



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

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

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

mardi

12-07-2005

Matin

dinsdag

12-07-2005

Voormiddag

<i>cdH</i>	<i>centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&V</i>	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>ECOLO</i>	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
<i>FN</i>	<i>Front National</i>
<i>MR</i>	<i>Mouvement réformateur</i>
<i>N-VA</i>	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
<i>PS</i>	<i>Parti socialiste</i>
<i>sp.a-spirit</i>	<i>Socialistische Partij Anders – Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht</i>
<i>Vlaams Belang</i>	<i>Vlaams Belang</i>
<i>VLD</i>	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>		<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>	
<i>DOC 51 0000/000</i>	<i>Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	<i>DOC 51 0000/000</i>	<i>Parlementair stuk van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>	<i>QRVA</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV</i>	<i>version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)</i>	<i>CRIV</i>	<i>voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
<i>CRABV</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>	<i>CRABV</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
<i>CRIV</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)</i>	<i>CRIV</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</i>
	<i>(PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>		<i>(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>
<i>PLEN</i>	<i>séance plénière</i>	<i>PLEN</i>	<i>plenum</i>
<i>COM</i>	<i>réunion de commission</i>	<i>COM</i>	<i>commissievergadering</i>
<i>MOT</i>	<i>motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>	<i>MOT</i>	<i>moties tot besluit van interpellaties (beige gekleurd papier)</i>

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
<i>Commandes :</i>	<i>Bestellingen :</i>
<i>Place de la Nation 2</i>	<i>Natieplein 2</i>
<i>1008 Bruxelles</i>	<i>1008 Brussel</i>
<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.laChambre.be</i>	<i>www.deKamer.be</i>
<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>	<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>

SOMMAIRE

- Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les écho-clips" (n° 7163) 1
Orateurs: **Miguel Chevalier, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Greta D'hondt**
- Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan de rattrapage financier pour les hôpitaux" (n° 7601) 2
Orateurs: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opposition des généralistes à la prescription en dénomination commune internationale" (n° 7602) 4
Orateurs: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Questions jointes de 7
 - Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours aux pouvoirs spéciaux pour l'assainissement du budget des soins de santé" (n° 7304) 7
 - M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arrêtés royaux transmis aux membres de la commission en application de l'article 58, § 6 de la loi du 27 avril 2005" (n° 7642) 7
Orateurs: **Greta D'hondt, Benoît Drèze, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments d'honoraires à l'hôpital" (n° 7542) 12
Orateurs: **Benoît Drèze, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Questions jointes de 14
 - M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement structurel des hôpitaux psychiatriques" (n° 7600) 14
 - Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement structurel des hôpitaux psychiatriques" (n° 7863) 14
Orateurs: **Luc Goutry, Sabien Lahaye-Battheu, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les 17

INHOUD

- Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de pret-echo's" (nr. 7163) 1
Sprekers: **Miguel Chevalier, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Greta D'hondt**
- Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het financieel inhaalplan voor de ziekenhuizen" (nr. 7601) 2
Sprekers: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verzet van huisartsen tegen het voorschrijven op stofnaam" (nr. 7602) 4
Sprekers: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Samengevoegde vragen van 7
 - mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van volmachten om de begroting gezondheidszorg te saneren" (nr. 7304) 7
 - de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de koninklijke besluiten die overeenkomstig artikel 58, § 6 van de wet van 27 april 2005 aan de commissieleden werden bezorgd" (nr. 7642) 7
Sprekers: **Greta D'hondt, Benoît Drèze, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ereloon-supplementen in ziekenhuizen" (nr. 7542) 12
Sprekers: **Benoît Drèze, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Samengevoegde vragen van 14
 - de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele onderfinanciering van psychiatrische ziekenhuizen" (nr. 7600) 14
 - mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele onderfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen" (nr. 7863) 14
Sprekers: **Luc Goutry, Sabien Lahaye-Battheu, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de 17

réductions importantes sur les médicaments" (n° 7603)

Orateurs: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

Orateurs: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

Orateurs: **Koen Bultinck, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de
- Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'analyse du Centre d'expertise sur les centres de référence" (n° 7657)

- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise des soins de santé sur les centres de cardiologie de référence" (n° 7664)

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réorganisation des programmes de soins 'pathologie cardiaque B'" (n° 7889)

Orateurs: **Maggie De Block, Koen Bultinck, Luc Goutry, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

grote kortingen op geneesmiddelen" (nr. 7603)

Sprekers: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Sprekers: **Luc Goutry, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Sprekers: **Koen Bultinck, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van
- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de analyse van het Kenniscentrum inzake de referentiecentra" (nr. 7657)

- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het Kenniscentrum voor gezondheidszorg over de referentiehartcentra" (nr. 7664)

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de reorganisatie van de zorgprogramma's 'cardiale pathologie B'" (nr. 7889)

Sprekers: **Maggie De Block, Koen Bultinck, Luc Goutry, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 12 JUILLET 2005

DINSDAG 12 JULI 2005

Matin

Voormiddag

De vragen en interpellaties vangen aan om 10.46 uur.

Voorzitter: de heer Luc Goutry.

Les questions et les interpellations commencent à 10.46 heures.

Président: M. Luc Goutry.

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

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

01.01 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb in de commissie voor de Volksgezondheid van 26 oktober 2004 reeds een vraag ingediend met betrekking tot de commercialisering van deze opnames. Ondertussen is er zowel via officiële als via officieuze weg verzet gekomen, niet zozeer tegen de commerciële, maar vooral tegen de onnodige toepassing. Dat verzet kwam onder andere van de vereniging van gynaecologen. Specialisten waarschuwen ervoor dat het maken van een 3D-echografie, door overmatige blootstelling aan het ultrageluid, wel degelijk een aantal risico's met zich meebrengt.

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

Mijn enige vraag in dat verband is of de minister zijn mening die te vinden is in het verslag van de commissie van 26 oktober, heeft herzien en of hij overweegt om terzake een aantal aanbevelingen te richten aan de gynaecologen?

01.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, ingevolge een recente beslissing tot verbod in Frankrijk heeft u het opnieuw over de risico's van de pret-echo's. In tegenstelling tot wat u zegt is het – bij mijn weten – krachtens een voorzorgprincipe, en niet om redenen van giftigheid van de echografie, dat het Franse FAVV een verbod op pret-echo's heeft aanbevolen.

Niettemin heb ik aan het FAVV gevraagd ons de informatie over de beslissing door te geven, zodat ik correct geïnformeerd ben over het Franse standpunt. Het spreekt voor zich dat ik, als de argumenten het rechtvaardigen, niet zal twijfelen om die praktijk ook in België te verbieden.

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

01.03 Miguel Chevalier (VLD): Mijnheer de minister, ik ben

01.03 Miguel Chevalier (VLD):

aangenaam verrast door uw antwoord, waaruit blijkt dat u uw standpunt toch al hebt bijgeschaafd. Voilà une bonne nouvelle.

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

De **voorzitter**: Aan de orde zijn de samengevoegde vragen van mevrouw D'hondt en de heer Drèze. De heer Drèze is voorlopig evenwel niet aanwezig.

01.04 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de voorzitter, in akkoord met de heer Drèze heb ik deze vraag uitgesteld tijdens de vorige vergadering, omdat hij toen ook weerhouden was. Mocht de heer Drèze in aantocht zijn, dan heb ik er geen probleem mee om nog enkele minuten te wachten. Ik zou echter mijn vraag graag stellen voor het reces.

De **voorzitter**: Vraag nummer 7440 van mevrouw Tilmans wordt uitgesteld.

Het volgende punt op de agenda is nog een vraag van de heer Drèze op wie wij dus even moeten wachten, waarna mijn vragen aan de orde zijn. Wij zullen de agenda voort afwerken en zodra de heer Drèze aanwezig is kunnen de vragen terug in de juiste volgorde worden gesteld.

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

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

02.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, verleden jaar kondigde u aan dat u voor de komende drie jaar een inspanning zou doen om de structurele onderfinanciering van alle ziekenhuizen te verbeteren. U hebt toen aangekondigd dat een bedrag van 100 miljoen euro vrijgemaakt zou worden om die onderfinanciering aan te pakken. De onderfinanciering bedraagt eigenlijk momenteel 365 miljoen euro. Alle hulp is evenwel welkom en in die zin werd het initiatief op veel verwachtingen onthaald.

Ondertussen is bekendgemaakt, mijnheer de minister, dat het bedrag van 100 miljoen euro zou gespreid worden over drie jaar, dus driemaal een bedrag van 33 miljoen euro. Naar verluidt zou ongeveer 10% daarvan, zijnde 3,3 miljoen euro, ter beschikking worden gesteld van de psychiatrische ziekenhuizen. Daartegenover blijkt dat het relatief aandeel van de psychiatrische ziekenhuizen in het totaal van het ziekenhuisbudget 14% bedraagt, terwijl zij slechts 10% van die inhaalbeweging krijgen. In feite betekent dit dus dat het aandeel van de psychiatrische ziekenhuizen onder die verhouding valt en vandaar mijn volgende vragen.

Welke concrete structuur werd uitgewerkt om de 33 miljoen te verdelen? Welke verdeelsleutel zal concreet worden gebruikt tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen? Is al bekend hoe de ventilatie van de 3,3 miljoen voor de psychiatrische ziekenhuizen concreet zal worden toegepast?

02.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Goutry, de verdeling van de eerste schijf van 33 miljoen is uitgewerkt op basis van het advies van de sectie Financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Daarbij werd rekening gehouden met de resultaten van het rapport Structurele Onderfinanciering van de

02.01 Luc Goutry (CD&V): En 2004, le ministre a annoncé sa volonté de remédier au sous-financement structurel des hôpitaux et d'affecter un montant de 100 millions d'euros à cet effet. Il est récemment apparu que ce montant sera réparti sur trois ans. Dix pour cent du montant annuel de 33 millions d'euros seraient destinés aux hôpitaux psychiatriques, soit moins que le pourcentage auquel ils ont droit en fonction de leur part dans le budget total des hôpitaux.

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

02.02 Rudy Demotte, ministre: La section Financement du Conseil national des établissements hospitaliers a formulé un avis dans le cadre de

Ziekenhuizen.

Hieruit blijkt dat, mede als gevolg van substantiële inspanningen op het vlak van de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen tijdens de jaren die aan het rapport voorafgingen, de onderfinanciering sterker uitgesproken is in de algemene ziekenhuizen. Ik heb in het verleden reeds herhaaldelijk de gelegenheid gehad en zal nu dus niet herhalen waarom uw stelling dat de reële onderfinanciering 365 miljoen euro bedraagt, fout is.

Op 1 juli 2007 zal de volledige herfinanciering van 100 miljoen als volgt geïntegreerd zijn in de begroting van de financiële middelen: voor de acute ziekenhuizen: 70,7 miljoen euro; voor de psychiatrische ziekenhuizen: 10,1 miljoen euro en voor de geïsoleerde GNSP-diensten: 19,2 miljoen euro.

Wat de psychiatrische ziekenhuizen betreft, zal de 3,35 miljoen euro waarin voorzien was op 1 juli 2005 als volgt verdeeld worden: voor de financiering voor niet-medisch materiaal: 0,9 miljoen euro; voor onderdeel B1: 1,45 miljoen euro en voor onderdeel B2: 1 miljoen euro.

02.03 Luc Gouty (CD&V): Mijnheer de minister, ten eerste, uit uw antwoord blijkt dat inderdaad voor de psychiatrische ziekenhuizen eigenlijk maar in 10% van de totale som voorzien is, wat een onderschatting betekent, daar zij een relatief aandeel van 14% hebben.

Ten tweede, u bevestigt dat er een spreiding komt over 3 jaar.

Ten derde, u zegt dat het allergrootste aandeel gaat naar de algemene ziekenhuizen. Dienaangaande wil ik toch even de opmerking maken – die voortdurend wordt gemaakt, ook vanuit de psychiatrische ziekenhuizen – dat zij een veel minder grote cashflow hebben. Zij leveren veel minder technische prestaties. Zij moeten het dus vooral hebben van de verpleegdagprijs. Het is die verpleegdagprijs die nu beter zal worden, maar inzake de technische prestaties – die intussen als liquiditeit dienen – blijven zij natuurlijk benadeeld, wat toch een objectief probleem blijft.

Ik stel vast – maar ik ga er niet te diep op in omdat ik nog een vraag heb over onderdeel B1 – dat er 1,4 miljoen euro voorzien is voor het inhalen van onderdeel B1. Dat is absoluut een eerste inspanning die in de sector zeer welkom zal zijn maar het reële bedrag dat men daar vraagt, om de slechtste B1 op te lossen, ligt rond 6 miljoen euro, niet rond 1,4 miljoen euro. Maar goed, het is een begin.

Ik hoop dat er dan voor het tweede en het derde jaar telkens een bedrag ter verbetering van het B1 zal worden uitgetrokken.

02.04 Minister Rudy Demotte: Ik wil enkel reageren op een van uw punten.

la répartition de la première tranche de 33 millions d'euros. Il a été tenu compte à cet égard des conclusions du rapport sur le sous-financement structurel des hôpitaux, selon lequel ce sous-financement est plus marqué dans les hôpitaux généraux.

