



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

SÉANCE PLÉNIÈRE

PLENUMVERGADERING

mercredi

woensdag

22-12-2004

22-12-2004

Après-midi

Namiddag

<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 document 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 vertaald 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>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

Excusés	1
BUDGETS	1
Budget des Voies et Moyens pour l'année budgétaire 2005 (1370/1-3)	1
- Projet de budget général des Dépenses pour l'année budgétaire 2005 (1371/1-43)	1
- Budgets des recettes et des dépenses pour l'année budgétaire 2005. Exposé général (1369/1)	1
- Projet de loi contenant le troisième ajustement du budget général des Dépenses pour l'année budgétaire 2004 (1488/1-3)	1
<i>Reprise de la discussion générale</i>	1
<i>Orateurs:</i> Luc Goutry, Pieter De Crem , président du groupe CD&V, Benoît Drèze, Daniel Bacquelaine , président du groupe MR, Maggie De Block, Luc Sevenhans, Greet van Gool, Yvan Mayeur, Koen Bultinck, Magda De Meyer, Muriel Gerken, Hilde Dierickx, Marie-Claire Lambert, Karin Jiroflée, Mark Verhaegen, Hagen Goyvaerts, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maya Detiège, Danielle Van Lombeek-Jacobs, Frieda Van Themsche, Christian Dupont , ministre de la Fonction publique, de l'Intégration sociale, de la Politique des grandes villes, de l'Egalité des chances, Gisèle Mandaila Malamba	
ANNEXE	115
DECISIONS INTERNES	115
DEMANDES D'INTERPELLATION	115
DEPOTS	115

INHOUD

Berichten van verhindering	1
BEGROTINGEN	1
Rijksmiddelenbegroting voor het begrotingsjaar 2005 (1370/1-3)	1
- Ontwerp van Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2005 (1371/1-43)	1
- Begrotingen van ontvangsten en uitgaven voor het begrotingsjaar 2005. Algemene toelichting (1369/1)	1
- Wetsontwerp houdende derde aanpassing van de Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2004 (1488/1-3)	1
<i>Hervatting van de algemene bespreking</i>	1
<i>Sprekers:</i> Luc Goutry, Pieter De Crem , voorzitter van de CD&V-fractie, Benoît Drèze, Daniel Bacquelaine , voorzitter van de MR-fractie, Maggie De Block, Luc Sevenhans, Greet van Gool, Yvan Mayeur, Koen Bultinck, Magda De Meyer, Muriel Gerken, Hilde Dierickx, Marie-Claire Lambert, Karin Jiroflée, Mark Verhaegen, Hagen Goyvaerts, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maya Detiège, Danielle Van Lombeek-Jacobs, Frieda Van Themsche, Christian Dupont , minister van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke Integratie, Grootstedenbeleid en Gelijke Kansen, Gisèle Mandaila Malamba	
BIJLAGE	115
INTERNE BESLUITEN	115
INTERPELLATIEVERZOEKEN	115
INGEKOMEN	115

SEANCE PLENIERE

du

MERCREDI 22 DECEMBRE 2004

Après-midi

PLENUMVERGADERING

van

WOENSDAG 22 DECEMBER 2004

Namiddag

La séance est ouverte à 14.52 heures par M. Herman De Croo, président.
De vergadering wordt geopend om 14.52 uur door de heer Herman De Croo, voorzitter.

Ministre du gouvernement fédéral présent lors de l'ouverture de la séance:
Tegenwoordig bij de opening van de vergadering is de minister van de federale regering:
Rudy Demotte.

Le **président**: La séance est ouverte.
De vergadering is geopend.

Une série de communications et de décisions doivent être portées à la connaissance de la Chambre. Elles seront reprises en annexe du compte rendu intégral de cette séance.
Een reeks mededelingen en besluiten moet ter kennis gebracht worden van de Kamer. Zij zullen in bijlage bij het integraal verslag van deze vergadering opgenomen worden.

Excusés**Berichten van verhindering**

Patrick De Groote, Alain Mathot, pour raisons de santé / wegens ziekte.

Budgets**Begrotingen****01 Budget des Voies et Moyens pour l'année budgétaire 2005 (1370/1-3)**

- **Projet de budget général des Dépenses pour l'année budgétaire 2005 (1371/1-43)**
- **Budgets des recettes et des dépenses pour l'année budgétaire 2005. Exposé général (1369/1)**
- **Projet de loi contenant le troisième ajustement du budget général des Dépenses pour l'année budgétaire 2004 (1488/1-3)**

01 Rijksmiddelenbegroting voor het begrotingsjaar 2005 (1370/1-3)

- **Ontwerp van Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2005 (1371/1-43)**
- **Begrotingen van ontvangsten en uitgaven voor het begrotingsjaar 2005. Algemene toelichting (1369/1)**
- **Wetsontwerp houdende derde aanpassing van de Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2004 (1488/1-3)**

Reprise de la discussion générale**Hervatting van de algemene bespreking**

La discussion générale est reprise.
De algemene bespreking is hervat.

Collega's, wij openen de namiddagvergadering. De voormiddagvergadering is op een Spaans uur geëindigd, als ik het zo mag zeggen.

Chers collègues, nous allons faire un effort, tous ensemble car le budget a un succès fou! De nombreux

collègues veulent participer aux débats, ce qui est une bonne chose.

Nous allons entamer le débat sur les Affaires Sociales, pour lequel une douzaine d'orateurs se sont inscrits.

Daarna volgt Volksgezondheid. Daar heb ik ook ongeveer 12 of 13 sprekers. Voor Infrastructuur is het aantal in dezelfde orde van grootte. De nombreux collègues souhaitent également intervenir dans les volets Economie, Finances et Intérieur. Nous poursuivrons avec les volets Défense nationale et Relations extérieures. Nous sommes bien partis!

Mijnheer Goutry?

01.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik heb niet onmiddellijk zicht op de sprekerslijst. Moeten we een onderscheid maken tussen de sectoren Sociale Zaken en Volksgezondheid, of kan de bespreking in een keer gebeuren?

De **voorzitter**: Mijnheer Goutry, wij hebben het daar vanmorgen reeds over gehad. U hebt zich als spreker voor Sociale Zaken laten schrappen. Op een bepaald ogenblik werd minister Dupont gevraagd. Mevrouw Mandaila Malamba is aanwezig.

01.02 Pieter De Crem (CD&V): Mijnheer de voorzitter, verscheidene collega's, onder meer mevrouw Lanjri, hebben opmerkingen gemaakt over het bevoegdheidsdomeinen van de staatssecretaris. Ik merk dat ze aanwezig is.

De **voorzitter**: Mag ik de werkzaamheden regelen? U weet dat dit geen gemakkelijke taak is.

01.03 Pieter De Crem (CD&V): Absoluut niet, mijnheer de voorzitter.

De **voorzitter**: Ik mag op uw opbouwende medewerking rekenen, collega's. Dat is een understatement als het over fractieleider De Crem gaat.

Collega's, ik doe een voorstel met betrekking tot de agenda van morgen. Het hoofdstuk Binnenlandse Zaken zal wellicht vandaag niet beëindigd kunnen worden. Indien elk onderdeel zo lang duurt als vanmorgen zullen we het zelfs niet kunnen aanvangen.

Le ministre Flahaut m'a demandé de "switcher" – je reconnais que ce mot n'est pas très beau – le volet Défense.

01.04 Pieter De Crem (CD&V): Die splitsing....

De **voorzitter**: Dat kan onverwijld gebeuren, mijnheer De Crem. Het onderdeel Landsverdediging zou behandeld kunnen worden voor Binnenlandse Zaken. Minister Flahaut moet morgen een vliegtuig halen om 18.00 uur. Ik stel voor Landsverdediging morgennamiddag te behandelen voor Binnenlandse Zaken. Ik heb iedereen laten verwittigen, de sprekers en de fractiesecretariaten.

Nous sommes donc d'accord sur ce point.

Ceci étant dit, je vous propose d'entamer le volet Affaires sociales. Je remercie les collègues et le personnel d'avoir prolongé la séance de ce matin jusqu'au début de l'après-midi.

Voor Sociale Zaken zijn ingeschreven: mevrouw D'hondt, de heer Drèze, mevrouw De Block, mevrouw Van Lombeek, de heer Bacquellaine, mevrouw Lahaye-Battheu, de heer Verhaegen, mevrouw Lambert, mevrouw Lanjri en mevrouw Dierickx. Mevrouw Lanjri heeft mij gevraagd of mevrouw Mandaila aanwezig zou zijn.

Met wie begin ik: mevrouw De Block of de heer Goutry? Mijnheer Goutry, ik heb u geschrapt en ingeschreven in het debat over het volgende hoofdstuk.

01.05 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, de reden waarom ik daarstraks vroeg om de bespreking van enkele hoofdstukken samen te voegen, is omdat bijvoorbeeld mevrouw Lanjri wellicht haar gedeelte afgewerkt heeft. Dat geldt ook voor mevrouw D'hondt. Ik denk niet dat zij nog het woord zullen voeren. Waarschijnlijk heeft onze fractie een onderscheid gemaakt tussen tewerkstelling, arbeid, sociale zaken en volksgezondheid, omdat dat stricto sensu ook zo is. Wie hier nu aanwezig is, wenst ongetwijfeld het debat te voeren over Volksgezondheid met minister Demotte. De bespreking van Sociale Zaken is al voorbij.

De **voorzitter**: Ik heb daar geen probleem mee, maar het viel mij op dat verschillende collega's in de twee rubrieken ingeschreven zijn, waaronder uzelf bijvoorbeeld en de heer Drèze.

Monsieur Drèze, vous êtes inscrit tant en Affaires sociales qu'en Santé publique.

01.06 Benoît Drèze (cdH): Oui, monsieur le président. Je n'interviendrai qu'une seule fois.

Le **président**: Je vous propose, monsieur Demotte, de ne faire qu'un seul débat Affaires sociales et Santé publique. J'inviterai M. Dupont à nous rejoindre et je préviendrai ceux qui sont inscrits deux fois.

Ik merk dat mevrouw Lanjri ook is ingeschreven voor het debat. We gaan toch het eerste debat niet overdoen?

(...): (...)

De **voorzitter**: Ik begrijp nu wat er gebeurd is. Zij wil vragen stellen aan mevrouw Mandaila.

Nous sommes donc d'accord pour ne faire qu'un seul débat Affaires sociales et Santé publique. Nous tâcherons de nous entendre comme faire se peut.

Nous entamons la discussion des volets Affaires sociales et Santé publique.
Wij vatten de bespreking aan van de delen Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Dan laat ik u als eerste beginnen, mijnheer Goutry, in het dubbel debat. We zullen wel zien waar we over enkele uren landen.

01.07 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mevrouw de staatssecretaris, collega's, ik sluit mij aan bij andere collega's die hier ongetwijfeld al hebben gezegd dat wij in de problemen zijn geraakt omdat het de eerste keer is - althans in de dertien jaar dat ik lid van deze Kamer ben - dat we er zelfs niet in geslaagd zijn de begroting af te werken in de commissie. We zijn ermee begonnen en ik heb mijn uiteenzetting aangevat in de commissie maar daarna zijn we er niet meer in geslaagd de zaak binnen de voorziene tijd te behandelen. We zijn daarom bijna verplicht hierop in de plenaire vergadering vooral punctueel dieper in te gaan dan we hadden gedacht. Het was aanvankelijk onze bedoeling hier een meer politieke, algemene uiteenzetting te houden. Mijnheer de minister, u zult mij echter toestaan dat ik meer precieze vragen stel alleen al omwille van het feit dat wij daartoe niet de kans kregen in de commissie. Ik heb mijn vragen trouwens voorbereid en ze u op voorhand bezorgd in de hoop dat ik straks een antwoord zal krijgen op deze vragen. Ik veronderstel dat ik straks mijn vragen aan mevrouw de staatssecretaris kan stellen wat betreft het beleid voor personen met een handicap.

01.07 Luc Goutry (CD&V): Je suis membre du Parlement depuis treize ans et c'est la première fois que les débats budgétaires ne sont pas clôturés au sein de la commission compétente. Je vais dès lors aborder ici certains thèmes plus en détail et poser des questions précises au ministre.

Le déficit de l'assurance maladie n'a jamais été aussi important, malgré la norme de croissance de 4,5 pour cent. Pourquoi le ministre n'a-t-il pas réagi lorsque nous avons annoncé en juillet 2004, sur la base du rapport de l'INAMI, un déficit de 600 millions pour l'ensemble de l'année?

Ik begin met een algemene inleiding wat betreft de volksgezondheid en meer in het bijzonder de gezondheidszorg. Ik heb al gezegd dat het tekort zeer groot is in het lopend jaar 2004. U bent daarvan wellicht zelf wat geschrokken, wij in elk geval ook. Er was nochtans een groeinorm van 4,5% boven de inflatie. Die hogere groeinorm had moeten toelaten heel wat kosten in de gezondheidszorg op te vangen. Nu blijkt echter dat wij geen stijging hebben van 4,5% en 1,2% index, samen 5,7% zijnde.

Wij hebben daarentegen een uitgavenquotum dat dicht naar de 10% gaat. Dat is meer dan ingeschreven is in de begroting.

Mijnheer de minister, het is nog steeds onze vraag waarom u niet sneller hebt gereageerd toen wij het deze zomer zagen aankomen. Wij hebben op basis van het eerste semester het rapport van het RIZIV binnengekregen. Wij hebben u toen gezegd dat wij vreesden dat er een groot tekort zou ontstaan op het einde van het jaar. Collega's, wij hebben toen trouwens een extrapolatie gemaakt op basis van de toestand in juni. Toen kwamen wij met onze extrapolatie uit op een tekort van ongeveer 600 miljoen. Nu blijkt dat wij voor het lopende jaar iets meer dan 600 miljoen euro te kort zullen komen.

Collega's, dat wij met 9% van het bruto binnenlands product voor gezondheidszorg op Europees vlak gemiddeld scoren is natuurlijk een belangrijke vaststelling. Wij moeten dat meenemen in het debat. Mijnheer de minister, u zal het wellicht met mij eens zijn, het is nog veel belangrijker te weten wat wij daarmee kunnen doen. Wij hebben een algemene uitgave. Wij kunnen ons daar vergelijken met Europa, maar wat doen wij met die 9%? Wat doen wij met dat pakket, met die meer dan 17 miljard euro die wij ter beschikking hebben? Hoe vullen wij dat in? Hoe doelmatig worden deze middelen ingezet? Hoeveel ruimte blijft er over voor nieuwe noden en behoeften?

Collega's, op dat laatste vlak zitten wij niet zo goed. Wij hebben immers weinig of geen ruimte voor nieuw beleid. Wij hebben weinig of geen ruimte voor nieuwe noden. Wij zitten ingevolge onze begroting in een zodanig keurslijf met onze uitgaven inzake gezondheidszorg dat wij voortdurend moeten zien dat het nu niet overloopt. Wij moeten pompen, wij moeten besparen, wij moeten kijken waar wij nog iets kunnen redden. Bijgevolg is er bijna geen ruimte om nu nieuwe vragen in ontvangst te nemen, om nieuwe dossiers te gaan aanpakken en om in meer middelen te voorzien, ook in de toekomst, voor nieuwe uitdagingen die zich voordoen op het vlak van de gezondheidszorg.

Denk onder meer aan de vergrijzing. Daarom doen wij de oproep, collega's, om toch ooit eens expliciet een keuzedebat te voeren over de manier waarop wij met die enorme massa aan overheidsmiddelen die we vrijmaken voor de gezondheidszorg - wellicht de beste ter wereld - bepaalde zaken willen opvangen. Ik heb al gewezen op het feit dat wij met zijn allen steeds ouder worden en dat ouder worden ook nieuwe behoeften zal creëren.

