

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

Après-midi

Namiddag

La séance est ouverte à 14.23 heures et présidée par Mme Josée Lejeune.

De vergadering wordt geopend om 14.23 uur en voorgezeten door mevrouw Josée Lejeune.

01 Question de M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procédure d'infraction de la Commission européenne contre la Belgique à propos de la limitation des Pet-scan" (n° 12781)

01 Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overtredingsprocedure van de Europese Commissie tegen België naar aanleiding van de beperking van het aantal Pet-scans" (nr. 12781)

01.01 **Benoît Drèze** (cdH): Madame la présidente, la question que j'ai déposée était très courte, mais je voudrais la compléter par des informations lues dans la presse. Je fais allusion à un autre article, monsieur le ministre, où votre position est développée de la manière suivante: dans le cadre de la loi Santé votée en 2005, dont tout le monde se souvient, avec la sanction prévue à l'époque d'infliger aux PET-scan illégaux un rabotage de 10% des honoraires et des forfaits relatifs aux prestations des PET-scan, vous envisagez, à présent, une batterie de trois arrêtés royaux.

Un premier concerne les PET-scan légaux et apporte quelque chose de nouveau et de très intéressant: il s'agit de les contraindre à prêter dorénavant dans un bassin de soins, de manière à ce que tous les hôpitaux concernés par des diagnostics PET-scan puissent profiter de celui qui est agréé dans un établissement bien déterminé et éviter ainsi aux autres hôpitaux d'être discriminés.

Un deuxième arrêté – et c'est une nouveauté – donne un répit jusque fin 2008 à quatre PET-scan qui ne sont pas agréés mais qui auraient été acquis "in tempore non suspecto" avant la norme établie en 2000. Il s'agit du Centre hospitalier de Jolimont (La Louvière), Edith Cavel (Bruxelles), l'hôpital d'Alost et l'hôpital CHC Saint-Joseph (Liège).

Cependant, il y a un point sur lequel l'article de presse n'est pas précis. Il est évoqué une étude à réaliser avant l'échéance de fin 2008 afin de déterminer s'il y a ou non des indications nouvelles en matière de diagnostics PET-scan. Il n'y est pas mentionné si la période transitoire est automatiquement prolongée ou si le couperet tombe dans le cas où l'étude ne serait pas faite ou arriverait en retard?

Enfin, je pense que vous avez également mis en chantier un troisième arrêté royal qui est à mon avis nécessaire pour appliquer les sanctions car on ne peut pas exécuter la loi d'avril 2005 en matière de sanctions sans arrêté royal.

Donc, premièrement, avez-vous reçu notification de la Commission européenne? Deuxièmement, de manière plus globale, quelle est l'artillerie que vous envisagez de mettre en œuvre?

01.02 **Rudy Demotte**, ministre: Monsieur Drèze, je voudrais pouvoir répondre à la deuxième partie de votre question mais je ne dispose malheureusement pas d'éléments précis. Néanmoins, si vous le souhaitez, nous

pourrons revenir sur cette question la semaine prochaine.

Comme je l'ai déjà dit en séance plénière, nous avons reçu signification de la mise en demeure adressée par la Commission européenne concernant l'interdiction de la mise en place d'exploitation de PET-scan en dehors des services agréés. Cela équivaut, de fait, à une remise en cause du nombre limité de PET-scan dans notre pays.

Il n'est pas nouveau que je m'oppose à cette façon de voir car la Belgique, en tant qu'État membre, peut prendre les mesures nécessaires en matière d'organisation des soins de santé pour préserver la cohérence (articulation de toutes les fins, accès aux soins et qualité des soins) du système des soins de santé et son équilibre financier global (durabilité des soins). Je ne peux accepter la vision unilatérale de l'Union européenne consistant à utiliser un argument de libre marché – d'ailleurs cet argument provient du milieu industriel – dans un domaine qui doit échapper au marché.

Je ne vais pas revenir sur toute l'étude du PET-scan, vous la connaissez. Je vous épargnerai donc la littérature de ma réponse écrite.

Que se passerait-il si nous reconnaissions que l'Union européenne a raison? On foncerait tout droit dans le mur de la médecine à deux vitesses. Si on permet à certains PET-scan d'être reconnus, agréés et remboursés par la nomenclature INAMI, cela signifie que seule la fortune des gens leur permettra d'accéder à ces soins. Ce n'est donc plus "l'evidence base", on en est certain.

Dans ce contexte, j'ai fait valoir nos arguments à la Commission européenne. Je lui ai envoyé un certain nombre de signaux. Nous n'avons pas entamé une croisade d'un principe contre un autre; j'ai simplement expliqué pourquoi nous ne pouvions accepter ce point de vue.

D'ailleurs, si vous regardez l'évolution récente des débats dans l'Union européenne, je ne suis pas en contradiction avec ce que l'Union européenne a globalement réalisé dans le cadre de la directive Bolkestein dont on a retiré les soins de santé pour ne pas tomber dans le domaine des services. C'est la Belgique qui la première a formulé cette demande. Le gouvernement s'est fait l'interprète de cette demande après que j'aie personnellement soulevé cette question au sommet de Cork en Irlande. Nous leur avons dit que les soins de santé ne devaient pas être repris dans la directive Bolkestein, que s'ils voulaient élaborer une directive Santé, on pourrait en discuter mais qu'il n'était pas question d'insérer les soins de santé dans une directive générale ayant trait aux services dans le libre marché.

Dans le fond, les arguments que j'avais n'entraient pas en collision avec ceux déjà analysés par l'Union européenne.

Maintenant, il apparaît que cette affaire devient très importante au niveau européen car elle prend une valeur de 'test case'. La jurisprudence européenne se construit aussi sur la manière dont l'Union interprète les différents cas qui lui sont soumis. Ce cas-ci est très intéressant. Nous avons ouvert des voies de réflexion dans l'Union européenne mais, à ce jour, je n'ai pas eu de notification officielle de la position de l'Union. Il est possible que l'une ou l'autre personne en charge de ce dossier à l'Union ait communiqué de manière directe, que la Commission soit sur le point d'émettre un avis mais, sous réserve de vérification – et c'est dans ce but que j'appelais à l'instant mon chef de cabinet –, je n'ai pas reçu de notification officielle de la position de l'Union européenne. Dès que cette information me parviendra, je vous la communiquerai.

Pour le reste, je vous propose de renvoyer cette discussion à la semaine prochaine pour que je puisse vous donner des réponses très précises.

01.03 Benoît Drèze (cdH): Madame la présidente, sur la question proprement dite, la réponse du ministre me convient parfaitement.

Sur l'autre aspect, comme vous le suggérez, monsieur le ministre, je vais effectivement redéposer une question qui sera rédigée en conformité avec ce que j'ai dit tout à l'heure.

Je voulais simplement profiter de cette réplique pour vous indiquer que vous serez interpellé par cinq collègues - et je m'y serais volontiers associé - à propos de la cardiologie. Mon vœu le plus cher est que la logique des bassins de soins soit concrétisée non seulement en matière de PET-scan mais aussi en matière de cardiologie, voire sur d'autres sujets sensibles. Je crois que c'est la seule manière de retrouver, dans

notre pays, la paix des ménages, d'éviter des guerres de parts de marché entre hôpitaux ou des guerres idéologiques entre réseaux. Je pense que c'est dans cet esprit-là que vous avez imaginé la notion de bassin de soins, indépendamment du fait de rationaliser les soins.

J'insiste vraiment pour que cette notion, qui me paraît vraiment pertinente - je l'ai soutenue depuis le début, je ne suis donc pas suspect à cet égard - puisse être concrétisée encore sous votre autorité, donc avant la fin de cette législature, également dans des domaines tels que la cardiologie.

01.04 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, je voudrais ajouter une information. Le bassin de soins s'est concrétisé dans certaines régions. C'est le cas de la Wallonie picarde car, sur le site de Tournai, des hôpitaux de nature différente, deux hôpitaux privés, venant des deux grands piliers mutuellistes - je ne dois pas les citer - et un hôpital public se sont réunis. Cela signifie qu'une piste est tracée, qu'il y a des possibilités. Partout où nous le faisons, cela doit se faire en bonne intelligence. C'est l'appel que je peux lancer ici et maintenant au micro de cette commission.

01.05 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, en matière de PET-scan, vous avez été un peu plus loin en contraignant le bassin de soins par arrêté. Je pense que vous le confirmerez la semaine prochaine. Nous l'avions dit au départ, si l'idéal est que les bassins de soins viennent du terrain, quand cela ne se fait pas de manière correcte à partir du terrain, votre autorité est nécessaire pour amener à une situation tout à fait homogène.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "overtredingen op de wet inzake het verbod op reclame voor borstimplantaten" (nr. 13124)

02 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infractions à la loi relative à l'interdiction de la publicité pour les implants mammaires" (n° 13124)

02.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in de gezondheidswet van vorig jaar werd via een amendement een verbod op reclame voor borstvergrotingen, meer bepaald borstimplantaten, doorgevoerd. Dat is uiteraard een goede zaak, want de hype rond borstvergrotingen nam in het kielzog van een aantal platte televisieprogramma's een hoge vlucht.

De platte commercie speelde via allerlei advertenties schaamteloos in op het onzekerheidsgevoel bij vrouwen. Ze moesten plots voldoen aan het zogenaamde ideaalbeeld, waar meer dan 80% van de bevolking niet aan beantwoordt. Vorig jaar werd als toppunt van de wansmaak nog een paasborstenactie gelanceerd, waarbij het publiek via internet kon stemmen op de ergste borsten. Hoofdprijs: een koppel nieuwe borstimplantaten. Ik merk nu dat onder andere via Belgische websites zoals de website van de wellnesskliniek borstimplantaten opnieuw in een tijdelijke aanbieding staan. Voor 1.999 euro en een ingreep van een uurtje zijn ze te verkrijgen. Dat is een speciale aanbieding naar aanleiding van het tienjarig bestaan van de privékliniek. Is al opgetreden tegen deze overtreding? Hoe gebeurt het toezicht op de bepaling in de gezondheidswet waarin het verbod op borstimplantaten staat vermeld?

02.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Meyer, voor deze reclame die niet in overeenstemming zou zijn met artikel 9, paragraaf 4 van de geneesmiddelenwet van 25 maart 1964 is mijn administratie nog niet tussenbeide gekomen. Het DG Geneesmiddelen zal de inhoud van deze website onderzoeken en zal daaraan het juiste gevolg geven.

