc Goutry** (CD&V): U zegt dat het evaluatierapport klaar is, dat het op de website zal komen. Is dat voor zeer binnenkort?

**11.09** Minister **Rudy Demotte**: Ik heb geen andere antwoorden dan de schriftelijke antwoorden van mijn administratie. Ik kan natuurlijk de vraag stellen maar ik kan daar nu niet op antwoorden.

**11.10 Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Ik ben ook bijzonder benieuwd om dat rapport te zien. Ik ben blij dat er toch een aantal maatregelen in de pipeline zal zitten op basis van dat rapport.

Toch blijf ik een beetje op mijn honger zitten. Veel van die patiënten zijn compleet gedesoriënteerd in het dagelijkse leven. Ik bedoel hiermee dat zij gewone dagdagelijkse dingen niet meer kunnen doen, gewoon het huishouden bijvoorbeeld. Er is geen enkele tegemoetkoming op dat vlak. Dat kan echt problematisch zijn voor mensen die er alleen voor staan, bijvoorbeeld. Wij zouden daarvoor toch een oplossing moeten kunnen zoeken want de betrokkenen stellen de terechte vraag hoe zij nog kunnen blijven functioneren binnen de maatschappij zonder dat zij voor de meest dagelijkse verzorging een beroep kunnen doen op iemand.

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

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

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

**12.01 Véronique Ghene** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la Commission européenne a annoncé dans le courant du mois d'août que le secteur cosmétique devrait, à la demande du consommateur, fournir des informations sur les possibles effets indésirables de substances chimiques introduites dans la fabrication de cosmétiques. La Commission pensait, au départ, ériger cette information en obligation de manière à ce que tout groupe cosmétique utilisant des produits chimiques déclare certains composants via une notice explicative, à l'instar de ce qui se fait pour les médicaments. Cette ambition a été revue à la baisse à la suite d'une demande du secteur de ne pas pénaliser ses bénéficiaires par des procédures coûteuses d'essais et de déclarations. Les consommateurs pourront dès lors faire des demandes d'information par téléphone ou sur le site internet du fabricant.

Au vu de l'annonce ainsi faite par la Commission européenne relativement à l'information à donner au consommateur par le secteur cosmétique, mes questions sont les suivantes.

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

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

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

Dès lors que cette information découle d'un engagement du secteur et qu'il s'agit plutôt de lignes directrices non coulées dans une législation européenne, qu'en est-il en cas de non-respect des engagements de l'industrie? J'aurais aimé savoir si la Belgique envisageait de remédier à cette lacune. Si oui, de quelle manière?

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

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

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

**12.02 Rudy Demotte**, ministre: Monsieur le président, les produits cosmétiques sont réglementés par l'arrêté royal du 15 octobre 1997 qui transpose la directive européenne 76/768 relative aux produits cosmétiques. Cette directive prévoit en effet depuis le 11 novembre 2004 que les firmes cosmétiques communiquent au public les informations sur la composition des produits et leurs éventuels effets indésirables.

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

Les informations suivantes doivent être communiquées à la demande du consommateur: la composition qualitative qui figure déjà sur le conditionnement, la composition quantitative pour certains ingrédients et les effets indésirables rapportés. Les produits cosmétiques peuvent, en effet, être responsables de réactions indésirables, principalement des réactions allergiques ou d'irritation.

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

La Commission européenne vient de publier les lignes directrices qui précisent les modalités d'accès à ces informations ainsi que le type de données à communiquer. Nous préparons un arrêté ministériel basé sur ces lignes directrices qui prévoit que la demande pourra être introduite par courrier postal, par courrier électronique ou par téléphone. Le conditionnement de chaque produit doit porter l'adresse du responsable de la mise sur le marché. En outre, l'industrie met à disposition du public sur le site [www.europeancosmetics.info](http://www.europeancosmetics.info) la liste des points de contact d'un grand nombre de firmes cosmétiques en Europe.

De Europese Commissie heeft onlangs krachtlijnen gepubliceerd voor de toegang tot die informatie en met betrekking tot het soort gegevens dat moet worden meegedeeld. Een ministerieel besluit, dat op die krachtlijnen is gebaseerd en dat bepaalt dat het verzoek per post, via e-mail of telefonisch kan worden geformuleerd, is momenteel in voorbereiding. Op de verpakking

En ce qui concerne les informations relatives aux effets indésirables, l'arrêté prévoit qu'elles soient complètes et précisent la fréquence et la nature des effets indésirables liés au produit. Le responsable peut également indiquer si le lien de causalité a été établi ou non.

