



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

BEKNOPT VERSLAG

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

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

mardi

12-07-2005

Matin

dinsdag

12-07-2005

Voormiddag

SOMMAIRE

Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les écho-clips" (n° 7163)	1
<i>Orateurs: Miguel Chevalier, Rudy Demotte,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan de rattrapage financier pour les hôpitaux" (n° 7601)	1
<i>Orateurs: Luc Goutry, Rudy Demotte,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opposition des généralistes à la prescription en dénomination commune internationale" (n° 7602)	3
<i>Orateurs: Luc Goutry, Rudy Demotte,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	4
- Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours aux pouvoirs spéciaux pour l'assainissement du budget des soins de santé" (n° 7304)	4
- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arrêtés royaux transmis aux membres de la commission en application de l'article 58, § 6 de la loi du 27 avril 2005" (n° 7642)	4
<i>Orateurs: Greta D'hondt, Benoît Drèze, Rudy Demotte,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments d'honoraires à l'hôpital" (n° 7542)	7
<i>Orateurs: Benoît Drèze, Rudy Demotte,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	8
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement structurel des hôpitaux psychiatriques" (n° 7600)	8
- Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement structurel des hôpitaux psychiatriques" (n° 7863)	8

INHOUD

Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de pret-echo's" (nr. 7163)	1
<i>Sprekers: Miguel Chevalier, Rudy Demotte,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het financieel inhaalplan voor de ziekenhuizen" (nr. 7601)	1
<i>Sprekers: Luc Goutry, Rudy Demotte,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verzet van huisartsen tegen het voorschrijven op stofnaam" (nr. 7602)	3
<i>Sprekers: Luc Goutry, Rudy Demotte,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	4
- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van volmachten om de begroting gezondheidszorg te saneren" (nr. 7304)	4
- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de koninklijke besluiten die overeenkomstig artikel 58, § 6 van de wet van 27 april 2005 aan de commissieleden werden bezorgd" (nr. 7642)	4
<i>Sprekers: Greta D'hondt, Benoît Drèze, Rudy Demotte,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ereloosupplementen in ziekenhuizen" (nr. 7542)	7
<i>Sprekers: Benoît Drèze, Rudy Demotte,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	8
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele onderfinanciering van psychiatrische ziekenhuizen" (nr. 7600)	8
- mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele onderfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen" (nr. 7863)	8

<i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Sabien Lahaye-Battheu, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Sabien Lahaye-Battheu, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réductions importantes sur les médicaments" (n° 7603)	10	Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grote kortingen op geneesmiddelen" (nr. 7603)	10
<i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fait que les patients paient plus cher d'anciens médicaments pourtant moins coûteux" (n° 7606)	11	Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het feit dat de patiënt meer betaalt voor goedkopere, oudere geneesmiddelen" (nr. 7606)	11
<i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transfert éventuel du Fonds 'Tabac' aux Communautés" (n° 7615)	13	Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een mogelijke overdracht van het Tabaksfonds naar de Gemeenschappen" (nr. 7615)	13
<i>Orateurs:</i> Koen Bultinck, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Koen Bultinck, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	14	Samengevoegde vragen van	14
- Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'analyse du Centre d'expertise sur les centres de référence" (n° 7657)	14	- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de analyse van het Kenniscentrum inzake de referentiecentra" (nr. 7657)	14
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise des soins de santé sur les centres de cardiologie de référence" (n° 7664)	14	- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het Kenniscentrum voor gezondheidszorg over de referentiehartcentra" (nr. 7664)	14
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réorganisation des programmes de soins 'pathologie cardiaque B'" (n° 7889)	15	- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de reorganisatie van de zorgprogramma's 'cardiale pathologie B' " (nr. 7889)	15
<i>Orateurs:</i> Maggie De Block, Koen Bultinck, Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Maggie De Block, Koen Bultinck, Luc Goutry, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	

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

du

MARDI 12 JUILLET 2005

Matin

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 12 JULI 2005

Voormiddag

La discussion des questions et des interpellations commence à 10 h 46 sous la présidence de M. Luc Goutry.

De vragen en interpellaties vangen aan om 10.46 uur. Voorzitter: de heer Luc Goutry.

01 Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les écho-clips" (n° 7163)

01 Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de pret-echo's" (nr. 7163)

01.01 Miguel Chevalier (VLD) : L'échographie en trois dimensions comporterait un certain nombre de risques et, dans le monde médical, de plus en plus de voix s'élèvent contre son application abusive. Le ministre pense-t-il toujours qu'il n'est pas nécessaire de faire certaines recommandations aux gynécologues ?

01.01 Miguel Chevalier (VLD): 3D-echografie zou een aantal risico's inhouden, waardoor in de medische wereld meer en meer verzet rijst tegen de onnodige toepassing ervan. Is de minister nog steeds van mening dat er geen aanbevelingen aan de gynaecologen nodig zijn?

01.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il est possible que cette question refasse surface à la suite de l'interdiction des écho-clips en France. A ma connaissance, cette interdiction n'a aucun lien avec un risque pour la santé. J'ai demandé l'avis de l'organisme français compétent et, si ses arguments le justifient, soyez assurés que je décréterai également une interdiction.

01.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Wellicht komt de vraag terug naar boven naar aanleiding van het verbod op pretecho's in Frankrijk. Dat verbod heeft bij mijn weten niets te maken met gevaar voor de gezondheid. Ik heb het standpunt van het Franse FAVV opgevraagd en mochten zijn argumenten dat rechtvaardigen, zal ook ik zeker een verbod uitvaardigen.

01.03 Miguel Chevalier (VLD) : Voilà une bonne nouvelle.

01.03 Miguel Chevalier (VLD): Dat is goed nieuws.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan de rattrapage financier pour les hôpitaux" (n° 7601)

02 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het financieel inhaalplan voor de ziekenhuizen" (nr. 7601)

02.01 Luc Goutry (CD&V) : En 2004, le ministre a

02.01 Luc Goutry (CD&V): In 2004 kondigde

annoncé sa volonté de remédier au sous-financement structurel des hôpitaux et d'affecter un montant de 100 millions d'euros à cet effet. Il est récemment apparu que ce montant sera réparti sur trois ans. Dix pour cent du montant annuel de 33 millions d'euros seraient destinés aux hôpitaux psychiatriques, soit moins que le pourcentage auquel ils ont droit en fonction de leur part dans le budget total des hôpitaux.

Selon quelle clé de répartition ces 33 millions seront-ils partagés ? Comment procédera-t-on à la distribution des 3,3 millions d'euros entre les hôpitaux psychiatriques ?

02.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La section Financement du Conseil national des établissements hospitaliers a formulé un avis dans le cadre de la répartition de la première tranche de 33 millions d'euros. Il a été tenu compte à cet égard des conclusions du rapport sur le sous-financement structurel des hôpitaux, selon lequel ce sous-financement est plus marqué dans les hôpitaux généraux.

Le 1^{er} juillet 2007, le montant total de 100 millions d'euros sera réparti comme suit : 70,7 millions d'euros pour les hôpitaux généraux, 10,1 millions pour les hôpitaux psychiatriques et 19,2 millions pour les services Sp isolés.

Pour les hôpitaux psychiatriques, 3,35 millions de la première tranche seront répartis comme suit : 0,9 million pour le financement du matériel non médical, 1,45 million pour la sous-partie B1 et 1 million pour la sous-partie B2.

02.03 Luc Goutry (CD&V) : Il est donc exact que les hôpitaux psychiatriques reçoivent 4 % de moins que la somme à laquelle ils ont droit sur la base de leur quote-part dans l'ensemble.

J'aimerais faire remarquer que du fait que les hôpitaux psychiatriques fournissent nettement moins de prestations techniques et doivent principalement générer leur cash-flow à partir du prix de la journée, leur cash-flow est nettement inférieur. En ce qui concerne les prestations techniques destinées à assurer les liquidités, ils restent donc désavantagés.

Je me réjouis de la somme de 1,45 million attribuée à la sous-partie B1 mais la somme nécessaire pour couvrir tous les besoins à ce niveau est plus de quatre fois supérieure à la somme allouée.

minister Demotte aan dat hij iets wou doen aan de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen. Hij zou hiervoor 100 miljoen euro uittrekken. Onlangs is gebleken dat dit bedrag over drie jaren zal worden gespreid. Van het jaarlijks bedrag van 33 miljoen zou er 10 procent worden uitgetrokken voor de psychiatrische ziekenhuizen. Dit is minder dan het percentage waarop ze volgens hun aandeel in de totaliteit van het ziekenhuisbudget recht hebben.

Volgens welke sleutel zullen die 33 miljoen worden verdeeld? Hoe zal de verdeling van de 3,3 miljoen euro voor de psychiatrische ziekenhuizen gebeuren?

02.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): De sectie Financiering van de Nationale Raad voor ziekenhuisfinancieringen heeft advies verstrekt bij de verdeling van de eerste schijf van 33 miljoen euro. Daarbij werd rekening gehouden met de resultaten van het rapport over de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen. Uit dit rapport is gebleken dat de onderfinanciering meer uitgesproken is in de algemene ziekenhuizen.

Op 1 juli 2007 zal het totale bedrag van 100 miljoen euro als volgt zijn verdeeld: 70,7 miljoen euro voor de algemene ziekenhuizen, 10,1 miljoen voor psychiatrische ziekenhuizen en 19,2 miljoen voor de geïsoleerde GNSP-diensten.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen zal de 3,35 miljoen van de eerste schijf als volgt worden verdeeld: 0,9 miljoen voor de financiering van niet-medisch materiaal, 1,45 miljoen voor onderdeel B1 en 1 miljoen voor onderdeel B2.