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

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

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

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

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

02.04 Rudy Demotte, ministre: Il ne faut pas confondre la part des hôpitaux psychiatriques dans le

Men moet natuurlijk geen vergelijking maken tussen de ratio van de psychiatrische ziekenhuizen tegenover de algemene ziekenhuizen in termen van onderfinanciering – 14,X procent tegenover de 10 procent die hier in mijn cijfers staat. Feitelijk zijn de verschillende studies niet gebaseerd op het gewicht van de sector tegenover de globale financiering. Men bepaalt hier wel welke de verschillende elementen van de onderfinanciering zijn, dus de structurele elementen van de onderfinanciering. Ingevolge de verschillende ramingen die gemaakt zijn, gaat men er vanuit dat de psychiatrische sector niet zoveel leed aan onderfinanciering dan de acute algemene ziekenhuizen. Ik beschik over die informatie. We kunnen dat natuurlijk bespreken, maar dat is de informatie die verklaart waarom de inspanningen groter zijn voor de algemene ziekenhuizen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

03.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, al enkele weken, maanden, heerst er grote ontevredenheid bij de huisartsen in verband met de zogenaamde aangekondigde maatregelen over het voorschrijven op stofnaam.

Naar ik meen te begrijpen, verzetten de huisartsen zich niet tegen het principe als dusdanig van het voorschrijven op stofnaam en kunnen zij het idee zelfs ondersteunen dat het goedkoopste geneesmiddel in bepaalde omstandigheden het beste kan zijn. Waarom zou dat niet een geneesmiddel op stofnaam kunnen zijn?

Ik begrijp wel dat er moeilijkheden zijn over de mogelijke juridische gevolgen, bijvoorbeeld van substitutie. Uiteindelijk – dat kan toch niet ontkend worden – houdt het voorschrijven op stofnaam de facto in dat op een bepaald ogenblik substitutie moet kunnen van de kant van de apotheker, want anders kan hij natuurlijk niet kiezen, op basis van de stofnaam, welk geneesmiddel hij bezorgt.

Daaromtrent is er nog niets geregeld. Ooit is er in een programmawet wel een legale basis gelegd om substitutie toe te kennen aan apothekers, maar tot nu toe is daaraan nooit uitvoering gegeven.

Het lijkt mij derhalve toch wel noodzakelijk dat een en ander uitgeklaard zou worden, trouwens ook in direct overleg met de vertegenwoordigers van de artsen. Indien dat zou uitbreiden, dan vrees ik namelijk dat van voorschrijven op stofnaam niet veel in huis zou komen. Het zou natuurlijk jammer zijn dat een project of concept dat op zich verder onderzoek verdient – het sluit sterk aan bij de bevordering van de generische geneesmiddelen – in de prullenmand belandt, gewoon omdat men het niet over de formaliteiten eens is, terwijl men het principe als belangrijkste naar voren moet kunnen brengen.

Er is ook een actie gepland door de dokters, waarbij een stempel aangebracht zou worden waarmee uitdrukkelijk aan de apotheker wordt verklaard dat geen substitutie mag gebeuren, wat wettelijk

sous-financement et leur part dans le budget hospitalier dans sa totalité. Toutes les études s'accordent pour dire que le problème du sous-financement est davantage imputable aux hôpitaux généraux.

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

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

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

gezien trouwens ook niet kan.

Mijnheer de minister, mijn vragen zijn de volgende.

Bent u van plan om bijkomend overleg te organiseren met de artsen, zodanig dat een betere uitwerking afgesproken kan worden? Zijn er daaromtrent nog overlegmomenten gesuggereerd? Vreest u niet dat door de aanbrengring van dergelijke stempels bij voorbaat de verdere bezorging op stofnaam onmogelijk zal worden? Wat zult u doen om tot een realistisch, haalbaar en gedragen project te komen inzake het voorschrijven op stofnaam?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Goutry, ik deel uw mening wanneer u zegt dat iedereen akkoord gaat met het principe van het voorschrijven op stofnaam. U kent echter de Latijnse uitdrukking in cauda venenum. Het is altijd in de details dat de problemen zich voordoen.

Ik antwoord wat concreter op uw vraag. Om tot een realistisch en haalbaar voorschrijven op stofnaam te kunnen komen, moet men over veel informatie beschikken. Ik zal daarover dus communiceren. Het merendeel van de discussies in verband met het VOS gaan uit van eenzelfde punt, met name een slecht begrip van wat wordt voorgesteld en niet opgelegd aan de artsen.

In het raam van het verschijnen van besluiten die het voorschrijven op stofnaam vanaf september 2005 toelaten, zal ik erop toezien dat de artsen en apothekers duidelijk geïnformeerd zijn over de modaliteiten en de gevolgen van het gebruik van het VOS. Ik ben niet bang voor een stempel "geen VOS, geen substitutie". Het heeft echter geen zin. Wanneer een arts niet vrijwillig beslist voor te schrijven op stofnaam, kan een apotheker helemaal niet kiezen voor een willekeurige substitutie. Het is pas wanneer de arts beslist op stofnaam voor te schrijven en wanneer alleen de naam van de molecule op het voorschrift staat, dat de apotheker kan kiezen om liever een specialiteit af te leveren op basis van de samenstelling van de molecule dan een andere. Ik nuanceer echter. Dat is nog niet automatisch. Er zijn immers geneesmiddelen die slechts uit één molecule bestaan.

Het voorschrijven op stofnaam betekent dat slechts één geneesmiddel kan worden afgeleverd. De nodige nuancering is dus vereist.

Ik ben niet van plan bijkomend overleg met de artsen te voeren over de uitwerking van het voorschrijven op stofnaam, want dat is niet nodig. Daarentegen ben ik wel bereid bijkomende informatie te verschaffen en op alle andere vragen van de artsen en apothekers over deze vorm van voorschrijven te antwoorden. Ter herinnering: er heeft overleg plaatsgevonden met de artsen binnen een werkgroep en de vertegenwoordigers van de artsen hebben de besproken teksten reeds aanvaard.

03.03 **Luc Goutry** (CD&V): Het is belangrijk dat u de vrijwilligheid onderstreept. Dat is ook evident, want zo blijft de therapeutische vrijheid gewaarborgd. Niettemin betreurt ik dat er geen verder overleg komt met de artsen. Zowel het bevorderen van generieken als het voorschrijven op stofnaam – op zich een nuttig idee – zullen immers

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

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

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

03.03 **Luc Goutry** (CD&V): Le ministre souligne, à juste titre, le caractère volontaire de la démarche, garant de la liberté thérapeutique. Je regrette qu'une

pas goed geïmplementeerd kunnen worden als er positieve medewerking is.

Heb ik u goed begrepen dat het voorschrijven op stofnaam niet kan leiden tot keuze in hoofde van de apotheker? Dat kan natuurlijk wel. Als de arts immers een bepaalde molecule voorschrijft kan die in meerdere merken of generieke producten beschikbaar zijn op de markt. Het is dan de apotheker die, uitgaande van het voorschrift en in het belang van de patiënt, beslist wel merk van geneesmiddel hij meegeeft.

03.04 Minister **Rudy Demotte**: Ook dat dient genuanceerd te worden. Er zijn immers voorschriften op stofnaam voor dewelke slechts één geneesmiddel kan worden afgeleverd omdat er voor die molecule slechts één geneesmiddel bestaat.

Daarover bestaat absoluut geen dubbelzinnigheid; één stofnaam, één molecule en één geneesmiddel.

De stofnaam zou kunnen leiden tot het voorschrijven van verschillende medicamenten. Het gaat niet over de dosering. De dosering wordt bepaald door artsen. Het kan alleen een keuze zijn indien het een voorschrift op basis van het VOS, van verschillende geneesmiddelen die aan dezelfde voorwaarden beantwoorden, zoals de dosering. Er bestaat volgens mij geen substitutierecht zoals in Frankrijk. In Frankrijk schrijft de arts een bepaalde molecule of zelfs een geneesmiddel voor, maar de apotheker kan dat weigeren en een, zijns inziens, beter geneesmiddel afleveren dat mogelijks goedkoper is.

Wat de therapeutische vrijheid betreft, wens ik te nuanceren. Mochten de artsen alleen voorschrijven op basis van de vrije therapeutische keuze, zouden we niet hebben meegemaakt wat er vier jaar geleden met de IPP's is gebeurd. IPP's zijn de maagzuurremmers. Vier jaar geleden kreeg mijn voorganger, minister Vandenbroucke, het bezoek van firma's die een voorstel deden om de prijzen te halveren. Tegelijkertijd waren ze vragende partij om de controles over het voorschrijven van deze geneesmiddelen te verlagen. Minister Vandenbroucke dacht geen risico te lopen met dit voorstel. Er moest immers een verdubbeling van het volume plaatsvinden om in een meeruitgave te resulteren dan hetgeen toen het geval was. Wat is er gebeurd? Er was geen sprake van een verdubbeling, maar van een vermenigvuldiging met vier wat de voorschriften betreft. Dit bewijst de directe link tussen het voorschrijfgedrag en de prijzen.

Niet alleen de therapeutische vrijheid speelt, maar ook economische argumenten. Ik zou met die argumenten wat voorzichtiger zijn want ik denk dat een globale benadering van de prijzen en het voorschrijfgedrag in vergelijking met de kost van de geneesmiddelen, aantoont dat de evidence based medicine ook beïnvloed kan worden door de kostenbesparing. De artsen weten dit en de overheid moet het ook weten. Men moet altijd een compromis zoeken tussen de verschillende elementen.

03.05 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

nouvelle concertation avec les médecins semble exclue, car le succès de la promotion des médicaments génériques et de la prescription en DCI passe par leur coopération. Le ministre considère que la prescription en dénomination commune internationale ne permettra plus au pharmacien de choisir.

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

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

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

L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van volmachten om de begroting gezondheidszorg te saneren" (nr. 7304)

- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de koninklijke besluiten die overeenkomstig artikel 58, § 6 van de wet van 27 april 2005 aan de commissieleden werden bezorgd" (nr. 7642)

04 Questions jointes de

- Mme Greta D'hondt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours aux pouvoirs spéciaux pour l'assainissement du budget des soins de santé" (n° 7304)

- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les arrêtés royaux transmis aux membres de la commission en application de l'article 58, § 6 de la loi du 27 avril 2005" (n° 7642)

04.01 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de minister, ik moet mijn vraag een beetje aanpassen, gezien het tijdsverloop sinds de datum van indiening.

Het is ruim drie maanden geleden dat het Parlement volmachten gegeven heeft om de begroting inzake gezondheidszorg te saneren.

Misschien een beetje buiten de regels tredend van wat de taak is van de oppositie heb ik u in de commissie, op het ogenblik dat dit ter bespreking kwam, gesteld dat ik, gezien de financiële situatie van de gezondheidszorg, zelfs vanuit de oppositie geen probleem had met volmachten maar dat ik daar één zeer grote voorwaarde aan verbond, te weten: dat u die volmachten – ik durf het woord bijna niet meer te gebruiken – onverwijld zou gebruiken.

Daarover ging het eigenlijk: als wij u dat machtige instrument – volmachten – gaven, moest u het ook gebruiken om nog in te grijpen waar het mogelijk was in de begroting voor 2005, maar minstens moest u alles op punt stellen om de begroting voor 2006 onder controle te houden.

Mijnheer de minister, ik overloop eens wat in de gezondheidswet aan artikelen stond die nog moeten geregeld worden en die u kon regelen bij koninklijk besluit en die toch belangrijk zijn. Ik overloop ze in vogelvlucht om mijn spreektijd niet te overschrijden: artikel 2 over het Bijzonder Solidariteitsfonds; artikel 10, over de uitbreiding van de all-in-prijzen in de ziekenhuizen; artikel 13, over de kwaliteitsadviseur; artikel 17, over het maximumbedrag voor niet-actieve implanteerbare medische hulpmiddelen en de artikelen 24, 25 en 30 over de associaties van ziekenhuizen.

Er is ook het fameuze artikel 58. Dat is een waarachtig volmachtenartikel dat bijna alles behelst wat met gezondheidszorg te maken heeft en dat u de mogelijkheid moest geven op twee grote terreinen in te grijpen, te weten: ten eerste, alle vormen van oneigenlijk misbruik bestrijden en de efficiëntie van de controle op de uitgaven waarborgen, en ten tweede, de tussenkomst van de verzekering, en de toekenningvoorwaarden en de bedragen van die verzekeringstussenkomst regelen. Plus alles wat daar nog onder valt. Ik bespaar u de opsomming. U kent ze beter dan ik. Dat valt allemaal onder het fameuze artikel 58.

