



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

14-03-2006

14-03-2006

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)

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
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
www.laChambre.be	www.deKamer.be
e-mail : publications@laChambre.be	e-mail : publicaties@deKamer.be

SOMMAIRE

Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets nocifs pour les bébés de la présence de chlore dans l'eau de piscine" (n° 9940)

Orateur: **Miguel Chevalier**

Questions jointes de
- Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des frais d'hospitalisation pour les patients" (n° 10062)

- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des coûts d'hospitalisation pour les patients" (n° 10691)

Orateurs: **Greta D'hondt, Benoît Drèze, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nouveau comportement des femmes en matière de contraception" (n° 10137)

Orateurs: **Miguel Chevalier, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Marie-Claire Lambert au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des personnes atteintes du syndrome d'Alström" (n° 10141)

Orateurs: **Marie-Claire Lambert, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Inga Verhaert au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions à l'octroi de licences d'exportation pour les médicaments destinés aux pays en voie de développement" (n° 10162)

Orateurs: **Inga Verhaert, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assistance au suicide" (n° 10298)

Orateurs: **Hilde Dierickx, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Talbia Belhouari au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation des médecins généralistes à la problématique de la violence conjugale" (n° 10159)

Orateurs: **Talbia Belhouari, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

INHOUD

Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijke effecten bij baby's van chloor in het zwembadwater" (nr. 9940)

Spreker: **Miguel Chevalier**

Samengevoegde vragen van
- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijgende ziekenhuiskosten voor de patiënt" (nr. 10062)

- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gestegen kosten van een ziekenhuisverblijf voor de patiënten" (nr. 10691)

Sprekers: **Greta D'hondt, Benoît Drèze, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gewijzigde houding van vrouwen inzake anticonceptie" (nr. 10137)

Sprekers: **Miguel Chevalier, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tenlasteneming van personen die aan het syndroom van Alström lijden" (nr. 10141)

Sprekers: **Marie-Claire Lambert, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Inga Verhaert aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorwaarden voor exportlicenties voor medicijnen die worden uitgevoerd naar ontwikkelingslanden" (nr. 10162)

Sprekers: **Inga Verhaert, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hulp bij zelfmoord" (nr. 10298)

Sprekers: **Hilde Dierickx, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Talbia Belhouari aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sensibiliseren van de huisartsen voor de problemen van partnergeweld" (nr. 10159)

Sprekers: **Talbia Belhouari, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

<p>Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres privés de chirurgie esthétique" (n° 10245)</p> <p><i>Orateurs:</i> Dominique Tilmans, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	16	<p>Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de privé-centra voor esthetische chirurgie" (nr. 10245)</p> <p><i>Sprekers:</i> Dominique Tilmans, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	16
<p>Questions jointes de</p> <p>- Mme Karine Jiroflée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique de lutte contre le tabagisme" (n° 10246)</p> <p>- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la répartition des moyens du Fonds fédéral de lutte contre le tabagisme" (n° 10408)</p> <p>- Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance du CREA comme organisme d'utilité publique" (n° 10552)</p> <p><i>Orateurs:</i> Karin Jiroflée, Koen Bultinck, Muriel Gerkens, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	17	<p>Samengevoegde vragen van</p> <p>- mevrouw Karine Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het antitabaksbeleid" (nr. 10246)</p> <p>- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van de middelen van het federaal Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik" (nr. 10408)</p> <p>- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van het CREA als stichting van openbaar nut" (nr. 10552)</p> <p><i>Sprekers:</i> Karin Jiroflée, Koen Bultinck, Muriel Gerkens, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	17
<p>Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des médecins en revalidation pour les centres de revalidation autonomes" (n° 10290)</p> <p><i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	23	<p>Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van revalidatieartsen voor de autonome revalidatiecentra" (nr. 10290)</p> <p><i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	23
<p>Question de M. Jean-Marc Delizée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences pour les petits hôpitaux ruraux de la décision du 23 janvier 2006 du Comité de l'assurance soins de santé concernant le financement de la permanence des laboratoires de biologie clinique" (n° 10310)</p> <p><i>Orateurs:</i> Jean-Marc Delizée, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	24	<p>Vraag van de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen voor de kleine landelijke ziekenhuizen van de beslissing van 23 januari 2006 van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging betreffende de financiering van de wachtdienst van de laboratoria voor klinische biologie" (nr. 10310)</p> <p><i>Sprekers:</i> Jean-Marc Delizée, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	24
<p>Questions jointes de</p> <p>- M. Philippe De Coene au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système de navigation City-GIS" (n° 10309)</p> <p>- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle réglementation applicable au service 100 à Heuvelland" (n° 10717)</p> <p>- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle réglementation applicable au service 100 à Heuvelland" (n° 10760)</p> <p><i>Orateurs:</i> Philippe De Coene, Koen Bultinck, Luc Goutry, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	26	<p>Samengevoegde vragen van</p> <p>- de heer Philippe De Coene aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het navigatiesysteem City-GIS" (nr. 10309)</p> <p>- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe regeling voor de dienst 100 in Heuvelland" (nr. 10717)</p> <p>- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe regeling van de dienst 100 in Heuvelland" (nr. 10760)</p> <p><i>Sprekers:</i> Philippe De Coene, Koen Bultinck, Luc Goutry, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	26

Questions jointes de	33	Samengevoegde vragen van	33
- Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le respect de la loi interdisant la vente d'alcool aux mineurs" (n° 10324)	33	- mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de naleving van de wet die de verkoop van alcohol aan minderjarigen verbiedt" (nr. 10324)	33
- Mme Karine Jiroflée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente d'alcool aux mineurs d'âge" (n° 10430)	33	- mevrouw Karine Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de alcoholverkoop aan minderjarigen" (nr. 10430)	33
- Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête du Centre de recherche et d'information des consommateurs (CRIOC) relative aux mineurs et l'alcool" (n° 10328)	33	- mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eerste minister en minister van Begroting en Consumentenzaken over "het onderzoek van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) naar de alcoholconsumptie bij de jongeren" (nr. 10328)	33
- Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête du Centre de recherche et d'information des consommateurs sur la consommation d'alcool par les mineurs" (n° 10680)	33	- mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties over alcoholgebruik door minderjarigen" (nr. 10680)	33
<i>Orateurs:</i> Colette Burgeon, Karin Jiroflée, Dominique Tilmans, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Colette Burgeon, Karin Jiroflée, Dominique Tilmans, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques pour la santé liés à l'utilisation du iPod" (n° 10338)	38	Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's bij de iPod" (nr. 10338)	38
<i>Orateurs:</i> Hilde Dierickx, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Hilde Dierickx, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fermeture du service pédiatrique dans certains hôpitaux" (n° 10355)	39	Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sluiten van de pediatrische afdeling in een aantal ziekenhuizen" (nr. 10355)	39
<i>Orateurs:</i> Greta D'hondt, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Greta D'hondt, Rudy Demotte , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments" (n° 10356)	41	Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "geneesmiddelen" (nr. 10356)	41
<i>Orateurs:</i> Greta D'hondt, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Greta D'hondt, Rudy Demotte , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	43	Samengevoegde vragen van	43
- Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aides-soignants dans le secteur des soins résidentiels et les aides-soignants dans le secteur des soins à domicile" (n° 10357)	43	- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zorgkundigen in residentiële zorg en zorgkundigen in de thuiszorg" (nr. 10357)	43
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'imprécision du statut des aides-soignants" (n° 10578)	43	- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onduidelijke positie van de zorgkundige" (nr. 10578)	43
<i>Orateurs:</i> Greta D'hondt, Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Greta D'hondt, Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pollution par dioxines dans l'industrie de	47	Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dioxinevervuiling in de	47

<p>l'alimentation du bétail" (n° 10432) <i>Orateurs:</i> Muriel Gerkens, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>		<p>veevoederindustrie" (nr. 10432) <i>Sprekers:</i> Muriel Gerkens, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	
<p>Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation en art infirmier" (n° 10472) <i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	49	<p>Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opleiding verpleegkunde" (nr. 10472) <i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	49
<p>Questions jointes de - M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le programme de soins cardiologiques" (n° 10473) - M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du programme de soins cardiaques" (n° 10561) - M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des centres de pathologie cardiaque" (n° 10692) <i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Koen Bultinck, Benoît Drèze, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	51	<p>Samengevoegde vragen van - de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgprogramma cardiologie" (nr. 10473) - de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van het zorgprogramma cardiologie" (nr. 10561) - de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de centra voor cardiale pathologie" (nr. 10692) <i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Koen Bultinck, Benoît Drèze, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	51
<p>Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'enquête effectuée à propos du traitement du cancer du sein" (n° 10474) <i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	59	<p>Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van het onderzoek naar de behandeling van borstkanker" (nr. 10474) <i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	59
<p>Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les critères utilisés par la Croix-Rouge pour le don de sang" (n° 10533) <i>Orateurs:</i> Annelies Storms, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	61	<p>Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de criteria die het Rode Kruis hanteert voor het geven van bloed" (nr. 10533) <i>Sprekers:</i> Annelies Storms, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	61
<p>Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les composantes structurelles du coût des maisons de repos publiques en Flandre" (n° 10566) <i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	64	<p>Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele kostprijselementen van openbare rusthuizen in Vlaanderen" (nr. 10566) <i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	64
<p>Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement différencié de la consultation d'un médecin-spécialiste" (n° 10668) <i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	66	<p>Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gedifferentieerde terugbetaling van de consultatie bij een geneesheer-specialist" (nr. 10668) <i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	66
<p>Question de M. Benoît Drèze au ministre des</p>	67	<p>Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister</p>	67

Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dispositifs médicaux" (n° 10693)

Orateurs: **Benoît Drèze, Rudy Demotte**,
ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique

van Sociale Zaken en Volksgezondheid over
"medische hulpmiddelen" (nr. 10693)

Sprekers: **Benoît Drèze, Rudy Demotte**,
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 14 MARS 2006

DINSDAG 14 MAART 2006

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.18 uur door de heer Luc Goutry, voorzitter.
La séance est ouverte à 14.18 heures par M. Luc Goutry, président.

De **voorzitter**: Collega's, dankzij de stipte aanwezigheid van de minister kunnen wij onmiddellijk beginnen. Ik wil u vragen om een beroep te doen op uw collegialiteit en om u zo strikt mogelijk te houden aan de spreektijden zodat wij vanmiddag een maximum aan vragen verwerkt kunnen krijgen.

01 Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijke effecten bij baby's van chloor in het zwembadwater" (nr. 9940)

01 Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets nocifs pour les bébés de la présence de chlore dans l'eau de piscine" (n° 9940)

01.01 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik kom zeker tegemoet aan uw oproep om de spreektijd te beperken. Mijnheer de minister, u hebt mijn vraag gekregen op papier. Ik zal er hier niet dieper op ingaan.

01.01 Miguel Chevalier (VLD): Je ne poserai pas ma question afin de nous permettre de gagner du temps. Je me contenterai de la réponse écrite que le ministre me communiquera.

Mijnheer de minister, kunt u mij een schriftelijk antwoord geven op de vraag die gesteld is?

De **voorzitter**: Ik laat acteren dat de minister het antwoord schriftelijk geeft aan de heer Chevalier.

Mijnheer Chevalier, u weet dat dit wel niet in het verslag komt. Dat volstaat voor u? (*Instemming*)

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijgende ziekenhuiskosten voor de patiënt" (nr. 10062)

- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gestegen kosten van een ziekenhuisverblijf voor de patiënten" (nr. 10691)

02 Questions jointes de

- Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des frais d'hospitalisation pour les patients" (n° 10062)

- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des coûts d'hospitalisation pour les patients" (n° 10691)

02.01 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, toen ik eind januari mijn vraag indiende, was de CM-studie

02.01 Greta D'hondt (CD&V): Une étude récente des Mutualités

nog heel recent. Nu is ze dat al iets minder, maar de problematiek blijft echter. Zoals u weet, is dat een problematiek die mij en veel andere collega's na aan het hart ligt.

Uit die studie blijkt dat de kosten voor de patiënten in de algemene ziekenhuizen in 2004 met 4% zou zijn gestegen. Een dergelijke stijgingsvoet betekent dat de ziekenhuiskosten sneller stijgen voor de patiënt dan de stijging van de levensduurte. Uit die studie blijkt ook dat van 1998 tot 2004 de kosten stegen met 41%, van 334 tot 471 euro. De studie stelt ook dat de evolutie vooral toe te schrijven zou zijn aan de stijging van de vaste kosten en weinig of niets te maken zou hebben met de aan de verblijfsduur gebonden kosten.

Voor de supplementen voor erelonen en medisch materiaal zouden deze stijging teweegbrengen. Tussen 1998 en 2004 stegen die supplementen respectievelijk met 94 en 103%. Terwijl deze supplementen in 1998 minder dan de helft van de factuur van de patiënt uitmaakten, waren ze in 2004 goed voor 52% en dit dus ondanks het bestaan van de MAF. Daardoor wordt de ziekenhuisfactuur, ondanks al de maatregelen die werden genomen tot en met de MAF, voor de patiënt duurder.

De problematiek van de supplementen is reeds zeer oud. Het is dus niet voor niets dat in 1997, bijna tien jaar geleden, onze toenmalige CVP-collega Jan Lenssens samen met zijn toen jongere collega's en met SP-collega Vermassen, een wetsvoorstel indiende wat later de wet Lenssens-Vermassen over de supplementen werd. Het wetsvoorstel van toen hield een totaal verbod in van ereloon-supplementen in twee- of meerpersoonskamers zowel voor de geconventioneerde als voor de niet-geconventioneerde artsen en een verbod voor supplementen bij intensieve zorgen.

De wet was spijtig genoeg geen lang leven beschoren. In de vorige legislatuur werd die regeling Lenssens-Vermassen eigenlijk al afgezwakt waardoor we nu in een situatie zitten waarbij onder bepaalde voorwaarden toch nog ereloon-supplementen worden gevraagd door geneesheren aan patiënten in twee- of meerpersoonskamers.

Ik zal naar aanleiding van deze vraag geen pleidooi houden, maar ik kan het toch niet laten, het is sterker dan mezelf, om het toch nog maar eens te zeggen. Ik heb het over twee- en meerpersoonskamers. U weet dat mijn stelling is dat iedereen recht heeft op privacy en dat het niet mag beperkt blijven tot de grootste beurzen en niet mag leiden tot supplementen.

Ik kom dan tot mijn vragen, mijnheer de minister. U en uw diensten zullen de studie van de CM uiteraard gelezen en geanalyseerd hebben. Bevestigt u de conclusies uit dit CM-onderzoek? Overweegt u om aan de huidige regeling inzake ereloon-supplementen te sleutelen? Zo ja, in welke zin? Mocht dit niet het geval zijn, zou ik graag de argumenten krijgen waarom u meent dat er niet moet of kan worden gesleuteld aan de regeling. Acht u een terugkeer naar de vroegere regeling Lenssens-Vermassen mogelijk? Welke concrete maatregelen zullen worden genomen om de materiaalsupplementen en andere ziekenhuiskosten voor de patiënt te beperken? Uit de cijfers die ik u heb gegeven, blijkt dat de stijgingsvoet hoger is dan de stijging van de levensduurte. Dit betekent voor de minder gegoeden

chrétiennes montre qu'en 2004, les frais à charge des patients admis dans les hôpitaux généraux ont augmenté de 4%. Le coût des hospitalisations augmente plus rapidement que le coût de la vie. Entre 1998 et 2004, les frais hospitaliers ont augmenté de plus de 41%. Cette hausse est surtout due à l'augmentation des frais fixes, et, avant tout, à celle des suppléments d'honoraires et de matériel médical. En 2004, ces suppléments représentaient 52% de la facture du patient. La proposition de loi Lenssens-Vermassen de 1997 a mené à l'insertion, dans la loi-programme de 1999, d'une interdiction de facturation de suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits et plus. Cette interdiction a toutefois été tempérée par le gouvernement précédent. Depuis, dans certaines conditions, les médecins peuvent à nouveau réclamer des suppléments aux patients hospitalisés dans les chambres à deux lits ou plus. Cette pratique est particulièrement fréquente.

Quel est l'avis du ministre sur les résultats de cette étude? Envisage-t-il une nouvelle modification de la réglementation relative aux suppléments d'honoraires? Quelles mesures a-t-il l'intention de prendre pour limiter le coût des suppléments de matériel médical et les autres frais à charge du patient?

onder onze burgers een verarming, in plaats van een verbetering.

02.02 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, fin janvier, la presse s'est fait largement l'écho de l'étude de la Mutualité chrétienne que Mme D'hondt vient de citer. Je ne rappellerai pas les chiffres principaux car ma collègue les a répercutés à suffisance.

Comme cela a déjà été relevé dans des études antérieures, cette hausse se double également de forts écarts entre hôpitaux, sans que ces écarts ne se justifient nécessairement par des différences dans la qualité de la prise en charge.

Monsieur le ministre, je vous ai déjà interrogé sur les suppléments d'honoraires en séance plénière le 26 mai 2005 et en commission le 12 juillet 2005 et ce, notamment sur la base d'une enquête du magazine "Test-Santé", qui fait partie du groupe Test-Achats. Cette étude relevait que, même en chambre commune et dans les chambres à deux lits, lorsqu'un hôpital se voit attribuer un budget B7 ou B8, il ne devrait pas y avoir de supplément. Malgré ce prescrit légal, certains hôpitaux facturent des suppléments. Vous m'aviez indiqué à l'époque, en quelque sorte pour me faire plaisir, que vous alliez demander à l'INAMI de croiser l'étude avec leurs données, parce que vous ne compreniez pas pourquoi la loi n'était pas respectée.

Par ailleurs, la transparence de la facture continue à poser problème, notamment la rubrique "frais divers" qui réserve souvent des surprises quant à son contenu. La hausse continue des suppléments hospitaliers et des frais à charge du patient réduit de manière inacceptable l'accessibilité aux soins, en particulier des patients les plus démunis. Les disparités constatées rompent l'égalité des patients devant le système de soins de santé dans la mesure où elles ne permettent plus un accès équitable à des soins de qualité, quel que soit le revenu ou le lieu de résidence. La pratique des suppléments hospitaliers tend à devenir un système de financement alternatif des hôpitaux à charge du patient. Or, et c'est un fait important, la part des coûts des soins de santé mis à charge du patient dans notre pays dépasse la moyenne de la part payée par les patients dans les autres pays de l'OCDE.

Ces faits ont été dénoncés à de multiples reprises par le biais de différentes questions. Monsieur le ministre, permettez-nous aujourd'hui de revenir à la charge!

Comment réagissez-vous par rapport aux chiffres les plus récents, notamment ceux donnés par cette étude de la Mutualité chrétienne?

Selon nous, dans les chambres communes et à deux lits, les suppléments devraient être purement et simplement interdits, dans les faits et pas seulement dans la législation. Par ailleurs, ceux réclamés en chambre individuelle devraient être plafonnés. Nous en avons déjà parlé à une certaine époque. Cela fait-il partie de vos projets actuels?

02.03 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, monsieur Drèze, je crois que vous connaissez ma préoccupation en ce qui concerne la limitation des suppléments pour les patients dans les hôpitaux; j'ai déjà annoncé mon intention de prendre des mesures en

02.02 Benoît Drèze (cdH): In een studie van de Christelijke Mutualiteit van januari 2006 wordt in het licht gesteld hoezeer de kosten voor ziekenhuispatiënten zijn toegenomen. Die stijging is grotendeels te wijten aan het duurdere materiaal en de hogere ereloonsupplementen. Bovendien bestaan er vaak aanzienlijke verschillen tussen de ziekenhuizen, die niet te rechtvaardigen vallen. Ook de ondoorzichtigheid van de eindafrekening blijft een probleem, vooral wat de rubriek "diverse kosten" betreft.

Die constante toename van de kosten voor de patiënt beperkt de toegang tot de zorgverlening op een onaanvaardbare manier, vooral voor de allerswaksten in onze samenleving. In België ligt het persoonlijk aandeel van de patiënt voor medische kosten boven het gemiddelde van de OESO-landen.

Van de oplossingen die sinds jaar en dag worden aangekondigd, zoals de onontbeerlijke hervorming van de globale financieringswijze van de ziekenhuizen, is er nog niet veel terechtgekomen.

Wat is uw reactie ten aanzien van de meegedeelde cijfers?

Bent u voornemens de ereloonsupplementen voor twee- en meerpersoonskamers te verbieden en ze voor eenpersoonskamers te plafonneren, zoals we nodig achten?

02.03 Minister Rudy Demotte: Ik zal vier maatregelen opnoemen die reeds gelden of die zullen worden ingevoerd teneinde de

la matière. Je répondrai en quatre points.

Premièrement, dès le mois de juin 2005, j'ai adressé une demande à la section "financement" du Conseil national des établissements hospitaliers afin qu'il me propose des modalités de calculs dans le cadre du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2006, en cas de suppression de la possibilité de demander des suppléments pour les chambres à deux lits. En effet, j'estime que la chambre standard doit devenir la chambre à deux lits. Dans cette perspective, en 2007, je compte réserver une partie du refinancement pour les hôpitaux qui ne demandent aucun supplément pour ce type de chambre.

Daarnaast wil ik erop wijzen dat de ziekenhuizen die een financiering genieten voor de specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten of die een bijzondere financiering genieten voor het sociale profiel van hun patiënten ertoe gehouden zijn de tarieven van de overeenkomst te respecteren.

Ten tweede, de huidige regelgeving was het voorwerp van een akkoord van de commissie Artsen-Ziekenfondsen en maakt dus de meeste kans om correct te worden toegepast op het terrein. Naar ik vernomen heb, werd de vorige regelgeving immers niet altijd toegepast.

Troisièmement, à mon initiative, l'article 90 de la loi sur les hôpitaux a été modifié par la loi du 30 décembre 2005 pour permettre la suppression des suppléments pour le séjour en chambre à deux lits pour les patients qui bénéficient de l'intervention majorée.

Quatrièmement, j'ai l'intention de prendre des dispositions réglementaires en ce qui concerne les suppléments afférents aux implants et aux autres matériels. Mon équipe et les administrations concernées y travaillent. C'est un travail très important. En effet, l'implant et le matériel médical constituent une source conséquente de suppléments pour le patient, tandis que ce dernier ne pose quasiment aucun choix en la matière, ceux-ci étant opérés par des tiers.

Voilà ce que je peux, à ce stade, vous apporter comme éléments de

supplementen ten laste van ziekenhuispatiënten te beperken.

Eerst en vooral heb ik de afdeling Financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen verzocht me diverse berekeningswijzen in het kader van de begroting voor te stellen, waarin wordt rekening gehouden met de afschaffing van de mogelijkheid om voor tweepersoonskamers supplementen aan te rekenen. Ik vind namelijk dat die kamers de norm moeten worden. In 2007 zal ik een gedeelte van de herfinanciering voorbehouden voor ziekenhuizen die geen supplementen voor dat soort kamers aanrekenen.

Les hôpitaux qui sont financés pour certaines tâches spécifiques, telles que les soins particuliers aux patients, l'enseignement clinique, la recherche scientifique appliquée, les nouvelles technologies et l'évaluation des activités médicales, doivent respecter les tarifs de l'accord. Cette mesure s'applique également aux hôpitaux qui perçoivent un financement spécial en raison du profil social de leurs patients.

La réglementation actuelle est fondée sur un accord entre toutes les parties concernées et a ainsi le plus de chances d'être appliquée sur le terrain. L'ancienne réglementation n'a en effet pas toujours été appliquée.

Ten derde werd op mijn initiatief de wet op de ziekenhuizen gewijzigd, om de supplementen bij een verblijf in een tweepersoonskamer te schrappen voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

Ten slotte ben ik van plan regelgevend op te treden met betrekking tot de supplementen voor implantaten en medisch materiaal.

réponse: préoccupation identique à celle que vous avez énoncée et quatre voies et moyens qui sont mis en œuvre ou en passe de l'être.

02.04 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het verheugt me u te horen zeggen dat een kamer met twee bedden de standaard zou moeten worden. Ik hoop dat dit het geval is en dat die standaard voor de patiënt nog betaalbaar is. Vanuit Brussel spreken over "standaardkamer" is een zaak. Indien men in de afrekening van het ziekenhuisverblijf in een kamer met twee bedden moet vaststellen dat er heel wat supplementen worden aangerekend, is de kwalificatie "standaard" een lege doos.

Mijnheer de minister, u zegt dat er vooruitgang is op twee terreinen. Ik erken dat ik die niet onbelangrijk vind. Zo mogen er geen supplementen worden aangerekend aan patiënten die een verhoogde tegemoetkoming genieten. Vorige week hebben we uit uw antwoord reeds kunnen opmaken dat u zich engageert om inzake de implantaten een betere situatie te creëren. Dat is een vooruitgang. Het is evenwel een vooruitgang voor een niet onbelangrijke maar wel een beperkte groep van patiënten die genieten van een verhoogde tegemoetkoming. Implantaten zijn een niet onbelangrijk deel in het creëren van supplementen. Het is evenwel slechts een van de elementen.

Uw antwoord dat de huidige regeling berust op een akkoord tussen artsen en ziekenfondsen en dat de vorige regeling niet wordt nageleefd, is voor mij geen reden om de vorige regeling die gecreëerd werd door de wet Lenssens-Vermassen geen betere regeling te vinden. Ik blijf erbij dat dit de beste regeling was.

Hoe belangrijk de nieuwe maatregelen ook zijn en hoezeer ik elke stap apprecieer, ik wil wel kwijt dat we ondanks de maatregel van de verhoogde tegemoetkoming – hetgeen ondertussen geregeld is – en uw intentie om iets te doen aan de implantaten, blijvend geconfronteerd zullen worden met zeer zware lasten voor de patiënt bij een ziekenhuisopname.

Het oude zeer van de doorlichting van de financiering van de ziekenhuizen moet worden aangepakt. Misschien moet een andere wijze van financiering van de ziekenhuizen worden gevonden. Dat ziekenhuizen hun artsen verplichten af te dragen, waardoor zij op hun beurt de supplementen verhogen, is een vicieuze cirkel die zal moeten worden doorbroken. Het doorbreken ervan mag niet ten laste van de patiënt gebeuren maar ten laste van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Vorige week heb ik u hierover ruimschoots kunnen ondervragen in de commissie voor de Sociale Zaken. Een sociale zekerheid die een steeds groter percentage van de middelen aan gezondheidszorg besteedt, de veralgemening van de hospitalisatieverzekeringen en tegelijkertijd een stijging van de uitgaven voor de patiënt zijn zaken die moeilijk te rijmen vallen. Ik zal op deze problematiek hoe dan ook blijven terugkomen.

Op dit ogenblik kijk ik met interesse uit naar uw maatregelen inzake implantaten omdat ze een belangrijke impact kunnen hebben op de supplementen.

02.05 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, je serai très bref mais dans le souci de parcourir le sujet dans sa globalité, je

02.04 Greta D'hondt (CD&V): Il est positif que les chambres à deux lits devriendront la norme et que le prix sera raisonnable. Il y a progrès sur deux plans: les suppléments facturés au patient seront moins nombreux et la situation en ce qui concerne les implants s'améliorera. Nous estimons toutefois que la réglementation antérieure, même si le ministre prétend qu'elle n'était pas appliquée, demeure la meilleure. Avec la réglementation actuelle, le patient demeurera confronté à des charges trop élevées lors d'une hospitalisation. Un meilleur financement des hôpitaux est peut-être la seule solution pour briser ce cercle vicieux.

Nous attendons avec impatience les mesures concernant les implants.

02.05 Benoît Drèze (cdH): Tegen wanneer denkt u de

souhaiterais avoir des éclaircissements sur un point.

Monsieur le ministre, pourriez-vous préciser votre projet qui définit la chambre à deux lits comme standard, sans supplément? Fixez-vous une échéance pour sa mise en œuvre? Vous reconnaissez que la réglementation n'est pas appliquée partout. Dès lors, ne jugez-vous pas important de renforcer les contrôles à ce sujet? En effet, cette réglementation doit être appliquée correctement en vue de la bonne mise en œuvre de ce nouveau standard.

02.06 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, j'ai promis d'être bref dans mes réponses et répliques afin de pouvoir traiter un maximum de questions aujourd'hui.

En ce qui concerne le standard des chambres à deux lits, je compte réserver, en 2007, une partie du financement pour les hôpitaux qui ne demandent aucun supplément pour ce type de chambre. Cela donne déjà une indication en termes de temps.

En réponse aux questions de Mme D'hondt et de M. Drèze sur les possibilités d'atteindre davantage d'objectifs par le biais d'accords Medicomut que par le biais de la loi, je commence à connaître le secteur et ses sensibilités. C'est un secteur très sensible où l'on a souvent plus de chances si l'on arrive à convaincre, c'est-à-dire à faire adhérer, que si l'on impose. J'ai également dû prendre des pouvoirs d'habilitation l'an dernier pour corriger et remettre le budget dans les rails.

Je conclus en disant: l'autorité, le moins possible, mais l'autorité si nécessaire!

02.07 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de minister, ik ben het ermee eens dat men beter kan overtuigen dan op voorhand te beginnen dreigen of straffen. U en ik zouden hier vandaag niet hebben gezeten als men ons af en toe niet had gezegd waar de lijn ligt die men niet mag overschrijden. Met alle respect, wij moeten dat ook regelmatig durven zeggen tegen het korps dat actief is in de gezondheidszorg. Ik ga ermee akkoord dat men beter kan overtuigen dan de zweep te gebruiken. Af en toe moet men echter zeggen: "Tot daar en niet verder". Er zijn grenzen aan het praten en het overtuigen.

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

03 Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gewijzigde houding van vrouwen inzake anticonceptie" (nr. 10137)

03 Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nouveau comportement des femmes en matière de contraception" (n° 10137)

03.01 Miguel Chevalier (VLD): Ik herinner mij een aantal besprekingen van programmawetten en begrotingen waarin nogal wat te doen was over de terugbetaling van anticonceptiva aan minachttienjarigen. De minister heeft in het verleden een aantal acties ondernomen rond het gebruik van anticonceptiva voor vrouwen jonger dan 18 teneinde de tienerzwangerschappen te beperken. Zo kwam hij tussen in anticonceptiepillen, spiraaltjes en andere vormen van anticonceptiva.

tweepersoonskamer zonder supplementen als norm in te voeren?

Acht u het niet nuttig de controles op te voeren, aangezien de reglementering niet overal wordt toegepast?

02.06 Minister Rudy Demotte: Vanaf 2007 wil ik de financiering gedeeltelijk voorbehouden aan ziekenhuizen die geen supplementen aanrekenen voor tweepersoonskamers.

Wat de mogelijkheid betreft om het doel te bereiken via overeenkomsten tussen artsen en ziekenfondsen veeleer dan langs wettelijke weg, ben ik geneigd te zeggen dat je in deze sector, die je sowieso beter met fluwelen handschoenen aanpakt, meer bereikt met overredingskracht dan met dwang. Al neemt dat niet weg dat er soms wel met de vuist op tafel geslagen moet worden.

02.07 Greta D'hondt (CD&V): Discuter et convaincre ont leurs limites. Nous ne serions pas là aujourd'hui si nous avions tracé une ligne claire.

03.01 Miguel Chevalier (VLD): En matière de contraception, le ministre a déjà pris plusieurs initiatives. C'est ainsi que pour lutter contre les grossesses chez les adolescentes, il a mis la pilule contraceptive gratuitement à la disposition des jeunes. Pour les adultes, il a pris des mesures pour

Dat is een doelgroep, maar er is nog een andere doelgroep, namelijk de volwassenen die gebruikmaken van anticonceptiva. De minister ondernam voor de volwassenen actie om de terugbetaling opnieuw te verzekeren nadat een aantal fabrikanten besloten hadden anticonceptiva uit de terugbetalingsregeling te halen.

Nog niet zo lang geleden was er een gezondheidsenquête. Daaruit blijkt dat de pil inboet aan populariteit in ons land. Alsmear meer vrouwen zoeken naar alternatieven, vaak vrouwen die al een of meer zwangerschappen achter de rug hebben. Het alternatief vinden ze in het spiraaltje, de vaginale ring of de pleister.

Die anticonceptiva zijn vrij duur, ook omdat er bij de dokter een vrij grote som op tafel gelegd moet worden. In oude Belgische frank gaat het om enkele duizenden frank. Ook voor de vaginale ring gaat het om enkele honderden frank voor de korte periode van 3 maanden.

Die anticonceptiva hebben een aantal onmiskenbare voordelen. Mannelijke partners die samenleven met iemand die het pilgebruik kan vergelijken met het spiraaltje, kunnen ervan getuigen: het schijnt niet alleen beter te zijn voor de gezondheid van de vrouw, maar vaak ook voor het humeur van de vrouw, wat niet onbelangrijk is. Er zijn heel wat rapporten verschenen over de residu's die na een normaal pilgebruik uitgescheiden worden en die terechtkomen in rivieren en waterlopen. Het gebruik van een anticonceptivum als het spiraaltje, zou in elk geval veel minder residu met zich meebrengen.

Als men vaststelt dat het gebruik van anticonceptiva verandert, is het dan niet nuttig dat de overheid daarin tussenkomt gelet op de voordelen voor de gezondheid van de vrouw en het leefmilieu?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Chevalier, de twee vragen die u stelt, zijn nauw met elkaar verbonden. Ik heb natuurlijk veel aandacht voor de evolutie van de voorkeur inzake anticonceptie en voor een brede keuzemogelijkheid. Ik heb met de farmaceutische firma's onderhandeld, opdat zij nieuwe aanvragen zouden indienen voor de vergoedbaarheid van de anticonceptiepillen.

De reden waarom er momenteel niet in een vergoeding is voorzien voor de spiraaltjes, vaginale ringen en implantaten, is dat de bedrijven die verantwoordelijk zijn voor het in de handel brengen van deze producten nooit een aanvraag tot vergoedbaarheid hebben ingediend. Het feit dat deze middelen niet vergoed worden, is dan ook louter het gevolg van de beslissing van de verantwoordelijke bedrijven.

Een eerste stap op mijn initiatief is de tegemoetkoming voor vrouwen jonger dan 21 jaar. Voor hen worden ook deze middelen terugbetaald, in het kader van het koninklijk besluit van 24 maart 2004, tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een experimentele financiering van contraceptie voor jongeren, met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de jaren 2004, 2005 en 2006.

