

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 24 OCTOBRE 2006

DINSDAG 24 OKTOBER 2006

Après-midi

Namiddag

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

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

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

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

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

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

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

Ik heb voor u de volgende, concrete vragen.

Welke acties ondernam de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle?

Onderzocht u of de reanimatietechnieken eventueel in de referentiebedragen kunnen worden geïntegreerd? Zo ja, hoe gaat dat? Zo nee, waarom kan het niet?

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

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

Aangezien deze studie in 2005 werd gefinaliseerd en gepubliceerd, komt ze voor in het jaarrapport 2005 van

het RIZIV. De toelichting in het jaarrapport 2005 van het RIZIV heeft dus betrekking op dezelfde gegevens als de gegevens waarover u mij in 2005 al ondervroeg.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Slachthuizen, dagelijkse keuring: 4 inspecties per jaar.

Uitsnijden: 12 tot 18 inspecties per jaar.

Inrichtingen voor de vervaardiging van gehakt vlees, vleesbereidingen en separatorvlees: 12 inspecties per jaar.

Vleesverwerkende industrie: 4 inspecties per jaar.

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

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

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bestaat er in onze voorstellen enkel een one-waysysteem? Ja. Is er een beroep mogelijk voor het arbeidshof? Ja. Men heeft dus in onze tekst in een beroep voorzien. U moet ook weten dat uit de publieke opinie blijkt dat men nog niet zeer goed begrepen heeft dat een no-faultsysteem niet betekent dat er penaal gesproken niemand meer vervolgd kan worden. Die mogelijkheid blijft natuurlijk altijd bestaan.

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

03.03 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb nog een klein

vraagje betreffende het fonds. Komt er een soort fonds? Hoe groot ziet u dat? Wordt het een soort parastatale? Welk statuut zal het krijgen?

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

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

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

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

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

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Président: Yvan Mayeur.

Voorzitter: Yvan Mayeur.

Ten derde, het verstrekken van informatie aan consumenten over de manier waarop een dier werd geslacht – met of zonder voorafgaande verdoving – kan nuttig zijn. In België zijn het informeren van consumenten en de etikettering van producten gedeelde bevoegdheden met mijn collega's bevoegd voor Economie en Consumentenbescherming. Ik ben dan ook van plan met hen te overleggen over de opportuniteit en de haalbaarheid van dergelijk initiatief.

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

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

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

Ten vijfde, de controles op het dierenwelzijn in de voedselketen worden uitgevoerd door het FAVV op basis van een controleprogramma opgesteld door de FOD VVVL. Wat betreft de slachtingen in slachthuizen wordt een permanent veterinaire toezicht georganiseerd door het FAVV op de aspecten van zowel dierenwelzijn als van voedselveiligheid. Voor de slachtingen in erkende slachtplaatsen ter gelegenheid van het Offerfeest wordt een permanent veterinaire toezicht georganiseerd door de gemeentelijke overheid en voert het FAVV

steekproefgewijze controles uit.

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

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

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

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

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

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

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

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

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

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

Vanmiddag hebben mijn collega Maggie De Block en ikzelf toevallig een studie onder ogen gekregen waarin

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

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

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

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

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

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

Ten eerste, men weet dat het aantal type 2-diabetici zal toenemen in de komende jaren. Daarover is iedereen het eens. U koppelt de terugbetaling van insulineanalogen aan het rapport van het Kenniscentrum over type 2-diabetenzorg. In feite handelt dit rapport niet over de terugbetaling van insulines, perorale antidiabetica of andere noodzakelijke geneesmiddelen voor diabetespatiënten. Dit rapport is een wetenschappelijk project dat een tiental aanbevelingen formuleert voor de globale geïntegreerde aanpak van de diabetenzorg voor deze grote groep van patiënten. De diabeteseducatie en de diabetesopvolging zijn hierin essentieel, wat ik persoonlijk ook onderschrijf.

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

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

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

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

Op uw derde vraag heb ik reeds geantwoord in mijn antwoord op uw eerste vraag. Ik herinner u aan een discussie die in Duitsland aan de gang is over de meerkosten van de kortwerkende insulineanalogen, naar aanleiding van een kritisch overheidsrapport daarover, de rapid acting insuline analogus for the treatment of diabetes meritus type 2 finally rapport assignment nr. AO5O4 van 12 april 2006. Datzelfde Duitse kenniscentrum heeft ook een studie beloofd over de langwerkende insulineanalogen, bericht van "Zum Bericht langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes meritus Type 2". Het laatste woord over de meerwaarden en meerkosten van de insulineanalogen is mijns inziens nog niet gevallen.

