

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

MERCREDI 13 DÉCEMBRE 2006

WOENSDAG 13 DECEMBER 2006

Matin

Voormiddag

De vergadering wordt geopend om 10.14 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.
La séance est ouverte à 10.14 heures et présidée par M. Luc Goutry.

01 Question de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Cinacalcet" (n° 12498)

01 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Cinacalcet" (nr. 12498)

01.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, j'avais déposé cette question il y a déjà un certain temps, mais l'agenda a été tel que c'est seulement aujourd'hui que je vous la pose. Elle concerne le "Mimpara", qui est le nom commercial du Cinacalcet. Ce nouveau médicament appartient à la classe pharmacothérapeutique servant au traitement des conséquences de l'hyperparathyroïdie secondaire chez les patients dialysés atteints d'insuffisance rénale chronique ainsi qu'au traitement des patients souffrant d'hypercalcémie à cause de leur hyperparathyroïdie, notamment lorsqu'ils sont atteints d'un cancer de la parathyroïde.

Un premier dossier de demande de remboursement a été introduit à la fin de l'année 2004, mais la procédure s'est clôturée en septembre 2005 par un avis négatif par manque d'accord du ministre du Budget. En conséquence, un deuxième dossier de demande, limitant davantage les conditions de remboursement et dont l'impact budgétaire était plus réduit, a été introduit. Son examen semble toujours en cours.

Je souhaitais donc savoir quel était l'état d'avancement du dossier au sein de la CRM et du ministère du Budget. Ensuite, quelles sont les possibilités de remboursement du Mimpara à l'avenir?

01.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le député, en réponse à votre question, j'ai le plaisir de vous informer que je viens d'envoyer à la firme une notification positive pour sa demande d'accès au remboursement du Cinacalcet, soit le Mimpara. Il reste à obtenir l'avis du Conseil d'État avant la publication au Moniteur belge.

Nous pouvons donc raisonnablement dire que le remboursement effectif est attendu pour le premier trimestre 2007.

01.03 Daniel Bacquelaine (MR): Je me réjouis de cette réponse. J'ajouterais simplement que, dans les pays voisins, le Mimpara est remboursé depuis deux ans. Cela pose de nouveau la question de la rapidité de l'accessibilité des médicaments les plus novateurs en Belgique, en comparaison de notre environnement européen.

01.04 Rudy Demotte, ministre: Comme vous l'avez judicieusement souligné, je rappelle que c'est le département du Budget qui avait fait obstacle à la satisfaction de cette demande. En d'autres temps, nous aurions pu incriminer les procédures mêmes, mais ce n'est pas le cas ici.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Question de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la méthodologie utilisée par l'INAMI lors de l'enquête quinolones" (n° 12615)

02 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door het RIZIV gebruikte methode bij het onderzoek naar het chinolone-voorschrijfgedrag" (nr. 12615)

02.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, cette "enquête quinolones" me pose problème. En effet, nous entrons dans une phase de confusion entre, d'une part, ce qui est étude d'une situation pour envisager d'éventuelles mesures à prendre et, d'autre part, une enquête relative à la prescription. Finalement, nous aboutissons à une situation où les médecins hésitent eux-mêmes quant à savoir s'ils font l'objet d'une étude ou d'une enquête. En effet, s'il s'agit d'une étude, ils doivent pouvoir donner leur aval à cette participation alors que, dans le cas d'une enquête, ils doivent la subir. Bien sûr, ils disposent néanmoins de moyens de défense, d'ailleurs renforcés dernièrement par la loi Santé.

Ainsi, 200 médecins semblent avoir été choisis aléatoirement par la cellule d'évaluation médicale du service de contrôle (SECM) avant de recevoir la visite d'un médecin inspecteur de l'INAMI, dont je rappelle qu'il est titulaire d'un mandat d'inspecteur de police judiciaire.

Ces circonstances amènent donc le sentiment qu'il s'agit bien d'une enquête sur leurs prescriptions, basée sur des indices d'abus en la matière, alors que, par ailleurs, il est prétendu qu'il ne s'agit que d'une simple étude, d'un coup de sonde pour alimenter une étude sur les prescriptions de quinolones, sans notion de culpabilité pour abus de prescriptions. Le malaise est réel, comme on l'a déjà beaucoup dit.

Ne serait-il pas temps de fixer les limites entre ce qui est étude, nécessitant donc l'aval des participants, et ce qui est enquête pour suspicion d'abus de prescriptions, deux attitudes qu'il convient de distinguer radicalement?

02.02 **Rudy Demotte**, ministre: Monsieur le président, monsieur le député, dans le contexte, je dois rappeler que, depuis de nombreuses années, la Belgique se situe parmi les pays les plus prescripteurs d'antibiotiques en pratique ambulatoire, même si des progrès ont été observés, il faut aussi le rappeler. Il y a eu une confusion suite à la dernière publication, mal interprétée, des résultats d'une enquête qui avait notamment été menée par une équipe de l'Université d'Anvers.

Des campagnes régulièrement adressées au public et aux médecins ont été réalisées ces dernières années. Des feed-back sont également envoyés aux médecins qui communiquent leur niveau de prescription - c'est une sorte de monitoring dont tout le monde est satisfait - en fonction de leur patientèle et sont mis en comparaison avec les médecins de leur GLEM dans leur région. On compare également par rapport aux moyennes nationales.

Plusieurs GLEM ont analysé ces feed-back. Ces mesures ont entraîné une diminution réelle des prescriptions globales d'antibiotiques. Cependant, la prescription d'antibiotiques de la classe des quinolones, et plus particulièrement celle dite de la troisième génération, reste à un niveau très élevé et constitue donc un problème en termes de santé publique et au niveau des dépenses.

Au niveau de la santé publique, un usage immodéré et non ciblé des antibiotiques entraîne un problème de résistance de plus en plus préoccupant. Au niveau budgétaire, ces quinolones présentent un coût très important par rapport à des molécules plus anciennes qui, dans la plupart des indications, sont recommandées par les études de type 'evidence based medicine'.

C'est le contexte dans lequel le Comité d'évaluation et de contrôle médical a décidé de réaliser une évaluation de la prescription de quinolones en médecine générale. Le but de cette évaluation est de connaître les conditions réelles desdites quinolones dans la pratique de terrain. La prise de connaissance du dossier du patient et un dialogue avec le prestataire permettent de connaître les circonstances réelles de la prescription. Cette connaissance devrait permettre de déterminer, si nécessaire, les moyens les plus pertinents pour mieux cibler les prescriptions en tenant compte de la réalité de terrain de la médecine générale.

Comme vous venez de le signaler, parmi les prescripteurs de quinolones, 200 médecins ont été choisis de façon aléatoire pour participer à cette évaluation. Il ne s'agit en rien de prescripteurs hors normes mais bien de prescripteurs ordinaires. En cas de refus de participation, les médecins inspecteurs signalent ce refus au comité du SECM, présidé par un magistrat et composé de représentants des mutualités et de la profession concernée via les syndicats médicaux. Ce comité peut prendre des sanctions devant un tel refus. Le cas ne s'est pas présenté dans le cadre d'une évaluation.

En ce qui concerne la pertinence du recours au SECM, antérieurement, il était uniquement chargé du contrôle. Ces missions ont été étendues à l'évaluation dans le but, justement, de mieux connaître le terrain et de se donner les moyens de rendre les contrôles éventuels plus pertinents.

C'est dans cette optique que le service réalise des évaluations dans différents domaines. L'évaluation des quinolones étant la première de ce type en médecine générale, la communication maladroite a pu occasionner une confusion entre les deux missions du SECM. Je tiens à mettre les choses clairement au point. Un communiqué de l'INAMI a d'ailleurs expliqué qu'il s'agit d'une évaluation et non d'un contrôle et qu'aucune sanction ne sera prise dans ce contexte. Voilà ce que je tenais à préciser.

02.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il importe, en effet, de préciser les choses et de fixer les limites. En effet, les médecins peuvent à un certain moment ressentir cette évaluation comme un véritable contrôle. Dès lors, il conviendrait peut-être que le médecin inspecteur de l'INAMI informe le médecin de terrain lorsqu'il se présente chez lui.

Je me permettrai d'ajouter une remarque sur les quinolones pour les avoir personnellement expérimentées dans le cadre de la formation médicale continue. Quand on demande à ceux qui sont censés détenir la science en la matière et qui dispensent la formation continue universitaire, ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas, parce que le patient continue à tousser malgré un antibiotique à large spectre, la réponse est d'emblée la quinolone de troisième génération!

À cet égard, un problème se pose également, car on met en concurrence, d'une part, l'information scientifique que reçoit le médecin et, d'autre part, le contrôle et l'évaluation qui, finalement, se basent sur quoi? Les médecins de terrain ont ainsi de plus en plus de difficultés à pouvoir faire la part des choses entre la nécessité d'utiliser les moyens les plus récents de la science que leur enseigne le code de déontologie d'ailleurs et des impératifs budgétaires qui, parfois, tiennent compte d'autres critères et placent le médecin dans une situation extrêmement difficile.

02.04 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, le débat est très intéressant.

Monsieur Bacquelaine, je partage votre point de vue selon lequel il ne faudrait pas tout mettre sur le dos de la sur-prescription qualitative. En effet, il n'est pas question ici des coûts, mais de l'aspect santé publique des quinolones. Il est instructif de lire la littérature consacrée aux risques liés notamment aux polyrésistances liées elles-mêmes à l'usage impropre de quinolones. C'est cette problématique qui doit nous préoccuper davantage que la question des coûts budgétaires.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Samengevoegde vragen van

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitblijven van een bescherming van de titel van psychotherapeut" (nr. 12535)

- mevrouw Hilde Vautmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bescherming van de titel van psychotherapeut" (nr. 12660)

03 Questions jointes de

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de protection du titre de psychothérapeute" (n° 12535)

- Mme Hilde Vautmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la protection du titre de psychothérapeute" (n° 12660)

03.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, dit onderwerp kwam al vaker aan de orde in deze commissie. Reeds jaren dringt de sector aan op een betere bescherming van het beroep en, vooral, van de titel van psychotherapeut, om te voorkomen dat mensen misbruikt zouden worden door onbevoegde

hulpverleners, wat in het verleden dikwijls het geval geweest.

De minister kondigde bij herhaling aan dat hij deze toestand wettelijk zou regelen. Daarover is er onder meer nog een groot colloquium geweest enkele maanden geleden. Inmiddels staan we aan de vooravond van de legislatuur en er is geen enkel wettelijk initiatief op dit ogenblik voldoende rijp en gedragen om tot een aanvaardbare en goede oplossing te leiden tijdens deze legislatuur. Tijdens het colloquium in juni is bovendien voldoende duidelijk geworden dat er een groot verschil in opvatting is tussen de zogenaamde Vlaamse strekking bij de psychotherapeuten en de Franstalige. De standpunten blijken nogal ver uit elkaar te liggen en er circuleren ook aparte teksten over.

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken in dit dossier? Hoe zult u de Vlaamse en Franstalige standpunten dichterbij elkaar kunnen brengen en verzoenen? Waarom kiest u niet voor een eenvoudige en snelle bescherming door de titel voor te behouden aan academisch gevormden en een beperkte categorie gelijkgestelden, zoals ook door uw voorgangers in een ontwerp vroeger voorgehouden?

03.02 Hilde Vautmans (VLD): Mijnheer de minister, het is geleden van eind vorig jaar, begin dit jaar dat we hierover samen met Dylan Casaer meermaals van gedachten hebben gewisseld. U weet dat ik zitting heb in de opvolgingscommissie sekten, waar heel duidelijk de noodzaak gebleken is om de titel van psychotherapeut te beschermen. Het is een van die aanbevelingen.

Ten tweede heeft de Kamer een heel goed document gemaakt over de stand van zaken van de bescherming van de titel van psychotherapeut in verschillende landen. Daaruit blijkt duidelijk dat in heel veel landen rondom ons die titel wel degelijk beschermd is.

In uw vorige antwoord zei u dat u eraan werkt en dat u met de sectoren heeft overlegd. Hoever staat u daarmee? Wanneer mogen wij het wetsontwerp in de Kamer verwachten?

In welke richting gaat het? Zoals de heer Gouty zei, is er inderdaad een verschil in visie tussen Nederlandstaligen en Franstaligen. Uit een schrijven van de beroepsverenigingen, dat ik heb ontvangen, blijkt dat zij wel degelijk achter de wet staan om de titel te beschermen, maar inhoudelijk verschillen zij wel van mening. Hoe zult u die verschillende meningen verzoenen?

03.03 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, eerst en vooral wil ik verduidelijken dat ik uit alle adviezen die de betrokken beroepsmensen over het dossier uitbrachten, ook tijdens het colloquium dat ik in de maand april 2006 over het onderwerp organiseerde, nooit heb kunnen opmaken dat er van een echte, communautaire breuk in het debat sprake is.

De tekst die ik uitwerkte, heeft inderdaad een debat op gang gebracht. Dat geldt eveneens voor de teksten die mijn voorgangers tijdens de vorige legislatuur hebben voorgesteld en waarnaar u verwijst.

Dat wil echter niet zeggen dat in bedoelde teksten een Nederlandstalig of Franstalig standpunt terug te vinden is. De tekst die ik heb opgesteld, wordt momenteel op een interkabinettenvergadering besproken. Zoals ik net zei, gaat het er niet om een oplossing te vinden die het Nederlandstalige of het Franstalige standpunt verdedigt. Het debat wordt immers veeleer gevoerd door de vertegenwoordigers van de verschillende beroepen, stromingen en scholen.

Dat ook psychotherapeuten bij de erkende en gereguleerde beroepstitels moeten worden opgenomen, is net het dringendste punt in het debat. De beroepen van psycholoog en psychiater zijn bovendien reeds gereguleerd.

Het gevaar voor de patiënt bestaat momenteel dus eerder in het feit dat om psychotherapeut te worden, geen enkele opleiding of garantie is vereist. Eerder dan dat psychologen of weinig subtiele artsen misbruik zouden maken

De oplossing waarnaar u verwijst, is dan ook ontoereikend om het probleem van de veiligheid van de patiënten op het terrein op te lossen..

Om een preciezer antwoord op bepaalde vragen van mevrouw Vautmans te verschaffen, kan ik, ten slotte, zeggen dat de tekst van het wetsontwerp momenteel, zoals ik al zei, nog steeds op interkabinettenvergaderingen wordt besproken. Ik hoop de tekst voor het einde van de legislatuur aan de

Ministerraad te kunnen voorleggen.