De tegemoetkoming van de verzekering en het persoonlijke aandeel van de rechthebbende voor deze middelen zal ik u hier schriftelijk

garantir à nouveau le remboursement de la pilule. Dans ce groupe cible, l'intérêt pour la pilule diminue à l'avantage de celui pour le stérilet, l'anneau vaginal et le patch contraceptif. Ces dernières formes de contraception sont faciles à utiliser, ont un effet positif sur la santé et sur l'humeur des femmes et contribuent à diminuer les résidus hormonaux dans nos cours d'eau. Elles sont toutefois très chères et ne sont pas remboursées.

Pourquoi ces moyens contraceptifs ne sont-ils pas remboursés? Le ministre pourrait-il veiller à ce qu'ils soient également remboursés?

03.02 **Rudy Demotte**, ministre: Je suis avec attention l'évolution des préférences en matière de contraception et je suis pour un large éventail de choix. C'est la raison pour laquelle j'ai déjà négocié précédemment avec le secteur pharmaceutique afin que de nouvelles demandes soient introduites pour le remboursement de la pilule contraceptive. Si le stérilet et l'anneau vaginal ne sont pas remboursés, c'est parce que les firmes concernées n'ont jamais introduit de demande de remboursement.

Depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 24 mars 2004, les moyens contraceptifs en question sont remboursés chez les femmes de moins de 21 ans. C'est une première étape. Je fournirai par écrit la liste des interventions concrètes par moyen contraceptif.

bezorgen, opdat u de verschillende cijfers rustiger zou kunnen bestuderen.

03.03 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u in elk geval voor uw antwoord, maar wij zetten vaak de zaken op hun kop. Ik versta dat men pas kan spreken over terugbetalingsmodaliteiten als er ook een vraag is van de bedrijven. Ik vind het echter een beetje vreemd, ten eerste, omdat ik denk dat wij een aantal ongewenste zwangerschappen bij volwassenen zouden kunnen vermijden en, ten tweede, omdat ik de indruk heb dat uiteindelijk de vrouw de dupe is van de tactiek – vraag en aanbod, wie zal er eerst zijn? – die nu gehanteerd wordt.

Wat moet ik nu doen? Moet ik nu de industrie stimuleren om een vraag aan u te richten?

03.04 Minister Rudy Demotte: Ik denk dat de markt die rol zelf moet spelen. Waarom vragen de bedrijven geen terugbetaling? Dat is de vraag. Als zij de terugbetaling vragen, dan betekent dit dat er een grote vraag bestaat op de markt, maar ook dat de tegemoetkoming van de Staat een stimulans is, in termen van de vraag naar die producten.

Als de firma's beschouwen dat het ook zonder terugbetaling werkt, dan hebben ze de terugbetaling niet nodig. Dat is de reden waarom de bedrijven niet altijd voor alle producten een terugbetaling vragen.

Er bestaat ook een tweede reden waarom zij de terugbetaling niet altijd vragen. Die reden kent u zeker goed. Als men een terugbetaling vraagt, moet men ook aan bepaalde criteria voldoen. Men is niet meer vrij om alles, natuurlijk binnen de perken, te kunnen doen. Als de firma's hun vrijheid willen behouden, vragen zij geen terugbetaling.

De minister kan echter niet aan de firma's opleggen dat zij een terugbetaling moeten vragen aan de verschillende ad hoc-organen.

03.05 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de minister, u zegt dat de markt hierin ook een rol speelt. Ik stel dan toch vast dat er wel degelijk een markt is. Het is immers zo dat gynaecologen aan veel vrouwen, die een of twee zwangerschappen achter de rug hebben en naar anticonceptiva vragen, heel vaak het spiraaltje als het juiste of meest correcte middel aanbevelen. Dan zullen ze de markt misschien nog eens goed moeten onderzoeken.

03.03 Miguel Chevalier (VLD): Le ministre conseille donc à l'industrie d'introduire une demande de remboursement de ces moyens?

03.04 Rudy Demotte, ministre: Le marché joue également un rôle. Les firmes doivent demander elles-mêmes le remboursement. Si elles ne le font pas, c'est souvent parce que les médicaments se vendent, même en l'absence de remboursement.

Une autre raison pour laquelle les entreprises ne demandent pas le remboursement est que pour être remboursées, elles doivent satisfaire à certains critères et être prêtes à aliéner une part de leur liberté. En tant que ministre, je ne pourrai jamais contraindre aucune entreprise à demander un remboursement.

03.05 Miguel Chevalier (VLD): Il existe pourtant bel et bien un marché pour ces produits. Les gynécologues interrogés par les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants sur le moyen contraceptif le plus approprié dans leur cas leur conseillent souvent le stérilet. Le marché devra être étudié.

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

04 Question de Mme Marie-Claire Lambert au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des personnes atteintes du syndrome d'Alström" (n° 10141)

04 Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tenlasteneming van personen die aan het syndroom van Alström lijden" (nr. 10141)

04.01 Marie-Claire Lambert (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, les personnes atteintes du syndrome d'Alström sont souvent confrontées à des antécédents personnels qui peuvent aller de la myocardie à la bronchiolite en passant par des oedèmes, une

04.01 Marie-Claire Lambert (PS): Patiënten met het syndroom van Alström hebben vaak al een hele lijdensweg achter de rug. Het

scoliose, une rétinite, etc.

Plus globalement, le syndrome d'Alström entraîne deux symptômes majeurs, à savoir la cécité et des problèmes auditifs importants. En principe et de façon assez régulière, l'INAMI intervient pour une série de matériels médicaux. De plus, en Région wallonne en tout cas, l'intervention est complétée par une aide de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées.

Toutefois, selon les renseignements dont je dispose, l'INAMI n'interviendrait pas dans le coût des prothèses auditives stéréophoniques. Toujours selon mes informations, le dossier serait actuellement étudié par vos services.

Monsieur le ministre, pourriez-vous me faire part des résultats de cette étude ou, en tout cas, me dire où en est la réflexion menée par vos services?

Pour terminer, je voudrais souligner que les personnes souffrant de ce syndrome nourrissent évidemment l'espoir de s'intégrer comme tout un chacun dans la société. La surdicécité est une forme très complexe de handicap qui engendre, vous en conviendrez, une multitude de besoins spécifiques et donc des réponses adaptées.

04.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame Lambert, l'intervention de l'assurance obligatoire des soins de santé est bien prévue dans le cadre de l'article 31 de la nomenclature "prestation de santé pour des appareils auditifs stéréophoniques".

Les conditions d'intervention d'assurance obligatoire dans le coût de ces appareils ne sont pas différenciées selon l'origine du déficit auditif.

Le niveau de ces interventions est différent selon l'âge du bénéficiaire. Pour les bénéficiaires n'ayant pas atteint leur douzième anniversaire, le remboursement s'élève à 798,66 euros pour un appareil monophonique et à 1.581,99 euros pour un appareil stéréophonique. Pour les bénéficiaires de 12 ans et plus, le remboursement s'élève à 468,18 euros pour un appareil monophonique et à 926,72 euros pour un appareil stéréophonique.

Sur la base de la convention nationale S/2004, conclue entre les auditiens et les organismes assureurs, un audicien conventionné peut tout à fait délivrer un appareil auditif de base au prix mentionné ci-dessus. Les bénéficiaires de 12 ans et plus devront néanmoins s'acquitter d'une intervention personnelle de 33,17 euros pour un appareil monophonique et de 62,34 euros pour un appareil stéréophonique.

Lorsque l'appareil auditif plus performant est délivré, le bénéficiaire sera amené à prendre en charge la différence entre le prix réel et le

syndrome wordt vooral gekenmerkt door blindheid en ernstige gehoorstoornissen.

Het Riziv betaalt het medisch materiaal ten dele terug. In het Waals Gewest zou die terugbetaling worden aangevuld met een tegemoetkoming van het "Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées" (Waals Agentschap voor de integratie van gehandicapte personen). Volgens de gegevens waarover ik beschik, zou het Riziv echter de kosten van stereofonische gehoorprothesen niet terugbetalen, maar zou het dossier door uw diensten worden onderzocht. Wat is de stand van zaken?

De personen die aan het syndroom van Alström lijden willen zich in de maatschappij integreren. Doofblindheid is een complexe handicap die specifieke noden met zich meebrengt, waarop een afdoend antwoord moet worden geboden.

04.02 Minister Rudy Demotte: De verplichte verzekering gezondheidszorg voorziet wel degelijk in de terugbetaling van stereofonische hoorapparaten, op grond van artikel 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Voor de terugbetaling wordt evenwel geen rekening gehouden met de oorzaak van de gehoorstoornis.

Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van de leeftijd van de rechthebbende: onder twaalf jaar wordt 798,66 euro terugbetaald voor een monofonisch en 1.581,99 voor een stereofonisch toestel. Vanaf twaalf jaar wordt 468,18 euro terugbetaald voor een monofonisch en 926,72 euro voor een stereofonisch toestel.

Op grond van de nationale overeenkomst S/2004 kan een

remboursement de l'assurance. Ce supplément variera bien sûr en fonction du niveau technologique de l'appareil.

Je vous informe également que le critère d'âge donne droit à une intervention majorée d'assurance obligatoire dans le coût d'un appareil auditif. Il sera bientôt porté de 12 à 18 ans, assurant ainsi une meilleure accessibilité de ces appareils pour les parents des adolescents visés.

geconventioneerde audicien tegen die prijs een basismodel leveren. Rechthebbenden vanaf twaalf jaar zullen 33,17 euro moeten bijdragen voor een monofonisch en 62,34 euro voor een stereofonisch apparaat. Voor een toestel met meer mogelijkheden zal de rechthebbende het verschil tussen de aankoopprijs en het bedrag van de terugbetaling door de verzekering ten laste moeten nemen. Het leeftijdscriterium geeft recht op een verhoogde tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering voor de prijs van een oorapparaat. De grens wordt binnenkort tot achttien jaar opgetrokken, wat de betaalbaarheid van die toestellen ten goede zal komen.

04.03 Marie-Claire Lambert (PS): Monsieur le président, permettez-moi de remercier vivement M. le ministre pour la réponse complète et très précise qu'il a bien voulu fournir à ma question.

Je n'aurai pas d'autre commentaire: une intervention est donc prévue, contrairement aux informations que j'avais reçues.

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

De **voorzitter**: Eigenlijk is het woord nu aan mevrouw Belhouari voor het stellen van haar vraag, maar aangezien zij niet aanwezig is gaan we naar het volgende agendapunt.

05 Vraag van mevrouw Inga Verhaert aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorwaarden voor exportlicenties voor medicijnen die worden uitgevoerd naar ontwikkelingslanden" (nr. 10162)

05 Question de Mme Inga Verhaert au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions à l'octroi de licences d'exportation pour les médicaments destinés aux pays en voie de développement" (n° 10162)

05.01 Inga Verhaert (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik ben zo vrij om op dit onderwerp nog eens terug te komen, want ik heb er al eens een vraag over gesteld.

Toen was dat naar aanleiding van een heel specifiek geneesmiddel dat de Belgische pers haalde: met grote bewondering werd toen gesproken over een middel dat heel snel malaria zou genezen. Dat middel wou men onder andere in Afrikaanse landen op de markt brengen. Ik heb toen een aantal vragen gesteld, zowel aan de minister van Buitenlandse Handel als aan uzelf, mijnheer de minister, over hoe het nu precies zit met de controle op de export.

Er is toen iets blijven knagen. Enerzijds weten we immers dat als men zaken exporteert naar ontwikkelingslanden, er vaak geen of onafdoende controle is op de kwaliteit van het geneesmiddel in kwestie. Anderzijds meen ik te moeten vaststellen dat de eigen

04.03 Marie-Claire Lambert (PS): Er is dus in een tegemoetkoming voorzien. De informatie waar ik over beschik, klopt dus niet. Ik dank u voor uw antwoord.

05.01 Inga Verhaert (sp.a-spirit): J'ai déjà interrogé le ministre sur les produits prétendument miraculeux contre la malaria produits dans notre pays pour le marché africain. D'une part, le contrôle des médicaments qui ne sont pas destinés au marché intérieur est très restreint en Belgique et, d'autre part, le contrôle de la qualité de ces mêmes médicaments est rudimentaire, voire inexistant dans les pays en voie de développement. Cette situation entraîne des risques non

controle op de middelen die niet bestemd zijn voor onze eigen markt, niet slecht – dat wil ik niet zeggen –, maar veeleer beperkt is.

Ik ben er toch zeer bekommerd om dat op die manier verder werken bepaalde risico's inhoudt, niet alleen voor de mensen in ontwikkelingslanden die dat soort medicatie zullen gebruiken. Daar moet ik nog aan toevoegen dat de medicatie in het specifieke geval dat ik net aanhaalde, toch ernstige gezondheidsrisico's inhoudt. Dat zijn niet mijn woorden, maar die van de Wereldgezondheidsorganisatie die daarover met heel verregaande verklaringen naar buiten is getreden, wat op zich al heel uitzonderlijk is. Ik denk dus dat op die manier verder werken risico's inhoudt, niet enkel voor de patiënten in ontwikkelingslanden, maar op termijn misschien ook voor ons.

Zoals gezegd kan het ongecontroleerd op de markt brengen, in ontwikkelingslanden, van een geneesmiddel dat zijn veiligheid nog niet heeft bewezen en dat mogelijk ook resistentie veroorzaakt, als een boemerang in ons gezicht terugkeren. Vandaag springen we allen makkelijk op een vliegtuig, het is dus natuurlijk niet zo dat enkel mensen in ontwikkelingslanden getroffen worden door tropische ziekten: we nemen die ook mee naar huis. Vandaar, mijnheer de minister, dat ik nog eens terugkom op mijn vraag over de controle op de export van farmaceutische producten.

Kunt u mij vertellen over welke instrumenten wij beschikken om toch de nodige voorzichtigheid aan de dag te leggen wanneer producten zoals het middel in kwestie, geëxporteerd worden?

05.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Verhaert, laten we eerst het bestaande kader schetsen.

De Europese regelgeving eist dat de fabrikanten van geneesmiddelen hun producten produceren volgens erkende internationale normen: de GMP's, de Good Manufacturing Practices of goede fabricagepraktijken. In de praktijk is het zo dat, indien na inspectie van de plaats van productie blijkt dat het bedrijf aan de eisen voldoet, de overheid een GMP-certificaat uitreikt.

Dat is een wettelijke verplichting die de plichtenleer overstijgt. Laat het evenwel duidelijk zijn dat het GMP-certificaat dan wel bewijst dat het bedrijf een geneesmiddel produceert overeenkomstig internationale kwaliteitsnormen voor fabricage, maar dit is geenszins een vergunning voor het in de handel brengen van een geneesmiddel. Zonder verder in te gaan op de verschillende procedures, de Belgische overheid zal enkel een geneesmiddel evalueren wanneer een bedrijf een aanvraag doet voor het op de markt brengen van een geneesmiddel in België. Die evaluatie heeft betrekking op de werking, de veiligheid en de kwaliteit van het betrokken geneesmiddel en zij wordt uitgevoerd door experts van de Geneesmiddelencommissie.

Bovendien roep ik de bepalingen van artikel 20, tweede lid, van het koninklijk besluit van 6 juni 1960 inzake de fabricage en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen in herinnering, dat bepaalt, en ik citeer: "De voor uitvoer bestemde partijen geneesmiddelen moeten aan dezelfde eisen voldoen als deze, bestemd voor de Belgische markt. Indien zij geregistreerd zijn moeten zij overeenstemmen met de gegevens van het registratiedossier.

seulement pour les populations de ces pays mais également pour nous à terme parce que ces médicaments peuvent mener au développement de résistances.

Comment est organisé le contrôle des exportations des médicaments?

05.02 **Rudy Demotte**, ministre: La réglementation européenne exige que les fabricants produisent leurs médicaments conformément à des normes internationales, les "Good Manufacturing Practices" (GMP). Si après inspection, il s'avère que la société satisfait aux exigences fixées, les autorités lui délivrent un certificat GMP qui ne constitue pas pour autant une autorisation de commercialiser le médicament.

Les autorités belges n'évaluent un médicament que si une société introduit une demande pour le marché belge. Les effets, la sécurité et la qualité du médicament sont contrôlés par des experts de la Commission des médicaments.

Selon l'article 20 de l'arrêté royal du 6 juin 1960, les médicaments destinés à l'exportation doivent répondre aux mêmes exigences que ceux destinés au marché belge. S'ils sont enregistrés, ils

Indien niet, dienen zij overeen te stemmen met de gedefinieerde of goedgekeurde specificaties van het land van bestemming”, tot daar het citaat.

In het laatste geval moet de firma van de Belgische overheid een verklaring voor een voor de uitvoer bestemd geneesmiddel verkrijgen. De vergunning voor het in de handel brengen wordt dan afgegeven door het land of de landen waar het medicijn op de markt wordt gebracht zonder dat België in dat proces kan ingrijpen.

Ik voeg er nog aan toe dat de verklaring voor een voor de uitvoer bestemd geneesmiddel wordt afgeleverd op basis van een bij het DG Geneesmiddelen in te dienen technisch dossier en van het GMP-certificaat van de fabrikant. Er bestaat dus geen registratiedossier dat ter evaluatie bij de Geneesmiddelencommissie wordt ingediend zoals voor de in België geoorloofde geneesmiddelen.

Laten wij nu even ingaan op het geval van het wondergeneesmiddel tegen malaria waarover u het had. Het bedrijf beschikt niet over een vergunning om die geneesmiddelen in België in de handel te brengen. De firma produceert die medicijnen in België en voert ze uit naar Afrika, waar de grootste markt ervoor ligt.

Een in België geldende vergunning voor het op de markt brengen zou vereist zijn, indien het bedrijf de geneesmiddelen op de Belgische markt wil brengen.

Natuurlijk rijst er een probleem wanneer de geneesmiddelen zouden worden uitgevoerd naar, voornamelijk, ontwikkelingslanden. De vraag kan worden gesteld of de betrokken landen over genoeg expertise en technische capaciteit beschikken om het geneesmiddel te analyseren op de therapeutische waarde.

Ik heb mijn diensten dan ook gevraagd om te onderzoeken hoe we meer garanties inzake de therapeutische waarde kunnen geven aan ontwikkelingslanden die medicijnen die in België worden geproduceerd, invoeren.

Het spreekt voor zich dat een eventuele oplossing op Europees niveau of, liever nog, in het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie moet worden gevonden. Zodra mijn diensten interessante pistes hebben gevonden, zal ik u daarvan in kennis stellen.

05.03 Inga Verhaert (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik ben bijzonder verheugd over het laatste deel van uw antwoord. U hebt met het inleidende deel van uw antwoord mijn thesis immers bevestigd, namelijk dat er op zijn minst een grijze zone, zo niet een lacune bestaat in de wetgeving.

doivent correspondre aux données du dossier d'enregistrement ou aux spécifications du pays de destination. Dans ce dernier cas, les autorités belges doivent délivrer une déclaration relative à un médicament destiné à l'exportation. Cette déclaration est délivrée sur la base d'un dossier technique à introduire auprès de la direction générale des médicaments et du certificat GMP.

L'autorisation de commercialisation doit être délivrée par les pays où le médicament sera mis sur le marché. La Belgique ne peut intervenir à ce niveau. Contrairement aux médicaments destinés au marché belge, il n'existe pas de dossier d'enregistrement pour ces médicaments.

L'entreprise qui produit le soi-disant remède miracle contre la malaria ne dispose pas de l'autorisation de commercialiser ce médicament en Belgique. Lorsque des médicaments sont exportés exclusivement vers des pays en voie de développement, on peut se demander si les pays en question disposent de l'expertise et des capacités techniques nécessaires pour évaluer le médicament.

J'ai demandé à mes services d'examiner la manière de donner aux pays en voie de développement davantage de garanties sur la valeur thérapeutique des médicaments produits en Belgique. La préférence doit être donnée à une solution au niveau européen ou à celui de l'OMS. Dès que mes services auront relevé des pistes intéressantes, je vous le ferai savoir.

05.03 Inga Verhaert (sp.a-spirit): Le ministre confirme que la législation comporte à cet égard des zones d'ombre pour ne pas dire qu'elles trahit des lacunes.

Ik ben echt erg bezorgd, niet alleen over de gezondheid van mensen in ontwikkelingslanden, die, zoals u aanhaalt, niet over voldoende capaciteit beschikken om een goede, kwalitatieve analyse te maken van de farmaceutische middelen die er worden geïmporteerd, maar ook over de mogelijke gevolgen die kwalijke medicatie kan hebben op de wereldgezondheidszorg.

Ik kijk dus met heel veel belangstelling uit naar de pistes die u daaromtrent zal lanceren.

Ik ben er mij ook van bewust dat België niet alleen het verschil zal kunnen maken. Wij zullen dat samen met andere, Europese lidstaten moeten doen. We stellen dan echter een heel goed voorbeeld, wat ik alleen maar kan toejuichen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hulp bij zelfmoord" (nr. 10298)**

06 **Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assistance au suicide" (n° 10298)**

06.01 **Hilde Dierickx** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in het Zwitserse ziekenhuis Dignitas staan twintig Belgen op een wachtlijst voor hulp bij zelfdoding. De directeur van het ziekenhuis zegt dat één Belg gestorven is onder begeleiding van mensen uit de instelling. Het zijn vooral terminaal zieken die daar "behandeld" worden en meestal zijn het mensen met een ondraaglijk psychisch lijden.

Het ziekenhuis in kwestie zou de hulp bij zelfdoding verzorgen door het ter beschikking stellen van een dodelijke dosis sodium pentobarbital, een middel dat ook gebruikt wordt om dieren te laten inslapen. De patiënt moet het middel wel zelf nemen.

Het ziekenhuis Dignitas is reeds vorig jaar in opspraak gekomen in Duitsland. De Duitse justitie heeft een onderzoek ingesteld omdat een Duitse vrouw op grond van valse papieren hulp had gekregen bij wat later zelfmoord zou blijken te zijn. Een onderzoek werd ingesteld naar zowel de Zwitserse als de Duitse arts, naar de Duitse wegens het verstrekken van valse papieren en verwaarlozing van lichamelijk leed, naar de Zwitserse arts wegens schuld bij de dood. Die zaak heeft in Duitsland voor heel wat beroering en discussie gezorgd over hulp bij zelfdoding.

Dit gaat vooral om een probleem van volksgezondheid uiteraard, maar heeft heel wat juridische consequenties. Toch stel ik u de vragen, als minister van Volksgezondheid.

Mijnheer de minister, ik wilde graag een reactie van u kennen op die hulp bij zelfdoding, wanneer die gebeurt door artsen, door verpleegkundigen, door familie, vrienden of derden.

Wat is uw standpunt over het zelfmoordtoerisme, waarbij Belgische patiënten naar een buitenlands ziekenhuis trekken om daar geholpen te worden met zelfmoord?

Les pays en voie de développement ne possèdent pas les capacités nécessaires pour juger de la valeur thérapeutique d'un médicament. Cette situation est synonyme d'un risque pour la santé mondiale. Je me réjouis que le ministre se déclare prêt à prendre une initiative à ce sujet et suive attentivement la situation.

06.01 **Hilde Dierickx** (VLD): On a pu lire dans les journaux belges que 20 Belges sont inscrits sur la liste d'attente de la clinique Dignitas, en Suisse, pour y bénéficier d'une aide au suicide. Il s'agit principalement de personnes dont "la souffrance psychologique est insupportable". Selon le directeur de Dignitas, un Belge serait déjà décédé avec l'assistance de l'établissement, qui a été mis en cause en Allemagne parce qu'une ressortissante allemande munie de faux papiers y a été "assistée".

Quelle est la position du ministre à propos de "l'assistance au suicide" fournie par des médecins, des infirmiers, des proches, des amis ou des tiers? Que pense le ministre du "tourisme du suicide"? Quelles peuvent être les conséquences pour des médecins belges qui envoient leurs patients en Suisse? Y a-t-il des conséquences juridiques pour les médecins suisses? Quel pourcentage des personnes admises dans les hôpitaux psychiatriques en raison de tendances suicidaires finissent-elles par se suicider?

Wat zijn de gevolgen voor Belgische artsen die een patiënt naar een Zwitsers ziekenhuis sturen voor hulp bij zelfdoding?

Zijn er juridische gevolgen mogelijk tegen de begeleidende Zwitserse artsen?

In het algemeen, hoeveel procent van de mensen met zelfmoordneigingen die in België worden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en instellingen, plegen uiteindelijk zelfmoord?

06.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Dierickx, sta mij toe voor vragen één en twee te verwijzen naar het laatste rapport van de evaluatiecommissie inzake de wet op euthanasie. Gezien het onderwerp lijkt het mij immers een vereiste dat de adviezen van experts en beroepsmensen uitgebreid gehoord worden.

Bij het lezen van dit rapport lijkt het niet dat er op het terrein een reële behoefte bestaat om de wet inzake euthanasie zoals die vandaag bestaat aan te passen. A priori ben ik van mening dat euthanasie vandaag uitsluitend mag uitgevoerd worden binnen het kader dat de wet voorziet. Ik meen echter ook dat dit kader misschien niet volstaat of onvoldoende is aangepast aan de behoeften van de patiënten. Daarom zal ik binnenkort een onderhoud hebben met de leden van de commissie zodat we deze kwestie kunnen bespreken en nagaan of de wet al dan niet moet gewijzigd worden. We zullen dus zien of er in de volgende rapporten van de commissie blijkt wordt gegeven van andere behoeften en welke acties dan zouden moeten ondernomen worden.

Om op uw derde vraag te antwoorden, in dit stadium ben ik niet van plan om zelf naar Zwitserland te reizen. Indien het rapport dat de commissie dit jaar zal uitbrengen aangeeft dat hier nood aan is, zal ik de nodige initiatieven nemen.

Om op uw vragen vier en vijf te antwoorden, de Belgische wet is alleen in België van toepassing. Er kunnen dus geen gevolgen worden verbonden aan handelingen die onder een andere wetgeving in Zwitserland worden gesteld. Daarnaast zijn patiënten vrij om te gaan waar ze willen voor zorgverstrekking.

Ten laatste, om op uw zesde vraag te antwoorden, in dit stadium beschik ik niet over geactualiseerde cijfers over zelfmoord. Mijn kabinet heeft echter contact gehad met mensen van het Nationaal Instituut voor de Statistiek die momenteel belast zijn met een coherente en globale actualisatie van de verschillende nationale cijfers. De opgelopen achterstand zou volgend jaar weggewerkt moeten zijn waardoor we de strijd tegen zelfmoord zo doeltreffend mogelijk kunnen maken.

06.03 **Hilde Dierickx** (VLD): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u hier ook om bekommerd bent. Indien het huidige wetgevende kader volstaat, kunnen we daar natuurlijk mee akkoord gaan. Indien echter

06.02 **Rudy Demotte**, ministre: Pour les questions concernant mon point de vue, je vous renvoie au rapport de la commission d'évaluation de la loi sur l'euthanasie. Il s'indique de recueillir au maximum les avis des experts et des professionnels.

Selon ce rapport, une adaptation de la loi sur l'euthanasie ne serait pas nécessaire. J'estime a priori que l'euthanasie ne peut être pratiquée que dans ce cadre légal. J'ai toutefois conscience que ce cadre n'est peut-être pas suffisamment adapté aux besoins de l'ensemble des patients. Je me réunirai avec la commission à ce sujet et les rapports suivants indiqueront s'il est nécessaire d'entreprendre des actions.

Je n'ai pas l'intention de me rendre en Suisse à moins qu'un rapport futur de la Commission ne démontre l'utilité d'une telle visite.

La loi belge est applicable en Belgique et la loi suisse en Suisse. Les patients sont libres de leurs allées et venues.

Actuellement, je ne dispose pas de chiffres actualisés sur le suicide. L'Institut national de statistique prépare des chiffres nationaux. L'année prochaine, le retard accumulé devrait être résorbé. Nous pourrions dès lors nous employer à optimiser au maximum la lutte contre le suicide.

06.03 **Hilde Dierickx** (VLD): S'il s'avère que le cadre légal ne suffit pas, nous veillerons à ce que le

zou blijken dat het ontoereikend wordt voor de Belgische patiënten, dan zullen wij dat natuurlijk opvolgen en dat eventueel bespreken in deze commissie. problème ne reste pas en suspens.

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

07 Question de Mme Talbia Belhouari au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation des médecins généralistes à la problématique de la violence conjugale" (n° 10159)

07 Vraag van mevrouw Talbia Belhouari aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sensibiliseren van de huisartsen voor de problemen van partnergeweld" (nr. 10159)

07.01 Talbia Belhouari (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la violence conjugale n'est pas une affaire privée. Elle ressortit à l'ordre public et porte directement atteinte aux droits fondamentaux. On estime aujourd'hui qu'une femme sur cinq est directement concernée par des faits de violence conjugale.

Les femmes battues doivent très souvent affronter seules cette situation. La première personne à qui elles s'adressent en général est leur médecin traitant. Les médecins généralistes en tant qu'intervenants de première ligne se doivent d'être sensibilisés, voire formés à la gestion de ces situations douloureuses et sensibles.

A ce sujet, le Service public fédéral Santé publique a mené une enquête en octobre dernier. Sur 1.500 médecins généralistes francophones sondés, 161 ont répondu. Parmi ceux-ci, trois sur quatre se sont dit insuffisamment préparés à la problématique de la violence conjugale. Ces résultats sont bien évidemment inquiétants puisqu'ils révèlent une lacune flagrante dans la sensibilisation des médecins généralistes à cette problématique. Pourtant des initiatives existent. Un guide destiné aux intervenants de première ligne a d'ailleurs été publié à votre initiative et diffusé à l'ensemble des hôpitaux et des médecins généralistes.

Il existe également des fiches pratiques réalisées à l'attention du médecin qui soupçonne un cas de violence conjugale. Ces différentes initiatives, monsieur le ministre, sont plus que louables et marquent le pas dans la bonne direction. Néanmoins, au vu des résultats de la dernière enquête, on s'aperçoit que ces initiatives sont insuffisantes.

Aussi, quelles sont les suites qui seront apportées à cette enquête?

Une nouvelle campagne de sensibilisation plus en profondeur est-elle envisageable?

07.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame la députée, un guide ayant pour objectif de sensibiliser les intervenants de première ligne – les médecins généralistes mais aussi les médecins urgentistes – à la problématique de la violence à l'intérieur des familles a en effet été élaboré à mon initiative. Il vient de faire l'objet d'une évaluation, notamment auprès des médecins généralistes eux-mêmes.

Dans ce cadre, des enquêtes téléphoniques ont été réalisées auprès de ces médecins; les résultats que vous venez de mettre en lumière ressortent de ces enquêtes. Au vu de ces résultats, on a décidé d'élaborer des cartes de synthèse qui seront complétées par des

07.01 Talbia Belhouari (PS): Partnergeweld is van openbare orde en doet rechtstreeks afbreuk aan de fundamentele rechten. Volgens schattingen is thans een vrouw op vijf er het slachtoffer van. De slachtoffers staan vaak alleen in hun strijd en kaarten het probleem meestal eerst bij hun behandelende geneesheer aan. Die problematiek moet derhalve onder de aandacht van de huisartsen worden gebracht.

De FOD Volksgezondheid heeft in oktober jongstleden een enquête gehouden. Drie respondenten op vier antwoorden dat ze onvoldoende voorbereid zijn op de problematiek van het partnergeweld. Er bestaan initiatieven die echter niet volstaan, zoals het resultaat van de jongste enquête aantoonde. Welk gevolg wordt er aan die enquête gegeven? Is men van plan een nieuwe en grondigere sensibilisatiecampagne op poten te zetten?

07.02 Minister Rudy Demotte: Op mijn initiatief werd er inderdaad een gids opgesteld waarmee we de eerstelijnszorgverstrekkers bewust willen maken van het probleem van het geweld in de gezinnen. Die gids werd onlangs geëvalueerd, onder andere door de huisartsen zelf.

Gelet op de resultaten van die enquête werd beslist

schémas de type "arbre de décision". Ceux-ci permettront de renforcer la sensibilisation des acteurs de terrain, plus particulièrement des généralistes. Ils seront diffusés rapidement – notre objectif est de les diffuser durant ce premier trimestre 2006 – aussi bien dans les hôpitaux qu'auprès des médecins généralistes.

En parallèle, un système test d'enregistrement des actes de violence conjugale sera mis en place au sein d'un échantillon suffisamment représentatif des services d'urgence dans les hôpitaux.

Le but est de sensibiliser les professionnels de la santé en charge des services d'urgences à l'utilité de posséder un enregistrement et un outil d'enregistrement fiables. Cela permettra d'évaluer par la suite dans quelle mesure cet enregistrement pourra être utilisé en 2007 par les médecins généralistes. Sur cette base, les pratiques de détection des problèmes de violence intra-familiale pourront être améliorées.

samenvattende fiches op te stellen die met "beslissingsboom"-schema's werden aangevuld. Ze zullen in het eerste trimester van 2006 verspreid worden. Tegelijkertijd wordt er in een aantal zorgvuldig uitgekozen representatieve spoedafdelingen van ziekenhuizen een testsysteem ingevoerd om gevallen van partnergeweld te registreren.

Op die wijze willen we de gezondheidswerkers die aan het hoofd van de spoeddiensten staan, wijzen op het nut van een betrouwbaar registratiesysteem dat in 2007 door de huisartsen in gebruik kan worden genomen. Zo wordt het eenvoudiger om problemen van geweld binnen het gezin op te sporen.

07.03 Talbia Belhouari (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre.

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

08 Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres privés de chirurgie esthétique" (n° 10245)

08 Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de privé-centra voor esthetische chirurgie" (nr. 10245)

08.01 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le ministre, j'avais déjà déposé une proposition de loi qui visait la publicité trompeuse et comparative en matière de chirurgie esthétique. C'est un secteur dont nous sous-estimons encore les dégâts aujourd'hui. On voit de plus en plus de centres d'esthétique chirurgicale non hospitaliers se créer. Des interventions chirurgicales importantes et même lourdes se pratiquent dans ces centres. L'équipement et les conditions de travail de ces centres privés sont tout à fait aléatoires et hypothèquent la qualité des soins, voire génèrent des complications dommageables. Beaucoup parmi nous connaissent des cas vraiment compliqués.

Alors que les services de chirurgie des hôpitaux sont eux soumis à des règles de sécurité, tant en matière d'équipement que de personnel qualifié, pour les centres privés, il n'y a à ce jour en Belgique aucune norme. Par ailleurs des prestataires non qualifiés, ce qui est inouï, peuvent procéder à des actes qui échappent à leurs compétences réelles et légales.