02.03 Luc Goutry (CD&V): Het klopt dus wel degelijk dat de psychiatrische ziekenhuizen 4 procent minder krijgen dan waar ze recht op hebben volgens hun aandeel in het geheel.

Ik wijs erop dat psychiatrische ziekenhuizen een veel minder grote cashflow hebben. Zij leveren immers merkkelijk minder technische prestaties en moeten het vooral hebben van de verpleegdagprijs. Inzake de technische prestaties, die voor de liquiditeiten moeten zorgen, blijven ze dus benadeeld.

Dat het onderdeel B1 1,45 miljoen krijgt, juich ik toe, maar om daar alle behoeften te dekken is meer dan vier keer zoveel nodig.

02.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il ne faut pas confondre la part des hôpitaux psychiatriques dans le sous-financement et leur part dans le budget hospitalier dans sa totalité. Toutes les études s'accordent pour dire que le problème du sous-financement est davantage imputable aux hôpitaux généraux.

L'incident est clos.

03 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opposition des généralistes à la prescription en dénomination commune internationale" (n° 7602)

03.01 Luc Goutry (CD&V) : La prescription de médicaments sous leur dénomination générique suscite un vif mécontentement parmi les médecins généralistes.

Ils ne condamnent pas le principe mais dénoncent la possibilité d'intenter des poursuites judiciaires pour substitution, par exemple. Il serait regrettable que le projet finisse à la corbeille parce que l'on ne s'est pas entendu sur les formalités.

La concertation avec les médecins va-t-elle être poursuivie ? L'apposition de tampons va-t-elle empêcher la délivrance d'une substance sous sa dénomination générique ? Comment le ministre pense-t-il aboutir à un projet qui fasse l'unanimité ?

03.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Personne ne conteste le principe de la prescription en dénomination commune internationale (DCI), mais les problèmes résident dans les détails. Ce principe sera admis à partir de septembre 2005. Je veillerai à ce que les médecins et les pharmaciens soient clairement informés des modalités et des conséquences du recours à la prescription en DCI. Un cachet qui mentionnerait « pas de prescription en DCI, pas de substitution » n'a aucun sens. En effet, lorsqu'un médecin ne décide pas de sa propre initiative de prescrire la substance active, un pharmacien ne peut en aucun cas opter pour une substitution arbitraire. Ce n'est que si le médecin décide de prescrire la substance active et que la prescription mentionne uniquement le nom de la molécule que le pharmacien peut choisir.

Il arrive que la prescription en dénomination commune internationale ne corresponde qu'à un seul médicament.

Il n'est pas nécessaire à mes yeux de se concerter à nouveau avec les médecins. Une concertation avec les représentants des médecins a déjà eu lieu

02.04 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Men mag het aandeel van de psychiatrische ziekenhuizen in de onderfinanciering niet zomaar gelijkstellen met hun aandeel in de totaliteit van het ziekenhuisbudget. Alle studies tonen wel degelijk aan dat het probleem van de onderfinanciering meer een zaak is van de algemene ziekenhuizen.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verzet van huisartsen tegen het voorschrijven op stofnaam" (nr. 7602)

03.01 Luc Goutry (CD&V): Bij de huisartsen heerst grote ontevredenheid over de aangekondigde maatregelen in verband met het voorschrijven op stofnaam.

Zij verzetten zich niet tegen het principe, maar tegen de mogelijke juridische gevolgen van bijvoorbeeld substitutie. Het zou jammer zijn dat het project in de prullenmand zou belanden omdat men het niet eens is over de formaliteiten.

Komt er nog bijkomend overleg met de artsen? Maakt de aanbrengring van stempels de verdere bezorging op stofnaam onmogelijk? Hoe denkt de minister tot een project te komen dat door iedereen wordt gesteund?

03.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Iedereen gaat akkoord met het principe van het voorschrijven op stofnaam, maar de problemen zitten in de details. Vanaf september 2005 wordt het toegestaan. Ik zal erop toezien dat de artsen en apothekers duidelijk geïnformeerd zijn over de modaliteiten en gevolgen van het gebruik. Een stempel 'geen voorschrijven op stofnaam, geen substitutie' heeft geen zin, want wanneer een arts niet vrijwillig beslist voor te schrijven op stofnaam, kan een apotheker helemaal niet kiezen voor een willekeurige substitutie. Pas wanneer de arts beslist op stofnaam voor te schrijven en enkel de naam van molecule op het voorschrift staat, kan de apotheker kiezen.

In sommige gevallen kan ook bij voorschrijven op stofnaam slechts een geneesmiddel worden afgeleverd.

Bijkomend overleg met de artsen is niet nodig. Er was hierover reeds overleg met de vertegenwoordigers van de artsen in een

au sein d'un groupe de travail.

03.03 Luc Goutry (CD&V) : Le ministre souligne, à juste titre, le caractère volontaire de la démarche, garant de la liberté thérapeutique. Je regrette qu'une nouvelle concertation avec les médecins semble exclue, car le succès de la promotion des médicaments génériques et de la prescription en DCI passe par leur coopération. Le ministre considère que la prescription en dénomination commune internationale ne permettra plus au pharmacien de choisir.

03.04 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Cette affirmation est à nuancer: il existe des prescriptions en DCI qui ne correspondent qu'à un seul médicament.

Les médecins déterminent le dosage. Il n'existe pas de droit de substitution au sens propre. La problématique des IPP a démontré l'existence d'un lien direct entre le comportement prescripteur et les prix.

La liberté thérapeutique mais aussi des arguments économiques jouent un rôle. Une prudence accrue est de mise en ce qui les concerne. Il faut toujours rechercher un compromis.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours aux pouvoirs spéciaux pour l'assainissement du budget des soins de santé" (n° 7304)
- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arrêtés royaux transmis aux membres de la commission en application de l'article 58, § 6 de la loi du 27 avril 2005" (n° 7642)

04.01 Greta D'hondt (CD&V) : Il y a trois mois, le Parlement a accordé au gouvernement une délégation de pouvoir pour lui permettre d'assainir le budget des soins de santé. J'applaudis à cette mesure à condition que le ministre utilise dès maintenant cette capacité pour corriger le budget de 2005 et contrôler celui de 2006.

La loi Santé comporte une série d'articles qui doivent encore être réglementés. Il s'agit des articles 2, 10, 13, 17, 24, 25, 30, 58, 60, 63, 65, 66, 69, 70, 71 et 72. Si je ne m'abuse, trois arrêtés royaux ont jusqu'à présent été publiés ou vont l'être. Le premier abroge les honoraires d'urgence pour l'imagerie médicale en biologie clinique. Le

werkgroep.

03.03 Luc Goutry (CD&V): De minister onderstreept terecht de vrijwilligheid, want die waarborgt de therapeutische vrijheid. Ik betreur dat er geen verder overleg komt met de artsen, want de bevordering van generische geneesmiddelen en het voorschrijven op stofnaam zal men pas goed kunnen implementeren met hun medewerking. De minister zegt dat het voorschrijven op stofnaam niet kan leiden tot een keuze van de apotheker.

03.04 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Men moet dit nuanceren, er zijn voorschriften op stofnaam waarvoor slechts een geneesmiddel bestaat.

De dosering wordt bepaald door artsen. Er bestaat geen echt substitutierecht. De problematiek van de IPP's heeft een direct verband aangetoond tussen het voorschrijfgedrag en de prijzen.

Niet enkel de therapeutische vrijheid speelt een rol, maar ook economische argumenten. Men moet wat voorzichtiger zijn met deze argumenten. Er moet steeds een compromis worden gezocht.

Het incident is gesloten.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van volmachten om de begroting gezondheidszorg te saneren" (nr. 7304)
- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de koninklijke besluiten die overeenkomstig artikel 58, § 6 van de wet van 27 april 2005 aan de commissieleden werden bezorgd" (nr. 7642)

04.01 Greta D'hondt (CD&V): Drie maanden geleden heeft het Parlement volmachten gegeven om de begroting gezondheidszorg te saneren. Ik vond dat prima, op voorwaarde dat de minister de volmachten meteen zou gebruiken om de begroting 2005 bij te sturen en die van 2006 onder controle te houden.

De gezondheidswet bevat een heleboel artikels die nog moeten worden geregeld. Het gaat om de artikels 2, 10, 13, 17, 24, 25, 30, 58, 60, 63, 65, 66, 69, 70, 71 en 72. Als ik het goed heb zijn er totnogtoe drie koninklijke besluiten gepubliceerd of onderweg. Het eerste schaft de urgentiehonoraaria af voor de medische beeldvorming in de klinische

second impose un comportement rationnel en matière de prescriptions et le troisième concerne les médicaments anciens sans équivalent générique et les médicaments de catégorie B.

A quoi faut-il encore s'attendre? Si aucune autre mesure n'est prise, la délégation de pouvoirs était superflue et le ministre aurait pu suivre le parcours législatif ordinaire.

04.02 Benoît Drèze (cdH) : Nous voici en présence d'une première salve d'arrêtés royaux pris en vertu de l'habilitation du gouvernement prévue par la loi du 27 avril 2005, relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé

Quel est l'impact de chaque mesure sur le budget des soins de santé et sur la part à charge des patients ?

04.03 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Trois arrêtés royaux ont effectivement été approuvés en application de l'article 58. Ces trois mesures représentent ensemble une économie de 24 millions d'euros en 2005 qui fait suite aux estimations techniques de l'Inami sur l'imagerie médicale et la biologie clinique, lesquelles risquent de générer un dépassement de 22 millions d'euros. Ils seront transmis à la Chambre et au Sénat avant leur publication.

(*En français*) Les pouvoirs d'habilitation dévolus au gouvernement visent à maintenir le cadre de la projection budgétaire, et non à porter le fer dans certaines dépenses dans le but de faire des économies. Le système budgétaire auquel nous avons affaire est complexe, et nous devons prendre cet instrument pour tendre vers le respect des 4,5 % à l'issue de la législature.