Dan is er artikel 60, over de groepsgewijze prijssherziening van

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

La loi Santé comporte une série d'articles qui doivent encore être réglementés. Il s'agit des articles 2, 10, 13, 17, 24, 25, 30, 58, 60, 63, 65, 66, 69, 70, 71 et 72. Si je ne m'abuse, trois arrêtés royaux ont jusqu'à présent été publiés ou vont l'être. Le premier abroge les honoraires d'urgence pour l'imagerie médicale en biologie clinique. Le second impose un comportement rationnel en matière de prescriptions et le troisième concerne les médicaments anciens sans équivalent générique et les médicaments de catégorie B.

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

geneesmiddelen. Artikel 63 gaat over het invoeren van een verschil tussen de publieksprijs en de vergoedingsbasis. Artikel 65 laat u toe, mijnheer de minister, eigenmachtig te beslissen geneesmiddelen terug te betalen. Artikel 66 stelt dat de ziekenfondsen een prijsadvies kunnen geven aan hun leden. Artikel 69 regelt de afschaffing van de omzeiling van prijsdalingen voor geneesmiddelen. Artikel 70, dat met artikel 69 verband houdt, laat u toe een percentage te bepalen. Artikel 71 gaat over het reclameverbod voor implanteerbare hulpmiddelen. Artikel 72 ten slotte, gaat eveneens over het reclameverbod voor implanteerbare hulpmiddelen.

Mijnheer de minister, als ik goed heb gevolgd – u zal mij wel verbeteren als dat niet het geval is –, zijn op dit ogenblik drie koninklijke besluiten gepubliceerd of in de pijplijn, namelijk een koninklijk besluit over het afschaffen van de urgentiehonoraria voor de medische beeldvorming in de klinische biologie, een koninklijk besluit om het rationeel voorschrijfgedrag af te dwingen en een koninklijk besluit over de oude geneesmiddelen zonder generisch alternatief en de geneesmiddelen van categorie B.

Mijnheer de minister, ik zou van u, drie maanden na datum, het volgende willen vernemen.

Wat zit er nog in de pijplijn? Welke koninklijke besluiten zijn klaar voor publicatie? Wanneer mogen we ze verwachten? Anders is een volmacht niet nodig en kunt u de gewone, wettelijke weg bewandelen. Wanneer er nog meer tijd zou verlopen en we de periode van het reces overschrijden, had u de gewone, wetgevende weg kunnen volgen. Volmachten waren dan niet nodig.

04.02 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, quand la loi santé a été présentée dans cette commission, on espérait qu'elle suffirait à elle seule à reprendre la maîtrise du budget des soins de santé.

Si on constatait en cours d'exercice que ce n'était pas le cas dans tel ou tel secteur, la majorité vous donnait ce que vous appelez des pouvoirs d'habilitation limités et ce que nous appelons par facilité des pouvoirs spéciaux. En effet, quand on parle à l'extérieur de pouvoirs d'habilitation limités, on nous regarde comme des zombies en nous demandant ce que cela peut bien vouloir dire alors que "pouvoirs spéciaux", cela passe plus facilement.

Fin juin, vous nous transmettez divers arrêtés royaux qui constituent une première salve. À ce stade, je ne vais pas intervenir sur le fond des dispositions prises mais je vais m'attacher à la logique budgétaire. Pouvez-vous nous dire, mesure par mesure puisque telle était la logique, l'impact attendu de chaque disposition, tant pour le budget des soins de santé que pour la part à charge des patients? En fait, nous voulons éviter un transfert entre le budget de l'INAMI et la contribution des patients eux-mêmes.

04.03 Minister Rudy Demotte: Mevrouw D'hondt, ik kan bevestigen dat, in toepassing van artikel 58, in de Ministerraad, drie koninklijke besluiten werden goedgekeurd.

Ze hebben betrekking op de volgende gebieden: de opheffing van spoedhonoraria in klinische biologie, de opheffing van bepaalde spoedhonoraria in medische beeldvorming en het nivelleren van

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

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

04.03 Rudy Demotte, ministre: Trois arrêtés royaux ont effectivement été approuvés en application de l'article 58. Ces trois mesures représentent ensemble une économie de 24 millions d'euros en 2005 qui fait suite aux

honoraria voor bepaalde prestaties bij CT-scan en magnetische resonantie.

De totale geplande besparing in 2005 bedraagt tot op heden 24 miljoen euro voor de drie verschillende maatregelen die ik heb opgesomd. Deze besparing volgt op de technische ramingen van het RIZIV in medische beeldvorming en in klinische biologie die voor het jaar 2005 een risico op overschrijding van 22 miljoen euro aantonen in de twee betrokken sectoren. Overeenkomstig § 6 van dit artikel zullen ze worden doorgegeven aan de voorzitters van Kamer en Senaat alvorens ze worden gepubliceerd.

En ce qui concerne les différentes questions, je rappelle, sur le plan du principe, que les pouvoirs d'habilitation qui ont été conférés au gouvernement sont des pouvoirs qui visent à maintenir un certain nombre de dépenses dans les projections budgétaires qui ont été faites. Il ne s'agit donc pas d'économies, comme on peut parfois le laisser croire, mais bien de maîtrise des dépenses.

Quand nous avons un trend de 4,5 qui a été dépassé en 2004, il est clair que nous devons, pour avoir un trend moyen de 4,5 sur toute la législature, redescendre d'un niveau. Il s'agit donc d'un rythme de croissance décélérant, donc de contrainte des dépenses et pas d'économies, ni du fer à blanc pour mettre sur un certain nombre de plaies. Nous sommes plus devant un mécanisme de contrôle intrinsèque des dépenses.

Il est clair que le gouvernement peut intervenir dans les circonstances d'habilitation que je viens de décrire, avec la nuance près que nous nous trouvons dans des systèmes extrêmement complexes qui ne ressemblent pas à des systèmes classiques dans lesquels lorsqu'un article budgétaire risque d'être menacé, on prend ensuite des dispositions de diminutions linéaires des coûts. C'est absolument impossible en soins de santé. Je l'ai fait quand j'étais ministre du Budget mais nous ne sommes pas devant les mêmes circonstances. Nous n'avons donc jamais pris l'engagement absolu que tout ce que nous allions faire pourrait ipso facto immédiatement nous amener à respecter les objectifs à 100%. Mais d'un autre côté, il est clair que nous devons utiliser cet instrument pour tendre vers l'équilibre, ce qui sera mon but jusqu'à la fin de l'exercice. Vous constaterez donc que la nuance est significative.

Je reviens maintenant sur les coûts. Pour l'économie 1 qui concerne la biologie clinique et la suppression des honoraires d'urgence, et cela répond aussi plus précisément à la question de notre excellente collègue Mme D'hondt, le montant en année pleine atteint 31.547.005,51 euros. La date d'entrée en vigueur est le 1^{er} août 2005 et l'économie 2005 est de 13.144.582,62 euros exactement.

L'économie 2 concerne l'imagerie médicale et la suppression de certaines prestations dans la liste des honoraires d'urgence. En année pleine, il s'agit de 16 millions d'euros. La date d'entrée en vigueur est le 1^{er} août 2005 et l'économie pour 2005 est de 6.666.666 euros.

L'économie 3 concerne encore l'imagerie médicale et la mise à niveau des honoraires RMN sur les prestations équivalentes CT Scan. En année pleine, il s'agit de 11.480.878,72 euros. La date

estimations techniques de l'Inami sur l'imagerie médicale et la biologie clinique, lesquelles risquent de générer un dépassement de 22 millions d'euros. Ils seront transmis à la Chambre et au Sénat avant leur publication.

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

De eerste maatregel, die, net als de twee andere, op 1 augustus 2005 van kracht zal worden, betreft de afschaffing van de spoedhonoraria voor klinische biologie. Die maatregel is goed voor een besparing van 31.547.005,51 euro voor een volledig jaar en voor 13.144.582,62 euro voor 2005. De tweede maatregel strekt ertoe een aantal verstrekkingen inzake medische beeldvorming van de lijst van spoedhonoraria te schrappen. Het gaat om een besparing van 16 miljoen euro voor een volledig jaar en van 6.666.666 euro voor 2005. De derde maatregel strekt ertoe de tarieven van de NMR op die van de CT-scan af te stemmen. Die maatregel is goed voor een besparing van 11.480.872,72 euro voor een volledig jaar en van 4.783.699,4 euro voor 2005. De totale besparing bedraagt 24.596.872,72 euro, zonder stijging van het patiëntenaandeel.

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

d'entrée en vigueur est le 1^{er} août 2005 et l'économie en 2005 est de 4.783.699,46 euros.

Le total des mesures d'économies atteint 24.594.951,08 euros. Vous voyez donc à quel point c'est précis.

Je rappelle que, dans le train des économies dont je viens de parler, aucune ne vise l'intervention personnelle des patients et n'a donc d'impact direct sur ceux-ci.

Je terminerai par un dernier élément d'information qui ne figure pas dans la note, mais qui vous intéressera. Vendredi dernier, le gouvernement a pris des mesures qui, sur la base des dépassements techniques, visent à corriger la situation dans les soins prodigués par les infirmières à domicile.

In 2004 was er een overschrijding met 10 miljoen voor de verpleegkundige zorg. Er was dus in een verhoging van het budget met 10 miljoen euro voorzien, enkel voor de verpleegkundigen in de zorg. Verschillende technische ramingen van het RIZIV tonen opnieuw een overschrijding met 3,3 miljoen euro. Vrijdag jongstleden werden dienaangaande enkele beslissingen genomen. De logopedie is de tweede sector die een overschrijding kende en waarvoor maatregelen werden genomen. Het ging om een overschrijding met 1,6 miljoen euro.

De kern van mijn betoog is dat er onmiddellijk maatregelen worden genomen als er binnen een sector van het RIZIV een knipperlicht gaat branden en er een overschrijding wordt gedetecteerd.

04.04 Greta D'hondt (CD&V): Mijnheer de minister, als ik het goed begrepen heb, dan was uw antwoord vooral geconcentreerd op het blok waarvan wij zeiden dat erover al een besluit genomen is, namelijk alles wat te maken heeft met de urgentiehonoraria voor de medische beeldvorming en de klinische biologie. U zegt daarover dat dit voor 2005 een besparing van enerzijds 24,6 miljoen euro en anderzijds 13,6 miljoen euro zou betekenen.

Daarvan waren wij op de hoogte. U voegt er nu nog maatregelen aan toe die vrijdag genomen zouden zijn in het kader van de overschrijding van het budget met, als ik het goed genoteerd heb, 3 miljoen extra voor thuisverpleging en de overschrijding van het budget van de logopedie. Begrijp ik goed dat u, buiten hetgeen te maken heeft met de medische beeldvorming, de klinische biologie, de thuisverpleging en de logopedie, de volmachten niet zult moeten gebruiken voor de begroting 2006, voor de andere punten die ik daarnet heb opgesomd? Het is belangrijk dat te weten.

Ik had het persoonlijk niet zo begrepen dat de volmachten die u gekregen hebt alleen gebruikt zouden kunnen worden daar waar er een overschrijding van het budget is. Er staan ook elementen in de gezondheidswet die handelen over punten die misschien best eens aangepakt worden en die niet te maken hebben met overschrijding van het budget, maar wel met het goed functioneren van de gezondheidszorg en het bestrijden van eventueel oneigenlijk gebruik. Er staan ook zaken in die wellicht niet veel met budget te maken hebben, maar wel met de perceptie over gezondheidszorg. Ik herhaal mijn vraag: betekent dit dat u de mogelijkheden van de

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

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

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

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

volmachtenwet niet meer zult gebruiken bij het opstellen van de begroting 2006, tenzij voor de punten die u in uw antwoord geciteerd hebt?

04.05 Benoît Drèze (cdH): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour vos réponses chiffrées, vraiment détaillées, et également pour le suivi que vous opérez de mois en mois quant à l'évolution budgétaire.

Cela dit, vous avez introduit votre réponse par un élément sur lequel je voudrais revenir qui est de repréciser la norme de 4,5% sur l'ensemble de la législature. Je ne sais si vous parlez de 1997-2007 ou de 2003-2007, mais cela n'a pas vraiment d'importance. On constate cependant, que ce soit sur la longue période ou sur la moyenne période, un dépassement supérieur aux 4,5%. On n'arrive donc pas à récupérer sur l'exercice suivant le dépassement de l'exercice antérieur; en tout cas pas sur la totalité.

D'abord, avez-vous vraiment cette ambition, en 2007, d'atteindre les 4,5% sur toute la législature?

Ensuite, si ma mémoire est bonne, notamment dans le cadre des travaux sur le vieillissement, au-delà de 2007, les projections sont faites sur une hypothèse de 2,8%. Vous situez-vous encore dans cette hypothèse de maîtrise non pas exercice par exercice, mais sur une période moyenne, ou bien cela s'avérera-t-il difficile, selon vous?

04.06 Minister **Rudy Demotte**: Ik zal eerst antwoorden op de vragen van mevrouw D'hondt.

Er kan nog gebruik worden gemaakt van de volmachten indien dat om budgettaire redenen nodig is. Ik heb één maatregel die tegelijkertijd te maken heeft met de beheersing van het budget én met een gedragsverandering in de gezondheidszorg.

De maatregel betreft het voorschrijfgedrag van de artsen.