Je vous rappelle l'article 15 §2 de la nomenclature des soins de santé, qui implique l'intervention de l'assurance maladie invalidité pour les actes chirurgicaux d'une certaine valeur devant être pratiqués en milieu hospitalier qualifié, ce qui a évidemment été élaboré pour avoir des soins de qualité. Qu'en est-il des interventions esthétiques dans les centres privés? Celles-ci ne bénéficient pas du remboursement de

08.01 Dominique Tilmans (MR): In centra voor esthetische chirurgie buiten de ziekenhuisomgeving worden diverse heelkundige ingrepen uitgevoerd. Bepaalde chirurgische handelingen moeten echter in daartoe erkende ziekenhuizen worden verricht. Voorts zijn de voorzieningen en de werkomstandigheden in die centra aleatoir. Wat zijn thans de normen en controlemiddelen met betrekking tot die centra? Zouden er geen wettelijke criteria moeten worden vastgesteld?

l'INAMI, mais il demeure que cela pose un gros problème au niveau de la santé publique. Des garanties de qualité et de sécurité s'imposent donc.

Pour mémoire, les articles 35 et 113 du Code de déontologie médicale visent à garantir la qualité et la continuité des soins. Monsieur le ministre, quels sont, au stade actuel, les normes et les moyens de contrôle relatifs à ces centres d'esthétique? A défaut de ceux-ci, des critères légaux ne devraient-ils pas être définis en la matière?

08.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la députée, laissez-moi vous dire l'intérêt que je partage avec vous pour cette matière. Je connais certainement la problématique des centres privés de chirurgie plastique que vous soulevez.

Pour le moment, il n'existe pas de moyens légaux pour définir des normes ou des critères de qualité pour de tels centres. Par le passé, j'ai demandé un avis au Conseil national des établissements hospitaliers à ce propos. Jusqu'à présent, je n'ai pas encore reçu d'avis formel, ce qui est pour moi une étape indispensable.

Je vais dès lors charger mon administration de réitérer cette demande d'avis et d'examiner dans quelle mesure des normes et des critères peuvent être définis pour de tels centres. Je ne manquerai pas de vous tenir informée de cet avis qui est pour moi fort important.

08.03 Dominique Tilmans (MR): Il devient urgent dans notre pays d'établir des normes pour ce genre de centres privés, quand on voit ce qui se fait aux Etats-Unis en termes d'exigence. Je pense que c'est un domaine qui est en pleine expansion et qu'il est important de prévenir tous les abus en ce sens.

08.02 Minister Rudy Demotte: Wij beschikken thans niet over wettelijke middelen om ter zake wetgevend op te treden. Ik zal het verzoek om advies dat ik in het verleden al tot de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heb gericht, herhalen teneinde kwaliteitscriteria met betrekking tot de privécentra voor plastische chirurgie vast te stellen.

08.03 Dominique Tilmans (MR): Er moeten dringend normen voor dat soort privécentra worden uitgevaardigd, gelet op de sterke opmars van die sector in ons land.

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

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Karine Jiroflée** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het antibakksbeleid" (nr. 10246)
- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van de middelen van het federaal Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik" (nr. 10408)
- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van het CREEA als stichting van openbaar nut" (nr. 10552)

09 Questions jointes de

- **Mme Karine Jiroflée** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique de lutte contre le tabagisme" (n° 10246)
- **M. Koen Bultinck** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la répartition des moyens du Fonds fédéral de lutte contre le tabagisme" (n° 10408)
- **Mme Muriel Gerkens** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance du CREEA comme organisme d'utilité publique" (n° 10552)

09.01 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het antibakksbeleid van de federale overheid ging in 2005 met reuzenschreden vooruit. Ik denk aan het recht op een rookvrije werkruimte, de aankondiging van de maatregelen in de horeca, het vergrendelingssysteem van de sigarettenautomaten voor jongeren onder de 16 jaar en de terugbetaling van de rookstopbegeleiding van zwangere vrouwen en partners. Ik denk dat we mogen zeggen dat we

09.01 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): En 2005, la politique fédérale antitabac a fait d'importants progrès mais en matière de prévention du tabagisme, tout n'est pas encore en ordre au niveau flamand.

heel wat stappen hebben gezet en dat is niet in het minst te danken aan uw inspanningen.

Op het vlak van de tabakspreventie op Vlaams niveau is echter nog niet alles in orde. Een allesomvattende antitabaksstrategie met maatregelen in alle relevante beleidsdomeinen, zoals de kaderconventie eigenlijk vraagt, is er niet. We kunnen toch ook wel stellen dat er op Vlaams niveau niet genoeg geld wordt voor uitgetrokken.

Via het Federaal Fonds ter Bestrijding van het Tabaksgebruik kunnen er middelen uit federaal geïnde taksen op tabak vloeien naar de Gemeenschappen die ze dan kunnen gebruiken voor tabakspreventie. De Vlaamse Gezondheidsraad bepleit een bijna verzevenvoudiging van het huidige Vlaamse budget voor die tabakspreventie. Momenteel is er bij mijn weten echter nog geen akkoord tussen de Gemeenschappen en de federale overheid over de verdeling van die middelen uit het tabaksfonds.

Mijn vraag is vrij eenvoudig. Wanneer zal dit akkoord worden afgerond? Hoeveel geld zal er naar de Vlaamse Gemeenschap vloeien voor die preventie?

09.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zou deze vraag willen beschouwen als een klassieke opvolgingsvraag van het dossier.

U zult zich ongetwijfeld herinneren dat ik u reeds op 12 juli van vorig jaar heb ondervraagd, meer specifiek met betrekking tot het tabaksfonds en het al dan niet mogelijk zijn om heel die problematiek over te hevelen naar de Gemeenschappen. Als ik nog even het antwoord bekijk, stel ik vast dat u toen een zeer exact, technisch antwoord hebt gegeven waaruit bleek dat er vanaf september 2004 een nieuw voorstel van samenwerkingsakkoord werd opgesteld. U wees er ook op dat het ontwerpakkoord door de deelstaten werd verworpen en dat in 2005 werd besloten dat de uitgaven op federaal niveau zouden blijven. Bij het opstellen van de begroting 2006 is heel de problematiek opnieuw bekeken. Er was ook een exacte timing opgesteld om te bekijken in welke mate de discussie verder zou verlopen. Het zou daarbij gaan over zowel het samenwerkingsakkoord als de verdeling van de middelen.

Ik heb drie concrete vragen, mijnheer de minister. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de onderhandelingen? Hoe zit het met de mogelijke totstandkoming van een samenwerkingsakkoord? Hoe is het dossier geëvolueerd? Is er ondertussen al dan niet duidelijkheid over de verdeling van de middelen uit het fameuze tabaksfonds?

09.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le président, ma question démarre sous un autre angle que les deux questions précédentes, tout en y étant étroitement liée.

Monsieur le ministre, il s'agit de la reconnaissance de l'ASBL CREEA en tant qu'organisme d'utilité publique. Cette ASBL a été constituée à partir de la Fondation Rodin pour réaliser des actions et remplir des missions, telles que des études, des campagnes, des accompagnements individuels de personnes en situation de dépendance vis-à-vis du jeu, de l'alcool et du tabac, l'évaluation des

Quand un accord sera-t-il signé entre les Communautés et les autorités fédérales sur la répartition des moyens du Fonds tabac? Quelle sera la somme allouée à la Communauté flamande pour la prévention du tabagisme?

09.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Le 12 juillet 2005, j'avais déjà interrogé le ministre sur le Fonds tabac. Où en sont les négociations avec les entités fédérées? Qu'en est-il d'un éventuel accord de coopération? La répartition des moyens du Fonds tabac a-t-elle déjà été précisée?

09.03 Muriel Gerkens (ECOLO): De vzw CREEA is erkend als instelling van openbaar nut. CREEA is eigenlijk een uitvloeisel van de Rodin Stichting en heeft onder meer tot doel studies uit te voeren en de acties van de andere antirookorganisaties te toetsen. Op een vraag over de erkenning van de vzw CREEA antwoordde

pratiques et des actions menées par des organismes existants de lutte contre le tabac.

Cet organisme a été reconnu d'intérêt public sur base, notamment, d'un avis positif de votre part donné à la ministre de la Justice, compétente en matière de ces reconnaissances. Je l'avais interrogée à ce sujet; elle m'avait alors répondu avoir reçu l'aval du ministre de la Santé. Par ailleurs, dans la législation relative à la reconnaissance des organismes d'intérêt public, la composition du conseil d'administration et les liens que peuvent entretenir ses membres avec d'autres organismes n'entrent pas en compte. De plus, toujours d'après la ministre, le respect des règles de l'OMS ne la concerne pas: c'est l'affaire du ministre de la Santé.

D'où ma question. En effet, dans votre réponse favorable, vous dites que cette nouvelle ASBL – ex-Fondation Rodin – n'a plus de lien direct avec les cigarettiers puisqu'elle est issue d'une autre ASBL; dès lors, il n'y a plus aucune contradiction avec les règles de l'OMS. Néanmoins, vous conseilliez de modifier son nom; ce qui fut fait par sa nouvelle dénomination CREAA.

À mon avis, il est relativement hypocrite de demander un changement de nom afin d'éviter la confusion, alors que, dans les faits, l'organisation est toujours issue des cigarettiers via la Fondation Rodin.

J'aurais voulu une explication de votre part sur le raisonnement que vous avez tenu pour arriver à conclure que le CREAA n'a plus de lien avec les cigarettiers et que les dispositions de l'OMS sont respectées, à savoir que les politiques de la santé d'un État ne rencontrent pas les intérêts des cigarettiers.

Je vais me permettre de citer un extrait de l'avis de l'OMS de mai 2003: "Son objectif principal (de la Fondation Rodin) a été le sabotage du fonds public de contrôle du tabac que le ministre de la Santé avait promis en août 2000. Son budget a été ramené à 1,85 million quand l'industrie du tabac a annoncé qu'elle subventionnerait la Fondation Rodin (...) La prévention est principalement sponsorisée par les cigarettiers (...) La Fondation Rodin est en conflit total avec les politiques de l'OMS, avec les résolutions concernant la transparence et avec les articles de la convention-cadre de lutte antitabac".

J'en viens à mes questions.

- Sur quelle base pouvez-vous soutenir que l'ASBL CREAA n'entretient aucun lien avec les intérêts des cigarettiers?

- L'une de ses missions est d'évaluer les pratiques des acteurs de terrain. Or, il existe déjà la Coalition nationale contre le tabac. N'est-il pas curieux qu'une ASBL financée indirectement par les cigarettiers évalue les actions menées par nos collègues et dispose de moyens nettement supérieurs à ceux des associations? Vous allez d'ailleurs nous donner des explications concernant la répartition de leurs moyens financiers. En outre, cette association a non seulement été reconnue comme une organisation d'utilité publique, mais a également obtenu des dotations de votre part. De plus, elle entame des actions dans les écoles, au grand dam de la ministre de la Santé de la Communauté française.

de ministre van Justitie mij dat u het groene licht gegeven had. De wetgeving betreffende de erkenning van instellingen van openbaar nut houdt evenwel geen rekening met de samenstelling van de raad van bestuur, noch met de banden die de leden van de raad van bestuur mogelijk onderhouden met andere organisaties. De minister verklaarde voorts dat niet zij, maar de minister van Volksgezondheid moet toezien op de naleving van de regels van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Volgens het door u uitgebrachte positieve advies heeft de nieuwe vzw, de vroegere Rodin Stichting, geen rechtstreekse band meer met de sigarettenproducenten en worden de WHO-regels dus nageleefd. Op uw advies werd de naam van de vzw evenwel veranderd in CREAA.

Het veranderen van de naam van een organisatie die de facto werd opgericht door de sigarettenindustrie, om verwarring te vermijden, is op zijn minst een hypocriete zet te noemen.

Ter herinnering: in het advies van de WHO van mei 2003 wordt het hoofdoel van de Rodin Stichting gehekeld, namelijk het saboteren van het openbare Tabaksfonds en het voeren van een hoofdzakelijk door de sigarettenfabrikanten gesponsord preventiebeleid, wat haaks staat op de vereisten inzake transparant beheer en strijdig is met de kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie inzake de bestrijding van het tabaksgebruik.

Op grond waarvan komt u tot het besluit dat er geen verband bestaat tussen de vzw CREAA en de belangen van de sigarettenproducenten?

Is het niet verwonderlijk dat een vzw die onrechtstreeks door de sigarettenproducenten wordt

gefinancierd, de initiatieven van de actoren in het veld beoordeelt en over merkelijk hogere middelen dan de verenigingen beschikt?

Kan u in dat opzicht meer uitleg verschaffen over de verdeling van de toegekende middelen en over de dotatie die het CREEA voor zijn werking en zijn acties in de scholen ontvangt?

Le **président**: C'est la Fondation Rodin, et pas le penseur de Rodin!

09.04 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, het Tabaksfonds is federaal en wordt gefinancierd door middel van een toelage van het RIZIV, die 2 miljoen euro bedraagt. Het grootste deel van het Tabaksfonds wordt besteed aan de begeleiding van maatregelen die werden genomen in het kader van het Federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik.

Een samenwerkingsakkoord zoals werd voorgesteld tijdens de vorige legislatuur is vandaag niet meer aan de orde. De Raad van State heeft zich immers formeel gekant tegen een overdracht van federale fondsen naar de deelgebieden. Vervolgens hebben de deelgebieden zich gekant tegen een overeenkomst die steunt op bijdragen.

Je reste toutefois partisan d'un véritable fonds public transversal. Ce ne sera possible que si le gouvernement concerné partage cette ambition dans le respect de l'avis du Conseil d'Etat.

Momenteel werken we op basis van aanvragen voor ondersteuning van projecten die de strijd tegen tabaksgebruik beogen. In dit kader kunnen samenwerkingsacties met de deelgebieden overwogen worden. De aanvragen worden geëvalueerd door een begeleidingscomité. Er wordt gekeken of de projecten overeenstemmen met de prioritaire krachtlijnen van het federale beleid rond de strijd tegen tabak en of ze deze aanvullen.

Pour ce qui est de la reconnaissance du CREEA en tant qu'organisme d'utilité publique, je précise simplement qu'à la demande d'avis formulée par ma collègue la ministre de la Justice, j'ai répondu qu'il ne m'appartenait pas en tant que ministre de la Santé publique de me

09.04 **Rudy Demotte**, ministre: Le Fonds fédéral "Tabac" est financé par une dotation de l'INAMI de deux millions d'euros. La majeure partie des moyens est consacrée à l'accompagnement de mesures issues du plan fédéral de lutte contre le tabagisme. Lors de la précédente législature, il y a eu une proposition d'accord de coopération. Une telle proposition n'est plus à l'ordre du jour, étant donné que le Conseil d'État s'est fermement opposé à un transfert de fonds fédéraux vers les entités fédérées, lesquelles se sont ensuite opposées à un accord reposant sur des cotisations.

Ik pleit voor de oprichting van een echt transversaal openbaar fonds, wat echter veronderstelt dat de regering die ambitie deelt en het advies van de Raad van State naleeft.

Nous travaillons à présent avec des demandes de soutien pour des projets de lutte contre le tabagisme. Il est possible d'envisager dans ce cadre des actions de coopération avec les Régions. Les demandes sont évaluées par un comité d'accompagnement. Celui-ci vérifie si les projets correspondent aux priorités fédérales en matière de lutte contre le tabagisme et si elles les complètent.

Wat de erkenning van het CREEA als organisme van openbaar nut betreft, heb ik op de adviesvraag van de minister van Justitie

prononcer dans le cadre de la loi du 27 juin 1921 relative aux associations sans but lucratif, quand bien même la fondation en question aurait pour objet une matière qui relèverait de mes compétences. La lutte contre le tabagisme menée à l'échelon fédéral l'est en toute indépendance. Il est certain qu'aucune association financée par l'industrie ne peut l'influencer en aucune manière. Dans cette matière comme dans d'autres, mon engagement est sans équivoque.

geantwoord dat ik als minister van Volksgezondheid geen uitspraak kan doen in het kader van de wet van 27 juni 1921 betreffende de verenigingen zonder winst-oogmerk, zelfs al zou de stichting waarvan sprake een maatschappelijk doel hebben dat tot mijn bevoegdheid behoort. In de bestrijding van het tabaksgebruik geef ik geen duimbreed toe.

09.05 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Ik dank de minister voor zijn antwoord.

09.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Zeer kort, mijnheer de voorzitter. Ik dank de minister uiteraard voor zijn antwoord. Ik neem er akte van, mijnheer de minister, dat een eventueel samenwerkingsakkoord op dit moment niet meer aan de orde is en dat de aanvragen voor de financiering van concrete projecten telkenmale op basis van een volledig, concreet dossier beoordeeld worden. Uiteindelijk gaat men niet meer naar fundamenteel nieuwe onderhandelingen over een globaal pakket, kwestie van verdeling van middelen.

09.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Je constate qu'un accord de coopération n'est plus à l'ordre du jour et que les demandes sont désormais évaluées sur la base d'un dossier concret.

09.07 Muriel Gerken (ECOLO): Monsieur le président, je pense qu'il faudrait inscrire sur une feuille les réponses des différents ministres; c'est fascinant! En effet, chacun est bien conscient du problème posé par la demande de la Fondation Rodin, aujourd'hui le CREEA, d'être reconnue comme organisme d'intérêt public. Mais, dans votre réponse, comme dans celles des ministres Reynders et Onkelinx, il apparaît que chacun considère qu'il ne lui appartient pas d'émettre un avis sur l'un des aspects de cette demande. Pour moi, cela prouve qu'il y a bien là un problème eu égard à notre indépendance et à notre respect des règles de l'Organisation mondiale de la Santé.

09.07 Muriel Gerken (ECOLO): Het zou interessant zijn om de antwoorden van de diverse ministers met elkaar te vergelijken. Zowel de minister van Volksgezondheid als de minister van Financiën en de minister van Justitie zijn immers de mening toegedaan dat het hen niet toekomt zich over bepaalde aspecten van dat dossier uit te spreken. Een en ander toont hoe dan ook aan dat de erkenning van het CREEA als stichting van openbaar nut problemen doet rijzen met betrekking tot onze onafhankelijkheid en de naleving van de regels van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Je ne dis pas que les politiques fédérales sont en relation avec les intérêts des cigarettiers ou pas suffisamment indépendantes de ceux-ci. En revanche, je dis qu'il y a ici une association qui bénéficie d'argent versé par les cigarettiers, tout en créant une autre organisation en vue de recevoir des dotations de l'Etat en échange de certaines missions. Or, vous n'avez pas les moyens de vous opposer aux actions de cette association qui les mène indépendamment de vos décisions.

Het federaal beleid blijft weliswaar onafhankelijk ten aanzien van de sigarettenfabrikanten, maar de sigarettenfabrikanten, maar de Rodin Stichting ontvangt fondsen die door de sigarettenfabrikanten worden gestort, alsook overheidsdotaties via het CREEA, terwijl u over geen enkel middel beschikt om u te verzetten tegen acties die het los van uw beslissingen voert.

J'apprends aussi que vous lui avez versé de l'argent, et je vous réinterrogerai à ce sujet, pour qu'elle puisse lancer des campagnes ou entreprendre des évaluations. Quand une organisation d'utilité publique inscrit comme missions dans ses statuts l'évaluation des actions des autres acteurs ainsi que l'accompagnement individuel de personnes souffrant d'assuétudes, toutes les conditions sont réunies pour que nous ne soyons pas indépendants des cigarettiers et pour permettre à ces derniers d'accroître leur influence auprès des jeunes fumeurs.

Votre réponse ne me satisfait évidemment pas du tout et démontre que, dans ce dossier, on a préféré l'hypocrisie au lieu d'envoyer les

Ik zal u later ondervragen over het

cigaretteurs se faire voir avec leurs millions!

geld dat u aan het CREEA heeft gestort en dat moet dienen voor het opzetten van campagnes en het verrichten van evaluaties.

Uw antwoord schenkt mij uiteraard geen voldoening en geeft aan welke weg u heeft gekozen, namelijk die van de hypocrisie!

09.08 Rudy Demotte, ministre: Madame Gerkens, je n'ai aucune leçon d'hypocrisie à donner aux écologistes qui, début des années 2000, avaient accepté un système de financement du Fonds Rodin pur et simple!

09.08 Minister **Rudy Demotte**: Op het stuk van hypocrisie heb ik de groenen geen lessen te geven: begin jaren 2000 gingen ze akkoord met een regelrechte financiering van het Rodinfonds.

Le **président**: L'incident est presque clos!

09.09 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le ministre, s'il y a eu erreur à ce moment-là et peut-être hypocrisie, comme vous le dites, elle a été grandement partagée. Souvenez-vous de la manière dont cela s'est passé et de l'accord qui a été pris pour que le fonds public soit accepté: il a fallu que le gouvernement et la ministre de la Santé de l'époque acceptent, via le ministre Reynders, la création de cette fondation Rodin par le biais d'une augmentation du prix du tabac et non pas des accises.

09.09 Muriel Gerkens (ECOLO): Voor de vergissing die toen werd begaan, kunnen niet alleen de groenen met de vinger worden gewezen. Opdat wij dat openbaar fonds zouden aanvaarden, moest de regering akkoord gaan met de oprichting van de Rodin Stichting, via een verhoging van de tabaksprijs en niet van de accijnzen. Ik hoopte dat een en ander zou worden rechtgezet, maar dat is niet gebeurd!

A l'époque, l'ensemble du gouvernement en portait la responsabilité et j'en ai voulu au gouvernement et à la ministre de la Santé de l'époque d'avoir accepté la création de ce fonds qui apparaissait comme nécessaire pour que de l'argent public soit enfin mis sur la table. Cela ne date effectivement pas d'aujourd'hui mais j'espérais que les choses allaient être corrigées. Ce n'est pas le cas!

Le **président**: Monsieur le ministre, vous avez droit à une toute dernière réplique.

09.10 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, mon but n'est pas d'avoir le dernier mot.

09.10 Minister **Rudy Demotte**: Iedereen weet dat ik een overtuigd tegenstander ben van roken. Voor het eerst werd in ons land twee miljoen euro overheidsgeld op tafel gelegd voor de strijd tegen het tabaksgebruik. Die bedragen zouden nog kunnen worden opgetrokken. Ik wens voorts dat de Gemeenschappen, die weliswaar belangstelling hebben voor dit probleem, ook financieel over de brug zouden komen.

Personne ne doute de ma conviction antitabac qui reste d'ailleurs toujours aussi ferme. Dans ce débat, il faut pouvoir lire les faits, à savoir les décisions prises et les moyens mis en œuvre. Pour la première fois dans ce pays, indépendamment du débat mené aujourd'hui, on a mis deux millions d'euros publics sur la table pour la lutte contre le tabac. J'en suis heureux et je pense même que ces montants pourraient être augmentés. C'est d'ailleurs ce que j'ai répondu à nos deux collègues flamands du sp.a et du Vlaams Belang, en leur faisant part de mon souhait de voir les Communautés entrer dans la marche. Pour le moment, elles sont très attentives à la problématique mais restent dans une position – ma formation me confine à la diplomatie, j'utiliserai donc un mot prudent – non pas de "retrait" mais bien de non-investissement au sens matériel du terme, étant donné que pas un centime n'a été injecté aujourd'hui dans le financement.

09.11 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le ministre, je me réjouis que deux millions aient été mis dans le financement. Néanmoins,

09.11 Muriel Gerkens (ECOLO): Ik ben blij met deze financiering

vous accordez des dotations agréables aux autres qui ont douze millions, hors des deux malheureux millions que vous possédez, en vue de mener des actions. Ce n'est pas correct non plus!

ten bedrage van twee miljoen. U kent echter dotaties toe aan instellingen die over twaalf miljoen beschikken om acties te voeren en dat is niet correct.

De **voorzitter**: Het parlement heeft het laatste woord gehad, zoals altijd!

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

10 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van revalidatieartsen voor de autonome revalidatiecentra" (nr. 10290)

10 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des médecins en revalidation pour les centres de revalidation autonomes" (n° 10290)

10.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, een paar weken geleden ondervroeg ik u over de erkenning van de revalidatieartsen voor de autonome revalidatiecentra. U hebt mij toen geantwoord dat op dat ogenblik de laatste hand werd gelegd aan een ontwerp van ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van de geneesheren-specialisten, houders van een bijzondere beroepstitel in de functionele, sociale en professionele revalidatie van gehandicapten, alsook van de stagemesters en stagediensten in de functionele, sociale en professionele revalidatie van gehandicapten. Met andere woorden, u kondigde toen aan dat er een ontwerp van ministerieel besluit was.

10.01 Luc Goutry (CD&V): Il y a quelques semaines, au sein de cette commission, à une question relative à la reconnaissance des médecins en revalidation pour les centres de revalidation autonomes, le ministre a répondu qu'un projet d'arrêté ministériel était en voie de finalisation.

Wat is de stand van zaken? Is het ministerieel besluit ondertussen klaar? Wat staat erin? Kunnen wij eventueel over het ontwerp beschikken?

Quand ce projet sera-t-il terminé?
Le ministre peut-il déjà soulever un coin du voile?

10.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Goutry, ik zal zeer kort zijn. Er wordt nog steeds beraadslaagd over het ontwerp van besluit. Het is met name ter advies voorgelegd aan de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen. Zodra het goedgekeurd is, zal ik het ter beschikking stellen.

10.02 Rudy Demotte, ministre: Ce projet n'est pas encore prêt et devra encore faire l'objet de délibérations. Pour l'heure, il est soumis pour avis au Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes. Je le mettrai à la disposition de la commission dès qu'il aura été approuvé.

10.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik blijf u er uiteraard aan herinneren, als het niet op korte termijn gebeurt. Hebt u zicht op de timing?

10.03 Luc Goutry (CD&V): Quand sera-ce chose faite?

10.04 Minister Rudy Demotte: Neen.

10.04 Rudy Demotte, ministre: il est trop tôt aujourd'hui pour vous répondre.

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

De **voorzitter**: Collega De Coene is nog niet aanwezig. Dan vraag ik of de heer Bultinck akkoord gaat om nog even geduld uit te oefenen. Ik zal de heer Delizée eerst zijn vraag laten stellen.

11 Question de M. Jean-Marc Delizée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les

conséquences pour les petits hôpitaux ruraux de la décision du 23 janvier 2006 du Comité de l'assurance soins de santé concernant le financement de la permanence des laboratoires de biologie clinique" (n° 10310)

11 Vraag van de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen voor de kleine landelijke ziekenhuizen van de beslissing van 23 januari 2006 van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging betreffende de financiering van de wachtdienst van de laboratoria voor klinische biologie" (nr. 10310)

11.01 Jean-Marc Delizée (PS): Monsieur le président, ma question concerne effectivement la permanence des laboratoires de biologie clinique. L'an dernier, le gouvernement a décidé de supprimer un de ses financements, estimant qu'il donnait lieu à des abus et ne correspondait pas parfaitement au but recherché. Il s'agissait en fait d'un honoraire supplémentaire qui pouvait être réclamé aux patients pour lesquels les examens de biologie clinique devaient être réalisés en urgence en dehors des heures normales de travail. Par an, cet honoraire représentait pour la sécurité sociale un coût de l'ordre de 32 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Il s'agit donc d'une mesure d'économie que nous ne contestons pas sur le principe. Nous savons que vous devez jongler avec des budgets étriqués et évolutifs et que vous devez assurer certains équilibres. Néanmoins, par rapport à cette mesure d'économie, vous vous étiez engagé à réinjecter une partie de la somme épargnée dans les permanences hospitalières à partir de cette année 2006. Et cette promesse a été tenue: elle a été concrétisée par une fiche n° 4 que vous avez déposée au conseil général de l'INAMI et qui concerne l'objectif budgétaire 2006 pour le secteur des soins de santé.

Je cite un point de cette fiche que vous avez déposée au nom du gouvernement: "L'indemnité pour les examens urgents de laboratoire pour les patients en ambulatoire est supprimée – économie de 32 millions. Neuf de ces 32 millions sont réinvestis via un forfait de permanence pour assurer qu'au moins un technicien de laboratoire soit présent en permanence dans les hôpitaux."

Le 23 janvier dernier, le comité d'assurance des soins de santé se réunissait et il a décidé de vous transmettre une proposition de la commission Medicomut qui consiste à répartir la somme de neuf millions au moyen d'une technique qui – sans entrer dans le détail – exclut les plus petits hôpitaux pour des raisons liées à la fois au nombre de médecins biologistes, de pharmaciens qu'ils emploient et au nombre de lits qu'ils exploitent. Rien que cette dernière condition met déjà de côté les plus petits hôpitaux. Or ce sont précisément ces hôpitaux qui éprouvent les plus grandes difficultés à financer la permanence à laquelle ils sont tenus, indépendamment de leur petite taille.

La liste de ces hôpitaux montre clairement qu'ils sont situés pour la plupart dans des zones isolées géographiquement et faiblement peuplées, tant au Nord qu'au Sud du pays. Leur existence et les services qu'ils rendent s'inscrivent dans l'objectif de garantir à tous les résidents belges un égal accès à un service de qualité. D'où une double question, monsieur le ministre.

- Ne craignez-vous pas que le choix du comité de l'assurance des soins de santé mette en péril la capacité de ces petits hôpitaux – auxquels je vous sais fort attaché par ailleurs à en juger par vos

11.01 Jean-Marc Delizée (PS): Een van de essentiële kenmerken van een ziekenhuis is dat de patiënten die zich aanmelden doorlopend worden verzorgd. In de loop der jaren werden verschillende financieringstechnieken uitgewerkt om die verplichting van het organiseren van een wachtdienst te financieren. In 2005 heeft u een van die financieringswijzen afgeschaft, namelijk de aanvullende honoraria die mochten worden geïnd voor klinisch-biologische onderzoeken die buiten de normale werkuren werden uitgevoerd. U had er zich toe verbonden het aldus uitgespaarde bedrag in 2006 gedeeltelijk opnieuw toe te kennen ten voordele van de ziekenhuispermanenties. U had in de Algemene Raad van het Riziveen voorstel in die zin gedaan. In januari heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging u een voorstel bezorgd van de Commissie Artsen-Ziekenfondsen dat erin bestaat het bedrag van 9 miljoen te verdelen volgens een techniek die de kleinste ziekenhuizen uitsluit, om redenen die verband houden met het aantal tewerkgestelde geneesherenbiologen en geëxploiteerde bedden.

Het zijn precies die "kleine" ziekenhuizen die de grootste moeilijkheden ondervinden om de wachtdienst die zij verplicht moeten organiseren, te financieren.

Dreigt de keuze van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging het vermogen van die kleine

décisions antérieures – à garantir cet égal accès à des services de qualité?

- Pourriez-vous envisager des mesures spécifiques pour ces petits hôpitaux pour ce qui a trait à la répartition de ces neuf millions d'euros?

ziekenhuizen om een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg te garanderen, niet op de helling te zetten?

Kan u voor die kleine ziekenhuizen niet in specifieke maatregelen voorzien met betrekking tot de verdeling van die 9 miljoen euro?

11.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je vais être concis et, je l'espère, complet sur cette question très technique que vous connaissez.

L'indemnité pour les examens urgents de laboratoires pour les patients en ambulatoire a été supprimée. Il s'agit d'une économie de 32 millions d'euros. Une partie de cette économie, soit 9 millions d'euros, a été réinvestie par le biais d'honoraires forfaitaires de biologie clinique attribués par admission dans certains services d'un hôpital général. La plupart des hôpitaux, en l'occurrence 111 – ce sont les dernières données au 1^{er} décembre 2005 –, peuvent porter en compte les honoraires forfaitaires d'admission les plus élevés – soit aux termes de l'article 24, § 2 – puisqu'ils répondent aux exigences requises par le libellé du forfait.

Les admissions se font dans les services A, C, D, E, G, H, I, J K, L, M, NIC, SP-cardio-pulmonaire, SP-neurologie ou SP-locomoteur d'un hôpital général ou par journée donnant droit aux maxi- ou super-forfaits ou par journée donnant droit aux forfaits A, B, C ou D, si le laboratoire est intégré comme service médico-technique dans un hôpital ou groupement d'hôpitaux et qu'il assure la continuité de 24 heures chaque jour en collaboration avec les unités de soins intensifs et la garde de l'hôpital, si les activités de laboratoire sont encadrées par au moins trois biologistes équivalents temps plein dont au moins un médecin spécialiste, un pharmacien ou un licencié en sciences. Ces deux derniers doivent avoir reçu une formation de cinq ans au minimum.

Pour répondre à la demande du 27 octobre 2005, le Conseil technique médical, en sa séance plénière du 6 décembre 2005, a été d'avis de redistribuer cette somme de 9 millions d'euros sur base annuelle pour la valorisation de ces forfaits d'admission. Techniquement, il s'agit d'une augmentation de 3,40 euros, ce qui permettrait de rester dans les budgets attribués. Les nouveaux tarifs seront d'application dès le 1^{er} avril 2006. Cette mesure a été approuvée en Commission nationale médico-mutuelliste le 12 décembre 2005 et a été inscrite dans les termes de l'accord national médico-mutuelliste 2006-2007, approuvé le 23 décembre au conseil général de l'INAMI et publié au Moniteur du 23 janvier 2006.

En ce qui concerne les autres hôpitaux, d'autres forfaits peuvent être portés en compte selon la structure de l'inscription hospitalière en termes de services et les exigences requises pour la permanence et ce, depuis 1995. Pour 13 hôpitaux, ce sont les forfaits 591091/591102/591603. Pour 11 hôpitaux, ce sont les forfaits 591135/591146 et pour 12 hôpitaux, on ne peut porter en compte aucun forfait par admission.

11.02 Minister Rudy Demotte: De vergoeding voor de dringende laboratoriumonderzoeken voor ambulante patiënten werd afgeschaft. Een deel van die besparing, ten belope van 9 miljoen euro, wordt opnieuw geïnvesteerd via de forfaitaire erelonen inzake klinische biologie, die worden toegekend per opname in bepaalde diensten van een algemeen ziekenhuis. De meeste ziekenhuizen kunnen de hoogste forfaitaire erelonen per opname in rekening brengen, omdat ze voldoen aan de voorwaarden van het forfait.

In antwoord op onze vraag, heeft de Technische Geneeskundige Raad op 6 december geadviseerd de 9 miljoen op jaarbasis te herverdelen, om die opnameforfaits met ingang van 1 april 2006 op te trekken. Die maatregel kon worden opgenomen in de nationale overeenkomst artsen-ziekenfondsen voor 2006-2007.