Dès l'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel, ces dispositions seront contraignantes et devront donc être respectées par toutes les firmes cosmétiques. Lorsque l'arrêté paraîtra au Moniteur belge, une newsletter sera publiée sur le site internet de la Santé publique afin d'informer le public et les autres parties prenantes.

van elk product dient de naam te worden vermeld van de persoon die instaat voor het op de markt brengen ervan. Het besluit bepaalt tevens dat de inlichtingen met betrekking tot de ongewenste bijwerkingen van het product volledig moeten zijn.

**12.03 Véronique Ghenne (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Un arrêté royal sera donc bientôt publié mais j'aurais aussi aimé savoir si une campagne d'information allait être programmée. Les consommateurs doivent introduire une demande écrite ou par téléphone mais encore faut-il qu'ils soient au courant de la chose.

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

**12.04 Rudy Demotte, ministre:** À partir du moment où des adresses de contact figureront sur les étiquettes et que nous expliquerons que les responsables seront joignables par téléphone ou encore que l'information sera accessible sur un site internet, nous ne pourrons évidemment pas faire autre chose. Aucune autre campagne d'information grand public n'est prévue.

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

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

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

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

**13.01 Annemie Turtelboom (VLD):** Mijnheer de minister, in Nederland is het jaaroverzicht 2005 van de Roland Berger Strategy Consultants voorgesteld. Een opmerkelijke bevinding van dat rapport is dat kleine ziekenhuizen in medisch en financieel opzicht beter scoren dan de grotere ziekenhuizen. Veel ziekenhuizen kopen weinig efficiënt in en veroorzaken daardoor een kostenverhoging. Ook de medische prestaties werden bekeken. Daaruit blijkt dat een goede kwaliteit en een gezonde financiële bedrijfsvoering vaak samengaan. Dat ziekenhuisfusies tot schaalvergrotingen leiden en dus tot meer efficiëntie en lagere kosten, gaat volgens de onderzoekers niet op. Zo zouden grotere ziekenhuizen twee keer zoveel operaties doen dan kleine en in kleine ziekenhuizen worden per werknemer 25 procent meer patiënten behandeld. Tot slot zou in grotere ziekenhuizen de patiënt minder centraal staan, doordat de planning complexer is.

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

Vandaar mijn vraag, mijnheer de minister. Bestaat er een gelijkaardig onderzoek in België? Wat zijn de resultaten van dat onderzoek? Als een dergelijk onderzoek nog niet bestaat, bent u dan van plan om een gelijkaardig onderzoek te laten uitvoeren?

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

**13.02** Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw Turtelboom, het verzamelen van de voor dat onderzoek noodzakelijke gegevens gebeurt elk jaar via Finhosta. Volksgezondheid heeft op zijn website ten behoeve van het publiek en van de ziekenhuizen een toepassing geplaatst, die veertig financiële indicatoren bevat die elk jaar worden bijgewerkt, waarmee men de evolutie van de doeltreffendheid en de kwaliteit van het beheer van de ziekenhuizen over drie jaar kan volgen. Dat instrument voor benchmarking laat elke instelling toe zichzelf ten opzichte van andere instellingen van haar type te vergelijken.

Ten tweede, wanneer men de cijfers bestudeert, kan men de verbetering van de financiële gezondheid van de ziekenhuizen van 2002 tot 2004 volgen, over enkele weken ook tot 2005. Met die toepassing kan elke instelling haar eigen analyse maken, rekening houdend met haar kenmerken. Bovendien kan men zijn score op basis van het balanced scoreboard bekijken. Die levert een kwalitatieve benadering van de sector Gezondheidszorg op basis van de verschillende parameters van de minimale klinische gegevens, het financiële beheer en het humanresourcesbeleid.

De toepassing is gericht op de algemene ziekenhuizen. In juni hield de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Milieu een symposium hierover.

Ten derde, analyses en onderzoek kunnen gebeuren op basis van de gegevens van de FOD. Zo kan men bijvoorbeeld de cijfers over het aantal verblijven ten opzichte van het aantal voltijdse equivalenten verkrijgen. Dat levert ter illustratie een tabel op – die ik zal verdelen – waaruit blijkt dat ziekenhuizen van 200 tot 299 bedden 18 procent meer verblijven halen per voltijdse equivalent dan de ziekenhuizen van meer dan 450 bedden. Dat cijfer moet echter genuanceerd worden met informatie over het type van patiënten die worden behandeld in de grote of universitaire ziekenhuizen. Die patiënten kunnen namelijk ernstigere gevallen zijn of er langer verblijven wegens de pathologie of de sociale kwetsbaarheid.