Ik heb aangekondigd dat wij afgelopen vrijdag maatregelen hebben getroffen voor de verpleegkundigen en de logopedie. Er werden ook maatregelen getroffen inzake de verplichting om een deel van de voorschriften van de artsen te baseren op de goedkoopste geneesmiddelen.

Wij hebben per specialiteit – pediaters, cardiologen, enzovoort – een gemiddeld cijfer kunnen bepalen voor het voorschrijven van de goedkoopste geneesmiddelen. Aan de hand van dat gemiddeld cijfer hebben wij aan alle vakgebieden van de geneeskunde gevraagd om een inspanning te doen om hun cijfer ten opzichte van de gemiddelde cijfers die ik juist heb geciteerd, te verhogen met 25%.

Het is een inspanning om het collectieve en individuele voorschrijfgedrag te verbeteren, gebaseerd op het verschaffen van informatie. Zij zullen nu regelmatig informatie krijgen over hun eigen gedrag. Het zal een peer-to-peervergelijking met hun collega's zijn. Zij zullen daardoor niet enkel theoretische informatie krijgen. Ook zullen zij, indien zij als outliners worden beschouwd en hun voorschrijfgedrag niet veranderen, een sanctie kunnen ondergaan.

Het is dus een persoonlijke monitoring. We zullen eerst beginnen met

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

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

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

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

het observeren van hun persoonlijk gedrag ten opzichte van de andere artsen in hun specialiteit. Daarna, indien het nodig is en zij duurdere geneesmiddelen voorschrijven dan hun collega's, zullen zij worden geïnformeerd, waarna zij een individuele monitoring moeten ondergaan. Zij zullen zelfs – dat wordt bepaald door de RIZIV-wet – sancties kunnen ondergaan.

Dat is een belangrijk element in de verschillende zaken die kunnen worden veranderd door de volmachten. De maatregel heeft niet enkel te maken met het budget, maar ook met het gedrag van de actoren binnen het stelsel.

Pour ce qui concerne la question posée par M. Drèze, nous allons essayer de faire en sorte de ne pas gommer le dépassement 2004, année pour laquelle nous avons un dépassement théorique possible de 4,5% plus inflation, soit environ 5,7% - si ma mémoire est bonne; elle a la réputation de l'être.

Nous étions à peu près 9. Le "gap" doit être compensé sur 2005. Notre objectif est de tendre globalement, sur les deux années, vers 4,5% plus inflation. Nous ferons le point ultérieurement pour examiner la situation au regard des mesures prises. Il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs; on doit d'abord vérifier le fonctionnement. Néanmoins, cette ambition est importante pour la crédibilité du système. Il faut montrer que l'on maîtrise les évolutions des coûts.

Pour après 2007, les chiffres de la commission Vieillesse font l'objet d'un débat au sein de cette commission et auprès des macro-économistes quand ils sont comparés aux données de l'OCDE ou à d'autres données européennes. Il s'agit de prospective économique. Mais, quitte à déplaire aux économistes, il faut rappeler que l'économie n'est pas une science précise ni un art divinatoire; elle dépend de paramètres vérifiables mais aussi d'un certain nombre d'impondérables. Quand l'économie a affaire avec la santé, ce que je disais tout à l'heure du budget est encore plus vrai au vu du caractère difficilement quantifiable des évolutions. Ce qui est certain, c'est que le vieillissement aura un coût pour la société. Il se traduira dans trois secteurs: l'emploi – toute la question des fins de carrière –, le financement de la sécurité sociale et tout particulièrement le secteur des allocations sociales concernant les personnes âgées, d'une part, au niveau des soins de santé – s'il est vrai que l'on vit de plus en plus longtemps, il n'est pas moins vrai que l'on peut souffrir de pathologies chroniques génératrices de frais – et, d'autre part, les pensions – plus on vit vieux, plus les pensions coûtent cher.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

05.01 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, le 26 mai dernier, je vous interrogeais en séance plénière sur la base d'une enquête publiée dans le magazine Test-Santé (du groupe Test-Achats) relative aux suppléments d'honoraires.

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

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

05.01 Benoît Drèze (cdH): U heeft op 26 mei jongstleden met betrekking tot de enquête van Test-Gezondheid geantwoord dat er geen ereloonsupplementen

A l'époque, vous avez rappelé:

- qu'aucun supplément ne peut être facturé lorsque le patient est hospitalisé en chambre commune;
- qu'il en est de même en chambre à deux lits lorsque le patient a un bas revenu ou lorsque l'hôpital se voit attribuer un budget B7 ou B8.

Nous nous sommes étonnés, vous comme moi, de lire dans les tableaux de l'enquête de Test-Santé qu'un certain nombre d'hôpitaux facturent malgré tout des suppléments d'honoraires en chambre commune. Vous donniez l'impression de découvrir l'information. Vous nous aviez indiqué que vous alliez faire examiner ces chiffres par vos services et, le cas échéant, prendre des mesures pour corriger le tir.

Monsieur le ministre, j'ai patienté quelques semaines en vous laissant le temps de réagir. Aujourd'hui, pouvez-vous nous dire ce qu'il en est à ce sujet?

05.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, monsieur le député, afin qu'il n'y ait pas de malentendu, je voudrais rappeler clairement la législation actuelle.

En chambre commune, aucun supplément de chambre ne peut être demandé. En ce qui concerne les suppléments d'honoraires, la même règle existe en chambre commune et en chambre à deux lits. Cela signifie que ces suppléments sont interdits, pour les médecins conventionnés et même pour les médecins non conventionnés, si le patient a un statut protégé ou si l'hôpital profite de la partie B7 (hôpitaux à caractère académique) ou B8 (hôpitaux à caractère social) dans son budget des moyens financiers. Ceci est le cadre juridique qui définit sous quelles conditions des suppléments peuvent être facturés, ce qui ne veut pas dire pour autant que ceci soit fait.

Les services de l'INAMI ont investigué et me font savoir qu'ils n'ont pas trouvé de faute dans l'application de ces règles dans les formulaires d'admission que les hôpitaux leur ont soumis. Dès lors, il n'est pas possible pour le moment d'établir des faits répréhensibles dans le cadre de l'application des règles énoncées.

05.03 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, cela signifie-t-il que nous avons mal compris les données figurant dans les tableaux de Test-Santé ou que les tableaux sont inexacts?

05.04 Rudy Demotte, ministre: Pour répondre, il faudrait effectivement que les services de l'INAMI procèdent à une lecture contradictoire des tableaux de Test-Santé, ce qu'ils n'ont pas encore fait.

Lors de ma réponse en séance plénière, je vous avais parlé de la

mogen worden aangerekend aan patiënten in collectieve kamers of in kamers met twee bedden wanneer die patiënten een laag inkomen hebben of wanneer het betrokken ziekenhuis een B-7 of een B-8-budget toegewezen krijgt (cf. "Beknopt Verslag" nr. 141, p. 10).

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

Hoe zit het daar nu mee?

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

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

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

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

05.04 Minister Rudy Demotte: Een tegensprekelijke studie waarbij de gegevens van Test-Gezondheid worden vergeleken met de gegevens waarover mijn diensten beschikken, zou

difficulté à jauger la méthodologie exacte utilisée et les sources consultées. Peut-être qu'il y a là des choses à découvrir mais seule une confrontation des chiffres des services de l'INAMI avec ceux de Test-Santé permettrait d'éclaircir ce point.

noodzakelijk zijn.

05.05 Benoît Drèze (cdH): Vous dites que cela n'a pas encore été fait. Comptez-vous le faire?

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

05.06 Rudy Demotte, ministre: Je vais demander aux services de l'INAMI de voir si des ambiguïtés existent dans la méthodologie de Test-Santé mais je ne peux malheureusement pas promettre de faire cela pour toutes les études qui seront publiées car les services de l'INAMI seront obligés de toujours réagir par rapport à des études tierces. Sur la base des éléments légaux dont nous avons connaissance et qui nous sont transmis directement par les hôpitaux ou qui résultent de plaintes individuelles, nous n'avons pas encore de raison de croire - mais il peut arriver qu'une règle soit transgressée à un moment donné - que le système présente des failles. Je vais néanmoins demander que l'on relise l'enquête de Test-Santé au regard de vos réflexions.

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Samengevoegde vragen van

- de heer **Luc Goutry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de structurele onderfinanciering van psychiatrische ziekenhuizen" (nr. 7600)

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

06 Questions jointes de

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

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

06.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, in het verleden hebben we reeds meermaals het probleem aangekaart van de structurele onderfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen. Het probleem van deze onderfinanciering doet zich nog schrijnender voor in de psychiatrische ziekenhuizen dan in de algemene ziekenhuizen. Ik zei u daarnet reeds dat de psychiatrische ziekenhuizen quasi volledig moeten rondkomen met de verpleegdagprijs, terwijl in de algemene ziekenhuizen er ook nog inkomsten zijn van technische prestaties en honoraria.

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

Eerst en vooral is er het probleem van het structureel ontoereikend onderdeel B1 in de verpleegdagprijs.

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

Dat betreft dus het onderdeel waarmee men de zogenaamde hotelkosten dient te betalen. Dit onderdeel is reeds vele jaren geblokkeerd, verouderd, niet aangepast. Bovendien zijn de bedragen voor B1 erg onregelmatig verdeeld over de verschillende ziekenhuizen, precies omdat ze al lange tijd niet meer aangepast werden en dus zijn de parameters uiteraard ook niet meer performant. Hieromtrent werd trouwens een studie gemaakt, waar wij vroeger op hebben aangedrongen met onze collega, waaruit blijkt dat er een probleem is en dat inderdaad dringend een herwaardering van dit

Quelle est la situation aujourd'hui en ce qui concerne l'amélioration

onderdeel dient te gebeuren.

Heel veel psychiatrische ziekenhuizen hebben met financiële problemen af te rekenen. Ik wil er toch nog even aan herinneren dat er verleden jaar in het instituut in Beernem grote moeilijkheden zijn geweest, waarbij uiteindelijk ongeveer vijftig mensen zijn afgevoerd. Ook in Gent zijn er moeilijkheden en waarschijnlijk zijn er nog vele psychiatrische ziekenhuizen waarbij er vandaag onzichtbare moeilijkheden zijn, wat in de toekomst natuurlijk zou kunnen veranderen als het probleem aanhoudt en blijft bestaan. Teneinde te vermijden dat dit probleem in de toekomst scherper zou worden, moet er dringend een inhaalbeweging gebeuren bij wijze van een realistische vaststelling van het onderdeel B1 voor de verpleegdagprijs.

Uiteraard kan het onderdeel B1 ook niet los gezien worden van de algemene financiering: de B2, personeel, hotelkosten en logistiek. Dat speelt allemaal op elkaar in en eens de situatie structureel slecht is voor een ziekenhuis, komt men natuurlijk van het ene probleem in het andere terecht. Mijn vragen zijn de volgende.

Wat is de actuele stand van zaken inzake de verbetering en de aanpassing van het onderdeel B1 bij de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen? Wat zult u concreet doen?

Acht de minister de voorziene inspanningen voldoende om het structureel probleem van de onderfinanciering weg te werken? Zal de minister ingrijpen via een eenmalige financiële reactivering, of wordt er een plan met perspectief in het vooruitzicht gesteld?

Bevestigt de minister dat het dossier van de ondergewaardeerde B1 slechts een onderdeel is van het groter probleem van een algemene, structurele financiële onderfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen?

06.02 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het is ongeveer een jaar geleden dat ik u voor het eerst ondervraagd heb, samen met mijn collega, in verband met de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen. De psychiatrische ziekenhuizen hebben al meerdere malen aan de alarmbel getrokken.

Zoals mijn collega al zei, is er een studie gebeurd in verband met hun financiering. Uit die studie bleek dat een herziening nodig is van de financieringswijze.

In de begroting van dit jaar werd een bedrag van ongeveer 3.300.000 euro ter beschikking gesteld voor de psychiatrie. Dat komt neer op 10% van het voorziene budget van 33 miljoen euro, een derde van de 100 miljoen die over drie jaar zal worden gespreid.

De financiering die gepland was voor 1 juli 2005 voorziet in bijkomende middelen voor de herziening B1, gemeenzaam de hotelkosten genoemd. Het zou gaan over een bedrag van 1.445.000 euro, vastgesteld op basis van de erkende bedden op 1 januari 2005.

Mijnheer de minister, mijn concrete vragen zijn de volgende.

Ten eerste, zoals blijkt uit de studie, is een herziening van de huidige

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

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

Une étude portant sur ces questions a mis en évidence la nécessité de revoir le financement. Le budget 2005 a prévu une enveloppe de 3.300.000 euros pour la psychiatrie. Ce montant correspond à 10% du budget prévu de 33 millions d'euros et à un tiers des 100 millions qui seront répartis sur trois ans. Le financement prévu pour le 1^{er} juillet 2005 ne comprend pas de moyens supplémentaires pour la révision de la composante B1. Le budget supplémentaire nécessaire s'élève à 1.445.000 euros. Dans quel délai pourrait-on réviser le

financieringswijze nodig. Binnen welke termijn denkt u dat een voorstel tot oplossing voorgelegd kan worden?