03.04 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik begrijp wat u bedoelt en politiek vertaald betekent het dat het dossier is verdrongen. Het dossier zit al zolang in de kabinetten en het kwam al in zoveel colloquia aan bod dat ik er geen oplossing meer van verwacht in de weinige tijd van drie of vier maanden die ons nog rest.

Het is nochtans jammer omdat het gevaar bestaat dat de niet-bescherming van deze titel betreffende een belangrijke hulpverlening aan personen, een chronisch probleem of een verziekt dossier wordt dat op de duur nooit meer opgelost geraakt.

Daarom stel ik voor om te kiezen voor de minimale oplossing en niet voor de maximale waarbij men een totaal nieuw hoofdstuk maakt in het KB 78 rond geestelijke gezondheidszorg. Nee, ik wil onmiddellijk bescherming bieden in het KB 78 en in de reeds bestaande teksten ter bescherming van medische beroepen. Ik wil een minimale bescherming bieden aan degenen die academisch gevormd zijn en die het diploma van psycholoog of psychotherapeut hebben. Achteraf kan men nog een debat voeren, al zullen de verschillende meningen en zienswijzen volgens mij moeilijk te verenigen zijn. Daarom is er een arbiter nodig die boven de partijen staat en minimaal bepaalt wat gedaan wordt, zodat tenminste de patiënt al beschermd is tot er een oplossing ten gronde komt. Ik betreur dit en ik herhaal dat hoe langer het probleem blijft aanslepen, hoe moeilijker de oplossing zal zijn.

03.05 Hilde Vautmans (VLD): (...)

U zegt dat u het ontwerp voor het einde van de legislatuur indient bij de Ministerraad. Ik zou het nog heel graag hier in het Parlement willen bespreken. Ik denk dat we daarom op een iets striktere timing moeten mikken. Wij hebben met de commissie Sekten – er is hier niemand aanwezig die daaraan deelnam – de klemtoon erop gelegd dat dit werkelijk noodzakelijk is, als men ziet hoeveel gebedsgenezers en alternatieve genezers zich op die markt begeven, met schadelijke sektarische praktijken. Dit is geen wet om een wet te hebben. Het is weldegelijk een noodzaak om die schadelijke zaken te kunnen aanpakken.

Ik zou alleen willen vragen dat u aan de interkabinettenwerkgroep vraagt om een duwtje te geven aan dit dossier, zodat het misschien in januari of februari door de Ministerraad kan worden behandeld en we het hier nog in het Parlement kunnen bespreken.

Ik denk echt dat het een noodzaak is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Wij komen thans aan de samengevoegde vragen van de heren Chevalier en Mortelmans. De heer Mortelmans is evenwel niet aanwezig en gelet op het grote aantal vragen moeten wij vaart maken. Ik geef aldus het woord aan de heer Chevalier.

04 Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaststelling van paramyxo bij duiven" (nr. 12692)

04 Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence du virus paramyxo constatée chez des pigeons" (n° 12692)

04.01 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, voor de goede orde van de werkzaamheden wil ik u meedelen dat ik op mijn vraag nr. 12700, onder punt 5 op de agenda, tijdens een vorige commissievergadering reeds een antwoord heb gekregen. Die vraag mag dus worden geschrapt.

Ik had mijn huidige vraag laten uitstellen op verzoek van collega Mortelmans die vandaag echter niet aanwezig is. Deze vraag werd inderdaad al een tijdje geleden ingediend. Dat wil echter niet zeggen dat we intussen geen andere nuttige zaken hebben gedaan in de commissie voor de Volksgezondheid. Wij zijn wellicht een van de commissies met het hoogste aantal vergaderuren achter de kiezen.

Mijnheer de minister, met betrekking tot de ziekte Newcastle Disease die werd vastgesteld in Koningshooikt, verneem ik graag van u wat de stand van zaken in dit dossier is.

04.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Chevalier, de ziekte van Newcastle of de pseudovogelpest is een besmettelijke virale ziekte waarvoor ongeveer alle vogelsoorten – wilde en gedomesticeerde – gevoelig zijn. De ziekte wordt veroorzaakt door een virus waarvan verscheidene stammen bestaan.

Op grond van de in het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie op de betreffende duif uitgevoerde analyse, kon een besmetting worden vastgesteld met een paramyxovirus van type I – de duivenvariant – dat ook pathogeen is voor deze vogels. De wilde duiven, waar de ziekte endemisch voorkomt, zijn de bron van de besmetting van de door particulieren gehouden duiven.

Om de verspreiding van de ziekte te vermijden, moet al het pluimvee in een straal van 500 meter rond dit geval worden opgesloten. Daarnaast worden ook de bioveiligheidsmaatregelen aangepast. Daarbij moeten voetbaden met een ontsmettingsvloeistof worden geplaatst aan de in- en uitgangen van de gebouwen waarin vogels of pluimvee zijn ondergebracht. De dieren moeten door een dierenarts worden gevaccineerd en het is verboden vogels en eieren te vervoeren. Tot slot zijn ook verzamelingen van vogels verboden. In het verleden kon geen enkel geval van besmetting van kippen met een paramyxovirus van type I – de duivenvariant – worden aangetoond. Uit voorzorg zijn de hierboven beschreven maatregelen toch van toepassing in de betreffende gebieden. Deze maatregelen blijven gedurende ten minste eenentwintig dagen van kracht. De betrokken personen krijgen een brief van de burgemeester waarin alle maatregelen worden weergegeven.

Het vaccin tegen de ziekte van Newcastle verzekert een goede bescherming tegen de ziekte, al is het niet voor 100%. De vaccinatie tegen de pseudovogelpest is verplicht voor alle uitbatingen met meer dan honderd stuks pluimvee en voor alle duiven die deelnemen aan vluchten en verzamelingen. Sinds het begin van de verplichte vaccinatie heeft België geen gevallen van de ziekte van Newcastle gekend in de professionele pluimveehouderij. Er worden echter wel vrij frequent gevallen ontdekt bij duiven. Deze gevallen zijn meestal te wijten aan een inadequate vaccinatie in combinatie met een regelmatige blootstelling aan het paramyxovirus.

Ten laatste, aangezien mensen niet vatbaar zijn voor dit virus houdt het optreden van deze ziekte geen enkel gevaar in voor de volksgezondheid.

04.03 **Miguel Chevalier** (VLD): Mijnheer de minister, hoewel ik u dank voor het antwoord, kan ik me niet van de indruk ontdoen dat niet alleen mijn vraag, maar ook uw antwoord een beetje gedateerd zijn. Wellicht steekt het antwoord reeds lang in de map.

Het is wenselijk dat de commissie een stand van zaken krijgt over een aantal aandoeningen. Die communicatie kan later ook in de media verschijnen. Wat is de stand van zaken met betrekking tot bijvoorbeeld de vogelgriep. Wat zijn de mogelijke maatregelen die kunnen worden genomen?

We leven in een raar klimaat. Trekvogels blijven en anderen arriveren niet. Misschien is het nuttig van uw diensten een stand van zaken te krijgen over alle aandoeningen waar dieren het voorbij jaar slachtoffer van geworden zijn.

04.04 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik wens te preciseren dat de actualisering van de vraag dateert van 12 december.

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

05 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg betreffende de kans om een operatie te ondergaan"** (nr. 12746)

05 **Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur la probabilité de subir une opération"** (n° 12746)

05.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, deze vraag dateert van oktober. Zij gaat over een toen vrij recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg inzake de kans op de uitvoering van een operatie.

Als wij het dossier technisch bekijken, zijn er toch nogal wat verschillen, mijnheer de minister. De twee soorten operaties waar de grootste verschillen zijn, zijn de carotisoperatie, de fameuze operaties waarbij allerlei harttoestanden en slagadervernauwingen aangepakt worden, en de artroscopie van de knie, een bepaalde kijkoperatie bij de knie. Als wij kijken wat er concreet gebeurt, zien wij uiteraard een aantal grote verschillen per regio. Die zijn nogal communautair gekleurd en ik zeg u heel eerlijk – ik heb er geen probleem mee, want ik heb die studie aandachtig bekeken – dat de scheidingslijnen niet altijd communautair lopen, maar dat er af en toe wel een variatie is waarbij de scheidingslijn tussen oost en west loopt. Dat is een nuance in het dossier.

Maar, het meest fundamentele, mijnheer de minister, is dat ten gronde noch op wetenschappelijke basis, noch op demografische basis die grote verschillen verantwoord kunnen worden. In die zin leek het mij voldoende nuttig toch nog even met het dossier bij u langs te komen, al was het maar om in eerste orde te vragen naar de politieke conclusies die u als minister, bevoegd voor dat beleidsdomein, uit dat rapport trekt.

Er is nog een vraag, mijnheer de minister, en die is misschien nog iets meer politiek gekleurd en nog een stuk moeilijker, omdat wij weten dat wij de laatste maanden van deze legislatuur ingaan. Wij hebben in het Parlement en in onze commissie al zeer veel gepraat over uitsluitende terugbetaling van evidence based medicine, wat wetenschappelijk erkend is als de beste praktijk. Vandaar toch die iets stoutere vraag, ook al nadert het einde van de legislatuur, of u wel of niet uw beleid wil bijsturen en nagaan of er niet beter alleen wordt terugbetaald wat wetenschappelijk erkend is als de beste praktijk gelet op de beperkte middelen.

05.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Bultinck, in de studie van het Federaal Kenniscentrum waarnaar u verwijst wordt vastgesteld dat er wat betreft de acht bestudeerde interventies, een gemiddelde jaarlijkse groei van ongeveer 5% is. Vergeleken met gegevens van de OESO worden er in België relatief veel ingrepen verricht, meer dan wat in het licht van de vergrijzing van de bevolking zou kunnen verwacht worden. Er worden geografische verschillen vastgesteld. Wat de zorgvraag betreft, toont de studie aan dat de waargenomen verschillen slechts ten dele door de incidentie van de pathologie verklaard worden. Anderzijds wordt er zelden een formeel oorzakelijk verband gevonden tussen socio-economische factoren - zoals inkomenspeil, alleenstaande zijn, werkloosheid - en het aantal ingrepen. Wat het zorgaanbod betreft, wordt de hypothese dat het aanbod de vraag doet stijgen niet bevestigd.

Algemeen stelt het rapport dat het verklarend vermogen van het model zwak is, waarschijnlijk omdat men met geaggregeerde of met indirecte gegevens moest werken. Ten slotte is het niet steeds mogelijk om uit statistische gegevens een causaal verband af te leiden. Het is niet omdat er een correlatie gevonden wordt dat die ook het oorzakelijk verband aantoont.

Uit de resultaten van deze studie concludeer ik dat er belangrijke verschillen tussen de regio's aangetoond werden. Deze verschillen kunnen maar ten dele verklaard worden door demografische of socio-economische factoren of door het zorgaanbod. Samenwerking met de beroepsgroepen zal dan ook noodzakelijk zijn om deze gegevens kritisch te analyseren. De ondersteuning van evidence based handelen is zeker een element in dit proces. Dit dient in overleg te gebeuren.

05.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, uiteraard dank ik u, beleefdheidshalve, voor uw antwoord.

Ik heb de indruk, als ik politiek de analyse van uw antwoord maak, dat u een technisch correct maar een politiek zeer voorzichtig antwoord geeft. Dat is voor ons, als politici, het meest cruciaal. U erkent inderdaad dat er een aantal verschillen tussen de regio's zijn, ook in onderhavig dossier.

U zegt dat u voorzichtig de lijn van terugbetaling van hetgeen wetenschappelijk erkend is als de beste praktijk handhaaft. Het blijft wel een antwoord dat u een aantal erkenningen verleent, dat u een aantal voorzichtige stappen "in de richting van" doet. Ik kan dat voor een stuk begrijpen. Ik kan dat plaatsen, omdat u zelf ook beseft dat het het einde van de legislatuur is en dat we dus geen wonderen meer hoeven te verwachten over de bijsturing van het beleid.

Hoe dan ook denk ik dat we toch op deze cruciale lijn verder moeten: gezien de beperktheid van de middelen, moeten wij naar een systeem waarbij we alleen terugbetalen wat wetenschappelijk als beste praktijk erkend is.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 12782 van mevrouw Lejeune, die samengevoegd was met vraag nr. 12769 van de heer Chevalier, werd ingetrokken.

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de blokkering van griepvaccins" (nr. 12769)
- de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nevenwerkingen van het griepmedicijn Tamiflu" (nr. 13060)

06 Questions jointes de

- M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêt de la distribution de vaccins contre la grippe" (n° 12769)
- M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets secondaires du médicament antigrippe Tamiflu" (n° 13060)

06.01 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, iedereen heeft vandaag de mond vol over het einde van de legislatuur. Ik stel vooral vast dat wij op het einde van het jaar zijn en dat griep langzaamaan oprukt. Dat is misschien het eerste probleem dat wij moeten aanpakken.

Mijnheer de minister, ik zou u willen voorstellen om mij een antwoord te geven op vraag nr. 12769 en vraag nr. 13060. Die gaan immers beide over griep en over hoe men griep moet aanpakken.

De **voorzitter**: Mijnheer Chevalier, u mag u beide vragen ineens stellen.

06.02 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de minister, mijn eerste vraag gaat over de blokkering van griepvaccins. Nadat een aantal mensen overleden is ten gevolge van een hartstilstand nadat ze werden ingeënt met een griepvaccin, heeft het Federaal Geneesmiddelenagentschap uit voorzorg 86.000 griepvaccins geblokkeerd.

Mijnheer de minister, ik heb ondertussen ook geleerd dat er een aantal ziektegevallen is geweest in Frankrijk in de voorbije jaren. Telkens waren er twee à drie gevallen per jaar van mensen die ernstige zenuwaandoeningen overhouden aan het toedienen van een griepvaccin. Ze werden daardoor ernstig ziek. Ik had graag van u geweten of u over gegevens beschikt die aantonen dat dit ook in ons land het geval is.