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

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

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

07 Samengevoegde vragen van

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

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

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

Tegen het advies in van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen – men heeft daarover trouwens

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

Enkel voor Arlon werd onder het mom van de 60-kilometerregel in een uitzondering voorzien. Dit heeft onder meer tot gevolg dat het AZ Damiaanziekenhuis van Oostende voortaan geen patiënten meer kan helpen met een percutane ballondilatatie of een stenting. Dit is een ziekenhuis met ruim 400 bedden dat heel de Westkust bedient in de zomer omdat daar duizenden toeristen aanwezig zijn.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'arrêté royal du 1^{er} août 2006 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixe les normes auxquelles les programmes de soins "pathologie cardiaque" doivent répondre pour être agréés et prévoit, en son article 11 dernier alinéa, une dérogation qui stipule que "les programmes partiels B1-B2 peuvent être conjointement exploités sans programme partiel B3, pour autant qu'il n'y ait pas de site dans lequel est exploité un autre programme de soins B dans un rayon de 60 km."

Monsieur le ministre, je tiens à saluer votre initiative qui concerne le Luxembourg, où il y a un besoin réel en

la matière. Je vous en remercie donc très sincèrement. Toutefois, j'ai plusieurs questions à vous poser.

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

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

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

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

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

07.04 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, ce n'est pas la première fois que nous vous interrogeons sur ce sujet et ce ne sera sans doute pas la dernière!

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

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

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

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

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

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

pensez-vous?

Troisième préoccupation: le risque de complication.

Selon vous, l'existence, même rare, du risque de complication implique que les interventions ne puissent être pratiquées que dans des centres intégrés, à savoir ceux qui comportent la chirurgie cardiaque. D'après des praticiens de terrain, la survenance – rare – de ce type de complication nécessite de toute façon un temps de préparation de la salle de chirurgie et du chirurgien, temps qui pourrait être mis à profit pour un transfert éventuel d'un centre B1-B2 vers un centre intégré.

Que dites-vous de cette approche?

Enfin, ma quatrième préoccupation a trait au budget.

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

Quel est votre sentiment sur ce dernier point?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ik de punten 1, 2 en 3 van uw vraag te hebben beantwoord.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dat u activiteitsquota wil, is evident. Daarmee zijn wij het volledig eens. Wij hebben dus geen probleem met de activiteitsvolumes, maar ons grote punt van kritiek is dat u per se een operatief centrum van hartchirurgie op dezelfde site als B2 wil, terwijl in alle internationale literatuur vandaag staat dat het voorkomen van complicaties verwaarloosbaar laag is. De tijd die verloren gaat om patiënten te verplaatsen brengt dus meer risico's met zich mee dan het voorkomen van complicaties bij B2. In Oostende doet men dat al jaren. Daar gebeuren ongeveer 1.400 ingrepen per jaar en men heeft daar geen complicaties. Er zijn geen problemen. De mensen worden daar wel snel en veilig geholpen. Waarom veranderen wij dan in godsnaam?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

07.21 Rudy Demotte, ministre: Voilà!

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

07.23 Rudy Demotte, ministre: Ce qu'on demande, c'est d'en créer davantage et vous, vous dites que le projet risque d'en créer plus! Vous dites exactement le contraire, alors que finalement nous sommes d'accord!

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

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

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

Vous avez répondu à une partie de mes questions.

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

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

07.26 Rudy Demotte, ministre: (...)

07.27 Benoît Drèze (cdH): C'est une question à laquelle vous n'avez pas explicitement répondu mais j'entends que Mme Tilmans ne lâche pas prise. Pendant les vacances parlementaires, le partenaire libéral vous a-t-il demandé de remettre le dossier sur la table? Manifestement oui mais sans résultat, semble-t-il, puisque vous campez sur vos positions.

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

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

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

07.30 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu à la question sur les

comparaisons internationales relatives à l'excédent de centres. Il s'agit de la comparaison des centres B3.

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

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

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

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

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

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

07.33 Rudy Demotte, ministre: Non. (...), on fait une thrombolyse. On stabilise le patient et il est amené à l'hôpital. Ce que vous dites n'est donc pas vrai. On ne perd pas de temps. On perd du temps lorsqu'on l'amène dans un mauvais hôpital qui n'a pas la structure nécessaire pour le faire. Dans ce cas, on perd du temps et de l'argent. Aujourd'hui, on amène des gens dans des hôpitaux qui ne disposent pas des techniques spécialisées. On y fait des tests, et puis, - je fais le geste, mais je ne prononcerai pas le mot – on l'envoie seulement dans un autre hôpital. Dans ce cas, on perd de l'argent. Voilà la vérité!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mijnheer de minister, de registratie van het vaccin tegen baarmoederhalskanker Gardasil werd eind juli door het Europese bureau voor de geneesmiddelenregistratie (EMA) goedgekeurd. Wellicht is het vanaf volgend jaar beschikbaar op de markt. In feite zijn er twee vaccins die waarschijnlijk zowat simultaan op de markt kunnen komen. Beide vaccins bieden in 70% van de gevallen bescherming tegen het humaan papillomavirus, dat de belangrijkste oorzaak is van baarmoederhals-, schaamlip- en vaginakanker. Jaarlijks worden hier 600 vrouwen getroffen door die kanker, waarvan de helft met dodelijke afloop daar het om een zeer agressieve vorm van kanker gaat.