Ten tweede, de psychiatrische ziekenhuizen voelen zich benadeeld ten opzichte van de algemene ziekenhuizen omdat 3.300.000 euro 10% vertegenwoordigt van het totale budget, terwijl de psychiatrie 14% uitmaakt, dus meer dan die 10% van het totaal aantal ziekenhuizen. Begrijpt u die misnoegde houding? Hoe bent u eigenlijk tot dat bedrag gekomen?

Ten slotte, op 1 juli werd een bijkomend budget van 1.445.000 euro toegekend. Hoe zult u dat verdelen? Acht u dat bedrag voldoende om tegemoet te komen aan de vraag van de psychiatrische ziekenhuizen?

06.03 Minister **Rudy Demotte**: Ik moet eerst de heer Goutry bedanken voor zijn aanhoudende interesse voor de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen.

Vanaf 1 juni 2005 wordt het onderdeel B1 opgetrokken voor die ziekenhuizen die onder het gemiddelde liggen in afwachting dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over de verrichte studie advies kan uitbrengen. Zoals reeds uiteengezet in het antwoord op uw vraag nr 7601 over hetzelfde onderwerp wordt voor 2006 en 2007 onder meer, maar niet uitsluitend, voor het onderdeel B1 in een verdere structurele herfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen voorzien.

Wat de andere vragen van mevrouw Lahaye-Battheu betreft, zal ik een paar elementen herhalen die reeds aan bod zijn gekomen naar aanleiding van een vorig antwoord. De verdeling van de voorziene 100 miljoen ter correctie van de structurele onderfinanciering van ziekenhuizen werd uitgewerkt op basis van het advies van de sectie financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Daarbij werd rekening gehouden met de resultaten van het rapport structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat, mede als gevolg van de substantiële inspanningen op het vlak van de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen tijdens de jaren die aan het rapport voorafgingen, de onderfinanciering sterker uitgesproken is in de algemene ziekenhuizen. De redenering als zou de herfinanciering pro rata het percentage van de sector in het globale budget moeten bedragen gaat niet op. Ik herinner eraan dat op 1 juli niet 1.445.000 euro maar wel 3.350.000 euro aan de psychiatrische ziekenhuizen wordt toegekend. Dit bedrag is verdeeld over de financiering van niet-medisch materiaal met 0,9 miljoen, onderdeel B1 1,45 miljoen en onderdeel B2 1 miljoen euro. In totaal zal over drie jaar 10 miljoen euro aan de herfinanciering van psychiatrische ziekenhuizen worden toegekend. Voor de volgende twee jaar zal daarbij ongetwijfeld rekening worden gehouden met de zogenaamde B1-studie die thans voor verder advies aan de Nationale Raad werd overgemaakt.

mode de financement actuel? Comment le ministre explique-t-il que le budget de la psychiatrie ne représente que 10% du total du budget contre 14% pour les hôpitaux psychiatriques? Comment le budget supplémentaire de 1.445.000 euros sera-t-il réparti?

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

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

Je juge inacceptable le raisonnement suivant lequel le refinancement devrait être proportionnel au pourcentage représenté par chaque secteur. Et nous n'avons pas réparti 1.445.000 euros mais bien 3.350.000. Sur ce montant, 0,9 million sera consacré à du matériel non médical, 1,45 million sera consacré à la section B1 et 1 million sera consacré à la section B2. Au total, 10 millions d'euros seront alloués en trois ans au secteur psychiatrique. Il sera certainement tenu compte, dans ce contexte, de l'étude B1 qui a été envoyée pour avis au Conseil national.

06.04 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, het is een wat dubbel gevoel, enerzijds zou ik zeggen dat het wat beter nieuws is, anderzijds is het natuurlijk toch wel ruimschoots onvoldoende. Het is natuurlijk beter nieuws, als u aankondigt dat 1,4 miljoen zal vrijgemaakt worden waarbij ik begrepen heb dat de mensen met de laagste B1 daardoor wellicht wat geholpen zullen worden. U kondigt dan 2,6 miljoen aan voor 2006, samen 4 miljoen.

Er is zoals u weet een precieze schatting gemaakt door de ziekenhuizen die in het kader van de studie juist berekend hebben hoeveel zou moeten worden bijgepast om, laat ons zeggen, een normale B1-situatie te kunnen hebben. Ze kwamen uit op minimaal 6 miljoen. Natuurlijk is er nog een belangrijk tekort van 2 miljoen waardoor de vrees ontstaat dat niet iedereen zal kunnen bediend worden. Volgens welke volgorde zal dan eventueel opgetreden worden? Er zullen waarschijnlijk toch ziekenhuizen in de kou blijven staan. Vandaar dus mijn herhaalde vraag, ook voor de toekomst, mijnheer de minister, want ik zal natuurlijk op dat punt blijven aandringen omdat ik het zo belangrijk vind dat mensen een goede geestelijke gezondheidszorg kan aangeboden worden. Dat zijn al kwetsbare mensen. De ziekenhuizen die hoofdzakelijk van de ligdagprijs moeten leven, vormen een moeilijke branche.

Als de onderdelen van de ligdagprijs niet voldoende gewaardeerd worden, schept dat automatisch problemen. Het kan niet anders. Men kan dat niet verhalen op de massa aan honoraria of prestaties, men moet het eigenlijk doen via de verpleegdagprijs. Het is dus enerzijds positief dat u een inhaalbeweging wil doen, anderzijds denk ik echter dat het zeer noodzakelijk is om dat op realistische basis te doen. Wat nu gebeurt, zal derhalve toch wel duidelijk te weinig zijn.

06.05 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Ik heb gewoon nog een bijkomende vraag in verband met die verhoging B1 met 1,445 miljoen. Hoe wordt bepaald wie behoort tot die lage B1? Dat is mij nog niet duidelijk. Hoe wordt dat bedrag verdeeld tussen de verschillende ziekenhuizen?

06.06 Minister Rudy Demotte: Dat is nog niet bepaald.

06.07 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Dat is nog niet bepaald! Wie zal dat bepalen of hoe wordt dat bepaald?

06.08 Minister Rudy Demotte: Dat is een technische vraag. Ik zal dat vragen maar ik kan u nu geen antwoord geven. Ik zal het u bezorgen.

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

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

06.07 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Qui en décidera?

06.08 Rudy Demotte, ministre: Je vais m'informer et je vous fournirai la réponse.

De **voorzitter:** Ik noteer dat zodra de minister de technische gegevens heeft over hoe de verdeling zal gebeuren, hij die aan de beide vraagstellers zal bezorgen.

*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 grote kortingen op geneesmiddelen" (nr. 7603)

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

07.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, blijkbaar bieden

07.01 Luc Goutry (CD&V): Les

producenten en verdelers van generische geneesmiddelen om de haverklap barnumaankoopvoorwaarden aan bij de apothekers. Ik heb mij zelf een tijdje beziggehouden met het verzamelen van de informatie. Het is ontstellend om te moeten vaststellen hoe apothekers worden overspoeld met grote reclameacties vanwege voornamelijk de generische firma's.

Zij bieden werkelijk kortingen aan waarbij men toch wel even de wenkbrauwen frons. Men stelt soms voor om twee verpakkingen aan te kopen en men krijgt daar onmiddellijk twee stuks gratis bovenop. Als ik het goed versta, leidt dit ertoe dat apothekers naast de geneesmiddelen die ze tegen de normale prijs inkopen ook een groot aantal geneesmiddelen gratis krijgen die zij in hun apotheek omzetten.

Men kan daarover een grote discussie beginnen. Wij hebben een wet gemaakt om de uitwassen op de geneesmiddelenpromotie te bestrijden. Wij hebben toen ook gezegd dat geneesmiddelen nooit koopwaar kunnen zijn en men dus nooit commercie kan doen met geneesmiddelen. Als men dergelijke barnumreclametechnieken toepast met dusdanig verregaande kortingen dat men zelfs verpakkingen gratis geeft, dan kan men zich toch wel afvragen of hier geen sprake is van een uit de hand gelopen commerciële techniek en of dit nog wel ethisch strookt met wat wij verwachten van de geneesmiddelenhandel. Zijn dergelijke kortingen nog wel te verantwoorden? Betekenen zij ook geen groot gevaar voor de toenemende commercialisering?

Bovendien, mijnheer de minister, rijst de vraag wat er eigenlijk gebeurt met die gratis geleverde producten. Ik veronderstel dat de apotheker ze ook verkoopt in zijn apotheek. Hoe gaat dat in zijn werk? Uiteindelijk is het mogelijk dat door het RIZIV een tussenkomst wordt gegeven voor geneesmiddelen die de apotheker gratis heeft gekregen.

Ik heb daarover toch een aantal vragen. Ten eerste, bent u op de hoogte van dergelijke, toenemende handelspraktijken? Ten tweede, vindt u dit toelaatbaar? Ten derde, op welke manier zult u desgevallend ingrijpen? In welke maatregelen voorziet u? Ten vierde, zijn terzake concrete gegevens voorhanden via het directoraat van de geneesmiddelen en de afdeling Farmaceutische Inspectie? Deze laatste moet hierover toch een rapport uitbrengen aan uw diensten.

07.02 Minister **Rudy Demotte**: Ik ben op de hoogte van het bestaan van kortingspraktijken en gratispraktijken voor generische geneesmiddelen in de apotheken. Ik kan echter niet bevestigen of tegenspreken dat het gaat om een toenemend fenomeen gezien er hierover geen enkele statistiek bestaat.

De inspecteurs van Volksgezondheid waarnaar u verwijst zijn helemaal niet belast met de controle van de boekhouding van de apotheken en beschikken dus over geen enkel gegeven hieromtrent. De vraag moet dus gesteld worden aan de bevoegde minister, met name de minister die Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft. Op juridisch niveau kan ik, aangezien ik zelf een analyse gevraagd heb, u wel bevestigen dat deze praktijken een inbreuk zijn op de reglementering van Economische Zaken. Deze reglementering staat inderdaad gangbare handelspraktijken toe, zoals kortingen,

pharmaciens sont confrontés à une déferlante de campagnes publicitaires de grande envergure, surtout de la part des producteurs de médicaments génériques.

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

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

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

Les inspecteurs de la Santé publique ne sont absolument pas chargés du contrôle de la

maar kent een bijzonderheid voor de apothekers. De marge die de apotheker per product mag ontvangen, is wel beperkt. Wanneer de apotheker korting of gratis verpakkingen ontvangt, overschrijdt hij het toegestane margemaximum en pleegt hij dus een inbreuk. Ik heb het hierover al gehad met mijn collega van Economische Zaken. Het lijkt heel moeilijk om dit soort praktijken te controleren. Wij hebben het immers over 5.000 apotheken. Het blijkt dat in weinig efficiënte maatregelen kan worden voorzien.

comptabilité des pharmacies. Cette compétence relève du ministre de l'Economie. J'ai moi-même demandé une analyse juridique et je puis confirmer que ces pratiques constituent une infraction à la réglementation étant donné que la marge que le pharmacien peut percevoir par produit est limitée. J'ai déjà abordé ce problème avec le ministre de l'Economie. Ces pratiques sont très difficiles à contrôler puisque notre pays compte 5.000 pharmacies.

07.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik betwijfel toch wel of dit ook niet een beetje onder de bevoegdheid valt van uw diensten. Wat de handelsaspecten betreft, verwijst u naar de minister van Economie, maar men kan zich afvragen of men hier niet op de marge zit van de fameuze wet die de uitwassen inzake de promotie moet regelen. Wanneer men dergelijke aankoopvoorwaarden stelt, dan heeft dit eigenlijk meer met promotie dan met handel te maken.

De tarificatiediensten, uw diensten, zouden toch moeten nakijken wat er dan gebeurt met eventuele terugbetalingen van het RIZIV, voor geneesmiddelen waarbij de marges duidelijk overschreden werden. Ik wil er in elk geval op aandringen dat men zou voelen dat er werkelijk controle is, zodat een dergelijk fenomeen een halt wordt toegevoerd en dat u in samenspraak – ik heb daarvoor wel begrip – met uw collega van Economie inspanningen zou blijven leveren, zodat uw inspectiediensten alle mogelijkheden zouden aanwenden om na te gaan of hier correct wordt opgetreden.

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

07.04 Minister Rudy Demotte: Ons probleem blijft natuurlijk dat wij die praktijken moeten bewijzen, daarom zeg ik dat de medewerking van mijn collega van Economische Zaken nodig is. De controle van de boekhouding is zeker nodig. Voor de verschillende zaken die te maken hebben met onze wet die de publiciteit rond de geneesmiddelen bepaalt, kan ik maar zeggen dat men natuurlijk ook daar moet kunnen bewijzen dat het feitelijk gebeurt. Daarom heb ik ook gezegd dat wij de medewerking van mijn collega van Economische Zaken nodig hebben.

De inspecteurs van Volksgezondheid zijn in de huidige situatie niet in staat om dat zelf te controleren.