Dan heb ik nog een bijkomende vraag. Wij hebben hier in de commissie heel vaak gepraat, gediscussieerd over het aanleggen van reserves, over hoe wij een epidemie moeten aanpakken, hoe wij ons moeten bufferen tegen een epidemie. Alle gegevens die ons nu bereiken over nevenwerkingen, over Tamiflu, het vaccin waarvan ook hier sprake is, en over Vaxigrip van het Franse bedrijf Sanofi-Pasteur-MSD. In hoeverre hebben die voorraden liggen? In hoeverre is er een bedreiging voor de voorraad die wij liggen hebben? Komen wij daar niet in de problemen voor onze preventieve aanpak.

Ik kom dan aan mijn vraag over het medicijn Tamiflu. Ik heb vorig jaar vastgesteld dat heel wat collega's hier in het Parlement preventief Tamiflu zijn beginnen slikken. Misschien hebben de gebeurtenissen van de laatste weken in een aantal partijen voor enig effect gezorgd. Mijnheer de minister, hebt u kennis van de nevenwerkingen van Tamiflu?

Er is een advies van de Europese geneesmiddelenautoriteit. Mijn probleem ter zake is het volgende. Wij hebben reserves aangelegd. Wij hebben massaal aangekocht. Moeten wij niet gaan zoeken naar alternatieve geneesmiddelen, als blijkt dat het medicijn een ander effect tot gevolg heeft dan het beoogde effect?

06.03 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, ik beschik inderdaad over verschillende resultaten. Ik beschik over de resultaten van het onderzoek van de bevoegde overheid in Israël waaruit gebleken is dat er geen oorzakelijk verband is tussen de sterfgevallen die daar gesignaleerd werden en de vaccinatie tegen seizoensgriep met het griepvaccin van Sanofi-Pasteur-MSD.

Ik heb de bevestiging van de firma Sanofi-Pasteur-MSD dat het lot bestaande uit 86.000 griepvaccins op de Belgische markt niet hetzelfde lot is als datgene waarmee de patiënten in Israël werden gevaccineerd.

De blokkering van de griepvaccins zal de bevoorrading in België helemaal niet in het gedrang brengen. Ten eerste, het ging slechts over 86.000 griepvaccins op een totaal van meer dan 2.500.000 dosissen bestemd voor ons land. Ten tweede, het werd 24 uur na de blokkering alweer opnieuw vrijgegeven. Als gevolg kan verwacht worden dat die maatregel geen impact heeft op de verdeling van de griepvaccins. Het is niet nodig griepvaccins te bestellen bij andere producenten. Alle producenten van griepvaccins op de Belgische markt werden reeds aangesproken om hun leveringscapaciteit te verhogen. Een contingent leveringen zal geleidelijk leiden tot een beschikbaarheid van 2.573.000 dosissen.

Voorts werd tot op heden geen enkel oorzakelijk verband gevonden tussen de toediening van Tamiflu en symptomen van psychiatrische aard zoals hallucinaties, gedragstoornissen, zelfs in het politieke veld. Het Europees Geneesmiddelenagentschap benadrukt dat het evalueren van dergelijke symptomen tijdens een Tamiflu-behandeling moeilijk is om volgende redenen. Andere geneesmiddelen worden vaak op compromitante wijze met Tamiflu gegeven. Patiënten met griep en hoge koorts kunnen lijden aan symptomen van psychiatrische aard. Dat is in het bijzonder het geval voor kinderen en bejaarde patiënten. De rol van het directoraat-generaal Geneesmiddelen is de veiligheid, de kwaliteit en de doeltreffendheid van de geneesmiddelen op de Belgische markt te waarborgen.

Op wereldniveau wordt op dit ogenblik bijzondere aandacht besteed aan het eventuele risico van het uitbreken van een grieppandemie. Daarom voert het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking voor geneesmiddelen voor humaan gebruik, het zogenaamde BCGH van het directoraat-generaal Geneesmiddelen in nauwe samenwerking met de Europese bevoegde instanties zoals EmeA, een versterkte controle uit op de geneesmiddelen die voorzien zijn in het kader van het grieppandemieplan. Voor de betrokkenen geneesmiddelen zowel antiviraal als voor vaccins wordt een wekelijks overzicht gemaakt van de ongewenste effecten en een eventuele weerstand. Dat overzicht wordt aan alle betrokken partijen bezorgd. Sinds de invoering van de versterkte controle werd het BCGH van geen enkel ongewenst effect op de hoogte gebracht.

Tamiflu, dat oraal wordt ingenomen en Relenza, dat wordt geïnhaleerd, worden voor de behandeling van de infectie ingevolge een virus influenza A en B gebruikt. Relenza zou een alternatief kunnen zijn indien een ongewenst effect van Tamiflu wordt vastgesteld.

06.04 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de minister, uit uw antwoord leid ik af dat het waarschijnlijk de opeenvolging van verschillende peilingen is, maar niet Tamiflu, die bepaalde politici doet hallucineren.

Wat ik vooral belangrijk vind en onthoud uit uw antwoord is dat men de bevolking en de artsen zeer goed moet inlichten en dat men zeer omzichtig moet omspringen met de toediening van griepvaccins. Via navraag bij een aantal ziekenhuizen heb ik vernomen dat zich elk jaar een aantal patiënten aandienen die ongewenste effecten ervaren nadat hen een griepvaccin werd toegediend. Ik denk dat we in onze communicatie veel meer de doelgroepen zullen moeten aflijnen en duidelijk moeten stellen wie wel in aanmerking komt voor een griepvaccin en wie daar geen behoefte aan heeft en in geval van griep met iets anders behandeld kan worden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaststelling van het BFM 2006-2007 van de ziekenhuizen" (nr. 12788)

07 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fixation du BMF 2006-2007 des hôpitaux" (n° 12788)

07.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister; collega's, jaarlijks worden door de administratie van de FOD Volksgezondheid aan de ziekenhuizen nieuwe budgetten toegekend ter dekking van de investerings- en de werkingskosten. Op 28 juli 2006 werden de ziekenhuizen in kennis gesteld van het budget financiële middelen of BFM voor het dienstjaar 2006-2007. De datum van inwerkingtreding van de budgetten voor het nieuwe dienstjaar is normaal 1 juli 2006. Zij werden pas in kennis gesteld op 28 juli, dus ruim laatijdig. Dat maakt het voor de ziekenhuizen onmogelijk om een verantwoord financieel beleid te voeren en efficiënt met de beschikbare middelen om te gaan.

De procedure die volgt op de kennisgeving van het voorstel tot budget voor het dienstjaar 2006-2007

voorziet er ook in dat de ziekenhuizen een termijn van dertig dagen hebben waarbinnen zij een bezwaarschrift kunnen indienen op de voorstellen die hun werden gedaan. Bij aanvaarding van de bezwaren kan dat aanleiding geven tot een aanpassing van het budget. De termijn waarvan sprake, vangt aan op het ogenblik dat het koninklijk besluit op de vaststelling van het budget 2006-2007 in het Staatsblad is verschenen. Zo loopt de procedure.

Tot op vandaag is dat besluit echter nog niet gepubliceerd, bij mijn weten. Bij ontstentenis van de publicatie kunnen de ziekenhuizen hun bezwaarschriften op het budgetvoorstel in feite niet formuleren. Aan de voorwaarde – het moet eerst verschenen zijn in het Staatsblad – is niet voldaan. De procedure tot afhandeling van al die bezwaardossiers kan dus niet worden opgestart.

Het aanbrengen van correcties aan de budgetvoorstellen kan slechts op twee ogenblikken in het jaar gebeuren – dat is belangrijk –: op 1 januari en op 1 juli van het jaar. Met de opgelopen vertragingen is het onmogelijk dat de aanpassingen van het budget ten gevolge van aanvaarde bezwaarschriften – die pas ingediend kunnen worden na publicatie in het Staatsblad – nog zou kunnen gebeuren op 1 januari 2007. Dat zou dus betekenen dat de definitieve budgetten voor 2006-2007, met als toepassingsdatum 1 juli 2006, pas op 1 juli 2007 zullen kunnen worden toegekend. Zo ontstaat er natuurlijk structurele achterstand.

Die vertragingen maken dat de ziekenhuizen in de onmogelijkheid zijn om een degelijk verantwoord financieel beleid te voeren. Ik wil u er overigens op wijzen dat er ook nog een grote achterstand is in de herziening van de budgetten uit het verleden. Momenteel worden de dossiers behandeld voor de periodes 1999, 2000 en 2001; die worden nu pas herzien. Dat is dus een achterstand van ruim zeven jaar, wanneer ik meereken tot wanneer de betaling zal kunnen gebeuren. Dat is bedrijfseconomisch onverantwoord en het zou in de profitsector reeds lang geleid hebben tot financiële problemen. In de ziekenhuissector wordt echter verondersteld dat men zich aanpast of zorgt voor prefinanciering.

Mijnheer de minister, daarom heb ik de volgende vragen voor u.

Ten eerste, bevestigt u mijn stelling dat het budget veel te laattijdig aan de ziekenhuizen werd bezorgd, namelijk een maand te laat? Wat is de oorzaak van die laattijdigheid? Welke maatregelen zult u nemen om dat te voorkomen?

Ten tweede, wanneer zal het besluit op de financiering worden gepubliceerd? Of zou dat al gepubliceerd zijn? Wanneer zullen de budgetten ten gevolge van de ingediende bezwaarschriften worden aangepast? Vermoedelijk kan dat niet op 1 januari, maar pas op 1 juli 2007.

Ten derde, wat is de stand van zaken aangaande de herziening van de budgetten uit het verleden, aangezien nu nog maar de dossiers worden behandeld uit 1999, 2000 en 2001?

07.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Gouty, de regelgeving met betrekking tot de ziekenhuisfinanciering is jaarlijks aan verandering onderhevig. Nieuwe maatregelen met een budgettaire impact worden jaarlijks goedgekeurd tijdens het begrotingsconclaaf van oktober. Voorts zijn er ook jaarlijks verfijningen in de regelgeving. Eens die formaliteiten goedgekeurd en vastgelegd zijn, kan de administratie beginnen met het verzamelen van de gegevens, het ontwerpen van het KB, de start van de administratieve procedure en het maken van de berekeningen. Dat neemt ettelijke maanden in beslag. Bovendien is de goedkeuring van de inspecteur van Financiën en de minister van Begroting nodig. Dat alles maakt het onmogelijk een vroegtijdige betekening in het begin van het jaar te doen.

Sinds de invoering van de budgetbetekeningen op 1 juli, werden de budgetten steeds bekendgemaakt in de maanden juni of juli van het jaar, zodat 2006 hierop geen uitzondering vormt. Idealiter – indien alle goedkeuringen van de Inspectie van Financiën en van Begroting tijdig zouden gegeven worden – zou de betekening van het BMF aan de ziekenhuizen reeds in de maand juni moeten kunnen gebeuren. In de toekomst zal nauwlettend gevolgd worden dat de timing binnen een aanvaardbare termijn wordt gerealiseerd.

Ten tweede, het KB tot wijziging van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststellingen en de vereffening van het BMF met de wijzigingen vanaf 1 juli 2007, werd vorige week gepubliceerd. Op 30 oktober heeft de minister van Begroting haar akkoord verleend.

De ziekenhuizen werden via een in december 2005 verstuurd omzendbrief reeds tijdig en op voorhand

geïnformeerd over de wijzigingen inzake de berekeningen en de modaliteiten van het BMF op 1 juli 2006. De opmerkingen betreffende het budget toegekend vanaf 1 juli 2006, zullen geïntegreerd worden op 1 juli 2007, via inhaalbedragen.

Ten derde, de herzieningen voor 1999, 2000 en 2001 zijn in de eindfase, doch een beslissing van de Ministerraad tijdens een begrotingsconclaf is nodig om te bepalen hoe dat zal gebeuren, ofwel via integratie in het BMF zelf via de inhaalbedragen met spreiding over meestal twee jaar, ofwel via de procedure van betaling van een eenmalig inhaalbedrag.

07.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik begrijp eruit dat u verbetering belooft voor de toekomst. U spreekt over de maand juni. Dat zou natuurlijk een zege voor de ziekenhuizen zijn. Vooral de publicatie van het koninklijk besluit is belangrijk. Dat werd godzijdank vorige week al gepubliceerd. Vanaf dan pas kan men de bezwaarschriften beginnen in te dienen. Daarvoor krijgt men een zekere termijn. Die termijn zal 1 januari 2007 al voorbij zijn, laat staan dat men ten gevolge van de bezwaarschriften tegen dan al de budgetten kan herzien, laat staan dat wijzigingen al in de betalingschijf van januari 2007 kunnen worden opgenomen. Dan is het natuurlijk niet meer mogelijk. Dat wordt automatisch zes maanden later. Men betaalt immers slechts twee keer per jaar. Dat wordt dus 1 juli 2007. U zegt dat men dat zal corrigeren en inhalen. Uiteindelijk is dat dan wel met een jaar vertraging. Dat jaar vertraging komt bovenop de vertraging die er sowieso structureel al is. Nu gaat het om dossiers van 1999, 2000 en 2001, die zich in de eindfase bevinden. Ze moeten wel nog naar de Ministerraad. Zo geraken wij nooit uit die bijna vicieuze cirkel van structurele achterstand, die niet onder uw beleid is ontstaan, maar die dateert van vroeger. Wij kunnen echter niet anders dan de bevoegde minister daarover aanspreken. U verbindt er zich toe hieraan de nodige aandacht te besteden, zodat hierin verbetering komt.

Ik heb een laatste opmerking, mijnheer de minister. U zegt dat de herziening van 1999, 2000 en 2001 pas op de Ministerraad zal kunnen komen tijdens het begrotingsconclaf. Moet ik daaruit besluiten dat dat bij de eerstvolgende begrotingscontrole in het voorjaar zal zijn? Of zijn er nog ministerraden met begrotingsconclaven in het vooruitzicht?

07.04 Minister Rudy Demotte: Dat kan optimaal gebeuren bij de eerste begrotingscontrole in 2007.

07.05 Luc Goutry (CD&V): Laten we hopen dat het dan juni 2007 wordt, waardoor de achterstand "slechts" zou oplopen tot een jaar.