Is de minister van plan om ook een langetermijnvisie en een langetermijnplanning te ontwikkelen? Ik meen dat dit ook belangrijk is. U bent nogal gevat door de begroting en de afrekeningen. U hebt onmiddellijk moeten ingrijpen, maar het is ook nodig dat wij daarnaast

Le budget affecté aux soins de santé correspondant à neuf pour cent du PIB, la Belgique se situe dans la moyenne européenne. La question se pose dès lors de savoir si les moyens sont utilisés efficacement. Est-il possible de répondre aux nouveaux besoins? Le budget ne présente guère de marge de manœuvre. Il est temps d'organiser un débat approfondi sur les choix que nous voulons faire pour permettre le financement des nouveaux besoins et notamment ceux liés au vieillissement. Le ministre développera-t-il une vision et un planning à long terme?

Le déficit de 2004 entraînera des économies supplémentaires en 2005. Le ministre ne craint-il pas un déficit structurel? Connaît-il les causes des déficits constatés dans presque tous les secteurs importants des soins de santé? Dans la négative, nous ne parviendrons pas à maîtriser le problème. Il me revient que le ministre a demandé à la Conférence des présidents d'inviter le parlement à commander un audit auprès de la Cour des comptes. Est-ce exact?

Comment le ministre veillera-t-il à assurer un meilleur suivi des dépenses de l'assurance maladie en 2005? Pourquoi faudra-t-il encore attendre jusqu'en 2006 pour obtenir des statistiques sur les profils de dépenses des médecins? Quelles mesures le ministre prendra-t-il pour dresser la carte des écarts inexplicables — et donc inacceptables — entre les Régions et les Communautés et comment les éliminera-t-il? Le ministre accepte-t-il les calculs du VAZO (l'organe de concertation des hôpitaux flamands) dont il ressort que sur la base des chiffres flamands de consommation médicale les dépenses nationales en matière d'assurance maladie diminueraient de sept pour cent?

op langere termijn een algemeen beleid plannen en een visie op langere termijn ontwikkelen.

Vreest u niet dat het grote tekort dat we dit jaar hebben op de rekeningen van de gezondheidszorg en de vele besparingen, die ook voor 2005 zullen moeten gebeuren - u hebt al een aantal besparingen op voorhand moeten doorvoeren om uw begroting in evenwicht voor 2005 te kunnen indienen -, op termijn kunnen leiden tot een structureel tekort? Daarbij boeken we tekorten die we opnieuw aandikken met nieuwe tekorten, zodat we op termijn een sneeuwbal van tekorten krijgen, zoals we die ooit met de begroting hebben gekend. Dat zou natuurlijk zeer nefast zijn. Het zou trouwens geen enkele ruimte meer overlaten om in de toekomst aan nieuw beleid te doen inzake gezondheidszorg.

Mijnheer de minister, voor dit jaar stellen we overschrijdingen vast in quasi alle belangrijke sectoren. Kent u voldoende de diverse oorzaken van deze tekorten? Het is belangrijk dat we precies weten waar de oorzaak ligt. We komen een beetje op alle domeinen en in alle rubrieken van de gezondheidszorg te kort. Het is pas als we weten wat de oorzaak is, dat we ook vat zullen krijgen op de mechaniek om daarin verbetering te brengen.

Wat uw onderzoeksopdracht voor het Rekenhof betreft, mijnheer de minister, heb ik ondertussen gezien dat u, wellicht namens de regering, aan de Conferentie van voorzitters hebt voorgesteld om het Parlement te verzoeken een audit te vragen bij het Rekenhof. Zo kan men zien hoe de mechanismen werken naar aanleiding van de opstelling van de begroting en de afrekening van de ziekteverzekering. Ik verneem dat die opdracht zelfs zou verruimd worden tot de vergelijking met de ons omringende landen. Ik heb ook vastgesteld dat de procedure erin zou bestaan het Parlement te vragen een resolutie te maken teneinde de opdracht aan het Rekenhof toe te vertrouwen. Dat is wat ik heb vernomen uit de Conferentie van voorzitters. Kunt u dit bevestigen, mijnheer de minister? Zullen de zaken op die manier gebeuren?

Wat zult u doen om de uitgaven in de ziekteverzekering gedurende 2005 en de komende jaren beter en sneller op te volgen? Het is heel belangrijk, want we kregen dit jaar reeds een lesje: er kwam een overzicht in juli en er werd paniekvoetbal gespeeld. Hoe kunnen we in de toekomst beter en sneller opvolgen waar er problemen ontstaan in de begroting; hoe er problemen ontstaan met betrekking tot de middelen die we nodig hebben, zodat we kunnen zien waar en op welke manier eventueel de alarmbel kan worden geluid, voor het te laat is.

Waarom moet het nog tot 2006 duren voor we de nauwkeurige resultaten zullen hebben in verband met bijvoorbeeld de responsabilisering? Met die resultaten zouden we een zicht krijgen op de bestedingspatronen op het niveau van de individuele verstrekker. Van elke dokter zou men zo, aan de hand van zijn profiel, volledig kunnen nagaan wat hij heeft gepresteerd, wat hij heeft voorgeschreven en wat hij heeft uitgegeven. Hetzelfde kan met de ziekenhuizen.

Mijnheer de minister, volgens u zal het nog duren tot in 2006 alvorens de resultaten beschikbaar zijn. Hoe komt dat? Kan het niet sneller?

Les économies linéaires ne sont-elles pas injustes? Elles punissent et démotivent en effet les personnes qui font du bon travail. Pourquoi autant d'économies sont-elles à nouveau prévues en 2005?

Le calendrier des mesures sera-t-il maintenu? Je crains que seulement la moitié d'entre-elles pourront être réalisées. Pourrions-nous obtenir un bilan de la situation à la mi-2005? Quand le projet de loi relatif aux mesures concernant les soins de santé pourra-t-il être examiné au Parlement?

Je distingue plusieurs types de mesures d'économie. Tout d'abord, il y a des mesures d'économie intéressantes, courageuses, voire structurelles, telles que la forfaitarisation des médicaments et l'élargissement des montants de référence dans les hôpitaux, la lutte contre l'utilisation de scanners illégaux et le rétrécissement de la marge de dépassement de 21 pour cent. Ensuite, je distingue des mesures linéaires et non structurelles, telles que la réduction des enveloppes budgétaires pour la biologie clinique et la radiologie, la diminution des forfaits pour l'hémodialyse et le report de l'indexation des revenus des médecins généralistes. Qu'a par ailleurs convenu le ministre hier avec les médecins généralistes à ce sujet?

Troisièmement, il y a les mesures que l'on pourrait qualifier de vœux pieux telles que la lutte contre les dépenses excessives dans le cadre de la promotion des médicaments, la nomenclature liée aux pathologies et l'élaboration de "lignes directrices" et de normes de la "EBM".

Enfin, il y a les mesures inutiles - car elle ne réalisent pas d'économies -, telles que l'instauration de "bassins de soins"

Het zou immers een heel goed en interessant hulpmiddel zijn.

Welke maatregelen zal de minister treffen om alle onverklaarbare verschillen tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië in beeld te brengen? Dat is een ander probleem dat in elke discussie overheerst, ook in de discussie over de gezondheidszorgen. Sommige verschillen tussen regio's, tussen gemeenschappen, tussen steden zijn verklaarbaar omdat ze te maken hebben met een andere samenstelling van de bevolking, met andere noden in de regio. Daarmee hebben wij geen probleem. Soms gaat het echter om onverklaarbare verschillen. Het weghalen van een appendix kost in een bepaald ziekenhuis in Luik bijvoorbeeld drie keer meer dan in een bepaald ziekenhuis in Oostende. Dat kunnen wij niet meer aanvaarden. Mijnheer de minister, hoe zult u dit in beeld brengen? Wat zult u doen om de verschillen weg te werken? Ik verneem dat er ook opdracht werd gegeven tot het maken van een rapport terzake. Dit zal binnenkort waarschijnlijk naar buiten worden gebracht. Mijnheer de minister, welke gegevens zullen ons ter beschikking worden gesteld?

Wat zal de minister doen om de onverklaarbare verschillen tussen de regio's en de gemeenschappen geleidelijk weg te werken, zodat wij op een rechtvaardige, uniforme, gestandaardiseerde manier overal dezelfde behandeling tegen dezelfde prijs kunnen hebben? Aanvaardt de minister de berekening van het Vlaams ziekenhuisoverleg? Zij hebben een simulatie gedaan waaruit kon worden besloten dat wanneer men de Vlaamse verbruikscijfers zou toepassen op de nationale uitgaven van de ziekteverzekering, de kosten meteen met 7% zouden dalen.

Dat zijn toch wel belangrijke vaststellingen, collega's, gedaan door het toch niet zo onbelangrijke platform, de vereniging van alle Vlaamse ziekenhuizen. Zij zeggen dat, als wij de Vlaamse rekenkunde gebruiken, wij onmiddellijk 7% besparen in de ziekteverzekering, in de gezondheidszorg.

Een laatste vraag in de inleiding is of de minister ermee akkoord gaat dat de lineaire besparingsmaatregelen onrechtvaardig zijn en dat ze vooral de mensen afstraffen die gemotiveerd zijn. Het is al jaren dat we met de techniek werken - de heer Bonte weet dat uiteraard ook - van de meer lineaire besparingen, waardoor we natuurlijk de mensen die het goed gedaan hebben even hard straffen als die die het slecht gedaan hebben. Ik voel stilaan dat, wat dat betreft, de limiet een beetje bereikt is, dat de mensen die inspanningen doen om goed te werken zeggen dat het ofwel het ene ofwel het andere is of dat zij er anders ook niet meer naar kijken zodat we allen lineair "gepakt" worden. Waarom zijn er zoveel lineaire besparingen aangekondigd voor 2005? We zijn blijkbaar nog helemaal niet uit het systeem en we werken dus nog altijd in hoofdzaak met lineaire besparingen. Garandeert de minister dat de vooropgestelde timing voor de diverse besparingsmaatregelen strikt zal kunnen worden aangehouden? Mijnheer de minister, vandaar mijn vraag hoe ver het staat met de maatregelen waarvan de uitwerking is aangekondigd op 1 januari eerstkomend. Dat is natuurlijk zeer dichtbij, dat is minder dan twee weken die we nog hebben om een groot aantal van uw maatregelen tot toepassing te laten komen. Vandaar mijn vraag of u daarmee klaar bent. Hoe ver staat u daarmee? Wat zal er door kunnen gaan en wat niet?

et la suppression d'un certain nombre de services de pédiatrie, ce qui mettra en grande difficulté un grand nombre d'hôpitaux locaux dès lors que la maternité et le service d'oto-rhino-laryngologie en subiront également les conséquences.

Un grand nombre de mesures consistent en fait à établir des forfaits. Le ministre se fondera-t-il sur le gel de la donnée historique?

En tout état de cause, une mesure devra être prise à court terme: un système de sanction efficace en cas de recours abusif aux examens préopératoires.

Le volet suivant de mon intervention a trait aux médecins. Où en est la publication de l'arrêt royal relatif au statut social? Combien de dossiers médicaux globaux l'INAMI a-t-il payés en 2004? Comment procédera-t-on à l'indemnisation en 2005? Les dossiers seront-ils prolongés manuellement ou de manière automatique? Le développement de cette initiative constitue en effet une clé donnant accès à une bonne politique. Prescrit-on vraiment moins d'antibiotiques aujourd'hui?

Pour l'index des médecins, le ministre s'est basé sur un dépassement estimé des honoraires de 127 millions d'euros. Toutefois, aucun dépassement n'a été constaté, au contraire, il s'agit d'un excédent de 290.000 euros. Le ministre procédera-t-il malgré tout à la retenue prévue de cet index bien que cette mesure constitue de facto une sanction pour les médecins généralistes?

Qu'entend le ministre exactement par modulation du ticket modérateur en fonction du choix du trajet de soins approprié? S'agit-il de l'introduction d'un échelonnement? Suivra-t-on ici un scénario de récompense où le

Collega's, mijnheer de minister, het is een beetje mijn overtuiging maar ook mijn vrees dat van alle aangekondigde besparingsmaatregelen voor 2005 slechts de helft daadwerkelijk gerealiseerd zal kunnen worden, met alle gevolgen vandien. Hierdoor zouden we uiteraard het gat niet kunnen dichtrijden en zouden we de sneeuwbal van het tekort groter maken.

Waarom ben ik daarvan overtuigd? Wanneer ik de maatregelen die uitwerking moeten hebben op 1 januari 2005, bekijk, en wanneer ik naga waarop men zich steunt om die besparingen te kunnen doen, dan heb ik de grootste twijfels of dat ook effectief gehaald kan worden.

Ik heb nog een andere vraag: zullen wij halfweg 2005 een overzicht krijgen van de stand van zaken? Ik meen dat het zeer nuttig zou zijn dat ook het Parlement hiervan op de hoogte wordt gebracht.

Mijnheer de minister, wanneer wordt uw wetsontwerp in verband met de bijkomende maatregelen voor de gezondheidszorg voorgelegd aan het Parlement? U hebt aangekondigd dat u onder meer bij de geneesmiddelen een aantal ingrepen zou doen. Ik verwijs naar de referentieprijzen, geneesmiddelen die worden teruggetrokken uit de terugbetaalde markt enzovoort. Ik verneem dat het binnenkort in de Ministerraad besproken zou worden. Ik neem aan dat het dan ook na nieuwjaar in het Parlement komt.

Collega's, ik neem ook even de voorgestelde besparingsmaatregelen door. Voor 2005 zijn er enkele interessante, moedige en structurele maatregelen gepland. Ik denk aan de forfaitarisering van de geneesmiddelen in een ziekenhuis, het aanpakken van illegale scanners, de uitbreiding van de referentiebedragen in ziekenhuizen en de inkrimping van de 21%-overschrijdingsmarge. Dat zijn goede, moedige en structurele maatregelen.

Er zijn echter ook louter lineaire, en dus niet structurele, maatregelen, bijvoorbeeld het terugschroeven van de enveloppen voor klinische biologie en radiologie, de vermindering van de forfaits voor hemodialyse en het indexuitstel voor huisartsen. Ik heb op hun website kunnen zien dat u ze gisteren hebt ontvangen. Misschien kunt u ons straks toelichten wat er besproken is. Als zij de afgesproken index niet krijgen, dan gaat er toch een zekere dreiging uit van de situatie.

Van een aantal maatregelen kan men zeggen dat ze gewenst zijn. Er is echter een groot gevaar voor wishful thinking. Het is wel goed dat ze er zouden komen, maar ik denk niet dat ze er zullen komen. Ik denk aan de strijd tegen overdreven reclame of promotie-uitgaven voor geneesmiddelen, de pathologiegebonden nomenclatuur, het opstellen van de guidelines en de standaarden. Er is nog zoveel structureel werk te doen en ik kan mij onmogelijk voorstellen dat wij nu al, op korte termijn, van die maatregelen zouden kunnen profiteren.

Een aantal maatregelen noem ik zinloos, omdat ze geen besparingseffect heeft. Het gaat over de afschaffing van een aantal pediatriediensten. Misschien zou het ook nuttig zijn om daarover iets meer te kunnen vernemen, mijnheer de minister. Wat is de stand van

patient, sur prescription du médecin, devra payer un ticket modérateur moindre chez le spécialiste ou plutôt un scénario de sanction où le patient devra déboursier davantage auprès du spécialiste lorsqu'il ne fait pas appel au médecin généraliste?

Quel est le point de vue du ministre au sujet de la participation de syndicats de médecins monodisciplinaires aux élections médicales? Je serais également intéressé de connaître l'avis de la Chambre en la matière.

La partie suivante de mon intervention concerne les hôpitaux. Le fait que le ministre soit déterminé à mettre fin à leur sous-financement structurel est une bonne chose. Mais les 100 millions d'euros dont il est question seront répartis sur les trois prochaines années. Donc, il ne s'agit que de 33 millions d'euros par an et, pour 2005, il ne s'agit que de la moitié de 33 millions car ce montant ne sera accordé qu'à partir du 1^{er} juillet. Dès lors, ce n'est qu'un emplâtre sur une jambe de bois.

Ce sont surtout les hôpitaux psychiatriques qui sont touchés de plein fouet par le sous-financement parce qu'ils sont plus que les autres tributaires du prix de la journée d'hospitalisation. Mais quelle part des 100 millions d'euros leur restera-t-il? En outre, leur régime FBI plus avantageux sera assimilé au règlement applicable aux hôpitaux généralistes.