Voor de andere ziekenhuizen kunnen andere forfaits in rekening worden gebracht, afhankelijk van de diensten die het ziekenhuis verstrekt en van de vereisten waaraan de wachtdienst moet voldoen.

Indien bepaalde instellingen of delen van het land blijvend met problemen zouden worden geconfronteerd, zal naar specifieke oplossingen worden gezocht.

La redistribution des 9 millions d'euros est ainsi justifiée.

J'attire votre attention sur le fait que ce type de décision relève, en application de notre modèle de gestion des soins de santé, des représentants médicaux et des mutuelles. J'ai conscience que les petits hôpitaux peuvent connaître des difficultés pour assurer les permanences de laboratoires. Les mesures prises dans un accord pourraient servir d'encouragement à ces hôpitaux pour qu'ils s'alignent et bénéficient eux aussi du forfait revalorisé. S'il devait encore subsister des problèmes pour certaines institutions et dans certaines zones du pays, je ne manquerai pas d'envisager des solutions pour ces problèmes spécifiques.

11.03 Jean-Marc Delizée (PS): Monsieur le président, ma question évoquait la description d'éléments plus techniques; ils ont été repris dans la réponse du ministre, réponse dont seule la dernière phrase m'intéresse.

Les petits hôpitaux qui ont les budgets les moins élevés sont ceux qui ont le plus de difficultés à financer la permanence. Ils sont ainsi pénalisés par le mécanisme pour lequel une majorité s'est dégagée au sein du comité de l'assurance pour définir les normes effectives.

J'ai cru comprendre que les conditions que vous avez énumérées, monsieur le ministre, sont cumulatives. Certains hôpitaux peuvent donc rencontrer certains critères mais pas les quatre conditions. Je plaide en faveur d'un assouplissement de ces conditions et d'un correctif éventuel. Je m'en réfère à la dernière phrase de votre réponse, à savoir que vous ne manquerez pas d'envisager des solutions appropriées pour les problèmes spécifiques rencontrés par certaines institutions. Vous laissez ainsi une porte ouverte au dialogue.

11.03 Jean-Marc Delizée (PS): Het zijn de kleine ziekenhuizen, die over de minste middelen beschikken, die de grootste moeilijkheden ondervinden om de wachtdiensten te financieren. Zij worden dan ook afgestraft door het mechanisme inzake de bepaling van de effectieve normen waarover een meerderheid in het Verzekeringscomité het eens is geworden.

Ik meen bovendien te begrijpen dat de voorwaarden die u hebt opgesomd, cumulatief zijn; ik pleit voor een versoepeling en een eventuele bijsturing van die voorwaarden.

Dit gezegd zijnde en rekening houdend met uw antwoord, heb ik toch de indruk dat u de mogelijkheid laat voor overleg.

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

12 Samengevoegde vragen van

- de heer Philippe De Coene aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het navigatiesysteem City-GIS" (nr. 10309)
- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe regeling voor de dienst 100 in Heuvelland" (nr. 10717)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe regeling van de dienst 100 in Heuvelland" (nr. 10760)

12 Questions jointes de

- M. Philippe De Coene au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système de navigation City-GIS" (n° 10309)
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle réglementation applicable au service 100 à Heuvelland" (n° 10717)
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle réglementation applicable au service 100 à Heuvelland" (n° 10760)

12.01 Philippe De Coene (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijn excuses aan de vergadering en aan de minister voor mijn

12.01 Philippe De Coene (sp.a-spirit): En janvier 2006 a été

laattijdigheid. Door omstandigheden is deze vraag een beetje uitgesteld, maar ik meen dat zij toch nog relevant is.

Wat is er gaande? In het land werd via een CityGIS-systeem, een computermodel, een nieuwe relatie gelegd tussen de oproepen van hulpdiensten, de diensten 100, en de interventiegebieden waar zij moeten optreden. Ik neem aan dat dit zeer goed bedoeld is. Het is gemaakt om de dienstverlening, de hulpverlening, efficiënter te laten verlopen. Maar er is toch een aantal anomalieën dat vrij storend is. Ik noem er een aantal op.

Bij de voorbereiding zelf zijn de plaatselijke diensten, die er uiteindelijk voor moeten instaan, en die dag en nacht de interventies moeten garanderen, nauwelijks of niet betrokken geweest bij de totstandkoming van het model. Ik merk ook dat in mijn eigen stad de burgemeester en in onze provincie de gouverneur, niet betrokken zijn geweest bij, laten wij zeggen, de uitwerking van dat computermodel. Daardoor krijgt men vreemde situaties. Men krijgt dan – en het kan zijn dat er in dat geografisch informatiesysteem fouten geslopen zijn – situaties waarbij de interventiediensten van andere steden of gemeenten in het centrum van onze stad moeten komen, waardoor de interventietijd langer is. Er is een aantal bijsturingen gebeurd, maar niet volledig. Wij merken dat er nog altijd zaken zijn die rationeel niet uit te leggen zijn.

Ik woon in een stad die gelegen is aan de taalgrens, een gebied dat u trouwens goed kent, mijnheer de minister. Wij maken het regelmatig mee dat mensen in het zuiden van onze stad, met name in de deelgemeenten Aalbeke en Rollegem, een interventie krijgen maar worden afgevoerd naar een Franstalige kliniek in Moeskroen, waar de dienstverlening ongetwijfeld goed zal zijn, maar waar die mensen niet kunnen bediend worden in hun eigen taal.

Als het gaat over noodinterventies en de mensen al in staat zijn iets zinnigs uit te kramen, maar dat niet kunnen doen in hun eigen taal, is het natuurlijk bijzonder moeilijk de juiste hulpverlening in bepaalde gevallen te bieden. Ik meen dus dat dit toch wat bijgestuurd moet worden.

Ik wil u vragen, mijnheer de minister, dat uw diensten beter overleg plegen, zeker voor de bijsturing van dat programma, met de lokale autoriteiten, en dat in het gemeenschappelijk belang van de dienstverlening, de hulpverlening en de mensen die moeten verzorgd worden. Ik verneem intussen van de brandweercommandanten evenwel dat men speelt met het idee ook de brandweerinterventie te modelleren op datzelfde computersysteem. Ik weet dat dit een bevoegdheid is van uw collega van Binnenlandse Zaken, maar men zou – en dat ik begrijp ik – een en hetzelfde interventiesysteem willen hanteren voor diensten die onder een dak zitten. Natuurlijk, wanneer het gaat over branden of gelijkaardige incidenten en men zit daar met dezelfde anomalieën, dan is het risico van accidenten des te groter.

Ik wil u dus vragen, zeker bij uitbreiding van de dienst, maar ook bij bijsturing van de huidige dienst, om goed overleg te plegen. Het leidt namelijk tot zeer onaangename gevolgen.

Ik heb met de hulpdiensten in mijn gebied van gedachten gewisseld. Het heeft niets te maken met een defensieve houding in de zin dat

inauguré un nouveau système de navigation destiné aux services médicaux d'intervention. Ce système, baptisé City-GIS, est un modèle informatique qui calcule l'itinéraire des ambulances et détermine en outre quel service 100 doit entrer en action.

Toutefois, en pratique, ce modèle informatique présente beaucoup d'imperfections inhérentes à tout nouveau dispositif. Les services locaux, qui doivent pourtant intervenir sur le terrain, n'ont même pas été associés à sa mise au point. Les bourgmestres et les gouverneurs de province non plus. Résultat: une grande confusion règne sur le terrain. C'est ainsi que nous avons déjà connaissance de situations où, dans le cas concret de Courtrai, des équipes d'intervention médicales venues d'ailleurs sont actives sur le territoire de la ville. Cela engendre évidemment nombre de situations absurdes.

Entre-temps, une série de correctifs ont déjà été apportés mais le système City-GIS ne fonctionne pas encore convenablement. Par exemple, lorsqu'on y fait appel dans une des entités du sud de Courtrai, à proximité de la frontière linguistique, on est régulièrement emmené par des ambulances de Mouscron vers des hôpitaux où on ne peut être accueilli dans sa langue maternelle. En cas d'interventions urgentes, cela peut avoir des conséquences fatales.

Dans l'intervalle, nous apprenons que le ministre songe à également organiser les interventions des services d'incendie par le biais du même système informatique, ce qui aurait pour effet d'accroître le risque d'accident. Nous demandons instamment que le système soit adapté, eu égard à l'importance capitale de la qualité de l'assistance.

deze of gene niet op het terrein mag komen.

Het heeft enkel te maken met wat ik gezond burgerschap noem, namelijk: hoe kunnen we de hulpverlening zo performant mogelijk maken voor de mensen die daar grote nood aan hebben?

12.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u zult zich ongetwijfeld herinneren dat u door onze fractie al meermaals werd aangesproken, ondervraagd en geïnterpelleerd, over de MUG-problematiek in Vlaams-Brabant. Als wij niet opletten, dat dreigt er zich, aan de andere kant van het land, in dit geval in het zuiden van West-Vlaanderen, een vergelijkbaar spijtig incident op het terrein voor te doen.

Er loopt een nieuwe regeling, die proefdraait tot eind april, voor de Dienst 100. Zeer concreet gaat het om de deelgemeente Wijtschate in Heuvelland, die nu bediend wordt door de Dienst 100 vanuit Ploegsteert, een deelgemeente van Komen – dat nu officieel deel uitmaakt van het Waals Gewest –, in plaats van, zoals de regeling vroeger was, door de Dienst 100 van een andere deelgemeente van Heuvelland, zijnde Nieuwkerke.

Ondertussen hebben zich op het terrein een aantal pijnlijke voorvallen voorgedaan, waarbij een bepaalde gevoeligheid, de taalproblematiek, in eerste orde speelt. Dat is essentieel voor wie in nood is en verzorging nodig heeft. Het is aangenaam dat de patiënt, die zich toch al in een moeilijke situatie bevindt, zich in zijn eigen taal kan uitdrukken ten aanzien van de ambulanciers.

Een tweede probleem is dat de betrokken ambulanciers, die in dit concreet geval uit Ploegsteert komen, uiteraard – hoe kan het ook anders? – iets minder terreinkennis hebben van het gebied waarin zij terechtkomen.

Ondertussen, voor zover onze inlichtingen strekken, heeft ook de lokale burgemeester van Heuvelland zich wel degelijk verzet tegen de nieuwe regeling die van kracht is in Heuvelland. Hij zou naar u een protestbrief hebben geschreven.

Ik denk dat het zeer essentieel is – daarover zullen wij het zeker eens zijn – dat er, als het gaat om mensen die in nood zijn of als het een zaak is van levensbelang, geen kostbare tijd verloren mag gaan.

Mijnheer de minister, ik heb daarom drie zeer concrete vragen.

Ten eerste, ik vraag u formeel of u er van op de hoogte bent dat de nieuwe regeling die ingevoerd werd, wel degelijk voor problemen zorgt.

Ten tweede, wat was de reden van die nieuwe regeling? Het gaat om een regeling van nieuwe aanrijroutes voor de ambulances.

Ten slotte, de meest essentiële vraag, vermits heel dat project proefdraait tot eind april, is er nu al voorzien in een evaluatie en al dan niet een bijsturing?

12.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik zal kort zijn omdat de heer Bultinck het probleem reeds geschetst heeft.

12.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Notre groupe a plus d'une fois fait porter le problème des SMUR à l'ordre du jour mais de nouveaux problèmes se posent continuellement, à des endroits différents. Dans le cadre d'un projet pilote en cours jusque fin avril, les appels d'urgence émis à Heuvelland sont pris en charge par le service 100 de Ploegsteert. Outre le fait que les ambulanciers de Ploegsteert possèdent moins de connaissances pratiques, des problèmes linguistiques se posent, ce qui a déjà engendré plusieurs incidents navrants sur le terrain. Le bourgmestre de la commune aurait déjà adressé une lettre de protestation au ministre.

Le ministre est-il au fait de ce problème? Pourquoi a-t-on instauré ce nouveau régime? Quand le projet sera-t-il évalué et adapté?

12.03 Luc Goutry (CD&V): Il est évident que lors de l'intervention

Op het terrein ontstaan op die manier problemen. Vooreerst zijn de ambulanciers uit Ploegsteert minder vertrouwd met het grondgebied van Heuvelland. Bovendien is er ook het taalprobleem. Slechts een minderheid van de ambulanciers is tweetalig en kan communiceren met de mensen. Op dit vlak worden we met hetzelfde probleem geconfronteerd zoals de heer De Coene het heeft gesitueerd. De combinatie van deze twee zaken, enerzijds de weg niet zo goed kennen en, anderzijds de taal niet kennen, kan zeker leiden tot zeer kostbaar tijdverlies bij interventies die meestal zeer belangrijk zijn. Hoe korter de interventietijd, hoe groter de mogelijkheden tot hulp.

Ik verneem dat het gemeentebestuur van Heuvelland u daarover ook rechtstreeks zal contacteren. Ik kom tot mijn vragen.

Bent u reeds op de hoogte van de problemen die zich voordoen in Heuvelland als gevolg van de nieuw ingevoerde regeling? Worden nog andere gemeenten op de taalgrens met deze problematiek geconfronteerd? Zal deze regeling het voorwerp uitmaken van een evaluatie en bijsturing op basis van de vastgestelde problemen? Zo ja, wanneer?

12.04 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik zal eerst antwoorden aan de heer De Coene. Daarna kom ik tot de heer Bultinck en uzelf, mijnheer de voorzitter.

De invoering van het navigatiesysteem CityGIS is een initiatief van de minister van Binnenlandse Zaken waar ik volledig achter sta. Het systeem beantwoordt aan de behoeften van de beambte die de oproep beantwoordt en die, overeenkomstig de wet, moet kunnen bepalen welke medische urgentiedienst gemobiliseerd moet worden. Zoals mijn administratie onlangs benadrukt heeft, gaat het om de dienst die het snelst ter plaatse kan zijn. De reactietijd is immers de factor waarmee vanuit medisch perspectief rekening moet worden gehouden. Het vorige systeem dat was gebaseerd op interventiezones is voorbijgestreefd zowel op technologisch als op conceptueel vlak. Het CityGIS-systeem is dé oplossing voor de huidige behoeften.

Om uw vragen meer in detail te beantwoorden, kan ik het volgende meedelen.

Ten eerste, CityGIS-West-Vlaanderen is niet de eerste keer dat het systeem wordt ingevoerd. Antwerpen, Hasselt en Bergen hebben het pad reeds geëffend. Voor Brugge heeft men een ontmoeting geregeld tussen de verantwoordelijken voor de centrale van Brugge en de andere verantwoordelijken waar het systeem werd ingevoerd.

Het is niet correct om te zeggen dat het systeem niet getest werd.

Ten tweede, de ambulancediensten en de MUG's werden voor drie sessies uitgenodigd op de 100-centrale voor een uiteenzetting en een demonstratie van dit systeem vooraleer het ingevoerd werd. Het is dus niet correct om te zeggen dat er geen informatie verstrekt werd.

Ten derde, wat de regio Kortrijk betreft, kan ik erop wijzen dat veel diensten zich dichtbij de taalgrens bevinden en dat er op enkele honderden meters van mekaar meerdere diensten zijn met een

du service 100 de Ploegsteert, le manque de connaissance du terrain et les problèmes linguistiques peuvent être synonymes de la perte d'un temps précieux en cas d'urgence. Le ministre est-il au courant des problèmes auxquels est confrontée la région du Heuvelland? D'autres communes situées sur la frontière linguistique sont-elles confrontées à des problèmes similaires? Cette réglementation sera-t-elle évaluée et adaptée?

12.04 **Rudy Demotte**, ministre: L'introduction du système City-GIS est une initiative du département de l'Intérieur à laquelle j'adhère pleinement. Il est clair que c'est le service médical d'urgence qui peut arriver le plus vite sur place qui doit être envoyé. Le système précédent, qui était basé sur des zones d'intervention, est irrémédiablement dépassé et le système City-GIS est la solution qui répond le mieux aux besoins actuels. La Flandre occidentale n'est pas la première à utiliser le système City-GIS. Anvers, Hasselt et Bergen ont ouvert la voie et des contacts ont également été établis avec Bruges. Le système a donc bel et bien été testé. Dans ce cadre, les services d'ambulance et les SMUR ont été invités à une démonstration du système qui s'est déroulée lors de trois séances organisées à la centrale-100. L'information a donc manifestement été suffisante. Dans la région de Courtrai, plusieurs services d'urgence sont situés tout près les uns des autres et ont un temps de réaction similaire. Mon administration va organiser une réunion de coordination à ce sujet pour proposer des solutions pragmatiques. La commission

gelijkaardige reactietijd. Mijn administratie heeft hierover een coördinatievergadering georganiseerd, zodat er pragmatische oplossingen kunnen worden gezocht die de belangen van de patiënt niet schaden en die eventuele onvolkomenheden rechtzetten. De provinciale commissie "Dringende medische hulpverlening" werd gevraagd de protocollen op te stellen die nodig zijn om deze problemen op te lossen.

Meer dan ooit wil ik erop wijzen dat ik in een geest van goede samenwerking met de minister van Binnenlandse Zaken, er erg veel belang aan hecht, dat de hulpdiensten hun werk optimaal kunnen uitvoeren.

Om op de verschillende vragen van de heren Bultinck en Goutry te antwoorden, moet ik beginnen met op een vergissing te wijzen. Er werd geen enkele nieuwe regel ingevoerd. De wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverleningen en de uitvoeringsbesluiten van deze wet, stellen daarentegen in artikel 7 van het besluit van 2 april 1965 het volgende: "Wanneer volgens de gegeven inlichtingen, het vervoer van het slachtoffer of van de zieke in een ambulancewagen noodzakelijk blijkt, verwittigt de aangestelde van het oproepstelsel onmiddellijk de dichtstbijgelegen openbare of privé-ambulancedienst die over een geschikt voertuig beschikt."

In het verleden werd de notie van dichtstbijgelegen ambulancedienst voor personen gebruikt en dit gebeurde met aanzienlijke variaties. Dit systeem is zowel technologisch als conceptueel voorbijgestreefd.

Het was dus aangewezen een beter systeem te ontwikkelen. De diensten van de minister van Binnenlandse Zaken hebben in samenwerking met de diensten van Volksgezondheid en met mijn steun, een programma ingevoerd dat CityGIS heet. Dit programma helpt de aangestelde bij de 100 om te berekenen welke ambulancedienst zich het meest dichtbij bevindt.

De nabijheid wordt in tijd berekend. Niemand zal immers ontkennen dat een snelle interventietijd het belangrijkste is. In bepaalde gevallen aan de taalgrens is het dus medisch gezien meer aangewezen om een ambulance van een Franstalige dienst te sturen dan een van een verder gelegen Nederlandstalige dienst. Het spreekt voor zich dat onze diensten een parameter voor het systeem hebben ingevoerd, opdat binnen een betrouwbaarheidsinterval de voorkeur wordt gegeven aan het sturen van een ambulance uit hetzelfde taalgebied als dat waaruit de oproep afkomstig is.

De centrales die CityGIS gebruiken, voeren een voortdurende monitoring uit, zodat de parameters na evaluatie verfijnd kunnen worden.

Ik wil echter benadrukken dat ik als federaal minister van Volksgezondheid in geen geval een slachtoffer risico's kan laten lopen, doordat kostbare minuten verloren gaan, die nooit meer ingehaald kunnen worden. Wanneer de voorgeschiedenis van de patiënt niet bekend is, wordt dat risico niet beheerst en zal de aangestelde oordelen dat de dringendheid van de oproep primeert op de taalkennis van de equipe die ter plaatse wordt gestuurd.

Ten slotte wil ik erop wijzen dat de invoering van een medische

provinciale Aide médicale urgente établira les protocoles nécessaires.

Je voudrais tout d'abord dire à MM. Bultinck et Goutry qu'ils se trompent. Il n'est pas question de nouvelle réglementation. Conformément à la loi du 8 juillet 1964, il convient en cas de transport urgent d'une victime ou d'un malade de faire appel au service d'ambulance le plus proche. Par le passé, cette notion de proximité était appréciée par des personnes, à présent elle l'est sur la base d'un programme.

La proximité est calculée en temps parce que la rapidité du délai d'intervention prime d'autres facteurs. Dans certaines situations se produisant à proximité de la frontière linguistique, il convient parfois d'appeler un service d'ambulance francophone même si, en cas d'équivalence, la préférence ira bien entendu à une ambulance issue de la région linguistique de l'appelant. Les centrales qui ont recours au CityGIS contrôlent en permanence le système, de sorte que les paramètres peuvent être affinés après évaluation. Enfin, je voudrais souligner que l'instauration d'un dispatching médical permettra d'améliorer le filtrage des appels. Je persiste cependant à penser que le gain de temps prime les éventuels problèmes linguistiques.

dispatching het mogelijk zal maken de schifting van de oproepen te verbeteren. Er kan in voornoemd geval getracht worden het antwoord op de oproep aan te passen.

12.05 Philippe De Coene (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, uw antwoord was een mooie mix van een ontkenning en een toegeving.

Ik heb nog eens gekeken in mijn dossier. De provinciegouverneur van de provincie West-Vlaanderen heeft u een brief gestuurd om te zeggen dat hij allang het engagement is aangegaan om overleg te plegen. Men zou en men ging, maar daarvan is uiteindelijk niets in huis gekomen.

Ik wil er alleszins geen communautaire kwestie van maken. Volgens mij primeert het aspect volksgezondheid, maar toch. Ik merk bijvoorbeeld dat in een van onze deelgemeenten de interventies niet gebeuren door de dienst die zich bevindt op drie kilometer van het incident, maar door een dienst die zich bevindt op meer dan tien kilometer van het incident. Ik ben misschien niet echt een specialist in de wetten van de geografie, maar mijns inziens is het bijzonder moeilijk om met een interventiedienst sneller te zijn als men tien kilometer moet rijden dan wanneer men drie kilometer moet rijden. Die anomalieën bestaan vandaag nog.

Mijnheer de minister, ik stel vast dat instellingen in Aalbeke even dichtbij liggen als die van Moeskroen. Ik wil geen discriminatie maken tussen instellingen. Ik neem trouwens aan dat een en ander met de beste bedoelingen is opgesteld.

Men moet toch erkennen dat het moeilijk wordt wanneer men ziek is en men zich in dat soort delicate situaties niet kan uitdrukken in een taal of de hulpdiensten die zich over u ontfermen, niet kan verstaan. Ik herhaal nogmaals dat ik dit zeg zonder aan communautaire scherpslijperij te doen.

Ik heb uit uw antwoord ook begrepen dat er wordt bijgestuurd en geëvalueerd. Daarom zei ik dat het ten dele een toegeving is. Het enige wat ik vraag is dat men, in het algemeen belang, probeert de mensen die ter plaatse de zaken moeten regelen, daarbij nauw betreft. U zegt dat dit is gebeurd. Onze brandweercommandant die ook verantwoordelijk is voor die dienst, is formeel en zegt dat dit niet is gebeurd.

We moeten ons hier niet vermeien in een welles-nietesspelletje. Het belangrijkste is dat we, wat de toekomst betreft, lessen trekken uit zaken die misschien wat minder gelukkig zijn verlopen. We moeten, nogmaals in het belang van iedereen, proberen de zaken zo goed mogelijk en zo pragmatisch mogelijk te regelen zonder aan communautaire zaken te doen.

Mijnheer de voorzitter, mijn vraag werd door omstandigheden vier weken uitgesteld. Ik vreesde al dat ze zonder voorwerp zou zijn. Dat is echter niet waar. Ik was voorzichtig en heb vandaag nog even de hulpdiensten gebeld. Zij hebben mij gezegd dat die anomalie vandaag nog bestaat. Anders zou ik hebben gezegd dat deze vraag zonder voorwerp was en zou ik u geen tijd doen verliezen. Ik wilde dit toch even als repliek zeggen.

12.05 Philippe De Coene (sp.a-spirit): Le gouverneur de la province de Flandre occidentale a toujours demandé que la question fasse l'objet d'une concertation mais son appel n'a jamais été suivi d'effet. L'aspect "santé publique" est bien entendu prioritaire par rapport aux problèmes linguistiques, mais des anomalies se produisent. Dans une de nos communes fusionnées, des interventions sont effectuées par un service d'ambulance situé à une distance de 10 kilomètres alors qu'il existe un service à 3 kilomètres.

Les institutions d'Aalbeke ne sont pas plus éloignées que celles de Mouscron.

Le ministre doit tout de même reconnaître qu'il est difficile pour une personne malade de s'exprimer dans l'autre langue. Il me revient que des aménagements sont prévus. Il y va de l'intérêt général que les personnes sur place soient informées. Le ministre dit que cela a été le cas alors que le commandant des pompiers le nie. Nous devons tenter de régler les choses de la manière la plus pragmatique possible sans en faire une question communautaire.

Le problème se pose depuis des semaines déjà et selon les services de secours, les anomalies persistent.

12.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik ken u ondertussen al een tijdje en ik moet zeggen dat dit een antwoord is dat mij zeer mysterieus en zeer sibillijns lijkt. U houdt u zeer merkwaardig op de vlakke.

U hebt het over het principe van een zeer snelle interventietijd. Ik moet op het terrein echter vaststellen, in het concrete dossier van Heuvelland, dat men in de praktijk veel moeizamer raakt op de plaats waar zich een ongeval voordoet. Anders zouden die mensen nu niet klagen. Zij hebben in het verleden met al die regelingen immers nooit geklaagd. Ik denk dat dit een belangrijk element is en ik dring erop aan dat hieraan aandacht wordt besteed in de evaluatie en de bijsturing van het systeem.

Een tweede element betreft iets waarvan ik weet dat men het niet altijd graag hoort. Ik verwijs naar het verleden en naar de uiteenzettingen van mijn collega Bart Laeremans over de MUG-problematiek in Vlaams-Brabant. Ik vrees dat, als we niet opletten en als u hier niet de moed hebt om vrij snel bij te sturen, we hier wel degelijk een probleem van taal hebben, of we dat nu graag willen hebben of niet. Volksgezondheid en taal gaan hier weldegelijk samen.

Als ik een patiënt zou zijn die onder trieste omstandigheden in een ziekenwagen wordt vervoerd, zou ik liefst in mijn eigen taal aan de ambulancier van dienst willen uitleggen hoe goed of hoe slecht ik eraan toe ben.

Als we eerlijk zijn, moeten we toch wel aandringen op een evaluatie en een drastische bijsturing, zodat we kunnen terugkeren naar het oude systeem waarover niemand ooit heeft geklaagd. Ik heb het zeer concreet over het dossier van het Heuvelland. Het heeft geen zin te klagen over een moderner systeem en niet bereid te zijn om dit bij te sturen.

12.07 Luc Goutry (CD&V): Aangezien er drie interventies zijn vanuit de verschillende politieke families, moet het toch duidelijk zijn dat er een probleem is. Wij verwachten dat hiermee rekening zal worden gehouden bij de evaluatie.

Bij interventietijden moet zeker rekening worden gehouden met het taalaspect. Naast de tijd die men nodig heeft om ter plaatse te raken, is ook de taal een wezenlijk onderdeel. Als ambulanciers moeten uitrukken in een streek waar zelfs de straatnamen hun niet bekend voorkomen, omdat ze in een andere taal zijn, verliezen ze daardoor alleen al tijd. Het is al gebeurd dat ambulanciers de weg moesten vragen, maar zij konden zich niet uitdrukken tegenover de inwoners. Ik denk dan ook dat de taal een wezenlijk onderdeel vormt van de interventie door hulpdiensten. Bij de evaluatie zal hiermee voldoende rekening moeten worden gehouden.

12.08 Minister Rudy Demotte: Ik kan gebruikmaken van een soort initiatiefrecht. Ik zal de ad-hoccommissie voor dringende hulpverlening interpellieren en vragen dat zij zich over de verschillende gevallen buigt. Op die manier kan zij vaststellen of er al dan niet problemen zijn. Als wij iets kunnen bijsturen, zal ik dat als minister van Volksgezondheid zeker toejuichen.

12.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): J'ai trouvé cette réponse bien mystérieuse. Le ministre évite de s'engager. Il affirme que c'est le délai d'intervention qui importe surtout. Or, dans le Heuvelland la nouvelle réglementation augmente le délai d'intervention. Si nous ne procédons pas à certains ajustements, nous serons confrontés aux mêmes problèmes qu'avec le SMUR du Brabant flamand. Les problèmes linguistiques et la santé publique vont de pair. Il convient de procéder à une évaluation et d'apporter les corrections nécessaires afin de pouvoir en revenir à l'ancien système, dont personne ne s'est jamais plaint.

12.07 Luc Goutry (CD&V): Il y a manifestement un problème. Pour réduire autant que possible la durée des interventions, il faudra aussi tenir compte de la langue. Les services de secours perdent aussi du temps lorsqu'ils ne peuvent pas demander le chemin. La langue fait partie intégrante de toute intervention. Il convient d'en tenir compte lors de l'évaluation.

12.08 Rudy Demotte, ministre: Je peux user d'une sorte de droit d'initiative. Je demanderai à la commission ad hoc des services de secours d'urgence de se pencher sur les différents cas. Si nous pouvons rectifier quelque chose, je serai le premier à m'en

réjouir.

12.09 Luc Goutry (CD&V): Waarvan akte.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 Questions jointes de

- Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le respect de la loi interdisant la vente d'alcool aux mineurs" (n° 10324)
- Mme Karine Jiroflée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente d'alcool aux mineurs d'âge" (n° 10430)
- Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre du Budget et de la Protection de la consommation sur "l'enquête du Centre de recherche et d'information des organisations des consommateurs (CRIOC) relative aux mineurs et l'alcool" (n° 10328)
- Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête du Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs sur la consommation d'alcool par les mineurs" (n° 10680)

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de naleving van de wet die de verkoop van alcohol aan minderjarigen verbiedt" (nr. 10324)
- mevrouw Karine Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de alcoholverkoop aan minderjarigen" (nr. 10430)
- mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eerste minister en minister van Begroting en Consumentenzaken over "het onderzoek van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) naar de alcoholconsumptie bij de jongeren" (nr. 10328)
- mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties over alcoholgebruik door minderjarigen" (nr. 10680)

13.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, le CRIOC a dernièrement vérifié sur le terrain si la loi interdisant la vente d'alcool aux mineurs était bien respectée. Le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs a eu recours aux services de cinq jeunes acheteurs, âgés de 12 à 14 ans, qui, accompagnés discrètement d'un enquêteur du CRIOC, ont visité 153 points de vente dans tout le pays. Il s'agissait de grands magasins, mais aussi de stations-services et de night-shops.

Les résultats de cette enquête sont assez surprenants. Dans 91% des cas, les points de vente visités acceptent sans aucune réserve de vendre des alco pops aux jeunes alors que ce produit entre dans la catégorie des boissons spiritueuses interdites aux mineurs. Bref, moins d'un commerce sur dix respecte la loi. A Bruxelles, aucun magasin n'a refusé, tandis qu'en Wallonie le pourcentage est de 85% et que, pour la Flandre, il s'élève à 92%.

D'autres incohérences sont aussi constatées. Avec le système de "self-scanning" aux caisses de certains magasins, l'appareil se bloque pour les cigarettes mais pas pour l'alcool. Ailleurs, les autocollants signalent que la vente d'alcool est interdite aux mineurs, mais aucun contrôle n'a lieu à la caisse.

J'en viens donc à mes questions.

- Ne serait-il pas urgent de rappeler la loi dans les endroits susceptibles de vendre de l'alcool aux mineurs?
- Quels sont les contrôles effectués, et combien d'infractions ont-elles

13.01 Colette Burgeon (PS): Het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties heeft onlangs gecontroleerd of de wet die de verkoop van alcohol aan minderjarigen verbiedt terdege wordt nageleefd. Vijf kopers van twaalf tot veertien jaar die discreet door een onderzoeker van het OIVO werden vergezeld, hebben 153 verkooppunten in ons land bezocht.

In 91 procent van de gevallen waren de winkeliers bereid alco pops aan de jongeren te verkopen, terwijl die producten worden beschouwd als alcoholische dranken die niet aan minderjarigen mogen worden verkocht. In Brussel weigerde geen enkele winkelier, in Wallonië maakte 85 procent geen bezwaar en in Vlaanderen 92 procent. Daarnaast werden nog andere ongerijmdheden vastgesteld. Het "self scanning" apparaat dat aan

déjà été constatées?

- Enfin, ne conviendrait-il pas d'alourdir les sanctions en cas de non-respect de la loi?

Je vous remercie.

de kassa's van sommige winkels wordt gebruikt, blokkeert bij het scannen van sigaretten maar doet dat niet voor alcoholische dranken. Elders verbieden stickers de verkoop van alcohol aan minderjarigen maar gebeurt er geen enkele controle aan de kassa.

Moet de desbetreffende wet op bepaalde plekken niet dringend in herinnering worden gebracht? Welke controles vonden er plaats en hoeveel overtredingen werden er vastgesteld? Moeten de sancties in geval van overtredingen niet strenger worden gemaakt?

13.02 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat in dezelfde richting. Het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) heeft inderdaad geëvalueerd in welke mate de wetgeving inzake de verkoop van alcohol, zowel bier als alcoholpops, aan jongeren wordt nageleefd. Onder andere werd de verkoop onderzocht van limonades met alcohol, zoals alcoholpops en breezers.

Het onderzoek ging over 153 verkooppunten over heel België, voor jongeren tussen 12 en 14 jaar, onder toezicht van een OIVO-medewerker. Mevrouw Burgeon heeft dat al aangehaald.

91% van de bezochte verkooppunten verkocht zonder enig voorbehoud alcoholpops en bier. Wat frappant was, was dat diegenen die weigerden ook verkeerd weigerden inzake bier. Het onderzoek toont volgens mij vooral aan dat jonge tieners heel makkelijk aan alcohol kunnen komen, dat vele verkopers een zeer slechte kennis hebben van de wetgeving en dat zij de regelgeving op de verkoop van gistrijke dranken enerzijds en van bier anderzijds, verwarren. Een zeer nonchalante houding wordt aangenomen ten aanzien van de verkoop van alcohol aan minderjarigen.