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

08 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het terugbetalen door ziekenfondsen van wellnessactiviteiten" (nr. 12822)

08 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement par les mutuelles d'activités de bien-être physique" (n° 12822)

08.01 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, collega's, ik zou een open deur intrappen als ik zeg dat de gezondheidszorg vandaag veel ruimer wordt ingevuld dan vroeger, dus ook met lichaamsbeweging en gezonde voeding en zo. Die actieplannen en aandachtspunten horen vooral in de privésfeer thuis. Ik heb een aantal mooie pakjes voor onder de kerstboom gevonden van een organisatie die u wel kent: well day, teddy ready, lifestyle optieker en dergelijke meer. Het kan niet op, het aantal verpakkingen dat men ons dezer dagen toestuurt.

Ik heb de indruk dat men op die manier toch wat gaat hengelen naar jonge, gezonde gezinnen en men zich in toenemende mate richt op een nieuw marktsegment. Men kan het zo gek niet bedenken om klanten van elkaar af te snoepen. Ik denk dat dit niet direct de kerntaak is van een ziekenfonds of wat het zou moeten doen. Na het zien van deze reclames heb ik dus enkele vragen.

Bent u op de hoogte van deze nieuwe trend? Bent u zinnens bijzondere maatregelen uit te vaardigen of controles uit te laten voeren zodat ziekenfondsen hun lijnen eens wat duidelijker kunnen uitzetten? Hoe kunt u de bevolking de garantie geven dat het opbod tussen ziekenfondsen geen meerkost genereert voor de verplichte ziekteverzekering? Dit zou toch geruststellend zijn.

08.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, de wet van 6 augustus 1990 betreffende de

ziekenfondsen en hun landsbonden verwijst naar de definitie van het begrip gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie om het werkingsgebied van ziekenfondsen te omschrijven. Deze definitie is ruim doordat ze niet enkel slaat op de bevordering van het fysieke welzijn, maar ook op de bevordering van het psychische en sociale welzijn.

Ik ben er uiteraard van op de hoogte dat de ziekenfondsen in het kader van hun diensten van de aanvullende verzekering tussenkomsten bieden in de kostprijs van sportieve activiteiten en wellnessactiviteiten, alsook in de aankoopprijs van sommige voedingsproducten. Ik herinner eraan dat het de algemene vergaderingen van de ziekenfondsen zijn, samengesteld uit verkozen leden, die in het raam van hun statutaire autonomie, de diensten vastleggen die zullen ingericht worden, de voordelen die zullen toegekend worden, alsook de voorwaarden waaronder deze worden toegekend.

Overigens moet worden opgemerkt dat de controledienst voor de ziekenfondsen en hun landsbonden enkel kan weigeren een statutaire bepaling goed te keuren indien deze strijdig is met een wettelijke of reglementaire bepaling, of wanneer deze het financiële evenwicht van de desbetreffende dienst van het ziekenfonds of van de entiteit zelf in gevaar brengt.

Ter zake deel ik u mee dat bij het onderzoek van statutaire bepalingen van verscheidene mutualistische entiteiten de controledienst meende dat de loutere tussenkomst in de prijs van een aansluiting bij een sportclub niet kaderde in de bevordering van het fysieke, psychische en sociale welzijn. In elk van zijn arresten gevelde in 2002 in het raam van beroepen die werden ingediend tegen die beslissingen was de Raad van State echter van oordeel dat de controledienst die beslissingen ten onrechte trof en heeft hij die vernietigd. Het klopt dat het begrip gezondheid zoals omschreven door de WGO tot uiteenlopende interpretaties kan leiden.

Ik laat u overigens opmerken dat sommige voordelen die aangehaald werden in uw vragen zich veeleer richten tot de jongste leden terwijl andere zich veeleer tot minder jonge leden richten.

Wat de financiële weerslag ervan betreft op het niveau van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, moet benadrukt worden dat in toepassing van de wet van 6 augustus 1990 op boekhoudkundig vlak een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen de verrichtingen die vallen onder de verplichte verzekering en deze die ingericht worden in het raam van de vrije en aanvullende verzekeringen.

Bovendien vestig ik uw aandacht erop dat de acties ten gunste van de bevordering van de gezondheid zouden moeten bijdragen tot een vermindering van de uitgaven op het niveau van de verplichte verzekering. Dat is overigens de reden waarom een deel van de administratiekosten van de verplichte verzekering wordt toegekend op basis van de evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstelling op het vlak van de verwezenlijkte inspanningen met het oog op de bevordering van de gezondheidsopvoeding en het ontmoedigen van het gebruik van minder dure geneeskundige verzorgingsformules, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de verstrekte verzorging.

08.03 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, de Raad van State heeft het de controledienst blijkbaar toch moeilijk gemaakt. Enkele jaren geleden kon men er strenger op toezien dat er zo geen klanten werden afgesnoept. Ik ben toch van oordeel dat de lijnen opnieuw strenger zullen moeten worden uitgezet, om geen devaluatie te krijgen waarbij men alle soorten wellnessactiviteiten gaat steunen. Het kan toch niet dat men een oververhit bad, bij wijze van spreken, gaat terugbetalen. Daar zijn andere manieren voor, meen ik. In elk geval dank ik u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dierenasielen" (nr. 12823)

09 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les refuges pour animaux" (n° 12823)

09.01 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, vandaag laat de Belgische overheid de opvang van verloren gelopen of afgestane dieren over aan vrijwilligers. Ze gaat ervan uit dat dit meestal mensen van goede wil zijn, maar er zitten daar toch een aantal halve oplichters tussen. De overheid

doet bijna aan outsourcing naar het onbekende. Er is wel een koninklijk besluit van 17 februari 1997 dat richtlijnen bevat voor het oprichten en uitbaten van asielen. De bevoegdheid voor het erkennen van dierenasielen ligt volgens mij bij DG4 van de FOD Volksgezondheid.

Op het terrein merken we echter een groeiende instroom van verwaarloosde dieren naar de asielen. Meermaals wordt melding gemaakt van import van afgedankte honden uit het circuit van hondenrennen. Ik heb mij laten vertellen dat die honden uit Spanje komen. Er worden ook vaak goedkope, maar ongesocialiseerde Oostblokpups ingevoerd. Die worden vaak geplaatst bij goedmenende particulieren, maar die dieren zijn heel moeilijk opvoedbaar.

Er is dringend nood aan een gestructureerde aanpak van deze steeds toenemende problematiek. Dit heeft te maken met het verhaal van rechten en plichten. Heel wat onbezonnen dierenliefhebbers kunnen op de markt bij wijze van spreken alle dierenrassen kopen die zij maar willen, maar wanneer zij erop uitgekeken zijn, willen zij snel van het dier af. Als er niet snel een nieuw baasje voor dat dier wordt gevonden, geeft dat wel een probleem. Er blijft dan immers maar een oplossing over, het dier euthanaseren, en dat wil niemand.

Mijnheer de minister, ik heb mij laten vertellen dat de toestand in de dierenasielen schrijnend is. Daarom wens ik u enkele vragen te stellen.

Bent u bereid een nieuwe regeling uit te werken om excessen bij het oprichten en uitbaten van dierenasielen aan banden te leggen? Indien ja, welke?

Welke maatregelen zult u nemen om de grote toevloed van huisdieren vanuit buiten- en binnenland naar de asielen aan banden te leggen? Op een vraag van collega De Groote hebt u geantwoord dat u een groot onderzoek zou laten uitvoeren naar de invoer van pups uit het Oostblok.

Ten slotte, bent u van plan bijzondere maatregelen uit te vaardigen om toekomstige eigenaars ertoe aan te zetten twee keer na te denken vooraleer zij een huisdier aanschaffen? Indien ja, op welke manier zou dat kunnen gebeuren?

09.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Verhaegen, de huidige wetgeving voorziet in uitgebreide erkenningsvoorwaarden voor de inrichting en uitbating van dierenasielen en bepaalt met name dat er voldoende en bekwaam personeel moet zijn. Die laatste regel is niet verder uitgewerkt omdat er in ons land geen erkende opleiding voorhanden is voor uitbaters van dierenasielen. Dit is inderdaad geen ideale toestand. Tot dusver waren er evenwel geen problemen.

Mijn diensten onderzoeken de mogelijkheden om een opleiding te organiseren. Er werd contact gelegd met een buitenlandse organisatie, maar het is ook belangrijk om na te gaan of een dergelijke opleiding voor een honderdtal asielhouders en medewerkers budgettair haalbaar is.

Hoe dan ook, de excessen waarover u spreekt, zijn inderdaad zeer beperkt, worden door mijn diensten vrij vlot ontmaskerd en, indien mogelijk, snel verholpen. Het gros van de asieluitbaters bestaat nog steeds uit hardwerkende vrijwilligers, die het goed menen met de dieren.

Er rijzen inderdaad ethische vragen bij de invoer van asielhonden uit het buitenland, terwijl de Belgische dierenasielen meer dan vol zitten en genoodzaakt zijn om duizenden honden te laten inslapen. Net als voor de commerciële invoer van pups zijn de wettelijke mogelijkheden om deze aanvoer een halt toe te roepen zeer beperkt. Ik heb mijn diensten opgedragen te onderzoeken of deze activiteiten niet als commerciële activiteit beschouwd kunnen worden, waarbij verenigingen en dierenhandelszaken erkend zouden moeten zijn. Vanzelfsprekend biedt dit geenszins een antwoord op het eeuwige probleem dat de invoer van honden veroorzaakt. Het schept evenwel voor het brede publiek ten minste duidelijkheid over de praktijken en de doelstellingen van de enen en de anderen.

Er werden reeds vele opeenvolgende maatregelen genomen om de handel in gezelschapsdieren onder controle te krijgen en het dumpen van dieren in asielen tegen te gaan. Zo werd in 1996 de verkoop van honden en katten op markten verboden, om impulsaankopen tegen te gaan en dit kanaal voor de verkoop van minder kwaliteitsvolle dieren te stoppen.

In 1997 volgde dan een koninklijk besluit met erkenningvoorwaarden waaraan alle spelers in de gezelschapsdiersector moeten voldoen, zijnde de fokkers, handelaars, asielen en pensions.

In datzelfde besluit werden de voorwaarden voor de verhandeling van dieren vastgelegd en werd met name ook een schriftelijke waarborg bij de verkoop van honden en katten verplicht. Ook werd de minimale verkoopleeftijd op 7 weken vastgelegd.

Om een ongebreidelde kweek door particulieren af te remmen, werd op hetzelfde moment een verbod op publiciteit voor de verkoop van honden en katten van kracht. Alleen erkende fokkers, handelaars en asielen mogen sedertdien nog vrijuit reclame maken. Alle, andere partijen kunnen dat nog slechts doen in gespecialiseerde of vaktijdschriften.

In 1998 werd de identificatie en registratie van honden in ons land verplicht. Wij waren toen bij de eerste in Europa.

Met deze reeks van wettelijke maatregelen werd de hele filière van honden en katten in een streng keurslijf gedwongen.

In de daaropvolgende jaren werd de aandacht op de controle van de bovengenoemde inrichtingen toegespitst. Dat leidde tot de erkenning van bijna 2.110 honden- en kattenkwekerijen, dierenasielen, dierenhandelszaken en pensions.

Bijna tien jaar na de inwerkingtreding van voornoemd koninklijk besluit met de erkenningvoorwaarden bleek het tijd om de voorwaarden aan te scherpen. Mijn diensten hebben het ontwerp van koninklijk besluit opgesteld. Het ligt momenteel ter ondertekening bij mijn verschillende, betrokken collega's voor.

Ikzelf heb, precies om impulsaankopen terug te dringen, een verplichte vragenlijst in het ontwerp laten opnemen die aan elke, potentiële koper van een hond moet worden voorgelegd, opdat hij door het beantwoorden van de vragen zich van de verantwoordelijkheden die hij ten aanzien van het dier opneemt, bewust wordt.

09.03 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, het is inderdaad een heel goed initiatief om de opleiding van het personeel van de asielen structureel te maken. U zegt dat vrijwilligers goedbedoelde liefhebbers zijn. Ik weet uit ervaring echter ook dat heel wat mensen een asiel uitbaten vanuit een emotionele basis. Zij beschouwen die honden als hun dieren. Dat kunnen echter ook gevaarlijke dieren worden, omdat zij dat niet kunnen inschatten. Met hun goedheid geven zij een verkeerd sociaal gedrag aan die dieren. Er moet dus zeker een opleiding worden gegeven.

U spreekt ook over meer dan 2.100 asielen en kwekerijen. Ik denk dat het goed is om hier te kijken hoe het aantal kan worden beperkt en eventueel ook geprofessionaliseerd. Ik vind meer dan 2.100 inrichtingen immers heel veel. Misschien kan men toch beter een beperking invoeren of de lat iets hoger leggen, zodat het professionalisme toeneemt.

U zegt dat er ook naar de import zal worden gekeken. Het is heel belangrijk dat zeker aan de illegale import een halt wordt toegeroepen.

Mijn laatste vraag hebt u niet beantwoord. Dat is ook niet eenvoudig, denk ik. Hoe zal men roekeloze eigenaars beteugelen? Hoe brengt men hen ertoe dat zij eerst twee keer nadenken alvorens zij zich een dier aanschaffen. Ik zie ook niet onmiddellijk hoe wij dat in een reglementering kunnen gieten. Wel is er, mijns inziens, een vorm van communicatie aan de bevolking nodig dat men twee keer nadenkt alvorens men een huisdier aanschafft.

Ik dank u voor uw uitvoerig antwoord, mijnheer de minister.

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

10 Samengevoegde vragen van

- de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een gelijkwaardige behandeling van het Vlaamse Kruis" (nr. 12824)

- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "rampenplanning en het Vlaamse Kruis" (nr. 12838)

10 Questions jointes de

- M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'égalité de traitement de la Vlaamse Kruis" (n° 12824)

- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les plans catastrophe et la 'Vlaamse Kruis'" (n° 12838)

10.01 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik had er even voor gevreesd dat ik zou moeten zeggen "Dit jaar viert het Vlaamse Kruis zijn 80^{ste} verjaardag", maar het is dan toch nog "volgend jaar" geworden aangezien ik deze vraag vandaag kan stellen.

De omvang van de activiteiten van het Vlaamse Kruis en het aantal actieve vrijwilligers op het vlak van opleidingen, eerstehulpverlening en ziekenvervoer komt overeen met een zesde van de activiteitsgraad van het Rode Kruis Vlaanderen op dat vlak. Ik heb echter gelezen dat het Vlaamse Kruis het nog altijd moet stellen zonder federale overheidssteun.