La première mesure, qui comme les deux autres, entrera en vigueur le 1^{er} août 2005, concerne la suppression des honoraires d'urgence en biologie clinique : 31 547 005,51 euros en année pleine ; 13 144 582,62 euros d'économie pour 2005. La deuxième mesure vise à retirer certaines prestations d'imagerie médicale de la liste des honoraires d'urgence : 16 millions d'euros en année pleine ; économie de 6 000 666 euros pour 2005. La troisième vise l'alignement des tarifs de la RMN sur ceux du CT-scan : 11 480 872,72 euros en année pleine ; 4 783 699,4 euros d'économie en 2005. L'économie totale est de 24 596 951,08 euros, sans impact sur la part à charge des patients.

biologie. Het tweede dwingt rationeel voorschrijfgedrag af en het derde gaat over oude geneesmiddelen zonder generisch alternatief en geneesmiddelen van categorie B.

Wat mogen we nog verwachten? Als dat niets meer is, dan waren de volmachten overbodig en had de minister de gewone wettelijke weg kunnen bewandelen.

04.02 Benoît Drèze (cdH): Het betreft hier een eerste reeks koninklijke besluiten die worden genomen krachtens de machtiging die de wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid de regering verleent.

Welke weerslag heeft elke maatregel op de begroting van de gezondheidszorg en op het patiëntenaandeel?

04.03 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Er zijn inderdaad drie koninklijke besluiten goedgekeurd in toepassing van artikel 58. Die drie maatregelen samen staan voor een besparing in 2005 van 24 miljoen euro. Die besparing volgt op de technische ramingen van het RIZIV over medische beeldvorming en klinische biologie, die een risico op een overschrijding met 22 miljoen euro aantonen. Ze zullen voor de publicatie aan Kamer en Senaat worden bezorgd.

(*Frans*) De bedoeling van de machtigingen aan de regering is de begrotingsdoelstellingen te halen, niet het mes te zetten in bepaalde uitgaven om te besparen. Het begrotingssysteem is erg ingewikkeld en we waren genooddaakt naar dit middel te grijpen om de doelstelling van 4,5 procent op het einde van de regeerperiode te kunnen naleven.

De eerste maatregel, die, net als de twee andere, op 1 augustus 2005 van kracht zal worden, betreft de afschaffing van de spoedhonoraria voor klinische biologie. Die maatregel is goed voor een besparing van 31 547 005,51 euro voor een volledig jaar en voor 13 144 582,62 euro voor 2005. De tweede maatregel strekt ertoe een aantal verstrekkingen inzake medische beeldvorming van de lijst van spoedhonoraria te schrappen. Het gaat om een besparing van 16 miljoen euro voor een volledig jaar en van 6 000 666 euro voor 2005. De derde maatregel strekt ertoe de tarieven van de NMR op die van de CT-scan af te stemmen. Die maatregel is goed voor een besparing van

Vendredi, le gouvernement a décidé d'une série de mesures visant à corriger des dépassements dans le secteur des soins prestés à domicile par les infirmières.

(*En néerlandais*) En 2004, le budget des soins hospitaliers a été dépassé de dix millions d'euros. Le budget 2005 a été augmenté de ce montant mais un sévère dépassement menace de nouveau. C'est également le cas pour la logopédie. Des mesures ont été prises pour ces deux secteurs.

Des mesures sont prises dès que l'Inami détecte des dépassements.

04.04 Greta D'hondt (CD&V) : Le ministre met surtout l'accent sur les secteurs pour lesquels il a déjà pris une décision. Nous avons déjà connaissance des économies qui découlent de ces décisions. Il y ajoute par ailleurs une série de mesures récentes destinées à prévenir des dérapages budgétaires dans les soins à domicile et la logopédie. Cela signifie-t-il que le ministre ne devra pas recourir aux pouvoirs spéciaux pour le reste ?

J'ignorais que les habilitations au gouvernement ne visaient qu'à corriger les dépassements budgétaires. Je croyais que des mesures permettant le bon fonctionnement de notre système de soins de santé étaient également nécessaires. Je pense notamment à des mesures pour lutter contre les abus. Le ministre n'envisage-t-il pas d'utiliser ses pouvoirs spéciaux à cette fin ?

04.05 Benoît Drèze (cdH) : On constate un dépassement global qui n'est pas récupéré sur l'exercice suivant. Vous inscrivez-vous toujours dans la perspective du maintien des 4,5 % jusque fin 2007 ? Pour après 2007, les projections sont de 2,8 %. Pourrez-vous maintenir cet objectif ?

04.06 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il peut encore être recouru à la délégation de pouvoirs à des fins budgétaires. L'une des mesures, relative au comportement des médecins en matière de prescriptions, concerne le budget et le changement d'attitude. Les médecins doivent s'efforcer de prescrire les médicaments les moins chers. Afin d'améliorer leur comportement en matière de prescription, on informera régulièrement les médecins au sujet de leur propre attitude à cet

11 480 872,72 euro pour un volledig jaar en van 4 783 699,4 euro voor 2005. De totale besparing bedraagt 24 596 872,72 euro, zonder stijging van het patiëntenaandeel.

Vrijdag besliste de regering een reeks maatregelen te nemen om overschrijdingen in de sector van de verpleegkundige thuiszorg bij te sturen.

(*Nederlands*) In 2004 werd het budget voor de verpleegkundige zorgen met tien miljoen euro overschreden. Voor 2005 werd het budget met dat bedrag opgetrokken, maar opnieuw dreigt er een stevige overschrijding. Dat geldt ook voor de logopedie. Voor beide sectoren werden maatregelen genomen.

Zodra het RIZIV een overschrijding detecteert, worden er maatregelen genomen.

04.04 Greta D'hondt (CD&V) : De minister focust vooral op de sectoren waarover hij al een besluit heeft genomen. De besparingen die uit die besluiten voortvloeien, kenden we al. Verder voegt hij een aantal recente maatregelen toe die budgettaire ontsporingen in de thuisverpleging en in de logopedie moeten vermijden. Betekent dit dat de minister voor de rest zijn volmachten niet zal moeten gebruiken?

Ik wist niet dat de volmachten enkel dienden om budgetoverschrijdingen te beteugelen. Ik dacht dat er ook nog wel wat maatregelen nodig waren die gewoon te maken hebben met het goed functioneren van onze gezondheidszorg. Oneigenlijk gebruik is daar een voorbeeld van. Is de minister niet van plan zijn volmachten voor dergelijke zaken te gebruiken?

04.05 Benoît Drèze (cdH) : Er wordt een globale overschrijding vastgesteld die niet op het volgende boekjaar wordt gecupereerd. Volgt u nog altijd de redenering dat die 4,5 procent tot eind 2007 wordt behouden? Na 2007 wordt 2,8 procent voorspeld. Kan u aan die doelstelling vasthouden?

04.06 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*) : De volmachten kunnen nog worden gebruikt als dat om budgettaire redenen nodig is. Eén maatregel heeft te maken met het budget en met gedragsverandering, namelijk die over het voorschrijfgedrag van de artsen. De artsen moeten inspanningen doen om de goedkoopste geneesmiddelen voor te schrijven. Om het voorschrijfgedrag te verbeteren, zullen de artsen geregeld informatie krijgen over hun eigen gedrag.

égard.

Non seulement ils recevront des informations théoriques mais ils seront aussi comparés à leurs collègues. Si leurs prestations sont moins bonnes que les prestations moyennes de leurs collègues, ils seront suivis personnellement et si ce suivi personnel ne donne aucun résultat, ils seront sanctionnés.

Les pouvoirs spéciaux permettent la mise en œuvre de ces mesures également.

(En français) Nous allons essayer de ne pas gommer en 2005 le dépassement théorique possible de 5,7% pour 2004 (soit 4,5% + l'inflation). L'objectif était d'avoir sur deux années une tendance de 4,5% + l'inflation, et nous referons le point par rapport aux mesures prises. Cette ambition est importante pour montrer que l'on maîtrise l'évolution des coûts.

En ce qui concerne l'après 2007, les chiffres de la commission du vieillissement continuent à faire débat. Contrairement à ce que pensent certains, l'économie n'est pas une science précise qui permettrait de faire de la divination. Ce qui est certain, en revanche, c'est que ce vieillissement aura un coût et qu'il aura un impact sur l'emploi (fins de carrière), le financement de la sécurité sociale, les allocations sociales pour les personnes âgées et les pensions.

L'incident est clos.

05 Question de M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments d'honoraires à l'hôpital" (n° 7542)

05.01 Benoît Drèze (cdH) : Vous m'avez répondu concernant l'enquête de Test Santé, le 26 mai dernier, qu'aucun supplément ne pouvait être facturé lorsque le patient est hospitalisé en chambre commune ainsi qu'en chambre à deux lits lorsque le patient est à bas revenus ou lorsque l'hôpital se voit attribuer un budget B-7 ou B-8 (voir *Compte rendu analytique* n° 141, p. 10).

L'enquête de Test Santé montrant que certains hôpitaux facturent malgré tout des suppléments d'honoraires en chambre commune, vous allez faire examiner ces chiffres par vos services.

Ze zullen niet alleen theoretische informatie krijgen, maar ook worden vergeleken met hun collega's. Doen ze het slechter dan hun gemiddelde collega, dan zullen ze persoonlijk worden gevolgd en als dat niet helpt, kan er een sanctie volgen.

Ook dit wordt door de volmachten mogelijk gemaakt.