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

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

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

08 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fait que

les patients paient plus cher d'anciens médicaments pourtant moins coûteux" (n° 7606)

08.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, enkele jaren geleden werd de maatregel ingevoerd waarbij de terugbetaling van oude geneesmiddelen systematisch wordt verminderd. De achterliggende filosofie is dat de investeringskosten voor dergelijke geneesmiddelen afnemen in de tijd en dat dus oudere geneesmiddelen progressief goedkoper zouden moeten worden. Eigenlijk zou de producent moeten volgen en zijn prijs verlagen conform de lagere terugbetaling.

Uit onderzoeken in het verleden is echter gebleken dat het in de praktijk niet altijd zo evident werkt. Soms handhaaft men de publieksprijs en moet de patiënt meer ophoesten omdat de terugbetalingsprijs verminderd wordt. In die zin zou het zelfs kunnen gebeuren – raar maar waar – dat een ouder product, dat normaal goedkoper zou moeten zijn, voor de patiënt duurder wordt. Eigenlijk wordt het oud geneesmiddel voorbijgestoken door nieuwe, duurdere geneesmiddelen voor de ziekteverzekering, die voor de patiënt echter goedkoper zijn. Dat zou dan natuurlijk kunnen leiden tot een paradoxaal resultaat. In plaats van besparingen zou u op die manier alleen maar meer uitgaven bereiken. In het verleden is duidelijk aangetoond dat dit het geval is. Dat staat, denk ik, als een paal boven water. Het feit dat het marktaandeel van de generieken in ons land zeer beperkt blijft, zou deze stelling zelfs kunnen ondersteunen.

Vandaar mijn vragen, mijnheer de minister.

Ten eerste bevestigt u deze vaststellingen waarbij nieuwere en duurdere geneesmiddelen goedkoper kunnen zijn voor de patiënt?

Ten tweede, laat u dit onderzoeken en opvolgen? Welke vaststellingen werden er gedaan? Hoe denkt u het systeem te verbeteren zodat het doelmatiger wordt?

08.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Goutry, de patiënt wordt momenteel inderdaad beschermd bij het voorschrijven van de duurste geneesmiddelen door een pervers effect van het mechanisme van het geplafonneerd remgeld. Veel oude geneesmiddelen buiten octrooi zitten immers aan het maximumplafond van het remgeld. Ze kosten de patiënt dus net hetzelfde als een origineel, onder octrooi, met al dan niet een therapeutische meerwaarde, terwijl dit origineel de maatschappij vaak twee tot drie keer meer kost. Deze impact kan soms nog versterkt worden door het mechanisme van de referentierugbetaling voor de originele waarvan de prijs niet te laag is, maar wel de terugbetalingsbasis. In dat geval zal de patiënt dus het remgeld betalen – hetzelfde als voor het nieuwe en dure geneesmiddel – plus het verschil tussen de prijs en de terugbetalingsbasis.

Een arts die weigert een generiek voor te schrijven, zal dus de neiging hebben eerder een nieuw en duur geneesmiddel voor te schrijven dan een oud origineel dat de patiënt meer kost. Dit mechanisme is goed gekend en wordt jaarlijks geanalyseerd in het rapport van het RIZIV over de reële impact van de besparingsmaatregelen.

Ik ben onlangs van start gegaan met het uitwerken van twee maatregelen die precies de bedoeling hebben het voorschrijven in het

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

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

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

Un médecin qui refuse de prescrire un médicament générique prescrira donc plutôt un médicament nouveau – et par

nadeel van de maatschappij zoveel mogelijk te beperken.

Ten eerste, de arts zal vanaf deze zomer worden geresponsabiliseerd voor zijn voorschrijfgedrag. Er werd gevraagd om een voorstel van de Commissie Artsen-Ziekenfondsen vóór 30 juni over het verband tussen het individueel voorschrijven van welke arts en welke goedkope middelen - generische of originele geneesmiddelen waarvan de prijs werd verlaagd tot de terugbetaling - en om in een stimulans of een straf voor de arts te voorzien.

Bij ontstentenis van een voorstel van de Commissie Artsen-Ziekenfondsen heb ik teksten voorbereid die ik naar aanleiding van een vorige vraag heb becommentarieerd. Ik wil daarmee de artsen ertoe aanzetten de goedkopere geneesmiddelen voor te schrijven. Ik herhaal dat ik de gemiddelde voorschriften per categorie, per specialiteit van artsen, heb laten vaststellen. Dat zal dus de referentie zijn om inspanningen te leveren.

Ten tweede, ik wil vanaf november 2005 ook de patiënten responsabiliseren voor dezelfde klassen als degene waarvoor de arts wordt geresponsabiliseerd. Het plafond van het remgeld zal worden verhoogd met de helft voor alle klassen geneesmiddelen van het vierde niveau ATC waarvoor een generisch middel bestaat. Tot die klassen op het vierde niveau ATC behoren bijvoorbeeld de H2-antihistaminica die deel uitmaken van de maagzweerremmende geneesmiddelen en de protonpompinhibitoren - de fameuze PPI's - die eveneens deel uitmaken van de maagzweerremmende geneesmiddelen. Het gaat dus om twee klassen van het vierde niveau die eenzelfde indicatie behandelen.

Voor elk van die klassen zal worden bekeken of er een generisch middel bestaat voor ten minste een van de moleculen. Als dit het geval is, zal het plafond voor alle specialiteiten - generisch of origineel - voor alle moleculen buiten of onder octrooi van die klasse worden verhoogd.

De bedoeling van de twee maatregelen is de patiënt en de arts toe te laten te kiezen tussen het voortzetten van de behandeling tegen een kostprijs die de reële kost voor de patiënt beter weergeeft en met een mogelijke straf voor de arts, het nemen van een goedkoper generisch of origineel geneesmiddel. In dit laatste geval zal de patiënt zelfs minder betalen dan hetgeen hij vandaag betaalt.

Ik wil er nog aan herinneren dat het mechanisme van de maximumfactuur evenwel de toegang van alle patiënten tot de duurste geneesmiddelen die hem eventueel worden voorgeschreven, zal blijven waarborgen.

conséquent onéreux pour la sécurité sociale – qu'un original ancien qui coûte plus cher au patient dans la pratique.

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

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

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

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

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

08.03 Luc Goutry (CD&V): De maximumfactuur werd gecreëerd om de hoge kosten bij chronische ziekten te verminderen en toch niet om dergelijke maatregelen op te vangen? Op die manier wordt het budget van de MAF immers meteen overschreden.

De sleutel van een goed geneesmiddelenbeleid is een goede informatieverstrekking en responsabilisering. Voor een patiënt is het onmogelijk om volledig op de hoogte te zijn van alle geneesmiddelen en hun statuut, want zelfs voor artsen is dat niet evident. Om die reden dringen wij aan op een sanering van de markt en dat was ook voor een deel de opzet van het kiwimodel. Bovendien dringen wij er op aan duidelijke informatie te geven aan de artsen, want zij zijn de voorschrijvers. Daarbij moeten we er zorg voor dragen dat de kosten en besparingen niet ten koste gaan van de patiënt. Het kan immers niet de bedoeling zijn dat de mensen slechter verzekerd zijn dan voorheen.

08.04 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Goutry, ik wil ingaan op het gebrek aan informatie. De eerste rol van de mutualiteiten is een goede informatieverstrekking aan de leden. Hoewel zij daartoe reeds inspanningen leveren, wens ik opnieuw het belang ervan te onderstrepen. Zonder de nodige informatieverschaffing zijn de verschillende maatregelen niet gerechtvaardigd. Ik zal hen dan ook de opdracht geven om er zorg voor te dragen dat de informatie hun leden bereikt.

De artsen beschikken reeds over heel wat informatie, maar die is niet steeds geactualiseerd.

Ik heb met verschillende academici de bevordering van PDA's met software besproken om op regelmatige basis de laatste informatie te kunnen berichten aan de huisartsen. De huisartsen kunnen natuurlijk niet met een groot dossier naar de patiënten gaan om het recentste en goedkoopste geneesmiddel te zoeken. Met die nieuwe software en de PDA's of ook websites die geactualiseerd zijn, zouden de artsen door een continue doorstroming van informatie over de recentste gegevens kunnen beschikken. Ik denk dat dat ook belangrijk is. Wij moeten iedereen daarin betrekken.

Ik herhaal dat wij vanaf 1 september 2005 een soort van profilering van de artsen maken om een peer-to-peerstelsel te kunnen laten verschijnen. De artsen moeten eerst over informatie beschikken over hun eigen gedrag. Hun eigen profiel moet dus goed geapprecieerd kunnen worden door de artsen. Indien wordt vastgesteld dat een arts afwijkt van de verschillende voorschrijfgedragingen van zijn eigen vak – we zullen een gemiddeld voorschrijfgedrag per specialisme kunnen bepalen –, dan zal die outliner natuurlijk een specifieke opvolging krijgen van het RIZIV. Indien er dan nog geen verandering komt, zullen er – enkel dan – sancties uitgevoerd moeten worden.

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

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

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

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

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

L'objectif est de permettre avant tout aux médecins d'avoir une idée claire de leur propre comportement en matière de prescription. Si l'Inami constate que le comportement prescripteur d'un médecin diffère de manière frappante de celui de ses confrères, il suivra l'intéressé de près. Des sanctions ne pourront être prises que si aucun changement n'est observé par la suite dans le comportement prescripteur du médecin concerné.

De **voorzitter**: Collega's, we moeten onszelf wat organiseren. Ik stel voor dat ik mijn volgende vragen voorbehoud voor deze namiddag. Ik moet hier dan toch zijn.

De heer Bultinck krijgt zodadelijk het woord. De heer Drèze is er niet. We gaan daarna snel over tot de vragen van mevrouw De Block, omdat ik hoop dat aldus ook de vraag van mevrouw D'hondt vooralsnog deze voormiddag aan bod zou kunnen komen. Om 14.15 uur hernemen wij dan de vergadering.

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

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

09.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u zal zich herinneren dat wij regelmatig in deze commissie hebben gesproken en gediscussieerd over uw fameux antirook- en antitabaksplan.

Mijn aandacht werd getrokken door een verklaring van de Vlaamse minister van Welzijn, mevrouw Vervotte. Zij stelde duidelijk dat er bereidheid zou bestaan tussen de federale overheid en de Gemeenschappen om na te gaan of de fameuze middelen die in het Tabaksfonds worden gestopt, al dan niet zouden kunnen worden overgeheveld naar de Gemeenschappen.

U weet dat wij op dat vlak op het scherp van het mes zitten in het fameuze bevoegdheidsdebat. De middelen die in het Tabaksfonds worden gestopt, moeten immers dienen voor de financiering van een aantal preventieve maatregelen. Het ziet er ook naar uit dat de Vlaamse overheid al heeft ingecalculeerd dat zij deze extra middelen zal gebruiken voor rookstopbegeleiding.

Daarom heb ik drie heel concrete, maar korte vragen.

Kan u inderdaad al dan niet bevestigen of ontkennen dat daarover overleg is geweest tussen de Gemeenschappen en u als federaal bevoegde minister?

Kan u wel degelijk bevestigen of de bereidheid daartoe bestaat? Is er misschien al veel meer dan alleen maar bereidheid?

Zo ja, dan is de derde logische vraag naar de timing en het tijds kader. Binnen welk kader mogen wij dan een formeel akkoord of een formele beslissing verwachten?

09.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Bultinck, een mogelijke overdracht van middelen van de federale regering naar de deelstaten in het kader van de strijd tegen tabaksgebruik is een kwestie die tijdens de vorige legislatuur al aan bod is gekomen.

Zoals u weet, weerlegt de Raad van State het idee van een pure en simpele overdracht van het federale niveau naar de deelstaten, zonder een bijdrage van de deelstaten. Het Tabaksfonds zal immers tussenbeide komen in gemeenschappelijke, gewestelijke en federale aangelegenheden.

Deze opmerkingen hebben ertoe geleid dat in september 2004 een nieuw voorstel van samenwerkingsakkoord werd opgesteld. Het

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

09.02 **Rudy Demotte**, ministre: Cette question a déjà été abordée sous la législature précédente. Le Conseil d'Etat est opposé à un transfert intégral de ces ressources sans apport des entités fédérées. Aussi une proposition d'accord de coopération rédigée en septembre 2004 prévoyait-elle une clé de répartition pour ces cotisations des entités fédérées mais celles-ci l'ont refusée. En 2005, il a alors

voorziet in een bijdragesleutel van de deelstaten aan het Fonds. Het ging om een duidelijke filosofieverandering ten aanzien van het oorspronkelijke project.

Het akkoordontwerp werd verworpen door de deelstaten, omdat zij meenden dat het zou gaan om een bijdrage tot het Fonds, zonder de waarborg dat de reeds geïnvesteerde sommen in tabaksbestrijding zouden worden gerecupereerd en op die manier de financiering van reeds ondersteunde acties in het kader van het gemeenschappelijk en gewestelijk beleid in gevaar zou komen.