Om billijkheidsredenen zou voor ons een evenwaardige subsidie aan deze waarop het Rode Kruis kan rekenen moeten worden toegekend aan het Vlaamse Kruis. Dit mag echter niet ten koste gaan van de subsidies aan het Rode Kruis, waarvan de afdelingen met de vele vrijwilligers die we regelmatig op straat zien om bijvoorbeeld stickers te verkopen en nu reeds massaal aangewezen zijn op liefdadigheid om hun taken naar behoren te kunnen blijven uitvoeren. Wel kan worden gedacht aan een vergelijkbare regeling voor beide verenigingen.

Ten tweede, het Vlaamse Kruis is momenteel nog niet opgenomen in de provinciale rampenplannen van Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Vlaams-Brabant. Het onderwerp van mijn volgende vraag volgt in het kielzog hiervan. Het ligt voor de hand dat de overheid ook voor deze witte vlekken een beroep zou doen op de medewerking van het Vlaamse Kruis in geval van een ramp.

Momenteel onderhandelt het ministerie van Volksgezondheid blijkbaar met het Rode Kruis over de bestaande Conventie van 1970 om te komen tot een strategisch partnerschap. Er zou een meerwaarde kunnen worden geboden door ook het Vlaamse Kruis als partner op te nemen. Het Vlaamse Kruis is bovendien actief in bepaalde regio's waar het Rode Kruis minder slagkracht heeft.

Mijnheer de minister, ik wil u een drietal vragen stellen.

Bent u bereid een vergelijkbare financieringsregeling uit te werken voor beide kruisverenigingen in Vlaanderen? Indien ja, op welke wijze?

Bent u bereid om met het Vlaamse Kruis gesprekken aan te gaan over een strategisch partnerschap na de Conventie van 1970 zoals nu gebeurt tussen het ministerie van Volksgezondheid en het Rode Kruis?

Bent u van oordeel dat het Vlaamse Kruis moet worden opgenomen in de provinciale rampenplannen van de ontbrekende provincies Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Vlaams-Brabant? Indien ja, welke initiatieven kan of wilt u nemen?

10.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, in eerste orde kan ik mij inhoudelijk wel degelijk vinden in de uiteenzetting van collega Verhaegen, zeker wat betreft de klacht van discriminatie aangaande de financiering. Technisch verwijs ik in het bijzonder bijvoorbeeld naar de fameuze heffing van 0,35% die wel degelijk betaald moet worden bij iedere BA-autoverzekeringspremie.

Het zou goed zijn als u vandaag een antwoord zou kunnen verschaffen op de vragen van de twee collega's, als u duidelijkheid zou kunnen verschaffen over het feit of u al dan niet naar een gelijkwaardige financiering van de Kruisverenigingen wil gaan.

Mijnheer de minister, mijn vraag gaat specifiek over het dossier rampenplanning en de wisselwerking met de respectieve Kruisverenigingen. Voor zover onze inlichtingen strekken, is uw ministerie in onderhandeling met het Rode Kruis en alleen met het Rode Kruis om de conventie uit de jaren '70 aangaande de rampenplanning te moderniseren en her en der wat aan te passen. Maar nog altijd zou er een weigering zijn om een strategisch partnerschap met het Vlaamse Kruis uit te werken, terwijl wel aan een dergelijk partnerschap wordt gewerkt met het Rode Kruis.

Mijnheer de minister, in die zin liggen mijn vragen dan ook voor de hand.

Wat is daarvoor de reden? Ik kan mij dat moeilijk inbeelden van iemand die als minister prat gaat op de sociale rechtvaardigheid en het wegnemen van de discriminatie. Het woord discriminatie wordt in het Parlement te pas en te onpas gebruikt. U moet in onderhavig dossier toch maar eens trachten te verantwoorden waarom de ene Kruisvereniging gediscrimineerd wordt ten opzichte van de andere.

Technisch gezien wil ik naar een stand van zaken vragen. Hoever staat uw ministerie met betrekking tot de cruciale onderhandelingen in het dossier aangaande de rampenplanning?

10.03 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheren volksvertegenwoordigers, ...

De **voorzitter**: Het lijden van de minister neemt niet af naarmate de tijd vordert.

10.04 Minister **Rudy Demotte**: Ik spreek langzamer. Misschien is dat beter voor de Franstaligen die Vlaams wensen te leren.

De federale Staat moet natuurlijk zorgen voor een homogene urgentieplanning op nationaal niveau, zoals voor de diensten van de dringende medische hulpverlening, waarbij routine goed werkt. Dat geeft een garantie op doeltreffendheid in uitzonderlijke situaties. Het is voor iedereen duidelijk dat het Rode Kruis sinds lange tijd een institutionele partner is op dat domein, niet alleen in ons land maar ook in andere landen. Die organisatie heeft een operationele capaciteit ontwikkeld over het hele grondgebied met de wil een gelijkwaardige dienst te verzekeren over het hele grondgebied en in het bijzonder voor de psychosociale opvang, de ontplooiing van logistieke ondersteuning bij collectieve medische urgentiesituaties, en de versterking van de ambulancemiddelen in geval van een mobilisatie die de routinetaken overschrijdt.

Het humanitaire karakter van het Rode Kruis – wat het Vlaamse Kruis niet kan bieden – verzekert een gelijkwaardige verwerking en een interoperabiliteit op het hele terrein. Ik kan mij dus niet aansluiten bij het voorstel een partnerschap aan te gaan met een organisatie die slechts op één deel van het grondgebied actief is en die op slechts één deel van het grondgebied zou concurreren met de huidige partner. Dit stelt de kwaliteit van het Vlaamse Kruis niet in vraag. Het Vlaamse Kruis is niet de enige organisatie in België die knowhow kan aantonen.

Wat de inschrijving betreft van het Vlaamse Kruis in de provinciale urgentieplannen, dit gegeven moet het voorwerp uitmaken van een analyse van het lokale risico, van de definitie van de behoeften en de mogelijkheden dat de middelen die op dit moment beschikbaar zijn – met inbegrip van het partnerschap met het Rode Kruis – ontoereikend zijn.

Tot slot, wil ik opmerken dat dit ontwerp reeds besproken werd tijdens ontmoetingen tussen de verantwoordelijken van het Vlaamse Kruis en mijn administratie.

De **voorzitter**: Hebben de volksvertegenwoordigers nog een korte repliek?

10.05 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het is wat ontmoedigend. U wijst op de homogene urgentieplanning. U weet ook dat op vraag van de organisatoren het Vlaamse Kruis even goed in Brussel, Wallonië, zelfs in de buurlanden zijn diensten aanbiedt. Ik denk niet dat dit het grote probleem is.

Mijnheer de minister, we mogen ook niet vergeten dat het Vlaamse Kruis de meest kostenefficiënte kruisvereniging is: zij ontplooit 20% van de activiteiten van het Rode Kruis met slechts 0,5% van haar middelen. Wat dat betreft, zou het een bijzonder goede partner zijn. Het zou ook een gemiste kans zijn, mocht die piste niet verder worden onderzocht. Ik neem akte van uw antwoord.

10.06 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, u zult begrijpen dat ik niet echt gelukkig kan zijn met uw antwoord.

U hebt het in uw gekende stijl, technisch goed omfloerst geformuleerd. Uiteindelijk komt uw antwoord grosso modo op het volgende neer. Ik zal het tot de politieke essentie herleiden. De argumentatie om de discriminatie tussen beide kruisverenigingen aan te houden is uiteindelijk alleen gebaseerd op het feit dat het Vlaamse Kruis niet actief is in het Waalse landsgedeelte. Dat lijkt mij een correcte, kernachtige

samenvatting van wat wij vandaag als antwoord te horen krijgen.

U zult van ons aannemen dat wij daarmee allesbehalve gelukkig zijn. Dat is dan nog zeer eufemistisch uitgedrukt. Het moet al eens kunnen, maar ik denk dat wij hierin zeer concreet van mening verschillen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de wet houdende oprichting van de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen" (nr. 12837)**

11 **Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation de la loi portant création de la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé" (n° 12837)**

11.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik kom toch nog eens terug op een wet die dateert van de vorige legislatuur. Ik verwijs zeer concreet naar de wet van 29 oktober 2003 houdende de oprichting van de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen. Die wet is destijds – ik meen onder uw voorganger mevrouw Aelvoet – van kracht geworden en hij had drie concrete doelstellingen: administratieve vereenvoudiging, transparantie en vooral verbetering van de planning van het aanbod en van de behoeften. Door de uitvoering van die wet zouden wij daar beter zicht op kunnen krijgen.

Mijnheer de minister, de invalshoek die ik heb gekozen om u met een aantal vragen lastig te vallen, is voor een stuk het tweede uitgangsexamen voor kinesisten, dat al een tijdje achter ons ligt. Op 28 oktober brachten de slachtoffers van het tweede uitgangsexamen mee in het debat dat de overheid nog altijd niet bij machte is om zeer concreet in een planning van zijn aanbod te voorzien, omdat het – om het zacht uit te drukken – nog steeds mangelt aan de uitvoering van de wet waarnaar ik zojuist heb verwezen.

Ik zou kunnen citeren uit de toenmalige bespreking van het betrokken wetsontwerp, wat ik u zal besparen, zeker omdat onze collega Colette Burgeon er nu niet is. Toen drong onder andere onze collega Colette Burgeon aan op een evaluatie na een aantal jaren. Vandaar dat ik eerst bij u wil langskomen voor een aantal vragen.

Ten eerste, is die wet intussen geëvalueerd? Dit is niet onbelangrijk, want u zal zich ongetwijfeld herinneren dat ik naar aanleiding van de begrotingsbesprekingen onder het deelluikje "kadaster 2007" al een eerste keer naar dit dossier heb verwezen, waarbij zeer duidelijk gebleken is dat met de concretisering van de wet iets misloopt als we dat item vier jaar later nog terugvinden in de beleidsbrief van de minister.

Indien de wet al geëvalueerd zou zijn, blijft zeer duidelijk de vraag naar het eventuele resultaat van deze evaluatie. Dit is uiteraard cruciaal. Anders heeft het niet veel zin. Veel collega's die hier al een tijdje rondlopen merken dit ook. We laten enorm veel wetsontwerpen de revue passeren, maar de concrete uitvoering of de bijdrage tot de verbetering van het beleid kunnen we soms toch in twijfel trekken.

De derde vraag is dus in welke mate deze wet reeds heeft bijgedragen tot een verbetering van de planning van het aanbod en van de behoeften met betrekking tot de gezondheidszorg?

Dit zijn mijn drie concrete vragen.

11.02 **Minister Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, collega, de uitvoering van de wet houdende de oprichting van een federale databank van de beoefenaars van de gezondheidsberoepen werd geëvalueerd tijdens het eerste semester van dit jaar door een extern bureau dat op 12 juni 2006 hierover een rapport opstelde. De besluiten waren de volgende: De gegevensdatabank bevat op dit ogenblik reeds meer dan 300.000 gegevens en is een onmisbaar instrument om een algemeen overzicht op het aanbod van zorgverstrekkers te verkrijgen, om de administratie te ondersteunen bij de erkenningsprocedure van de zorgverstrekkers en als toekomstige gevalideerde gegevensbron.

De kwaliteit van de gegevens is uitstekend wat betreft de geneesheren, de tandartsen en de kine's. De gegevensdatabank is nog onvolledig wat andere gezondheidsberoepen betreft. Op dit ogenblik werkt mijn administratie aan een structurele synchronisatie met het RIZIV. Tevens wordt een modernisering uitgewerkt om de gegevens ook via het internet te kunnen communiceren.

Voor 2006 werd de kwaliteit van de gegevens met betrekking tot artsen, tandartsen en kinesisten als prioritair beschouwd. Vanaf 2007 zal gewerkt worden aan de kwaliteit van de gegevens met betrekking tot de verpleeg- en zorgkundigen.

Wat uw laatste vraag betreft, kan ik u meedelen dat de planning van het medisch aanbod tot op heden vooral steunde op wetenschappelijke rapporten welke door enkele universiteiten in opdracht werden gemaakt. De federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen werd administratief gebruikt.

11.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het antwoord is technisch interessanter dan ik oorspronkelijk had gevreesd toen ik deze vraag indiende. Wat bedoel ik daarmee?

Ik stel tot mijn tevredenheid vast dat er inderdaad een eerste aanzet is tot een evaluatie. In het licht van de begrotingsbesprekingen van vorige week en het luik Kadaster 2007 waarbij ik even bleef stilstaan, is dit niet onbelangrijk. Ik denk dat deze evaluatie een aantal collega's is ontgaan. Het zou dan ook niet slecht zijn om eventueel via het commissiesecretariaat zicht te krijgen op dit evaluatierapport. Ik meen dat dit rapport cruciale gegevens bevat. Ik denk terug aan het uitgangsexamen voor kinesitherapeuten en heel de problematiek van het aanbod van geneesheren. Dit zou volgens mij een bijkomend element kunnen vormen.

Een tweede zaak die ik politiek onthoud, is de bekentenis van de minister dat men over zeer veel onvolledige gegevens beschikt. Ik denk dat er nog wat werk aan de winkel is als men nu moet vaststellen dat men nog altijd een beleid voert op basis van onvolledige gegevens. Deze gegevens kunnen nochtans cruciaal zijn en het Parlement zou daarover toch wel moeten kunnen beschikken. Ruim drie jaar geleden werden hier wetten goedgekeurd die werden beschouwd als cruciaal voor een ernstig beleid in de toekomst. U mag het een oppositiedid dan niet kwalijk nemen dat hij een vraagtekentje plaatst. Ik heb voor een stuk de bevestiging gekregen van wat ik drie jaar geleden in mijn uiteenzetting heb gezegd over de oprichting. Jammer genoeg moet ik vaststellen dat ik voor een gedeelte gelijk krijg. Eind 2006 zou het niet meer mogen dat men in zo'n belangrijk domein een beleid moet voeren op basis van onvolledige gegevens.

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

12 Question de M. François Bellot au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences de la fièvre catarrhale et les mesures nationales adoptées au regard des dispositions européennes" (n° 12870)

12 Vraag van de heer François Bellot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de blauwtongziekte en de maatregelen die in het licht van de Europese bepalingen op nationaal vlak werden genomen" (nr. 12870)

12.01 François Bellot (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, en dix ans, le secteur de l'élevage et d'engraissement de bovins a dû affronter des crises graves: la dioxine, l'ESB et, aujourd'hui, la fièvre catarrhale.