*Voorzitter: Luc Goutry.*

*Président: Luc Goutry.*

**13.03** **Annemie Turtelboom** (VLD): Mijnheer de minister, inderdaad, zoals u zegt, moeten de cijfers een beetje worden genuanceerd. Het is toch wel markant dat ook hier de stelling, op basis van wat u zegt, dezelfde richting uitgaat. De kleinere ziekenhuizen blijken efficiënter te zijn dan grote ziekenhuizen. Vandaar dat ik denk dat het nuttig is om alles eens goed na te gaan. Wat is de aard van de patiënten? Kan die 18% zomaar worden doorgerekend, of in welke mate moet dat worden genuanceerd?

Vanmorgen heb ik mij niet aangesloten bij de vragen over de pediatrie, maar ik heb mijn vraag gesteld omdat ze toch wel een beetje in dezelfde lijn zit. De vraag rijst of het 'd'office' goed is dat we naar schaalvergrotingen gaan. Is het goed dat een bepaald aantal pediatrieafdelingen moet sluiten, en dat alles gecentraliseerd wordt in grote ziekenhuizen? U kent mijn mening daarover; ik denk dat ik daar al twee jaar lang zeer duidelijk in ben. Toen ik afgelopen zomer dat onderzoek las, voelde ik mij eigenlijk een beetje gesterkt door de analyses die in Nederland werden gemaakt. Het gaat namelijk de richting uit die mijn buikgevoel al aangeeft: voor zaken die niet

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

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

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

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

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

Lorsque les chiffres sur le site

complex zijn, moet je niet altijd in de grote ziekenhuizen zijn.

Mijnheer de minister, er zijn cijfers raadpleegbaar via de website. Zijn die cijfers voor iedereen publiek toegankelijk? Ik zal ze dan zeker eens consulteren en zelf eens een analyse maken op basis van de cijfers die voorhanden zijn, om mijn stelling nog verder te verfijnen.

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

De **voorzitter**: Collega Turtelboom, ik heb u trouwens erg gemist vanmorgen.

**13.04 Annemie Turtelboom** (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik heb gehoord dat u mij hebt gemist. Ik moet echter wel een correctie aan uw opmerking aanbrengen, want die was niet juist.

De **voorzitter**: Het incident werd echter al gesloten om ongeveer 12 uur vanmorgen.

**13.05 Annemie Turtelboom** (VLD): (...)

De **voorzitter**: De afwezigen hebben altijd ongelijk.

#### **14 Questions jointes de**

- **M. Yvan Mayeur au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement du Fonds de lutte contre le tabagisme" (n° 12579)**

- **Mme Karine Jiroflée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'industrie du tabac et la Fondation Rodin" (n° 12648)**

#### **14 Samengevoegde vragen van**

- **de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van het Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik" (nr. 12579)**

- **mevrouw Karine Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tabaksindustrie en de Rodinstichting" (nr. 12648)**

**14.01 Yvan Mayeur** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la création du Fonds de lutte contre le tabagisme suscite un certain nombre d'interrogations auprès de divers industriels du tabac présents sur le marché belge.

On se souvient que la création de ce fonds est inscrite au cœur de la loi-programme de décembre 2003. Cette disposition a été remplacée par un autre article de la loi-programme de 2004, qui prévoit qu'un montant de 2 millions d'euros est mis à charge du budget des frais d'administration de l'INAMI pour financer le Fonds de lutte contre le tabagisme.

Cependant, certains cigarettiers estiment que le Fonds implique une contribution directe ou indirecte de leur part. Il semblerait au contraire que ce fonds doive être financé par le budget des Voies et Moyens et la TVA. Pourriez-vous dès lors indiquer si cette dernière appréciation est exacte ou si, au contraire, une contribution particulière directe ou indirecte des différents cigarettiers sera sollicitée.

**14.02 Karin Jiroflée** (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de Rodin-stichting en gaat lichtjes een

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

**14.01 Yvan Mayeur** (PS): De oprichting van het Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik doet bij de Belgische tabaksproducenten heel wat vragen rijzen.