Het is onmogelijk om proactief alle promotiemateriaal te onderzoeken en te controleren dat wordt verspreid door ondernemingen die implanteerbare hulpmiddelen op de markt brengen, door instellingen die plastische chirurgie uitoefenen of door derden. Wanneer mijn diensten worden ingelicht over het bestaan van omstreden websites of van om het even welk ander verdacht promotiemateriaal, onderzoeken zij deze en kunnen zij ingrijpen indien nodig.

Wat het principe betreft, wil ik onderstrepen dat ik zeer geschokt ben door het gebruik van dit soort methodes, althans als zij worden toegepast.

02.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, dit soort zaken gebeurt absoluut. Ook de kranten hebben hiervan melding gemaakt.

Ik begrijp dat uw diensten niet proactief alle mogelijke dingen kunnen gaan onderzoeken. Maar er zijn natuurlijk een aantal voor de hand liggende zaken. De Wellness Kliniek is een bekend voorbeeld, denk ik, die altijd de grens van het wettelijke aftast, die altijd zoekt hoe ver ze kan gaan met haar reclamestunts. Het zou zo al interessant zijn, moest de DG Geneesmiddelen die kliniek goed onder toezicht houden, vermits het een bekende en beruchte instelling is. Ik wil dus toch vragen om dat wat nauwgezetter op te volgen.

De jongste maand ben ik in diverse tijdschriften trouwens nagegaan of het verbod op reclame gerespecteerd wordt. Ik moet u ontgoochelen, mijnheer de minister: dat is niet het geval. Ik denk niet dat het de bedoeling is dat wij wetten goedkeuren die niet nageleefd worden. Ik zal u in januari een dossier overhandigen van een aantal overtredingen van de wet, waartegen DG Geneesmiddelen dan ook zou moeten optreden. Ik hoop dat DG Geneesmiddelen mij zeker ten laatste in de loop van januari laat weten welke inhoudelijke stappen het zal zetten tegen de genoemde website.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Wij komen thans aan de samengevoegde vragen van mevrouw Avontroodt en mevrouw Storms. Vraag nr. 12999 van mevrouw Avontroodt werd echter omgezet in een schriftelijke vraag.

03 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onafhankelijkheid van ombudsdiensten in ziekenhuizen" (nr. 13030)

03 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'indépendance des services de médiation dans les hôpitaux" (n° 13030)

03.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, elke patiënt heeft sinds de invoering van de wet op de patiëntenrechten het recht om bij problemen in verband met de opname, de behandeling en het verblijf in het ziekenhuis een klacht in te dienen bij de bevoegde ombudsdienst.

Sedert 1 november 2003 heeft elk ziekenhuis ook verplicht een ombudsdienst die door bemiddeling een oplossing voor de klacht zoekt. Wettelijk dient het ziekenhuis er zorg voor te dragen voldoende informatie te verstrekken die de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie garandeert.

Er bestaat sinds geruime tijd echter een probleem met de onafhankelijkheid van die ombudsfuncties. Zowel uit de jaarverslagen van de federale ombudsdienst Rechten van de Patiënt als uit het onderzoek van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren is reeds gebleken dat er een probleem is met de onafhankelijkheid van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen.

Ongeveer een jaar geleden ben ik zelf ook eens op het veld, in het Gentse, gaan kijken hoe het eraan toe gaat in de Gentse ziekenhuizen. Ik kwam daar tot dezelfde vaststelling. Er zijn verschillende problemen: er is de onduidelijke afbakening van het takenpakket, er is ook de combinatie met verschillende functies in het ziekenhuis en er is de hiërarchie die de onafhankelijkheid kan bemoeilijken.

U hebt enkele maanden geleden aangekondigd dat u nog dit jaar initiatieven zou nemen die een verbetering zouden moeten betekenen in verband met de onafhankelijkheid van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen.

Daarom had ik graag vernomen of u reeds initiatieven hebt genomen om de ombudsfunctie in de ziekenhuizen onafhankelijk te maken, zoals u hebt aangekondigd in de commissie voor Volksgezondheid in mei jongstleden.

Welke initiatieven hebt u genomen? Indien dit niet gebeurd is, waarom is dat niet gebeurd en wanneer mogen wij wel maatregelen verwachten?

Bent u bereid om een cumulverbod in te voeren voor de ombudsfuncties in ziekenhuizen en voor andere functies? Op het terrein is gebleken dat de ombudspersoon in een ziekenhuis vaak nog een andere functie in het ziekenhuis uitoefent.

Bent u eventueel bereid om een ontslagbescherming in te bouwen voor ombudspersonen teneinde de onafhankelijkheid te waarborgen ten aanzien van de hiërarchische overste?

Een ander pijnpunt betreft de financiering van deze ombudsdiensten. Die ombudsfuncties worden niet volledig gefinancierd. Indien er voldoende middelen voorhanden zijn, kan vermeden worden dat de personen functies moeten combineren. Bent u bereid om eventueel de financiering aan de ziekenhuizen voor deze ombudsfuncties te verhogen? Indien ja, aan welke bedragen denkt u?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, eerst wens ik er toch op te wijzen dat elke patiënt, met inbegrip van de ambulante patiënt, een klachtrecht heeft bij schending van zijn rechten, zoals opgenomen in deze wet.

Voor de ziekenhuizen werd een specifieke, lokale ombudsfunctie uitgewerkt vanuit de gedachte dat daar de meeste klachten zouden rijzen. De patiënt die een klacht wenst in te dienen tegen een beroepsbeoefenaar die niet in dergelijke instellingen werkzaam is, kan terecht bij de federale ombudsdienst, die een residuaire bevoegdheid heeft voor alle andere klachten in verband met schendingen van de patiëntenrechten.

Om de federale ombudsdienst in staat te stellen haar bevoegdheid naar behoren te vervullen, heb ik begin dit jaar de reglementering aangepast. Ter zake werden aan de voorzitter van de FOD Volksgezondheid de nodige bevoegdheden en middelen gegeven om de continuïteit van de werking van deze dienst te garanderen. Voorheen hadden uitsluitend de twee hiertoe benoemde ombudspersonen de bedoelde verantwoordelijkheid en bevoegdheden. Nu zijn zij verantwoordelijken van een ombudsdienst die de continuïteit garandeert. Ik heb sindsdien ook geen klachten meer ontvangen over een gebrek aan continuïteit.

Wat de lokale ombudsfuncties in de ziekenhuizen betreft, rijst in bepaalde gevallen inderdaad een probleem van onafhankelijkheid. Ik heb ter zake een advies van de commissie Rechten van de patiënt ontvangen en bereid nu de nodige initiatieven voor om dat probleem te verhelpen. Zo denk ik eraan een aantal onverenigbaarheden in de reglementering in te schrijven. Ook meen ik het aangewezen duidelijker te bepalen dat de bemiddeling dient te geschieden zonder tussenkomst van derden, dat documenten en mededelingen vertrouwelijk zijn en dat er qua infrastructuur voldoende garanties moeten zijn, met het oog op hun onafhankelijkheid. Nog dit jaar zal ik aan mijn collega's in de regering een ontwerp van koninklijk besluit voorleggen.

03.03 **Annelies Storms** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik had inderdaad het advies van de federale commissie voor de rechten van de patiënt voor mijn neus liggen, waarin zij een aantal aanbevelingen doet inzake de onverenigbaarheid. Ik heb zelf ook een wetsvoorstel ingediend waarbij ik voorstel een aantal onverenigbaarheden in te voeren tussen de functie van lokale ombudspersoon en, bijvoorbeeld, medisch personeel uit hetzelfde ziekenhuis.

Ik ben blij te horen dat u bereid bent gevolg te geven aan het advies van de federale commissie en dat u ook een aantal onverenigbaarheden zult invoeren. U heeft niet uitdrukkelijk gezegd over dewelke het gaat, maar waarschijnlijk zullen die in de lijn liggen van het advies van de federale commissie. Ik zal zien wat er in het KB zal staan. Ik hoop dat dit redelijk spoedig in orde komt, omdat er op het terrein toch redelijk veel klachten zijn over die onafhankelijkheid.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 **Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition de la Commission de remboursement des médicaments" (n° 12802)**

04 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen" (nr. 12802)**

04.01 **Muriel Gerkens** (ECOLO): Madame la présidente, monsieur le ministre, des travaux sont en cours en vue d'améliorer la représentation des médecins de terrain dans la Commission de remboursement des médicaments, conformément à une demande tout à fait légitime apparue ces derniers temps.

Ma question a trait à la présence de représentants des firmes de médicaments génériques parmi les représentants des firmes pharmaceutiques au sein de cette Commission. Elle fait suite à la mise en œuvre de la procédure "kiwi light", notamment pour deux molécules, à savoir l'amlodipine et la simvastatine.

La procédure "kiwi" concerne plus particulièrement les fabricants de produits génériques. Pourtant, ces

firmer ne sont pas représentées dans la Commission de remboursement des médicaments. Or, il est question ici de dix sociétés réparties sur notre territoire.

Nous savons que de nombreuses questions d'ordre juridique et pratique se posent. La mise en œuvre desdites dispositions va rencontrer certaines difficultés. C'est normal! C'est nouveau! Il est question d'intérêts économiques tant des firmes pharmaceutiques traditionnelles que des fabricants de médicaments génériques.

Monsieur le ministre, quelle est votre position face à la demande du secteur des médicaments génériques? Je pense savoir que vous aviez promis à ce dernier de répondre positivement à son attente. Ce point sera-t-il englobé dans la discussion sur la reconstitution de la Commission de remboursement des médicaments? Si ce n'est pas le cas, cette demande spécifique peut-elle être prise en compte dès à présent?

04.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la députée, votre interrogation est parfaitement légitime. Mes services ont déjà avancé en ce sens puisque j'ai, à l'heure actuelle, accepté une représentation spécifique de l'industrie des médicaments génériques au sein de la CRM. En effet, j'ai l'intention d'augmenter la représentation de l'industrie pharmaceutique de deux à trois membres effectifs et autant de suppléants, ce nouveau membre devant être issu de l'industrie du générique. Un projet de changement de l'arrêté royal fixant l'augmentation au sein de la CRM a été discuté et accepté le lundi 6 novembre au Comité de l'assurance. Les demandes d'avis réglementaires sont, quant à elles, en cours.