Les conséquences économiques de la propagation de la fièvre catarrhale risquent d'être graves et comparables aux deux crises précédentes si des mesures adéquates et urgentes ne sont pas prises.

Depuis quelques mois, à la faveur des fortes chaleurs de juillet ou par mutation des culicoïdes de la famille des moustiques qui s'adapteraient au climat de nos régions, la fièvre catarrhale s'est répandue et toucherait officiellement 500 à 600 élevages répartis dans quasiment toute la Belgique. La maladie ne présenterait aucun danger pour l'homme.

Pour rappel, la maladie est connue dans les troupeaux de moutons depuis 2001 en Corse et en Italie. Bien que minimisée par les autorités espagnoles et portugaises, elle est présente massivement dans ces pays depuis plus de dix ans. L'absence de recherche de cette maladie par les autorités de ces pays dans les troupeaux de bovidés empêche toute statistique et mesures sanitaires comparables à celles qui sont adoptées en Belgique. C'est ainsi que le marché à l'exportation des bovins vivants est fermé vers les pays ou régions qui ne recensent pas d'exploitations touchées par la maladie; 25.000 bovins sont ainsi retenus sur le marché belge. Ce chiffre risque de doubler – ma question ayant été déposée il y a un mois, ce risque est peut-être devenu réalité aujourd'hui – à l'aube de l'hiver qui correspond à une période d'exportation

particulièrement intense.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:

1. Des rumeurs circulent selon lesquelles vos départements auraient – ou en tout cas auraient eu – l'intention de fermer les frontières à l'exportation pour deux ans au moins. Pouvez-vous confirmer ou infirmer cette information?

2. Des pays comme l'Italie, l'Espagne et le Portugal ne pratiqueraient pas la recherche systématique de la maladie difficile à déceler chez les bovins échappant ainsi aux mesures de sécurité imposées: définition des zones de sécurité rapprochée et des zones de protection. C'est ainsi que les exportations vers l'Italie deviennent impossibles car la Belgique entière se trouve en zone de protection ou de sécurité rapprochée contrairement à l'Italie, ces pays ne formant donc pas une zone homogène. Un comble quand on sait que la maladie est recensée en Italie au moins depuis 2001. J'en veux pour preuve la décision de la Commission européenne du 6 septembre 2006 fixant la participation financière de l'Union européenne aux dépenses de l'Italie dans le contexte des mesures d'urgence prises pour lutter contre la fièvre catarrhale du mouton en 2001 et en 2002 (C 3933/2006).

L'Italie n'est donc pas reconnue aujourd'hui comme zone de protection et toute exportation, même après analyse, n'est pas autorisée. Quelles dispositions comptez-vous prendre, au niveau européen, pour la reconnaissance de l'homogénéité de la zone définie par ces pays?

3. Les contrôles sanitaires imposés par la Commission européenne aux autorités nationales découlent du principe de subsidiarité. Ces dernières peuvent toutefois utiliser leurs marges de liberté, soit pour exercer des contrôles extrêmes, soit pour permettre un relatif laisser-faire. À la lumière d'une telle crise, ne convient-il pas de mettre en place au niveau européen une autorité vétérinaire commune pour homogénéiser – autorité qui existe déjà à plus haut niveau mais qu'il faudrait étendre aux phases d'exécution – les procédures, les financements des analyses et la définition des zones de protection?

4. Comptez-vous dégager des moyens pour financer la recherche et les mesures permettant d'enrayer la maladie?

5. Quelles mesures comptez-vous prendre pour secourir les exploitants agricoles confrontés au développement de la maladie dans leurs cheptels?

6. Avez-vous sollicité les autorités européennes à ce propos, afin qu'elles participent financièrement aux dépenses belges afférentes aux mesures d'urgence qu'il conviendrait de prendre pour combattre la propagation de la maladie?

12.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur Bellot, je peux vous confirmer que les rumeurs sont totalement fausses et injustifiées. Depuis l'apparition de la fièvre catarrhale du mouton, l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) a mis en application la réglementation européenne. Celle-ci fixe, entre autres, les conditions d'exportation des animaux et de certains produits d'animaux vers les autres pays touchés par la maladie, ainsi que vers les zones et pays libres. Des accords bilatéraux conclus à la mi-septembre avec la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Luxembourg ont permis d'encore faciliter les échanges entre les zones frappées par la maladie.

L'Italie, l'Espagne et le Portugal sont tenus par la même réglementation européenne. Ainsi, depuis 2000, à la suite de la détection de la fièvre catarrhale du mouton, mais d'un autre sérotype que celui détecté en Belgique, nombre de ces pays sont soumis aux mêmes restrictions que celles en application chez nous. La décision 2005/393 dénomme toutes les régions ou provinces concernées dans ces pays. De même, une apparition de la maladie dans une autre partie de ces pays, non touchée actuellement par ce mal, engendrerait la délimitation de nouvelles zones de restriction dans lesquelles une réglementation identique serait applicable.

Une telle autorité vétérinaire commune existe déjà. Il s'agit du Comité permanent pour la chaîne alimentaire et la santé animale, présidé par la Direction générale Sanco de la Commission européenne et dans lequel chaque pays membre de l'Union européenne est représenté par ses experts. Selon les nécessités, mais au moins une fois par mois, ce comité évalue la situation concernant les maladies des animaux dans l'Union européenne et, le cas échéant, impose ou adopte la réglementation aux développements dans les pays

membres concernés.

J'ai déjà approuvé un projet de recherche relatif à la fièvre catarrhale du mouton. Il s'agit d'un consortium belge de recherche qui a pour objectif le soutien d'un programme de surveillance du virus de la fièvre catarrhale du mouton par la recherche pathogénique, épidémiologique, entomologique ainsi que par le développement de méthodes diagnostiques.

Cette recherche, qui couvre une période d'un an, est financée à raison de 262.000 euros par le département de la recherche contractuelle du SPF Santé publique, par l'AFSCA, et par le Fonds sanitaire. Les résultats de ce projet contribueront à l'optimisation de la politique à suivre en matière de surveillance et de lutte contre cette maladie.

Les restrictions actuellement en vigueur pour le déplacement d'animaux dans les exploitations touchées par la maladie sont déjà limitées au minimum requis par la réglementation. Des assouplissements encore plus nets ne peuvent être attendus qu'à la condition d'une baisse de température suffisamment importante pour que le vecteur responsable de la dispersion de cette maladie cesse ses activités. À cette fin, le monitoring du vecteur est permanent.

Les compétences en termes de dommages économiques relèvent, quant à elles, des Régions, comme vous le savez. À ma demande, les frais d'analyse liés à la certification des animaux destinés à être exportés seront supportés par l'AFSCA.

Enfin, conformément à la réglementation européenne, l'AFSCA a déjà introduit une demande de cofinancement pour son programme de monitoring applicable aux années 2007 et 2008 auprès de la Commission européenne. Ce cofinancement s'élève au maximum à 50% des frais introduits.

12.03 François Bellot (MR): Monsieur le ministre, ma réplique sera courte. Premièrement, je connais l'existence du Comité vétérinaire européen mais, manifestement, la célérité – je ne parle pas de la sévérité – et les règles ne sont pas appliquées de manière identique dans tous les pays. En Italie, par exemple, lorsqu'un cas est découvert, il faut plus d'un mois avant que la zone ne soit mise sous surveillance alors que, chez nous, c'est beaucoup plus rapide. Je pense que la prudence est de rigueur.

À mon sens, il y a une discrimination dans le cadre de l'application de la règle de subsidiarité dans les comportements entre les différents services vétérinaires des pays membres. À la lumière de ceci mais également dans le cas d'autres maladies, on avait déjà perçu ce problème. Selon moi, celui-ci devrait être porté au niveau du Conseil européen.

Deuxièmement, toujours en ce qui concerne l'Italie, l'interdiction d'exportation existe encore même si certaines provinces d'Italie sont reconnues comme étant des zones de protection. Il est un peu surprenant que l'exportation n'y soit pas autorisée alors qu'en principe, dans toute zone homogène, on doit pouvoir exporter. C'est le cas vis-à-vis des Pays-Bas, de l'Allemagne et de la France. Pourquoi cet accord n'existe-t-il pas vis-à-vis de l'Italie?

12.04 Rudy Demotte, ministre: Monsieur Bellot, je ne sais pas si votre information est exacte. Je ne vais donc pas me prononcer à ce sujet.

Par contre, en ce qui concerne votre premier point, en tant que ministre de la Santé, je plaide bien évidemment pour l'alignement sur les meilleures pratiques, c'est-à-dire sur les pratiques les plus sévères.

12.05 François Bellot (MR): Il me semble en tout cas qu'il est nécessaire d'homogénéiser le comportement des autorités vétérinaires nationales.

12.06 Rudy Demotte, ministre: Ce peut être à la hausse ou à la baisse! Votre réponse semble plutôt s'orienter vers la hausse

12.07 François Bellot (MR): Je pense qu'il faut le faire à la hausse mais cela crée une discrimination, une "concurrence malsaine" entre les pays qui seraient plus "laxistes" – et je mesure mon propos – et ceux qui seraient plus rigoureux, plus "orthodoxes".

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële verdeling voor de uitvoering van preventieve en zorgverlenende projecten uit de federale beleidsnota drugs" (nr. 13211)

13 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la répartition financière prévue pour la réalisation de projets de prévention et de soins de santé inscrits dans la note de politique générale fédérale en matière de drogues" (n° 13211)

13.01 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, deze vraag is al een hele tijd op mijn bureau blijven liggen, niet omdat het minder belangrijk was.

Een aantal personen uit de sector zelf heeft het mij gevraagd. Het gaat uiteindelijk al om een beleidsnota uit 2001. Er was toen een akkoord over het drugsbeleid.

Via een coherent geheel van actiepunten op het vlak van coördinatie, preventie, zorgverlening en repressie, werden op dat ogenblik de contouren vastgelegd om de drugproblematiek meer vanuit het perspectief van volksgezondheid te bekijken. Zo was er ook een beslissing in consensus genomen in de federale werkgroep Drugs, over de verdeling van een bedrag van 12.397.718 euro, dat zou te verdelen zijn op evenredige wijze onder de verschillende rubrieken van het drugsbeleid. Die beslissing was toen ook goedgekeurd door de Ministerraad van 5 juli 2001. Er was in een financiële verdeling voorzien.

Ik zal een aantal dingen opsommen. De mensen zelf hebben het mij gezegd. Daarom stel ik de vraag, om te kijken of het klopt en wat daarvan de redenen zouden zijn.

Er staat hier dat voor de cel Drugbeleid in 240.516 euro was voorzien. Naar verluidt zou die cel nog steeds niet bestaan. Er was een federale ondersteuning van 371.932 euro voor de lokale initiatieven ter bestrijding van drugsoverlast. Daarover zou ook geen ondersteuning of feedback geweest zijn. Er was een sensibiliseringscampagne "Sturen onder invloed" met een budget van 52.913 euro. Dat is toen eenmalig gebeurd. De vraag is of er nog van zulke acties komen of niet. Voor nazorg was voorzien in een bedrag van 1.202.579 euro, waarvoor er ook een eenmalige actie was en daarna niets meer. Voor substitutiebehandelingen was een registratiecentrum in elke provinciale geneeskundige commissie gepland, maar daarvoor blijken er nog geen uitvoeringsbesluiten te zijn. De justitiële casemanagers, normaal gezien achtentwintig justitieassistenten en twee adjunct-adviseurs, waarvoor in een budget van 1.082.321 euro was voorzien, zouden ook nog niet aanwezig zijn.

Dat is een greep uit de verschillende domeinen van het drugsbeleid, dat gefinancierd werd, maar waaraan blijkbaar – volgens hen – toch weinig gedaan werd.

Daarom zou ik willen vragen of de gegevens die ze mij voorgelegd hebben, kloppen. Stel dat men er toch bewust voor gekozen heeft om, bijvoorbeeld de cel Drugbeleid, niet op te richten, wat is er dan met dat geld gebeurd? Is dat dan geïnvesteerd in andere projecten?

13.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, de federale regering heeft in mei 2001 principieel beslist om in totaal 12.395.000 euro vrij te maken voor de uitvoering van de federale beleidsnota Drugs. Ongeveer 6.339.000 euro hiervan stond ter beschikking van Volksgezondheid. Voor deze acties die onder mijn bevoegdheid vallen, kan ik u de verdeling van de afgeronde budgetten per actie geven. Ik zal u nadien de nota geven want dat zal gemakkelijker zijn.

De verdeling is als volgt:

- 1) Oprichting en werking van de Beleidscel Drugs: 240.000 euro.
- 2) Onderzoek door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling Drugs: 529.000 euro.
- 3) Sensibiliseringscampagne rond benzodiazepines: 481.000 euro.
- 4) Organisatie van het zorgaanbod door middel van zorgcoördinatoren: 481.000 euro.
- 5) Pilotproject Urgentie en Crisisopvang: 2.380.000 euro.
- 6) Pilotproject Case Management: 761.000 euro.
- 7) Behandeling door middel van vervangingsmiddelen: 337.000 euro.
- 8) Pilotproject Dubbele Diagnose: 1.130.000 euro.

De verdeling van deze budgetten werd over de verschillende jaren licht gewijzigd naar aanleiding van

evaluaties van beleidsacties en prioriteiten die zich aandienen. Het totale budget bleef echter elk jaar relatief van dezelfde omvang en werd, wat Volksgezondheid betreft, exclusief gebruikt voor acties die perfect kaderen binnen de federale beleidsnota.

Voor het begrotingsjaar 2006 ziet de verdeling er als volgt uit:

- 1) Cel Gezondheidsbeleid Drugs: 95.000 euro. Deze cel werd in 2002 opgericht door een protocolakkoord met de gemeenschaps- en gewestministers voor Volksgezondheid, in afwachting van de oprichting van de Algemene Cel Drugs.
- 2) Sensibilisering voor een verantwoord gebruik van benzodiazepines: 312.000 euro.
- 3) Organisatie van het zorgaanbod door middel van zorgcoördinatoren: 310.279 euro.
- 4) Pilootproject Crisiseenheden en Case Management: 3.400.000 euro
- 5) Pilootproject voor personen met een dubbele diagnose: 949.000 euro.
- 6) Pilootproject International Cannabis Need of Treatment: 93.000 euro.
- 7) Registratie behandelingen door middel van vervangingsmiddelen: 200.000 euro.
- 8) Uitvoering van federale verantwoordelijkheden in het kader van het protocolakkoord met de Gemeenschappen en de Gewesten rond de Treatment Demand Indicator: 100.000 euro.