Il faut saluer l'effort consenti par le gouvernement pour accélérer le paiement des montants de rattrapage et sa décision de prévoir à cet effet un budget de 350 millions d'euros. Le ministre garantit-il le paiement à partir du 1^{er} janvier 2005? Quels critères seront utilisés lors des paiements? Ce mouvement de rattrapage bénéficiera-t-il également aux

zaken in verband met het rapport van Casaer en Cannoot over de pediatrie en de nieuwe normen die opgelegd zouden worden, waardoor heel wat regionale ziekenhuizen hun pediatrie dreigen te verliezen? Als zij hun pediatrie verliezen, dan verliezen ze - wees daar maar zeker van; ook collega De Block heeft het gezegd in de commissie - hun kraamafdeling, wat dan weer zal leiden tot een enorme daling van de prestaties voor neus, keel en oren. Ik heb statistieken gezien van bepaalde ziekenhuizen. Drie vierden van de ingrepen in de pediatrie hebben te maken met neus, keel en oren. Collega De Block, u bent veel beter geplaatst dan ikzelf om dat toe te lichten.

Het zou een geweldige impact hebben op de regionale ziekenhuizen indien deze diensten worden afgeschaft.

Mijnheer de minister, één maatregel dringt zich absoluut op en zou op korte termijn moeten worden genomen, namelijk een efficiënt bestraffingsysteem indien blijkt dat het ongelijke gebruik van preoperatieve zorg doorgaat.

Collega's, mijnheer de minister, een tweede hoofdstuk gaat over de geneesheren. Hoe ver staat het momenteel met de publicatie van het koninklijk besluit betreffende het sociaal statuut voor de geneesheren? Dat is altijd een teer punt en het is belangrijk het snel te regelen om de goede verstandhouding en het goede overleg met de geneesheren verder in de hand te kunnen houden.

Hoeveel globale medische dossiers werden door het RIZIV betaald in 2004? Hoe zal de vergoeding voor 2005 verlopen? Gaan we naar een manuele verlenging van het globaal medisch dossier voor de huisartsen of gaan we naar een automatische verlenging van het globaal medisch dossier? Daarover werd blijkbaar nog altijd geen eenstemmigheid bereikt. Er zijn pistes voor zowel het ene als voor het andere. Mijnheer Bacquellaine, ik ben er in elk geval pleitbezorger van dat voor de huisartsen het globaal medisch dossier verder zou kunnen worden ontwikkeld. Heel wat huisartsen maken er ook heel goed gebruik van. De huisartsen onder ons zullen dat nog veel beter kunnen toelichten.

Mijnheer de minister, het is ook een sleutel voor het beleid. Wanneer wij erin slagen om een goed eenheidsdossier per patiënt te krijgen, met name een elektronisch dossier dat veilig is maar ook alle informatie over de patiënt bevat, zou dat een geweldige stap vooruit zijn op het ogenblik dat deze patiënten worden doorverwezen naar de tweede lijn. Zij komen dan in een ziekenhuis terecht waar de artsen onmiddellijk kunnen zien welke onderzoeken er al zijn gebeurd. Zo wordt vermeden dat er nog nutteloze, overbodige onderzoeken worden gedaan.

Mijnheer de minister, is er nu al een precies zicht op het al dan niet aanwezig zijn van een tendens bij de huisartsen om minder antibiotica voor te schrijven? Welke invloed zal dat hebben op het plan om vanaf 1 april 2005 eventueel de index aan de huisartsen toe te kennen? Dat is immers een teer punt. Er is, enerzijds, de vraag naar 20 euro voor raadplegingen en 30 euro voor huisbezoeken. Anderzijds is er de vraag naar de index.

Het indexverhaal heb ik al gedeeltelijk naar voren gebracht. Er is

hôpitaux psychiatriques?

Comment le ministre va-t-il résoudre définitivement le problème des arriérés? Où en est le financement par pathologie? Des mesures importantes vont-elles être prochainement prises? Qui s'en occupe?

Comment le ministre compte-t-il instaurer le principe selon lequel le même prix doit être demandé pour un même traitement? Va-t-on, à terme, évoluer vers un seul budget par hôpital? Le secteur, comme nous-mêmes, est ouvertement favorable à cette solution. Le groupe de travail qui s'occupe du financement des établissements hospitaliers préconise qu'à terme, tout le parcours de soins soit payé en une fois, par l'intégration du prix de la journée d'hospitalisation et des divers honoraires par prestation. Le ministre partage-t-il cette conception? Dans l'affirmative, va-t-il effectivement mettre en oeuvre ce système?

En ce qui concerne l'instauration progressive de prix uniques pour les traitements hospitaliers, il convient de délimiter clairement les responsabilités respectives des gestionnaires et des médecins traitants. A qui peut-on demander de rendre des comptes lorsque le total des montants facturés dépasse le budget fixé?

evenwel een nieuw licht op de zaak gekomen. Aanvankelijk dacht men dat er bij de huisartsen een grote overschrijding van de honoraria zou zijn. Wat blijkt nu? De collega's Bacquelaire en De Block zullen dat uiteraard ook weten: er is geen overschrijding bij de huisartsen. Integendeel, er is zelfs een "onderschrijding". Het zijn precies die huisartsen die minder honoraria hebben uitgegeven dan zij mochten uitgeven, die straks het slachtoffer zullen worden. Zij zullen niet de index krijgen op hun prestaties en zullen moeten wachten tot 1 april 2005 vooraleer er een verbetering komt.

Ik begrijp de nervositeit bij de huisartsen. Als we straks ook willen praten over een goede echelonnering, dan moeten we er toch op letten dat we de goede verstandhouding met de huisartsen behouden, onze afspraken nakomen en de sfeer niet slechter maken.

Mijnheer de minister, wat betreft de echelonnering, u spreekt in uw beleidsnota van een modulering van het remgeld op basis van de keuze van het gepaste zorgtraject.

Hoewel dit een volkomen legitieme doelstelling is, zou ik graag wat verduidelijking krijgen. Wat betekent voor u de invoering van de echelonnering? Men kan dat op twee manieren interpreteren. Ofwel is het een beloningsscenario. Mensen die eerst langs de huisarts gaan vooraleer een specialist op te zoeken, zullen minder remgeld moeten betalen bij de specialist. Ofwel wordt het een bestraffingsscenario waarbij mensen die onmiddellijk een specialist consulteren meer remgeld moeten betalen. In het laatste geval brengt het geld op. In het eerste geval zal het geld kosten. Daarom is mijn vraag over het soort echelonnering dat u voor ogen hebt zo belangrijk.

In het verleden werden duidelijke voorstellen gedaan – er bestaat zelfs een wetsvoorstel terzake - om te komen tot monodisciplinaire huisartsensyndicaten die kunnen deelnemen aan de artsenverkiezingen. Graag verneem ik het standpunt van andere collega's terzake. CD&V zal vragen het wetsvoorstel in de commissie te behandelen. Huisartsen vragen zonder specialisten te kunnen worden erkend als huisartsensyndicaat en op die manier kunnen zij deelnemen aan de artsenverkiezingen. Op websites van VLD-collega's heb ik kunnen vaststellen dat zij dit idee niet ongenegen zijn. Senator Van de Casteele heeft een wetsvoorstel ingediend om huisartsen toe te laten zonder specialisten – dus zonder kartel – te kunnen deelnemen als monodisciplinair huisartsensyndicaat aan de artsenverkiezingen. Mijnheer de minister, graag kreeg ik uw standpunt terzake.

Het derde deel van mijn betoog handelt over de ziekenhuizen. CD&V vindt het belangrijk dat de minister uitdrukkelijk het bestaan van een structurele onderfinanciering heeft erkend en dat hij heeft beloofd zijn beste krachten te zullen inzetten om de onderfinanciering weg te werken.

Naar aanleiding van de bespreking van de voorliggende begroting wil ik terzake een aantal bedenkingen kwijt. Het bedrag van 100 miljoen euro, gespreid over drie jaar, dat voor de wegwerking van de onderfinanciering wordt uitgetrokken, is de wereld niet. Omgezet gaat het over 4 miljard Belgische frank op een totaal budget van 105 miljard Belgische frank. Het is iets maar zeker onvoldoende om de structurele onderfinanciering te kunnen wegwerken. Bovendien zal het

bedrag van 100 miljoen euro gespreid worden over drie jaar. In 2005 zal slechts een derde van dat bedrag naar de ziekenhuizen vloeien, de twee resterende derden volgen in 2006 en 2007. Concreet betekent dit 33 miljoen euro voor 2005. Bovendien wordt aangekondigd dat de maatregel slechts vanaf 1 juli 2005 in voege zal treden.

Wanneer men pas vanaf 1 juli 2005 begint met het wegwerken van de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen, is het geen 33 miljoen meer, maar slechts de helft van 33 miljoen. De som die daarvoor in 2005 ter beschikking zal zijn, is eigenlijk niet eens zo veel. Men werkt nu aan een herberekening van het B1-onderdeel, de verpleegdagprijs in de psychiatrische ziekenhuizen. Alleen al voor dat gedeelte zou men 6 miljoen euro nodig hebben. Wanneer blijkt dat we dit jaar slechts een beetje meer kunnen vrijmaken om de structurele onderfinanciering aan te pakken, dan zou het kunnen dat we in een niet zo snel tempo oplossingen kunnen bieden.

Ik heb enkele bijzondere vragen wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen. Die zitten onder de noemer van de ziekenhuizen, maar zijn veel minder sterk dan de algemene ziekenhuizen, die een veel grotere cashflow en veel meer technische prestaties hebben. De psychiatrische ziekenhuizen maken zich zorgen. De minister belooft voor 2005 met 100 miljoen, gedeeld door 3, en dan nog eens gedeeld door 2 de IBF-regeling te corrigeren. De ziekenhuizen zijn daar tevreden mee. Alleen vrezen de psychiatrische ziekenhuizen dat, wanneer eerst de lat voor alle ziekenhuizen gelijk moet worden gelegd, de beschikbare ruimte reeds opgesoupeerd zal zijn door de algemene ziekenhuizen, zodat er voor hen niet genoeg zal overblijven. Vandaar mijn concrete vraag: hoeveel zal er van de genoemde 100 miljoen euro overblijven voor de psychiatrische ziekenhuizen? Precies in de psychiatrische ziekenhuizen wordt de structurele onderfinanciering veel scherper gevoeld, omdat men bijna uitsluitend afgestemd is op de verpleegdagprijs.

Een volgend punt inzake de ziekenhuizen, is dat de regering voorziet in een eenmalige belangrijke inspanning om de inhaalbedragen versneld uit te betalen. Ik denk dat dat een interessante maatregel is. Ik moet de regering en de minister daarvoor feliciteren. Het inhaalbedrag is extra en wordt niet genomen uit de begroting voor de gezondheidszorg, maar uit de algemene rijksmiddelenbegroting. Het is trouwens minister Vande Lanotte die de maatregel indertijd aankondigde. De maatregel bestaat erin dat een bedrag van 315 miljoen euro wordt vrijgemaakt om de achterstallige inhaalbedragen in één beweging te kunnen vereffenen, zodanig dat de ziekenhuizen niet langer meer kredieten of kaskredieten moeten opnemen ter prefinanciering. Mijnheer de minister, garandeert u dat het bedrag van 315 miljoen euro onverkort zal worden uitbetaald vanaf 1 januari 2005, of volgens welk schema zal dat gebeuren?

Welke ziekenhuizen komen het eerst aan de beurt? Zijn dat bijvoorbeeld de ziekenhuizen met een zwakkere B1?

Geldt de inhaalbeweging dankzij 350 miljoen euro ook voor de psychiatrische ziekenhuizen?

Welke maatregelen zult u nemen om het probleem van de achterstallige bedragen structureel op te lossen? Ik vind het zeer

goed, mijnheer de minister, dat u ervoor ijvert nu 350 miljoen vrij te maken in een keer en de inhaalbedragen sinds 1998 in te lopen, maar als wij het systeem niet zo kunnen maken dat wij in de toekomst niet opnieuw met grote achterstanden komen te zitten, hebben wij eigenlijk maar een eenmalige inhaalbeweging gedaan en dan zullen wij niet kunnen verhinderen dat over bijvoorbeeld drie of vier jaar er opnieuw grote problemen zullen ontstaan.

Collega's, maak u inzake die inhaalbedragen geen illusies. Het zal nog een tijd duren. De inhaalbedragen worden wel vastgesteld, maar men heeft daarna twee jaar tijd om ze uit te betalen. Dus denk niet dat wij dat allemaal zullen kunnen regelen in het komende jaar. Wij zullen opnieuw een stuk van het verleden meeslepen. Als er geen nieuwe, structurele ingrepen komen, zal het een druppel zijn op een hete plaat.

Hoever staat het concreet, mijnheer de minister, met de pathologiefinanciering? Wij spreken daar nu al jaren over, maar in de praktijk blijft het toch beperkt tot een aantal eenvoudige ingrepen en behandelingen. Worden er binnenkort meer stappen gedaan om ook de pathologiefinanciering uit te breiden en beter te laten werken? Wie werkt daar op dit moment aan? Zijn er binnen de administratie mensen mee bezig? Hoeven staan zij ermee?

Ook collega De Block is een groot pleitbezorger voor de pathologiefinanciering. Op die manier kunnen wij, gestandaardiseerd volgens de guidelines, veel beter zien wat er in een ziekenhuis gebeurd is en het budget op voorhand beter inschatten. Het zal wel geen toeval zijn dat collega De Block en ikzelf heel dikwijls op dezelfde golflengte zitten. Dat heeft vooral te maken met het feit dat ook mevrouw De Block al jaren zeer intens het reilen en het zeilen in de sector volgt en daarover ook een uitgesproken mening heeft. In die zin is zij duidelijk de spreekbuis en het boegbeeld, zeg maar, van de VLD inzake die materie. Vandaar dat ik straks met belangstelling zal luisteren naar de opmerkingen van de VLD.

Welke acties zult u, mijnheer de minister, ondernemen om het principe in te voeren "eenzelfde prijs voor eenzelfde behandeling"? Het is al zo lang dat wij daarover spreken. Het is toch onbegrijpelijk dat het nog niet is ingevoerd tot vandaag. Ziet u hierin een aanloop om op termijn te evolueren naar een budget per ziekenhuis, bijvoorbeeld? Ik weet niet of collega De Block daar voorstander van is, wij in elk geval wel. Wij denken dat de ziekenhuisfinanciering niet de optelsom moet zijn van alle akten en honoraria enerzijds, en van de verpleegdagen anderzijds. Wij vinden dat een ziekenhuisfinanciering een case mix moet zijn, een totale som van alles wat in het ziekenhuis gebeurt. Wij vinden dat tegen gestandaardiseerde prijzen gestandaardiseerde behandelingen betaald moeten worden en dat men eigenlijk aan de hand van de historische betalingen aan een ziekenhuis geënt op de behoeften in die regio, perfect zou moeten kunnen weten welk macrobudget zo'n ziekenhuis nodig heeft om in zijn regio normaal te kunnen functioneren.

Dan zou een ziekenhuis het voordeel hebben op voorhand te weten hoeveel zij ter beschikking hebben. Dit zou de druk op die ziekenhuis misschien ook verminderen en dat zou misschien vermijden dat we in toestanden zoals in het Dodoens-ziekenhuis zouden terechtkomen.

Men krijgt vaak de indruk dat als men maar aan de molen draait de inkomsten dan wel zullen volgen. We moeten daarvan af. Het moet in te schatten zijn op voorhand wat een ziekenhuis kost en men moet daar dan een bepaald budget voor uittrekken.

De werkgroep ziekenhuisfinanciering wil op termijn trouwens naar een systeem waarbij niet langer de afzonderlijke, medische akten worden betaald maar het hele zorgtraject. Er zou een integratie moeten komen van enerzijds de verpleegdagprijs en anderzijds de diverse honorario. Ik denk dat de mensen van de sp.a deze evolutie delen, collega Jiroflée. Ik zou het kunnen hebben over uw minister maar dat is misschien wat vrijpostig want de heer Vandenbroucke is ondertussen Vlaams minister. Ik heb trouwens ooit nog voorspeld dat hij het federale niveau zou verlaten en toen schoot iedereen in een lach. Achteraf is gebleken dat dit juist was.