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

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

**14.02 Karin Jiroflée** (sp.a-spirit): Nous avons appris dans la presse



andere richting uit dan de vraag van collega Mayeur.

Op woensdag 4 oktober laatstleden verscheen in de pers een artikel waarin gesteld werd dat de Rodin-stichting, die onderzoek voert naar tabakspreventie bij jongeren, studies over de perceptie van adolescenten ten opzichte van tabak zou doorspelen aan de tabakindustrie.

Uiteraard is het heel interessant in verband met de marketingstrategie van de tabakindustrie om te weten hoe jongeren staan tegenover tabak, welke elementen en gevoeligheden spelen bij jongeren als het over roken gaat. Men kan er uiteraard zijn marketing op afstemmen.

Het is reeds een beetje absurd – hier sluit ik aan bij de vraag van collega Mayeur – dat die hele financiering niet helemaal duidelijk is. De stichting die de preventie zou moeten verzorgen zou ten dele gefinancierd worden door desbetreffende industrie. Deze beweringen over het doorspelen van onderzoeksgegevens gaan echter toch nog een stap verder.

Mijnheer de minister, ik had graag geweten of u weet of deze beweringen correct zijn, of deze praktijken zijn toegelaten door de wet en of u plant om daartegen iets te ondernemen.

**14.03 Rudy Demotte**, ministre: Monsieur le président, le Fonds que j'ai institué dans le cadre du plan fédéral de lutte contre le tabagisme est un fonds public. Ce fonds est une innovation dès lors qu'il est intégralement financé par l'État. L'instauration de ce fonds public de lutte contre le tabagisme a été inscrite au cœur de la loi-programme du 22 décembre 2003. Les articles 116 et 258 de la loi-programme disposent que ce financement provient du prélèvement d'une quote-part du budget des frais d'administration de l'INAMI alimenté par les recettes de la TVA.

En d'autres termes: il n'y a aucun financement direct ou indirect par le secteur.

En 2004, un montant de 1 million d'euros a été alloué à ce fonds. En 2005, le financement a été doublé, s'élevant ainsi à 2 millions, vous aurez pu faire le calcul vous-mêmes. Le fonds de lutte contre le tabagisme est devenu opérationnel à la fin de l'année 2004 et permet principalement de financer l'accompagnement des mesures d'exécution du plan fédéral.

La constitution de ce fonds est donc totalement indépendante du secteur du tabac. Je le répète: aucune contribution, ni directe, ni indirecte n'est sollicitée de cette industrie. J'insiste une dernière fois sur le fait que ce fonds est une initiative de l'État.

Wat de Rodinstichting betreft, ik kan mij niet uitspreken over haar praktijken, noch over haar contacten die ze onderhoudt met sigarettenonderhandelaars, noch over het wettelijk kader waarin ze opereert.

Ik kan enkel zeggen dat de uitvoering van het federaal plan ter

que la Fondation Rodin, qui consacre des études à la prévention du tabagisme chez les jeunes, transmettrait des informations concernant la perception du tabac par les jeunes à l'industrie du tabac. Il appert en outre que cette Fondation serait partiellement financée par les cigarettiers.

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

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

Met andere woorden gebeurt er geen financiering door de sector.

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

Je ne puis me prononcer sur les pratiques, les contacts ou le cadre légal de la fondation Rodin.

Il est toutefois certain que la mise

bestrijding van het tabaksgebruik, dat ik stuur, volledig losstaat van deze stichting. Ik denk dat dit duidelijk is.

en oeuvre du plan fédéral de lutte contre le tabagisme n'a aucun lien avec cette fondation.

**14.04 Yvan Mayeur (PS):** Dat is duidelijk, inderdaad.

**14.05 Karin Jiroflée (sp.a-spirit):** Als het zo duidelijk is als de minister zegt, is het duidelijk en is dat goed voor mij.

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

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

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

**15.01 Luc Goutry (CD&V):** Mijnheer de minister, dit probleem heb ik ook verleden jaar aangebracht in volle hevigheid. Aanstaande zaterdag als ik mij niet vergis, 28 oktober, is er opnieuw een groot toelatingsexamen voor afgestudeerde kinesisten om te weten of zij, ondanks hun afstuderen en hun diploma, toch een toelatingsnummer voor het RIZIV kunnen krijgen.