04.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Ma demande est prise en compte avec, néanmoins, cette difficulté plus globale, il est vrai, de conserver un équilibre dans les représentations, y compris en ce qui concerne les médecins de terrain.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tests médicamenteux réalisés par des firmes pharmaceutiques" (n° 12803)

05 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelen tests die worden uitgevoerd door farmaceutische bedrijven" (nr. 12803)

05.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Madame la présidente, cette question a été déposée voilà un certain temps. J'ai essayé de voir si elle avait été, entre-temps, posée par quelqu'un d'autre mais je n'ai pas trouvé. Monsieur le ministre, si vous avez une réponse, je vous la pose sans problème. Mais si j'arrive comme les carabiniers, je m'abstiendrai.

05.02 Rudy Demotte, ministre: Je dispose d'une réponse.

05.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Dans les journaux du 27 juin, on pouvait lire que des firmes pharmaceutiques basées en Belgique testaient leurs nouveaux médicaments sur des cobayes humains en Inde et que ces tests ne se dérouleraient pas toujours de manière éthique. C'est notamment le magazine flamand MO qui dénonçait ces faits.

Ce n'est pas la première fois qu'on lit de telles dénonciations. Les firmes pharmaceutiques s'étaient d'ailleurs engagées à respecter des règles éthiques. Néanmoins, il apparaît que les petites entreprises éprouvent plus de difficultés à mener des études dans des pays occidentaux car celles-ci se révèlent être trop chères et trop ardues au vu de la législation existante. Dès lors, elles se tournent vers l'étranger par facilité car les contrôles et les règles éthiques sont inexistantes. Ces entreprises disposent donc de plus de latitude. Par ailleurs, les gens de ces pays étant dans le besoin, il est possible d'obtenir leur consentement d'être utilisés comme cobayes humains contre des émoluments parfois dérisoires.

Dès lors, j'aurais voulu savoir si votre administration possédait un listing des sociétés pharmaceutiques basées en Belgique qui recourent à de telles pratiques.

Avez-vous pris ou comptez-vous prendre des mesures pour restreindre ces pratiques?

Ne serait-il pas intéressant d'établir un véritable code éthique et de bonnes pratiques pour les sociétés pharmaceutiques qui relèvent de la législation belge?

D'une manière plus générale, dispose-t-on des outils pour pouvoir vérifier ces abus? Dans le cas contraire, ne devrait-on pas mettre en place de tels outils législatifs et des réseaux de contrôle?

05.04 Rudy Demotte, ministre: Madame la députée, mon administration ne dispose pas d'une liste des différentes sociétés pharmaceutiques qui pourraient recourir à de telles pratiques. Vous n'êtes pas sans savoir que la directive européenne relative aux bonnes pratiques 2005/28/EC a été transposée dans le droit national le 18 mai 2006. Des budgets ont été prévus pour aménager des inspecteurs de bonne pratique clinique qui ont notamment pour tâche d'effectuer des contrôles des études cliniques effectuées sur le territoire belge. En effet, il appartient en premier lieu à l'autorité locale de veiller au respect des directives sur les bonnes pratiques cliniques sur son propre territoire; c'est l'instrument par lequel on va pouvoir les vérifier.

Toutefois, la Belgique fait partie du groupe d'inspecteurs BPC européens de l'Agence européenne des médicaments (EMA) basée à Londres et chargée de la coordination de ces inspections, et ce généralement pour les pays situés en dehors du territoire européen et surtout pour les demandes d'enregistrement effectuées par le biais de la procédure "centrale". Des résultats négatifs sont des écarts par rapport au respect des directives BPC; ils sont systématiquement examinés, des actions correctrices y sont proposées.

Deuxièmement, comme je l'ai déjà signalé dans la réponse à votre première question, nous apportons un soutien total aux normes européennes relatives aux bonnes pratiques cliniques. Ce groupe assure la coordination des actions correctrices nécessaires.

Troisièmement, ce code d'éthique existe sur le territoire belge. Par ailleurs, le formulaire "informed consent" sera systématiquement approuvé par le comité d'éthique avant de pouvoir lancer des études cliniques. Tout participant éventuel à une étude clinique ou son représentant légal doit le signer et le dater au préalable.

Quatrièmement, il a déjà été signalé à différentes reprises que des inspections BPC seront effectuées au niveau national. Pour ce qui est du réseau, je vous renvoie au Réseau européen des inspecteurs BPC dont l'EMA assure la coordination. Par ailleurs, ce groupe EMA et l'Organisation wallonne de la santé ont des contacts réguliers à cet égard. Comme vous le savez, l'OMS souhaite également que les principes de bonnes pratiques cliniques soient respectés.

05.05 Muriel Gerkens (ECOLO): Est-il possible de savoir si ces inspections et ce réseau européen de contrôle dénoncent certaines firmes, si des sanctions sont prises?

05.06 Rudy Demotte, ministre: L'EMA pratique une transparence totale sur ces questions. Si vous vous adressez directement à l'EMA, vous aurez vos réponses. Je me demande même s'il n'y aurait pas moyen de le faire en ligne.

05.07 Muriel Gerkens (ECOLO): Je vérifierai.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les déclarations de contribution AFSCA 2006" (n° 13102)

06 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aangiften van de FAVV-bijdrage voor 2006" (nr. 13102)

06.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le ministre, j'ai été interpellée par plusieurs responsables d'établissements scolaires qui ont des sections horeca et qui, à ce titre, doivent respecter des règles d'hygiène émanant de l'AFSCA. En effet, des plats sont préparés et sont ensuite mangés par les étudiants.

Le respect des règles de sécurité alimentaire est donc nécessaire même si ces règles sont toutes relatives puisque le risque encouru est particulièrement faible vu le type de préparation et de personnes concernées.

L'AFSCA est évidemment au courant de cette pratique. Elle fait d'ailleurs participer ces établissements scolaires. C'est ainsi qu'ils doivent rentrer chaque année un document de déclaration de contribution à l'AFSCA dans lequel ils indiquent le nombre de personnes salariées concernées par cette section. Ils paient

alors une somme limitée par an. Par exemple, si quatre travailleurs salariés sont occupés dans une section horeca d'une école, celle-ci a dû payer, pour 2005, 60 euros. Je rappelle que cette pratique fait l'objet d'une autorisation de l'Inspection générale des denrées alimentaires.

La même déclaration doit être faite tous les ans. Mais il semblerait que, cette année, l'AFSCA n'ait pas tenu compte des déclarations rentrées spontanément par les établissements et qu'elle leur ait envoyé un rappel dans lequel elle exige un forfait maximal pour non-déclaration de 1.210 euros s'ils ne se mettent pas en règle pour le 29 décembre 2006.

J'ai pris des renseignements. Des déclarations spontanées ont effectivement eu lieu. Des rappels ont également bien été envoyés – pratique laissant penser que plusieurs courriers avaient déjà été adressés aux établissements – dans lesquels la somme maximale de contribution est demandée pour non-déclaration.

Monsieur le ministre, disposez-vous de données relatives aux établissements scolaires qui ont des obligations vis-à-vis de l'AFSCA? Combien sont-ils? Combien d'entre eux ont-ils introduit leur déclaration de contribution et combien font-ils l'objet de rappels exigeant le paiement du forfait maximal? Cela nous permettrait de savoir si un réel problème de fonctionnement existe au sein de l'Agence, si nous sommes confrontés à un problème régional ou encore si nous trouvons face à un problème de quelques établissements.

06.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Gerkens, en novembre et décembre 2005, tous les opérateurs connus ont reçu par la poste une brochure d'information et un formulaire de déclaration concernant le nouveau financement de l'AFSCA. Les opérateurs qui n'avaient pas renvoyé le formulaire ont reçu un premier rappel. Ceux qui n'ont toujours pas réagi ont récemment reçu un nouveau rappel leur demandant une réaction avant le 29 novembre 2006, à défaut de quoi la contribution maximale pour leur secteur d'activité serait facturée.

Les écoles qui servent des repas à leurs élèves sont considérées comme des établissements faisant partie du secteur horeca mais il est impossible de les identifier sans effectuer une analyse supplémentaire en combinaison avec d'autres bases de données.

L'AFSCA n'ayant pas encore traité tous les formulaires de déclaration, il n'est pas possible d'avancer les chiffres définitifs. En revanche, les statistiques des déclarations déjà introduites pour tout le secteur horeca sont disponibles.

À la date du 20 novembre 2006, ces statistiques donnent les résultats suivants:

- 30.524 opérateurs du secteur horeca ont introduit leur formulaire de déclaration et ont déjà reçu leur facture;
- 17.515 opérateurs du secteur ont reçu un deuxième rappel en octobre;
- 4.224 opérateurs ont déjà réagi au rappel;
- 13.291 opérateurs du secteur horeca n'avaient toujours pas réagi en date du 20 novembre 2006.

Nous avons convenu avec le secteur de travailler ensemble pour sensibiliser les opérateurs concernés.

06.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le ministre, les chiffres que vous me donnez représentent l'ensemble du secteur horeca.

06.04 Rudy Demotte, ministre: (...)

06.05 Muriel Gerkens (ECOLO): Pourrais-je néanmoins vous demander d'essayer d'investiguer au sein de l'AFSCA à propos de ces établissements scolaires? D'après mes informations, un problème assez important se pose mais il est peut-être simplement dû au fait qu'il s'agit d'établissements qui ne doivent payer que la somme forfaitaire par travailleur salarié. Manifestement, ils reçoivent des rappels alors qu'ils ont renvoyé leur déclaration; je dispose de copies de documents qui en attestent.

Il y a une démarche administrative de la part de l'AFSCA qui envoie des rappels alors que ces établissements ont fait le nécessaire. C'est quelque peu gênant car on exige de la part d'établissements le respect de règles et l'AFSCA se transforme en un "harceleur" administratif plutôt qu'en un garant de ces accords et du respect des règles.

06.06 Rudy Demotte, ministre: Vous pouvez me transmettre ces documents.

06.07 Muriel Gerkens (ECOLO): Je vous en ferai des copies.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le problème des factures impayées dans les hôpitaux" (n° 13126)

07 Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het probleem van de onbetaalde ziekenhuisfacturen" (nr. 13126)

07.01 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, un nombre important de factures envoyées aux patients ayant été hospitalisés restent impayées pour un simple problème d'adresse suite, par exemple, à un changement d'adresse.