Toen hij het departement Sociale Zaken en Volksgezondheid beheerde, heeft hij zeer belangrijke ingrepen gedaan op het vlak van de ziekenhuizen. Hij is gestart met de pathologiefinanciering. Hij heeft een totaal nieuwe financiering voor de ziekenhuizen op poten gezet. Toen die wet op de hervorming van de ziekenhuisfinanciering destijds werd goedgekeurd, hebben wij als CD&V-fractie ook zeer veel dingen goedgekeurd omdat wij het een verbetering vonden. Wij moeten nu echter verder kunnen gaan en het verhaal afmaken. Het streefdoel is te komen tot een budgetfinanciering van ziekenhuizen op basis van de kritische massa aan behandelingen. Op die manier moeten we kunnen inschatten wat de kostprijs zal bedragen.

De werkgroep ziekenhuisfinanciering pleit voor een eerlijke betaling en voor een verantwoorde behandeling aan de hand van één geïntegreerd budget in plaats van de huidige tweeledige financiering. Mijn vraag is bijna overbodig maar toch stel ik ze. Steunt de minister deze visie? Zal de minister een actieplan opstellen om dit nieuwe concept ook effectief te implementeren?

Naast de geleidelijke invoering van standaard eenheidsprijzen voor behandelingen in ziekenhuizen zou er tegelijkertijd ook een duidelijke regeling moeten komen inzake de verantwoordelijkheden van de beheerder en de behandelende arts. Als men in de ziekenhuizen meer met budgetten gaat werken, zal men daar ook tot een verdeling moeten komen en zich moeten afvragen welk stuk voor dokters en welk stuk voor het ziekenhuis is. Wanneer dan blijkt dat men met dat budget niet toekomt, zal men ook moeten weten wie daarvoor moet opdraaien. Het gebeurt nu dikwijls dat door de fameuze artikelen 139 en 140 uit de ziekenhuiswet, de ziekenhuisbeheerders bij tekorten de honoraria van de dokters bekijken en hen vragen een groter stuk van de kosten op zich te nemen. Naarmate men komt tot meer budgetfinanciering in de ziekenhuizen zullen nog duidelijker afspraken moeten worden gemaakt over wie welke kosten voor zijn rekening moet nemen indien bijvoorbeeld het budget wordt overschreden.

Wat bedoelt de minister met een moratorium op de afhoudingen op de honoraria?

01.08 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur Goutry, vous demandez qui devra couvrir le coût en cas de dépassement. Considérez-vous que ce sont les médecins qui devront couvrir les dépassements? C'est bien de poser la question, mais quelle est votre idée à ce sujet?

01.08 Daniel Bacquelaine (MR): Stelt u voor dat de geneesheren de overschrijding bijpassen?

En avez-vous une?

01.09 Luc Goutry (CD&V): Ik zeg dat er een zodanige regeling zal moeten komen zodat men op voorhand, als men meer naar een budgetfinanciering overgaat, duidelijk regelt en vastlegt wie zal tussenkomen bij overschrijdingen van dat budget. Mijn idee is dat men daarover op voorhand duidelijk afspraken moet maken. Dat wordt een hele techniek van wetgeving. Er worden nu contracten opgemaakt tussen dokters en ziekenhuisbeheerders. Als wij in de context van die budgetfinanciering komen, dan zal dit verder moeten gebeuren. Dat is mijn idee. Ik waarschuw voor het feit dat wij achteraf problemen zouden kunnen krijgen als wij het niet doen.

Collega Bacquelaine, er is nu een moratorium ingevoerd op hetgeen afgehouden wordt op de honoraria. Dat is ook een beetje in afwachting van een nieuwe regeling. Mijnheer de minister, mijn vraag is waarom u eigenlijk deze maatregel genomen hebt. Dat is mij nog steeds niet helemaal duidelijk. Zal de maatregel ook concreet uitgevoerd worden? Bent u akkoord dat er nu reeds een soort van moratorium bestaat in ziekenhuizen doordat er voor hetgeen afgehouden wordt nu reeds een akkoord bestaat met de medische raad?

Ik doe een beroep op de collega's die in de praktijk meer ervaring hebben dan ik. Men zegt mij dat er nu in de meeste ziekenhuizen een duidelijk contract bestaat tussen de medische raad en de ziekenhuisbeheerder om vast te leggen welke kosten er kunnen verrekend worden op het conto van de ene en welke op het conto van de andere.

Collega De Block, toen wij de nieuwe ziekenhuisfinanciering hebben ingevoerd, destijds bij minister Vandenbroucke, hebben wij trouwens gediscussieerd of een wet een contract kon overstijgen. U herinnert zich dat nog wel. Mijnheer de minister, daarom versta ik niet goed wat u bedoelt met een moratorium op hetgeen afgehouden wordt op de honoraria vermits dat vandaag in bijna elk ziekenhuis contractueel vastgelegd, bepaald en geregeld is. Een moratorium zal terzake dus niet veel veranderen aan de kwestie.

Mijnheer de minister, vreest u niet dat u met dat moratorium in feite een beetje inbreekt op die contracten, op die akkoorden die er nu bestaan tussen de beheerders en de medische raden? Bovendien, zou het kunnen dat beheerders het toch wel kwetsend aanvoelen dat u nu plots met een koninklijk besluit een moratorium uitvaardigt doorheen de contracten die zij hebben afgesloten waardoor er dus voorlopig niets terzake kan veranderen.

Collega's, vindt u het normaal dat zo'n moratorium zomaar bij koninklijk besluit verder zal kunnen verlengd en beslist worden? Dat is een vraag die ik u graag wil voorleggen.

De bijsturing van het ziekenhuisaanbod staat op pagina 18 van de beleidsnota. Mijnheer de minister, u spreekt hier over zorgregio's en over de versterking van de programmatie. Collega's, wat dat betreft wil ik duidelijk zijn. Als fractie hebben wij grote vragen bij wat de minister "les bassins de soins" noemt, de zogenaamde zorgregio's. In de toekomst zou het ziekenhuisaanbod ingedeeld worden in zorgregio's. Wij vragen ons af wie er zal bepalen hoe die zorgregio's

01.09 Luc Goutry (CD&V): J'ai seulement dit qu'il est indispensable d'établir préalablement qui devra financer les dépassements budgétaires, afin d'éviter tout malentendu à ce sujet.

Pourquoi le ministre a-t-il instauré un moratoire sur les retenues sur les honoraires? N'existe-t-il pas à l'heure actuelle un moratoire de fait, toutes les retenues étant soumises à l'assentiment du Conseil médical de l'hôpital? Dans presque tous les hôpitaux, une telle procédure est prévue contractuellement. Le ministre entend-il s'ingérer dans des contrats valables en droit? A-t-il l'intention de régler cette question par arrêté royal, sans consulter les intéressés?

En ce qui concerne l'adaptation de l'offre en matière d'hôpitaux, je m'interroge sur les régions de soins, un concept qu'utilise également la Communauté flamande. Les régions de soins aux différents niveaux sont-elles harmonisées?

er zullen uitzien. Wij hebben nu in Vlaanderen, binnen de Gemeenschappen, zorgregio's. Minister Vogels heeft dat nog ingevoerd. Is dat compatibel? Zullen dat dezelfde zorgregio's zijn?

Het zou immers kunnen dat men zorgregio's op de eerste lijn krijgt, ingevoerd door de Gemeenschappen, terwijl er ook zorgregio's zullen komen vanuit het federale niveau. Stelt u zich dat bijvoorbeeld voor op het vlak van de geestelijke gezondheidszorgen. De vraag is hoe men als partners binnen die regio's zal samenwerken. Zullen dat dezelfde regio's zijn zoals bijvoorbeeld in Wallonië? Hoe werkt dat op mekaar in? Mijnheer de minister, wat die zorgregio's betreft, vragen wij ons trouwens ook af of daarover al overleg werd gepleegd met de Vlaamse Gemeenschap. In hoeverre werkt dat concept al in Vlaanderen? Hebt u zich daarover geïnformeerd? Werd er al overleg gepleegd en zijn de beide systemen compatibel?

Wij vragen ons ook af wat het nut van een programmatie in een ziekenhuis is ...

De **voorzitter**: Mijnheer Goutry, ik wil u niet opjagen, maar u bent al een goede veertig minuten aan het woord. Het is wel een interessant onderwerp.

01.10 Luc Goutry (CD&V): (...)

De **voorzitter**: Ik ken het probleem. Dat bewijst ook dat men dit goed had moeten opvolgen in de commissie. Dat had wat tijd bespaard in deze openbare vergadering. U mag daarvan echter geen misbruik maken.

01.11 Luc Goutry (CD&V): Wat is in het ziekenhuisconcept het nut van een programmatie van geïntegreerde zorgprogramma's op basis van een pathologiefinanciering? Wat is trouwens het nut van een programmatie die niet wordt doorgetrokken in een consequent erkennings- en handavingsbeleid van de Gemeenschappen?

Mijnheer de minister, ik verneem dat in uw nieuw aangekondigde gezondheidswet die morgen op de Ministerraad komt, ook een bepaling zou zijn opgenomen over het kunnen bestraffen van wie bijvoorbeeld te veel technische apparatuur in een ziekenhuis heeft. Ik verwijs concreet naar de situatie in verband met de PET-scanners. Er zijn er vijftien in Wallonië en vier in Vlaanderen. Blijkbaar treedt men vanuit de Waalse Gemeenschap niet op om erkenningen in te trekken. Ik verneem dat de minister in zijn nieuwe gezondheidswet een nieuw artikel laat opnemen waardoor hij opnieuw die bevoegdheid naar zich toetrekt. Dat zou zeer verstandig zijn. Het federale niveau kan er dan voor zorgen dat er een gelijke verdeling is van de scanners en moet niet meer zoals vandaag zien hoe de verhouding totaal is scheefgetrokken.

Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik kom tot het vierde hoofdstuk met betrekking tot de geneesmiddelen. Ik probeer iets sneller te gaan omdat de voorzitter mij er terecht op wijst dat er na mij nog heel wat sprekers volgen. Mijnheer de minister, blijft u voorstander van de prijsvolumecontracten die in 2000 werden gelanceerd door uw voorganger, minister Vandenbroucke? Welke concrete maatregelen plant u om dit principe in 2005 te bevorderen? Wij pleiten voor een rationeler gebruik van de megavervakkingen van voorschrijfplichtige geneesmiddelen en voor zeer gedoseerd en nauwkeurig gebruik. Ik denk hierbij aan de antibiotica. Wij vragen ons

01.11 Luc Goutry (CD&V): Il me revient également que la nouvelle loi sur les soins de santé, dont il sera question demain au conseil des ministres, comprend des sanctions à l'encontre de ceux qui possèdent trop d'équipements techniques. L'exemple des scanners 'PET' est connu: la Wallonie en compte quinze, la Flandre seulement quatre.

J'en viens à présent au chapitre des médicaments. Le ministre est-il toujours partisan des contrats prix-volume? Quelles mesures prévoit-il en 2005 pour favoriser ce principe?

Nous plaçons pour une utilisation plus rationnelle des grands conditionnements. Certains médicaments psychotropes sont ainsi conditionnés dans des boîtes de plus en plus volumineuses. Le risque d'une utilisation mauvaise et d'un contrôle médical insuffisant n'est-il pas accru?

Dans la consommation totale de

echter af of dit in overeenstemming is met de tendens naar grotere verpakkingen. Overweegt u de wetgeving inzake maximale dosissen aan te passen? Vindt u het gevaarlijk dat vooral bepaalde psychofarmaca in steeds grotere dosissen worden aangeboden?

Ik geef het voorbeeld van Citalopram. Dat is een antidepressivum van 20 mg, verpakt per achtennegentig tabletten. A rato van een per dag betekent dit dat de patiënt daarmee eenderde van een jaar toekomt, strikt genomen zonder consultatie. Bestaat er een toenemend gevaar dat er op die manier ook nevenwerkingen en contra-indicaties ontsnappen aan het professioneel toezicht?

Collega's, de generische geneesmiddelen vormen altijd een belangrijk hoofdstuk in de geneesmiddelenkwestie. Welk aandeel vertegenwoordigen de generica momenteel in ons totaal geneesmiddelengebruik, mijnheer de minister? Hebt u terzake een concreet streefdoel? In Nederland bereikte men reeds 45%.

Wanneer zult u concreet starten met het nieuwe referentieprijssysteem naar Duits model, waarbij de referentieprijz geldt voor alle galenische vormen van een molecule?

Wat gebeurt er tegenwoordig – de artsen onder ons, mevrouw De Block op kop, zullen dat zeker weten – met een bepaald product waarvan het brevet afloopt en dat bijvoorbeeld in comprimés op de markt gebracht wordt? Welnu, dan zal degene die zijn patent ziet eindigen net voor de afloop van het octrooi zijn product omzetten in bijvoorbeeld siroop. Het feit dat het siroop is, met dezelfde werkzame moleculen, betekent dat het niet meer in een generiek ondergebracht kan worden. Als het product in comprimévorm blijft, dan kan dat wel. Zo zien we hoe bedrijven voortdurend proberen te ontsnappen aan het feit dat hun product einde octrooi is en aan het feit dat het eigenlijk gekopieerd zou kunnen worden onder de vorm van generieken. Zij ontsnappen daar voortdurend aan door snel van galenische vorm te veranderen.

Mijnheer de minister, wanneer zult u starten met het model van die referentieprijzen? Welke stappen zult u daarvoor zetten?

Welke acties hebt u intussen ondernomen om ervoor te zorgen dat de aanvaarde generische producten steeds meer effectief beschikbaar zijn? Het is natuurlijk erg dat de patiënt gestraft wordt wanneer de arts een bepaalde generisch product voorschrijft dat er niet is, want dan moet hij een merkproduct kopen. Het merkproduct zal hoe dan ook al duurder zijn dan het generisch product dat 30% goedkoper moet zijn. Het is de patiënt die opdraait voor de kosten.

De versterking van de overheidsdienst met voldoende wetenschappelijke knowhow met het oog op meer onafhankelijke en objectieve informatie over geneesmiddelen en hun toepassingen is hoogst noodzakelijk. Willen wij binnen het geneesmiddelenbeleid de komende jaren belangrijke zaken doen, dan zullen wij verplicht zijn om te beschikken over een sterk expertisecentrum met onafhankelijke, objectieve wetenschappers die expert zijn in hun domein en die in staat zijn om zowel therapeutisch als wetenschappelijk mee te gaan op de markt, de markt mee te bepalen en samen met de aanbieders na te gaan wat het beste aanbod is en of het therapeutisch verantwoord is, wat de gezondheidswinst is en

médicaments, quelle est aujourd'hui la part des médicaments génériques? Le ministre vise-t-il un objectif précis? Quand le nouveau système de référencement, dans le cadre duquel le prix de référence est appliqué à toutes les formes galéniques de la molécule, va-t-il être instauré? Comment le ministre fera-t-il pour que les médicaments génériques soient également toujours disponibles?

Le gouvernement doit disposer de l'expertise requise pour recueillir des informations indépendantes et objectives sur les médicaments, mais aussi pour guider le marché en déterminant l'avantage-santé des médicaments et en vérifiant si leur prix correspond à cet avantage. Combien d'agents sont-ils chargés de ces tâches à l'heure actuelle? Ne faudrait-il pas mettre sur pied à cet effet un service distinct et spécifique, en plus du Centre d'expertise? Quels moyens le ministre a-t-il prévus au budget pour développer cette activité? Les subsides accordés à des organisations indépendantes comme l'ASBL Farmaka ont-ils été augmentés?

La promotion des médicaments engloutit trop d'argent. Qui vérifie si les règles sont respectées? Le ministre est-il disposé à accroître le risque d'être confondu? Reprendra-t-il la proposition de l'ex-ministre Alvoet de limiter le nombre de visites médicales à deux par an?