Bovendien werden – dat is toch ook de moeite waard om even aan te halen – ook in een supermarkt limonades, vruchtensap en alcoholpops in dezelfde afdeling aangetroffen, wat ook ingaat tegen de gedragscode die de distributeurs samen hebben ondertekend.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende. Vindt u, mijnheer de minister, de regelgeving op de verkoop van alcohol – vooral op bier, waarbij dat niet mag in horecazaken maar wel mag in gewone winkels – niet verwarrend? Vindt u niet dat er sancties moeten getroffen worden tegen diegenen die willens en wetens die wet overtreden? Blijkt – en dat stel ik toch zeer voorzichtig – niet uit de bevindingen dat het alcoholconvenant nog niet echt afdoende werkt?

13.02 Karine Jiroflée (sp.a-spirit): Le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC) a cherché à vérifier si la législation sur la vente d'alcool aux jeunes était respectée. Des jeunes âgés de 12 à 14 ans se sont rendus dans 153 points de vente. Il est apparu que pas moins de 91% de ceux-ci vendaient des alcoolpops et de la bière. Ceux qui ont refusé d'en vendre aux jeunes ont également refusé de leur vendre de la bière, à tort.

Donc, les adolescents peuvent acheter de l'alcool sans aucun problème. Nombre de vendeurs méconnaissent la législation et confondent la réglementation applicable à la bière avec celle applicable aux spiritueux. En outre, il a été constaté que les limonades, les jus de fruits et les alcoolpops étaient rangés dans les mêmes rayons de supermarchés, ce qui est contraire au code de conduite.

Le ministre ne trouve-t-il pas que cette réglementation est source de confusion? Convient-il selon lui de sanctionner les contrevenants? Cette enquête ne montre-t-elle pas que l'accord sur la vente d'alcool qui a été passé avec les commerçants ne porte pas encore

13.03 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'ai deux questions, une pour vous et une pour la ministre Freya Van den Bossche. Elles sont identiques, si ce n'est que, pour la ministre, j'ai une question plus précise que je poserai par la suite.

Le 3 mars 2005, notre assemblée a adopté en séance plénière une proposition de résolution relative à la consommation d'alcool par les mineurs. Ce texte visait à demander quatre choses au gouvernement:

1. Établir des dispositions légales contre la publicité contenant de l'alcool en attirant l'attention des jeunes sur les dangers de la consommation d'alcool et plus spécifiquement des alcopops, avec des mentions spéciales et visibles.
2. Renforcer les dispositions actuelles, le contrôle et le respect des législations en vigueur visant à interdire la vente de l'alcool aux jeunes et de les servir sous quelque forme que ce soit.
3. Interdire la mise à disposition de boissons alcoolisées destinées à la vente hors du rayon ou parties du rayon qui sont réservées aux boissons alcoolisées.
4. Mener, en collaboration avec les Communautés, une campagne médiatique sur les dangers de l'alcool.

Nous sommes un an plus tard et je vois que ces mesures n'ont toujours pas été mises en œuvre. La preuve en est cette enquête du CRIOC. Je m'étonne de la méthode employée par le CRIOC qui vise à payer des jeunes pour aller acheter de l'alcool dans des commerces. Si le commerçant refuse, ils doivent lui dire que c'est pour leurs parents. Cette méthodologie me laisse assez sceptique et pose des problèmes.

Pour en revenir à l'enquête elle-même, cinq jeunes de 12 à 14 ans se sont rendus dans 153 points de vente. Ils y ont acheté de la bière, des alcopops et n'ont pas menti sur leur âge. Si on refusait de leur vendre l'alcool, ils disaient que c'était pour leurs parents. Voici les résultats: dans 91% des cas, l'alcool leur a été vendu sans aucune réserve (dans 100% des cas à Bruxelles, 85% en Wallonie et 92% en Flandre). Donc, moins d'un commerce sur dix respecte la loi d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs. En ce qui concerne la bière, et c'est bien la preuve que la législation est méconnue, la vente de bière n'est pas interdite aux mineurs et on constate cependant que 8% des magasins refusent d'en vendre aux jeunes.

Monsieur le ministre, avez-vous un calendrier pour mettre en œuvre les mesures qui ont été adoptées par notre parlement en mars dernier? Si oui, pourriez-vous nous en détailler les phases? Avez-vous l'intention, dans un proche avenir, de nous proposer un projet de loi renforçant encore davantage les mesures visant à interdire la vente d'alcool aux mineurs? Avez-vous déjà eu des contacts avec la Communauté française pour mettre en œuvre cette grande campagne de prévention?

Pour la ministre Van den Bossche, j'ajoutais simplement une question: avez-vous l'intention de vérifier la véracité des résultats en commandant une enquête auprès de la direction générale Contrôle et Médiation?

pleinement ses fruits?

13.03 Dominique Tilmans (MR): De bepalingen van onze resolutie van 3 maart 2005 inzake de bestrijding van het alcoholgebruik bij minderjarigen zijn blijkbaar niet ten uitvoer gebracht. Uit een onderzoek van het OIVO (Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties) blijkt immers dat in 91 procent van de gevallen alcohol zonder voorbehoud aan minderjarigen wordt verkocht.

Heeft de minister een timing vastgelegd voor de uitvoering van de maatregelen die in 2005 werden genomen? Zo ja, welke? Is hij voornemens een ontwerp van wet in te dienen dat het verbod op de verkoop van alcohol aan minderjarigen nog strenger maakt? Heeft hij met de Gemeenschappen overlegd over de preventiecampagne waarop in de resolutie wordt aangedrongen?

Zal minister Van den Bossche de resultaten van die studie toetsen?

13.04 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, de verkoop van alcohol aan minderjarigen wordt geregeld in een wet, namelijk de wet van 28 december 1983 betreffende de vergunning voor het verstrekken van sterke drank. Artikel 13 van deze wet bepaalt het volgende, ik citeer: "Het verkopen en het aanbieden, zelfs gratis, van mee te nemen sterke dranken aan minderjarigen is verboden." Dit verbod werd in de wet ingevoerd als tegenprestatie voor de opheffing van de verplichting om sterke drank minimaal per 2 liter per keer te verkopen. Deze verplichting was opgenomen in de zogeheten wet-Vandervelde van 29 augustus 1919, betreffende het regime van alcohol.

Artikel 23 van deze wet van 1983 bepaalt dat, onverminderd de bevoegdheden van de officieren van de gerechtelijke politie, de ambtenaren van de administratie der Douane en Accijnzen, alsmede de leden van de rijkswacht en de gemeentelijke politie, bevoegd zijn om alleen alle overtredingen van deze wet op te sporen en vast te stellen. Het is dus niet aan mij om te beslissen over welke controles en sancties in deze materie moeten worden uitgevoerd.

Wat de grond van de zaak betreft, is het waar dat de huidige regelgeving inzake de verkoop van alcohol niet erg duidelijk is. Zij past evenmin in een globaal en logisch kader van volksgezondheid. De verbodskwestie dient dus grondig onderzocht te worden in het kader van de uitwerking van een globaal beleid voor de strijd tegen het problematische gebruik van alcohol, dat – sta me toe hierop te wijzen – 5 of 10% van onze consumenten betreft. Er moet rekening worden gehouden met alle aspecten van deze kwestie, voornamelijk in socio-economische termen. De cel Gezondheidsbeleid Drugs, geleid door mijn diensten, werd door de Interministeriële Conferentie opgedragen een nationaal actieplan op te stellen waarbij alle bevoegdheidsniveaus betrokken zijn. De kwestie van het verbieden van alcoholhoudende dranken zal binnen dit kader besproken moeten worden, aangezien alcohol een substantie is die integraal deel uitmaakt van het beleid inzake drugs.

Wat de overeenkomst betreft die de sector ondertekend heeft, wil ik erop wijzen dat deze hoofdzakelijk tot doel heeft de promotie voor alcoholhoudende dranken te regelen. Dit is dan ook de enige materie waarin ik officieel een engagement ben aangegaan teneinde minderjarigen te beschermen tegen alcoholmisbruik.

In mei 2005 werd een overeenkomst ondertekend met de sector. De overeenkomst krijgt een wettelijke draagkracht, zodra het Parlement een wetsontwerp aanneemt dat zeer binnenkort zal worden ingediend. De overeenkomst stelt eveneens dat alcoholhoudende dranken te koop moeten worden aangeboden in een apart rek, waarin uitsluitend alcoholhoudende dranken staan. De bepalingen inzake het in de handel brengen van de producten, met name het verbod om alcoholhoudende dranken onder jongeren te verspreiden, moeten beschouwd worden in een promotioneel kader.

De overeenkomst heeft niet als doel de verkoop van alcoholhoudende dranken aan minderjarigen te regelen. Tussen mei en december heeft de jury voor ethische praktijken inzake reclame, het orgaan dat officieel instaat voor de controle van de bepalingen van de overeenkomst, ingegrepen bij een twintigtal reclamecampagnes. Dat gebeurde zowel op basis van klachten als op basis van een verzoek

13.04 **Rudy Demotte**, ministre: La vente d'alcool à des mineurs d'âge est régie par la loi du 28 décembre 1983. L'article 13 interdit la vente de boissons spiritueuses à des mineurs. Cette disposition a été insérée pour compenser la suppression de l'obligation de vendre les boissons spiritueuses par quantité minimale de deux litres.

L'article 23 précise que seuls les officiers de police judiciaire, les fonctionnaires de l'Administration des douanes et accises, la gendarmerie et la police communale sont compétents pour constater des infractions. Il ne m'appartient donc pas de décider des contrôles et des sanctions à mettre en œuvre.

Fondamentalement, le problème résulte du manque de clarté de la réglementation actuelle qui ne cadre pas avec la politique générale de la Santé publique. Il convient d'examiner minutieusement la question de l'interdiction et de l'insérer dans le contexte de la lutte globale contre l'alcoolisme. La cellule Politique de santé en matière de drogues confectionne un plan d'action national auquel tous les niveaux de pouvoir seront associés.

L'accord avec le secteur concerne surtout la promotion. C'est le seul domaine dans lequel j'ai pris un engagement pour la protection des mineurs d'âge. Un autre accord, qui est venu s'y ajouter en mai 2005, sera bientôt soumis au Parlement sous la forme d'un projet de loi. Cet accord dispose que les boissons alcoolisées doivent être mises en vente dans un rayon distinct.

Il faut considérer l'interdiction de distribuer des boissons alcoolisées aux jeunes dans un cadre promotionnel. L'accord n'a pas pour objet de régler la vente de boissons alcoolisées aux mineurs d'âge. Le jury d'éthique publicitaire

tot voorafgaand onderzoek of op eigen initiatief. In alle gevallen hebben de adverteerders de aanbevelingen van de jury gerespecteerd.

13.05 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous avez dit qu'un projet de loi allait être introduit dans les meilleurs délais. Pouvez-vous préciser ce délai? Sera-ce encore sous cette législature?

13.06 Rudy Demotte, ministre: Ce projet devrait arriver dans les semaines qui viennent. Je vais me renseigner.

13.07 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, ik wil mij kort aansluiten bij wat mevrouw Tilmans nog heeft gezegd over de methodologie die door het OIVO is gebruikt. Ik heb daarover inderdaad dezelfde bedenkingen. Ik meen begrepen te hebben dat ook de minister hierover een aantal bedenkingen heeft. Dat neemt niet weg dat wij wel met de resultaten zitten, waaraan wij niet voorbij kunnen gaan.

Ik onthoud voorts dat de convenant hoofdzakelijk over reclame ging en dat dat het enige is waarvoor hij bevoegd is. Ik weet dat wel, mijnheer de minister, maar het doel van de convenant is toch ook om de jonge consument te beschermen. Ik denk dat die zaak u dan ook zeker bekommert. Ik weet ondertussen dat de wet eraan komt. U had dat ook al gezegd bij de bespreking van mijn wetsvoorstel, maar deze vraag was al eerder ingediend. Vandaar dat dit terug ter sprake komt.

Ik ben heel blij, samen met mevrouw Burgeon, dat wij dit voorstel binnenkort zullen kunnen bespreken.

Ik ben ook blij dat in het convenant werd ingegrepen tegenover een aantal overtreders. Ik denk dat dit goed nieuws is en dat de zelfregulering toch minstens ten dele werkt.

13.08 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, tout comme mes collègues, je me réjouis de l'élaboration de ce projet de loi. Nous serons heureux d'en prendre connaissance et d'en discuter avec vous.

Je voudrais, par ailleurs, vous poser une question sur l'application de l'accord avec le secteur concernant les publicités. Quand sera-t-il effectif?

De façon plus générale, nous pouvons nous rendre compte – mais il est vrai que ce n'est pas nouveau – de la difficulté de la "transversalité" des compétences. En effet, le contrôle, c'est une chose; la publicité en est une autre. La réalité sur le terrain se moque bien du manque de "transversalité"! Je sais que l'on essaie de l'assurer, même si c'est difficile. Toutefois, nous nous trouvons face à un gros problème de saucissonnage de compétences qui vous empêche de mener une politique globale et réellement pertinente.

13.09 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je voudrais tout d'abord répondre à la question sur le délai posée explicitement par Mme Burgeon et implicitement par les deux autres intervenants.

On m'a informé que le texte est aujourd'hui soumis au Roi; dans cas,

a déjà rappelé les annonceurs à l'ordre une vingtaine de fois, avec succès.

13.05 Colette Burgeon (PS): Wanneer zal het bewuste wetsontwerp worden ingediend?

13.06 Minister Rudy Demotte: In een van de komende weken.

13.07 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Je me pose moi-même des questions sur la méthodologie utilisée par le CRIOC et le ministre apparemment aussi. Nous ne pouvons toutefois pas ignorer les résultats.

Il était apparemment surtout question de publicité dans la convention et il s'agit là de la seule matière pour laquelle le ministre est responsable. La protection des mineurs reste toutefois très importante et je me félicite que la loi sera mise en œuvre.

Je me réjouis que les personnes qui ne respectent pas la convention ont déjà été sanctionnées.

13.08 Dominique Tilmans (MR): Ik ben blij dat dit wetsontwerp er komt. Wanneer treedt het akkoord met de sector inzake de reclame in werking? De versnippering van de bevoegdheden doet zonder enige twijfel problemen rijzen.

13.09 Minister Rudy Demotte: De tekst van het wetsontwerp zou binnen de twee weken moeten worden ingediend.

il fallait, en effet, qu'il lui soit soumis pour une question de procédure. Il devrait être déposé sous quinzaine. Il devrait donc être examiné rapidement, ce dont je me réjouis.

13.10 **Dominique Tilmans** (MR): Et pour l'application de l'accord concernant les publicités?

13.10 **Dominique Tilmans** (MR): En hoe staat het met de toepassing van het akkoord inzake de reclame?

13.11 **Rudy Demotte**, ministre: Il s'agit de ce texte-là!

13.11 **Minister Rudy Demotte**: Dat is in die tekst opgenomen.

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

14 **Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's bij de iPod" (nr. 10338)**

14 **Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques pour la santé liés à l'utilisation du iPod" (n° 10338)**

14.01 **Hilde Dierickx** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, sinds Apple in 2001 de iPod op de markt bracht zijn er wereldwijd al meer dan 42 miljoen exemplaren van verkocht. Het laatste jaar werden er zelfs 32 miljoen van verkocht, waardoor het verkoopcijfer verdrievoudigde. De iPod wordt steeds populairder, ook in België.

14.01 **Hilde Dierickx** (VLD): L'iPod connaît un succès énorme et ce sont des millions d'appareils qui s'arrachent comme des petits pains. Depuis le début, les oto-rhino-laryngologistes ont mis en garde contre les dangers de l'iPod, lorsque le volume est réglé trop haut. Dans l'intervalle, une procédure en justice a été engagée aux États-Unis, qui oppose tous les utilisateurs d'iPod à la société Apple car celle-ci n'indique pas le niveau sonore à ne pas dépasser. Des recherches effectuées par l'Université de Gand démontrent que les lecteurs de musique portables provoquent déjà des lésions à l'oreille à partir de 85 décibels. En la matière, la Belgique suit la directive européenne qui fixe le volume maximum à 105 décibels.

Oorspecialisten hebben van bij het begin gewaarschuwd voor de iPod. De digitale muzikspeler zou meer bepaald schadelijk zijn bij een hoog volume. In de States is al een klacht ingediend bij de rechtbank tegen Apple, in naam van alle iPod-gebruikers omdat de iPod schadelijk is voor het gehoor. De indiener van de klacht geeft aan dat de gebruiksaanwijzing wel vermeldt dat de consument permanent gehoorverlies kan oplopen door een verkeerd gebruik, maar dat er niet wordt aangegeven wat dan wel een veilige volumestand is.

Het probleem van gehoorbeschadiging bij muzikspelers door gebruik van oordopjes of koptelefoons is niet nieuw. Ook bij de draagbare radiocassette- of CD-speler zijn die problemen bekend.

Mijnheer de minister, zult u, in uw hoedanigheid van minister van Volksgezondheid, eventueel maatregelen nemen om mogelijke gehoorproblemen te voorkomen. Ik weet dat in België de Europese richtlijn gevolgd wordt waarbij maximum 105 decibel mag geproduceerd worden. De heer Bart Vinck, een audioloog van de universiteit van Gent, heeft zelf testen gedaan. Hij kwam tot andere metingen, tot 120 decibel. Het is ook bekend dat vanaf 85 decibel schadelijke gevolgen voor het gehoor zouden optreden. Zelfs wanneer men 85 tot 90 decibel zou laten weerklinken, zouden er al na enkele minuten schadelijke effecten optreden. Mijnheer de minister, bent u van plan om er iets aan te doen?

Que compte faire le ministre concernant ce risque?

14.02 **Minister Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Dierickx, tot op heden heeft de Hoge Gezondheidsraad geen onderzoek verricht naar het gevaar van draagbare muzikspelers. Het gevaar van de walkman noch van de fameuze iPod MP3-speler werd onderzocht.

14.02 **Rudy Demotte**, ministre: Le Conseil supérieur d'hygiène n'a réalisé aucune étude sur la nocivité des baladeurs. Les compétences sont réparties entre

De aard van uw vraag toont de verdeling van bevoegdheden inzake normen in ons land aan, in het bijzonder tussen Leefmilieu en Consumentenbescherming binnen de FOD Economische Zaken. Voor zover ik weet, bestaan er hier geen normen. Ik nodig u uit om de vraag te stellen aan mijn beide collega's, ministers Tobback en Van den Bossche.

Gezien echter de problematiek of het geluidsvolume van draagbare muziektoestellen schadelijk kan zijn voor het gehoor, zal ik uw vraag tot advies aan de Hoge Gezondheidsraad overmaken.

14.03 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik kan u daarvoor alleen maar danken. Ik hoop dat eraan gevolg wordt gegeven. Als uit wetenschappelijk onderzoek zoals uitgevoerd door de Universiteit van Gent zou blijken dat er toch schadelijke gevolgen zijn, hoop ik dat er maatregelen zullen worden genomen.

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

15 Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sluiten van de pediatrie afdeling in een aantal ziekenhuizen" (nr. 10355)

15 Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fermeture du service pédiatrique dans certains hôpitaux" (n° 10355)

15.01 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb hierover reeds een vraag gesteld in februari 2005. Ik heb u opnieuw ondervraagd begin februari van dit jaar, omdat de dreiging van sluiting van de pediatrie afdeling van een aantal ziekenhuizen toen weer in de actualiteit kwam. Het gaat om een viertal sluitingen, waarvan er drie in Oost-Vlaanderen gevestigd zijn.

Sindsdien meen ik gehoord te hebben dat er wel wat evolutie in het dossier zit. Er zouden overleg en gesprekken geweest zijn.

Ik vraag dus naar de stand van zaken op dit ogenblik.

Ik meen begrepen te hebben dat voor een aantal pediatrie afdelingen de sluitingsdreiging weg zou zijn. Klopt dat? Is de dreiging voor al die afdelingen weg? Worden de normen die toen ter sprake waren, namelijk minstens tweeduizend opnames per jaar, de afstand van vijftien kilometer en de zorgregio van vijftigduizend inwoners, nog altijd staande gehouden?

15.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mevrouw D'hondt, ik kan u bevestigen dat het criterium inderdaad tweeduizend opnames per jaar bedraagt voor ziekenhuizen die over een afdeling materniteit beschikken. Voor ziekenhuizen die geen afdeling materniteit hebben, is elfhonderd opnames het criterium.

In die tweeduizend opnames zit vervat: het aantal geboorten; de verstrekkingen in daghospitalisatie, zowel chirurgisch als medisch; de miniforfaits; de maxiforfaits; de functie dagziekenhuis zoals bedoeld in artikel 4, §3, §4 en §5 van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuisinstellingen en verzekeringsinstellingen, of zoals bedoeld in bijlage 3 van het besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling

les départements de l'Environnement et de la Protection de la consommation. À ma connaissance, il n'existe pas de normes en la matière. Mme Dierickx devrait s'adresser aux ministres Tobback et Van den Bossche.

14.03 Hilde Dierickx (VLD): J'espère que des mesures seront prises dès que les risques pour la santé auront été démontrés.

15.01 Greta D'hondt (CD&V): Les choses bougeraient dans le dossier des sections pédiatriques des hôpitaux. Où en est-on? Qu'en est-il des quatre services qui devraient fermer leurs portes en Flandre? Un certain nombre de sections pédiatriques ne seraient pas menacées de fermeture. Est-ce exact? Les normes qui avaient été avancées à l'époque, à savoir 2.000 hospitalisations par an, une distance minimum de 15 km et une région de soins comptant au moins 50.000 habitants sont-elles encore maintenues à l'heure qu'il est?

15.02 Rudy Demotte, ministre: Le critère est effectivement de 2.000 hospitalisations par an pour un service comportant une maternité et 1.500 pour un service sans maternité.

Pour des raisons géographiques, des dérogations ont été prévues pour les critères d'activités. En ce qui concerne l'isolement géographique, nous avons

en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen; het gebruik van de chipscanner overeenkomstig artikel 4, §7 van voornoemde overeenkomst en de voorlopige opnames.

Omwille van geografische redenen is er in afwijkingen voorzien voor de activiteitscriteria. Voor het geografisch isolement hebben wij dezelfde criteria behouden als de criteria die werden bepaald door het koninklijk besluit van 30 januari 1989. Er zijn twee criteria.

Ten eerste, indien het zorgprogramma wordt uitgebaat in een gemeente van minstens twintigduizend inwoners, of indien het dichtstbijzijnde gelijkaardige programma zich op minstens vijftien kilometer afstand bevindt.

Ten tweede, indien het zorgprogramma wordt uitgebaat in een regio waarin het dichtstbijzijnde gelijkaardige zorgprogramma zich bevindt op minstens vijftientwintig kilometer afstand.

De activiteitscriteria zullen in werking treden op 1 januari 2008. Ik beschik momenteel niet over de laatste gegevens volgens de criteria die ik net heb opgesomd over het aantal opnames in de pediatrie diensten van Deinze, Diest, Lokeren en Oudenaarde. Ik kan bijgevolg niet bevestigen dat deze pediatrie diensten niet aan de activiteitscriteria beantwoorden.

Mag ik er u bovendien op wijzen dat de toepassing van het besluit onder de bevoegdheden van Gemeenschappen en Gewesten valt.

15.03 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Sinds het opstellen van de vraag zijn er inderdaad een aantal subcriteria ter verfijning bijgekomen die de leefbaarheid of het overleven van een aantal pediatrie afdelingen waarschijnlijk iets groter maken. U zegt echter dat u nog geen gegevens hebt van de toepassing van de aangepaste criteria voor de mogelijk geïmplementeerde pediatrie afdelingen.

Mijnheer de minister, ik weet wel dat dit een bevoegdheid van de Gemeenschappen is, maar de criteria voor de ziekenhuizen worden wel door u vastgelegd. Ik kan ervan getuigen dat bepaalde ziekenhuizen de voorbije jaren bewonderenswaardige inspanningen hebben gedaan tot de herorganisatie van hun ziekenhuis, het creëren van samenwerkingsverbanden, enzovoort. Als zij hun pediatrie afdeling moeten sluiten, moeten zij kort daarna ook hun kraamafdeling sluiten. Dat is duidelijk.

Mijnheer de minister, het is wel belangrijk te weten of de toegevoegde subcriteria inderdaad deze vier ziekenhuizen een kans geven om hun pediatrie afdeling te behouden. Ik weet niet welke afspraak wij kunnen maken. Kunt u mij die gegevens bezorgen, anders moet ik nog een vraag stellen die achter aan de vragenlijst belandt en kan ik hier nog een paar namiddagen komen zitten tot het mijn beurt is.

Mijnheer de minister, voor uw en mijn comfort kunnen wij misschien afspreken dat u mij die gegevens bezorgt. Mocht ik die niet binnen een redelijke termijn hebben, dan zal ik het nog eens wagen om op de vragenlijst te komen staan. Als u dat zou kunnen doen, zou dat iets eleganter zijn.

maintenu les mêmes critères que ceux prévus par l'arrêté royal du 30 janvier 1989. Le premier critère fixe à 15 km la distance à laquelle doit se trouver une autre institution proposant une offre de soins similaire dans les communes comptant au moins 20.000 habitants. Le second critère fixe à 25 km minimum la distance par rapport au programme de soins similaire le plus proche.

Ces critères d'activités entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Je ne dispose pas des chiffres pour les services pédiatriques de Deinze, Diest, Lokeren et Audenaarde. J'ignore s'ils satisfont aux critères.

L'application de l'arrêté concerné est de la compétence des Communautés et des Régions.

15.03 Greta D'hondt (CD&V): Les quelques sous-critères plus précis qui ont en effet été ajoutés, renforcent probablement les chances de viabilité d'un certain nombre de services pédiatriques. Aucun chiffre n'est toutefois disponible. Cette matière relève des Communautés mais le ministre fixe néanmoins les critères. Quelques communes ont consenti des efforts importants et la maternité peut également fermer ses portes si le service pédiatrique doit disparaître. Je demande au ministre de me fournir les données dans un délai raisonnable.

15.04 Minister **Rudy Demotte**: Ik zal de opdracht geven om contact met u op te nemen.

15.04 **Rudy Demotte**, ministre: J'en ai chargé ma collaboratrice.

15.05 **Greta D'hondt** (CD&V): Waarvoor mijn dank.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 **Vraag van mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "geneesmiddelen" (nr. 10356)**

16 **Question de Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments" (n° 10356)**

16.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ziehier een korte, maar zeer indringende vraag. Ik vermoed dat deze vraag korter zal zijn dan uw antwoord.

16.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Je souhaite des soins de santé accessibles à tous, à un coût qui ne mette pas le régime de solidarité en péril à terme. Selon une source qui fait autorité en matière de soins de santé, le remplacement des médicaments prescrits aujourd'hui par les médicaments les moins chers constituerait une économie de quelque 90 millions d'euros pour l'assurance maladie et de 60 millions d'euros pour le patient.

Een niet onbekende autoriteit in de sector van de gezondheidszorg schreef niet zo lang geleden een artikel waarvan ik een stukje hier zal gebruiken voor mijn vraagstelling omdat het voor mij zeer, zeer uitdagend is. U kent mijn bekommernis die ook de uwe is, met name een goede en toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen tegen een kostprijs die de solidariteit op termijn niet in gevaar brengt.

Le ministre peut-il confirmer les chiffres? Dans la négative, quels sont les chiffres exacts? Je reconnais que le ministre a déjà pris des mesures importantes en ce qui concerne le budget des médicaments.

Wat las ik? Ik las dat als men alle geneesmiddelen die vandaag voorgeschreven worden zou vervangen door de minst dure medicijnen, de ziekteverzekering een besparing van ruim 90 miljoen euro zou opleveren, en 60 miljoen euro besparingen voor de patiënten. Dat zijn bedragen die bij mij aantikken. Ik voeg eraan toe dat ik dat niet las in een of ander boulevardblad. Het komt werkelijk van een autoriteit in de sector.

Mijnheer de minister, kunt u de orde van grootte van die cijfers bevestigen? Zoniet, kunt u mij dan juiste gegevens bezorgen inzake de besparing voor de ziekteverzekering en voor de patiënten indien inderdaad steeds het minst dure medicijn voorgeschreven zou worden?

Mijnheer de minister, ik stel deze vraag in alle respect voor de maatregelen die in de voorbije periode genomen zijn om het budget van de geneesmiddelen binnen de perken te houden. Ik erken zeer graag dat u daar inspanningen voor gedaan hebt en dat die inspanningen stilaan ook iets beginnen op te leveren, maar dergelijke bedragen dagen mij toch uit om deze vraag te stellen.

16.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw D'hondt, deze raming kan slechts uitgevoerd worden als een aantal hypothesen naar voren wordt geschoven. In het bijzonder dienen de clusters van verpakkingen waarin geneesmiddelen mogelijks door andere, goedkopere geneesmiddelen kunnen vervangen worden, gedefinieerd te worden. Hoe breder de definitie van de cluster genomen wordt, hoe meer er zal bespaard worden voor de patiënten en voor de verzekering geneeskundige verzorging.

16.02 **Rudy Demotte**, ministre: L'estimation n'est possible que si quelques hypothèses sont prises en considération. Les groupes en particulier doivent être définis. Plus la définition est large, plus l'économie sera importante. L'INAMI applique plusieurs critères dans le cadre de cette définition, comme l'interchangeabilité des différentes formes pharmaceutiques. Sans information relative

Door het RIZIV worden de volgende criteria gebruikt om de clusters te definiëren: vervanging tussen werkzame bestanddelen, vervanging tussen verschillende toedieningswegen, vervanging tussen de

verschillende farmaceutische vormen, vervanging tussen de verschillende dosissen, vervanging tussen de verschillende verpakkingsgrootten. Zonder informatie over de gebruikte criteria in de studie die u vermeldt is het voor het RIZIV niet mogelijk de geciteerde bedragen te bevestigen.

Door het RIZIV werd ook een gelijkaardige studie met de genoemde criteria uitgevoerd. De raming beperkt zich tot de ambulante sector. Het resultaat van de oefening is gunstiger voor de verplichte verzekering, 165 miljoen euro, en voor de patiënten, 11 miljoen euro, dan de studie die u vermeldt. Zelfs als een deel van dit resultaat waarschijnlijk naar beneden moet worden herzien omdat binnen sommige clusters een theoretische vervanging mogelijk is die niet gebeurt in de praktijk, dan nog is het duidelijk dat er belangrijke besparingen bestaan.

Als voorbeeld is er een tabel die ik u zal bezorgen. Ik ga de inhoud ervan niet voorlezen, want het is een zeer lange tabel. Misschien kan deze gepubliceerd worden voor de leden van de commissie?

De **voorzitter**: Nee.

16.03 Minister **Rudy Demotte**: Als ik dit moet voorlezen, hebben we nog een uur langer nodig.

Dit bewijst dat er meer dan 500 clusters bestaan waarbinnen mogelijk besparingen bestaan. Een groot deel van de mogelijke besparingen is echter geconcentreerd in enkele belangrijke clusters vermits de eerste tien een mogelijke besparing van 35% opleveren voor de verzekering. De eerste 50 clusters vertegenwoordigen 76% van de mogelijke besparingen. Ik vraag een kopie van de tabel zodat u dit met enige afstand kunt lezen.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, de inhoud van de tabel wordt niet aan het verslag toegevoegd aangezien hij niet werd uitgesproken, maar de tabel wordt wel aan alle leden overgemaakt.

16.04 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de minister, ik zou bijna zeggen "Wie biedt er meer"? Ik zou niet graag hebben dat men zegt dat de oppositie met spek schiet of overdrijft.

Het ging mij niet om het exacte bedrag. Uit uw antwoord blijkt dat er nog heel wat te besparen valt in de gezondheidszorgen, in de sector van de geneesmiddelen, zonder dat dit iets afdoet aan de kwaliteit van de verstrekte gezondheidszorgen, noch aan de mogelijkheden van de patiënt om te beschikken over de aangepaste geneesmiddelen. Ik vind dit heel relevant en u hebt gelijk dat u erop wijst dat het afhangt van de wijze waarop men telt, van hetgeen waarmee men rekening houdt en met de clusters.

Ik onthoud echter uit uw verhaal dat, zelfs in tegenstelling tot de zeer matige cijfers die ik in mijn vraag aanhaalde, volgens het RIZIV in de ambulante sector 165 miljoen euro voor het stelsel en 111 miljoen euro voor de patiënt kan worden bespaard. In een paar van die 500 clusters zit het overgrote deel aan besparingsmogelijkheden. Uw antwoord was heel verhelderend en ik hoop dat zonder aarzelen de inspanningen zullen worden voortgezet om het voorschrijfgedrag van artsen inzake geneesmiddelen, sterk te beïnvloeden. Dit heeft immers niets te maken met een vermindering

aux critères d'application dans l'étude mentionnée, l'INAMI ne peut confirmer les montants cités.

L'INAMI a réalisé une estimation pour le secteur des soins ambulatoires. Celle-ci présente un résultat favorable de 165 millions d'euros pour l'assurance obligatoire et de 111 millions d'euros pour les patients. Bien que ces montants doivent sans doute être revus à la baisse dans la mesure où la substitution est purement théorique pour certains groupes, des économies importantes peuvent être réalisées. Je fournirai un tableau à ce sujet.

16.03 **Rudy Demotte**, ministre: Des économies sont possibles dans 500 groupes. Les plus importantes ne concernent qu'un nombre limité de groupes. Les dix premiers groupes représentent 35% des économies en ce qui concerne l'assurance, alors que les cinquante premiers représentent 76% des économies.

16.04 **Greta D'hondt** (CD&V): Il y a encore beaucoup d'économies à réaliser dans le secteur des médicaments, sans que la qualité des soins de santé ne soit menacée. Selon l'INAMI, il y a encore des possibilités d'économies au niveau des groupés. J'espère que les efforts se poursuivront pour influencer fondamentalement le comportement prescripteur des médecins. Sinon, il faudra peut-être à un moment donné supprimer certains remboursements.

van de kwaliteit van de gezondheidszorgen, integendeel. Als we het niet doen, zullen we misschien op een bepaald ogenblik genoodzaakt zijn om te besparen, waardoor bepaalde geneesmiddelen misschien uit de terugbetalingsregeling zullen worden gehaald, terwijl men hier 165 miljoen euro op een presenteerblaadje aangeboden krijgt voor de ziekteverzekering en 111 miljoen euro voor de patiënt, die mij allebei even dierbaar zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zorgkundigen in residentiële zorg en zorgkundigen in de thuiszorg" (nr. 10357)

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onduidelijke positie van de zorgkundige" (nr. 10578)

17 **Questions jointes de**

- Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aides-soignants dans le secteur des soins résidentiels et les aides-soignants dans le secteur des soins à domicile" (n° 10357)

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'imprécision du statut des aides-soignants" (n° 10578)

17.01 **Greta D'hondt** (CD&V): Mijnheer de minister, wij hebben in het verleden al de gelegenheid gehad om over de zorgkundigen en de aarzeling bij de beroepsverenigingen voor onder andere verpleegkundigen om zorgkundigen in te schakelen, van gedachten te wisselen.