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

Vorig jaar was dat ook al het geval. Wij hebben ons daar absoluut negatief over uitgelaten, omdat wij het moreel onaanvaardbaar vinden dat op die manier gediplomeerde mensen geen toelating krijgen hun beroep uit te oefenen. Dit is een uitstroombepanking: zij krijgen een RIZIV-nummer en kunnen niet vrij kiezen om hun beroep uit te oefenen. Die uitstroombepanking is onaanvaardbaar: als er te veel mensen zijn voor een bepaald specialisme, moet men beperken bij het begin, zoals bij de dokters met een toelatingsexamen. Het is toch niet gepermitteerd dat men dit doet op het einde, eens die mensen hun bekwaamheid hebben bewezen. Een beperking moet gebeuren op het moment dat men de studies aanvat, zoals ik al zei.

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

Mijnheer de minister, wat mij het meest stoort in het dossier, zoals u weet, is iets wat ik verleden jaar al heb gezegd. Niemand spreekt mij tegen. Integendeel, onderzoekers bevestigen mij dat men de komende jaren eerder naar een tekort van kinesisten zal gaan in plaats van een overschot. Ik blijf dat maar zeggen en niemand spreekt mij tegen. De heer Pacolet van het HIVA en andere onderzoekers zeggen mij dat uit cijfers blijkt dat we eerder een tekort aan kinesisten zullen kennen binnen dit en vijf jaar dan wel een overschot. Vandaar dat het mij totaal ontgaat waarom men nu afgestudeerden niet toelaat om hun beroep volledig uit te oefenen, zoals onder meer een zelfstandige activiteit uitbaten of zelfstandig optreden in een rust- of ziekenhuis.

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

Het gaat om het oplossen van een tijdelijk probleem dat op een veel verstandigere manier zou kunnen worden opgelost dan door zo'n drastische en onrechtvaardige maatregel. Bovendien zijn de proeven en de vragen die de deelnemers moeten doorstaan op zijn zachtst gezegd weinig relevant om te beoordelen of iemand vakbekwaam is. Ik heb daar vorig jaar een voorbeeld van gegeven. Wij hebben hier vragen bekeken die op het examen werden gesteld. U hebt zelf kunnen oordelen dat dit ongerijmd was en men op basis van dergelijke vragen niet kan oordelen of iemand vakbekwaam is.

L'année dernière, 104 diplômés flamands n'ont pas été sélectionnés pour les prestations. Sont-ils inclus dans le quota? Les questions d'examen sont-elles adaptées pour permettre une

Mijnheer de minister, ten eerste, in juli hebt u geantwoord dat u verwachtte dat er in 2006 te veel Vlaamse kinesisten zouden afstuderen. Hebt u ondertussen het definitieve cijfer?

Ten tweede, hoeveel zijn er dat in de Franse Gemeenschap? Hoeveel zijn er afgestudeerd? Hoeveel Belgen en hoeveel buitenlanders?

Ten derde, er waren verleden jaar 104 Vlaamse gediplomeerde kinesisten niet geselecteerd voor de prestaties. Worden die bij het quotum geteld?

Ten vierde, worden de examenvragen aangepast zodat zij een correctere evaluatie toelaten?

Ten vijfde, hoe staat de minister tegenover de stelling dat het aantal afgestudeerden de eerstkomende jaren wellicht onder het quotum zal vallen?

Ik heb nog een laatste technische vraag. Uit onderzoek blijkt dat afgestudeerden van 2006 nu een tijdelijk nummer krijgen tot na het examen.

Zij die vorig jaar niet door het examen geraakten, hebben natuurlijk geen tijdelijk nummer. Die moeten opnieuw aan de proef deelnemen. Wanneer kunnen die ooit een definitief nummer hebben? Krijgen zij opnieuw een tijdelijk nummer van september tot december of moeten zij gewoon wachten tot 1 januari op hun definitieve nummer? Dat is een bijkomende vraag, die ik niet op voorhand schriftelijk had gesteld. Mijnheer de minister, ik leg ze u voor, maar ik aanvaard het natuurlijk als u nu niet zou kunnen antwoorden op die vraag.

**15.02** Minister **Rudy Demotte**: Op uw eerste en tweede vraag is het antwoord het volgende. Zoals u weet, is de inschrijvingsdatum voor het selectie-examen reeds voorbij, dus heb ik de exacte cijfers van de personen die zich ingeschreven hebben voor het examen. Die cijfers zijn voor mij relevanter dan het aantal afgestudeerden in 2006. Wat u een uitstroombeperking noemt, is in feite een instroombeperking ter hoogte van het RIZIV.