Daarnaast zijn bijkomende kredieten vrijgemaakt voor de oprichting van een cel Drugs binnen mijn overheidsdienst Volksgezondheid. Deze cel, die momenteel bestaat uit 5,8 voltijdse equivalenten universitair, staat mee in voor de beleidsvoorbereiding, de beleidsuitvoering en de beleidsevaluatie.

U geeft aan dat er in het kader van de substitutiebehandeling nog geen uitvoeringsbesluiten werden opgesteld. Ik merk op dat de regering in 2004 een eerste koninklijk besluit ter zake heeft uitgevaardigd ter uitvoering van de wet van 22 augustus 2002. Verschillende experts hebben meegewerkt aan de creatie en het testen van een registratiesysteem. Op basis van die tests en adviezen van experts werd het KB geoptimaliseerd.

De aanpassingen van het KB van 2004 werden recent, namelijk op 22 november 2006, in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. In 2007 zal het hele registratiesysteem operationeel zijn. Ik merk terecht op dat de algemene cel Drugs tot op heden nog altijd niet is opgericht. Ik herinner eraan dat het federaal Parlement reeds in 2002 als eerste van de contracterende partijen het samenwerkingsakkoord heeft geratificeerd. Vandaag hebben alle partijen het akkoord geratificeerd, met uitzondering van het Brussels Hoofdstedelijk Parlement. Zodra dat parlement het akkoord heeft goedgekeurd, kan tot de oprichting van de algemene cel Drugs worden overgegaan.

13.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik zal dat doorgeven aan die mensen. Ik denk dat het voor een groot deel een communicatieprobleem betreft. (...)

Het verheugt mij vooral dat ik ook zie dat de budgetten worden gebruikt. Er zijn verschillende campagnes voor bijvoorbeeld de ontrading van benzodiazepines, wat een groot probleem is in onze maatschappij. Ik zal het doorgeven aan de betrokkenen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de criteria voor opname in de rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 13012)

14 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les critères d'admission dans les maisons de repos et de soins" (n° 13012)

14.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de financiering van de RVT's hangt mede af van de graad van zorgbehoefte van de bewoners.

Het is dan ook begrijpelijk dat RVT's bij voorkeur patiënten met een zwaarder profiel opnemen, omdat ze voor hen de grootste tussenkomst van de ziekteverzekering ontvangen, namelijk de zogenaamde categorieën B of C.

Dat kan ongewenste gevolgen hebben voor bepaalde patiënten, zoals onder meer voor ouderen die, hoewel ze soms fysiek nog vrij valide zijn, aan dementie lijden. Daardoor worden zij gerangschikt in een

zogenaamde, lagere categorie en worden dus als minder zorgbehoevend aanzien. Om die reden zijn zij dikwijls minder prioritair voor een opname in een rust- en verzorgingstehuis.

Nochtans zijn bijvoorbeeld mensen die aan dementie lijden, voor zichzelf en vooral voor hun omgeving heel zwaar zorgbehoevende mensen. Toch, zoals ik al zei, halen zij in vele gevallen slechts een "A-psychisch"-score, wat hen dus op een lagere plaats voor opname in een rust- en verzorgingstehuis rangschikt.

Mijn vragen aan u zijn de volgende.

Bent u op de hoogte van de problematiek?

Welke maatregelen overweegt u om het probleem te verhelpen?

14.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik ben inderdaad op de hoogte van de problematiek. In 2006 heb ik samen met de Gemeenschappen en Gewesten een derde protocolakkoord gesloten, waarin onder meer diende te worden gezocht naar een betere financiering van de rusthuizen voor ouderen die beginnend dementerend zijn maar die omwille van een geringe, fysieke zorgbehoevendheidsgraad op de KATZ-schaal een vrij lage score behalen.

De betrokken ouderen staan omwille van hun te lage KATZ-score meestal op de wachtlijst voor een opname in het rusthuis. Echter, voor de familie of de mantelzorger is de verzorging thuis soms niet langer haalbaar en vinden zij geen adequate oplossing.

Wij dienen de huidige financiering van de rusthuizen, kortverblijven en centra voor dagverzorging dus verder te differentiëren, ondermeer in functie van de zorgfase van het dementieproces.

Bij het uitwerken van concrete maatregelen wens ik onder meer een beroep te doen op de pilootprojecten die met middelen uit het tweede protocolakkoord werden gefinancierd. Zij hebben als gemeenschappelijke doelstelling de zorgnoden, specifiek voor de dementerenden, in kaart te brengen, en dit in de centra voor dagverzorging, in een centrum voor kortverblijf en in een kleinschalige woonvorm voor opvang van dementerenden.

Het zal belangrijk zijn om de resultaten en voorstellen tot aanpassing mee te nemen in de besprekingen die in de werkgroep "Personen met Dementie" van de interkabinettenwerkgroep "Ouderenzorg" plaatsvinden.

De definitieve resultaten worden verwacht in maart 2007.

Naast de werkzaamheden van die werkgroep heb ik in de RIZIV-begroting voor 2007 ook in een budget voorzien van 15 miljoen euro op jaarbasis voor een betere financiering van de personen met dementie in de rusthuizen. Het voorstel, dat werd uitgewerkt door de RIZIV-overeenkomstencommissie, de rusthuizen, RVT's en verzekeringsinstellingen, beperkt zich tot een verhoging van de personeelsaantallen voor de A-dementerenden. Ik ben ervan overtuigd dat er extra ondersteuning moet komen voor de zorg van vrij valide ouderen met dementie, maar ik ben er ook van overtuigd dat die ondersteuning zich niet alleen mag beperken tot de categorie A. De zorgbehoeften ten gevolge van dementie en daarbij aansluitend de vraag naar een adequaat zorgaanbod is mijn inziens niet gelinkt op de nul, A-, B- of C-categorie, maar dient in zijn globaliteit bekeken te worden.

14.03 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van het koninklijk besluit inzake pediatrie" (nr. 13423)**

15 **Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre de l'arrêté royal relatif à la pédiatrie" (n° 13423)**

15.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, deze vraag is erg politiek getint, maar wij zullen ze evenwel onder elkaar moeten oplossen, aangezien wij op dit ogenblik de enige aanwezigen zijn in de commissie.

Mijnheer de minister, mijn vraag handelt over de uitvoering van het koninklijk besluit inzake de pediatrie. Ik heb u daarover al herhaaldelijk aangesproken. Wij hebben daarover dikwijls gediscussieerd. U wil nieuwe erkenningsnormen opleggen aan de pediatrische ziekenhuisdiensten: vanaf 2008 drie voltijdse pediaters per dienst en vanaf 2010, verplicht, vier voltijdse pediaters per dienst.

Niemand begrijpt de noodzaak om een kwantitatief criterium – het aantal pediaters – determinerend te maken voor het voortbestaan van deze belangrijke basisgezondheidszorgdienst. Ik denk dat er daarover ook bij de meerderheid onbegrip bestaat. Recentelijk heb ik namelijk een wetsvoorstel gezien dat officieel ingediend werd vanuit de VLD-fractie, met als voornaamste indienstster mevrouw Turtelboom. Zij diende samen met collega's een voorstel in om vanaf 2010 de verplichting van de vier pediaters ongedaan te maken. Via dit wetsvoorstel wil men de bepaling waarin uw KB voorziet, schrappen.

Mijnheer de minister, ik moet daaruit de politieke conclusie trekken dat er hierover een duidelijke verdeeldheid bestaat binnen de parlementaire meerderheid. Daarom vraag ik u hoe u reageert op dit wetsvoorstel van de VLD, dat ondertussen een officieel parlementair voorstel is. Is het mogelijk dat u, ingevolge dit voorstel, de erkenningsnormen zou herzien?

15.02 Minister **Rudy Demotte**: Ik excuseer mij op voorhand, omdat ik alleen over het antwoord in het Frans beschik.

Ik zal, om niet te improviseren, het in het Frans geven, en langzaam, zoals ik het in het Nederlands zou doen, gelet op mijn gezondheidstoestand sinds vanochtend.

Je vous ai déjà exposé à maintes reprises les raisons pour lesquelles j'ai retenu un staff de quatre pédiatres en 2010. Les représentants de l'Académie de pédiatrie ont d'ailleurs été reçus dernièrement en mon cabinet et ils m'ont confirmé, monsieur Goutry, qu'un staff de quatre pédiatres constituait un minimum et qu'idéalement, chaque programme devrait disposer de cinq pédiatres.

Je n'ai donc pas l'intention, sur la base de cet avis qui corrobore les avis précédents, de modifier cette disposition. Toutefois, je vous signale avoir demandé à l'Académie de pédiatrie, en collaboration avec les écoles de santé publique, de réaliser une étude portant sur ce qui suit:

- l'analyse de l'impact financier des mesures de revalorisation financière de la pédiatrie hospitalière prises sous cette législature et des mesures complémentaires à prendre éventuellement pour renforcer l'attrait de la pédiatrie hospitalière;
- la comparaison de la situation financière des pédiatres hospitaliers par rapport aux autres spécialités hospitalières;
- les besoins en soins pédiatriques hospitaliers;
- le lien géographique et fonctionnel entre la pédiatrie et la maternité;
- le rôle, les besoins, les missions, le financement des pédiatres universitaires et leur articulation avec les pédiatries régionales;
- la démographie des pédiatres en tenant compte notamment de l'évolution des besoins, de la diminution du temps de travail et de l'évolution des mentalités, travail déjà réalisé concernant les généralistes et appliqué envers les pédiatres indépendamment des questions de revalorisation des honoraires;
- le besoin de reconnaissance des sous-spécialités pédiatriques et leur articulation avec la pédiatrie générale.

La norme de quatre pédiatres sera seulement d'application en 2010, ce qui signifie que nous avons encore le temps, en fonction des résultats des études, d'adapter cette réglementation, voire, le cas échéant, de juger de l'utilité de l'adopter.

15.03 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, ik onthoud vooral dat u een en ander iets voordeliger maakt dan vroeger. U zegt te zullen moeten zien hoe de situatie evolueert en hoe de toestand zal zijn op het ogenblik dat de reglementering van toepassing zou moeten worden in 2010. Dat is een belangrijke uitspraak.

Voorts is het mijn overtuiging dat wij een onderscheid moeten maken tussen grote ziekenhuizen als de universitaire of aanverwante, de zogenaamde supraregionale ziekenhuizen, die veel grotere diensten hebben met veel meer bedden en veel meer patiënten. Zij kunnen veel gemakkelijker aan alle criteria voldoen vergeleken met de streekziekenhuizen, die goed zijn ingeplant in de streek, dicht bij de mensen, maar die, evident, minder patiënten en minder dokters hebben. Zij hebben dus problemen om aan die vier

pediaters te komen.

Ofwel beschouwt men pediatrie als een dienst van basisgezondheidszorg, die ook thuishoort in de streekziekenhuizen en dan moet men de normen op grond daarvan aanpassen. Zoals u terecht zegt, hangt het ook samen met materniteit of bevallingen, alsook met een dienst NOK, neus, keel en oren. Ofwel beschouwt men dat alles als basisgezondheidszorg en moet het dus ook kunnen worden geaffilieerd met de streekziekenhuizen. Ofwel kiest men resoluut voor de meer academische geneeskunde en verheft men pediatrie tot een specialiteit, die alleen nog zou kunnen worden beoefend in de grotere ziekenhuizen. Ik zou dat ten zeerste betreuren.

Mijnheer de minister, u spreekt over het advies van de academie van pediaters. Laten we niet vergeten dat dat een wat corporatistische invalshoek is. Uiteindelijk is dat een bepaalde lobby uit de pediatrische wereld, die een standpunt verdedigt dat meestal haaks staat op wat ik op het terrein bij de pediaters in de streekziekenhuizen hoor.

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

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, punt 31 op de agenda zijn samengevoegde vragen met vraag nr. 13095 van mevrouw Tilmans, vraag nr. 13395 van mevrouw Avontroodt, vraag nr. 13424 van de heer Goutry, vraag nr. 13448 van mevrouw De Block en vraag nr. 13465 van de heer Bultinck. De collega's Tilmans, Avontroodt en De Block komen niet.

16 Samengevoegde vragen van

- de heer **Luc Goutry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van het koninklijk besluit inzake cardiologie" (nr. 13424)
- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de nieuwe KB's met betrekking tot de hartcentra" (nr. 13465)

16 Questions jointes de

- **M. Luc Goutry** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre de l'arrêté royal relatif à la cardiologie" (n° 13424)
- **M. Koen Bultinck** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre des nouveaux arrêtés royaux relatifs aux centres cardiologiques" (n° 13465)

16.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, het KB van 1 augustus 2006 voorziet in een nieuw model en nieuwe erkenningnormen voor het zogenaamde cardiologisch zorgprogramma B.

Er komt geen upgrade van het zorgprogramma B1 naar B2, dat nog niet bestaat; het zou dus een opwaardering moeten krijgen. B1 gaat over diagnose via coronarografie. B2 gaat over interventionele cardiologie, waarbij men stents kan inplanten of dilataties doen. Mijnheer de minister, in plaats daarvan hebt u gekozen voor een totaalaanbod van B1, B2 en B3. Het moet nu samen gebeuren: B1, de diagnose; B2, de interventionele cardiologie en B3, de hartoperaties.

U weet – ik heb daarover reeds verschillende keren gesproken, ik moet niet steeds hetzelfde herhalen – dat er veel verschillende wetenschappelijke opinies daarover zijn en dat er nog steeds geen eenduidige medische evidentie is. Er zijn opinies die zeggen dat B1 en B2 goed zijn en dat B3 niet echt hoeft aanwezig te zijn zolang er een bereikbaarheid en associatie is. U houdt het bij de andere stelling en zegt dat het het een of het ander is, dat het B1, B2 en B3 samen is of niets.

Bovendien vraagt de concrete toepassing van het KB dat er nog heel wat organisatorische herschikkingen gebeuren, aangezien in het KB staat dat per site waar het programma B2 wordt aangeboden in de toekomst, ook B3 zal moeten zijn en dus effectief 250 hartoperaties per jaar zullen moeten gebeuren.