De zorgkundigen zijn er gekomen om de werklast van de verpleegkundigen te verlichten. Het KB dat dat geregeld heeft, bepaalt dat er een nieuw type van hulpverlener moet komen, met name de zorgkundige.

De zorgkundigen, mijnheer de minister, zouden, als ik een en ander goed gevolgd heb, in eerste instantie alleen ingezet worden in de residentiële zorg, dus de ziekenhuizen en de rust- en verzorgingstehuizen. Familiehulp, een van de grootste actoren in de thuiszorg, heeft daarover de jongste tijd toch wel wat gepubliceerd. De organisatie zegt dat zij een stap verder zou willen gaan. Familiehulp stelt voor om van de huidige verzorgenden ook zorgkundigen te maken, zodat er geen extra hulpverleners meer in het zorgbehoevende gezin hoeven te komen. Vanuit het oogpunt van de patiënt is dat natuurlijk niet zonder belang, want een zwaar zorgbehoevende patiënt die in zijn huis op een dag soms drie of vier verschillende diensten ziet passeren – sommigen zelfs meer –, heeft er alle belang bij dat die va-et-vient zo beperkt mogelijk gehouden wordt, ook voor de herkenning en de hechting.

Familiehulp stelt ook voor om de nieuwe opleiding tot zorgkundige zo uit te bouwen dat de afgestudeerden zowel in de thuiszorg als in de residentiële zorg kunnen terecht komen.

Vandaar mijn vragen, mijnheer de minister.

Hoever staan we nu met de opleiding tot zorgkundige en hun inschakeling in de residentiële zorg?

17.01 **Greta D'hondt** (CD&V): On note une réticence à faire appel aux aide-soignants. Leur rôle est d'alléger le travail des infirmiers. Dans un premier temps, il n'y serait recouru que pour les soins résidentiels.

Où en la formation des aide-soignants et leur insertion? Que pense le ministre des propositions de l'asbl "Familiehulp" de faire des soignants d'aujourd'hui des aide-soignants et de dispenser la nouvelle formation qui permettrait aux aide-soignants de travailler dans le secteur des soins à domicile et des soins résidentiels?

Ten tweede, hoe staat u tegenover het voorstel van Familiehulp om de huidige verzorgenden om te schakelen tot zorgkundigen en om de nieuwe opleiding tot zorgkundige zowel op residentiële zorg als op thuiszorg te oriënteren?

17.02 Luc Goutry (CD&V): Met mijn vraag breid ik het thema nog wat uit.

Wat betreft de regelgeving, is er, ten eerste, het KB nummer 78 betreffende de gezondheidsberoepen met het statuut van de verpleegkundige en de zorgkundige. Daarnaast zijn er ook het Vlaamse statuut van de verzorgende, de zogenaamde familiehulp en familiezorg, het Vlaamse ontwerpstatuut van de verzorgende en de verschillende regelgevingen in de Franse Gemeenschap. Die laatste heeft het in haar teksten over de "auxiliaire familiale et sanitaire", de "aide-soignante", de "aide familiale", de "aide ménagère" enzovoort. Voorts moet er nog een lijst worden opgemaakt van de activiteiten uit het dagelijkse leven die niet door de beoefenaars van gezondheidsberoepen worden uitgevoerd. Uit die wirwar van huidige en toekomstige regelgevingen raakt eerlijk gezegd niemand nog wijs.

Het doel van de KB's inzake zorgkundigen was de onwettige uitoefening van de verpleegkunde in instellingen te regulariseren. De vraag kwam vooral uit die sector. Dat zal enkel gerealiseerd zijn voor zover de instellingen zich ook houden aan de lijst van handelingen, die nu vastliggen. In de praktijk zal controle en bijsturing nodig zijn. Dat alles betreft het residentiële gedeelte.

In de thuiszorg is de verwarring echt groot, mijnheer de minister. De KB's op de zorgkundigen zijn niet van toepassing op de sector van de thuiszorg, vermits daar nog sprake is van verzorgenden. Dat was enerzijds zo gewild maar anderzijds, blijven daardoor de problematiek van de onwettige uitoefening van de verpleegkunde en de tegenstrijdigheden tussen de federale en gewestelijke regelgevingen bestaan. Verzorgenden in de thuiszorg zitten bijgevolg in een juridisch onduidelijke positie. Ook de verpleegkundigen ervaren de situatie als zeer verwarrend.

Mijn vragen aan u, mijnheer de minister, zijn de volgende. Erkent u die onduidelijke en verwarrende toestand?

Zult u maatregelen nemen om een en ander beter te stroomlijnen en duidelijkheid te scheppen, zodat duidelijk wordt welk statuut voor wat in aanmerking komt, wat past in het KB nummer 78 of de gewestelijke regelgeving, en hoe de taken kunnen worden gevolgd en gecontroleerd?

17.03 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, ik zal eerst aan mevrouw D'hondt antwoorden. Zij stelde twee vragen.

Inzake de eerste vraag, het is niet de bedoeling een nieuwe categorie van zorgverstrekkers te creëren. Het doel is wel de rol van het verzorgend personeel, waarin nu voorzien wordt in de rusthuizen en de ziekenhuizen, te verduidelijken en te erkennen. De huidige wetgeving staat immers toe dat er zowel in ziekenhuizen als in rusthuizen als in rust- en verzorgingstehuizen verzorgend personeel in zorgesquipes optreedt, naast de verpleegkundigen.

17.02 Luc Goutry (CD&V): La réglementation relative à la position de l'aide soignant est ambiguë et complexe. Les arrêtés royaux relatifs aux aides soignants avaient pour but de régulariser l'exercice illégal des activités infirmières dans les établissements. Pour cela, il fallait, évidemment, disposer d'une liste précise des actes autorisés, liste dont on dispose aujourd'hui.

Il règne cependant une grande confusion dans le domaine des soins à domicile auquel les arrêtés royaux relatifs aux aides soignants ne s'appliquent pas. Les soignants qui dispensent des soins à domicile fonctionnent actuellement dans un vide juridique ce qui rend, bien sûr, les choses difficiles. Que compte faire le ministre pour remédier à cette situation?

17.03 Rudy Demotte, ministre: L'objectif n'est pas de créer une nouvelle catégorie de prestataires de soins, mais bien de clarifier et de reconnaître le rôle du personnel soignant dans les maisons de repos et les hôpitaux. La législation en vigueur autorise, au sein des équipes de soins des hôpitaux, maisons de repos et maisons de repos et de soins, la

Door de nieuwe wetgeving krijgt de zorgkundige een statuut, een opleiding, en een wettelijke erkenning. De specifieke opleiding moet door de Gemeenschappen worden georganiseerd. In afwachting van de organisatie van die opleiding en om een voldoende zorgaanbod te verzekeren heb ik in overgangsmaatregelen voorzien die gelden tot 31 december 2008.

Inzake de tweede vraag, volgt mijn tweede antwoord.

Enerzijds is het beroep van zorgkundige een gezondheidszorgberoep zoals bepaald in koninklijk besluit 78. De activiteiten van de zorgkundige zijn dus activiteiten van verzorging en geen activiteiten van hulp aan personen. Het gaat om verpleegkundige handelingen die onder bepaalde voorwaarden door de verpleegkundigen kunnen worden gedelegeerd aan zorgkundigen. De familiehelp moet zich dus kunnen ontwikkelen in een hulpfunctie die specifiek is en die een zorgfunctie aanvult.

Anderzijds kan de zorgkundige zijn taken slechts uitoefenen in het raam van een gestructureerde equipe. Die voorwaarde is nog niet vervuld in de thuisverzorging. Ik heb evenwel veel aandacht voor die problematiek. De beslissing om de zorgkundigen eventueel te integreren in de verpleegkundige thuiszorg zal dus worden bekeken in het raam van het volledige dossier van de actualisering van de verpleegkundige thuiszorg. Dat dossier wordt op dit moment besproken in de overeenkomstcommissie. De conclusies van de interkabinetssubwerkgroep die werkt rond het verschil tussen hulptaken en verzorgingstaken zullen die beslissing beïnvloeden.

Ik zal nu de vragen van de heer Goutry beantwoorden.

Ten eerste, de koninklijke besluiten van 12 januari 2006 inzake de zorgkundigen hebben niet als doel een nieuwe categorie van zorgverstrekkers te creëren. Die koninklijke besluiten strekken er wel toe de rol van het verzorgend personeel, waarin nu voorzien wordt in rusthuizen en ziekenhuizen, te verduidelijken en te erkennen.

Ten tweede, door de nieuwe wetgeving krijgt de zorgkundige een statuut, een opleiding en een wettelijke erkenning.

Ten derde, het beroep van zorgkundige is een gezondheidszorgberoep zoals bepaald – ik heb het reeds gezegd – in KB nr. 78. De activiteiten van de zorgkundige zijn verzorgingsactiviteiten en geen hulpactiviteiten. Het gaat om verpleegkundige handelingen die onder bepaalde voorwaarden door verpleegkundigen kunnen worden overgedragen aan zorgkundigen.

Ten vierde, de familiehelp moet zich kunnen ontwikkelen in een hulpfunctie die specifiek is – ik heb dit reeds gezegd – en die een zorgfunctie aanvult.

Ten vijfde, de zorgkundige kan zijn taken slechts uitoefenen in het kader van een gestructureerde equipe. Deze voorwaarde moet vervuld zijn in de thuisverzorging, hetgeen vooralsnog niet het geval is. Ik onderzoek op dit ogenblik met veel aandacht de manier en de mogelijkheid om de functie van zorgkundige te erkennen binnen de verpleegkundige thuiszorg. Dit dossier wordt binnenkort besproken in de overeenkomstcommissie.

présence de personnel soignant aux côtés des infirmiers et infirmières. La nouvelle législation octroie un statut, une formation et une reconnaissance légale aux aides soignants. La formation spécifique est confiée aux Communautés. En attendant une réglementation en matière de formations, j'ai pris des mesures transitoires valables jusque fin 2008.

La profession d'aide soignant est une profession des soins de santé aux termes de l'arrêté royal n° 78. Les activités d'aide soignant consistent à soigner des personnes et ne sont pas des activités d'aide aux personnes. Il s'agit d'actes relevant de l'art infirmier pouvant être délégués, sous certaines conditions, par les infirmiers à des aides soignants. L'aide de la famille doit donc être développée dans le sens d'une aide spécifique complétant la fonction de soins.

L'aide-soignant ne peut exercer ses activités que dans le cadre d'une équipe structurée. Ceci ne vaut toutefois pas encore pour le secteur des soins à domicile. Une intégration éventuelle des aides-soignants dans le secteur des soins infirmiers à domicile sera envisagée lors de la prochaine réforme de celui-ci. Pour l'instant, la possibilité d'une telle intégration est à l'examen. Une décision en la matière dépendra entre autres des conclusions du sous-groupe de travail intercabinets qui, à la demande de la conférence interministérielle sur la Santé publique, étudie la différence entre les tâches auxiliaires et les soins proprement dits. Cette base servira à définir strictement les activités de soins auxiliaires et de soins infirmiers, de même que les activités qui relèvent de l'aide à domicile.

Certains actes relèvent clairement des professions de la santé, tandis que d'autres sont assimilables aux

Ten zesde, de conclusies van de werkzaamheden van de interkabinettensubwerkgroep die werkt rond het verschil tussen hulptaken en verzorgingstaken zullen deze beslissing beïnvloeden. De interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft de werkgroep opgedragen het verschil tussen een hulpfunctie en een verzorgingsfunctie duidelijk te maken. Om deze twee functies te onderscheiden, worden de zorgkundige en verpleegkundige activiteiten omschreven alsook de activiteiten die onder de thuishulp vallen.

Ten zevende, bepaalde handelingen vallen specifiek onder de gezondheidsberoepen en andere vallen onder de hulp bij het dagelijks leven. In de praktijk is een onderscheid tussen hulp en verzorging soms vaag en moeilijk te maken. Daarom werd artikel 5 van KB nr. 78 gewijzigd zodat de Koning na advies kan bepalen in welke situaties de patiënt verzorging nodig heeft en in welke situaties hulp volstaat. Hierdoor wordt het mogelijk dat andere actoren dan beroepsmensen uit de gezondheidszorg hulp kunnen bieden aan personen die tijdelijk of blijvend niet in staat zijn de dagelijkse activiteiten uit te voeren. Deze actoren kunnen aldus de rol van familie op zich nemen.

17.04 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Wij zullen de verdere evolutie nog wat afwachten. Het is nog een jong dossier.

Ik ben ook blij dat u zegt dat u bereid bent om ook de zaken van de thuiszorg mee te bestuderen.

Ik heb nog twee kleine bedenkingen. Een eerste bedenking, u zegt dat de grens tussen enerzijds zorg verlenen en anderzijds zorgverlening door verpleegkundigen vaak heel onduidelijk is. Een klein voorbeeldje, iemand van Familiehulp mag geen oogdruppels aan een bejaarde toedienen. Dat is echter iets dat iedere moeder bij haar kinderen doet. Daarvoor is geen verpleegkundige nodig. Iemand van Gezinshulp mag die bejaarde dan geen oogdruppels geven. Het geld moet ons op de rug groeien om dat op die manier allemaal te organiseren. Ik ben het er wel mee eens dat eens die flauwe grens wordt overschreden dit delicaat wordt.

Een tweede bedenking is ook een bezorgdheid van de zorgbehoevenden in de thuiszorg. Wij moeten hen wel vakkundig omringen, maar toch niet met een leger van mensen die hen iedere dag moeten komen bezoeken om hen in die thuissituatie te krijgen. Ik denk dat een coördinatie van de taken ook daar aangewezen is. Wij zullen hierop later nog terugkomen, als wij meer ervaring hebben met de toepassing van het KB.

17.05 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer minister, mijn vraag blijft ook om dringend, zowel voor Vlaanderen als voor Wallonië, de verschillende erkenningen die door de Gemeenschappen en Gewesten gebeuren te verbinden en in overeenstemming te brengen met de federale initiatieven, voornamelijk inzake KB nr. 78, om verwarring in de toekomst te vermijden.

Voorts blijf ik erbij dat het zeer belangrijk is dat dit nu toch al residentieel beter geregeld is, waardoor er duidelijkheid ontstaat tussen verpleegkundige activiteiten en verzorgende activiteiten door

soins de la vie quotidienne. Toutefois, la distinction n'est pas toujours aussi précise. Un arrêté royal définira les circonstances dans lesquelles le patient requiert de l'aide ou des soins. Cela permettra à des intervenants autres que des professionnels de la santé d'assister des personnes qui, temporairement ou définitivement, ne sont pas en mesure d'accomplir des tâches quotidiennes, assumant ainsi le rôle d'un membre de la famille des personnes concernées.

17.04 Greta D'hondt (CD&V): Il est exact que la limite entre les activités de soins et les activités infirmières dans le secteur des soins à domicile n'est pas toujours claire, ce qui peut parfois engendrer des situations assez absurdes. L'objectif ne saurait évidemment consister à ce que les personnes nécessitant des soins à domicile reçoivent la visite de toute une série de prestataires de soins. Un minimum de coordination s'impose.

17.05 Luc Goutry (CD&V): Il faut exclure toute confusion en ce qui concerne l'agrément. Une concertation doit être menée avec les Communautés.

zorgkundigen in instellingen en ziekenhuizen.

Wat de thuiszorg betreft, denk ik dat het van belang is dat u verder met de sector overlegt om na te gaan of dit allemaal nodig is en nieuwe regels rechtvaardigt. Wij moeten erop toezien dat wij de zaken niet te gecompliceerd maken zodat de verantwoordelijkheden niet verminderen in plaats van duidelijker worden. Daarom denk ik dat het toch noodzakelijk is om overleg te plegen met de sectoren die thuis werken met de patiënt zoals de verpleegkundigen van het Wit-Geel Kruis, de dienstenorganisaties voor de zelfstandigen, samen met de dienst Gezinshulp.

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

18 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pollution par dioxines dans l'industrie de l'alimentation du bétail" (n° 10432)

18 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dioxinevervuiling in de veevoederindustrie" (nr. 10432)

18.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le président, monsieur le ministre, ma question prolonge le débat que vous avez eu sur la dioxine. Je ne reviendrai donc pas sur tout cela.

Si nous avons connu une deuxième "crise" de la dioxine, elle n'a pas eu l'ampleur ni les caractéristiques de celle de 1999. On a pu identifier d'où venait cette dioxine: c'était la conséquence de l'utilisation chez PB Gelatins à Vilvorde d'acide chlorhydrique qui provenait de la maison-mère Tessenderlo Chemie. Une partie de cet acide chlorhydrique est produite à partir d'hydrocarbures chlorés. Il s'agit donc d'un processus de production qui implique une contamination structurelle par des dioxines. Ensuite, il revient au fabricant de purifier le produit final.

On s'aperçoit que PB Gelatins produit de la gélatine pour de multiples applications comme l'alimentation, la confiserie, les capsules pour l'industrie pharmaceutique tandis que les graisses, en tant que déchets de production, sont vendues à l'industrie de l'alimentation du bétail.

Je m'interroge quant à l'utilisation d'acide chlorhydrique potentiellement contaminé par des dioxines, puisqu'il semble que ce soit effectivement une chose qui peut arriver, dans la production de gélatine et de graisses pour l'alimentation animale.

Depuis quand ce type d'acide chlorhydrique est-il utilisé dans la fabrication de gélatine?

Peut-on trouver acceptable pour la santé publique que ce type d'acide chlorhydrique soit utilisé dans l'industrie alimentaire? Si non, quelles initiatives pouvez-vous prendre, dans les limites de vos compétences, pour garantir que ce type de déchets chimiques dangereux n'arrive plus dans la chaîne alimentaire?

18.01 Muriel Gerkens (ECOLO):

In België werd veevoeder met dioxines besmet. Die nieuwe crisis had echter niet de omvang van de besmetting in 1999. De besmetting had een andere oorzaak: ze is het gevolg van het gebruik door PB Gelatins van zoutzuur afkomstig van Tessenderlo Chemie. Het gaat om een productieproces waarbij een structurele besmetting met dioxines ontstaat. Vervolgens moet de producent het eindproduct zuiveren.

PB Gelatins produceert gelatine voor de voedingsnijverheid, voor de banketbakkerij en voor geneesmiddelencapsules, terwijl de vetten verkocht worden aan veevoederbedrijven. Het gebruik van gedeeltelijk met dioxines besmet zoutzuur voor de productie van gelatine en vetten roept een aantal vragen op.

Sinds wanneer wordt dat soort zoutzuur in de gelatineproductie gebruikt?

Is het vanuit het standpunt van de volksgezondheid aanvaardbaar dat dat soort zoutzuur in de voedingsindustrie wordt gebruikt?

Indien dat niet het geval is, welke initiatieven zal u nemen opdat dit soort gevaarlijk chemisch afval

niet meer in de voedselketen kan terechtkomen?

18.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, il s'agit d'une question que nous avons déjà abordée lors du débat sur la dioxine. À titre préalable, je rappellerai donc ce que j'ai dit.

Si la crise a pu être contenue aussi rapidement, c'est parce que nous avons vécu le drame de la première crise et que nous avons pu en tirer des leçons; soyons modestes et restons vigilants.

L'utilisation d'acide chlorhydrique dans la fabrication de gélatine est bien connue dans le milieu agroalimentaire. En clair, il s'agit d'un auxiliaire technologique, c'est-à-dire d'une substance qui ne se trouve pas dans le produit fini, mais qui entre dans le processus utilisé pour transformer divers produits entrant dans la chaîne de fabrication.

L'acide chlorhydrique peut être utilisé dans cette chaîne alimentaire pour autant que le laboratoire ait réalisé une analyse de risque et l'ait incluse dans son plan HACCP. En outre, il est évident que les auxiliaires technologiques ne doivent laisser dans les produits transformés aucun résidu.

Dans le cas de la contamination à la dioxine chez PB Gelatins, on s'est aperçu que l'acide chlorhydrique contenait des teneurs importantes en dioxines. En fait, il n'avait pas été bien filtré: le filtrage avait été déficient. Cet acide chlorhydrique contaminé ne pouvait donc pas être utilisé dans la chaîne alimentaire, il ne pouvait pas entrer comme auxiliaire dans la transformation du produit.

J'insiste sur le fait que la qualité des produits utilisés dans la chaîne alimentaire ressortit à un processus de responsabilisation des différents opérateurs de la chaîne. Autrement, la responsabilité n'est plus déterminée: le principe est inscrit dans le Règlement européen 178/2002 sous le titre "General Food Law"; ce principe de base est traduit dans un arrêté royal de notre pays, du 14 novembre 2003 relatif à l'autocontrôle, à la notification obligatoire et à la traçabilité dans la chaîne alimentaire.

D'après ce dispositif, l'opérateur est responsable des produits qu'il met sur le marché par un contrôle HACCP de son processus de fabrication et par un contrôle des produits finis pour vérifier si le contrôle déjà prévu dans le HACCP est ou non efficace.

Les secteurs de l'alimentation humaine et de l'alimentation animale sont en train d'évaluer leurs plans de contrôle face aux risques de contamination chimique et l'AFSCA attend des propositions concrètes à brève échéance. Dans ce cadre, je puis déjà vous dire que le nombre d'analyses sur les graisses sera encore augmenté.

18.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Si j'ai bien compris, cet acide chlorhydrique, par nature, quand il arrive à cet endroit, contient des dioxines.

18.04 Rudy Demotte, ministre: Non, il peut en contenir. En vulgarisant à l'extrême, à quoi sert l'acide chlorhydrique? Quand vous

18.02 Minister **Rudy Demotte**: Het gebruik van zoutzuur als technisch hulpmiddel bij de bewerking van producten die voor de voedingsketen zijn bestemd, is niet uitzonderlijk en doet geen problemen rijzen indien een risicoanalyse werd uitgevoerd en in het HACCP-plan (Hazard Analysis Critical Control Point) werd vermeld. Bij het incident waarvan u gewag maakt, bevatte het zoutzuur erg veel dioxine doordat het niet was gefilterd.

De operatoren zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de producten die in de voedingsketen terechtkomen. Dat beginsel is trouwens opgenomen in een Europese verordening, die door België in een koninklijk besluit betreffende autocontrole, meldingsplicht en traceerbaarheid in de voedselketen werd omgezet. De operator moet zijn productieproces aan een HACCP-controle onderwerpen en moet vervolgens ook zijn afgewerkte producten controleren.

Momenteel evalueren de sectoren van de menselijke en de dierlijke voeding hun controleplannen ten aanzien van de risico's op chemische besmetting. Het Voedselagentschap verwacht dat concrete voorstellen worden gedaan. Wat reeds vaststaat, is dat het aantal analyses van vetten zal worden opgevoerd.

18.03 Muriel Gerken (ECOLO): Een bestanddeel dat potentieel dioxine bevat, zou dus in de voedselketen kunnen terechtkomen?

18.04 Minister **Rudy Demotte**: Nee.

voulez extraire la gélatine des os, vous créez une réaction chimique avec l'acide chlorhydrique qui dégage, qui sépare en quelque sorte, les substances inutilisées et la gélatine. Pour garantir qu'un produit soit pur et exempt de risques, il existe des processus de filtrage. Dans le cas présent, il semblerait - je parle au conditionnel car des investigations sont en cours - que ce processus ait été défaillant et qu'on ne l'ait pas notifié. Donc, c'est une erreur qui tient à la non-notification et à un dysfonctionnement des filtres. Elle a impliqué tout le problème de contamination de la chaîne, mais pas le produit lui-même.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opleiding verpleegkunde" (nr. 10472)

19 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation en art infirmier" (n° 10472)

19.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik verneem dat er opnieuw voorstellen zouden circuleren om de opleiding verpleegkunde nogmaals te hervormen. Ik ben daarover ongerust. Opnieuw zou de piste geopend zijn om alles samen te brengen tot de titel van algemeen verpleegkundige of bachelor in de verpleegkunde, op het A1-niveau dus. Men zegt mij dat hierover reeds bij u zou zijn aangedrongen namens alle beroepsorganisaties voor verpleegkundigen.

Mijnheer de minister, jaren geleden, ten tijde van uw voorganger Colla, zo lang is het dus reeds geleden, dat was medio jaren '90, deden hierover ook voorstellen de ronde. Toen werd, gelukkig maar, uiteindelijk kordaat gekozen voor het behoud van de twee opleidingen, namelijk de A1-opleiding en de voortgezette beroepssecundaire opleiding.

Ikzelf ben absoluut voorstander om deze situatie te behouden. Wij hebben enerzijds via het hoger onderwijs de titel bachelor of A1-verpleegkundige en anderzijds via de vierde graad van het beroepssecundair onderwijs de titel van gediplomeerd verpleegkundige of de vroegere A1 en A2.

Met het oog op de vergrijzing en de toenemende factor zorg binnen de verpleging is het veel zinvoller om een dubbel opleidingspad te behouden. Bovendien zijn er heel wat zogenaamde A2-verpleegkundigen die de upgrading naar A1 niet zouden aankunnen. Daardoor zouden wij de tussencategorie missen en een versmald aanbod krijgen van hoger opgeleiden en een overaanbod van verzorgenden.

Mijnheer de minister, de vrees is dat, wanneer men zou komen tot één opleiding A1-verpleegkunde, veel mensen die nu de voortgezette beroepssecundaire opleiding doen, de A2, de stap naar de A1 niet zullen kunnen wagen en zullen terugvallen op het veel lagere niveau van verzorgende of zorgkundige. Dit zou geen goede evolutie zijn. Wij zullen dan op termijn een tekort hebben aan verpleegkundigen.

Mijn vragen aan u zijn de volgende.

Het product zelf lag niet aan de basis van het incident bij PB Gelatins. Het zou zijn veroorzaakt door een defect in de filtering dat niet gemeld werd.

19.01 Luc Goutry (CD&V): Nous apprenons que des propositions de révision de la formation en art infirmier circulent à nouveau, à savoir un regroupement général au niveau A1, avec le titre de bachelier en art infirmier ou d'infirmier général. Actuellement, il existe, d'une part, le titre de bachelier au niveau de l'enseignement supérieur et, d'autre part, le titre d'infirmier diplômé au niveau de l'enseignement professionnel secondaire, les anciens A1 et A2. Je suis un fervent partisan du maintien de la situation existante dans l'optique du vieillissement de la population et de l'importance croissante du facteur soins dans l'art infirmier. En outre, un nombre considérable d'infirmiers A2 seraient laissés pour compte parce qu'ils ne bénéficient pas des capacités pour le niveau A1, ce qui ne leur réserve qu'un avenir de soignant.

Le ministre sait-il que ces propositions circulent? Dans quelle mesure le ministre est-il associé à ces propositions? Quel est son point de vue?

Ten eerste, is het inderdaad zo dat deze voorstellen opnieuw circuleren? Weet u daarvan?

Ten tweede, in hoeverre bent u zelf daarover aangesproken of bent u betrokken?

Ten derde, wat is uw standpunt in deze aangelegenheid?

19.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Goutry, de interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft tijdens de vergadering van de 12 december 2005 besloten een werkgroep Bekwaamheden en Opleiding Verpleegkundigen op te richten. In het kader van de werkzaamheden van die groep heb ik een document ingediend met de titel "Bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor verpleegkundigen". Die nota voorziet uitdrukkelijk in het behoud van de twee opleidingen in de verpleegkunde, evenals het behoud van de overstapmogelijkheid tussen de twee opleidingen tot in 2010.

De eventuele afschaffing van de opleiding tot gediplomeerd verpleegkundige is uiteraard onderworpen aan een voorstel van de planningscommissie Medisch Aanbod, en dat op basis van een evaluatie van vraag en aanbod van verpleegkundigen.

Om dat te kunnen evalueren, moet ook een kadaster van verpleegkundigen worden opgesteld. Ik wijs erop dat wij nog niet over volledige, gevalideerde en betrouwbare gegevens met betrekking tot dat kadaster beschikken. Het is slechts op basis van federale gegevens, gevalideerd door de wetenschappelijke wereld, dat de planningscommissie Medisch Aanbod zich hierover naar behoren kan uitspreken.

Op korte termijn zal mijn administratie over de nodige software beschikken om de gegevens die zij al heeft, te verwerken. De registratie van de verpleegkundigen zal echter afhangen van het wettelijke kader, dat momenteel wordt uitgewerkt.

19.03 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, tot 2010 is er dus geen sprake van dat het dubbele opleidingspad wordt verlaten. Tegelijk zegt u dat er studies voorliggen die zullen moeten uitmaken hoe een en ander zal evolueren.

Ik wil nogmaals mijn eigen mening eraan toevoegen. Het heeft geen enkele zin tot een opleidingspad te komen. Trouwens, dat is de bevoegdheid van de Gemeenschappen. U kunt natuurlijk de trend zetten door de voorwaarden op te leggen waaraan de betrokkenen moeten voldoen om als verpleegkundige te kunnen worden erkend.

Wij moeten natuurlijk rekening houden met vergrijzing van de samenleving, de veroudering. Dus naast personen voor de acute geneeskunde zullen wij zeker een grote behoefte hebben aan personen die technisch zijn opgeleid voor de verpleegkunde, die daarom niet het bachelorniveau, A1 verpleegkunde, hoeven te halen.

Ik wijs er ook op dat minister Vandenbroucke van Onderwijs op een vraag terzake in het Vlaams Parlement, zijn verwondering uitgedrukt. Hij heeft gezegd dat hij absoluut geen voorstander is van het terugbrengen naar één opleidingspad, wat hij hoogst verrassend en

19.02 **Rudy Demotte**, ministre: Le 12 décembre 2005, la conférence interministérielle de la Santé publique a décidé de constituer un groupe de travail Aptitudes et Formations infirmiers. J'ai déposé dans ce cadre une note relative aux titres professionnels et aux aptitudes professionnelles particuliers du personnel infirmier. Cette note prévoit explicitement le maintien jusqu'en 2010 de deux formations en art infirmier. L'éventuelle suppression d'une formation est bien sûr subordonnée à une proposition de la Commission de planification – offre médicale, sur la base d'une évaluation de l'offre et de la demande d'infirmiers. A cette fin, il convient d'établir d'abord un cadastre des infirmiers, mais nous ne disposons pas encore de données suffisantes. Mon administration sera prochainement dotée du logiciel nécessaire pour traiter ces données.

19.03 **Luc Goutry** (CD&V): Rien ne changera donc jusqu'en 2010 mais des études sont en cours en ce qui concerne l'évolution ultérieure. Je répèterai donc inlassablement que je suis explicitement pour le maintien des deux formations. Le ministre flamand, M. Vandenbroucke, s'est aussi étonné de ces propositions, déclarant ne pas être partisan d'une voie de formation unique pour les infirmiers.

merkwaardig zou vinden.

Ik hoop dus dat het gezond verstand zal zegevieren en dat men de opleiding zal laten zoals ze is. Men moet zaken die goed zijn, laten zoals ze zijn. Ik denk dat er vandaag op het terrein geen enkele behoefte bestaat om daarin veranderingen aan te brengen.

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

20 Samengevoegde vragen van

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgprogramma cardiologie" (nr. 10473)
- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van het zorgprogramma cardiologie" (nr. 10561)
- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de centra voor cardiale pathologie" (nr. 10692)

20 Questions jointes de

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le programme de soins cardiologiques" (n° 10473)
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du programme de soins cardiaques" (n° 10561)
- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des centres de pathologie cardiaque" (n° 10692)

20.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik heb u reeds vorige zomer ondervraagd over het zorgprogramma cardiologie. Ik heb toen een stelling ingenomen en ervoor gepleit om een goede spreiding te behouden voor de centra voor cardiologie en van de zorgprogramma's en om in de programmatie te voorzien in het verder kunnen blijven bestaan van B1-diensten die men zou upgraden tot B2-diensten.

Ik heb toen gezegd dat ik mij baseerde op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen die luidde dat de interventietijd zeer belangrijk is bij mensen met dringende cardiologische problemen. De interventietijd is belangrijker dan het feit of men ergens terechtkomt waar altijd chirurgen aanwezig zijn. Er zijn immers heel goede bevindingen met ingrepen op basis van B1 en vooral van B2 voor het plaatsen van stents. Er werd ook gezegd dat er wetenschappelijk geen evidentie meer is om het plaatsen van stents te koppelen aan het aanwezig zijn van een cardiochirurgische eenheid.

Ik pleit daarom voor een scheiding en een verantwoorde programmatie, zodat er overall tenminste B1 of B2 bereikbaar zijn, waar dus al onmiddellijk medicamenteus of via stents kan worden ingegrepen en om, indien nodig, een associatie te hebben met een hartchirurgisch centrum waarnaar de patiënt na de eerste zorgen desgevallend kan worden overgebracht.

Ik heb de volgende vragen. Hoever staat het nu met de aangekondigde hervorming? Is er ter zake een koninklijk besluit in voorbereiding? Wat staat daarin en hoever staat het ermee? Zal er een mogelijkheid blijven om grotere B1-centra te upgraden tot B2, onafhankelijk van B3? Zijn er al criteria bekend waarop de hervorming uiteindelijk zal worden gebaseerd?

20.01 Luc Goutry (CD&V): Pour ce qui est de la réforme du programme de soins cardiologiques, j'ai toujours défendu l'idée qu'il convenait de permettre aux centres B1 de se hisser au niveau des centres B2, indépendamment de leur rattachement éventuel à un centre B3. Ce point de vue correspond du reste à l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. Le délai d'intervention est en effet le paramètre primordial.

Où en est cette réforme? Un arrêté royal sera-t-il préparé? Les centres B1 auront-ils toujours la possibilité de "monter en grade" pour devenir des centres B2? Les critères sur lesquels sera basée la réforme sont-ils déjà connus?

20.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u zult zich ongetwijfeld herinneren – collega Goutry heeft ernaar verwezen – dat wij u op 12 juli van vorig jaar ondervroegen over de fameuze hartcentra, naar aanleiding van de studie van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Kort samengevat, stond in het rapport zeer duidelijk dat de B1-centra fundamenteel geen meerwaarde leverden. Er werd een stille suggestie gegeven om ze af te schaffen, vermits ze alleen leiden tot hogere kosten. Dat is een synthese van de analyse van het Kenniscentrum. Anderzijds hield het Kenniscentrum ook een pleidooi om een betere verdeling van de bestaande hartcentra door te voeren. Collega Goutry heeft ook terecht verwezen naar het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Ik kom daarop dus niet terug.