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

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

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

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

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

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

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

09.03 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de minister, het is toch prettig om vast te stellen dat zowel

Europese rapporten, richtlijnen als rapporten van het Kenniscentrum hetzelfde doel voor ogen hebben. Ook voor de patiënt blijkt het soms beter te zijn om een op het eerste gezicht duurder onderzoek te ondergaan. Men moet alles op termijn bekijken. Bij CT-scans is er sprake van bestraling en ook de contraststoffen zijn agressiever en meer allergiserend. Ik denk dat het in het voordeel van de patiënt is dat men tot een aanpassing komt van de guidelines.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

11 Samengevoegde vragen van

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

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

11 Questions jointes de

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

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

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

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

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

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

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

Welke resultaten worden er nu behaald inzake verbetering of genezing?

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

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

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

11.02 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik zal het heel kort houden. Graag een stand van zaken met betrekking tot het evaluatieonderzoek over de CVS-referentiecentra in België. Heel wat CVS-patiënten blijven immers op hun honger en worden geconfronteerd met te dure en niet-terugbetaalbare onderzoeken, medicatie en dergelijke, om nog te zwijgen over de extra onkosten voor

voedingssupplementen, huishoudhulp en zo verder. Die mensen zijn eigenlijk een beetje ten einde raad en vragen een perspectief. U hebt bij vorige vragen steeds verwezen naar het evaluatieonderzoek ter zake. Graag dus een stand van zaken.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De behandelingsprognose is minder goed bij een lange ziektegeschiedenis. In tegenstelling tot evidencebasedpublicaties, waarnaar ik zonet heb verwezen, is de patiëntenpopulatie van de centra ook minder geselecteerd. De referentiecentra behandelen bijvoorbeeld ook patiënten met comorbide, psychiatrische pathologieën. Toch roepen de minder goede resultaten de vraag op of de behandeling, onder meer naar de vorm ervan, niet anders moet worden verstrekt om betere resultaten te behalen. Zouden er bijvoorbeeld niet meer individuele zittingen moeten worden verstrekt? Dat is een van de vragen die werd gesteld.

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

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

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

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

Daardoor zullen zij slechts op middellange termijn gerealiseerd kunnen worden.

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

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

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

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

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

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

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Voorzitter: Luc Goutry.
Président: Luc Goutry.*

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

Vanmorgen heb ik mij niet aangesloten bij de vragen over de pediatrie, maar ik heb mijn vraag gesteld omdat ze toch wel een beetje in dezelfde lijn zit. De vraag rijst of het 'd'office' goed is dat we naar

schaalvergrotingen gaan. Is het goed dat een bepaald aantal pediatrieafdelingen moet sluiten, en dat alles gecentraliseerd wordt in grote ziekenhuizen? U kent mijn mening daarover; ik denk dat ik daar al twee jaar lang zeer duidelijk in ben. Toen ik afgelopen zomer dat onderzoek las, voelde ik mij eigenlijk een beetje gesterkt door de analyses die in Nederland werden gemaakt. Het gaat namelijk de richting uit die mijn buikgevoel al aangeeft: voor zaken die niet complex zijn, moet je niet altijd in de grote ziekenhuizen zijn.

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

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

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

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

14 Questions jointes de

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

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

14 Samengevoegde vragen van

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

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

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

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

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

14.02 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de Rodin-stichting en gaat lichtjes een andere richting uit dan de vraag van collega Mayeur.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ik kan enkel zeggen dat de uitvoering van het federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik, dat ik stuur, volledig losstaat van deze stichting. Ik denk dat dit duidelijk is.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aan de kant van de Franstalige Gemeenschap hebben 174 personen zich ingeschreven, waarvan 172 op valabele wijze. Dat cijfer ligt onder de grenswaarde waarbij het examen moet worden georganiseerd. Dit jaar zullen er dus 172 Franstalige gediplomeerde kinesitherapeuten toegang krijgen.

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

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

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

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

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

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

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

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

15.04 Minister Rudy Demotte: (...)

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

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

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

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

De **voorzitter**: Collega's, ik roep even op tot overleg. Ik zie dat de heer Ducarme al de hele tijd geduldig zit

te wachten. Voorzitter Mayeur heeft hem gezegd dat hij zijn vraag nog zou kunnen stellen, dus dat we nog tot dat agendapunt zouden doorwerken. Eerst komt er nog een punt samengevoegde vragen van mezelf en mevrouw Vautmans. We kunnen dus nog twee agendapunten behandelen. Voorzitter Mayeur heeft aan de heer Ducarme gezegd dat er gewerkt zou worden tot aan agendapunt 37.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.00 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17.00 heures.