Ces factures impayées posent un réel problème de trésorerie aux hôpitaux concernés induisant des déséquilibres budgétaires de plus en plus importants pour ces institutions. À titre d'exemple, à la mi-octobre 2006, environ 7% du chiffre d'affaires des cliniques Saint-Joseph à Liège resteraient bloqués à cause d'un problème d'adresses.

Les solutions dont disposent les hôpitaux pour résoudre ce problème sont, à ce jour, insatisfaisantes. Une partie des adresses fait l'objet de recherches internes. Une autre est retrouvée par l'entremise des communes qui ont un accès indirect au registre des personnes physiques. Une partie des personnes recherchées restent cependant indéfiniment introuvables. Toujours à titre d'exemple, les mêmes cliniques Saint-Joseph à Liège occupent 8,7 équivalents temps plein pour la réalisation de ces démarches.

Selon nous, le problème pourrait être résolu en accordant aux hôpitaux un accès plus aisé aux données du registre des personnes physiques. Cet accès devrait être par ailleurs facilité par la mise en place étendue d'une plate-forme électronique d'échange de données telle que CareNet.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous donner des chiffres précis, à l'échelle du Royaume, sur ce que représente en montant absolu et en pourcentage le montant des factures impayées aux hôpitaux? Quelles mesures pensez-vous pouvoir prendre pour solutionner ce problème? Que pensez-vous de l'idée de rendre le registre des personnes physiques accessible aux hôpitaux et, le cas échéant, selon quelle technique?

07.02 Rudy Demotte, ministre: (...) (*Intervention hors micro*)

Le compte 409 reprend le montant des créances pour lesquelles le gestionnaire hospitalier considère qu'il ne sera plus jamais payé et donc abandonne la créance.

Je mets à votre disposition un tableau reprenant pour les années 2000 à 2004 – c'est-à-dire pour les cinq derniers exercices comptables pour lesquels ces données sont disponibles – les montants en euros des comptes 407, 409 consolidés au niveau de l'ensemble des hôpitaux du Royaume et ces mêmes montants exprimés en pourcentage du chiffre d'affaires, le compte 70 du plan comptable minimum normalisé (PCMN).

Si on se focalise sur le compte 409 du PCMN des hôpitaux, davantage révélateur des factures impayées, on constate une évolution à la hausse de 1,89% à 2,21% du chiffre d'affaires annuel des montants des créances pour les prestations considérées comme définitivement irrécouvrables.

Pour l'instant, aucune mesure spécifique n'est prévue pour résoudre ce problème. Tout d'abord le problème des factures non payées est un problème général qui n'est pas limité aux hôpitaux généraux. En ce qui concerne le problème des adresses inconnues, la loi sur le registre national prévoit la possibilité d'avoir accès au registre national.

La loi du 8 août 1983 organisant le registre national des personnes physiques détermine les règles d'application permettant d'avoir accès au registre. L'article 5 de cette même loi précise qu'une autorisation peut être demandée au comité sectoriel du registre national instauré au sein de la Commission pour la protection de la vie privée, pour accéder aux informations du registre national. Chaque hôpital qui en a le besoin peut demander individuellement une autorisation au comité sectoriel. Ce comité va se pencher sur

cette demande du point de vue de sa proportionnalité et de sa pertinence quant à son utilité et se déterminera en fonction pour accorder ou non son autorisation.

07.03 Benoît Drèze (cdH): Le ministre présente une ouverture sur la fin. Il n'est pas clair pour moi si c'est une ouverture au cas par cas ou si c'est une autorisation qui permettrait à l'hôpital d'avoir un accès "quotidien" au registre national. Car, si c'est au cas par cas, c'est aussi fastidieux que de s'adresser à la commune; si c'est une gestion quotidienne qui est permise, c'est une solution très intéressante.

07.04 Rudy Demotte, ministre: C'est une question de protection de la vie privée, à laquelle je ne suis pas à même de vous répondre ici. Il faudrait interroger les organes ad hoc pour obtenir cette réponse. Je ne peux pas faire une règle générale d'une règle d'ouverture que je cite et dont je découvre la teneur au moment même où je vous la lis. Pour ne pas induire les institutions en erreur, je pense qu'il faut interroger l'organe ad hoc à ce sujet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van de heer Jef Van den Bergh aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "slachtofferbejegening in ziekenhuizen van ouders wier kinderen de dood vinden in het verkeer" (nr. 13167)

08 Question de M. Jef Van den Bergh au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assistance prêté par les hôpitaux aux parents d'enfants tués dans un accident de la circulation" (n° 13167)

08.01 Jef Van den Bergh (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, verkeersongevallen leiden in ons land nog steeds tot erg veel leed. Als er kinderen verongelukken zijn het verdriet en de woede misschien dubbel zo groot. Een heel beloftevolle toekomst wordt helaas soms in een keer weggeveegd.

De benadering van de nabestaanden – in de eerste plaats de ouders, broers en zussen – vraagt dan ook de grootste omzichtigheid van de betrokken diensten. In het verleden werden problemen ter zake al meermaalsesignaleerd, onder meer door verenigingen als de vzw Zebra en de Ouders van Verongelukte Kinderen. De Vlaamse regering heeft ter zake ook een initiatief genomen, in het raam van haar rol met betrekking tot slachtofferhulp. Op initiatief van de organisaties en met steun van de Vlaamse regering werd door de Katholieke Universiteit Leuven een onderzoek gevoerd naar de noden voor de opvang in dergelijke gevallen.

In dat onderzoek komen een aantal pijnpunten naar voren, onder andere bij de ziekenhuizen, waar de opvang van familieleden nog problematisch lijkt te verlopen. De studie wijst onder meer uit dat medische ploegen op de plaats van het ongeval reeds een betere rol zouden kunnen spelen dan vandaag de dag en dat in de ziekenhuizen zelf dikwijls de voorwaarden ontbreken om de nabestaanden behoorlijk op te vangen, op een psychologisch verantwoorde manier. Daarom wil ik u een aantal open vragen voorleggen.

Bent u ondertussen op de hoogte gebracht van de studie van de KU Leuven? De studie is misschien geconcentreerd op het Vlaamse landsgedeelte, maar ik meen dat ze leerrijk kan zijn voor het hele land.

Wat is uw reactie op de publicatie van de studie, meer bepaald betreffende de domeinen die tot uw bevoegdheid behoren, met name de ziekenhuizen?

In hoeverre is de opvang van de familie van verkeersslachtoffertjes in de ziekenhuizen georganiseerd? Bestaan er daarover duidelijke richtlijnen? Zo ja, zijn deze richtlijnen misschien aan evaluatie toe, op basis van de resultaten van de studie? Stelt u bepaalde maatregelen in het vooruitzicht?

08.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Van den Bergh, ik ben op de hoogte van een aantal initiatieven en onderzoeken omtrent de problematiek die u aankaart en die bijzondere aandacht verdient.

Ten eerste, door het Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Ondersteuning, werd een staten-generaal Verkeersslachtoffers en Nabestaanden opgericht, waarin verschillende werkgroepen actief zijn. Een van de werkgroepen handelt over de medische hulpverlening.

Ten tweede, professor Frank Hutsebaut van de KU Leuven, afdeling Criminologie, deed een onderzoek naar kinderen als slachtoffers van het verkeer. Een studiedag over het onderwerp werd op 20 november 2006 georganiseerd. De publicatie van het onderzoek wordt in januari 2007 verwacht.

Er werd met dokter Jan Stroobants contact opgenomen om te zien welke maatregelen door het federale niveau kunnen worden ondersteund, gelet op de conclusies van voornoemd onderzoek. Zodra het onderzoek van dokter Hutsebaut wordt gepubliceerd, zal hetzelfde initiatief worden genomen.

Ik dank u voor de aandacht die u aan de problematiek besteedt.

08.03 Jef Van den Bergh (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik zou u op mijn beurt willen danken voor de aandacht die u aan de problematiek besteedt en voor het engagement dat u de conclusies wel degelijk in maatregelen wil omzetten, vanaf het moment dat de conclusies duidelijk zijn gepubliceerd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onverdoofd castreren van biggen" (nr. 13434)

09 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la castration à vif des porcelets" (n° 13434)

09.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het onverdoofd castreren van biggen. Deze situatie werd ons onder de ogen gebracht door onder andere de recente acties van Gaia.

De feiten zijn de volgende. Bijna vier jaar geleden beloofde de Belgische varkenssector plechtig aan de toenmalige bevoegde minister van Dierenwelzijn om geen varkens meer onverdoofd te castreren vanaf 1 januari 2006 en om de chirurgische castratie sowieso te stoppen in 2009.

Nu blijkt echter dat de sector zich van dat zogenaamde herenakkoord niets heeft aangetrokken en helemaal niet klaar is om vanaf 1 januari van volgend jaar te stoppen met castratie zonder verdoving. Daarom is het absoluut noodzakelijk de voorwaarden van dit akkoord wettelijk op te leggen aan de varkenssector. De sector heeft vier jaar tijd gehad en heeft zich ook formeel gebonden om binnen de vier jaar een oplossing te vinden. Die sector heeft dan voldoende tijd gehad om zich te conformeren. Het zou niet eerlijk zijn om de zaken zomaar blauwblauw te laten.

Het is hoog tijd dat België in eerste instantie biggencastratie alleen nog toelaat door dierenartsen en onder lokale verdoving. Tussen haakjes, in Noorwegen is dat reeds de normaalste zaak van de wereld sinds 2002. Deze bepaling moet volgens ons absoluut nog van kracht worden in 2006 om dan uiteindelijk tegen 1 januari 2009 chirurgische castratie helemaal overbodig te maken.

Veelvuldig onderzoek heeft onomstotelijk aangetoond dat castratie zonder verdoving een zeer pijnlijke ingreep is. Daarvoor hoeft men geen uitgebreide onderzoeken te doen. Iedere normale mens kan zich wel voorstellen dat castratie zonder verdoving wellicht een pijnlijke operatie is.

Mijnheer de minister, u kan hier, ons inziens, een grote stap vooruit zetten op het vlak van dierenwelzijn door bij elke castratie van biggen lokale verdoving te verplichten, ongeacht de leeftijd van de biggen. Dat is een minimale afspraak die wij kunnen maken en wettelijk kunnen opleggen en die ons laat intreden in het land van de beschaafden.