Mijnheer de minister, ik citeer even uit uw antwoord van 12 juli: "Ik leg de laatste hand aan een KB dat de erkenningsnormen van het zorgprogramma cardiologie wijzigt." Ik meen dat het goed is dat een aantal collega's u vandaag, enkele maanden nadien, vragen wat die laatste hand is en wat de stand van zaken is.

In juli vorig jaar gaf u te kennen dat u wel degelijk ervoor zou opteren om de centra, zowel B1, B2 als B3, te concentreren en een aantal strengere normen op te leggen, ingevolge de aanbevelingen van het College van Cardiologen, wat de andere centra betreft. Anderzijds hield u ook een pleidooi om de halfgespecialiseerde centra, ik heb het over de 20 fameuze B1-centra, definitief te laten verdwijnen. Dat zou concreet betekenen dat in Brussel en Wallonië vier van de B2 en B3-centra verdwijnen en dat voor een deel de nummers die vrijkomen, gespreid zouden kunnen worden over het Vlaamse Gewest.

Ik heb een zeer duidelijke vraag, mijnheer de minister. Kunt u ons, zoveel maanden later, een concrete stand van zaken geven met betrekking tot de hervorming van de hartcentra? U hebt toen gezegd, ik verwijs naar uw antwoord, dat u de laatste hand legde aan een KB. Het zou goed zijn om vandaag een stand van zaken te krijgen.

Ondertussen zijn ook heel wat persberichten verschenen, zowel in de medische pers, als in de gewone pers. Men geeft aan dat u blijft bij uw standpunt over de afschaffing van de fameuze halfgespecialiseerde hartcentra en alleen de volledige zou willen behouden. Ik heb daarover opnieuw een zeer duidelijke vraag. Waarom kiest u voor deze oplossing? Op basis van welke wetenschappelijke gegevens doet u dat? Doet u het alleen op basis van de fameuze studie van het federaal Kenniscentrum of spelen nog andere elementen een rol?

Mijnheer de minister, heel merkwaardig in het dossier is dat ondertussen een van de grootste partners in het verhaal, het fameuze VVI merkwaardig heeft gereageerd door te stellen zelfs geen betere spreiding en geen bijkomende hartcentra in Vlaanderen nodig te hebben en dat ze konden roeien met de twaalf centra die ze nu hebben. Ook over dat punt had ik heel graag een concrete reactie van u gekregen.

Een bijkomend element – het zal u niet verbazen dat ik daar dieper op inga – zijn de verklaringen van het VVI dat, als de minister dan toch

20.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Un rapport publié l'année dernière par le centre d'expertise des Soins de santé indiquait clairement que les centres B1 n'offraient aucune valeur ajoutée et qu'il s'indiquerait dès lors de les supprimer. Le centre d'expertise a également plaidé pour une meilleure répartition des centres de cardiologie existants. Le ministre a déclaré le 12 juillet qu'il mettait alors la dernière main à un arrêté royal modifiant les normes d'agrément du programme de soins 'cardiologie'.

Qu'en est-il entre-temps de cet arrêté royal? Le ministre souhaitait également concentrer les centres B1, B2 et B3 et supprimer définitivement vingt centres B1. Concrètement, quatre centres disparaîtraient à Bruxelles et en Wallonie et les numéros libérés seraient répartis au sein de la Région flamande.

Le ministre pourrait-il nous esquisser la situation en ce qui concerne la réforme annoncée des centres de cardiologie? Si l'on en croit certains communiqués de presse, il n'opterait que pour la suppression des centres cardio semi-spécialisés et il aurait l'intention de conserver les centres offrant des services cardio intégraux. Pourquoi? Sur la base de quelles données scientifiques?

Comment le ministre réagit-il aux déclarations de la Fédération des Institutions hospitalières (FIH) qui a affirmé qu'il n'était pas nécessaire d'améliorer la répartition des centres cardiologiques et qu'il y avait déjà suffisamment de centres cardio en Flandre? Quelle est sa réaction face à la thèse de la FIH selon laquelle trois centres devraient encore être fermés en Wallonie et à Bruxelles pour préserver l'équilibre communautaire?

naar een communautair evenwicht wilde streven, hij dan wel degelijk nog drie extra centra zou moeten sluiten in Wallonië en Brussel.

Mijnheer de minister, ook over voornoemde uitspraak kreeg ik graag een concrete reactie van u.

20.03 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, avant de formuler ma question, je voudrais dire que je partage tout à fait la position de M. Goutry en la matière.

Manifestement, la réforme annoncée en ce qui concerne les centres de pathologie cardiaque continue à susciter, au sein des hôpitaux, de nombreux commentaires et de vives inquiétudes.

Nous voudrions revenir sur les critères choisis dans ce qui n'est encore aujourd'hui qu'un projet de réforme. Nous comprenons l'objectif général de rationaliser l'offre de soins en la matière en prenant notamment en compte les seuils minimaux d'activité (critère qualitatif) et le développement de "centres d'excellence" (critère qualitatif).

Il nous paraît également important de veiller à une répartition géographique adéquate de l'offre, tant au niveau des B1, des B2 que des B3. Ainsi, la disparition de certains centres B1 et/ou B2 pourrait paraître dommageable si elle implique la disparition, au sein d'une zone géographique donnée, de toute structure à même de prendre en charge les cas urgents, sans compter les répercussions financières et médicales que la disparition de ces centres peut avoir pour les hôpitaux concernés.

Nous ne pourrions pas non plus accepter qu'une réforme porte atteinte sans concertation aux équilibres entre réseaux hospitaliers.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:

- Quel est l'état d'avancement de votre projet de réforme? Les critères utilisés actuellement ont-ils pour conséquence directe ou indirecte d'avantager l'un ou l'autre réseau hospitalier?

- Le projet de réforme tient-il compte, à côté de critères quantitatifs d'activité et qualitatifs, de critères liés à la répartition géographique des centres, de manière à couvrir tous les besoins de la population?

20.04 **Minister Rudy Demotte**: Om de volgende redenen is een hervorming van de zorgprogramma's voor cardiologie noodzakelijk. Ten eerste, in de huidige programma's van geïsoleerde diagnostische coronografie, de zogenaamde B1, is de behandeling van een vastgesteld coronair letsel niet mogelijk en dit vraagt dus om een nieuwe procedure voor de behandeling van dit letsel.

20.03 Benoît Drèze (cdH): De aangekondigde hervorming van de centra voor cardiale pathologie zorgt voor onrust in de ziekenhuizen.

We zouden willen terugkomen op de criteria die in het hervormingsproject worden gehanteerd. We moeten het zorgaanbod ongetwijfeld rationaliseren - waarbij we rekening moeten houden met de minimumdrempels inzake activiteit en ontwikkeling van de "expertisecentra" -, waardoor er een aantal sites zullen verdwijnen of gedwongen worden met andere samen te werken. Maar we moeten ook toezien op een gepaste geografische spreiding van het aanbod van de programma's B1, B2 en B3. De sluiting van de B1- en/of B2-centra mag niet automatisch leiden tot de verdwijning van alle urgentiestructuren in een welbepaalde geografische zone. Het criterium van de concurrentie tussen ziekenhuizen of samenwerkingsverbanden mag evenmin een rol spelen bij de verdeling van de middelen. Dat laatste is een taak van de overheid die zich bij haar beslissing door wetenschappelijke argumenten moet laten leiden.

Hoever staat het hervormingsproject? Spelen de gehanteerde criteria in het voordeel van een of ander ziekenhuisnetwerk? Houdt het hervormingsproject eveneens rekening met de geografische criteria om in alle behoeften van de bevolking te voorzien?

20.04 Rudy Demotte, ministre: Il est essentiel de réformer le programme de soins cardiologiques, car les programmes actuels de coronarographie diagnostique isolée (B1) ne permettent pas de traiter les

lésions coronariennes.

Le deuxième point a trait au volume d'activités de certains centres qui ne permet pas de garantir une sécurité suffisante pour les patients qui sont pris en charge. La littérature internationale et l'expérience du registre géré par le Collège belge de cardiologie démontrent bien l'augmentation significative du risque pour les patients pris en charge dans des centres de faible activité ou par des praticiens qui ne disposent pas d'une expérience suffisante.

Het activiteitsvolume van bepaalde centra is te laag om de veiligheid van de verzorgde patiënten te garanderen. Uit de literatuur en uit de ervaring die de Belgische Cardiologische Vereniging heeft opgedaan, blijkt dat de patiënten, die worden opgevangen in centra met minder activiteit of door practici zonder voldoende ervaring, risico's lopen.

Ten derde. De geografische verdeling van de centra die de zorgprogramma's voor cardiologie uitbaten, is niet optimaal. In de provincie Luxemburg is die dienst helemaal niet beschikbaar, terwijl op andere plaatsen twee volledige zorgprogramma's op minder dan twee kilometer van mekaar gelegen zijn.

La répartition géographique des centres de cardiologie n'est pas optimale. Il n'y a par exemple aucun centre dans la province de Luxembourg alors qu'on trouve ailleurs deux programmes de soins complets à moins de deux kilomètres de distance.

Het is dus mijn bedoeling om de normen voor het uitbaten van een zorgprogramma cardiologie up-to-date te maken. Ik wil een minimumactiviteitsdrempel invoeren, zowel voor de dilataties, waarvoor op 400 gerekend is, als voor de coronaire chirurgie, met een drempel van 250.

J'ai l'intention de moderniser les normes d'exploitation des programmes de soins. Je veux introduire un seuil d'activité minimum pour les dilatations et la chirurgie coronarienne.

De samenvoeging van de interventieactiviteit, de zogenaamde B2, en de chirurgische activiteit, de B3, wordt door internationale wetenschappelijke instituten aangeraden. Men kan refereren aan de 'Guidelines of the American College of Cardiology/American Heart Association'. Die bewijzen dat het groeperen van B2 en B3 iets zeer redelijk is. Ondanks het feit dat de risico's die verbonden zijn aan een percutane dilatatie verminderd zijn, kunnen we ze echter niet als onbestaand beschouwen. Het toestaan van dilatatie zonder chirurgische backup moet dus een uitzondering blijven die gerechtvaardigd wordt door een geografisch isolement.

La fusion de l'activité d'intervention (B2) et de l'activité chirurgicale (B3) est préconisée par les instituts scientifiques internationaux. Si les risques liés à la dilatation percutanée ont diminué, on ne peut cependant pas les exclure. L'autorisation d'une dilatation sans back-up chirurgical doit rester l'exception.

Le cumul entre l'activité interventionnelle et chirurgicale est effectivement reconnu dans les publications internationales les plus récentes. L'actualisation de ces normes a un sens. Je pense donc aussi que ce cumul d'activités se justifie tout à fait.

De samenvoeging van de interventieactiviteit en de chirurgische activiteit is dus terecht en de actualisering van die normen is dus zinvol.

En effet, même si les risques liés aux dilatations percutanées ont diminué, on ne peut pas dire qu'ils soient nuls aujourd'hui. Autoriser une pratique de dilatation sans couverture chirurgicale doit donc rester une exception qui ne peut être justifiée que par l'isolement géographique.

Deze normen zullen dus binnenkort in een koninklijk besluit vervat worden, terwijl een ander koninklijk besluit voor de programmatie het mogelijk zou moeten maken dat de erkende centra beter verdeeld worden over het grondgebied zonder dat dit ertoe leidt dat er meer centra in het algemeen komen. De dekking stelt nog problemen. Ik heb over Luxemburg gesproken maar ik denk dat een deel van

Ces normes seront publiées bientôt dans un arrêté royal. Un autre arrêté royal relatif à la programmation devrait permettre une meilleure dispersion des centres agréés, sans qu'il y ait

Vlaanderen ook betrokken is. Ik denk hier aan de streek van Kortrijk waar er ook problemen zijn.

Ik heb nog geen datum vastgelegd en kan dus niet zeggen dat ik binnen twee weken met een tekst voor publicatie in het Belgisch Staatsblad zal kunnen komen. Ik heb echter ondertussen geen tijd verloren. Ik heb de verschillende criteria kunnen nakijken opdat de nieuwe normen beantwoorden aan de best medical practices.

20.05 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, u gaat de programmatie herschikken voor de cardiologische zorgprogramma's.

Ik wil voorstellen dat u dat uiteraard doet op basis van objectieve criteria. U weet wel: anders kunt u nooit rechtvaardig oordelen. Maar ik stel voor dat u, naast dat geografisch criterium dat in een bepaalde streek zijn belang kan hebben, toch ook rekening houdt met de realiteit op het terrein.

Ik denk dat het geen zaak van alles of niets is. Als B1 en B2 nu aanwezig zijn in een moeilijk bereikbare streek, waar een hartchirurgisch centrum verderaf ligt en waar er een serieuze kritische massa is ter behandeling, dan moet het volgens mij bespreekbaar zijn om dat te behouden, weliswaar in associatie met een B3-centrum. Natuurlijk kunnen B1, B2 en B3 worden samengevoegd, waarom niet? Er moet nagegaan worden waar er nog nood is aan centra. Maar het is voor mij geen zaak van of-of. We moeten niet van alle centra B3's maken, en alleen waar er geografische problemen zijn nog een afzonderlijke B1 of B2.

De literatuur is daar zeer verscheiden over. Het advies van de nationale ziekenhuisraad zei zelfs expliciet dat de aanwezigheid van een B3 niet noodzakelijk is op dezelfde campus, maar er moet wel samenwerking zijn. Ik denk dus dat we een kans hebben om, op basis van de cijfers van het aantal patiënten in behandeling, in de toekomst een goede toewijzing te doen. De criteria moeten dus geobjectiveerd worden, zodat de plaatsen waar het nu goed gebeurt, ook in B1 en B2-centra, kunnen blijven bestaan, en dat daarnaast B3-centra kunnen worden gevormd.

We moeten de situatie dus zeer goed bekijken op basis van bestaande toestanden en op basis van huidige cijfers. Dan moeten wij proberen om op een zo rechtvaardig mogelijke manier tot een programmatie te komen. Dat is in elk geval mijn raad.

20.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik denk dat we het over een zaak eens zijn: de noodzaak aan een hervorming in de sector van de hartcentra. Ik herinner me zeer levendig mijn uiteenzetting over de problematiek in West-Vlaanderen en over de geografische uitzondering voor Luxemburg van collega Arens.

Ik ben parlementair af en toe een stoute jongen. U bent handig om de vrij krasse verklaringen van het VVI gegaan, mijnheer de minister. Als een zeer belangrijke actor op het veld zeer duidelijk zegt dat men die vier extra centra niet nodig heeft in Vlaanderen, dan moet u mij trachten tegen te spreken. Het zou goed zijn als u op basis van

d'avantage de centres au total. Des problèmes se posent actuellement, notamment dans la province de Luxembourg et à Courtrai. Aucun calendrier n'a encore été établi. Je n'ai toutefois pas perdu de temps et j'ai eu l'occasion de vérifier les différents critères afin que les nouvelles normes répondent aux "best medical practices".

20.05 Luc Goutry (CD&V): Je suggère au ministre d'ajuster la programmation des programmes de soins cardiologiques sur la base de critères objectifs. Je propose qu'il tienne également compte à cet effet de la réalité du terrain et pas seulement de la répartition géographique.

Ce n'est pas tout ou rien. En présence de centres B1 et B2, on doit à mon sens pouvoir discuter de leur maintien en association avec un centre B3. Il convient de vérifier à quels endroits des centres sont encore nécessaires.

La littérature est partagée. Selon le Conseil national des établissements hospitaliers, la présence d'un centre B3 n'est pas nécessaire sur le même campus tant qu'il existe une collaboration. Une attribution correcte doit être possible à l'avenir sur la base du nombre de patients traités. Les critères doivent donc être objectivés pour que les endroits où la situation est satisfaisante, donc également dans les centres B1 et B2, puissent subsister et que parallèlement, des centres B3 puissent être constitués.

20.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Je suis convaincu, tout comme le ministre, qu'une réforme s'impose. Mais le ministre n'a rien dit au sujet des déclarations de la FIH. Peut-il préciser, sur la base des données scientifiques, si la FIH a raison ou tort? Selon la FIH, la Flandre n'a pas besoin de centres cardiaques complémentaires et leur nombre devrait être

wetenschappelijke gegevens kon zeggen of het VVI daarmee fout of correct is. Maar wat zij doen is niet onbelangrijk. We hebben nu 12 volledige centra in Vlaanderen. Op basis van de kleine rem in het Franstalige landsgedeelte, zouden er in Vlaanderen 4 bijkomen. Ik denk dat de commentaar van het VVI zeer essentieel is en dat ze eigenlijk nog een stap verder gaat en zegt dat als u een communautair evenwicht nastreeft, u eigenlijk nog meer zou moeten snoeien in het Franstalige landsgedeelte.

Ik zou nog even willen aandringen bij de minister om daar nog een antwoord op te geven.

20.07 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, ce dossier est très curieux. Depuis que je siége dans cette commission et avant que vous n'annonciez votre réforme, j'ai été contacté par des hôpitaux qui s'interrogeaient sur l'évolution des techniques en cardiologie. Avant que vous n'arriviez dans le jeu – si je puis m'exprimer ainsi –, ils estimaient qu'étant donné l'évolution des technologies et leur reconnaissance en tant que B1, il serait intéressant qu'ils soient reconnus B1 et B2. Depuis, la réforme est tombée et, dans leur esprit, elle va exactement en sens inverse. Vous dites et vous répétez encore aujourd'hui que, là où il y a du B2, il faut qu'il y ait du B3.

Vous vous référez à des études, j'en conviens. Néanmoins, sur le terrain, les praticiens ont une expérience qui va à l'opposé de ces études. Le problème ne se pose pas uniquement en termes de parts de marché et de lutte entre réseaux mais aussi, sur le plan strictement médical, d'une incompréhension profonde.

Tout à l'heure, au début de la commission, vous avez évoqué que dans certains cas, il valait beaucoup mieux une concertation que d'imposer par voie légale. Je vous demande donc, dans ce domaine plus que dans d'autres matières, d'avoir une réflexion dans chaque bassin de soins concerné.

Dans ma région que vous connaissez, la rumeur va bon train aujourd'hui et affirme que pour répondre à la pression de certains hôpitaux, votre cabinet leur promet qu'ils seront reconnus non plus B1 mais B1, B2 et B3. Or ces hôpitaux ne demandent pas à être reconnus B3. Ils n'en ont pas nécessairement ni la clientèle, ni les capacités, ni les compétences.

En conclusion, l'expérience de ma province me pousse à aller dans le même sens que M. Goutry. S'il doit y avoir une réforme, c'est en reconnaissant des centres B1 et B2 plutôt qu'en faisant une pression vers les B3, ce qui, en tout cas dans ma province, donnerait une plus-value non justifiée au secteur universitaire. Or je suis convaincu que tel n'est pas votre objectif.

20.08 **Minister Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik zou nog lang kunnen reageren, want er rijzen nieuwe vragen.

Het enige wat ik nog graag zou willen herhalen, is dat er coherentie is tussen B1, B2 en B3. De link tussen de drie opties heeft dus zin. Dat betekent echter niet dat overal waar nu al een B1 bestaat, de drie opties mogelijk moeten zijn.

réduit dans la partie francophone du pays afin de réaliser un équilibre communautaire.

20.07 Benoît Drèze (cdH): Dit is een eigenaardig dossier. Nog voor u uw hervorming aankondigde, hadden de ziekenhuizen al vragen bij de evolutie van de technieken op het vlak van cardiologie en meenden ze dat ze, in het licht van de evolutie van de technologieën en van hun erkenning B1 in aanmerking kwamen voor een erkenning B1 en B2. Met de hervorming gebeurt echter het tegendeel, want u zegt dat een erkenning B2 gepaard moet gaan met een erkenning B3.

U haalt een aantal studies aan, maar uit de praktijkervaringen blijkt het tegendeel. U zei dat in bepaalde gevallen de voorkeur moet worden gegeven aan overleg. Ik vraag dat dit hier zou gebeuren.

Uw kabinet antwoordt aan de ziekenhuizen uit mijn streek dat ze een erkenning B1, B2 en B3 zullen krijgen, waar ze helemaal niet om vragen en waarvoor ze niet noodzakelijk de nodige capaciteit en vaardigheid in huis hebben. Een hervorming zou dus op de erkenning van B1- en B2-centra moeten gericht zijn en zou zich niet op de erkenning B3 mogen toespitsen. Zulks zou immers ten onrechte een meerwaarde geven aan de universitaire sector.

20.08 Rudy Demotte, ministre: Il y a une cohérence entre les sections B1, B2 et B3. Le lien entre ces sections est donc utile, ce qui n'implique pas nécessairement qu'il faille une section B2 et une section B3

On me dit de tenir compte des besoins, des soins et de discuter. Entre juillet et aujourd'hui, que pensez-vous que j'ai fait? Que je me suis occupé uniquement de la grippe aviaire?

J'essaie de mettre en place une stratégie avec, d'ailleurs, des arguments dans la littérature internationale qui me semblent plaider de manière logique en faveur de la jonction des trois. D'aucuns les contestent et les praticiens de terrain ont parfois des observations ou des interprétations différentes de la littérature. Malheureusement, aucun praticien de terrain ne peut a priori dire que sa lecture est indéniablement guidée par l'intérêt général, du fait qu'il est praticien de terrain. Lorsqu'on pratique dans une institution, c'est humain et même positif de tenir à son institution: on a tendance à défendre les choses dans l'état.

Mon intérêt est d'améliorer la situation et non pas de la détériorer. Un centre d'expertise fédérale existe. On y pose également la question sur la programmation des PET-scans, etc. Ce centre d'expertise fédérale, les parlementaires, dans leur grande sagesse, l'ont institué à un moment donné afin d'éclairer le ministre sur des choix en matière de programmation et de santé publique.

Je suis un peu pris dans un "étai schizophrénique" car les parlementaires disent avoir mis cette institution sur pied pour que le ministre suive ses recommandations; le ministre est tenu de faire ce qui lui est proposé.

20.09 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, het Parlement heeft het laatste woord. Ik wil daar nog eventjes van profiteren om te zeggen dat men het nooit kan oplossen in een welles-nietesdiscussie. Er is het Kenniscentrum, er is de literatuur en er is de Amerikaanse literatuur, die weeral anders is, want de interventietijden zijn daar natuurlijk gigantisch. Men moet het allemaal in zijn verband zien.

Mij is het vooral om het volgende te doen. Waar nu een goede B1-B2 is, met voldoende patiënten en kwalitatief goede resultaten, zie ik geen enkele reden om te eisen dat er een B3 komt, die niet realiseerbaar is, waardoor B2 verdwijnt.

20.10 Minister Rudy Demotte: Als er een ongeval gebeurt bij een B2, moet men onmiddellijk naar een B3 verwijzen. Indien er geen B3 op zeer korte afstand bestaat, heeft men ernstige problemen met de patiënten.

20.11 Luc Goutry (CD&V): Dat zal nu ook zo zijn. Ik mag niet

partout où il existe déjà une section B1.

Ik probeer een strategie te voeren op grond van argumenten uit de internationale literatuur. Sommigen betwisten die logica. Jammer genoeg kan geen enkele veldwerker a priori stellen dat zijn lectuur ontegensprekelijk neutraal is.

Ik heb er alle belang bij dat de situatie erop vooruitgaat en niet verslechtert. Er bestaat een federaal kenniscentrum, dat heeft het Parlement zo gewild. Ik word in de tang genomen, want de parlementsleden beweren dat ze die instelling opgericht hebben opdat de minister de aanbevelingen ervan zou volgen. De minister is gehouden te doen wat hem wordt voorgesteld.

20.09 Luc Goutry (CD&V): Ce problème ne va pas se résoudre si chacun campe sur ses positions. Les avis sont partagés. Il est normal que la littérature américaine donne à entendre un autre son de cloche, car les délais d'intervention y sont extrêmement longs. Il faut replacer chaque élément dans son contexte.

À mon avis, les endroits où fonctionnent actuellement des centres B1 et B2 qui comptent suffisamment de patients et enregistrent de bons résultats au niveau qualitatif ne doivent pas accueillir un centre B3.

20.10 Rudy Demotte, ministre: Si un incident se produit dans un centre B2, le patient doit immédiatement être transféré dans un centre B3. S'il n'y en a pas à proximité, de sérieux problèmes vont se poser.

profiteren van het voorzitterschap om eerst te spreken.

20.12 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, je ne résiste pas à l'envie de partager le témoignage du docteur Brotchi, que j'ai entendu ce matin sur les ondes de la RTBF. Ce monsieur ne fait pas que de la politique, c'est aussi un neurochirurgien de renom. Il n'est pas cardiologue mais il a évoqué ces questions, par hasard. Il a dit que si une personne avait un problème cardiaque, le premier réflexe à avoir était de téléphoner au médecin de famille car c'est lui qui connaît le mieux le patient et qui lui dira s'il doit aller à l'hôpital le plus proche ou dans un hôpital qui fait de la chirurgie.

Il ne citait pas des cas de pathologies au cerveau mais des cas de pathologies cardiaques. Son intervention était pleine de bon sens. Il ne s'agit donc pas d'études mais bien de pratique et de bons sens. De plus, il ne prêchait pas pour sa chapelle car il n'était pas directement concerné par cette problématique.

20.13 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, ik zal zeer kort zijn omdat iets wat ik van deze minister niet gewoon ben mij toch een beetje opvalt. Bij mijn aanvullende vragen kom ik nog even terug op de vrij krasse uitspraken van het VVI. Ik doe toch nog eens een poging want tot twee keer toe trachtte u dat antwoord te omzeilen.

20.14 Minister Rudy Demotte: Omdat ik het standpunt van de VVI niet begrijp. Ik vind het onredelijk.

20.15 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Als belangrijke actor op het terrein...

20.16 Minister Rudy Demotte: Ik heb erop gewezen dat de VVI haar instellingen verdedigt. Mijn opdracht is de mensen als patiënten te verdedigen.

*Voorzitter: Benoît Drèze.
Président: Benoît Drèze.*

20.17 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Tot daar volgen wij, mijnheer de minister, maar voor mij is dit toch wel een zeer merkwaardig standpunt van het VVI. Zij kunnen van u vier bijkomende centra in Vlaanderen krijgen, maar zij menen dat zij met 12 volledige centra ruimschoots toekomen. Ik trek even uw redenering door daar waar u zegt dat zij de instellingen verdedigen en zelfs in die logica kan ik hun standpunt niet volgen.

20.18 Minister Rudy Demotte: Zij wensen de financiële middelen misschien voor iets anders te gebruiken?

20.19 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Dat zou kunnen en ik denk

20.12 Benoît Drèze (cdH): De getuigenis van dr. Brotchi is veelzeggend. Hij is geen cardioloog, maar wanneer men hem vraagt wat men moet doen wanneer er een cardiologisch probleem rijst, dan pleit hij ervoor om naar zijn huisarts te bellen om te weten of men best naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaat, dan wel of men naar een ziekenhuis moet gaan waar er aan heelkunde wordt gedaan. Het ging niet om studies en hij preekte niet voor eigen parochie, maar wat hij zei getuigde van gezond verstand.

20.13 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Le ministre n'a toujours pas répondu à mes questions sur la FIH.

20.14 Rudy Demotte, ministre: Je ne comprends pas le point de vue de la FIH que je juge déraisonnable.

20.16 Rudy Demotte, ministre: La FIH doit certes défendre ses institutions mais je dois défendre les patients.

20.17 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Je m'étonne du point de vue de la FIH. Elle peut obtenir quatre centres supplémentaires en Flandre mais affirme que les douze centres actuels sont suffisants. Quand bien même elle chercherait à défendre ses institutions, je ne comprends pas son point de vue.

20.18 Rudy Demotte, ministre: Peut-être veut-elle affecter différemment les moyens financiers.

20.19 Koen Bultinck (Vlaams

dat wij dit moeten opvolgen. Ik denk dat uw nuancering door het gebruik van het woordje "misschien" voldoende ruimte laat. Wordt ongetwijfeld vervolgd.

Belang): C'est possible. Nous resterons attentifs à ce dossier.

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

21 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van het onderzoek naar de behandeling van borstkanker" (nr. 10474)

21 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'enquête effectuée à propos du traitement du cancer du sein" (n° 10474)

21.01 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb een korte vraag. Een recent onderzoek van de Christelijke Mutualiteit naar de mogelijke behandelingsvormen van borstkanker kwam tot volgens mij verrassende conclusies. De gemiddelde duur tussen de vaststelling van borstkanker en het begin van de behandeling is 10 dagen. Opmerkelijk is dat hoe ernstiger de tumor hoe langer de wachttijd is.

21.01 Maggie De Block (VLD): Une vaste enquête des Mutualités chrétiennes à propos du traitement du cancer du sein aboutit à un certain nombre de conclusions surprenantes. Plus la tumeur est grave, plus longtemps la patiente doit attendre un traitement. En cas de métastases, le délai d'attente peut dépasser un mois. En cas de risque de métastases, 10 à 12% des femmes doivent attendre plus d'un mois.

Een derde van de vrouwen die borstkanker met uitzaaiing hebben, moeten langer dan een maand wachten alvorens ze worden behandeld. Vrouwen die risico op uitzaaiing lopen, moeten 10 tot 20% langer dan een maand wachten.

Les femmes plus âgées sont soumises à moins de techniques diagnostiques et dans leur cas, on procède plus souvent à une amputation. Ces patientes reçoivent également moins de chimiothérapie après l'intervention.

De norm die het National Institute for Health and Clinical Excellence hanteert, is dat, ongeacht de vorm, binnen een maand met de behandeling moet worden gestart.

Le ministre pense-t-il qu'il serait possible de réduire le délai d'attente à maximum un mois comme le prescrit le "National Institute for Health and Clinical Excellence"? Est-il au fait du traitement différent réservé aux femmes plus âgées? Qu'en pense-t-il?

Er was ook het opmerkelijke feit, en dat begreep ik niet goed, dat oudere vrouwen anders worden behandeld. Zij ondergaan minder diagnostische technieken. Zij ondergaan minder partiële mastectomie, dus borstsparende heekunde, en meer volledige mastectomie, dus een volledige borstamputatie. Zij kregen ook opmerkelijk minder aanvullende chemotherapie na de ingreep.

Mijnheer de minister, als huisarts verwijs ik vrouwen met verdachte nodules door naar een gespecialiseerde borstkliniek. Op 18 jaar heb ik toch al enige ervaring opgebouwd inzake de criteria die men handhaaft bij de stadiering en het uitstippelen, altijd in overleg met het oncologisch team, van de behandeling. In de resultaten van de studie lijkt elke link met de gangbare procedures onvindbaar.

Mijnheer de minister, ik had graag een antwoord op de volgende vragen.

Ten eerste, acht u het mogelijk om de wachttijd tussen de diagnose en de eerste behandeling van iedereen terug te dringen tot minder dan één maand? Kunt u de cijfers opvragen van de studie waarop zij zich baseren om te zeggen dat sommige vrouwen zolang op een behandeling moeten wachten?

Ten tweede, acht u het mogelijk dat oudere vrouwen een volledig andere benadering van hun ziekte ondergaan en een meer uitgebreide chirurgie en een minder nauwkeurige nabehandeling ondergaan?

21.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De

21.02 Rudy Demotte, ministre:

Block, u verwijst naar een onderzoek dat werd uitgevoerd door de Christelijke Mutualiteit. Dit onderzoek waarvan de resultaten onlangs voorgesteld werden, heeft betrekking op de periode 1998-2003. Dit onderzoek is in hoofdzaak beschrijvend en heeft als doel de zorginstellingen die patiënten behandeld hebben die aangesloten zijn bij de Christelijke Mutualiteit, bewust te maken van de situatie.

De verschillen die in de studie werden vastgesteld, stemmen niet overeen met de overlevingskansen in de verschillende groepen van vrouwen. Bovendien hebben de auteurs van deze studie duidelijk gemaakt dat de studie geen betrekking heeft op de kwaliteit, noch op de efficiëntie van de zorgverstrekking in de zorginstellingen.

U zult dan ook begrijpen dat ik de resultaten of de verschillen hier niet verder zal bespreken. U moet weten dat deze problematiek mij bezighoudt. Ik wil er met mijn beleid voor zorgen dat elke vrouw die borstkanker krijgt, binnen de kortst mogelijke termijnen en in elk geval binnen de maand zo doeltreffend mogelijk behandeld wordt. We mogen niet uit het oog verliezen dat borstkanker een ziekte is waarvan het verloop erg verschillend is, afhankelijk van de leeftijd en van de hormonale status van de patiënte. Op zich is het bijgevolg niet abnormaal dat er verschillen werden vastgesteld tussen de behandelingen.

Sta me toe u erop te wijzen dat er sinds 21 maart 2003 een KB bestaat dat de oncologische diensten in het kader van de zorgprogramma's regelt. Hierin wordt bepaald dat de centra een protocol volgen dat gebaseerd is op de evolutie van gevalideerde wetenschappelijke kennis. Een kwaliteitscollege in deze discipline volgt het dossier op. Omdat de maatregel nog niet lang genoeg bestaat, kon de impact ervan nog niet gemeten worden. Het onderzoek dat de Christelijke Mutualiteit heeft uitgevoerd, dateert van voor deze hervorming en de nieuwe regels zijn hier niet in opgenomen.

Mijn medewerkers leveren inspanningen om de Europese criteria in de zorgprogramma's voor oncologie in te voeren. Wij miskennen de eventuele meerwaarde van borstklinieken niet. Ik zal eveneens aandachtig zijn voor de impact van de getroffen maatregelen. Hiervoor zal ik het federaal Kenniscentrum vragen een studie uit te voeren naar de situatie in heel België.

L'enquête évoquée par Mme De Block a été menée par la Mutualité chrétienne et porte sur la période 1998-2003. Elle est essentiellement descriptive et vise à sensibiliser les établissements de soins. Les auteurs précisent clairement que l'étude n'évalue ni la qualité ni l'efficacité du traitement. Les différences constatées dans le cadre de cette étude ne peuvent pas davantage être mises en rapport avec les chances de survie des différents groupes de femmes. Je ne m'étendrai donc pas sur ces résultats.