Mijnheer de minister, bovendien moeten al deze nieuwe entiteiten ook nog worden erkend door de Gemeenschappen; die bevoegdheid ligt bij de Gemeenschap. In die zin is het volgens mij niet denkbaar, het is nu reeds 13 december, dat tegen 1 januari, binnen drie weken, de werking van de huidige B1-centra zou worden stopgezet. Het KB is immers nog niet in uitvoering. De erkenningen zijn nog niet gebeurd door de Vlaamse Gemeenschap en ik denk ook in Wallonië nog niet.

Bijgevolg gaat de B1 worden afgeschaft op 1 januari, zoals het KB nu zegt. De facto zou er ook geen B2

meer bestaan gekoppeld aan B1. Wij zouden alleen nog een paar centra overhouden die vandaag reeds B3 hebben. Volgens mij zou dat voor een capaciteitsprobleem zorgen vanaf 1 januari voor patiënten met een hartprobleem of dreigend hartinfarct.

Mijnheer de minister, mijn vragen zijn derhalve de volgende.

Hoever staat het met de concrete uitwerking van het KB voor cardiologie? Acht u het mogelijk om het nieuwe programma vanaf 1 januari 2007 in uitvoering te laten gaan? Of zult u dat uitstellen? Overweegt u om ten minste de B1-centra nog een jaar te laten bestaan zodat er een convenabele overgangsregeling zou kunnen worden uitgewerkt?

16.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in deze commissie is de problematiek van de koninklijke besluiten met betrekking tot cardiologie reeds herhaaldelijk aan de orde gekomen. Het is vandaag misschien onze laatste kans om u voor 1 januari deze vragen te stellen omdat de tijd dringt en er op het terrein toch wat onduidelijkheid bestaat.

Een nieuw en niet onbelangrijk element in het debat dat mij ertoe aanzet om nog even met die problematiek naar u te komen, is dat zeer recent tien van de twaalf Vlaamse hartcentra een zeer duidelijke consensustekst hebben opgesteld. Zij verwoorden daarin uitdrukkelijk hun vrees dat uw hele hervorming wel eens een stijging van het aantal hartcentra als eindresultaat zou kunnen hebben, wat toch niet de bedoeling kan zijn.

Degenen die het dossier al een tijdje volgen, kennen de problematiek en weten dat de B1-centra op 1 januari zouden moeten sluiten tenzij, want ook daar is er een niet onbelangrijk achterpoortje, zij kunnen uitgroeien tot volwaardige hartcentra. Er zijn immers flink wat mogelijkheden zoals het vormen van een associatie.

Ik wil u daarom vier concrete vragen stellen. Ten eerste, denkt u nog altijd dat het mogelijk is de hervorming van het zorgprogramma cardiologie op 1 januari 2007 te laten ingaan? Ik heb tijdens mijn begrotingsuiteenzetting verwezen naar het feit dat er reeds herhaaldelijk vanuit de sectoren een vraag tot uitstel is gekomen, al was het maar om een jaar uitstel te krijgen om de hele zaak nog eens rustig te kunnen herbekijken.

Ten tweede, vreest u niet voor een aantal perverse gevolgen? Als tien van de twaalf Vlaamse hartcentra komen aandraven met een sterke consensustekst waarin zij zeer duidelijk zeggen dat wel degelijk de mogelijkheid bestaat dat het aantal hartcentra zou stijgen. Ik kan mij moeilijk inbeelden dat dit uw bedoeling is, los nog van het debat in welke van de drie Gemeenschappen die dan zouden komen.

Ten derde, ik denk dat collega Goutry terecht heeft verwezen naar het wetenschappelijk debat. De vraag blijft of u er nog altijd van overtuigd bent dat de hele hervorming gebaseerd is op de recentste wetenschappelijke gegevens vermits er ongeveer evenveel meningen zijn als er wetenschappers zijn. De politici, waaronder u als bevoegd minister, moeten alles minstens nog even rustig in ogenschouw kunnen nemen voor er definitieve belangrijke beslissingen worden genomen.

Ten slotte, is het nog mogelijk om de betrokken koninklijke besluiten aan te passen of de inwerkingtreding ervan uit te stellen?

16.03 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Bultinck, ik kan misschien beginnen met te zeggen dat in tegenstelling met wat u stelt de sluiting van geïsoleerde centra voor diagnostiek B1 in de cardiologie niet leiden tot besparingen op het cardiologische hulpaanbod. Enerzijds, mogen in die centra uitsluitend diagnostische verstrekkingen worden uitgevoerd, geen interventiehandelingen. Die zijn beperkt, zoals u weet tot de B2- en B3-centra. Anderzijds, laat ik met mijn hervorming ook toe dat centra met een zeer grote activiteit worden opgesplitst over twee vestigingsplaatsen van verschillende ziekenhuizen, voor zover op beide plaatsen wordt voldaan aan alle erkenningnormen.

Op de verschillende concrete vragen wens ik het volgende te antwoorden.

Ik bevestig, ten eerste, nogmaals dat de federale minister geen bijkomende besluiten of reglementering moet uitvaardigen en dat de recente hervormingen aan de gemeenschaps- en gewestministers voldoende middelen hebben gegeven om het gemiddelde aantal hartcentra af te stemmen op de behoeftes.

Ten tweede, er bestaat geen enkel probleem om de erkenningnorm met ingang van 1 januari 2007 in uitvoering te laten gaan. Volgens mijn informatie voldoet de overgrote meerderheid van de bestaande hartcentra die hartkatheterisatie en –chirurgie uitoefenen aan alle nieuwe erkenningnormen en zullen zij zonder enig probleem voort functioneren.

Ten derde, ten einde nodeloze sluitingen van diagnostische B1-centra te vermijden zal ik per rondzendbrief bevestigen dat de centra die vóór 1 januari 2007 een erkenningaanvraag zullen hebben ingediend voor de uitbating van een volledig zorgprogramma B1 in het raam van een associatieovereenkomst met een reeds erkend zorgprogramma B voort zal kunnen functioneren tot het ogenblik van de beslissing van de bevoegde overheid over de erkenningaanvraag. De aanvraag moet wel ontvankelijk bevonden worden door de bevoegde overheid.

Zo kom ik tot de andere vragen. Ik trek de deskundigheid van de Belgische vereniging voor Cardiologie zeker niet in twijfel. Toch betwist ik de inschatting die deze vereniging maakt inzake de gevolgen van de recente hervorming van de cardiologie. Enerzijds werden de activiteitsnormen van de B2- B3-centra verhoogd tot 400 hartkatheterisaties en 650 hartkatheterisaties en chirurgische verstrekkingen samen. Dit is uitsluitend bedoeld op een toename van de kwaliteit.

Anderzijds laat mijn hervorming ook toe dat centra met een zeer grote activiteit worden uitgesplitst over twee vestigingsplaatsen van verschillende ziekenhuizen voor zover op beide plaatsen wordt voldaan aan alle erkenningsnormen, met inbegrip van het activiteitsniveau. Dit impliceert dus dat er geen enkel bijkomend zorgprogramma kan worden erkend zonder dat een bestaand centrum beslist om zichzelf over twee vestigingsplaatsen uit te splitsen. Ik neem dan ook aan dat de bestaande hartcentra met de nodige omzichtigheid te werk zullen gaan.

Ik ben van oordeel dat de bestaande erkenningsnormen duidelijk zijn en dat de bevoegde gemeenschapsministers over voldoende appreciatiebevoegdheden beschikken om te oordelen of een nieuw op te richten centrum daadwerkelijk aan de behoeften beantwoordt en of het activiteitsniveau kan worden bereikt. Van een verdubbeling van het aantal hartcentra in Vlaanderen zal er geen sprake zijn, indien iedereen zijn verantwoordelijkheid opneemt. De hartcentra worden niet op forfaitaire wijze gefinancierd overeenkomstig het aantal hartcentra, maar slechts per akte. Het aantal hartcentra heeft dus geen invloed op de financiering. Daarenboven zal de sluiting van de geïsoleerde, diagnostische centra B1 wel een besparing impliceren. Vanaf nu zullen inderdaad geen onderzoeken meer plaatsvinden in de centra die niet bij dezelfde ingreep een interventionele katheterisatie kunnen verrichten, indien nodig.

Ik kan dit misschien een beetje verder uitleggen. Tot nu toe bestond er een risico dat een eerste analyse door een B1-centrum werd uitgevoerd waarna er een tweede analyse gebeurde in het centrum waarnaar men werd verwezen.

Ik denk dat ik hiermee volledig op uw verschillende vragen heb geantwoord.

16.04 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, het voornaamste wat ik nu meteen voor instant gebruik onthoud, is dat degenen die vandaag niet voldoen aan de nieuwe normen, maar mogelijk op weg zijn om eraan te voldoen, met name de bestaande B1's, maar zonder B3, hun B1, wanneer zij daarvan voor het einde van dit jaar een verklaring hebben afgelegd en vragen om erkend te worden, na Nieuwjaar zouden kunnen behouden, aangezien zij een associatie zouden hebben met een ander ziekenhuis dat zou instaan, op hun site, voor 250 hartoperaties, B3. Dat hebt u gezegd. Dat is belangrijk voor de rechtszekerheid en het voort functioneren van de B1.

De rest is appreciatie van de verschillende benaderingen van de zaak.

16.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik denk dat het meest cruciale wat wij vandaag te horen hebben gekregen, inderdaad de bevestiging is van de overgangsbepalingen voor de B1-centra.

Het debat blijft voor een stuk open. De tegenstrijdige visies, ook onder wetenschappers – dat is toch cruciaal –, blijven wel degelijk bestaan.

Wij zullen, als collega's in onze commissie, niet anders kunnen dan het dossier verder op de voet te volgen, vermits u zegt dat u inwerkingtreding zult toelaten vanaf 1 januari. Eenmaal we enkele maanden verder zijn

met de hervorming, zullen we een zeer duidelijk zicht krijgen op het effect op het terrein. Dan zullen wij dat dossier terugbrengen naar commissie om te zien hoe de zaak concreet op het terrein gestalte krijgt.

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

17 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het in vraag stellen van de contingentering van kinesitherapeuten" (nr. 13375)

17 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la remise en cause du contingentement des kinésithérapeutes" (n° 13375)

17.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, uit een aantal recente studies blijkt dat de doelstelling van het contingent, dat werd bepaald in 1999, inmiddels ruimschoots werd behaald.

Anderzijds dreigt er door de toenemende vergrijzing en vervrouwelijking van het beroep van kinesist in de toekomst zelfs een tekort te ontstaan. Ik heb dat al een paar keer in debatten tegen u gezegd.

Ik heb de volgende vragen, mijnheer de minister. Hebt u weet van een studie van het HIVA, het Hoger instituut voor arbeid, die de contingentering van kinesisten ter discussie stelt? Ik beschik zelf over die studie.

Volgt u de besluiten van de studie? Bent u van plan om de contingentering voor kinesisten op te heffen om aldus te anticiperen op een mogelijk tekort, zoals in de studie ook wordt voorspeld?

17.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, inzake de planning van het medische aanbod heeft de wetgever de planningscommissie een centrale rol toebedeeld. Er werden bovendien tal van studies over de kwestie uitgevoerd door wetenschappelijke instellingen. De commissie werkt adviezen uit op basis van een exact model, dat het geheel van beschikbare berekenbare parameters in aanmerking neemt. Het geheel van variabelen werd opgenomen in de cijfers in verband met de planning van het aanbod inzake kinesithérapie. Er is geen enkel tastbaar element dat die cijfers vandaag ter discussie stelt. Dat wil niet zeggen dat ik niet bereid ben de planningscommissie te vragen om de kwestie opnieuw te onderzoeken.

Meer algemeen stel ik samen met u vast dat er nog steeds meer studenten zijn dan dat er nomenclatuurnummers zijn. Dat zal bepaalde andere studies eveneens beïnvloeden. Daarentegen vind ik dat men te vaak verhuut dat, in tegenstelling tot de andere beroepen die aan de planning onderworpen zijn, de contingenten in de kinesithérapie alleen betrekking hebben op de uitoefening van het beroep in een zelfstandige praktijk. In tegenstelling tot artsen en tandartsen zijn de contingenten voor kinesisten bovendien niet van toepassing in het begin van de studies. Het aantal gediplomeerde kinesisten kan dus het aantal dat door de contingenten werd vastgelegd, overschrijden.

Het lijkt me ten slotte niet aangewezen het contingent ter discussie te stellen als er jaarlijks voldoende kinesisten worden opgeleid aan de Belgische hogescholen en universiteiten.

17.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, deze kwestie zal waarschijnlijk de geschiedenis ingaan als een eeuwigdurend twistpunt of geschilpunt tussen ons beiden. U weet dat ik mij volledig achter dat dossier heb gezet en mij daarover ook zeer goed documenteer. Ik heb daarover ook contacten met professor Stappaerts van de KUL, maar ook met mensen van het HIVA, het Hoger instituut voor de arbeid, die daarover enquêtes doen.

Ik blijf dus overtuigd van het feit dat er op korte termijn een zelfregulerend effect zal zijn, waarbij er door de vervrouwelijking en vergrijzing – meer patiënten, minder kinesisten beschikbaar of een grotere opdeling van het kinesistenberoep – wellicht een tekort zal komen. Daarom is het eigenlijk een beetje "overshooting" om deze mensen nu ongelukkig te maken en hun nummer tot zelfstandige vestiging niet te geven.

Ik stel vast dat we daarover van mening blijven verschillen. We zien wel. Naarmate de toestand evolueert, zal ik u daarover verder bevragen.

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

De **voorzitter:** Ik dank de minister van harte voor zijn bereidheid, ondanks zijn afnemende krachten, de

commissie bij te wonen en de goede antwoorden te geven.

Ik bedank ook de diensten van de Kamer, die ons hier gezelschap hebben gehouden. Anders zou het hier zeer eenzaam zijn. Vanmiddag, vanaf kwart na twee of half drie...

17.04 Minister **Rudy Demotte**: Half drie is voorzichtiger.

De **voorzitter**: Het aantal vragen is nu toch al fel geslonken.

17.05 Minister **Rudy Demotte**: Tussen kwart na twee en vijf voor vier. Om vier uur moet ik naar de Senaat.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.36 uur.

La réunion publique de commission est levée à 12.36 heures.