Le ministre soutient-il pleinement le projet d'encouragement de la prescription sur la base des molécules? Que fera-t-il pour la favoriser? Y a-t-il eu concertation avec l'industrie pharmaceutique? Quelle est la position de l'industrie? Les médecins sont en tous cas très sceptiques. Quel est le point de vue des pharmaciens? La prescription sur la base des molécules n'est-elle pas automatiquement liée au droit des

dientengevolge ook de prijs die daarvoor gevraagd kan worden. Hoeveel ambtenaren werken tegenwoordig aan die opdracht en hoe zijn zij gestructureerd? Meent u dat er daarvoor naast het kenniscentrum, een aparte en specifieke dienst moet worden georganiseerd? In hoeveel middelen voorziet u in 2005 om die werking beter en doelmatiger uit te bouwen? Hoeveel subsidies gaan er momenteel naar de VZW Farmaka? Zult u die subsidies uitbreiden?

Mevrouw De Block, collega Avontroodt bond daartegen een beetje de strijd aan. Zij had twijfels over die subsidies voor Farmaka. Ikzelf heb daar geen twijfels over. Ik meen dat we meer moeten investeren in onafhankelijke, objectieve, wetenschappelijke informatie van overheidszijde zodat we niet meer voortdurend zijn aangewezen op de informatie die door de firma's wordt verspreid.

Er gaat te veel geld naar de promotie van geneesmiddelen, mijnheer de minister. Wij hebben dat ook gezien bij de behandeling van het wetsontwerp. De vraag is wie momenteel in de praktijk en in de realiteit toezicht houdt op de strikte naleving van de regels inzake promotie van geneesmiddelen. Is de minister er voorstander van om de pakkans te vergroten om de wet ook daadwerkelijk te doen toepassen? Zal de minister verder inspelen op een voorstel van voormalig minister Aelvoet om, bijvoorbeeld, het aantal bezoeken per artsenbezoeker te beperken tot twee per jaar en per dokter.

Staat de minister 100% achter zijn optie om het voorschrift op stofnaam aan te wakkeren? Welke stappen zal de minister ondernemen om dit te bevorderen? Werd terzake al overleg gepleegd met de farmaceutische industrie? Hoe staan zij daar tegenover? De artsen staan in elk geval heel sceptisch tegenover het voorschrijven op stofnaam. Zij zijn uiteindelijk de voorschrijvers, dus het zal van hen moeten komen. Wat zult u dan ondernemen om ook de artsen mee op uw kar te krijgen, mijnheer de minister, in die mate dat ze ook het nut inzien om te gaan voorschrijven op stofnaam?

Een andere vraag is of het voorschrijven op stofnaam automatisch moet worden gekoppeld aan het substitutierecht voor apothekers. Ik meen dat dit toch een probleem zal zijn, collega. Als dokters voortaan alsmäär meer op stofnaam beginnen voor te schrijven, is het de apotheker die aflevert. Hij levert in principe het goedkoopste middel, maar hij zou eigenlijk ook aan een vorm van substitutie moeten kunnen doen. Hij kan het voorschrift niet meer letterlijk uitvoeren, dus zal hij zelf moeten oordelen vanuit zijn kennis en opleiding wat voor de mensen het beste is.

Ik meen trouwens, mevrouw De Block, dat dit ook past in de strategie van de herwaardering van het beroep van apotheker. Ik denk dat die mensen ook vragende partij zijn om in samenspraak met dokters mee te kunnen bepalen wat het beste geneesmiddel is voor hun patiënt, tenzij u daar anders tegenover staat en vindt dat een apotheker in zijn winkel moet blijven en zich van de behandeling niets hoeft aan te trekken.

Hoe kan ik het vergeten om mij te wenden tot collega Detiège en u uit te nodigen daarover straks ook uw standpunt naar voren te brengen? Ik meen toch dat hier een piste ligt om het apothekersberoep te waarderen, naast andere stappen die de komende tijd zullen worden

pharmaciens de présenter des produits de substitution?

Le ministre souhaite une plus grande transparence dans les prix pratiqués par les maisons de repos et de soins, ce qui est important, mais le sous-financement structurel des MRS l'est encore plus. Quel montant est inscrit au budget 2005 pour la réalisation d'agréments MRS supplémentaires? Un nouveau plan pluriannuel sera-t-il arrêté? Les maisons de repos demandent avant tout un budget suffisant plutôt que des emplois supplémentaires. Où en est l'intégration des kinésithérapeutes dans les maisons de repos?

Combien de temps faudra-t-il attendre l'élaboration d'un programme de soins gériatriques intégrés et la création d'hôpitaux gériatriques de jour? Les hôpitaux accueillent actuellement encore toujours trop de personnes âgées qui seraient beaucoup mieux soignées dans un service spécial de gériatrie.

Il y a cinq ans, le secteur des soins de santé mentale a développé un nouveau concept qui n'a encore débouché sur rien. Le ministre parle cependant de nouveaux projets pilotes. Quel est le budget prévu par le ministre pour l'année 2005 pour le Fonds de Rénovation des Soins qui devra permettre de mettre en pratique le concept présenté? Où en êtes-vous en ce qui concerne le volet B1 relatif à la revalorisation du prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques? Je crains que des moyens supplémentaires soient nécessaires. Quelle est la marge budgétaire pour un nouvel accord social?

Les maisons de soins psychiatriques demandent un élargissement de l'encadrement. Les habitations protégées exigent un accroissement des coûts de fonctionnement. Sera-t-il répondu

genomen. Er is immers een werkgroep opgericht met betrekking tot het herwaarderen van apothekers, waarbij men ook meer forfaitair zou betalen aan apothekers en men de steeds groter wordende stockproblemen zou aanpakken.

Ik stel u dus de volgende vraag. Denkt u dat het mogelijk is dat de artsen op stofnaam gaan voorschrijven als de apotheker niet een soort substitutierecht heeft waardoor hij kan zien, volgens de werkzame molecule, welk product op dat ogenblik het meest is aangewezen om aan de patiënt toe te dienen? Wat is terzake het standpunt van de minister?

Het vijfde hoofdstuk gaat over de ouderenzorg, de rust- en verzorgingstehuizen. Ik probeer het tempo erin te houden, mijnheer de voorzitter.

De minister kondigt over dit thema in zijn beleidsbrief een initiatief aan voor grotere transparantie van de bewonersprijzen in rusthuizen. Dit is inderdaad belangrijk, mijnheer de minister, maar het lijkt me toch veeleer marginaal in het licht van de belangrijke structurele onderfinanciering van de rust- en verzorgingstehuizen.

Mijnheer de minister, in welk bedrag voorziet u in de begroting 2005 om bijkomende RVT-erkenningen te realiseren? Collega Bacquelaine, in 1997 hebben wij een inhaalbeweging gestart die tot 2002 heeft gelopen. Dat heeft vele rusthuizen zeer veel voordelen bezorgd. Men heeft in die zin het budget van vele rusthuizen kunnen verbeteren, maar het is daarna weer stilgevallen.

Zal de minister de komende jaren opnieuw een meerjarenplan in het leven roepen waardoor er extra middelen naar de rusthuizen kunnen vloeien via het erkennen van extra bedden in het RVT-stelsel?

In het kader van een tewerkstellingsmaatregel spreekt men ook over bijkomende jobs die zouden gecreëerd worden in de RVT's. Ik hoor echter de directeurs van de rusthuizen zeggen dat ze niet noodzakelijk extra jobs willen, maar gewoon een beter budget voor de rusthuizen. Ze zouden dan zelf, in lijn met de zorgpolitiek die ze willen voeren, de mensen engageren die ze nodig hebben. Hoe staat de minister tegenover dit standpunt?

Hoe staat het met de integratie van de functie van kinesist in het gewone rusthuis? Daarover worden langs weerskanten vragen gesteld. Enerzijds, zijn er heel wat zelfstandige kinesisten die vrezen dat ze daardoor een stuk van hun boterham zullen verliezen. Anderzijds, is er toch ook veel te zeggen voor de kinesitherapie als volwaardige discipline binnen een rusthuis, in het kader van allerlei revalidatieprogramma's. Misschien is het beter dat de kinesitherapie een vaste functie wordt naast de verpleegkundigen, de animatie en de palliatieve zorg in plaats van de kinesisten heen en weer te laten pendelen naar het rusthuis.

De zorgprogramma's voor geïntegreerde geriatrische zorg en de geriatrische dagziekenhuizen zijn zeer nuttige ideeën die uiteraard een dringende uitwerking vereisen. De minister spreekt erover in zijn beleidsnota; wat houdt ons tegen om het te doen? In welke financiële middelen voorziet u om zo'n concept aan te wakkeren? Ik ben er echt van overtuigd dat het voor ouderen zeer belangrijk is. Vandaag

favorablement à cette demande? Le ministre va-t-il mieux développer les fonctions sociale et psychologique en psychiatrie en 2005? Le ministre va-t-il tenir compte des problèmes spécifiques en matière de sous-financement des hôpitaux psychiatriques?

Petit à petit se produit un phénomène d'allongement des listes d'attente dans les MSP. Une étude des besoins à ce sujet est-elle prévue?

Le ministre va-t-il améliorer ou adapter les données psychiatriques minimales? Y aura-t-il un meilleur financement et un plan pluriannuel en matière de psychiatrie juvénile?

Qu'en est-il de la collaboration entre la Justice et les Communautés sur le plan de l'internement? La Belgique n'occupe guère une position enviable à cet égard. La ministre Onkelinx se dit favorable à la création en Flandre d'une "méga institution" pouvant accueillir 400 personnes. Les experts rejettent cette formule, en ce sens qu'elle stigmatise l'institution, ce qui rend plus difficile la réintégration dans la société.

komen nog te veel oudere mensen in een ziekenhuis terecht om vervolgens van afdeling naar afdeling gestuurd te worden. Binnen de context van die gespecialiseerde afdelingen moeten ze dan telkens een rij onderzoeken ondergaan, hoewel men - ook de minister opteert ervoor - een geïntegreerde geriatrische functie zou moeten hebben, zoals de pediatrie. Als mensen in een ziekenhuis terechtkomen met een poly-aandoening kan men hen dan binnen de geriatrie, maar verbonden met de andere specialismen, voornamelijk bekijken vanuit de optiek dat het oudere mensen zijn. Men moet ze bekijken als oudere mensen met aandoeningen, anders bestaat het risico dat men veel te ver gaat inzake technische onderzoeken.

Ik las recent het geval van een ouder persoon van 85 jaar met een nog vrij goede oriëntatie, die nog zelfstandig kon leven en die voor een bepaalde aandoening in een ziekenhuis werd binnengebracht. Na vijf dagen was de persoon totaal gedesoriënteerd en vervreemd door de ziekenhuissituatie. Hij begreep de situatie niet en was slechter af dan voordien. Bovendien onderging hij een hele resem onderzoeken die achteraf niet nuttig bleken om het geriatrisch probleem te kunnen benaderen. Ik vraag me af hoe mensen met kennis in dit halfroond, zoals collega De Block, dit probleem bekijken.

Het volgende hoofdstuk gaat over de geestelijke gezondheidszorg. Op pagina 6 van de beleidsnota van de minister lees ik: "Het is de bedoeling om proefprojecten op te zetten voor netwerken en voor circuits in de geestelijke gezondheidszorg". De sector heeft reeds meer dan 5 jaar geleden dat nieuw concept ontworpen, mijnheer de minister, en dat is gegoten in het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Er is echter, naast een aantal experimenten, nog weinig of niets mee gebeurd. Mijnheer de minister, hoeveel geld zal u in 2005 besteden aan de praktische uitwerking van het concept inzake geestelijke gezondheidszorg?

Ik vind het interessant dat wij de begroting diepgaand kunnen bespreken met collega's die niet tot onze commissie behoren en dat zij met interesse blijven luisteren. Dat kan het debat in de toekomst alleen maar verruimen en verbeteren. In die zin moet ik alleszins de heer De Padt bedanken. Hij is een van de weinigen die actief naar mij luistert. Ik zie dat mijn woorden tot hem doordringen.

Mijnheer de minister, u spreekt over proefprojecten inzake het zorgvernieuwingfonds. Denkt u dat u de sector hiermee zult kunnen charmeren na de ervaring van de proefprojecten inzake activering? Ik verneem wel dat u een inspanning zult leveren om de activeringsprojecten in de psychiatrische sector te behouden en in een volgende fase met de gemeenschappen de uitwerking ervan te bekijken.

Het meest dringende is echter dat wij in de psychiatrie eindelijk kunnen starten met de concrete uitwerking van de zorgcircuits, waarvan het theoretische concept al zo lang geleden is ontworpen, maar waarvoor er vandaag nog altijd te weinig middelen zijn.

Hoever staat het met de opwaardering van de verpleegdagprijs, het onderdeel B1 voor de psychiatrische ziekenhuizen? Ik vraag daarvoor natuurlijk de steun van mevrouw Lahaye-Battheu, die vorig jaar samen met mij door de directies van een aantal West-Vlaamse ziekenhuizen werd geconvoceerd. Collega's, wij hebben daar een

beklijvende uitleg gekregen over de onderwaardering van de B1 in de verpleegdagprijs. Zij was evenzo overtuigd als ik. Zij heeft trouwens consequent vragen daarover gesteld in het Parlement. Zij was er ook van overtuigd dat, als wij niet ingrijpen, het zal leiden tot een structurele onderfinanciering, waardoor er voortdurend tekorten zijn in de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen. Daardoor creëren wij een tijdbom inzake de financiering. De minister heeft als antwoord op onze beider vragen aangekondigd dat hij een studie zou laten uitvoeren over het onderdeel B1.

Ik verneem dat die studie inmiddels nog niet werd afgerond. Dat is jammer want we hebben dringend de resultaten ervan nodig om de ziekenhuizen met een zwakke B1 te situeren en dus na te gaan waar er dus dringend moet worden ingegrepen teneinde te vermijden dat daar ongelukken zouden gebeuren.

Ik ben ervan overtuigd, mijnheer de minister, dat als u, naast uw budget van 100 miljoen om de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen in het algemeen aan te pakken en naast de 350 miljoen euro voor een eenmalige inhaalbeweging op de laattijdige inhaalprijzen, niet zorgt voor additionele middelen voor die B1 in de psychiatrie, het geplande bedrag van 100 miljoen ontoereikend zal zijn om de B1 in de psychiatrische ziekenhuizen te verbeteren. Vandaar, collega's, wordt het beslissen over dergelijke budgetten meer dan ooit ook een keuzedebat. Men kan nooit twee dingen tegelijk doen met hetzelfde geld. Men moet dus kiezen. We moeten ervoor zorgen dat onze psychiatrische ziekenhuizen goed kunnen blijven functioneren want er zijn steeds meer behoeften en vragen naar geestelijke gezondheidszorg. Als we dat willen, zullen we uiteraard op andere domeinen nauwkeurig moeten optreden.

Mijnheer de minister, u kent ook de problemen in de psychiatrie, bijvoorbeeld in Beernem en Gent. Ik hoop dat dit probleem zal worden aangepakt in samenwerking met uw kabinet, teneinde nog grotere problemen te vermijden.

Een volgende vraag omtrent psychiatrie of geestelijke gezondheidszorg is of u in de gegeven omstandigheden tot een zinvol overleg zult kunnen komen voor een nieuw sociaal akkoord. Wat is de budgettaire marge hiervoor? Gaat u ermee akkoord dat er in dit kader geen bijkomend engagement van de geestelijke gezondheidszorg gevraagd kan worden zonder de garantie dat de overheid voor de nodige middelen zorgt?

Ik kom tot de volgende vraag. De overeenkomstencommissies voor de psychiatrische verzorgingstehuizen, de zogenaamde PVT's, en beschut wonen vragen voor 2005 een additionele financiering van enerzijds de werkingskosten in beschut wonen en anderzijds de uitbreiding van de PVT-omkadering met 0,25 sociale werkers per 30 bewoners. Zullen deze dringende vragen gehonoreerd kunnen worden? In dat verband herinner ik u aan de vraag die ik u in de zomer stelde, ter versterking van de sociale functie in de psychiatrie. U hebt toen geantwoord dat er besprekingen aan de gang waren om in meer sociale werkers te voorzien in de geestelijke gezondheidszorg, met name ook binnen de PVT's. Komen deze sociale werkers er in 2005? Zo ja, in welke tijdspanne?