Mijnheer de minister, bent u bereid om deze minimale ingreep, namelijk verdoving, verplicht te maken en nog in deze legislatuur te verwezenlijken?

09.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de minister, gelieve mij eerst en vooral te verontschuldigen omdat een groot deel van mijn antwoord in het Frans zal worden gegeven. Het was ook bedoeld voor de heer de Donnea.

Bovendien ken ik, wat betreft de castratie van varkens, de precieze woorden in het Nederlands niet. Dat is

de reden waarom ik mijn tekst in het Frans zal lezen. Zelfs in het Frans vind ik het een moeilijke terminologie.

Les porcelets mâles sont presque tous castrés pour éviter la désagréable odeur qui se dégage lors de la cuisson d'animaux non castrés, odeur qui les rendrait invendables.

Les possibilités de respecter les échéances dans la déclaration de principe ont été examinées par un groupe de travail constitué au sein du Conseil du bien-être animal. Des méthodes alternatives ont été évaluées concernant les critères tels que le respect du bien-être animal et la faisabilité des conséquences économiques. Les résultats d'une étude de faisabilité relative à la détermination du sexe du sperme ont été décevants. Voilà une phrase qui pose un petit problème! J'ignorais qu'on puisse avoir des doutes sur l'origine du sperme! Cela mérite une explication.

09.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, door spermaselectie kan men ervoor zorgen dat er alleen zeugen worden gemaakt en geen beren, waardoor het probleem van de geur is opgelost.

09.04 Minister **Rudy Demotte**: Men kan dus een selectie doen omtrent het geslacht, via het sperma?

L'étude portant sur la sélection de porcs qui ne présenteraient pas ou pratiquement pas d'odeur de verrat progresse mais n'est pas encore prête à être mise en pratique...

(Éclats de rires)
(Uitbarsting van gelach)

09.05 Magda De Meyer (sp.a-spirit): U mocht niet lachen!

09.06 Rudy Demotte, ministre: Non, non, je ne ris pas! C'est trop pénible! Je ne ris pas de ce que je lis. Je ris de la manière dont c'est rédigé. À mon avis, le texte a dû être traduit dans les deux langues. On rit généralement des choses qui font mal; c'est une façon d'exorciser le mal.

... Dans ce contexte, j'ai libéré des fonds pour poursuivre la recherche.

L'immuno-neutralisation n'est pas possible actuellement. Cette technique implique que les porcs soient vaccinés deux fois, ce qui provoque l'inhibition du développement des gonades et de l'odeur du verrat.

La mise au point d'un tel vaccin pour le marché européen et son enregistrement éventuel se font attendre. L'utilisation effective de ce vaccin sera également déterminée par le taux d'acceptation par le distributeur et le consommateur. Une communication claire à ce propos est essentielle parce que le vaccin agit sur le bilan hormonal de l'animal et peut donc être interprété à tort comme un traitement hormonal. La viande de ces animaux ne peut être victime d'aucune entrave aux échanges intracommunautaires ou à l'exportation. Un secteur où le taux d'autosuffisance atteint 200% ne peut pas se permettre de prendre des risques à cet égard.

Les possibilités d'anesthésie ont également été évaluées. L'anesthésie générale est la plus confortable pour l'animal mais on ne dispose pas soit de produit enregistré, soit de technique d'anesthésie à la fois pratique et sûre. L'anesthésie locale n'a, lors de la rédaction de la déclaration de principe, pas encore été considérée comme une amélioration suffisante.

D'autres pays ont, depuis lors, pratiqué ce type d'anesthésie sans que le débat concernant le bénéfice global pour le bien-être de l'animal soit pour autant clos.

Dans l'hypothèse où l'anesthésie locale serait jugée acceptable, il resterait encore à résoudre la question de l'enregistrement du produit, de l'administration obligatoire par le vétérinaire et du coût qui en découlerait ainsi que les possibilités de contrôle de l'utilisation effective.

Ik zal dus de situatie en de eventuele wetenschappelijke ontwikkelingen in dit domein van nabij blijven volgen zodat ik het gevoerde beleid indien nodig kan aanpassen.

Maatregelen op nationaal niveau zijn echter niet evident. Dat is ook de bevinding in de buurlanden zodat wordt gepleit voor een meer Europese aanpak van dit dossier. Binnen het communautair actieplan inzake de

bescherming van het welzijn van dieren 2006-2010 wordt hieraan derhalve veel aandacht geschonken. Op dit niveau is reeds een eerste overleg gepland in januari 2007.

09.07 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik ben akkoord dat de stap naar chemische castratie niet evident en moeilijk is.

Persoonlijk vind ik dat de minimale stap naar een lokale verdoving toch wel mogelijk moet zijn. Ik vind het niet ernstig dat er wordt beschermd met de kostprijs ervan. Die staat volgens mij niet in verhouding tot de pijn die dieren lijden wanneer ze zonder verdoving worden gecastreerd. U kunt me niet wijsmaken dat de kostprijs voor een lokale verdoving bij castratie voor de varkensboeren onoverkomelijk zou zijn. Dat is volgens mij compleet uit de lucht gegrepen. Het financiële argument kan volgens mij geen reden zijn om de allerkleinste maatregel van de lokale verdoving door te voeren. Dat is iets wat u op nationaal vlak absoluut kunt doen.

Het enige dat ik begrijp, is dat er een probleem is met de regularisatie van het verdovingsproduct. Het daarvoor noodzakelijke verdovingsproduct lidocaïne moet blijkbaar worden geregulariseerd, maar dat is ook iets wat op nationaal vlak kan gebeuren.

Mijnheer de minister, ik wil u vragen de zaak nogmaals grondig te bekijken, wat de kostprijs betreft. Die mag volgens mij echt geen argument zijn. Het verplicht maken van de lokale verdoving kan perfect binnen de nationale bevoegdheden en de regularisatie van het noodzakelijke verdovingsmiddel lidocaïne kan ook op federaal vlak gebeuren. Men kan hier dus echt een grote stap vooruitzetten in een debat dat nog lang niet af is, maar waarmee op zijn minst de acute pijn van de castratie bij biggetjes wordt weggenomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de provinciale geneeskundige commissies" (nr. 13394)

10 Question de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement des commissions médicales provinciales" (n° 13394)

10.01 Trees Pieters (CD&V): Mijnheer de minister, het is deze week in de Artsenkrant verschenen, maar ik ben ook gebeld door een aantal voorzitters van Provinciale Geneeskundige Commissies. Die trekken aan de alarmbel, want, zeggen zij, de overheid verhindert hen hun wettelijke taken uit te voeren.

Volgens de wet moeten de Provinciale Geneeskundige Commissies uit ten minste 18 leden bestaan. De voorzitter en de ondervoorzitter zijn artsen, en de secretaris is een gezondheidsinspecteur en ambtenaar van Volksgezondheid. Elke commissie bestaat verder uit 2 bijkomende artsen, 2 tandartsen, apothekers, veeartsen, kinesisten enzovoort. Op dit ogenblik is er geen enkele PGC die voldoet aan die wettelijke samenstelling. Sommige provincies hebben niet eens meer een eigen gezondheidsinspecteur. Zo moet de Limburgse inspecteur al 2 jaar ook Antwerpen erbij nemen.

Nochtans zijn de taken van de Provinciale Geneeskundige Commissies niet onbelangrijk. Zij moeten erop toezien dat de zorgverstrekkers uit hun ambtsgebied meewerken aan de bestrijding van besmettelijke aandoeningen. Ook de organisatie van de wachtdiensten valt onder hun bevoegdheid. Ook is het hun taak diploma's te viseren en de onwettige uitoefening van geneeskunde op te sporen.

De Provinciale Geneeskundige Commissies kunnen ook het visum intrekken van een zorgverstrekker die fysiek of psychisch niet geschikt is om voort te werken. De betrokkene kan beroep aantekenen bij de Geneeskundige Commissie van beroep. Maar omdat de provinciale commissies niet samengesteld zijn zoals wettelijk bepaald, kunnen zij onmogelijk hun opdracht vervullen.

Ik geef een voorbeeld uit West-Vlaanderen. Een geschrapte arts werd verdacht van seksueel misbruik maar kon toch vrijuit gaan omdat de minister verzuimd had de beroepscommissie samen te stellen. Ik ken nog meer gevallen van drugsgebruik. Zo was er een arts die drugs voorgeschreven had en wiens visum ingetrokken moest worden, maar dat is niet gebeurd en hij blijft dus voort werken.

De voorzitters en de leden van de Provinciale Geneeskundige Commissies maken zich dan ook ernstig zorgen over hun persoonlijke aansprakelijkheid. In hoever kunnen zij aansprakelijk gesteld worden wanneer

er iets misloopt? Ik denk bijvoorbeeld aan dat geval van drugsmisbruik.

Wat staat daar tegenover? Voorzitters krijgen iets meer dan 7 euro per vergadering, en gewone leden moeten het met de helft stellen.

Daarom, mijnheer de minister, heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, bent u op de hoogte van die problemen en kunt of zult u de juiste maatregelen nemen om de wettelijk vereiste samenstelling van de Provinciale Geneeskundige Commissies in te vullen?

Ten tweede, zo ja, in welke timing wordt daarvoor voorzien?

Ten derde, in hoeverre kunnen de voorzitters en de leden persoonlijk aansprakelijk gesteld worden wanneer er iets fout loopt binnen hun bevoegdheden en/of binnen hun ambtsgebied?

Ten vierde, om tot een performante werking van de PGC's te komen, kan het aangewezen zijn de zitpenningen ietwat realistischer te maken. Zou u daartoe een maatregel kunnen nemen of minstens in het vooruitzicht stellen?

10.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Pieters, ik ben perfect op de hoogte van de situatie die u schetst. Daarom heb ik eind 2005 gevraagd dat mijn administratie een inventaris zou maken van de tekortkomingen en voorstellen zou formuleren om daaraan te verhelpen.

Ik zal u een korte samenvatting geven van de werkzaamheden die werden uitgevoerd sinds mijn verzoek eind vorig jaar. Ik geef toe dat er nog werk aan de winkel is, met name de vernieuwing van de leden moet worden afgerond.

Er werd absoluut prioriteit verleend aan de vernieuwing van de bijzondere samenstelling van de commissies, zijnde de voorzitter en de vicevoorzitter, en aan de garantie dat elke commissie over een gezondheidsinspecteur beschikt die ook de functie van secretaris vervult.