(Frans) We zullen trachten om in 2005 de theoretisch aanvaardbare overschrijding van 5,7 procent uit 2004 (4,5 procent + inflatie) te behouden. Gespreid over twee jaar willen we naar een groei van 4,5 procent + inflatie streven. Achteraf zullen we onderzoeken hoe de genomen maatregelen de toestand beïnvloeden. Dit is belangrijk willen we aantonen dat we de kostenevolutie beheersen.

Wat de toestand na 2007 betreft, heerst er nog steeds onenigheid over de cijfers van de vergrijzingscommissie. Wie meent dat de economie een exacte wetenschap is die toelaat in de toekomst te kijken, heeft het verkeerd voor. Het staat echter wel vast dat aan de vergrijzing een kostenplaatje hangt en dat ze gevolgen zal hebben voor de werkgelegenheid (eindeloopsbaandebat), de financiering van de sociale zekerheid, de sociale uitkeringen voor bejaarden en de pensioenen.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ereloonsupplementen in ziekenhuizen" (nr. 7542)

05.01 Benoît Drèze (cdH): U heeft op 26 mei jongstleden met betrekking tot de enquête van Test-Gezondheid geantwoord dat er geen ereloonsupplementen mogen worden aangerekend aan patiënten in collectieve kamers of in kamers met twee bedden wanneer die patiënten een laag inkomen hebben of wanneer het betrokken ziekenhuis een B-7 of een B-8-budget toegewezen krijgt (cf. *Beknopt Verslag nr. 141*, p. 10).

Aangezien de enquête van Test-Gezondheid aan het licht bracht dat bepaalde ziekenhuizen desondanks ereloonsupplementen aan patiënten in collectieve kamers aanrekenen, verklaarde u dat die cijfers door uw diensten zouden onderzocht worden.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

05.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Pour rappel, la législation actuelle interdit, en chambre commune, tout supplément de chambre. Concernant les suppléments d'honoraires, en chambre commune et en chambre à deux lits, les suppléments sont interdits pour les médecins conventionnés et même pour les médecins non-conventionnés si le patient a un statut protégé ou si l'hôpital profite de la partie B-7 ou B-8.

Ce cadre juridique définit les conditions sous lesquelles des suppléments peuvent être facturés, ce qui n'implique pas que ce soit fait.

L'Inami n'a pas trouvé de fautes dans l'application de ces règles dans les formulaires remis, c'est pourquoi il n'est pas possible d'établir des faits répréhensibles.

05.03 Benoît Drèze (cdH) : Les tableaux de Test Santé seraient donc inexacts ?

05.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Une étude contradictoire entre Test Santé et mes services serait nécessaire.

05.05 Benoît Drèze (cdH) : Procéderez-vous à une telle étude ?

05.06 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Je demanderai aux services de l'Inami si la méthodologie utilisée par Test Santé est correcte. Je demanderai que l'on relise l'enquête à la lumière de vos réflexions.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement structurel des hôpitaux psychiatriques" (n° 7600)
- Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement structurel des hôpitaux psychiatriques" (n° 7863)

06.01 Luc Goutry (CD&V) : Les hôpitaux psychiatriques dans notre pays sont confrontés à un sous-financement structurel. Tout d'abord, il y a le problème structurel de l'insuffisance de la composante B1 du prix de la journée d'hospitalisation.

Hoe zit het daar nu mee?

05.02 Minister Rudy Demotte (*Frans*): Ik herinner eraan dat het bij wet verboden is ereloonsupplementen aan patiënten in collectieve kamers aan te rekenen. Het aanrekenen van dergelijke supplementen is verboden voor de geconventioneerde artsen en zelfs voor de niet-geconventioneerde, wanneer de patiënten een beschermd statuut hebben of wanneer het ziekenhuis het gedeelte B-7 of B-8 ontvangt.

Dat juridisch kader stelt de voorwaarden vast waaronder ereloonsupplementen mogen worden aangerekend, wat net impliceert dat zulks gebeurt.

Het RIZIV heeft in de bezorgde formulieren geen foute toepassingen van die regels gevonden en bijgevolg konden geen laakbare feiten worden vastgesteld.

05.03 Benoît Drèze (cdH): De tabellen van Test-Gezondheid zijn dus onjuist?

05.04 Minister Rudy Demotte (*Frans*): Een tegensprekelijke studie waarbij de gegevens van Test-Gezondheid worden vergeleken met de gegevens waarover mijn diensten beschikken, zou noodzakelijk zijn.

05.05 Benoît Drèze (cdH): Zal u een dergelijke studie laten uitvoeren?

05.06 Minister Rudy Demotte (*Frans*): Ik zal de diensten van het RIZIV vragen of de door Test-Gezondheid gebruikte methodologie wel klopt. Ik zal vragen dat men die enquête herbekijkt in het licht van uw opmerkingen.

Het incident is gesloten.

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele onderfinanciering van psychiatrische ziekenhuizen" (nr. 7600)
- mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele onderfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen" (nr. 7863)

06.01 Luc Goutry (CD&V): De psychiatrische ziekenhuizen in ons land hebben structureel te weinig middelen. Eerst en vooral is er het structureel ontoereikende onderdeel B1 in de verpleegdagprijs.

Il s'agit du volet destiné à couvrir les frais d'hébergement. La répartition des montants du volet B1 entre les hôpitaux est irrégulière et n'a plus été adaptée depuis des années. Une étude a d'ailleurs déjà été publiée à ce sujet. Cette situation est la source de gros problèmes financiers dans les hôpitaux psychiatriques.

Quelle est la situation aujourd'hui en ce qui concerne l'amélioration et l'adaptation du volet B1 ? Les efforts prévus seront-ils suffisants pour compenser le sous-financement ? Le ministre prendra-t-il des mesures sous la forme d'une intervention financière unique ou d'un plan offrant des perspectives plus larges ? Le ministre confirme-t-il que le dossier de la sous-évaluation du volet B1 ne constitue qu'une partie seulement du sous-financement structurel général des hôpitaux psychiatriques ?

06.02 Sabien Lahaye-Battheu (VLD) : Ces dernières années, les hôpitaux psychiatriques ont déjà actionné la sonnette d'alarme à plusieurs reprises.

Une étude portant sur ces questions a mis en évidence la nécessité de revoir le financement. Le budget 2005 a prévu une enveloppe de 3 300 000 euros pour la psychiatrie. Ce montant correspond à 10 % du budget prévu de 33 millions d'euros et à un tiers des 100 millions qui seront répartis sur trois ans. Le financement prévu pour le 1^{er} juillet 2005 ne comprend pas de moyens supplémentaires pour la révision de la composante B1. Le budget supplémentaire nécessaire s'élève à 1 445 000 euros. Dans quel délai pourrait-on réviser le mode de financement actuel ? Comment le ministre explique-t-il que le budget de la psychiatrie ne représente que 10 % du total du budget contre 14 % pour les hôpitaux psychiatriques ? Comment le budget supplémentaire de 1 445 000 euros sera-t-il réparti ?

06.03 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Je tiens à remercier M. Goutry pour l'opiniâtreté avec laquelle il défend le secteur psychiatrique.

A compter du 1^{er} juin 2005, la section B1 sera relevée pour les hôpitaux qui se situent en dessous de la moyenne, en attendant l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. En outre, un refinancement structurel complet des hôpitaux psychiatriques est en cours d'élaboration. La répartition des 100 millions d'euros programmés a été pensée sur la base de l'avis du CNEH. Il a été tenu compte à cet égard de l'étude qui a démontré que le sous-financement était plus aigu dans le

Dat is het onderdeel waarmee de zogenaamde hotelkosten moeten worden betaald. De bedragen voor onderdeel B1 zijn onregelmatig verdeeld over de ziekenhuizen en al jaren niet meer aangepast. Hierover is trouwens reeds een studie verschenen. Dit zorgt voor grote financiële problemen in de psychiatrische ziekenhuizen.

Wat is de stand van zaken betreffende de verbetering en aanpassing van onderdeel B1? Volstaan de geplande inspanningen om de onderfinanciering weg te werken? Zal de minister ingrijpen via een eenmalige financiële ingreep of via een plan met meer perspectief? Bevestigt de minister dat het dossier van het ondergewaardeerde onderdeel B1 slechts een deel is van de algemene structurele onderfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen?

06.02 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): De psychiatrische ziekenhuizen hebben de laatste jaren al meermaals aan de alarmbel getrokken.

Uit een studie over deze problematiek blijkt dat het noodzakelijk is om de financiering te herzien. In de begroting 2005 werd er 3 300 000 euro ter beschikking gesteld van de psychiatrie. Dat is 10 procent van het voorziene budget van 33 miljoen euro en een derde van de 100 miljoen die over drie jaar zal worden gespreid. De financiering, gepland voor 1 juli 2005, omvat geen bijkomende middelen voor de herziening van onderdeel B1. Het gaat over een bedrag van 1 445 000 euro. Binnen welke termijn is een herziening van de huidige financieringswijze mogelijk? Hoe verklaart de minister dat het budget voor psychiatrie slechts 10 procent van het geheel bedraagt, terwijl de psychiatrische ziekenhuizen 14 procent van de sector innemen? Hoe zal het bijkomende budget van 1 445 000 euro worden verdeeld?

06.03 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ik wil de heer Goutry bedanken voor zijn aanhoudende inspanningen voor de psychiatrische sector.

Vanaf 1 juni 2005 wordt het onderdeel B1 opgetrokken voor de ziekenhuizen die onder het gemiddelde liggen, in afwachting van het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. Verder zit er een volledige structurele herfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen in de pijplijn. De verdeling van de geplande 100 miljoen euro werd uitgewerkt op basis van het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen.

secteur psychiatrique.

Daarbij werd rekening gehouden met de studie die bewees dat de onderfinanciering acuter was in de psychiatrische sector.