Je souhaite mener une politique privilégiant la prise en charge des patientes à brève échéance et en tout cas dans un délai d'un mois. Les différences par catégorie d'âge ne sont pas tellement rares puisque l'évolution de la maladie diffère selon l'âge et le statut hormonal de la patiente.

Depuis le mois de mars 2003, les services d'oncologie appliquent un protocole qui est scientifiquement fondé et dont le respect est assuré par un collège d'oncologie. L'incidence de cette mesure ne peut être clairement établie à ce jour. L'étude de la MC y est antérieure.

Mes collaborateurs s'emploient à intégrer les critères européens dans les programmes de soins d'oncologie. Nous ne nions pas la plus-value éventuelle des cliniques du sein. J'analyserai minutieusement l'incidence de cette mesure. Le centre fédéral d'expertise étudiera la situation dans l'ensemble de la Belgique.

21.03 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de minister, ik meen dat het inderdaad interessant zou zijn dat het Kenniscentrum de gevolgde behandelingen evalueert naargelang van de leeftijd en het stadium waarin de borstkanker ontdekt wordt. Ik ben het wel met u eens wanneer u zegt dat de impact van de te volgen protocollen niet in die studie kan zitten omdat zij in 1999 begon. Desalniettemin ben ik blij met uw antwoord want ik vond er echt niets in terug van wat in de praktijk op het veld gangbaar is. Gelukkig maar, zou ik zeggen, want zelfs al gaat het om een oudere vrouw, dan nog zie ik niet in waarom

21.03 Maggie De Block (VLD): Que le centre d'expertise puisse étudier le parcours des différents types de patients est une bonne chose. Cette étude ne permet toutefois pas de déterminer l'incidence des protocoles actuels. Je me réjouis de la réponse du ministre car je ne comprendrais

zij niet volgens dezelfde wetenschappelijk gangbare criteria verder behandeld zou worden.

pas que les femmes âgées seraient traitées selon d'autres critères scientifiques.

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

De **voorzitter**: Aangezien de dames Avontroodt, Muylle en Tilmans afwezig zijn gaan we over tot de vraag van mevrouw Storms.

22 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de criteria die het Rode Kruis hanteert voor het geven van bloed" (nr. 10533)

22 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les critères utilisés par la Croix-Rouge pour le don de sang" (n° 10533)

22.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ongeveer een jaar geleden ondervroeg ik u al verschillende keren over de selectiecriteria die het Rode Kruis hanteert bij het geven van bloed. De holebibeweging was van oordeel dat het Rode Kruis de homo's en biseksuelen discrimineerde. Op de medische vragenlijst stond namelijk vermeld dat men nooit bloed mocht geven als men als man sinds 1977 seksuele betrekkingen gehad had met een of meerdere mannen.

22.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): J'ai déjà abordé antérieurement la question des critères de sélection utilisés par la Croix-Rouge pour sélectionner les donneurs de sang. Le mouvement holebi a estimé que l'un de ces critères était discriminatoire envers les hommes bisexuels et homosexuels. Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme a réuni toutes les parties. La Croix-Rouge a confirmé à cette occasion que le critère en question ne se voulait pas discriminatoire. Elle s'était engagée à adapter la formulation du questionnaire médical et à publier une brochure informative. Le contenu de cette brochure est en tout état de cause de bonne augure.

Ik ga hier niet de ganse discussie van de vorige vragen herhalen, ik verwijs er enkel naar dat er naar aanleiding van onder andere mijn vragen een gesprek is geweest op initiatief van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding met vertegenwoordigers van het Rode Kruis, de holebibeweging en medewerkers van uw kabinet. Zo hebben de verschillende partijen eigenlijk een beter inzicht gekregen in de standpunten en gevoeligheden van de anderen. Het Rode Kruis heeft toen ook formeel bevestigd dat het criterium geen uiting was van discriminatie.

Les homosexuels peuvent-ils donner du sang selon les termes de la nouvelle formulation? Quand ne peuvent-ils pas le faire? Le critère de la Croix-Rouge reste-t-il applicable? Est-il question de nouvelles évolutions permettant une éventuelle adaptation du critère? Quelle est la position de la European Blood Alliance (EBA)?

Het Rode Kruis heeft zich geëngageerd om een herformulering van de medische vragenlijst op te stellen en een folder uit te geven met nadere toelichting van de gevolgde selectiecriteria. Ik heb op het internet een folder van het Rode Kruis gevonden. Ik veronderstel dat dit de nieuwe folder is die is opgemaakt naar aanleiding van de gesprekken. Daar staat dan over het al dan niet bloed kunnen geven: "Epidemiologische gegevens van het wetenschappelijk instituut Volksgezondheid tonen aan dat tatoeages, piercings of wisselende homoseksuele contacten het risico van HIV en andere door bloed overdraagbare infecties aanzienlijk verhogen. Als uit de medische vragenlijst van de kandidaat-donor blijkt dat er een risico is op overdracht van besmettelijke aandoeningen zoals aids of hepatitis zou de donor geweigerd worden. De selectiecriteria voor bloedgevers bepaalt het Rode Kruis in alle objectiviteit op basis van statistische gegevens. Om kwaliteitsbloed te kunnen leveren sluiten wij alle mogelijke risicofactoren uit om de veiligheid van het bloed te maximaliseren. Daarbij vellen wij geen oordeel over de geaardheid of het gedrag van kandidaat-bloedgevers". Dat is wat letterlijk in de brochure op het internet staat.

Ik had graag van u vernomen, mijnheer de minister, of homo's nu onder deze nieuwe formulering bloed kunnen geven. In welke omstandigheden kunnen zij geen bloed geven? Blijft het criterium van het Rode Kruis dat mannen die sedert 1977 seksuele betrekkingen

gehad hebben met een andere man nooit bloed mogen geven van kracht? Ten tweede, zijn er nieuwe ontwikkelingen die eventuele aanpassingen aan dit criterium mogelijk maken? Zo ja, welke? Ik denk dan bijvoorbeeld aan nieuwe testen die voor een kortere vensterperiode zouden zorgen. Ten derde, kan de minister een stand van zaken geven van de werkzaamheden van de werkgroep binnen de European Blood Alliance die opgericht werd in 2004 en die zich specifiek bezighoudt met de problematiek van homo's en bi's als bloedgevers? Zijn hier al concrete resultaten uit voortgevloeid? Zo ja, welke? Zo niet, hebt u enig idee wanneer de resultaten van deze werkgroep verwacht worden?

22.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Storms, eerst en vooral zou ik willen herhalen dat het hier in geen geval gaat om het stigmatiseren van bepaalde personen.

Waar het hier wel om gaat, is het verzekeren van de kwaliteit van het bloed, zoals dat ook het geval is bij bloedderivaten, cellen, weefsels en organen. Daarom worden de nodige voorzorgsmaatregelen genomen, zodat het eventuele risico van overdracht van ziektes, zoals hiv, hepatitis en Creutzfeld-Jacobs, bij de behandeling van zieken minimaal is.

Vanuit dat standpunt moeten wij ons beschermen tegen risicofactoren. Er bestaan verschillende criteria voor het weigeren van kandidaat-donoren: de leeftijd, bepaalde reizen die men heeft gemaakt en bepaalde aandoeningen. De criteria worden bovendien voortdurend opnieuw geëvalueerd. Bijvoorbeeld, Chicungunya is een nieuwe ziekte, komende van La Réunion. Onder de criteria houdt het feit dat een man seksuele betrekking heeft of heeft gehad met een of meerdere mannen, een risico op besmetting met hiv in.

Ten eerste, u weet dat het geven van bloed onderworpen is aan nationale en internationale richtlijnen. Het Rode Kruis beslist niet zelf over de regels die het, zoals elk ander transfusiecentrum, toepast.

Ten tweede, de gesprekken tussen de bloedtransfusiecentra, het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding en de holebi-beweging hebben ertoe geleid dat een tekst werd opgesteld. De inhoud van de tekst werd mij onlangs meegedeeld. Hij zal heel binnenkort worden gepubliceerd. Ik heb de drukproeven al gekregen. De definitieve tekst is dus bijna klaar.

Ten derde, de werkzaamheden van de werkgroep binnen de European Blood Alliance* hebben onder andere geleid tot de conclusie dat elk land een evaluatie van risico's moet uitvoeren. Voornoemde assessments met de specialisten inzake epidemiologie van overdraagbare ziekten hebben in België plaatsgevonden op het einde van de maand december 2004.

Spijtig genoeg is uit de assessments gebleken dat op dit moment en vanuit een zuiver epidemiologisch standpunt het feit dat een man seksuele betrekkingen heeft met een of meerdere mannen, een risico van besmetting met hiv inhoudt dat 27,6 keer hoger ligt dan bij heteroseksuele betrekkingen.

Om af te sluiten, wil ik er op wijzen dat deze problematiek continu opgevolgd wordt. Wij zijn zeer aandachtig voor eventuele evoluties in

22.02 **Rudy Demotte**, ministre: En l'espèce, il ne s'agit en aucun cas de stigmatiser certaines personnes. Le but est de garantir la qualité du sang, au même titre que celle des tissus quand il s'agit de ce type de dons. Les mesures de précautions qui s'imposent sont donc prises en vue de réduire un maximum le risque de transmission de maladies telles que le HIV ou Creutzfeld-Jacob lors du traitement des malades. Nous devons nous protéger contre les différents facteurs de risque.

Le refus de candidats donneurs peut être motivé par différents critères tels que l'âge. Sur la base de ces critères, qui font l'objet d'une évaluation permanente, on estime également qu'un homme ayant ou ayant eu des rapports sexuels avec un ou plusieurs autres hommes présente un risque d'infection par le virus HIV.

Le don de sang est soumis à des directives nationales et internationales. La Croix-Rouge ne décide pas elle-même des règles qu'elle applique, au même titre que tout autre centre de transfusion. Les discussions entre les centres de transfusion sanguine, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et le mouvement représentant les homosexuels, les lesbiennes et les bisexuels ont débouché sur un texte qui sera publié prochainement. Les travaux du groupe de travail EBA ont notamment mené à la conclusion que chaque pays doit évaluer les risques. En Belgique, cette

de epidemiologische gegevens die het mogelijk zouden maken om deze criteria aan te passen.

évaluation a eu lieu en 2004. Elle a hélas révélé qu'actuellement, d'un point de vue purement épidémiologique, le fait qu'un homme ait des rapports sexuels avec un ou plusieurs autres hommes induit un risque de contamination au HIV 27,6 fois plus élevé que dans le cas de relations hétérosexuelles. Nous suivrons de près toute évolution éventuelle des données épidémiologiques.

22.03 Annelies Storms (sp.a-spirit): Als ik het goed begrepen heb, worden de criteria behouden. Als een man seksueel contact heeft gehad met een man, dan wordt hij, tot nu toe, voorgoed uitgesloten. Daaraan is er dus eigenlijk niets veranderd. Het is wel een goede zaak dat er een gesprek is geweest tussen de betrokkenen. Ik vrees alleen dat dit thema voortdurend zal terugkomen vanuit de holebi-beweging. Ik ben er opnieuw over aangesproken. Het zal dus terugkomen. Als de middelen nog betere testen toelaten, dan hoop ik dat er ooit enkel naar het gedrag van het afgelopen jaar gekeken wordt om te beslissen of men al dan niet toegelaten wordt om bloed te geven. Ik blijf het een zeer stringente uitsluiting vinden. Ik heb natuurlijk ook wel oor voor de grote risico's die eraan verbonden zijn. De veiligheid van het bloed primeert bij mij in deze discussie ook nog altijd.

22.03 Annelies Storms (sp.a-spirit): Le critère pour les homosexuels est maintenu. Nous nous félicitons de ce qu'un entretien ait eu lieu, mais le mouvement des homosexuels, lesbiennes et bisexuels ne manquera pas de revenir régulièrement sur cette question. J'espère que l'on disposera un jour des moyens pour adapter ce critère. Cette exclusion demeure en effet très stricte mais, pour moi aussi, la sécurité du sang doit primer.

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

Le **président**: Il reste trois questions, monsieur le ministre. Peut-on épuiser l'ordre du jour si l'on est bref? Il y a deux questions de Mme De Block et une de moi-même. Ensuite, nous aurons terminé.

Quant aux autres questions, apparemment leurs auteurs auraient demandé de les reporter.

22.04 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je voulais simplement signaler que je suis effectivement prêt à faire des efforts. Cependant, j'ai signalé en Conférence des présidents qu'il fallait prendre des dispositions pour que nous puissions avancer dans les ordres du jour. Si l'on procède comme aujourd'hui - beaucoup de parlementaires étaient absents au moment où j'étais là pour répondre à leurs questions -, nous ne nous en sortirons jamais! Je le dis avec le calme qui me caractérise, mais je ne suis pas moins convaincu que la méthode est mauvaise. Un règlement est prévu, me semble-t-il.

22.04 Minister **Rudy Demotte**: Ik ben de hele dag aanwezig geweest om op de vragen te antwoorden van parlementsleden die afwezig waren. Wij hebben zodoende de lijst van vragen niet kunnen afwerken en de vragen die niet werden behandeld, zullen tot volgende week worden uitgesteld. Op de Conferentie van voorzitters van vanochtend heb ik gevraagd dat men beslissingen zou nemen om dat te verhelpen. Kan u mij zeggen wat het Reglement in dat geval bepaalt?

Le **président**: Le Règlement permet, lorsque le parlementaire le dit explicitement avant, de reporter les questions. Cette commission est celle où il y a le plus de questions, donc c'est effectivement difficilement gérable. Je propose qu'on en parle au début de la

De **voorzitter**: Overeenkomstig het Reglement kan een vraag worden verdaagd wanneer de indiener dat vooraf vraagt.

prochaine commission quand M. Mayeur sera là et qu'on fixe un point à l'ordre des travaux.

22.05 Rudy Demotte, ministre: S'il y a un homme qui n'est pas procédurier, c'est moi. Je n'aime pas les procédures. Mais j'ai quand même le souci d'avancer. Autrement, on va me dire qu'il faut encore venir le lundi après-midi parce qu'on n'arrive pas à gérer les travaux. Cela, je ne peux pas l'accepter. Un ministre doit être un minimum présent dans son cabinet pour gérer les affaires. Et je pense que, dans le hit-parade des présences au Parlement, je ne dois pas être le dernier. Je vais répondre à vos questions, mais je voulais faire cette remarque avant.

22.05 Minister Rudy Demotte: Ik zal op de drie resterende vragen antwoorden, maar u mag mij niet vragen hier op maandag te komen antwoorden op vragen die werden uitgesteld omdat de indieners afwezig waren.

Le **président**: Mme Burgeon étant absente, nous passons à la question de Mme De Block.

23 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele kostprijselementen van openbare rusthuizen in Vlaanderen" (nr. 10566)

23 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les composantes structurelles du coût des maisons de repos publiques en Flandre" (n° 10566)

23.01 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over een onderzoek naar de structurele kostprijselementen van openbare rusthuizen in Vlaanderen in opdracht van de Vereniging voor Steden en Gemeenten en de OCMW's van de centrumsteden, waaruit blijkt dat één van de belangrijkste oorzaken van de meerkosten van de OCMW-rusthuizen ten opzichte van de VZW-rusthuizen, de personeelskosten zijn. Naast elementen van beschikbaarheid, vormen de anciënniteit belangrijke meerkosten voor de OCMW-rusthuizen.

23.01 Maggie De Block (VLD): Il ressort d'une étude de la VVSG et des CPAS des villes-centres les frais de personnel sont l'une des causes principales du surcoût enregistré au niveau des maisons de repos exploitées par les CPAS par rapport à celles qui fonctionnent sous le statut d'asbl. La différence réside surtout dans l'ancienneté du personnel, l'écart s'élevant en moyenne à six ans. Il faut aussi tenir compte des prestations réduites effectuées par le personnel soignant âgé. C'est le calcul des forfaits INAMI sur la base de moyennes sectorielles qui pose problème.

Uit de studie blijkt dat er vooral een verschil is in anciënniteit tussen het personeel dat in de OCMW-rusthuizen werkt en het personeel in de VZW-rusthuizen. Het gaat om een gemiddeld verschil van zes jaar. Hoe meer anciënniteit, hoe hoger het loon, hoe hoger het vakantiegeld enzovoort. Daar komt nog bij dat bij ouder verplegend personeel verminderde prestaties in aanmerking moeten worden genomen. Bovendien maakt die beroepsgroep 37 procent, dus één derde van de tewerkstelling uit.

De RIZIV-forfaits – daar knelt het schoentje – zijn berekend op sectorgemiddelden. De studie stelt vast dat de thans gebruikte anciënniteiten voor de forfaitbepaling lager liggen dan de reële cijfers in de betreffende OCMW-sector.

Le ministre a-t-il connaissance de cette étude? Envisage-t-il de tenir compte, dans le calcul des forfaits, de l'ancienneté moyenne du personnel employé dans les maisons de repos concernées?

De gemiddelde anciënniteit van het personeel in de OCMW-rusthuizen ligt zes jaar hoger dan de anciënniteit in de VZW-rusthuizen. De forfaits worden berekend op de sectorgemiddelden. U kan al zien dat die forfaits in de OCMW-rusthuizen niet voldoende zijn voor de werkelijke kostprijs omdat de anciënniteit van hun personeel hoger ligt.

Mijnheer de minister, hebt u kennis genomen van die studie?

Zult u bij de besluitvorming voor de berekening van de forfaits eventueel rekening houden met de gemiddelde anciënniteit van de betreffende rusthuizen? Volgens de studie zou het voornamelijk om OCMW-rusthuizen gaan.

Ik zou het niet geweten hebben, als verschillende OCMW-voorzitters die de gelukkige medebestuurder zijn van een rusthuis, mij niet op die problematiek gewezen hadden.

23.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, in antwoord op uw vraag in verband met de kostprijselementen in de openbare rusthuizen, kan ik u meedelen dat ik geen kennis heb van de studie "Onderzoek naar structurele kostprijselementen van openbare rusthuizen in Vlaanderen". De diensten van het RIZIV hebben die studie ondertussen opgevraagd.

Tot 31 december 2003 werd er bij de vastlegging van de tegemoetkoming vanuit het RIZIV altijd uitgegaan van de gemiddelde nationale anciënniteit. Een eerste stap richting diversifiëring van de rusthuisfinanciering naar anciënniteit werd gezet in 2004 bij de introductie van de huidige instellingsfinanciering. Wij gebruiken nu drie bedragen per kwalificatie: de loonkosten aan de gemiddelde nationale anciënniteit, de loonkosten aan een anciënniteit die twee jaar hoger ligt dan dat gemiddelde, en een loonkost aan een anciënniteit van twee jaar lager. Afhankelijk van de gemiddelde anciënniteit in een instelling wordt een van die drie gebruikt bij de berekening van het instellingsforfait.

Het is steeds mijn bedoeling geweest, en ook de bedoeling van mijn voorganger, verdere stappen te zetten in de richting van de financiering van de correcte anciënniteit van elke instelling.

Een verdere stap zal afhangen van de evaluatie van het financieringssysteem door de overeenkomstige commissies ROB/RVT/CDV/VI die de volgende maanden zal plaatsvinden. Eventuele voorstellen zullen dan geformuleerd kunnen worden bij de behoefteramingen voor 2007. In functie van de beschikbare middelen zal er dan in dit najaar worden beslist in welke mate de financiering vanaf 2007 al dan niet kan worden aangepast.

Daarbij mag tenslotte de dagprijs van elke inrichting niet uit het oog worden verloren. Vandaar ga ik ervan uit dat de kosten die niet zijn gedekt door de tegemoetkoming van het RIZIV, gedekt worden door de dagprijs die de bewoner ten laste neemt en waarvoor een eenvoudig systeem van indexering geldt.

Een eventuele aanpassing van de loonkost ingevolge de anciënniteit, zal dus moeten worden getoetst aan de vraag of deze kost reeds begrepen is in de dagprijs.

23.03 **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de minister, als ik het goed begrijp, zullen we dus in het najaar die evaluatie krijgen. We zullen het hierover waarschijnlijk moeten hebben tijdens de

23.02 **Rudy Demotte**, ministre: Mes services ont réclamé cette étude. Jusqu'au 31 décembre 2003, la détermination de l'intervention de l'INAMI était toujours basée sur l'ancienneté nationale moyenne. Depuis 2004, un premier pas a été franchi sur la voie de la diversification. Trois montants sont utilisés par qualification: les coûts salariaux liés à l'ancienneté nationale moyenne et les coûts salariaux liés à une ancienneté respectivement supérieure et inférieure de deux ans à la moyenne. Un de ces trois montants est utilisé dans le cadre du calcul du forfait en fonction de l'ancienneté moyenne dans une institution. Mon prédécesseur et moi-même nous sommes toujours efforcés d'évoluer graduellement vers le financement de l'ancienneté correcte de chaque institution. Toute nouvelle étape dépend de l'évaluation du système de financement par la commission des conventions qui aura lieu au cours des prochains mois. Des propositions éventuelles pourront être formulées lors de l'estimation des besoins pour 2007. Eu égard aux moyens disponibles, on décidera alors à l'automne dans quelle mesure le financement pourra ou non être adapté à partir de 2007.

Les coûts du prix de la journée d'hospitalisation non couverts par l'INAMI doivent être couverts par le prix de la journée payé par le patient. Dans ce cadre, un mécanisme d'indexation simple est appliqué. Si une adaptation des coûts salariaux sur la base de l'ancienneté est envisagée, il faudra dès lors vérifier si ces coûts sont déjà inclus dans le prix de la journée d'hospitalisation.

23.03 **Maggie De Block** (VLD): Le rapport d'évaluation sera-t-il mis à la disposition de notre

begrotingsbesprekingen. Is het mogelijk om die evaluatie ook aan de commissieleden te laten bezorgen?

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

Le **président**: Mme Muyle et M. Goutry étant absents, nous passons au point 48 de l'agenda. Il s'agissait d'une question jointe mais seule Mme De Block est présente.

24 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gedifferentieerde terugbetaling van de consultatie bij een geneesheer-specialist" (nr. 10668)**

24 **Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement différencié de la consultation d'un médecin-spécialiste" (n° 10668)**

24.01 **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de minister, dit is een vraag over de gedifferentieerde terugbetaling van de consultatie bij een geneesheer-specialist.

Wie door een huisarts is doorgestuurd zou eigenlijk een gedifferentieerd tarief moeten betalen, dus enkele euro minder dan wie rechtstreeks naar de specialist is gegaan. Ik ben daar voorstander van, u weet dat. Dat is een zachte vorm van echelonnering die altijd een tweede opinie mogelijk maakt. Dat is een interessante piste.

Maar als men dan begint over de opgesomde specialismen is er toch een en ander dat vragen uitlokt. Als men ziet dat in de praktijk bijvoorbeeld de pediaters – ik heb nog via een schriftelijke vraag de cijfers bij u opgevraagd van de pediaters met een ambulante praktijk, dus buiten het ziekenhuis, extramuraal – vaak ingeschakeld worden in de eerstelijns geneeskunde. De ouders gaan met hun baby's of hun kleine kinderen rechtstreeks naar de pediater en niet langs de huisarts. Zij consulteren hem dus rechtstreeks.

De pediaters beweren dat dit nodig is. Zij zeggen dat vandaag in de opleiding van huisartsen immers niet genoeg aandacht en niet genoeg stages kindergeneeskunde zitten. De huisartsen argumenteren natuurlijk het tegendeel en zeggen dat het niet nodig is direct naar een pediater te gaan.

Daarom wou ik u vragen aangaande dat probleem: denkt u dat er een voldoende draagvlak is om in het geval van de pediatrie in plaats van de gangbare gewoonte om rechtstreeks naar de pediater te gaan een andere mentaliteit teweeg te brengen? Overweegt u dat door middel van die gedifferentieerde terugbetaling te bereiken?

Zal u eventueel overleg plegen om in de toekomst in de huisartsgeneeskunde meer aandacht te besteden aan de kindergeneeskunde, zodat men daar niet met een dubbel circuit rond mekaar gaat blijven draaien? Misschien kan dit in overleg met uw collega-minister Vandenbroucke, die ook op de hoogte is van dat probleem door zijn vorige bevoegdheid.

24.02 **Minister Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik heb inderdaad het overleg artsen-ziekenfondsen een KB voorgelegd over een verlaging van het remgeld voor patiënten die eerst een huisarts raadplegen en die vervolgens door hun huisarts naar een specialist worden doorverwezen.

24.01 **Maggie De Block** (VLD): Le ministre examine actuellement la possibilité d'un remboursement différencié des prestations des spécialistes selon que les patients aient ou non été orientés vers ceux-ci par leur médecin généraliste. Cela me semble une piste de réflexion logique pour la plupart des spécialités. Ce raisonnement ne peut cependant s'appliquer aux médecins spécialistes en pédiatrie, car aux yeux de nombreux parents, ceux-ci font en effet partie intégrante des soins de première ligne. Dans la grande majorité des cas, les parents consultent en effet directement le pédiatre en cas de maladie de leurs bébés ou enfants en bas âge, notamment parce que la formation spécifique en matière de pédiatrie des médecins généralistes demeure insuffisante.

La plupart des parents seront-ils disposés à ne plus considérer la consultation d'un pédiatre comme faisant partie intégrante des soins de première ligne? Une concertation sera-t-elle mise sur pied avec les Régions afin de consacrer une plus grande attention à la pédiatrie dans le cadre de la formation des médecins généralistes?

24.02 **Rudy Demotte**, ministre: J'ai en effet présenté à la concertation médico-mutualiste un arrêté royal visant à abaisser le montant du ticket modérateur pour les patients qui ne consultent un

Het gaat hier in geen geval om de invoering van een zogenaamde strikte eerste raadpleging, maar wel om een zekere rechtzetting van het verschil tussen de behandeling van patiënten die een zorgtraject afleggen en patiënten die rechtstreeks een specialist raadplegen.

Momenteel wordt het voorafgaand raadplegen van een huisarts eerder bestraft dan aangemoedigd. Deze bepaling heeft in geen geval tot doel deze voorafgaande raadpleging van de huisarts te verplichten. Er verandert niets voor de patiënten die rechtstreeks een specialist raadplegen. Ze verliezen alleen het verschil tussen de verlaagde remgelden en de remgelden die ze moeten betalen.

médecin spécialiste qu'après y avoir été envoyé par leur généraliste.

Il s'agit non pas d'un échelonnement mais d'un correctif au niveau de la différence entre les patients qui suivent un trajet de soins et ceux qui s'adressent directement à un spécialiste. Actuellement, la consultation préalable d'un généraliste est sanctionnée plutôt qu'encouragée. Cette disposition ne vise nullement à rendre obligatoire la consultation préalable d'un médecin généraliste. Rien ne change en effet pour les patients qui s'adressent directement à un spécialiste.

24.03 **Maggie De Block** (VLD): Gaat u aan de mentaliteit iets kunnen veranderen, met de huidige gangbare gewoonten in het achterhoofd? Dat is mijn vraag.

24.03 **Maggie De Block** (VLD): Je me demande si cette décision induira un changement de mentalités.

24.04 **Minister Rudy Demotte**: Ik denk wel dat dit kan. Het is natuurlijk een uitdaging om de mentaliteit te veranderen. De andere weg was de bestraffing van de mensen die rechtstreeks naar een specialist gaan. De verandering zal een beetje tijd vergen. Autoritaire maatregelen zouden geen resultaat opleveren.

24.04 **Rudy Demotte**, ministre: J'y vois un défi. Je n'ai pas l'intention de punir les patients qui s'adressent directement à un spécialiste. Je préfère une solution raisonnable à une décision autoritaire. Nous étudierons les effets de cette mesure.

Het is een meer redelijke manier om dat te doen. Wij zullen natuurlijk nagaan of het werkt. Wij zullen dat de komende jaren zeker kunnen zien.

24.05 **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de minister, het zal een hot item blijven. Het aantal kinderartsen stijgt immers niet zo spectaculair. In de ziekenhuizen is er reeds een tekort. Daarbuiten zijn er nog. Het aantal kinderartsen in opleiding is aan het dalen. Ik weet niet bij wie wij nog terecht kunnen.

24.05 **Maggie De Block** (VLD): Dans l'intervalle, le nombre de pédiatres est toujours en diminution.

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

25 **Question de M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dispositifs médicaux" (n° 10693)**

25 **Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medische hulpmiddelen" (nr. 10693)**

25.01 **Benoît Drèze** (cdH): Monsieur le ministre, les dispositifs médicaux sont réglementés par l'arrêté royal du 18 mars 1999 transposant la directive 94/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.

25.01 **Benoît Drèze** (cdH): De medische hulpmiddelen worden gereguleerd bij het koninklijk besluit van 18 maart 1999, dat een richtlijn van de Raad van 14 juni 1993 betreffende de medische hulpmiddelen omzet in Belgisch recht. Daarbij wordt een

Cette réglementation met en place un système de normalisation basé sur des critères de qualité reconnus au niveau européen et un système d'autorisation et de certification, accompagné d'un

"marquage CE" permettant d'assurer une certaine traçabilité des produits. Les articles 11 et suivants de l'arrêté royal détaillent les mesures à prendre en cas d'incidents constatés lors de l'utilisation d'un dispositif médical sur le territoire belge. Une cellule d'évaluation est mise en place à cet effet au sein de l'administration.

La mise en place annoncée d'une "agence du médicament" soulève des questions qui concernent les dispositifs médicaux et leur place au sein de cette future agence. En effet, l'actuelle DG III comprend déjà ces produits dans son champ de compétence et le secteur nous fait remarquer que les moyens de l'administration, notamment en personnel, destinés à l'enregistrement, aux essais cliniques, aux inspections, etc. sont insuffisants.

Monsieur le ministre, mes questions sont donc les suivantes.

1. L'administration disposerait actuellement de 4 ETP (équivalents temps plein) pour effectuer l'ensemble des tâches qui touchent à la mise sur le marché des dispositifs médicaux et à leur surveillance. Est-ce suffisant, compte tenu notamment du nombre considérable d'entreprises qui mettent ces produits sur le marché, du nombre et de la complexité des circuits de distribution et d'utilisation, ainsi que de la technicité des produits découlant de l'évolution de la science?

2. Comment la future "agence du médicament ... et des dispositifs médicaux" intégrera-t-elle ce défi?

3. L'industrie des dispositifs médicaux paie annuellement une redevance d'un montant de 0,05% du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge. A quel montant, sur base annuelle, cette redevance correspond-elle? A quoi est-elle destinée? Cette redevance est-elle intégrée au budget général de l'INAMI ou dans le Fonds des médicaments? Ou bien est-elle affectée, comme la loi l'indique, directement aux missions de l'administration dans le cadre des dispositifs médicaux, et notamment aux inspections?

normalisatie, vergunnings- en certificatiesysteem ingesteld dat in een traceerbaarheid van de producten voorziet. Het koninklijk besluit vermeldt op gedetailleerde wijze welke maatregelen moeten worden getroffen wanneer incidenten worden vastgesteld bij het gebruik van medisch hulpmiddelen op Belgisch grondgebied.

De aangekondigde oprichting van een "geneesmiddelenagentschap" doet vragen rijzen met betrekking tot de medische hulpmiddelen, want de huidige DG III is thans al bevoegd voor die producten en de sector stelt vast dat de middelen waarover de administratie beschikt, en inzonderheid de personele middelen, ontoereikend zijn.

Volstaan de vier voltijds equivalenten waarover de administratie zou beschikken om de taken te verrichten die verband houden met het in de handel brengen van de medische hulpmiddelen en de controle ervan, rekening houdend met het aantal bedrijven dat dergelijke hulpmiddelen in de handel brengt, het complexe distributiecircuit en het technisch karakter van de producten? Hoe zal het toekomstig "geneesmiddelenagentschap" een en ander kunnen waarmaken?

Hoeveel bedraagt de bijdrage die de fabrikanten van medische hulpmiddelen jaarlijks betalen? Wordt zij in de algemene begroting van het Riziv gestort of wordt zij aangewend voor de taken die de administratie met betrekking tot de medische hulpmiddelen uitvoert?

25.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, à l'heure actuelle, au sein de la DG Médicaments, la cellule "Dispositifs médicaux" dispose d'un personnel correspondant à six équivalents temps plein pour assumer les tâches qui lui reviennent.

Dans le cadre de la mise sur pied de la future agence du médicament, les dernières dispositions étudiées proposent la création d'un groupe pharmacothérapeutique spécifique aux dispositifs médicaux à côté des divers groupes de pharmacothérapie existant

25.02 Minister Rudy Demotte: Binnen de DG Geneesmiddelen beschikt de cel Medische hulpmiddelen over zes voltijds equivalenten voor het verrichten van haar taken. In het kader van de oprichting van het toekomstig geneesmiddelenagentschap zal een specifieke farmacothera-

déjà au sein du département Enregistrement. Il est en outre prévu de renforcer le personnel existant dans cette équipe, surtout en inspecteurs. Quatre équivalents temps plein sont affectés à cette tâche.

Les redevances versées par l'industrie des dispositifs médicaux sont intégrées dans le Fonds des médicaments. En 2003, le montant de cette redevance s'élevait à 679.711 euros, en 2004, 581.006 euros et en 2005, 741.000 euros.

peutische groep voor medische hulpmiddelen worden ingesteld. Het personeelsbestand van dat team zal worden uitgebreid. Vier voltijds equivalenten zullen voor de inspectie worden ingezet.

De door de fabrikanten van medische hulpmiddelen gestorte bijdragen komen ten goede van het Geneesmiddelenfonds. Voor de jaren 2003, 2004 en 2005 bedroegen zij respectievelijk 679.711, 581.006 en 741.000 euro.

25.03 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, parmi les six équivalents temps plein, quatre sont consacrés aux missions d'inspection. Je dois comprendre de votre réponse que vous estimez ce nombre suffisant pour remplir cette mission-là.

25.03 Benoît Drèze (cdH): Vier van de zes voltijds equivalenten zullen dus voor de inspectietaken worden ingezet. Ik begrijp daaruit dat u dat aantal voldoende vindt.

25.04 Rudy Demotte, ministre: C'est en effet ce qu'il faut comprendre de la réponse que me fait mon administration.

25.04 Minister **Rudy Demotte**: Dat is wat men uit het antwoord van mijn administratie moet begrijpen.

25.05 Benoît Drèze (cdH): Merci, monsieur le ministre, pour cette réponse ainsi que de votre disponibilité à rester aussi tard.

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

*La réunion publique de commission est levée à 18.12 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.12 uur.*