Deze bijzondere samenstelling is essentieel om de klachten en navragen te kunnen beheren, alsook om de kamers van beroep de mogelijkheid te bieden hun werk uit te voeren.

De nieuwe voorzitters en vicevoorzitters werden benoemd tijdens het eerste semester van 2006 en werden door de administratie erkend om in functie te treden op 31 mei 2006.

Wat het personeel van de administratie betreft, zijnde de federale gezondheidsinspecteurs, werd er een bijzondere inspanning geleverd. In 2004 waren er slechts zes inspecteurs waarvan twee Nederlandstaligen voor de tien commissies. Op 1 januari 2007 zal de tiende federale gezondheidsinspecteur in dienst treden voor de provincie Antwerpen om aldus het personeelskader te vervolledigen waardoor er geen dubbele functies meer moeten worden vervuld.

Dankzij deze maatregelen zijn de mogelijkheden om een visum in te trekken alsook de werking van de kamers van beroep niet meer in gevaar.

Wat de vernieuwing van de leden betreft, heeft de administratie op het einde van de zomer alle kandidaturen ontvangen.

Ik stel vast dat er een achterstand werd opgelopen in het opstellen van de benoemingsbesluiten omdat er binnen dit directoraat-generaal voorrang werd verleend aan andere taken. Op mijn verzoek verbindt mijn administratie zich ertoe de benoemingen vóór januari 2007 te publiceren.

De tweede prioriteit is de ondersteuning van de werking van de commissies voor geneeskunde. Hiertoe zal ik binnenkort een tekst indienen die door de administratie werd voorgesteld en die het besluit nr. 78 bijwerkt zodat dit vrij is van tegenstellingen in de procedures voor controle door de commissies voor geneeskunde. Bijkomend moet deze tekst ook een beter beheer van de ernstige gevallen – seksueel misbruik, diefstal, enzovoort – mogelijk maken voor de beroepen waarin geen enkele orde de deontologie verzekert.

Ik wil ook de onnodige administratieve lasten voor de commissies verlichten. In dat opzicht heeft een

procedure voor aflevering van visa en RIZIV-nummers, gecentraliseerd en gecoördineerd tussen de FOD en het RIZIV, dit jaar uitstekend gewerkt. In februari zal hierover een gunstig rapport verschijnen. Alle commissies werden in 2006 eveneens aangesloten op het centrale informaticanetwerk van de FOD waardoor ze voortaan toegang hebben tot de gemeenschappelijke gegevensbanken. Hierdoor werd ook codering vanuit de provincies mogelijk, een belangrijke stap vooruit. Bovendien wordt er een uitbreiding op het informatieprogramma geprogrammeerd, specifiek voor de commissies. Op het vlak van de werking wordt er momenteel gewerkt aan een vademecum dat tegen het tweede semester van 2007 klaar zou moeten zijn.

In antwoord op uw vierde vraag, het volgende. Er loopt momenteel een onderzoek in het kader van een werkstage, om een vooruitzicht te kunnen bieden omtrent de kosten inzake het presentiegeld om een nieuwe visie te kunnen voorstellen. Er dient te worden opgemerkt dat mijn aandacht niet alleen uitgaat naar het presentiegeld van de commissies voor geneeskunde maar ook naar dat van de erkenningscommissies.

Ten slotte geef ik toe dat er een achterstand bestaat op het vlak van de vernieuwing van de leden. Deze achterstand zal de administratie zeer binnenkort wegwerken. Niettemin wil ik benadrukken dat er reeds vooruitgang wordt geboekt en dat er een nieuwe dynamiek ontstaat binnen het directoraat-generaal dat grondig wordt geherstructureerd.

10.03 **Trees Pieters** (CD&V): Mijnheer de minister, ik wil u in eerste instantie aanraden voor uw eigen gezondheid te zorgen, want u ziet er niet goed uit.

In tweede instantie wil ik u hartelijk danken voor uw antwoord. Dat geeft toch een perspectief op een betere organisatie van de Provinciale Geneeskundige Commissies. De artsen die voorzitter van zo'n commissie zijn moeten daarvoor wel hun eigen werk laten staan. Los van alle andere problemen die geciteerd werden, zult u voor 7 euro geen kandidaten meer vinden die dat nog willen doen. Maar als ik uw antwoord alvast mag hebben, zal ik dat vandaag al binnenbrengen zodat die mensen weten waar zij voor staan en rekening kunnen houden met uw toezeggingen. Dank u wel.

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 ondervoeding in ziekenhuizen" (nr. 13466)**

11 **Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la dénutrition dans les hôpitaux" (n° 13466)**

11.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik verwijs naar het tweede symposium over ondervoeding in Belgische ziekenhuizen van begin november 2006. U zal zich ongetwijfeld herinneren dat ik u op 14 juni 2005 over exact dezelfde problematiek ondervroeg.

U verwees in uw antwoord toen naar, enerzijds, het artsencollege voor de geriatrie diensten en, anderzijds, naar het fameuze voedingsplan, dat de commissieleden ondertussen allemaal hebben ontvangen. In het plan is, naast de hele problematiek van zwaarlijvigheid, ook het deelaspect van eventuele ondervoeding in ziekenhuizen aan de orde.

Mijnheer de minister, ik gebruik mijn mondelinge vraag om na te gaan waar wij, meer dan een jaar later, op het terrein concreet staan. In die zin is het de bedoeling na te gaan wat van de concrete voorstellen is terechtgekomen. Ik verwijs naar de voorstellen van professor Ysebaert, waarvan er eentje de fameuze erkenning en eventuele financiering van de voedingsteams betreft.

Wat is een jaar later op het terrein van de voorstellen terechtgekomen? Werd tegenover de erkenning of de concrete stappen ook de financiering ervan gesteld?

11.02 **Minister Rudy Demotte**: Mijnheer Bultinck, de kwestie van ondervoeding bij ziekenhuispatiënten is niet nieuw. In 2003 maakte de problematiek het voorwerp uit van een resolutie van de Raad van Europa, gebaseerd op het rapport "Prevention of undernutrition and nutritional intervention in hospitals: report and guidelines for the Council of Europe".

Deze aanbevelingen vonden veel weerklank in ons land, in het bijzonder in het College van geneesheren voor de dienst voor geriatrie. Dit college heeft instrumenten uitgewerkt voor de screening en verbetering van

de voeding van bejaarden in ziekenhuizen. Daarnaast vonden de aanbevelingen ook weerklink in bijvoorbeeld de Société Belge de Nutrition Clinique en in de Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme, die zich erop hebben toegelegd de beroepsmensen te sensibiliseren rond dit probleem.

In de zomer van 2005 kondigde ik – in antwoord op een vraag over hetzelfde onderwerp - aan dat er een voedings- en gezondheidsplan in de maak was dat een luik over ziekenhuisvoeding zou bevatten. Dit nationaal voedings- en gezondheidsplan is vandaag een feit. Een verdere richtlijn van het plan richt zich specifiek tot de problematiek van de preventie en de behandeling van de ondervoeding. Deze richtlijn bepaalt voor de ziekenhuizen dat er in elke instelling een specifieke verantwoordelijkheid moet worden ontwikkeld met als doelstelling het bepalen van een voedingsbeleid, het systematisch evalueren van de voedingsstaat van de patiënten bij opname, het instellen van aangepaste interventieprotocollen, alsook de controle op de collectieve voedselbereiding.

Deze maatregelen zullen worden ondersteund door de nodige opleidingen voor het verzorgend personeel. De maatregelen zullen ook de steun en de expertise genieten van een nationale groep van voedingsdeskundigen. De nadere regels voor de invoering van deze maatregelen en de middelen die hiervoor vereist zijn, worden momenteel door de bevoegde administraties uitgewerkt.

Bovendien werd met het oog op het bevorderen van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit op het vlak van voeding, een project opgezet over de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek bij ouderen. Het onderzoeksproject is gestart op 1 december 2005 en werd afgesloten op 31 oktober 2006. Het onderzoek werd “geprobeerd” door professor Dr. Defloor en professor Dr. Grypdonck van de afdeling Verplegingswetenschappen van de Universiteit Gent.

De bedoeling van het project was om een leidraad te ontwikkelen voor de multidisciplinaire aanpak van de zorg voor voeding bij ouderen. Hiertoe werden evidence-based-richtlijnen opgemaakt op basis van internationaal gepubliceerde richtlijnen. In een tweede deel werden ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen en diensten voor thuisverpleging gevraagd om een beeld te krijgen van de huidige gewenste situatie. Tot slot werden best practices geïdentificeerd en verzameld. Deze best practices kunnen als voorbeelden en inspiratiebronnen gelden voor instellingen die een gelijkaardige praktijkvoering willen ontwikkelen en implementeren. De resultaten van het onderzoeksproject over de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek bij ouderen kunnen worden geraadpleegd op de website www.ebnursing.ugent.be/richtlijnen/voeding.

Ik zal u de tekst van mijn antwoord bezorgen.

11.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik heb nog een bijkomende concrete vraag. Ik denk dat de lectruur van uw schriftelijk antwoord inderdaad nodig zal zijn, ook voor mezelf. Het blijft in deze immers wat in het midden hangen of rekening wordt gehouden met de cruciale suggestie van professor Ysebaert* in dit dossier met betrekking tot de erkenning en de financiering van de fameuze voedingsteams in ziekenhuizen. Kunt u daarop in deze vergadering een concreet antwoord geven of ben ik verplicht hierop terug te komen?

11.04 Minister Rudy Demotte: (...)

11.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De zeer duidelijke suggestie van professor Ysebaert die reeds van vorig jaar dateert toen ik u een vraag hierover heb gesteld met betrekking tot de erkenning en al of niet financiering van voedselteams in ziekenhuizen, die de problematiek concreet zouden moeten aanpakken. Ik heb de indruk dat u daarop zijdelings een antwoord geeft, maar ik wil een antwoord to the point.

11.06 Minister Rudy Demotte: Tot nog toe heeft men enkel een structuur opgebouwd met de tekst van het nationaal voedingsplan.

Verschillende aspecten hebben tot nu toe nog niet geleid tot concrete investeringen, bijvoorbeeld nutritionele ploegen. Het is niet uitgesloten dat zulks alsnog gebeurt, maar ik heb er op het moment nog geen financiële middelen voor uitgetrokken.