Er worden geen beperkingen gelegd op het aantal studenten dat mag afstuderen, dat is immers gemeenschapsmaterie, maar wel op het aantal kinesitherapeuten dat als zelfstandige prestaties in het raam van de verplichte ziekteverzekering terugbetaald kan krijgen.

In feite gaat het zelfs om terugbetaling aan de patiënt. Een voldoende toegang tot kwaliteit tegen een redelijke prijs garanderen voor de patiënten, nu en in de toekomst, is voor mij perfect moreel aanvaardbaar.

Aan de kant van de Vlaamse Gemeenschap hebben 374 personen zich ingeschreven, waarvan 370 op valabele wijze. Dit jaar zullen er dus 270 gediplomeerde kinesitherapeuten toegang krijgen en 100 personen zullen niet geselecteerd worden. Een groot tekort in vergelijking met de quota zie ik dus niet.

Aan de kant van de Franstalige Gemeenschap hebben 174 personen zich ingeschreven, waarvan 172 op valabele wijze. Dat cijfer ligt onder

évaluation correcte? Le nombre de diplômés sera-t-il inclus dans le quota au cours des prochaines années?

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

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

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

de grenswaarde waarbij het examen moet worden georganiseerd. Dit jaar zullen er dus 172 Franstalige gediplomeerde kinesitherapeuten toegang krijgen.

Het overschot van vorig jaar was bepaald op 12 en is nu bijna volledig opgebruikt. Indien alle 172 Franstalige kinesitherapeuten een RIZIV-nummer aanvragen, blijven er dus 4 meer over dan de voorziene quota over de twee jaren samen. Een groot tekort zie ik daar evenmin.

Ten derde, het koninklijk besluit van 22 juni 2005, waarin de criteria en de regels voor het vergelijkend examen voor kinesitherapeuten werden vastgelegd, bepaalt het aantal kandidaten dat kan worden geselecteerd voor de jaren 2005 tot en met 2009. Dit aantal kan worden gewijzigd indien in een voorgaand jaar het aantal geselecteerde kinesitherapeuten niet overeenstemt met die vastgelegde aantallen. Aangezien dit in 2005 niet het geval was voor de kandidaten behorende tot de Vlaamse Gemeenschap, blijft het quotum in 2006 voor hen ongewijzigd.

Wat de Franse Gemeenschap betreft, waren er vorig jaar meer kandidaten dan het quotum. Aangezien het aantal kandidaten binnen de toegelaten overschrijdingsmarge bleef, werd in overeenstemming met het voormelde koninklijk besluit, geen examen georganiseerd en waren alle kandidaten automatisch geselecteerd. Conform hetzelfde koninklijk besluit is het quotum voor kinesitherapeuten van de Franse Gemeenschap in 2007 verminderd met het verschil tussen het quotum in 2005 en het aantal geselecteerde kinesitherapeuten in 2005. In het selectiereglement werd dit uitvoerig uitgelegd zodat alle betrokkenen over deze informatie konden beschikken bij de start van de inschrijvingsperiode. Ik wil ook verduidelijken dat de kandidaten die niet werden geselecteerd in 2005 de mogelijkheid hebben gekregen om zich in te schrijven voor het examen in 2006.

Ten vierde, de examenvragen van 2005 werden geëvalueerd door Selor en de universitaire teams die de respectieve onderdelen van het examen hebben voorbereid. Daarbij werd onder meer het discriminatoire karakter van elke vraag bekeken. Uit die evaluatie bleek dat sommige vragen moesten worden vervangen, wat dan ook is gebeurd. Ik heb al de nodige stappen gezet opdat ook de vragenlijst van 2006 grondig zou worden geanalyseerd.

Bij het opstellen van de examenvragen voor 2007 zal het dan ook mogelijk zijn om zich te baseren op de wetenschappelijke analyse van twee voorgaande jaren.

Ten slotte, een quotum is een dynamisch gegeven, geen statisch gegeven. Ik beschik over geen enkel tastbaar gegeven dat doet aannemen dat het aantal studenten kinesitherapie lager zal komen te liggen dat het quotum. Ik ben ervan overtuigd, als dat het geval zou zijn, dat de planningcommissie desgevallend zal voorstellen om de quota in die zin aan te passen.