Je juge inacceptable le raisonnement suivant lequel le refinancement devrait être proportionnel au pourcentage représenté par chaque secteur. Et nous n'avons pas réparti 1 445 000 euros mais bien 3 350 000. Sur ce montant, 0,9 million sera consacré à du matériel non médical, 1,45 million sera consacré à la section B1 et 1 million sera consacré à la section B2. Au total, 10 millions d'euros seront alloués en trois ans au secteur psychiatrique. Il sera certainement tenu compte, dans ce contexte, de l'étude B1 qui a été envoyée pour avis au Conseil national.

De redenering als zou de herfinanciering pro rata het percentage van de sector moeten zijn, gaat niet op. Er werd ook niet 1 445 000 euro verdeeld, maar wel 3 350 000 euro. Hiervan gaat 0,9 miljoen naar niet-medisch materiaal, 1,45 miljoen naar onderdeel B1 en 1 miljoen naar onderdeel B2. In totaal gaat over drie jaar 10 miljoen euro naar de psychiatrische sector. Daarbij zal zeker rekening worden gehouden met de zogenaamde B1-studie die voor advies naar de Nationale Raad werd gestuurd.

06.04 Luc Goutry (CD&V) : Que l'on puisse dégager 1,4 million d'euros est bien évidemment une bonne chose puisque cela permettra de venir en aide aux personnes au B1 le plus faible. Le ministre annonce en outre 2,6 millions d'euros supplémentaires, ce qui nous amène à un total de 4 millions alors que les hôpitaux ont calculé qu'ils auraient besoin de 6 millions d'euros. Certains hôpitaux seront donc inévitablement lésés alors que les services de santé mentale revêtent précisément une importance fondamentale. Nous devons garder à l'esprit que ces hôpitaux doivent tout financer avec le prix de la journée d'hospitalisation car rien ne peut être récupéré sur les honoraires ou les prestations.

06.04 Luc Goutry (CD&V): Uiteraard is het positief dat er 1,4 miljoen euro zal vrijgemaakt worden, want daardoor zullen de mensen met de laagste B1 geholpen worden. Verder kondigt de minister nog 2,6 miljoen euro aan, samen gaat het dus om 4 miljoen, terwijl de ziekenhuizen becijferd hebben dat er 6 miljoen euro nodig is. Er zullen dus onvermijdelijk ziekenhuizen in de kou blijven staan, terwijl geestelijke gezondheidszorg juist zo essentieel is. We mogen ook niet vergeten dat deze ziekenhuizen alles moeten financieren met de ligdagprijs en dat er niets kan worden verhaald op honoraria of prestaties.

06.05 Sabien Lahaye-Battheu (VLD) : Comment détermine-t-on qui appartient à un B1 faible ? Comment la somme sera-t-elle répartie entre les hôpitaux ? Qui en décidera ?

06.05 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Hoe wordt bepaald wie tot de lage B1 behoort? Hoe wordt het bedrag verdeeld onder de ziekenhuizen? Wie zal dat bepalen?

06.06 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Je vais m'informer et je vous fournirai la réponse.

06.06 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ik zal het navragen en u het antwoord bezorgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réductions importantes sur les médicaments" (n° 7603)

07 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grote kortingen op geneesmiddelen" (nr. 7603)

07.01 Luc Goutry (CD&V) : Les pharmaciens sont confrontés à une déferlante de campagnes publicitaires de grande envergure, surtout de la part des producteurs de médicaments génériques.

07.01 Luc Goutry (CD&V): Apothekers worden overstelpt met grote reclameacties, vooral van producenten van generische producten.

Ainsi, il arrive que deux conditionnements gratuits soient proposés à l'achat de deux boîtes. La loi vise à lutter contre les excès de la promotion des médicaments.

Zo stelt men bij de aankoop van twee verpakkingen soms twee gratis verpakkingen voor. De wet wil de uitwassen op de geneesmiddelenpromotie bestrijden.

De telles réductions se justifient-elles encore ? Qu'advient-il des produits délivrés gratuitement ? Il est possible que l'Inami rembourse ces médicaments gratuits. Le ministre juge-t-il acceptables ces pratiques commerciales ? Que compte-t-il faire ? Dispose-t-on de données concrètes fournies par la Direction générale Médicaments et le département de l'Inspection pharmaceutique ?

07.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je suis au courant des réductions accordées et des pratiques de délivrance gratuite de médicaments génériques auxquelles se livrent les pharmacies. Il n'existe cependant pas de données statistiques permettant de conclure à une éventuelle progression du phénomène.

Les inspecteurs de la Santé publique ne sont absolument pas chargés du contrôle de la comptabilité des pharmacies. Cette compétence relève du ministre de l'Economie. J'ai moi-même demandé une analyse juridique et je puis confirmer que ces pratiques constituent une infraction à la réglementation étant donné que la marge que le pharmacien peut percevoir par produit est limitée. J'ai déjà abordé ce problème avec le ministre de l'Economie. Ces pratiques sont très difficiles à contrôler puisque notre pays compte 5 000 pharmacies.

07.03 Luc Goutry (CD&V) : Cette matière relève selon moi quelque peu de la compétence des services de M. Demotte également. Le ministre se réfère au ministre de l'Economie pour les aspects commerciaux mais de telles conditions d'achat concernent davantage la promotion que les pratiques commerciales. Les services de tarification devraient quand même vérifier ce qu'il en est des remboursements de l'INAMI pour les médicaments lorsque les marges ont manifestement été dépassées. Je souligne que les contrôles doivent être organisés de manière perceptible.

07.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Le problème réside dans le fait que nous devons avoir la preuve que de telles pratiques sont menées. La collaboration du ministre de l'Economie est indispensable à cet effet. La comptabilité doit bien sûr être contrôlée mais des preuves sont également nécessaires dans le cadre de la loi relative à la publicité pour des médicaments et la collaboration du ministre de l'Economie est une fois de plus essentielle.

L'incident est clos.

Zijn dergelijke kortingen nog te verantwoorden ? Wat gebeurt er met de gratis geleverde producten ? Het is mogelijk dat het Riziv betaalt voor deze gratis geneesmiddelen. Vindt de minister deze handelspraktijken toelaatbaar ? Hoe zal hij ingrijpen ? Beschikt men over concrete gegevens via het directoraat van de geneesmiddelen en de afdeling Farmaceutische Inspectie ?

07.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*) : Ik heb weet van de kortings- en gratispraktijken bij de apotheken voor generische geneesmiddelen. Er bestaat geen enkele statistiek over het al dan niet toenemen van het fenomeen.

De inspecteurs van Volksgezondheid zijn helemaal niet belast met de controle van de boekhouding van de apotheken. De bevoegde minister is de minister van Economie. Ik heb zelf een juridische analyse gevraagd en ik kan bevestigen dat deze praktijken een inbreuk zijn op de reglementering, want de marge die de apotheker per product mag ontvangen, is beperkt. Ik heb het hierover reeds met de minister van Economie gehad. Dit soort praktijken is heel moeilijk te controleren, want er zijn 5 000 apotheken.

07.03 Luc Goutry (CD&V) : Volgens mij valt dit ook een beetje onder de bevoegdheid van de diensten van minister Demotte. De minister verwijst voor de handelsaspecten naar de minister van Economie, maar dergelijke aankoopvoorwaarden hebben meer met promotie dan met handel te maken. De tarificatiediensten zouden toch moeten nakijken hoe het zit met Riziv-terugbetalingen voor geneesmiddelen waarbij de marges duidelijk werden overschreden. Ik dring erop aan dat de controles voelbaar worden gemaakt.

07.04 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*) : Het probleem is dat we die praktijken moeten bewijzen. Daarvoor is de medewerking van de minister van Economische Zaken vereist. De controle van de boekhouding is zeker nodig. Ook in het kader van de wet inzake publiciteit voor geneesmiddelen moet men bewijzen hebben en opnieuw is de medewerking van mijn collega van Economie nodig.

Het incident is gesloten.

08 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fait que les patients paient plus cher d'anciens médicaments pourtant moins coûteux" (n° 7606)

08.01 **Luc Goutry** (CD&V) : Il a été décidé, il y a quelques années, de diminuer systématiquement le montant du remboursement de médicaments anciens. La philosophie sous-jacente en est que les coûts d'investissement de ces médicaments diminuent, de sorte qu'ils doivent progressivement devenir moins cher. Dans la pratique, le prix pour le consommateur reste toutefois souvent inchangé, de sorte que la diminution du ticket modérateur entraîne pour le patient une augmentation du prix d'un ancien produit qui est même parfois plus cher que des produits plus récents.

Que pense le ministre de ce curieux effet secondaire d'un bon principe ?

08.02 **Rudy Demotte**, ministre (*en néerlandais*) : Le ticket modérateur maximum est applicable à de nombreux anciens médicaments hors brevet. Le prix pour le patient équivaut donc à celui d'un médicament original sous brevet, alors que ce dernier coûte trois à quatre fois plus cher à la société. L'incidence peut parfois être plus importante encore à cause du mécanisme du remboursement de référence pour les originaux dont la base de remboursement, et non le prix, est trop faible. Dans ce cas, le patient payera le ticket modérateur en plus de la différence entre le prix et la base de remboursement.

Un médecin qui refuse de prescrire un médicament générique prescrira donc plutôt un médicament nouveau – et par conséquent onéreux pour la sécurité sociale – qu'un original ancien qui coûte plus cher au patient dans la pratique.

J'ai prévu deux mesures pour limiter au minimum le désavantage financier pour la sécurité sociale.

Le médecin doit désormais être responsabilisé par rapport à son comportement prescripteur. Une proposition concrète a été demandée à la Commission médico-mutualiste. On l'attend toujours. J'ai donc décidé de trancher le problème moi-même et j'ai fait calculer le nombre moyen de prescriptions par catégorie et par spécialité pour chaque médecin. L'objectif de cette mesure est d'inciter les médecins à désormais prescrire des médicaments meilleur marché.