In 2005 werd besloten dat de uitgaven federaal zouden blijven. De beslissing steunt met name op de evolutie van de tabaksreglementering op federaal niveau, zoals het tabaksgebruik op de werkplaats, de tabaksverkoop aan jongeren van minder dan 16 jaar en de beperking van het tabaksgebruik in bepaalde horeca-instellingen.

In juni 2005 werd, in het kader van de uitgaven 2006, de vraag naar een mogelijk samenwerkingsakkoord inderdaad opnieuw gesteld en besproken met de deelstaten. Het idee van een eenvoudige overdracht van de middelen naar de deelstaten om hun acties te versterken, staat niet langer op de agenda. Uitgaande van de reeds gevoerde tabaksacties op elk niveau, zal het erom gaan in een verdeling van de bestaande middelen te voorzien voor de verwezenlijking van gezamenlijke projecten inzake tabaksbestrijding.

In dit geval zullen de bijdragen van de deelstaten overeenkomen met de reeds gevoerde acties in het kader van hun beleid, dat erop neerkomt dat met het oog op een geïntegreerde tabaksbestrijding in natura wordt bijgedragen. Deze optie vereist een juridische analyse om te evalueren op welke manier aan de opmerking van de Raad van State kan worden voldaan. Er zijn precieze termijnen vastgesteld. De discussie zal vanaf september verder worden gevoerd.

09.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw technisch zeer interessant antwoord. Ik neem akte van het feit dat de verklaringen van uw Vlaamse collega, mevrouw Vervotte, een beetje voorbarig zijn geweest. Ik druk mij dan nog voorzichtig uit. Er zijn evenwel nog een aantal gesprekken aan de gang. Wat mij verwonderd heeft, is dat de Vlaamse overheid extra middelen die hieruit zouden kunnen voortkomen reeds heeft toegewezen. In die zin is uw antwoord zeer interessant, al was het maar om dit dossier vanaf september verder te kunnen opvolgen.

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

10 **Samengevoegde vragen van**

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

10 **Questions jointes de**

- Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de

été décidé de maintenir à l'échelon fédéral les dépenses du Fonds, décision inspirée en partie par l'évolution de la réglementation fédérale sur le tabagisme.

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

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

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

l'analyse du Centre d'expertise sur les centres de référence" (n° 7657)

- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise des soins de santé sur les centres de cardiologie de référence" (n° 7664)

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réorganisation des programmes de soins 'pathologie cardiaque B'" (n° 7889)

De **voorzitter**: De heer Michel is er niet, we hebben hem tijdig verwittigd. Dit punt zal het laatste zijn voor deze voormiddag, collega's. Na de middag beginnen we dan met de vraag van mevrouw D'hondt. Aangezien mevrouw D'hondt later in de namiddag verhinderd is, kunnen we dan ook haar interpellatie onmiddellijk behandelen. Dan gaan we verder met de rest van de agenda, de hele namiddag lang.

10.01 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de minister, deze vraag is enkele weken geleden ingediend maar is door de programmatie van de vragen hier wat verschoven. Ik heb ondertussen al een artikel in de krant gelezen waarin u een deel van uw plannen hebt onthuld. Ik ga mijn vraag toch handhaven. Nu we geconfronteerd worden met de stijging van de uitgaven in de sociale zekerheid en in de gezondheidszorg denk ik dat het nodig is dat alle mogelijke instrumenten in de toekomst gebruikt worden en dat alle mogelijke evaluaties gebruikt worden om een aantal bijstellingen te kunnen doen. De analyse van het kenniscentrum was toch wel interessant omdat zij stelden dat het aantal half gespecialiseerde hartcentra eigenlijk geen meerwaarde had voor de patiënten en dus eigenlijk beter kon worden geherstructureerd of afgeschaft. In deze centra kan men naast het maken van een coronarografiediagnose niet meer doen voor de patiënt dan in een ander ziekenhuis. Het maken van deze coronarografiediagnose is in feite een overbodige akte omdat ze bij doorverwijzing toch terug moet gebeuren in de gespecialiseerde instelling omdat dit natuurlijk ook een belangrijk preoperatief onderzoek is. Het kenniscentrum stelde bovendien met kennis van zaken vast dat in geen enkel ander land een dergelijk half gespecialiseerd tussenniveau bestond.

Ik had dus twee zeer concrete, duidelijke vragen. Zult u na dit overduidelijk advies deze half gespecialiseerde centra op termijn afschaffen? Zo ja, hebt u een idee van de budgettaire besparing die deze afschaffing zou kunnen opleveren?

10.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik moet eerlijk zeggen, ik ben nog eens gaan grasduinen in mijn bestand schriftelijke vragen en ik heb u over deze problematiek met betrekking tot de hartcatheterisatiecentra en deze specifieke problematiek reeds op 29 oktober 2004 een schriftelijke vraag gesteld. Ik betreur dat ik daar nog altijd een beetje op het antwoord wacht, ook al kan ik begrip opbrengen voor het feit dat u overstelpt wordt met vragen.

De media-aandacht ter gelegenheid van de studie van het Kenniscentrum bood mij de kans de vraag te stellen, al was het maar om u te dwingen een antwoord op mijn schriftelijke vraag te geven en aan te sluiten bij het item over het Kenniscentrum dat geagendeerd was.

Wij hebben net als collega De Block kennis kunnen nemen van de toch – laten wij het maar zeggen – zeer scherpe analyse van het Kenniscentrum inzake die referentiehartcentra, en zeer specifiek inzake de spreiding ervan.

U zult zelfs niet kunnen ontkennen, mijnheer de minister, dat 16 van

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

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

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

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

de 20 halfgespecialiseerde centra wel degelijk in Wallonië liggen. Dus, het is het klassieke verhaal dat wij in de ziekteverzekering al dikwijls gehoord hebben. Ook in dat dossier wordt overduidelijk bewezen dat de overconsumptie bij dat soort problemen zich in het zuiden van het land wel degelijk zeer scherp voordoet.

Het halfgespecialiseerde tussenniveau blijkt zeer duidelijk ook het duurste te zijn, en geenszins efficiënt. Ik kijk even naar de technische kant van de zaak. Een trombolyse bijvoorbeeld kost in een algemeen ziekenhuis gemiddeld 2.300 euro, in een gespecialiseerd ziekenhuis 3.000 euro, en op het halfgespecialiseerde niveau – volgens het Kenniscentrum – ruim 3.600 euro.

De logische conclusie: wij hebben via de media gezien dat u er al op anticipeert en eigenlijk al aankondigt dat u de hartcentra zult saneren, dus ik hoop dat wij u vandaag vanuit onze rol als oppositie alleen maar kunnen stimuleren om een aantal misbruiken dat er wel degelijk is te gaan wegsnijden. Toch wil ik de vraag nog eens formeel herhalen, mijnheer de minister, naar uw reactie op die zeer belangrijke studie van het Kenniscentrum. Zeer duidelijk vraag ik u ook naar uw beleidsconclusies. Al zijn die al gedeeltelijk aangekondigd via de media, toch zou het goed zijn dat wij in het Parlement iets meer details krijgen dan die welke wij intussen via de media hebben kunnen vernemen.

10.03 Luc Goutry (CD&V): Ik sluit mij hierbij aan, mijnheer de minister, zij het misschien met enkele nuances.

Ten eerste, ik baseer mij op de tekst van het ontwerp van koninklijk besluit. Ik veronderstel dat het nog altijd een ontwerp is? De vraag is bijgevolg: wanneer zal dat koninklijk besluit verschijnen? Hoeveel staat het met de procedure bij de Raad van State of elders?

In de tekst wordt gesproken over 1 januari 2006. Dat is een belangrijke datum voor onder meer de afbouw van de zogenaamde B1-centra.

Ten tweede, mijnheer de minister, het is natuurlijk voor discussie vatbaar. Enerzijds moet er natuurlijk rationalisatie komen. Anderzijds zijn de wetenschappelijke inzichten toch duidelijk geëvolueerd. Terwijl men vroeger dacht dat alleen een integraal centrum – B1, B2 en B3 – de oplossing bracht, is men al lang, zeker in het buitenland, tot de conclusie gekomen dat bijvoorbeeld B1 en B2 perfect zouden kunnen aangeboden worden zonder B3, zonder chirurgie, omdat tot vandaag al zeer veel mensen met stents worden geholpen. Dat gebeurt binnen het programma B2.

Uiteraard zijn er argumenten dat men het niveau B1, de diagnose, niet alleen mag laten staan. Als men daaraan geen interventionele therapie, of chirurgische therapie, kon koppelen, zou ik er nog kunnen inkomen.

Het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen spreekt wel duidelijk over een zinvolle upgradering van B1 naar B2. Men stelt voor dat B1 en B2 zouden samengaan op voorwaarde dat zij voldoen aan normen die strenger en hoger liggen dan de huidige normen. Op die manier kan men een diagnose stellen en onmiddellijk bij patiënten met coronaire vernauwingen via ballondilatatie een stent

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

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

plaatsen. Het is evidence based dat hieraan geen risico's verbonden zijn die ervoor zorgen dat chirurgie noodzakelijk is. Ik leid dit ook af uit uw ontwerp van KB. U laat in de toekomst toe dat in afwijking van artikel 11 een vestiging meer vestigingsplaatsen zou hebben op voorwaarde dat zij voldoen aan alle mogelijke erkenningsnormen en criteria die terzake worden gesteld. Ten eerste, hoe ver staat het met het ontwerp van KB?

Ten tweede, overweegt u een upgradering van diagnose, gekoppeld aan interventie zonder chirurgie? Ten derde, door te veel te groeperen en te centraliseren van deze materie zou het mogelijk kunnen zijn dat de geografische spreiding in het gedrang komt. Is dit het geval? Ik ben niet zo ongenueanceerd om te stellen dat het een kwestie van slechte verdeling is. Elk wetenschappelijk rapport beklemtoont immers dat de tijd die men krijgt om een interventie te doen bij een persoon met een acute hartaanval zeer gelimiteerd is. Dat weet iedereen. Wil men definitieve beschadiging van de hartspier voorkomen, moet men zo snel mogelijk ingrijpen. Te sterk concentreren kan de transporttijd verhogen.

Mijnheer de minister, het moratorium van 1999 – als ik me niet vergis – waarbij geen nieuwe hartcentra mochten erkend worden, geldt nog steeds. Wat zal de invloed van het nieuwe KB zijn op dit moratorium? Zal het moratorium hierdoor de facto worden opgeheven? Dit is niet onbelangrijk om weten. Bepaalde grote ziekenhuizen die sinds 1999 door fusie zeer grote ziekenhuizen zijn geworden – het ziekenhuis Sint-Lucas in Gent is een fusie van 3 ziekenhuizen, telt 800 bedden en behoort tot de supergrote ziekenhuizen – maar beschikken niet over een cardiaal programma, zorgprogramma B. Dit is niet normaal. Zal dit zijn weerslag hebben op het moratorium?

Ten slotte, zijn er na het moratorium dat werd vastgesteld bij KB van 1999, nog centra in ons land erkend? Zo ja, waar? Wanneer werd de erkenning verleend?

10.04 Minister **Rudy Demotte**: Dit is een zeer belangrijke en interessante materie.

Ik leg de laatste hand aan een KB dat de erkenningsnormen van het zorgprogramma cardiologie wijzigt. Het uitgangspunt daarbij is de kwaliteit van de zorg. Het is geen kwestie van besparingen maar van kwaliteit. Wetenschappelijke rapporten geven aan dat de kans op verwikkelingen bij het verrichten van dilataties van coronaire vernauwingen toeneemt indien de cardioloog deze techniek niet voldoende frequent uitvoert om de nodige ervaring op te bouwen. Daarom heb ik het aantal centra willen beperken tot deze die boven een bepaald activiteitsniveau uitstijgen.

Tevens wordt erin voorzien dat elk erkend hartreferentiecentrum het volledige gamma van diagnostische en therapeutische technieken moet kunnen aanbieden. Dit betekent concreet de mogelijkheid om een vernauwing te detecteren maar ook chirurgisch te overbruggen indien nodig. Geïsoleerde B1-centra, de zogenaamde halfgespecialiseerde centra waarvan u spreekt, moeten dan ook verdwijnen. In een zeer beperkt aantal gevallen kan op basis van een

respectent tous les normes d'agrément.

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

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

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

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

10.04 **Rudy Demotte**, ministre: Je mets actuellement la dernière main à un arrêté royal modifiant les normes d'agrément du programme de soins cardiologie. Le point de départ de ma réflexion, à cet égard, a été la qualité des soins, bien plutôt que le souci de faire des économies. Il ressort des études menées que le risque de complications au cas où il est procédé à des dilatations augmente lorsque le cardiologue n'utilise pas cette technique suffisamment souvent pour acquérir l'expérience nécessaire. Voilà pourquoi je ne souhaite maintenir que les centres dont le taux d'activité est supérieur à un certain niveau.

geografische nood op het vlak van de toegankelijkheid en met respect voor de vastgelegde activiteitscriteria in de mogelijkheid worden voorzien voor een uitbreiding van een B1 naar een volledig centrum. Deze hervorming gebeurt op basis van tal van adviezen die ik hierover heb ingewonnen. De recente studie van het Kenniscentrum staat hier totaal los van maar ondersteunt duidelijk deze geplande herziening van de erkenningsnormen.