Ik kan uw voorstel, met echte belangstelling, laten bestuderen door mijn diensten en laten nagaan welk

financieel plaatje eraan vasthangt en of dat betaald zou kunnen worden. Ik mag hier natuurlijk geen antwoord geven dat uiteindelijk zeer kostelijk zou zijn in vergelijking met de voordelen, die er ook aan gebonden zouden zijn. Ik zal dat dus aan mijn administratie vragen. Ik zal tevens vragen dat zij een budget voor dat voorstel zou becijferen, opdat u ook een concreet idee hebt van de kosten van de implementering van nutritionele ploegen in de instellingen waar ze nu nog niet bestaan.

Er zijn trouwens, zoals u weet, instellingen die op eigen initiatief zulke ploegen hebben opgebouwd.

*Voorzitter: Magda De Meyer.
Présidente: Magda De Meyer.*

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

12 Question de Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet d'arrêté visant à limiter les abus dans les services d'urgences des hôpitaux" (n° 13092)

12 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontwerp van besluit ter beperking van de misbruiken in de spoeddiensten van ziekenhuizen" (nr. 13092)

12.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, ma question s'articule autour du projet d'arrêté visant à limiter les abus dans les services d'urgence des hôpitaux.

Monsieur le ministre, dans la nouvelle formule, le forfait obligatoire de 9,50 euros que les hôpitaux sont dans l'obligation de réclamer dans les cas d'urgence injustifiés disparaît. Ce forfait obligatoire entré en application en juillet 2005 avait lui-même remplacé le forfait facultatif de 12,50 euros, jugé à l'époque discriminatoire par la Cour d'arbitrage.

En effet, dès le 1^{er} janvier 2007, c'est l'INAMI qui devra moduler lui-même le remboursement par rapport aux situations. Le coût sera donc de 4 euros, pour les patients qui se rendent aux urgences en ambulance ou après avoir consulté un médecin généraliste et de 18 euros dans les autres cas. En outre, les exonérations prévues dans le présent système – pas de paiement de 9,50 euros dans les cas de pose d'un plâtre ou pour une arrivée entre minuit et 6 heures – disparaissent, elles aussi.

Monsieur le ministre, concrètement, comment se déroulera le nouveau système?

L'INAMI dispose-t-il des moyens techniques pour opérer un tel contrôle?

Comment se déroulera la procédure dans le cas où le patient est envoyé par le généraliste via une communication téléphonique?

Enfin, le coût de 18 euros est-il suffisant? Est-il suffisamment élevé pour décourager les recours abusifs aux services d'urgence?

12.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la députée, il est exact que j'ai entamé une procédure de révision de la nomenclature des honoraires des médecins travaillant dans les services d'urgence. Cette réforme a fait l'objet d'une large concertation et a reçu récemment l'accord du Comité de l'assurance.

Deux buts:

- premièrement améliorer le montant des honoraires promérités par les médecins travaillant dans les services d'urgence, de manière à encourager les hôpitaux à recourir aux médecins spécialistes ayant des qualifications obtenues sur base des titres professionnels que j'ai publiés en 2005;

- deuxièmement, une modification du ticket modérateur à charge du patient si ce patient a consulté préalablement son médecin traitant ou est envoyé par le service 100. Ce dispositif supprime le forfait obligatoire de 9,5 euros actuellement en vigueur.

Cette deuxième mesure est importante et doit être expliquée. Actuellement lorsqu'un patient consulte son médecin traitant et que celui décide de l'adresser à l'hôpital, ce patient paye deux tickets modérateurs, celui du généraliste et celui du spécialiste urgentiste, soit une somme de plus de 16 euros. Dans le nouveau système, le ticket modérateur du spécialiste est diminué de 18 à 4 euros, soit au total moins de 10 euros pour le patient pour les deux tickets modérateurs. Il y a donc une différence d'environ 9 euros en plus pour le patient ayant eu recours directement aux urgences.

Je reste en effet persuadé que nous devons encourager les patients à recourir à leur médecin généraliste avant d'aller, comme c'est le cas trop souvent, directement aux urgences. Seule cette démarche permettra une meilleure utilisation des services d'urgence et évitera la multiplication d'actes techniques que souvent, par manque de connaissance de l'histoire du patient, ceux-ci sont conduits à pratiquer.

Concrètement, des codes différents sont attestés par les prestataires en fonction de l'envoi ou non par le médecin traitant. L'envoi par téléphone n'est actuellement pas retenu car il revient à ne faire payer au patient qu'un seul ticket modérateur et ne peut se justifier qu'en cas d'extrême urgence, situation où le centre 100 serait évidemment sollicité. La question de savoir si le montant de 18 euros est assez élevé sera examinée à la lumière des données chiffrées de l'activité. J'attire votre attention sur un avantage du système mis en place: il va fournir enfin des données précises sur les activités des services d'urgence, données dont nous ne disposons pas à l'heure actuelle, en l'absence de nomenclature spécifique.

Je voudrais également faire remarquer que ma proposition ne modifie pas le volume global de la contribution des patients dans les honoraires des services d'urgence, qui restent inchangés, voire un peu diminués selon l'estimation que nous avons demandée.

Voilà, madame, qui répond aux questions que vous m'avez posées.

12.03 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, si nous continuons à interroger le ministre, je pense que nous allons également faire appel aux services d'urgence. Je regrette, monsieur le ministre, de continuer à vous interroger! C'est pour cette raison que je vous ai fait cette remarque!

Sur le fond, monsieur le ministre, nous sommes favorables à la responsabilisation du patient. Toutefois, en cas d'appel téléphonique du patient à son médecin généraliste et si, par téléphone, ce dernier lui conseille de se rendre aux services d'urgence, comment considérer ce cas?

12.04 Rudy Demotte, ministre: (..)

12.05 Josée Lejeune (MR): Donc, il y a obligation de se rendre chez le généraliste?

12.06 Rudy Demotte, ministre: (...)

12.07 Josée Lejeune (MR): Pensez-vous que le montant demandé soit suffisant pour tenter d'améliorer...?

12.08 Rudy Demotte, ministre: Je le pense vraiment! En effet, au vu de la pratique actuelle, vous réduisez réellement les coûts. Donc, les gens qui suivront la procédure débourseront moins. Par contre, ceux qui se rendront directement aux urgences paieront 18 euros. Par rapport aux 9,5 euros réclamés précédemment, la dépense est plus conséquente. Déjà, le montant de 9,5 euros ralentissait déjà la venue des patients aux urgences. A présent, que le montant est passé à 18 euros, même les personnes qui en ont les moyens, ne les débourseront pas facilement!

12.09 Josée Lejeune (MR): Oui, en fin de compte, c'est un prix quasiment identique au prix payé au généraliste!

12.10 Rudy Demotte, ministre: Cela, c'est le ticket modérateur! C'est le montant supporté à titre individuel!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi du 12 juin 2006 autorisant l'utilisation des défibrillateurs automatiques 'externes'" (n° 13214)

13 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet van 12 juni 2006 die het bedienen van automatische 'externe' defibrillatoren toelaat" (nr. 13214)

13.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, en Belgique, chaque année, 10.000 personnes sont victimes d'un arrêt cardiaque. Dans 80% des cas, on observe une fibrillation ventriculaire. Le traitement de cette fibrillation consiste en l'administration d'un choc électrique. Les chances de succès de ce traitement sont d'autant plus grandes qu'il intervient rapidement après le début de la

fibrillation. De plus, les chances de survie sont d'autant plus importantes que l'on est en mesure de rétablir le rythme normal de la fibrillation.

Le temps nécessaire pour acheminer un défibrillateur jusqu'à la victime constituait un maillon faible dans la chaîne de survie. C'est pour cette raison qu'ont été développés des défibrillateurs plus compacts, plus légers et automatiques. Ces appareils ne requièrent pas qu'on interprète la situation du patient et sont, en outre, très simples à utiliser.

L'objectif de la loi du 12 juin 2006 est d'ouvrir aux non-médecins l'accès aux défibrillateurs automatiques externes. Son article 2 prévoit en effet que chacun est autorisé à utiliser un défibrillateur automatique externe dans le cas d'une réanimation aux conditions définies par le Roi.

Monsieur le ministre, aujourd'hui, sauf erreur de ma part, aucun arrêté royal n'a encore été pris. Il n'y a même pas de projet, semble-t-il.

Quelles sont les conditions d'utilisation d'un défibrillateur automatique externe?

L'arrêté royal est-il en préparation?

Pouvez-vous nous donner des éléments de réponse?

Peut-on avoir connaissance, dans les grandes lignes, de ce projet?

Une formation sera-t-elle obligatoire? Si oui, qui sera chargé de la dispenser?

Monsieur le ministre, je suis régulièrement interrogée et je ne peux répondre car je n'ai pas connaissance de cet arrêté.

13.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, madame la députée, comme vous le savez, j'ai soutenu activement le vote de la loi du 12 juin 2006 sur le défibrillateur automatique externe et je me suis engagé à publier les arrêtés d'application.

Mon administration a produit un arrêté royal fixant les normes applicables aux défibrillateurs externes automatiques utilisés dans le cadre d'une réanimation. Cet arrêté précise les définitions, les conditions d'utilisation tant pour l'utilisateur professionnel que non professionnel, la mise à disposition, l'étiquetage, en particulier dans les lieux publics, les normes de sécurité ainsi que les modalités de contrôle et d'enregistrement. Cela a nécessité l'avis de la Commission de la sécurité des consommateurs dont les remarques ont été prises en compte.

Nous venons de recevoir l'avis du Conseil d'État. C'est ainsi que, après adaptation de l'arrêté, je pense pouvoir le proposer conjointement avec le ministre de la Protection de la consommation à la signature du Roi.

Les formations du personnel ambulancier sont en cours d'adaptation dans les écoles provinciales. Je veille à ce que des appareils de démonstration leur soient fournis.

Les autres formations ne relèvent pas de la compétence du ministre fédéral de la Santé publique. Toutefois, selon moi, la publication de la loi est de nature à les encourager.

13.03 Josée Lejeune (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kistkalveren" (nr. 13450)

14 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les veaux d'engrais" (n° 13450)

14.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, nauwelijks een paar dagen oud worden veel

kalfjes in een kleine houten of metalen kist gezet. Zij leven twee maanden afgezonderd in deze boxen, waarin ze niet kunnen draaien en amper liggen. Zo kunnen hun spieren zich niet ontwikkelen en blijft hun vlees mals. Zij krijgen twee keer per dag kunstmelk en alleen dan gaat het licht aan. Door de stress en de verveling gaan de kalveren hun vacht likken en vaak worden haarballen zo groot als een tennisbal in hun maag gevonden. Veel kalfjes lijden aan ernstige bloedarmoede. De kalfjes moeten zes maanden in een kist doorbrengen. Na zes maanden worden ze geslacht.