08 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het feit dat de patiënt meer betaalt voor goedkopere, oudere geneesmiddelen" (nr. 7606)

08.01 **Luc Goutry** (CD&V): Enkele jaren geleden werd beslist het bedrag van de terugbetaling van oudere geneesmiddelen systematisch te verlagen. De achterliggende filosofie is dat de investeringskosten voor deze geneesmiddelen afnemen, zodat ze geleidelijk aan wel goedkoper moeten worden. In de praktijk blijft de publieksprijs echter vaak onveranderd, zodat de daling van het remgeld ervoor zorgt dat een ouder product duurder wordt voor de patiënt, soms zelfs duurder dan nieuwere producten.

Wat denkt de minister over deze vreemde bijwerking van een goed principe?

08.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Voor talrijke oudere geneesmiddelen buiten octrooi geldt het maximum remgeld. Ze kosten de patiënt bijgevolg evenveel als een origineel geneesmiddel onder octrooi, terwijl dit origineel de maatschappij vaak twee tot drie keer meer kost. Deze impact kan soms nog versterkt worden door het mechanisme van de referentietrugbetaling voor de originelen, waarvan niet de prijs, doch wel de terugbetalingbasis te laag is. In dat geval zal de patiënt het remgeld betalen, plus het verschil tussen de prijs en de terugbetalingbasis.

Een arts die geen generisch middel wil voorschrijven, zal dus eerder een nieuw – en bijgevolg voor de sociale zekerheid duur – geneesmiddel voorschrijven dan een oud origineel dat aan de patiënt in de praktijk meer kost.

Ik tref twee maatregelen om het financieel nadeel voor de sociale zekerheid zoveel mogelijk in te perken.

De arts wordt voortaan geresponsabiliseerd inzake zijn of haar voorschrijfgedrag. De commissie artsen-ziekenfondsen werd om een concreet voorstel gevraagd, maar dat is er niet gekomen. Ik heb dus zelf de knoop doorgemaakt. Daarvoor heb ik voor elke arts de gemiddelde voorschriften per categorie en per specialiteit laten vaststellen. Het is de bedoeling dat de artsen voortaan de goedkopere geneesmiddelen zouden voorschrijven.

A partir de novembre, les patients seront, eux aussi, responsabilisés par rapport aux mêmes classes de médicaments que les médecins. Le plafond du ticket modérateur sera majoré de 50 % dans toutes les classes de médicaments du quatrième niveau ATC pour lesquels il existe un substitut générique. A ce niveau, on trouve notamment des antiacides. Pour chacune de ces classes, on vérifiera s'il existe un équivalent générique pour au moins une des molécules. Dans l'affirmative, le plafond sera majoré pour toutes les spécialités - génériques ou originales - de la classe concernée.

L'objectif de ces deux mesures est de proposer le choix entre, d'une part, la poursuite du traitement à un prix de revient plus proche du prix réel et l'instauration d'une possibilité de "sanctionner" le médecin et, d'autre part, la possibilité d'opter pour un médicament générique ou original moins cher. Dans ce dernier cas, le patient paiera même moins qu'actuellement.

Le mécanisme du maximum à facturer continuera évidemment à garantir l'accès à tous les médicaments, même aux plus chers, à tous les patients.

08.03 Luc Goutry (CD&V) : Je croyais que le maximum à facturer avait plutôt été instauré pour limiter les frais élevés auxquels sont confrontés les malades chroniques.

La nécessité d'assainir le marché des médicaments se fait ressentir depuis longtemps. L'information des médecins et des patients devra toutefois être la plus complète possible. Les patients n'ont pas à faire les frais de cette réforme.

08.04 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Les mutualités ont un rôle à jouer dans l'information des patients. Je ne manquerai pas de leur rappeler leur mission à cet égard. Les médecins disposent, quant à eux, d'une grande quantité d'informations, qui ne sont cependant pas toujours actualisées.

On s'attelle à l'élaboration d'instruments qui permettront aux médecins de disposer rapidement des informations les plus récentes concernant les évolutions sur le marché des médicaments.

L'objectif est de permettre avant tout aux médecins d'avoir une idée claire de leur propre comportement en matière de prescription. Si l'Inami constate que

Vanaf november zullen ook de patiënten worden geresponsabiliseerd voor dezelfde klassen van geneesmiddelen waarvoor ook de arts wordt geresponsabiliseerd. Het plafond van het remgeld zal met de helft worden verhoogd voor alle klassen van geneesmiddelen van het vierde niveau ATC waarvoor er een generisch alternatief bestaat. Tot dit niveau behoort onder meer een aantal maagzweerremmende geneesmiddelen. Voor elk van die klassen wordt nagegaan of er een generisch alternatief is voor minstens een van de moleculen. Zo ja, dan wordt het plafond voor alle specialiteiten van die klasse – generisch of origineel – verhoogd.

De bedoeling van beide maatregelen is het bieden van een keuze tussen enerzijds het voortzetten van de behandeling tegen een kostprijs die dichterbij de reële prijs en met de mogelijkheid van een 'bestrafing' van de arts en anderzijds het opteren voor een goedkoper generisch of origineel geneesmiddel. In dat laatste geval zal de patiënt zelfs minder betalen dan vandaag.

Het mechanisme van de maximumfactuur zal vanzelfsprekend de toegang tot de duurste geneesmiddelen voor alle patiënten blijven garanderen.

08.03 Luc Goutry (CD&V): Ik dacht dat de maximumfactuur eerder in het leven was geroepen om de hoge kosten bij chronisch zieke patiënten af te toppen.

Er is al lang nood aan een sanering van de geneesmiddelenmarkt. De artsen en de patiënten moeten dan wel zo goed mogelijk worden geïnformeerd. Het kan ook nooit de bedoeling zijn dat de patiënten de dupe worden van de hervorming.

08.04 Minister Rudy Demotte (Nederlands): De ziekenfondsen hebben een rol te spelen bij de informatieverstrekking aan de patiënten. Ik zal hen daaraan nogmaals herinneren. De artsen beschikken van hun kant over heel wat informatie, maar deze is niet altijd volledig up to date.

Er wordt nu volop gewerkt aan een instrumentarium om de artsen zo snel mogelijk over de meest geactualiseerde informatie te laten beschikken met betrekking tot de evoluties in de geneesmiddelenmarkt.

Het is de bedoeling dat de artsen op de eerste plaats een duidelijk inzicht krijgen in het eigen voorschrijfgedrag. Bij vaststelling van een opvallend

le comportement prescripteur d'un médecin diffère de manière frappante de celui de ses confrères, il suivra l'intéressé de près. Des sanctions ne pourront être prises que si aucun changement n'est observé par la suite dans le comportement prescripteur du médecin concerné.

L'incident est clos.

09 Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transfert éventuel du Fonds 'Tabac' aux Communautés" (n° 7615)

09.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): La ministre flamande du Bien-être, Mme Inge Vervotte, a déclaré récemment que le fédéral s'était dit prêt à vérifier si les ressources du Fonds fédéral « Tabac » ne pourraient pas être transférées aux Communautés. Le ministre confirme-t-il qu'il s'est concerté à ce propos avec les Communautés ? Est-il disposé à transférer lesdites ressources ? Dans l'affirmative, suivant quel échéancier ?

09.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*): Cette question a déjà été abordée sous la législature précédente. Le Conseil d'Etat est opposé à un transfert intégral de ces ressources sans apport des entités fédérées. Aussi une proposition d'accord de coopération rédigée en septembre 2004 prévoyait-elle une clé de répartition pour ces cotisations des entités fédérées mais celles-ci l'ont refusée. En 2005, il a alors été décidé de maintenir à l'échelon fédéral les dépenses du Fonds, décision inspirée en partie par l'évolution de la réglementation fédérale sur le tabagisme.

En juin 2005, la question de l'opportunité de conclure un nouvel accord de coopération avec les entités fédérées s'est reposée dans l'optique des dépenses de 2006. S'il n'est plus question de transférer les ressources du Fonds « Tabac », en revanche nous envisageons une répartition des ressources existantes aux fins de la réalisation de projets communs sur le plan de la lutte contre le tabagisme.

Les entités fédérées fourniraient une contribution en nature au Fonds de lutte contre le tabagisme grâce aux actions qu'elles avaient déjà menées antérieurement. Reste à évaluer si cette approche permet de répondre aux observations du Conseil d'Etat. Nous poursuivrons la discussion dès le mois de septembre.

verschillend voorschrijfgedrag ten aanzien van de collega's, zal het Riziv de betrokkene van nabij volgen. Sancties kunnen slechts wanneer er dan nog altijd geen verandering in het voorschrijfgedrag te bespeuren valt.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een mogelijke overdracht van het Tabaksfonds naar de Gemeenschappen" (nr. 7615)

09.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Vlaams minister van Welzijn Vervotte verklaarde recent dat de federale overheid bereid is om na te gaan of de middelen van het federale Tabaksfonds niet kunnen worden overgeheveld naar de Gemeenschappen. Kan de minister bevestigen dat hij daarover heeft overlegd met de Gemeenschappen? Bestaat de bereidheid om de middelen over te hevelen? Zo ja, wat is de timing?

09.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Deze kwestie kwam al aan bod tijdens de vorige regeerperiode. De Raad van State is tegen een volledige overdracht van deze middelen zonder een bijdrage van de deelstaten. Een in september 2004 opgesteld voorstel van samenwerkingsakkoord voorzag daarom in een bijdragesleutel voor de deelstaten, maar werd door de deelstaten verworpen. In 2005 werd dan besloten de uitgaven van het Fonds federaal te houden, een beslissing die mee werd ingegeven door de evolutie van de federale tabaksreglementering.