Bent u bereid om rekening te houden met de specifieke problemen

inzake de onderfinanciering van de psychiatrische ziekenhuizen? Zoals ik al uitlegde, er is daar een veel kleinere korf aan technische prestaties. Dat snijdt diep in het vel en ook op dat vlak is er een toenemende structurele onderfinanciering.

Collega's, er doet zich stilaan een fenomeen voor van groeiende wachtlijsten in de psychiatrische verzorgingscentra. De programmatie voor de PVT is trouwens uitgeput. Ook via de reconversie zijn er terzake geen mogelijkheden meer, daarom wil ik u vragen of u bereid bent om een behoefteonderzoek te doen en op basis daarvan desgevallend de programmatie aan te passen.

De registratie van de minimale klinische gegevens verloopt moeilijk. Deze registratie zorgt voor een grote bijkomende werkbelasting en is ook niet specifiek aangepast aan de diverse zorgvormen. Ik geef een voorbeeld. In de psychiatrie is het invullen van zo'n registratieformulier geen sinecure. Ik ben zelf in een psychiatrisch ziekenhuis geweest en wij hebben daar geprobeerd om zo'n registratieformulier in te vullen bij de intake van een patiënt. Onderschat het niet. Wij voeren dat allemaal in en wij denken dat het allemaal goed loopt, maar in de praktijk geeft het soms aanleiding tot grote moeilijkheden.

Collega De Block, ik weet niet of u al gehoord hebt – ik in elk geval wel – van de steeds langere wachtlijsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit werd trouwens recent bevestigd door een Europese studie. Voorziet de minister in een meerjarenplan voor een betere financiering van de sector jeugd- en kinderspsychiatrie, zodat het aanbod kan worden aangepast aan de vraag? In veel gevallen worden de sterk agressieve en moeilijke gedragsgestoorde patiënten nog steeds als experimenten behandeld, met financiële onzekerheid voor de organisatoren tot gevolg. Mijnheer de minister, in hoeverre kan er de binnen psychiatrische ziekenhuizen voor deze moeilijke categorie een structurele financiering uitgewerkt worden die de experimentele financiering vervangt?

Ik kom tot mijn laatste vraag over de geestelijke gezondheidszorg. Wat is de stand van zaken in de verbetering op het vlak van de internering? Ook dat is een heikel probleem. Er werd een eerste stap gezet met het overhevelen van het budget van Justitie, maar u weet dat men in het OESO-rapport sprak over onder meer de manier waarop mensen in therapie kunnen gaan tijdens hun internering. Wij hebben vastgesteld dat ons land op dat vlak heel slecht scoort. Justitie zal daaraan wel iets kunnen doen, maar ik meen dat Volksgezondheid mee op de kar zal moeten springen. Het wordt ongetwijfeld een interministeriële aangelegenheid, mijnheer de minister, als wij verbeteringen willen brengen voor de geïnterneerden.

Uw collega Onkelinx kondigt aan dat de beste oplossing zou zijn dat er in Vlaanderen een soort mega-instelling komt met 400 bedden voor geïnterneerden. De kenners op het terrein zeggen mij – ik leg het hen voor en luister naar hen – dat dit een zeer moeilijke formule zal worden, omdat men dreigt een sterke stigmatisering te krijgen van de instelling. Als men in zo'n instelling terechtkomt en achteraf tot resocialisatie moet komen, dan zal dit veel moeilijker zijn dan wanneer men in een gewoon psychiatrisch ziekenhuis op een aparte afdeling hulp zou krijgen voor een interneringsprobleem.

Mijnheer de voorzitter, ik ben al een goed stuk gevorderd in mijn

betoog. Krijg ik nog even de tijd om af te ronden?

De **voorzitter**: Ik wil u alles geven wat ik kan geven, maar dan neemt u het natuurlijk van anderen af.

01.12 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik heb een gewetensprobleem.

De **voorzitter**: Hebt u hier al onbelangrijke aangelegenheden horen bespreken, mijnheer De Crem. Hier is alles belangrijk.

01.13 Pieter De Crem (CD&V): (...)

De **voorzitter**: Dank u wel.

01.14 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, je voudrais intervenir sur une question de procédure. Lorsque je suis intervenu ce matin, vous étiez malheureusement remplacé. M. Delizée, qui occupait votre fauteuil, a confirmé que nous pourrions, pour les matières de M. Demotte, de Mme Van den Bossche et de Mme Mandaila, avoir, en séance plénière, un débat de même nature que celui que nous aurions eu en commission des Affaires sociales si le vote en commission des Finances n'était pas intervenu. Dès lors, je suppose que nous disposerons de plus de temps pour exprimer notre point de vue. Si les choses s'étaient déroulées comme convenu en Conférence des présidents, nous aurions eu l'occasion de nous exprimer non seulement en commission mais aussi en séance plénière.

01.14 Benoît Drèze (cdH): Vanmorgen heeft de heer Delizée bevestigd dat we thans de bespreking kunnen voeren die had moeten plaatsgrijpen in de commissie voor de Sociale Zaken indien er geen stemming in de commissie voor de Financiën was geweest. Ik veronderstel dus dat we nu meer tijd hebben.

Le **président**: Avant votre arrivée en séance, j'avais déjà attiré l'attention sur cette situation. Je savais que M. Goutry s'exprimerait longuement. Mais il n'est pas nécessaire pour autant de cumuler les temps de parole prévus en commission et en séance plénière. Je demande à chacun de faire un effort. Je comprends qu'il s'agit d'un cas particulier et je suis prêt à me montrer conciliant. Mais ce n'est pas une raison pour tenir un débat de commission en séance plénière, même s'il est vrai que le débat sur cette matière n'a pas pu avoir lieu normalement en commission pour des raisons sur lesquelles je ne reviendrai pas. J'estime que le temps utilisé par l'orateur est tout de même un peu excessif!

De **voorzitter**: We hebben hier ongetwijfeld met een bijzondere situatie te maken, maar het lijkt me toch enigszins overdreven dat we in de plenaire vergadering een commissiedebat zouden houden, zelfs al heeft dat niet plaats gehad.

Monsieur Drèze, je vous demanderai donc, comme à chaque intervenant, de bien vouloir faire un effort. Je le répète, il ne faut pas organiser un débat de commission dans cet hémicycle. Je sais qu'un problème s'est posé. Nous en avons discuté en Conférence des présidents pour tenter de le résoudre. Je demande aux intervenants de bien vouloir penser à toutes celles et à tous ceux qui attendent avec impatience de prendre place à la tribune.

01.15 Luc Goutry (CD&V): Ik vraag ook aan de collega's die voortdurend aandachtig luisteren – de heer Bultinck behoort daar zeker toe, net zoals de heer De Padt, mevrouw De Block, de heer Bacquelaine, mevrouw Detiège en anderen – of ik hier overbodige zaken heb verteld. Ik houd mij strikt aan de belangrijke zaken die worden behandeld op het vlak van Volksgezondheid.

01.15 Luc Goutry (CD&V): Mes collègues estiment-ils que j'aborde ici des questions dénuées d'intérêt? Pourtant, je ne parle que de santé publique.

01.16 Daniel Bacquelaine (MR): Votre discours, se perdant dans des détails qui n'apportent rien si ce n'est à leur auteur, me semble plus tenir du harcèlement que du discours synthétique!

01.16 Daniel Bacquelaine (MR): Uw betoog is een opsomming van details die ons niet verder brengt.

Het heeft meer weg van pesterij dan van een synthetische toespraak.

01.17 Luc Goutry (CD&V): Collega's, ik zie hoeveel tijd wij hier soms steken in debatten over dingen die louter politiek geladen zijn maar die niet eens voor de mensen een ernstige uitkomst bieden. Mijnheer de voorzitter, het budget voor gezondheidszorg dat hier op het spel staat – we spreken toch over 17 miljard euro of 700 miljard Belgische frank – belangt echt iedereen aan, van het moment dat hij geboren wordt tot het ogenblik dat hij sterft; iedereen heeft met gezondheidszorg te maken. Wij hebben niet eens een echt debat in de commissie gehad. Ik ben inderdaad een uurtje bezig. Nog maar een uurtje eigenlijk want ik forceer mijzelf om aan een snel tempo mijn vragen gesteld te krijgen.

Mijnheer de voorzitter, het volgende hoofdstuk betreft de ziekte-uitkeringen. Wij klagen al geruime tijd, collega's, dat de uitkeringen voor werkonbekwame mensen niet mee geëvolueerd zijn, wat in meer en meer gevallen leidt tot bestaansonzekerheid. Kijk maar eens naar het inkomen dat een invalide persoon heeft en kijk even naar de evolutie van dat inkomen. Kijk naar de evolutie van de inkomens in het algemeen, en u zult zien dat er een steeds grotere decalage optreedt tussen het bedrag waarmee mensen met een ziekte – die dus niet kunnen werken – moeten leven en de normale lonen die mensen kunnen verdienen als zij gezond zijn.

Vandaar, mijnheer de minister, mijn vragen. Hoever staat het met de toekenning van de 250 euro vakantiegeld voor invaliden? Ik weet dat u inspanningen doet. U hebt 2% aangekondigd voor de ziekte-uitkeringen voor de mensen die van vóór 1997 invalide zijn. U kondigt aan dat u de komende jaren ook een inspanning zult doen van eveneens 2% voor de mensen die in 1998 of 1999 werkonbekwaam werden. Onze vraag is of er niet structureel, voor alle invaliden, een verbetering moet gebeuren?

Er is ook de vraag, mijnheer de minister, of u van plan bent het inkomen dat de partner van een invalide persoon mag bijverdienen, niet nog beter te maken in de toekomst. Kan het opgetrokken worden zodat mensen die ziek zijn en wiens partner gaat werken niet bestraft worden omdat zij zo het gezinsinkomen wat proberen op te krikken?

Mijnheer de minister, deelt u ons standpunt dat in een gezin van twee arbeidsongeschikte personen minstens een van de twee het uitkeringsstatuut van gezinshoofd krijgt? Ik durf zelfs met enige verwachting te kijken naar mijn goede collega's van de sp.a-fractie. Ik denk aan de dames De Meyer, Jiroflée, en Detiège. Ik vind dat dit toch een verdedigbare vraag is. Zou het niet goed zijn, is het niet nodig, dat in een gezin waar beide partners invalide zijn een van de twee het statuut van gezinshoofd kan krijgen zodat zij samen minstens een vervangingsinkomen zouden kunnen hebben dat de moeite loont?

Mijnheer de minister, verklaart u zich akkoord de forfaitaire tegemoetkomingen voor hulp aan derden voor invalide personen te verdubbelen? Voorziet u in een redelijke aanpassing van de vergoedingsplafonds voor de gezinshoofden en de alleenstaanden? En aan wel bedrag denkt u desgevallend?

01.17 Luc Goutry (CD&V): On consacre beaucoup de temps à des débats purement politiques, alors qu'il s'agit en l'espèce d'un budget de 17 milliards d'euros et que cela fait seulement une heure que j'interviens à ce sujet. Étant donné qu'il n'y a pas eu de débat en commission, je pose mes questions maintenant.

Les allocations allouées aux personnes en incapacité de travail n'ont pas évolué de la même manière que les salaires normaux, ce qui est source de précarité. Quand les personnes invalides se verront-elles allouer un pécule de vacances? Le ministre consent un effort en majorant les allocations des personnes dont l'incapacité de travail est antérieure à 1997. Dans les années à venir, il élargira le champ d'application de cette mesure aux personnes dont l'incapacité de travail est antérieure à 1999. Pourquoi la mesure n'est-elle pas d'application à toutes les personnes en incapacité de travail?

Le montant des revenus professionnels que le partenaire d'une personne invalide peut gagner en complément sera-t-il majoré? Le ministre estime-t-il que dans un ménage composé de deux personnes en incapacité de travail l'une d'elles doit être reconnue en tant que chef de ménage? Pour le groupe sp.a, ce principe est assurément défendable. Le montant de l'allocation pour "l'aide de tiers" sera-t-il doublé? Le plafond d'indemnisation des chefs de ménages et des isolés fera-t-il l'objet d'une adaptation?

En ce qui concerne les professions médicales, je me demande pourquoi l'arrêté royal relatif aux aides-soignants n'a pas encore été publié.

Mijnheer de minister, ik komt tot de gezondheidsberoepen. Waarom werd het koninklijk besluit met betrekking tot de zorgverstrekkers tot op heden niet gepubliceerd? Wanneer is deze publicatie gepland.

Ten slotte behandel ik een aantal nieuwe initiatieven in het kader van de begroting 2005.

Een eerste initiatief heeft betrekking op de tandverzorging voor kinderen. Tandartsen zijn geen vragende partij voor gratis tandverzorging voor alle kinderen. Met wie werd inzake deze maatregel overleg gepleegd, mijnheer de minister? Wat is de bedoeling van deze lineaire maatregel? Wat zal het effect zijn? Bent u het met me eens dat inzake tandzorg bij kinderen, de mentaliteit in het gezin inzake gezondheid en de zin voor preventie, soms belangrijker is dan een financiële barrière wegwerken door een prestatie gratis te maken. Wat de tandverzorging voor kinderen betreft, concludeer ik dat het geld veel nuttiger voor andere zaken had kunnen worden aangewend. Ik betreur dat collega Dierickx niet aanwezig is. Zij is tandarts en apprecieert deze maatregel van de minister in feite niet omdat zij mijn standpunt bijtreedt dat hij weinig zal opleveren.

Een tweede aangekondigde maatregel is de volledige terugbetaling van kinesithérapie in de palliatieve thuiszorg. Werd hierover overleg gepleegd? Ik heb geen bezwaar tegen een terugbetaling, op voorwaarde dat hiermee de palliatieve zorg ondersteund wordt. Het mag echter niet waar zijn dat het geld dat oor de terugbetaling van de kine behandeling, moest worden aangewend voor de voortzetting van de projecten inzake de palliatieve dagcentra. Indien men een inspanning doet inzake kinesithérapie in palliatieve zorgen moet men tegelijkertijd financiële ruimte laten voor de projecten van dagcentra die goed werken.

Ik kom tot de transparantie van bewonersprijzen in rusthuizen. Beschikt u over een minimumlijst van inbegrepen kosten en een standaardlijst van supplementen? Ik vermoed dat de automatische indexering van de verpleegdagprijs die aan patiënten wordt gevraagd waarvan sprake op bladzijde 4 van uw beleidsbrief, een fout is. Voor bewoners van een rusthuis kan men immers niet spreken over een verpleegdagprijs, maar over de hotelkosten. De verpleegdagprijs wordt immers betaald via het forfait van het RIZIV.

Mijnheer de minister, ik vraag uitdrukkelijk dat er werk wordt gemaakt van de structurele onderfinanciering van de rusthuizen om te voorkomen dat we op dit terrein opnieuw achteruit boeren.

Mijnheer de minister, kunt u me medelen hoeveel geld uit het RIZIV-budget werd weggetrokken om de bestrijding van tabaksgebruik te financieren?

Voorts spreekt u in uw beleidsbrief over verzorgingscircuits, terwijl ik vermoed dat u psychiatrische zorgcircuits bedoelt. Om naamverwarring te voorkomen, stel ik voor in de toekomst te spreken over zorgcircuits en niet over verzorgingscircuits.

De conclusie is dat het weinig zin zou hebben als hiervoor geen geld wordt vrijgemaakt. Met andere woorden voorziet u in 2005 in voldoende middelen voor de zorgcircuits, die gedeeltelijk zullen

Le budget 2005 prévoit quelques initiatives nouvelles telles que la gratuité des soins dentaires pour les enfants, dont les dentistes ne sont toutefois pas demandeurs. Ont-ils été consultés? Quel sens a cette mesure linéaire? Ne devrait-on pas prêter une plus grande attention aux mentalités vis-à-vis de la santé? Le gouvernement aurait pu dépenser cet argent plus utilement en le consacrant à d'autres projets.