Aangaande uw laatste vraag zal ik aan mijn diensten vragen u een antwoord te geven.

valablement. Ce chiffre est inférieur au plafond prévu pour l'organisation d'un examen. 172 kinésithérapeutes francophones seront donc agréés par l'Inami.

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

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

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

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

Somme toute, un quota est une

donnée dynamique. Si le nombre d'étudiants en kinésithérapie diminue trop, la commission de planification pourra donc abaisser les quotas.

Je communiquerai votre dernière question à mes services.

**15.03 Luc Goutry (CD&V):** Mijnheer de minister, wij zullen van mening blijven verschillen over dat punt. Ik blijf het onaanvaardbaar vinden dat u, als u wil contingenten, dat niet doet bij het begin, zoals bij dokters, via een toelatingsexamen. Dat is een perfect federale bevoegdheid. Die maatregel werd indertijd genomen door minister Colla, een van uw voorgangers. Ze heeft geleid tot toelatingsexamens inzake geneesheren.

**15.03 Luc Goutry (CD&V):** Je reste convaincu que le contingentement doit avoir lieu au début, sous la forme d'un examen d'admission. C'est une position que le ministre pourra défendre sans aucun problème.

**15.04 Minister Rudy Demotte:** (...)

**15.05 Luc Goutry (CD&V):** Toch wel. Als u een contingent vooropstelt, dan kunt u dat perfect handhaven.

**15.06 Minister Rudy Demotte:** Veel van mijn voorgangers hadden kaders opgesteld, en ik moet ze uitvoeren.

**15.06 Rudy Demotte, ministre:** Je dois mettre en oeuvre les cadres prévus par mes prédécesseurs.

**15.07 Luc Goutry (CD&V):** Daarover blijft de discussie bestaan. Veel dingen die van uw voorgangers komen, hebt u niet uitgevoerd. Andere zaken hebt u wel uitgevoerd. Het blijft dus een dovemansgesprek. Maar het is onaanvaardbaar dat mensen na studies en investeringen tenslotte geen toegang kunnen krijgen tot de volledigheid van het beroep.

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

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

De **voorzitter:** Collega's, ik roep even op tot overleg. Ik zie dat de heer Ducarme al de hele tijd geduldig zit te wachten. Voorzitter Mayeur heeft hem gezegd dat hij zijn vraag nog zou kunnen stellen, dus dat we nog tot dat agendapunt zouden doorwerken. Eerst komt er nog een punt samengevoegde vragen van mezelf en mevrouw Vautmans. We kunnen dus nog twee agendapunten behandelen. Voorzitter Mayeur heeft aan de heer Ducarme gezegd dat er gewerkt zou worden tot aan agendapunt 37.

**15.08 Daniel Ducarme (MR):** Monsieur le président, il était prévu que je vienne ce matin à 10.15 heures. Je me suis arrangé pour venir plus tard. Aucun impératif de temps extraordinaire ne s'impose en ce qui concerne l'interpellation que j'ai déposée. Si, étant donné le rythme que le Parlement fait subir actuellement à M. le ministre en début de session, on peut alléger son travail en reportant mon interpellation, c'est très volontiers que je le ferai... mais pas à l'année prochaine, bien entendu!

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

De **voorzitter:** Het zal hoe dan ook 14 november worden.

**15.09 Rudy Demotte, ministre:** Vous pouvez toujours m'adresser une question écrite entre-temps, monsieur Ducarme!

**15.10 Daniel Ducarme (MR):** Monsieur le président, cela ne me pose pas de problème si c'est reporté en novembre.

Le **président**: Monsieur Ducarme, vous êtes trois orateurs à poser une question sur le sujet. Il s'agit des questions et interpellation jointes n<sup>os</sup> 951, 12593, 12645.

Êtes-vous d'accord de reporter votre interpellation au 14 novembre? (*Assentiment*)

Le 7 novembre, c'est le ministre Dupont qui répondra, étant donné que nous n'avons pas de question pour M. Demotte.

Mevrouw Vautmans, onze vragen worden ook uitgesteld tot 14 november.

**15.11 Hilde Vautmans** (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik ben dan in het buitenland.

De **voorzitter**: Omdat u zo vriendelijk bent het uit te stellen, zal ik ze dan ook niet 14 november, maar de vergadering daarop stellen.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.00 uur.*

*La réunion publique de commission est levée à 17.00 heures.*