In juni 2005 rees opnieuw de vraag naar een nieuw samenwerkingsakkoord met de deelstaten, dit met het oog op de uitgaven van 2006. Van een overheveling van de middelen is echter geen sprake meer, wel van een verdeling van de bestaande middelen voor het verwezenlijken van gezamenlijke projecten op het vlak van tabaksbestrijding.

De deelstaten zouden daarbij een bijdrage in natura leveren aan het Tabaksfonds door de acties die ze al eerder hebben gevoerd. We moeten nog evalueren of op deze manier de opmerking van de Raad van State wordt gerespecteerd. We zullen de discussie verder voeren vanaf september.

09.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Les déclarations de la ministre Vervotte étaient donc prématurées. Entre-temps, les autorités flamandes ont déjà attribué les crédits supplémentaires qui devaient provenir de ce fonds. Je continuerai à suivre ce dossier de près.

L'incident est clos.

10 Questions jointes de

- Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'analyse du Centre d'expertise sur les centres de référence" (n° 7657)
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise des soins de santé sur les centres de cardiologie de référence" (n° 7664)
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réorganisation des programmes de soins 'pathologie cardiaque B'" (n° 7889)

10.01 Maggie De Block (VLD) : Maintenant que nous sommes confrontés à une augmentation des dépenses de la sécurité sociale et des soins de santé, nous devons recourir à tous les moyens possibles pour contrôler les coûts. Selon le centre d'expertise, les "centres cardiaques semi-spécialisés", qui se bornent à établir un diagnostic après une coronarographie, n'apportent au patient aucune plus-value car il doit être ensuite réorienté vers un autre établissement spécialisé pour y faire l'objet d'un nouveau diagnostic dans le cadre des examens pré-opératoires.

A la suite de cet avis, le ministre va-t-il supprimer les centres cardiaques semi-spécialisés? Dans l'affirmative, quelles économies la mesure permettra-t-elle de réaliser?

10.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Seize des vingt centres cardiaques semi-spécialisés se trouvent en Wallonie. On peut donc également parler dans ce dossier de surconsommation à propos du sud du pays. Le niveau intermédiaire semi-spécialisé est le plus coûteux et il est de surcroît inefficace. Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

Le ministre a déjà laissé entendre dans les médias qu'il compte assainir les centres cardiaques. Quelles conclusions politiques tire-t-il de l'étude du centre d'expertise ?

10.03 Luc Goutry (CD&V) : Le texte du projet

09.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De verklaringen van minister Vervotte waren dus voorbarig. De Vlaamse overheid heeft intussen al extra middelen die uit dit fonds moesten komen, toegewezen. Ik blijf dit op de voet volgen.

Het incident is gesloten.

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de analyse van het Kenniscentrum inzake de referentiecentra" (nr. 7657)
- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het Kenniscentrum voor gezondheidszorg over de referentiehartcentra" (nr. 7664)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de reorganisatie van de zorgprogramma's 'cardiale pathologie B' " (nr. 7889)

10.01 Maggie De Block (VLD): Nu we geconfronteerd zijn met een stijging van de uitgaven in de sociale zekerheid en in de gezondheidszorg, moeten we alle mogelijke instrumenten gebruiken om de kosten onder controle te houden. Volgens het kenniscentrum bieden de 'halve hartcentra', waar men enkel een coronarografiediagnose kan doen, geen meerwaarde voor de patiënt, omdat de diagnose bij doorverwijzing toch opnieuw moet gebeuren in de gespecialiseerde instelling, als deel van het preoperatief onderzoek.

Zal de minister na dit advies de halve hartcentra afschaffen? Zo ja, welke besparing levert dit op?

10.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Zestien van de twintig halfgespecialiseerde hartcentra liggen in Wallonië. Ook in dit dossier is het dus bewezen dat er in het zuiden van het land sprake is van overconsumptie. Het halfgespecialiseerde tussenniveau is het duurste en bovendien nog inefficiënt. De cijfers tonen dat duidelijk aan.

De minister heeft in de media al te verstaan gegeven dat hij de hartcentra wil saneren. Welke beleidsconclusies trekt hij uit de studie van het kenniscentrum?

10.03 Luc Goutry (CD&V): In de tekst van het

d'arrêté royal fixe au 1^e janvier 2006 le démantèlement des centres cardiaques disposant d'un agrément partiel, entre autres. Une rationalisation s'impose, certes, mais les connaissances scientifiques ont aussi évolué : à l'étranger aussi, on a conclu qu'il était possible de proposer B1 (diagnostic) et B2 (thérapie d'intervention) sans B3 (chirurgie) parce que les tuteurs artériels peuvent soulager de nombreux patients dans le cadre de B2.

Des arguments valables ne plaident pas en faveur du maintien distinct d'un sous-programme B1. Le Conseil national des établissements hospitaliers souligne dans un avis la pertinence d'une reconversion de B1 en B2. Elle permettrait la pose immédiate d'un stent chez les patients souffrant de rétrécissements coronaires en procédant à une dilatation par ballonnet. Par dérogation à l'article 11, l'arrêté royal permet à un centre d'avoir plusieurs lieux d'implantation à condition qu'ils respectent tous les normes d'agrément.

Quel est l'état d'avancement du projet d'arrêté royal ? Quand sera-t-il publié ?

Le ministre envisage-t-il une reconversion des centres de diagnostic en centres de diagnostic et d'intervention ? Une centralisation à outrance pourrait nuire à une bonne répartition géographique. En cas de crise cardiaque foudroyante, le délai d'intervention est extrêmement réduit. Une trop forte concentration risque d'augmenter les délais de transport.

A ma connaissance, le moratoire de 1999 limitant le nombre de centres de cardiologie est toujours en vigueur. Quelle sera l'incidence de l'arrêté royal sur ce moratoire ? Certains hôpitaux qui se sont agrandis par fusion ne disposent pas d'un programme de cardiologie. Cette situation n'est pas normale.

Après le moratoire, d'autres centres ont-ils encore été agréés dans notre pays ? Dans l'affirmative, à quels endroits ? Quand l'autorisation a-t-elle été accordée ?

10.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je mets actuellement la dernière main à un arrêté royal modifiant les normes d'agrément du programme de soins cardiologie. Le point de départ de ma réflexion, à cet égard, a été la qualité des soins, bien plutôt que le souci de faire des économies. Il ressort des études menées que le risque de complications au cas où il est procédé à des dilatations augmente lorsque le cardiologue n'utilise pas cette technique suffisamment souvent

ontwerp wordt 1 januari 2006 vooropgesteld als datum voor onder meer de afbouw van de 'halve hartcentra'. Er moet natuurlijk een rationalisatie komen, maar de wetenschappelijke inzichten zijn ook geëvolueerd: men is ook in het buitenland tot de conclusie gekomen dat men B1 (diagnose) en B2 (interventietherapie) kan aanbieden zonder B3 (chirurgie), omdat veel mensen kunnen worden geholpen met stents in het kader van B2.

Er zijn goede argumenten om B1 niet afzonderlijk te laten bestaan. Het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen pleit voor een zinvolle upgradering van B1 naar B2. Op die manier kan men onmiddellijk bij mensen met coronaire vernauwingen via ballondilatatie een stent plaatsen. Het KB staat toe dat in afwijking van artikel 11 een centrum meerdere vestigingsplaatsen heeft op voorwaarde dat het voldoet aan alle mogelijke erkenningsnormen.

Hoever staat het met het ontwerp van KB? Wanneer wordt het gepubliceerd?

Overweegt de minister een upgrade van diagnosecentra naar diagnose- en interventiecentra? Door te veel te centraliseren kan de geografische spreiding in het gedrang komen. Bij een acute hartaanval is de interventietijd zeer beperkt. Te sterk concentreren kan de transporttijd verhogen.

Het moratorium van 1999 op het aantal hartcentra geldt bij mijn weten nog steeds. Wat zal de invloed zijn van het KB op dit moratorium? Bepaalde ziekenhuizen die door fusie groot zijn geworden, beschikken niet over een hartprogramma. Dit is niet normaal.

Zijn er na het moratorium nog centra in ons land erkend? Zo ja, waar? Wanneer werd de vergunning verleend?

10.04 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Ik leg de laatste hand aan een KB dat de erkenningsnormen van het zorgprogramma cardiologie wijzigt. Uitgangspunt is de kwaliteit van de zorg eerder dan wens om te besparen. Uit onderzoek blijkt dat de kans op complicaties bij het verrichten van dilataties toeneemt als de cardioloog deze techniek niet voldoende frequent uitvoert om de nodige ervaring op te bouwen. Vandaar dat ik enkel de centra wil behouden die boven een

pour acquérir l'expérience nécessaire. Voilà pourquoi je ne souhaite maintenir que les centres dont le taux d'activité est supérieur à un certain niveau.

Chaque centre de référence de médecine cardiaque doit, en outre, pouvoir proposer l'éventail complet des techniques diagnostiques et thérapeutiques. Les centres semi-spécialisés doivent disparaître. Dans un nombre très limité de cas, un centre B1 peut être élargi à un centre de référence complet en vue d'assurer l'accessibilité et de respecter la répartition géographique.

Bien que l'aspect qualitatif soit primordial, cette réforme permettra également la réalisation d'économies. Je ne veux toutefois pas me prononcer sur les montants en jeu. Il n'y aura aucun *upgrading* de tous les centres B1 existants en centres B2.

Outre l'étude du centre d'expertise, d'autres études encore montrent que les centres intégrés constituent une meilleure solution en ce qui concerne la prise en charge des accidents cardiaques.