Que le gouvernement prévoie un remboursement complet des séances de kinésithérapie dans le cadre des soins palliatifs à domicile est une bonne chose mais il faut espérer qu'il restera assez de ressources financières pour les centres palliatifs de jour qui fonctionnent bien.

On peut aussi s'interroger sur la transparence des prix facturés aux pensionnaires des maisons de repos. Le ministre dispose-t-il d'une liste minimum des coûts compris et d'une liste standard des surcoûts? L'indexation automatique du prix de la journée d'hospitalisation doit être imputable à formulation erronée dans la note de politique. Car les patients ne paient que les frais d'hébergement. Il vaudrait mieux s'attaquer au sous-financement structurel des maisons de repos.

Combien de ressources budgétaires ont été consacrées à la lutte contre le tabagisme en 2004?

En néerlandais, ne devrait-on pas parler de "psychiatrische zorgcircuits" au lieu de "psychiatrische verzorgingscircuits"? Pour ces projets, aucun moyen n'est inscrit en 2005. Des moyens seront-ils dégagés dans le cadre du fonds de rénovation des soins?

Quelques mesures linéaires portent par ailleurs sur la biologie

moeten worden gefinancierd via het zorgvernieuwingfonds, zodanig dat we effectief de zorgcircuits kunnen invoeren en de geestelijke gezondheidszorg verbeteren?

Er is een hele reeks lineaire maatregelen met betrekking tot de klinische biologie, bandagisten, orthopedisten, implantaten, nierdialyse. Ik denk dat die weinig zinvol zijn, omdat ze niet structureel zijn.

Er zijn maatregelen om de hogere raming van ongeveer 10 miljoen euro voor de revalidatiecentra voor 2005 structureel weg te werken. Waar haalt men het bedrag van 10 miljoen? Er is vorig jaar een moratorium gezet op de autonome revalidatiecentra. Nu zegt men dat er opnieuw een overschrijding zou zijn van 10 miljoen. Ik veronderstel dat dat voor de hele revalidatiesector is. Waar zit dan precies die overschrijding van 10 miljoen en moeten we dat niet opnieuw bekijken in het licht van de besparingen 2004? Er is ook een auditrapport over de revalidatiecentra. U zult dat ongetwijfeld gebruiken voor de uittekening van de toekomstige financiering. Hoeveer staat dat? Moeten we niet opletten dat de centra die goed werken, hun werk kunnen voortzetten en dat de centra die werkelijk niet aan de criteria voldoen, dat niet meer kunnen?

Het centraal thema met betrekking tot de versterking van de beschermingsstatuten voor de patiënt is de maximumfactuur. Hoeveer staat het met de uitwerking van de maximumfactuur voor zelfstandigen? Hoeveer staat het met de strijd tegen de discriminatie tussen de plus- en de minachtienjarigen, de uitsluiting van categorie III en IV van de integratietegemoetkoming en de rechthebbenden op de verhoogde kinderbijslag, die maar tot op zekere hoogte in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur?

Een oud zeer in de ziekenhuizen is de terugbetaling van medisch materiaal. Reeds 10 jaar wordt er aangedrongen op een effectieve regeling. Het probleem breidt voortdurend uit. Wat is de voorgestelde aanpak inzake medische materiaal? Er is onder minister Vandenbroucke ooit wetgeving tot stand gekomen waarbij een lijst kon samengesteld worden van medische materialen die al dan niet voor terugbetaling in aanmerking komen, en welke al dan niet in de verpleegdagprijs inbegrepen zijn. Dat was toen vastgesteld op een percentage 90 versus 10 procent. Voor alsmaar meer medische materialen wordt dat geïncorporeerd in de verpleegdagprijs of blijft de regeling hangen.

Hoeveer staat het met de herziening van de nomenclatuur inzake kinesithérapie? Er zijn onder minister Vandenbroucke belangrijke hervormingen geweest. Men heeft toen gezegd dat de besparingen opnieuw geïnvesteerd zouden worden in de sector.

Hoeveer staan we met de gelijkschakeling tussen de K- en de M-waarden, de gewone kinesitherapeutische behandelingen thuis of op het kabinet, tegenover de kinesitherapeutische behandelingen in ziekenhuizen op de diensten fysiotherapie?

Moet er niet onderzocht worden hoe logopedie kan worden geïncorporeerd in revalidatieconcepten voor kinderen?

Wat betreft de herijking van de nomenclatuur voor medische

clinique, les bandagistes, les orthopédistes, les implants et la dialyse rénale. Celles-ci n'ont que peu de sens si elles ne sont pas structurelles.

Le ministre prend quelques mesures pour supprimer le dépassement estimé à 10 millions d'euros pour les centres de rééducation fonctionnelle. Comment obtient-il ce montant? Plusieurs économies ont été imposées au secteur en 2004. Les centres qui font du bon travail doivent pouvoir poursuivre leurs activités.

Où en est le développement du maximum à facturer pour les indépendants? Va-t-on s'attaquer aux discriminations à l'égard des 'plus' et des 'moins' de dix-huit ans, des catégories 3 et 4 de l'allocation d'intégration et des bénéficiaires d'allocations familiales majorées?

Voilà dix ans déjà qu'on demande avec insistance un régime de remboursement du matériel médical dans les hôpitaux. Quelles mesures le ministre propose-t-il? Quelle suite a-t-on donnée à la liste que l'ex-ministre Vandenbroucke avait fait dresser?

Où en est la réforme de la nomenclature en matière de kinésithérapie? Les montants économisés ont-ils été investis? Les conditions K et M vont-elles être alignées? La réforme de la logopédie ne doit-elle pas être considérée en corrélation avec les concepts de rééducation fonctionnelle des enfants? La note de politique générale évoque de manière très peu précise le rééquilibrage de la nomenclature pour les prestations médicales. Quel calendrier le ministre s'est-il fixé? Quelle procédure suivra-t-il? Mme De Block a déposé en son temps une proposition de loi visant à instaurer une commission pour procéder à ce rééquilibrage.

verstrekkingen, bent u een beetje vaag in uw beleidsnota, mijnheer de minister.

U schrijft immers: “Daartoe zal een kleine groep van experts de mogelijkheid inschatten om de methode van Frankrijk over te plaatsen op België, om een vergelijkbare hervorming door te voeren.” Einde citaat. Ik lees in uw tekst dat u zegt dat er voor de herijking van de nomenclatuur iets in Frankrijk zou bestaan, dat u wil bekijken hoe het werkt, dat u wil proberen de expertise over te plaatsen naar ons land en de expertise hier op dezelfde manier door te voeren.

Daarbij stel ik de volgende vragen. Wat is de timing? Wat is de procedure? Ik herinner u eraan dat mevrouw De Block samen met ons indertijd een wetsvoorstel heeft ingediend om een commissie op te richten die zich zou bezighouden met het herijken van de nomenclatuur. Mevrouw De Block, dat gebeurde vooraleer we over dat onderwerp met elkaar in dispuut zijn getreden en onze wegen zich hebben gescheiden. Ooit hadden we echter dezelfde bedoeling, namelijk de herijking van de nomenclatuur.

De **voorzitter**: Mijnheer Goutry, mag mevrouw De Block u onderbreken? Dat zal u wat rust geven. *(Gelach.)*

01.18 Maggie De Block (VLD): Mijnheer Goutry, ik onderbreek u even kort. Als u mij straks even aan het woord laat, zal ik over dat onderwerp iets zeggen.

De **voorzitter**: Het is dus slechts een teaser, een aankondiging.

Ga door, mijnheer Goutry, u bent nog maar een uur en twintig minuten aan het spreken.

01.19 Luc Goutry (CD&V): Hoort u wat de voorzitter zegt? Het was maar een teaser.

De **voorzitter**: Een teaser wordt gebruikt om iets aanlokkelijk te maken; to tease somebody.

01.20 Luc Goutry (CD&V): To tease somebody, inderdaad..

Het was dus een teaser voor mevrouw De Block. We zullen straks uiteraard met belangstelling luisteren. Mevrouw De Block, ik hoop zelfs dat u de symbiose opnieuw zult aanbrengen en dat u ons zult voorstellen om samen het wetsvoorstel opnieuw in te dienen, zodat we misschien – wie weet – een Kamerbrede meerderheid kunnen bereiken. Als ook mevrouw Detiège het wetsvoorstel zou steunen, zouden we al een aardige stap vooruit zijn.

U bent er toch ook voorstander van dat de nomenclatura kan worden herijkt en dat we de ponderatie die nu werd aangebracht met de grote verschillen tussen bijvoorbeeld een radioloog en een pediater, opnieuw in evenwicht zouden kunnen brengen? Op die manier geven we wat minder gewicht aan technische prestaties en wat meer gewicht aan intellectuele prestaties. Dat zou de geneeskunde ten goede komen. Ik weet niet wat u daar zelf over denkt.

Het is een teaser, bedoeld voor uw komende uiteenzetting. Mijnheer de voorzitter, het was ook een teaser voor mevrouw Detiège.

Ik heb nog een paar concrete vragen en hete hangijzers.

01.20 Luc Goutry (CD&V): J'espère que Mme De Block proposera tout à l'heure de redéposer la proposition de loi et que Mme Detiège se ralliera à cette initiative. Nous approuvons par contre la réévaluation de la nomenclature accordant davantage de poids aux prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques. Le ministre peut-il fournir des éclaircissements au sujet des services pédiatriques? Concernant la prévention, les Communautés n'apprécient guère le volontarisme dont fait preuve le ministre. En attendant la défédéralisation des soins de santé, il serait préférable que la prévention redevienne une compétence fédérale.

Mijnheer de minister, ik herhaal mijn vraag over de aangekondigde sluiting van de pediatriediensten. Kunnen wij over die sluiting al duidelijkheid krijgen?

Collega's, ook de preventie is niet onbelangrijk. Het siert het voluntarisme van minister Demotte dat hij inzake preventie al heel wat initiatieven heeft genomen, die hem door de Gemeenschappen niet altijd in dank worden afgenomen. De Gemeenschappen opperen immers dat preventie tot hun bevoegdheden behoort en dat de minister daar niet aan mag raken. Nochtans hebt u naar mijn oordeel voor tabak een initiatief genomen dat misschien het meest doeltreffende initiatief van de voorbije jaren zal zijn. Soms heb ik immers de indruk dat er heel veel over preventie wordt gesproken, maar dat er niet altijd even veel voor preventie wordt gedaan. Het is ook mijn overtuiging dat preventie soms het beste werkt bij degene die ook het geld voor al het overige in handen heeft.

Mijn opvatting is dat preventie veel beter terug naar het federale niveau zou komen zodat het samen met gezondheidszorg in één hand zit. Ik pleit onomwonden voor de herfederalisering van de preventieve zorg, in afwachting dat wij overgaan tot de defederalisering van de gezondheidszorg en dan volgt alles uiteraard weer naar de Gemeenschappen.

Collega's, ik ben ervan overtuigd dat ik u deze namiddag geen seconde heb verveeld. Ik ben ervan overtuigd dat ik hete hangijzers heb aangebracht. Ik ben ervan overtuigd dat ik de vragen heb gesteld die moeten gesteld worden bij een begroting over zo'n belangrijk onderwerp. Wij hadden het in de commissie kunnen doen in een iets rustigere sfeer, maar wij hebben het hier moeten doen. Wij hebben echter ons best gedaan om het zo to the point mogelijk te brengen.

Mevrouw de staatssecretaris, ik wil eindigen met drie vragen voor u. U hebt het beleid inzake mensen met een handicap onder uw hoede. Ik ben daar zelf reeds mee bezig sinds ik zitting heb in het Parlement, dat is 13 jaar. Ik heb steeds met zeer veel klem de afwerking gevolgd van de onderzoekstermijnen inzake de dossiers van mensen met een handicap. Ik hoor dat er daar verbetering zou zijn ingetreden.

Ik heb gezien dat u hierover een beleidsbrief hebt naar voren gebracht in de Senaat. U hebt daarin voornamelijk drie dingen toegelicht. U hebt de nadruk gelegd op de kwaliteit van de medische onderzoeken. Ik steun u daarin. Het is zeer belangrijk dat men op een zeer keurige wijze, op een ethisch verantwoorde wijze mensen met een handicap onderzoekt om te kunnen vaststellen welk percentage handicap die mensen moet toegekend worden. Dat is niet altijd zo. Ik steun u dus volledig in uw betrachting om tot een betere medische evaluatie te komen.

Daarnaast zou ik ook graag van u willen vernemen wat de gemiddelde afhandelingstermijnen zijn voor de tegemoetkomingen. Enerzijds, zijn er de min-65-jarigen, dus de inkomensvervanging en integratietegemoetkoming. Wat is nu de gemiddelde afwerkingstermijn van deze dossiers? Anderzijds zijn er ook de plus-65-jarigen. Dat heet dan hulp aan bejaarden. Wat is vandaag de dag de gemiddelde afwerkingstermijn van de dossiers?

J'ai encore trois questions à adresser à la secrétaire d'État.

J'apprends que les délais d'examen pour les personnes handicapées seraient améliorés. Lors de la présentation de sa note politique au Sénat, la secrétaire d'État a mis l'accent sur la qualité de l'évaluation médicale. En cela, je la soutiens. Quel est le délai de finalisation moyen pour les allocations pour les plus et les moins de 65 ans?

Combien d'amendes ont-elles été payées en 2003 en raison d'une décision tardive?

La législation a été modifiée et est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2004. Donne-t-elle satisfaction? A-t-on pu résorber le retard? La secrétaire d'État a annoncé qu'elle veillerait à ce que la loi soit appliquée correctement et rapidement.

Il s'agit à mes yeux d'une bonne note de politique et j'espère que la secrétaire d'État réalisera dans la pratique ses trois objectifs principaux.

Mevrouw de staatssecretaris, ik had u ook willen vragen hoeveel verwijlintersten, dus boetes, wij in 2003 aan de betrokkenen betaald hebben omdat er een te late beslissing was? U kent het systeem uiteraard. Dat is ooit nog het gevolg geweest van een wet van mijzelf waarover in het Parlement werd gestemd en waarbij de te late behandeling van dossiers van mensen met een handicap recht geeft op een verwijlinterst. Ik zou graag weten welke bedragen hiervoor zijn betaald.

Mevrouw de staatssecretaris, een derde punt dat u met uw beleidsnota hebt aangehaald in de Senaat ging over de toepassing van de gewijzigde wetgeving. U weet uiteraard dat de wetgeving grondig werd hervormd naar aanleiding van het samenwonen van mensen en het gevolg daarvan voor de tegemoetkoming. U weet ook dat wij indertijd, voor u dat beleid voerde, een amendement hebben ingediend om dat uit te stellen omdat die wetgeving niet klaar was. Ondertussen is die wetgeving op 1 juli in werking getreden. Mijn vraag is of dat goed werkt. Heeft men de achterstand kunnen inlopen bij de diensten? U hebt ook gezegd dat u daarop zelf waakzaam zal toezien zodat in de toekomst de uitwerking van deze nieuwe wetgeving correct en snel zou kunnen gebeuren.

Ik wens u daarin te steunen. Ik moet zeggen dat ik gecharmeerd was door uw beleidsbrief in de Senaat. Ik vond het een goede beleidsbrief en hoop dat u de drie hoofddoelstellingen die u daarin hebt geformuleerd ook in praktijk zult kunnen brengen.

Collega's, bedankt voor uw verbluffende aandacht. Bedankt voor de goede samenwerking in de commissie dit jaar. Het past bij dit jaareinde dat wij elkaar het beste toewensen. Tot straks, voor de rest van het debat.

De **voorzitter**: Mijnheer Goutry, u zult wellicht de geschiedenis ingaan als de goede collega die het in dit debat anderhalf uur hebt uitgehouden. U verslaat daarmee mevrouw D'hondt.

(...): Dat was helemaal niet de bedoeling, hoor!

01.21 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, par respect pour mes collègues, je vais tâcher de synthétiser mes propos et de ne pas abuser du temps traditionnellement imparti aux parlementaires pour leurs déclarations ou interventions.

Je me réjouis que le budget de l'INAMI respecte la norme de croissance - 4,5% plus l'indexation -, qu'il permette de financer correctement les soins de santé et qu'il traduise aussi la volonté du gouvernement de maîtriser les coûts et les dépenses en matière de soins de santé.