In een aantal landen, waaronder Nederland en Groot-Brittannië, is het houden van zogenaamde kistkalveren, dus kalveren die zes maanden in een kist doorbrengen waarin ze zich niet kunnen bewegen, gewoon verboden. In de Europese Unie zullen kistkalveren vanaf 1 januari 2007 globaal worden verboden. Het gaat hier om de Europese richtlijn 97/2/EG van 20 januari 1997, die minimumnormen vastlegt voor de bescherming van kalveren.

Vanaf 1 januari 2007 wordt dus ook in ons land het verbod op kistkalveren van kracht. De omzetting van de Europese richtlijn is gebeurd via het KB van 23 januari 1998. Vanaf dan moesten alle bedrijven omschakelen op groepshuisvesting. We hebben op dit moment echter geen enkele zekerheid dat die omschakeling naar groepshuisvesting ook daadwerkelijk is gebeurd en welke controles daarvoor werden uitgevoerd. Een aantal dierenorganisaties liet mij weten dat de dienst Dierenwelzijn ervan uitgaat dat de kalverhouderijen allemaal sowieso zijn omgeschakeld. Eigenlijk weten zij dat niet omdat de gebruikelijke controles alleen de toestand op het moment van die specifieke controle aan de wet toetsen.

Mijnheer de minister, ik kreeg graag een antwoord op de volgende vragen. Hebt u een zicht op het aantal kalverhouderijen dat zich al dan niet aan de Europese richtlijn 97/2/EG en het KB van 23 januari 1998 houdt? Welke stappen hebt u al ondernomen om de toepassing van het KB van 23 januari 1998 te toetsen.

14.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, de Europese richtlijn 629/91/EEG van 19 november 1991 tot vaststelling van de minimumnormen ter bescherming van vleeskalveren, gewijzigd door richtlijn 97/2/EG van 20 januari 1997, werd inderdaad in Belgisch recht omgezet door het koninklijk besluit van 23 januari 1998 betreffende de bescherming van kalveren in kalverhouderijen.

Dit besluit bepaalt dat kalveren van ouder dan acht weken in groep moeten gehouden worden. Deze bepaling geldt echter niet voor bedrijven met minder dan zes kalveren of bedrijven waar de kalveren door hun moeder gezoogd worden. Tot 31 december 2006 geldt deze bepaling ook niet voor bedrijven waar de kalveren gehouden worden in eenlingsboxen met een minimumbreedte van 81 centimeter of 0,8 maal de schofthoogte. Vanaf 31 december 2006 moeten deze laatste bedrijven dus ook aan de normen voor groepshuisvesting voldoen.

Op de kalverhouderijen worden de controles op de naleving van de normen voor het dierenwelzijn uitgevoerd door de inspecteurs van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen volgens een controleplan dat wordt opgesteld door de dienst Dierenwelzijn van de Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De resultaten van deze controles in 2006 zijn nog niet beschikbaar. In 2005 werden 308 van de 377 kalverhouderijen gecontroleerd en werd driemaal een overtreding van het dierenwelzijn vastgesteld.

Het is inderdaad wel zo dat tijdens deze controles enkel gecontroleerd wordt of de bedrijven voldoen aan de normen zoals die op dat moment gelden. Zodoende beschik ik niet over gegevens omtrent het aantal bedrijven dat nog niet zou voldoen aan de nieuwe norm die vanaf 1 januari 2007 van kracht is. Deze nieuwe bepaling is wel als specifiek aandachtspunt opgenomen in het controleplan voor 2007.

14.03 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, mag ik u vragen om mij de cijfers van de controles in 2006 te bezorgen, zodra ze beschikbaar zijn? Kunt u eventueel ook een plan doorsturen betreffende het geplande verloop van de controles in 2007? Dit is een revolutie in de kalverhouderij. De toepassing in de realiteit vanaf 2007 is heel belangrijk. Het is een grote stap vooruit voor het welzijn van hoevedieren in het algemeen. Het is belangrijk dat de controle effectief wordt uitgevoerd.

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

15 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zijn uitspraken over het herfederaliseren van het preventiebeleid in de gezondheidszorg" (nr. 13452)**

15 Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "ses déclarations relatives à la refédéralisation de la politique de prévention dans le domaine des soins de santé" (n° 13452)

15.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, met deze vraag keer ik bij wijze van spreken terug naar de core business van onze fractie en mijn partij. Ik moet u eerlijk zeggen dat ik, op zijn zachtst uitgedrukt, toch een beetje verwonderd was over uw verklaringen met betrekking tot gezondheidszorg en kinderbeijlagen het voorbije weekend in De Standaard. Vandaar dat we in het Parlement toch even willen toetsen wat er nu echt van aan is.

Zo verklaarde u duidelijk dat we voor de volgende legislatuur toch eens moeten nagaan wat we al dan niet met de kinderbeijlagen zullen doen. U vraagt zich af of er zoals met de verhoogde kinderbeijlag, die nu alleen in een aantal zeer specifieke gevallen geldt bij werkloosheid van de ouders en voor een gehandicapt kind, ook niet in een supplement moet worden voorzien voor ouders met een laag inkomen.

Een elementje dat mij vandaag bijzonder interesseert, is toch wel uw uitspraak met betrekking tot het gezondheidsbeleid, mijnheer de minister. Ik plaats die in een ruimere context, in die zin dat u niet de eerste en niet de beste bent in de rij van de regeringsleden die het hier over heeft. Ik verwijs naar de uitspraken over Buitenlandse Handel van uw collega Karel De Gucht ruimschoots veertien dagen geleden. Hij stelde als minister vrij vrijpostig dat we eens moeten overwegen of buitenlandse Handel niet geherfederaliseerd moet worden. Wanneer dan binnen de veertien dagen ook u, mijnheer de minister, onderstreept dat we moeten nagaan of de gezondheidszorg omwille van de coherentie niet geherfederaliseerd moet worden, dan denk ik dat er hier iets meer aan de hand is dan alleen wat het geven van losse ideeetjes door ministers die al dan niet in een pre-electorale sfeer wat met profilering bezig zijn. Vandaar dat ik u daar even concreet mee wou confronteren, mijnheer de minister.

Ik heb twee concrete vragen. Is hier iets meer gaande dan alleen wat losse ideeetjes van een betrokken minister? Vertolkt u hierin soms zeer duidelijk een regeringsstandpunt? Dat is toch een belangrijke nuance.

In verband met Buitenlandse Handel heb ik vastgesteld dat minister De Gucht zijn uitspraken nadien in het Parlement wel degelijk verregaand genuanceerd heeft. Ik hoop dus in stilte dat u in onderhavig dossier hetzelfde zult doen. Als u echter zegt dat het geen los ideeetje is maar een regeringsstandpunt, dan betekent het, los van alle mogelijke commentaren, dat u, namens de regering, bepleit dat we met betrekking tot een deel van de staatshervorming een staatshervorming in omgekeerde richting zouden moeten verrichten. Dat zou toch een belangrijk nieuw politiek feit zijn. Die vraag is dus zeer duidelijk.

Indien ja, vernam ik in tweede orde graag of er al concrete plannen bestaan, ook in verband met de kinderbeijlag. Ik kan mij moeilijk inbeelden dat een minister zomaar, zonder enig concreet doel voor ogen, zonder concrete aanzetten, uitspraken doet over het werken aan een omgekeerde hervorming van zowel de kinderbeijlagen als de gezondheidszorg.

15.02 Minister Rudy Demotte: Ik denk dat ik u zeker niet persoonlijk verbaasd heb. Ik had het in de commissies voor de Sociale Zaken en de Volksgezondheid al meermaals gezegd, dat van de herfederalisering. Het was grappig zoals u zei voorstander te zei van een defederalisering, waarop ik antwoordde dat de coherentie gewaarborgd kon worden door de andere beweging, de herfederalisering.

Nu over mijn uitspraak en de interviews in de pers. Mijn woorden vertegenwoordigen uiteraard geen engagement vanwege de regering. Het gaat ook niet over losse ideeën, maar over mijn principieel politiek standpunt – mijn persoonlijk standpunt - inzake meer efficiëntie in de federale organisatie van de gezondheidszorg en inzake de noodzaak om ons systeem van kinderbeijlag verder te verbeteren, naast wat de regering deze legislatuur reeds heeft verwezenlijkt.

Ik heb dit verleden week ook al gezegd, bijvoorbeeld wat betreft het OMNIO-statuuut. Het gaat hier over de afschaffing van de dubbele criteria. Ten eerste, het statuut plus de inkomens. Hier heeft men te doen met iets wat daar een beetje op lijkt. Er zijn mensen met een bepaald statuut die daardoor recht hebben op een forfait bovenop de kinderbeijlag, maar paradoxaal genoeg zouden dezelfde mensen die hun statuut verliezen, lage inkomsten hebben en zouden werken, zoals hardwerkende Vlamingen – of Walen, want die bestaan ook, voor wie daaraan zouden twijfelen – hun recht op een forfait bovenop de kinderbeijlag verliezen. Ik heb ook gezegd, en dat is een kwestie van coherentie, dat als er in de toekomst iets moet gebeuren, ik dat coherenter zou vinden dan iets anders.

15.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik houd een korte repliek, zoals dat hoort in dat soort van zaken.

Ik ben voor een stuk op korte termijn gerustgesteld dat u ter zake geen regeringsstandpunt hebt vertolkt. Dat is toch een belangrijke nuance, zelfs meer dan een nuance.

Ik neem akte van het feit dat u zich als PS-minister achter het voorstel van bijzonder wet schaart, dat eerder door een aantal collega's van uw fractie ingediend werd in deze Kamer, dat de hele problematiek van de gezondheidszorg terug naar het federale niveau wil brengen. Ik ben voorlopig tenminste gerustgesteld dat dit geen item wordt namens de regering voor de vier resterende maanden van deze legislatuur. Die voorstellen horen thuis in het raam van profilering en in het raam van een goed debat, niet minder of niet meer.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.20 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16.20 heures.