En termes de résultats, on ne peut dire qu'une technique soit supérieure à une autre. Le centre d'expertise a montré que pendant la phase la plus dangereuse d'un infarctus du myocarde, le traitement thérapeutique par injections donne d'aussi bons résultats que la technique invasive. Si une technique donnée offre une plus-value thérapeutique, elle doit être choisie. En l'occurrence, les deux techniques sont équivalentes.

Il n'est pas rationnel de soigner un patient dans un centre B1 où il n'est envoyé que pour la coronarographie. Un centre B1-B2-B3 intégré est plus efficace. Les centres B2 pratiquent la pose de ballonnets et de stents et les centres B3, la chirurgie lourde. D'un centre B1, on peut être envoyé vers un centre intégré où il est procédé à une autre coronarographie. Il y a donc une perte de temps, d'efficacité et de moyens. Des études démontrent d'ailleurs qu'un centre B1-B2 semi-intégré présente également un danger, car une intervention chirurgicale lourde est parfois nécessaire après la pose d'un stent ou une dilatation par ballonnets.

Sous l'angle théorique, les inégalités entre le nord et le sud du pays ne m'intéressent pas. Je me préoccupe de l'efficacité. Les différentes études démontrent qu'en Wallonie, avoir un centre B1 au lieu d'un centre intégré n'est pas une bonne

bepaald activiteitsniveau uitstijgen.

Daarnaast moet elk hartreferentiecentrum het volledige gamma van diagnostische en therapeutische technieken kunnen aanbieden. De halfgespecialiseerde centra moeten verdwijnen. In een zeer beperkt aantal gevallen kan, met het oog op de toegankelijkheid en de geografische spreiding, een B1-centrum uitgebreid worden naar een volledig hartcentrum.

Hoewel het kwaliteitsaspect vooropstaat, zal deze hervorming inderdaad ook een besparing opleveren. Ik wil mij echter niet uitspreken over bepaalde bedragen. Er wordt niet in een upgradering van alle bestaande B1- naar B2-centra voorzien.

Naast de studie van het kenniscentrum bestaan er nog andere studies die aantonen dat geïntegreerde centra een beter antwoord bieden op de problematiek van de hartongevallen.

Men mag niet zeggen dat de ene techniek een beter resultaat oplevert dan de andere. Het kenniscentrum heeft aangetoond dat de therapeutische behandeling via insputingen even goed werkt als de invasieve techniek gedurende de gevaarlijkste fase van een hartinfarct. Indien een bepaalde techniek een therapeutische meerwaarde heeft, moeten we voor deze techniek kiezen. In dit geval zijn beide technieken echter evenwaardig.

Het is niet efficiënt dat iemand behandeld wordt in een B1-centrum, waar men enkel terecht kan voor coronografie. Er wordt beter gewerkt in het kader van een geïntegreerd B1-B2-B3-centrum. B2 is er om ballonnetjes en stents te plaatsen, B3 voor zware chirurgie. Vanuit een B1-centrum kan men naar een geïntegreerd centrum worden doorgestuurd, waar opnieuw een coronografie wordt uitgevoerd. Er gaan dus tijd, efficiëntie en middelen verloren. Studies bewijzen overigens dat ook een half geïntegreerd B1-B2-centrum gevaar oplevert, want na een stent of ballondilatatie is soms een zware chirurgische interventie nodig.

Onevenwichten tussen het noorden en het zuiden van het land interesseren me niet als men van een theoretisch standpunt uitgaat. Mij is het om efficiëntie te doen. De verschillende studies bewijzen dat een B1-centrum in plaats van een

solution. Il s'indiquerait peut-être de faire une exception pour une très vaste région comme le Luxembourg mais uniquement dans un souci d'efficacité et sur la base de données scientifiques.

10.05 Maggie De Block (VLD): Ces études supplémentaires pourraient-elles être mises à la disposition des commissaires ? Je me réjouis que le ministre se base, pour la confection de son arrêté royal, sur les études scientifiques et qu'il juge prioritaire la qualité des soins quoiqu'il aurait été souhaitable de dépenser plus efficacement les ressources disponibles.

Il ressort de l'étude réalisée par le centre d'expertise que le risque de complications ou de mort subite est plus grand si le patient subit une coronographie aux fins d'un diagnostic ou en préparation d'une intervention. La dextérité digitale et l'expérience revêtent la plus grande importance. Au demeurant, des compétences techniques très pointues s'imposent également dans d'autres domaines. Par conséquent, la plus-value de soins complètement intégrés sera de plus en plus manifeste. Il nous faut donc développer une stratégie en matière de fusions et de renvois. La taille modeste de notre pays nous le permet.

10.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Le ministre nous a donné une réponse très intéressante et motivée et a confirmé que cet assainissement est indispensable. Par ailleurs, la réforme était déjà planifiée indépendamment de l'étude du centre d'expertise. Le ministre annonce des exceptions en fonction de la répartition et de l'accessibilité. Quand ce dossier sera-t-il clarifié ? J'imagine que des problèmes peuvent également surgir dans les zones rurales de Flandre occidentale.

10.07 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais): La province du Luxembourg n'est en effet pas la seule concernée. Nous espérons être prêts après les vacances.

10.08 Luc Goutry (CD&V): Initialement, les programmes de soins cardiaques étaient éparés et aléatoires. La réglementation n'est apparue que plus tard. Le système n'est donc pas représentatif.

Selon les publications scientifiques, aucun pays ne propose plus une offre de soins totalement intégrés. Je ne suis pas opposé aux grands centres qui proposent un programme complet. Dans le projet d'arrêté royal, un centre B1 peut rester indépendant s'il est indispensable, même s'il est

géintegreerd centrum in Wallonië geen goede oplossing is. Misschien is er wel een uitzondering nodig voor een zeer grote regio als Luxemburg, maar dan enkel gebaseerd op efficiëntie en wetenschappelijke gegevens.

10.05 Maggie De Block (VLD): Misschien kunnen de bijkomende studies aan de commissieleden worden bezorgd. Ik ben blij dat de minister zich voor het KB op de wetenschappelijke studies baseert en de kwaliteit van de zorg prioritair vindt, al is een efficiëntere besteding van de middelen welkom.

Uit de studie van het kenniscentrum blijkt, dat er meer risico is op complicaties of een plotse dood als men een diagnostische en een preoperatieve coronografie ondergaat. Vingervaarigheid en ervaring zijn van het grootste belang. Overigens vinden zeer gespecialiseerde, technische vaardigheden ook in andere domeinen ingang. De meerwaarde van volledig geïntegreerde zorg zal dus steeds vaker blijken. We moeten een visie ontwikkelen inzake fusies en doorverwijzingen. Ons land is niet groot.

10.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De minister gaf een zeer interessant en onderbouwd antwoord en bevestigde dat het om een noodzakelijke sanering gaat. Bovendien was de hervorming al gepland los van de studie van het kenniscentrum. Op basis van spreiding en toegankelijkheid kondigt de minister uitzonderingen aan. Wanneer komt daar duidelijkheid over? Ik kan me voorstellen dat er ook in het landelijke West-Vlaanderen problemen kunnen rijzen.

10.07 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het gaat inderdaad niet enkel om Luxemburg. Hopelijk zijn we klaar na het reces.

10.08 Luc Goutry (CD&V): Cardiale zorgprogramma's kwamen er aanvankelijk her en der en toevallig. Pas later is men gaan reglementeren. Het gaat dus niet om een representatief systeem.

Uit literatuur blijkt dat geen enkel land nog alles met elkaar verbindt. Ik ben niet tegen grote centra die een heel programma aanbieden. In het ontwerp van KB blijft een apart B1-centrum om noodzakelijke redenen mogelijk als er een associatie is met een

associé à un centre B2 et B3. N'est-il pas préférable de procéder à la modernisation conjointe des centres B1 et B2 ? La chirurgie cardiaque n'est en effet généralement pas nécessaire. La modernisation peut être réalisée à la condition que le nombre de patients traités soit suffisant et que des normes d'agrément strictes soient respectées.

Le moratoire sera-t-il levé pour permettre l'ouverture de nouveaux centres de cardiologie ? Les centres qui doivent leur développement à des fusions peuvent-ils déposer une demande motivée pour encore pouvoir proposer un programme complet ? L'hôpital gantois Sint-Lucas compte 800 lits alors qu'il ne propose pas de programme de cardiologie.

10.09 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Ce dernier point doit être examiné dans le cadre de la réforme de la cardiologie. Nous levons le moratoire si le besoin s'en fait sentir. Je ne puis apporter de réponse avant les vacances.

Le Conseil national des établissements hospitaliers consulte également la littérature internationale à laquelle M. Goutry fait référence. Ceci est paradoxal car le Conseil défend également les établissements en tant que tels. Ma mission est de défendre l'intérêt général.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 12h44.

B2- en B3-centrum. Is een upgrade van B1 en B2 samen niet beter? Hartchirurgie is in veel gevallen immers niet nodig. Voorwaarde voor de upgrade is wel dat voldoende patiënten behandeld worden en dat aan strenge erkenningsnormen is voldaan.

Zal het moratorium worden afgeschaft, zodat er hartcentra kunnen bijkomen? Kunnen centra die door fusies groot werden een gemotiveerde aanvraag indienen om alsnog een volledig programma aan te bieden? Het Gentse Sint-Lucasziekenhuis telt 800 bedden, maar heeft geen cardiaal programma.

10.09 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): Die laatste kwestie moet worden bekeken in het kader van de hervorming van de cardiologie. We heffen het moratorium op als dat nodig is. Ik kan niet antwoorden voor het reces.

Ook de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen gebruikt de internationale literatuur waarnaar de heer Goutry verwijst. Dat is enigszins dubbelzinnig, want de Raad verdedigt ook de instellingen *as such*. Ik moet het algemeen belang verdedigen.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.44 uur.