Los van het kwaliteitsaspect dat vooropstaat, zal deze hervorming inderdaad ook een besparing inhouden. Ik wil mij niet laten vastpinnen op een welbepaald cijfer maar het sluiten van geïsoleerde B1-centra werkt besparend vermits in de volledige B1-, B2- en B3-centra onmiddellijk tot dilatatie kan worden overgegaan indien dit op basis van coronografie nodig blijkt. Aldus wordt een eerste diagnostische coronografie, uitgevoerd in een geïsoleerd B1-centrum, vermeden.

Bij het uittekenen van de hervorming van een zorgprogramma wordt niet de facto in een upgradering van alle bestaande B1 naar B2-centra voorzien. Mijn uitgangspunt bij deze reorganisatie is de kwaliteit van de zorg.

Wetenschappelijke rapporten tonen aan dat de kans op verwikkelingen bij het verrichten van dilataties van coronaire vernauwingen toeneemt indien de cardioloog deze niet voldoende frequent uitvoert. Men spreekt van 400 interventies per jaar. Ik heb de grafieken zelf gezien. Er bestaan verschillende studies hierover. U hebt verwezen naar de studie van het Kenniscentrum. Er bestaan nog twee andere studies die bijzonder interessant zijn, onder meer de studie van het college der cardiologen van België en een internationale studie die eveneens bewijst dat de geïntegreerde centra een beter antwoord bieden op de problematiek van hartongevallen.

Men mag niet poneren dat de ene techniek een beter resultaat levert dan de andere. Het Kenniscentrum heeft aangetoond dat de therapeutische behandeling via insputingen even goed werkt gedurende de gevaarlijkste fase van een hartinfarct als de invasieve techniek. Indien een bepaalde techniek een therapeutische meerwaarde heeft, zouden we voor deze techniek moeten kiezen. Men bewijst evenwel dat de twee technieken – de insputing heeft een klein voordeel op de invasieve techniek met betrekking tot de gevolgen voor de gezondheid – evenwaardig zijn.

Dat betekent dat men twee verschillende zaken tegelijkertijd moet analyseren. Ten eerste, werkt in de spoedopname de ene techniek beter dan de andere? Het antwoord is neen. Insputingen werken even goed als, zo niet beter dan de invasieve technieken.

Dat wordt bewezen door het kenniscentrum.

De tweede kwestie is de vraag of het efficiënt is dat men behandeld wordt in een B1-centrum. Het antwoord daarop is nee. Men werkt beter in het kader van een geïntegreerd en volledig centrum B1-B2-B3. Waarom? B1 is een centrum waar men zich alleen veroorlooft om een coronografie uit te voeren. B2 dient om ballonnetjes en stents te plaatsen. B3 omvat de zware chirurgie.

Wat de 11 gespecialiseerde B1-centra betreft, men ziet dat de mensen die daar opgenomen zijn nog naar andere, geïntegreerde

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

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

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

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

Il n'est pas rationnel de soigner un patient dans un centre B1 où il n'est envoyé que pour la coronarographie. Un centre B1-B2-B3 intégré est plus efficace. Les centres B2 pratiquent la pose de ballonnets et de stents et les centres B3, la chirurgie lourde. D'un centre B1, on peut être envoyé vers un centre intégré où il est procédé à une autre coronarographie. Il y a donc une

centra doorgestuurd kunnen worden. Daar herbegint men met de techniek van de coronografie. Het is dus zeker geen besparing. Integendeel, het betekent een verlies aan tijd, efficiëntie en financiële middelen. Als men B1 en B2 samen plaatst, dan is er ook een gevaar. Dat wordt bewezen door de studies. Mensen die bijvoorbeeld een stent of een ballonnetje krijgen, kunnen ook slechte gevolgen voor hun gezondheid ervaren. Een zware chirurgische interventie is dan altijd nodig. Indien men niet over de expertise beschikt in een halfgeïntegreerd B1-B2-centrum, dan zijn de risico's voor het overleven van de patiënt zeer hoog. Daarom wordt de volledige integratie B1-B2-B3 voorgesteld.

Wat een geografisch onevenwicht tussen het zuiden en het noorden van het land betreft, dat interesseert mij niet, als men enkel van een theoretisch standpunt vertrekt. De efficiëntie interesseert mij hier. Als men bijvoorbeeld kan bewijzen dat Wallonië, met zijn geografie, een besparing zou kunnen realiseren met een B1-centrum in plaats van een geïntegreerd B1-B2-B3-centrum, dan zou ik natuurlijk zeggen dat het een goede oplossing is.

Alleen bewijzen de verschillende wetenschappelijke studies hier dat het niet goed is. Ik baseer mij hier niet op een dogma of een ideologische benadering, maar wel op praktische feiten die mij doen voorstellen dat die centra ofwel worden gesloten – de meeste van die centra – ofwel om geografische redenen... De heer Arens is hier niet aanwezig, maar ik denk bijvoorbeeld aan Luxemburg. Dat is een goed voorbeeld. Die regio is toch zeer groot. Ze hebben misschien een uitzondering nodig om daar iets ter plaatse te laten, maar wel gebaseerd op efficiëntie en wetenschappelijke gegevens.

Ik hoop dat ik zo aan iedereen een volledig antwoord geboden heb.

10.05 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, heel kort, want het was inderdaad een uitvoerig antwoord.

Mijnheer de minister, het zou misschien interessant zijn om die twee bijkomende studies aan de commissieleden te bezorgen, als dat niet te moeilijk is.

Ik ben blij dat u zich met uw ontwerp van koninklijk besluit op de wetenschappelijke studies zal richten en dat het u in de eerste plaats gaat om de kwaliteit van de geboden zorg. Het is natuurlijk wel zo, als er een aantal besparingsmaatregelen of een efficiëntere besteding van de middelen bij kan zitten, dat we het nuttige aan het aangename kunnen paren. Dat is zeker in deze context, met uw budgettaire worstelingen, wel welkom.

Uit de studie van het Kenniscentrum is ook gebleken – dat is ook geweten – dat als men eerst een coronarografie ondergaat diagnostisch en dan weer één preoperatief, het risico voor de patiënt inderdaad veel hoger is om daarbij een complicatie of een plotse dood te ontwikkelen. Bij die hooggespecialiseerde technieken moet men inderdaad de nodige vingervaarigheid en ondervinding hebben om de patiënt adequaat te kunnen helpen.

Ik denk dat dit nog in andere takken aan bod zal komen. Niet alleen in de cardiologie – dat is toch één van de koplopers hier in België – gaan we naar meer gespecialiseerde, zeer technische vaardigheden. In de

perte de temps, d'efficacité et de moyens. Des études démontrent d'ailleurs qu'un centre B1-B2 semi-intégré présente également un danger, car une intervention chirurgicale lourde est parfois nécessaire après la pose d'un stent ou une dilatation par ballonnets.

Sous l'angle théorique, les inégalités entre le nord et le sud du pays ne m'intéressent pas. Je me préoccupe de l'efficacité. Les différentes études démontrent qu'en Wallonie, avoir un centre B1 au lieu d'un centre intégré n'est pas une bonne solution. Il s'indiquerait peut-être de faire une exception pour une très vaste région comme le Luxembourg mais uniquement dans un souci d'efficacité et sur la base de données scientifiques.

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

Il ressort de l'étude réalisée par le centre d'expertise que le risque de complications ou de mort subite est plus grand si le patient subit une coronarographie aux fins d'un diagnostic ou en préparation d'une intervention. La dextérité digitale et l'expérience revêtent la plus grande importance. Au demeurant, des compétences techniques très pointues s'imposent également dans d'autres domaines. Par conséquent, la plus-value de soins

toekomst zal ook voor andere zaken de meerwaarde blijken van een volledig geïntegreerde zorg.

Dat zal ook inzake cardiologie, pneumologie en endocrinologie blijken. Ik denk dat wij ons stilaan een idee moeten beginnen vormen over fusies en doorverwijzingen van patiënten. Wij leven niet in een land waar men 3 dagen onderweg is van het ene centrum naar het andere, tenzij men de Antwerpse Ring moet nemen, maar dan zijn er nog andere transportmiddelen voorhanden.

10.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw zeer interessant en technisch goed onderbouwd antwoord. U bevestigt dat het hier gaat over een noodzakelijke sanering. Twee zaken zijn mij duidelijk bijgebleven. Ten eerste, de hervorming van de hartcentra staat los van de studie van het kenniscentrum. U bevestigt dus dat de hervorming reeds was gepland, los van de studie van het kenniscentrum.

Ten tweede, u kondigt ook een aantal uitzonderingen aan op basis van spreiding en toegankelijkheid en u verwees daarbij naar de heer Arens en Luxemburg. Als inwoner van het landelijke West-Vlaanderen kan ik mij levendig inbeelden dat daar een aantal praktische problemen kan rijzen.

Ik heb nog een concrete vraag. Wanneer krijgen wij een zicht op die uitzonderingen? Kunt u daar een timing bij plaatsen? Het gaat immers niet alleen over Luxemburg. Ik kan mij goed inbeelden dat er ook in West-Vlaanderen problemen zouden kunnen rijzen.

10.07 Minister Rudy Demotte: U hebt gelijk dat dit probleem niet alleen in Luxemburg rijst. Ik hoop dat wij na het reces klaar zullen zijn.

10.08 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik wil daar nog iets aan toevoegen. Ik vestig er uw aandacht op dat de toewijzing van de cardiale zorgprogramma's in het verleden niet erg beredeneerd is gebeurd. Dat gebeurde eerder toevallig en her en der, waarna men dat is gaan reglementeren. Het is dus niet echt representatief. Men zou dat toch moeten herbekijken.

Uit wetenschappelijke literatuur, dat lees ik in het advies, blijkt dat geen enkel land nog alles met elkaar verbindt. Ik ben er niet tegen dat er grote centra zijn waar men een heel programma kan aanbieden. In uw ontwerp van KB laat u immers de mogelijkheid dat er nog altijd een geïsoleerde B1 kan bestaan om noodzakelijke redenen, mits een associatie met B2 en B3. U omschrijft dat allemaal met inbegrip van het voldoen aan erkenningsnormen.

Zou het niet beter zijn een upgrade te doen van B1 en B2 samen? Uit wetenschappelijke argumenten blijkt dat heel veel problemen verholpen kunnen worden door een diagnose B1, gevolgd door een interventie B2. Voor zover ik er als leek zicht op heb, is het niet steeds nodig om over te gaan tot hartchirurgie.

Een dergelijke upgrade moet gebeuren onder de strikte voorwaarde van een kritische massa: voldoende patiënten moeten behandeld worden. Bovendien moet aan strenge erkenningsnormen worden

complètement intégrés sera de plus en plus manifeste. Il nous faut donc développer une stratégie en matière de fusions et de renvois. La taille modeste de notre pays nous le permet.

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

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

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

Selon les publications scientifiques, aucun pays ne propose plus une offre de soins totalement intégrés. Je ne suis pas opposé aux grands centres qui proposent un programme complet. Dans le projet d'arrêté royal, un centre B1 peut rester indépendant s'il est indispensable, même s'il est associé à un centre B2 et B3. N'est-il pas préférable de procéder à la modernisation conjointe des centres B1 et B2? La chirurgie cardiaque n'est en effet généralement pas nécessaire. La modernisation peut être réalisée à la condition que le nombre de

voldaan. Zo blijven er automatisch veel minder centra over dan met de huidige B1. Het is een idee waarvoor ik uw aandacht wil vragen.

U heeft niet geantwoord op mijn vraag over het moratorium. Zal het moratorium afgeschaft worden, zodat er – waar nodig – hartcentra kunnen bijkomen? Sommige centra zijn door fusies uitgegroeid tot grote klinieken. Vroeger was de verdeling eerder willekeurig. Kunnen zij nu een gemotiveerde aanvraag doen om alsnog een volledig programma aan te bieden? In concreto denk ik daarbij aan het Sint-Lukasziekenhuis in Gent met 800 bedden, dat geen cardiaal programma heeft.

patients traités soit suffisant et que des normes d'agrément strictes soient respectées.

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

10.09 Minister **Rudy Demotte**: Op uw laatste vraag kan ik geen antwoord geven, aangezien dat bekeken moet worden in het kader van de hervorming van de cardiologie. Indien het nodig is het moratorium op te heffen, zullen we dat ook doen. Voor het parlementair reces zal ik u echter geen antwoord kunnen geven.

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

De internationale literatuur die u aanhaalt wordt ook gebruikt door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Het is in zekere zin dubbelzinnig.

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

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen is ook een verdediger van de instellingen as such. Ik ben hier niet om de instellingen te verdedigen, ik ben hier niet om een bepaald vak van artsen-specialisten-cardiologen te verdedigen, of zelfs de patiënt as such, maar wel het algemeen belang. Ik weet dat dit een moeilijke taak is, maar dat is mijn doelstelling.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.44 uur.
La réunion publique de commission est levée à 12.44 heures.*