J'exprimerai un bémol: la façon dont ce budget a vu le jour et surtout la façon dont il a été remis en cause, en quelque sorte, suite à la parution de chiffres contradictoires dans le cadre de l'évaluation des dépenses en cours d'exercice.

Nous devons en tirer les leçons et dégager la possibilité de fixer une méthodologie en matière d'évaluation des coûts qui nous mette à l'abri de ce désagréable intervalle entre le moment où a été fixée, par le Conseil général, l'hypothèse qui a servi de base à la fixation du

01.21 Daniel Bacquelaine (MR): Ik verheug er mij over dat voor de RIZIV-begroting rekening wordt gehouden met de groeinorm van 4,5 procent en dat de gezondheidszorg met die begroting kan worden gefinancierd. Misschien toch één kritische noot, namelijk met betrekking tot de manier waarop die begroting tot stand is gekomen en ter discussie werd gesteld. De les die daaruit moet worden getrokken is dat absoluut een methode voor de raming van de kosten moet worden uitgewerkt.

De overschrijding van de artsenhonoraria, vooral in de medische beeldvorming en de klinische biologie, heeft ertoe

budget et l'apparition de chiffres de dépassement dans certains secteurs qui a nécessité, en quelques jours, la mise en place d'un certain nombre d'économies. A l'époque où nous vivons, il doit être possible de disposer d'outils qui nous permettent une plus grande précision par rapport à ces chiffres.

J'ai été interpellé par le dépassement des honoraires médicaux. Ce dépassement a évidemment entraîné le gel de l'indexation jusqu'au premier avril. Je ne suis pas certain que ce dépassement soit véritable. En tout cas, et cela a déjà été dit, il ne concerne pas les médecins généralistes. Il ne concerne pas non plus la plupart des médecins spécialistes. Il concerne essentiellement l'imagerie médicale, la biologie clinique et la chirurgie; et encore, ce n'est pas certain.

En effet, lorsque l'on parle des dépassements des honoraires médicaux, il faut savoir que la majeure partie de ceux-ci servent à financer les hôpitaux. Je pense donc que le procès fait aux médecins - même de manière involontaire, mais simplement de manière factuelle par l'alignement des chiffres - qui se voient décerner une erreur en termes de dépassement d'honoraires me paraît très contestable. Je pense que beaucoup de médecins ont fait des efforts importants pour faire en sorte que justement, on ne dépasse pas les honoraires. Et si certains dépassements existent dans certains actes techniques au niveau hospitalier, ils servent essentiellement à financer des hôpitaux et sont parfois l'objet d'incitations de la part de gestionnaires d'hôpitaux, comme on l'a vu avec l'affaire Beeckmans.

En ce qui concerne le droit aux soins de santé de qualité pour tous et donc, le problème de l'accessibilité, je me réjouis d'un certain nombre de mesures, notamment en ce qui concerne la kinésithérapie pour les soins palliatifs. Je pense qu'il y avait là un manque auquel le gouvernement répond. Le remboursement des appareils auditifs jusqu'à 18 ans me semble également une bonne mesure. La modulation du ticket modérateur en fonction des trajets de soins me semble une méthode incitative qui est tout à fait acceptable et qui remplace avantageusement des craintes en matière d'échelonnement obligatoire qui aurait entravé très largement la liberté de choix des patients.

Il s'agit ici d'une modulation du ticket modérateur en fonction du trajet de soins. Cette méthode incitative est vraisemblablement la bonne.

On ne peut aborder le problème de l'accès aux soins sans évoquer deux aspects importants. En premier lieu, le débat sur la gratuité. En matière de soins dentaires, on a bien fait de les rendre accessibles. Seulement, par principe, je pense que la gratuité n'est jamais une bonne méthode. Il ne faut, certes, pas mettre des barrières financières à l'accessibilité. Mais demander une participation, même symbolique, pour quelque acte que ce soit, conscientise et responsabilise le patient. La gratuité intégrale n'est jamais une bonne méthode.

En second lieu, il me semble que le débat sur la perception obligatoire du ticket modérateur peut être largement ouvert à nouveau. Nous disposons à présent du maximum à facturer qui permet aux personnes plus vulnérables ou démunies de ne pas souffrir de la multiplication des actes médicaux. On peut donc s'orienter vers la

geleid dat de indexering tot 1 april wordt geblokkeerd. Men moet ook weten dat het grootste gedeelte van de honoraria voor de financiering van de ziekenhuizen wordt aangewend. De kritiek ten aanzien van de artsen lijkt me dan ook onterecht.

Wat betreft het recht op kwaliteitsvolle gezondheidszorg, ben ik blij dat maatregelen werden getroffen inzake de kinesithérapie in de palliatieve zorgverlening, de terugbetaling van hoorapparaten tot 18 jaar en de aanpassing van het remgeld aan het zorgtraject.

Principieel ben ik geen voorstander van volledig kosteloze geneeskundige verzorging. Ik vind het verkieslijk om de patiënt een symbolische bijdrage te laten betalen. De discussie over de verplichte inning van het remgeld kan opnieuw worden heropend, aangezien wij nu beschikken over de maximumfactuur, dank zij welke de minvermogenden de kosten van de toename van het aantal medische verstrekkingen niet hoeven te betalen. Er kan dus voor de verplichte inning van het remgeld worden gekozen.

De heer Goutry had het over de bevrozing van de index. Dat is een overgangsmaatregel. In april zullen wij over de definitieve cijfers met betrekking tot de eventuele overschrijdingen van de medische honoraria beschikken.

Voor het eerst sinds 1964 heeft de regering zich aan haar belofte inzake de herwaardering van de huisartsengeneeskunde gehouden. Zo heeft zij mee geijverd voor het behoud van de eerstelijnszorg en heeft zij het beroep aantrekkelijker gemaakt, iets wat ons ten zeerste verheugt.

Over de geneesmiddelen wil ik twee opmerkingen maken.

De eerste betreft de zogenaamde "Kiwi"-methode, die ertoe strekt na

perception obligatoire du ticket modérateur. Comme on l'a fait partiellement pour la kinésithérapie, il faut oser un débat sur cette perception obligatoire, voire non réassurable, du ticket modérateur.

M. Goutry a parlé du gel de l'index. J'ai l'impression que cette mesure n'est que transitoire et qu'en avril, quand nous aurons probablement les chiffres définitifs sur les dépassements éventuels des honoraires médicaux, on se rendra compte qu'on se trouve dans un "trend" acceptable.

Il ne faut pas oublier que c'est sous cette majorité, depuis deux gouvernements, qu'a été enclenchée la mécanique de la revalorisation de la médecine générale. Les honoraires pour la visite à domicile sont passés à 28€ le 1^{er} octobre dernier. Il est prévu pour le 1^{er} avril, moment où devrait peut-être se terminer le gel de l'indexation, de porter le prix de la consultation à 19€. La tendance s'oriente donc vers une véritable revalorisation. Les promesses sont tenues. C'est une première depuis 1964, date à laquelle on a, pour la première fois, véritablement revalorisé et renforcé l'attractivité de la profession. Cela traduit une volonté politique de maintenir une médecine de proximité dans ce pays. Il faut s'en réjouir.

En ce qui concerne les médicaments, monsieur le ministre, je désire attirer votre attention sur deux aspects. Le premier, c'est ce qu'on appelle la méthode Kiwi, le prix de référence, l'appel d'offres. Il me semble que pour un certain nombre de catégories de médicaments, c'est acceptable. Je ne pense cependant pas que nous puissions transposer ipso facto la méthode à l'ensemble du secteur. Nous sommes obligés de tenir compte du fait qu'un certain nombre d'industries pharmaceutiques se développent dans notre pays. La mise sur le marché des médicaments provenant de cette industrie pharmaceutique implique la fixation d'un prix. Ce prix devient souvent pour la société et de manière transnationale un facteur de référence. Il faut en tenir compte.

Qu'on le veuille ou non, l'industrie pharmaceutique amène dans notre pays des emplois qualifiés, des emplois liés à la connaissance et à l'innovation. Il est évidemment important de maintenir l'implantation de ces sociétés en Belgique.

Qu'il y ait des réajustements de prix au niveau de médicaments qui existent sur le marché depuis un certain temps, sur base d'un appel d'offres, me semble justifié. Je pense qu'on devrait faire varier les prix beaucoup plus souvent. Nous avons trop tendance à être conservateurs en matière de fixation des prix. Une fois qu'on a fixé un prix, très souvent on ne réétudie pas toujours le "service médical rendu", comme diraient nos voisins français. Il y a certainement matière à évolution dans ce domaine.

Par ailleurs, je suis très troublé par le retrait actuel de certains médicaments mis depuis longtemps sur le marché. Je pense notamment aux anti-inflammatoires Cox-2, le Vioxx, le Cerebrix; on parle aujourd'hui du Naproxen dans un article du journal "Le Monde". Hier, dans le même journal, certains spécialistes pharmacologues et d'éminents professeurs français faisaient le point sur la fiabilité des mécanismes de mise sur le marché. Je sais que la mise sur le marché est de plus en plus européenne, transnationale, et que l'Agence européenne des médicaments joue évidemment un rôle

een aanbesteding een referentieprij te bepalen.

Ofschoon een dergelijke methode voor sommige geneesmiddelen geschikt kan zijn, is het in ons land niet aangewezen ze op de volledige sector toe te passen. Gezien het grote aantal farmaceutische bedrijven in België, moeten wij er vooral voor zorgen dat zij op ons grondgebied gevestigd blijven.

Mijn tweede opmerking betreft bepaalde geneesmiddelen, zoals ontstekingsremmers, die uit de handel worden genomen. Vermits de verkoop van geneesmiddelen de landsgrenzen overschrijdt, lijkt een diepgaand debat op Europees niveau mij vereist.

Wat de ziekenhuizen betreft, drukken we onze tevredenheid uit over de inbreng van 100 miljoen euro, gespreid over drie jaar, om het probleem van de onderfinanciering op te vangen. Ik ben er wel niet zo zeker van dat de criteria voor het bepalen van de omvang van de onderfinanciering voldoende objectief zijn.

Wat de overconsumptie van medische verstrekkingen betreft, wil ik erop wijzen dat ik dienaangaande twee wetsvoorstellen heb ingediend, namelijk een voorstel tot wijziging van artikel 140 van de wet op de ziekenhuizen en een voorstel tot wijziging van artikel 73 van de wet op de ziekteverzekering.

Men is dus gestart met een bezinning, maar die moet nog worden voortgezet, met name wat de defensieve geneeskunde betreft.

Wat de hervorming van het ziekenhuislandschap betreft, is het belangrijk expertisecentra of technische platformen op basis van de agglomeraties tot stand te brengen.

important en la matière. Mais il m'apparaît que nous devrions peut-être porter le débat au niveau européen sur les mécanismes de mise sur le marché. Je crois que des adaptations sont nécessaires. On a très souvent tendance à utiliser, pour la mise sur le marché, des études "produits actifs nouveaux" contre "placebos".

Il faudrait de plus en plus s'orienter vers des études comparant les produits actifs avec d'autres produits comportant les mêmes indications, pour savoir s'il existe un véritable avantage par rapport aux nouveaux produits que l'on veut mettre sur le marché. Un changement de méthodologie me semble donc souhaitable à terme. Pour notre marché intérieur, mais aussi sur le plan de l'Agence européenne du médicament, nous devrions demander l'ouverture, au niveau européen, d'un débat approfondi sur cette question.

En ce qui concerne le financement des hôpitaux, nous nous réjouissons de l'injection de 100 millions d'euros en trois étapes annuelles, pour faire face à leur sous-financement structurel. Cependant, j'émetts quelques doutes quant à l'évaluation de ce sous-financement. En effet, deux études ont été réalisées, l'une par le Conseil national des établissements hospitaliers, l'autre par Ernst & Young pour le compte du Centre de la connaissance, le Kenniscentrum. Ces deux études sont relativement contradictoires. On me dit maintenant que l'on va en commander une troisième pour départager les deux premières. J'ai quelques appréhensions au sujet de la multiplicité de ces études. Il faudrait peut-être établir des critères plus objectifs pour déterminer véritablement l'ampleur du sous-financement des hôpitaux.

J'aimerais dire un mot sur les mécanismes qui entraînent encore actuellement des surconsommations d'actes. Je rappelle à cet effet deux propositions que j'ai déposées.

Il s'agit, d'abord, de la modification de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux. Vous avez opté pour un moratoire. C'est déjà un geste positif, mais ce n'est évidemment pas suffisant. L'idée de moratoire montre bien que l'on va devoir trouver une autre solution à un certain moment. Nous attendons donc dans une sorte de purgatoire! Il va falloir éviter de tomber dans l'enfer! Je pense que la modification en profondeur de l'article 140 qui règle les relations entre gestionnaires et médecins me paraît évidente à deux titres. D'une part, pour pouvoir déterminer le plus objectivement possible ce qui est réellement imputable aux actes médicaux. D'autre part, il faut également rétablir une relation de confiance et de travail en synergie entre les médecins et les gestionnaires d'hôpitaux.

M. Goutry disait tout à l'heure que le conseil médical a souvent donné son accord par contrat. C'est vrai, mais dans quelles conditions et pourquoi acceptent-ils? Parce que les médecins savent que le gestionnaire a le dernier mot, c'est dans la loi. Il faudrait sans doute modifier la loi à cet égard.

Une autre modification devrait être apportée à l'article 73 de la loi sur l'assurance maladie qui punit l'incitation à la surconsommation. Dans la loi actuelle, il faut que la surconsommation ait effectivement lieu pour que l'incitation devienne punissable. Cela me paraît quelque peu discutable sur le plan éthique. A mon avis, il faudrait que l'incitation soit punissable dès qu'elle existe et pas seulement a posteriori, quand

Vooreerst moeten die technische platformen evenwel uit de structuur van de instellingen worden losgemaakt.

Indien alle instellingen van de zware apparatuur gebruik kunnen maken, zal het kostenplaatje van de sector er immers heel wat rooskleuriger uitzien.

la surconsommation a eu lieu. En cela, il y a certainement une modification légère mais significative à apporter à cet article 73 de la loi INAMI.

Un autre élément générateur de surconsommation est la médecine défensive. J'ai bien noté que vous interveniez dans la prise en charge des primes d'assurance pour des médecins hospitaliers en matière de responsabilité médicale. C'est évidemment utile mais cela ne freine pas nécessairement la responsabilité médicale elle-même. Cela n'implique pas automatiquement une amélioration en termes de prévention de la médecine défensive. Nous le demandons depuis longtemps, il faudrait une loi sur l'aléa médical et sur la responsabilité médicale. Je tiens à rappeler que le premier ministre s'y est déjà engagé publiquement dans cette Chambre.

Il faut régler une fois pour toutes le problème du financement du fonds d'indemnisation – c'est essentiel –, mais il faut aussi décider si l'on garde deux voies possibles d'indemnisation – celle de la responsabilité civile et celle du fonds d'indemnisation – ou si l'on opte pour une seule de ces voies. Par ailleurs, si l'on garde les deux voies, il faudra décider de les rendre exclusives l'une par rapport à l'autre ou pas. Ces questions sont fondamentales. Y répondre permettra d'avancer en cette matière.

En ce qui concerne la réforme du paysage hospitalier, vous parlez souvent de "bassins de soins". Je vous avouerai que je n'ai pas un penchant particulier pour cette expression. En effet, le terme bassin évoque pour moi la médecine du 19^{ème} siècle – pour d'autres raisons, je vous l'accorde. Personnellement, j'utilise souvent l'expression "plateaux techniques".

En cette matière, il me semble important de réaliser un certain nombre de centres d'excellence et de plateaux techniques permettant l'expression de cette excellence dans les différentes agglomérations. La méthode est certainement utile. Néanmoins, il m'apparaît nécessaire de détacher ces plateaux techniques des institutions qui les abritent. Ces centres doivent être accessibles à tous mais, selon moi, ils doivent être détachés d'un point de vue institutionnel. J'ai observé la situation dans certaines régions. Imaginons, par exemple, qu'un centre d'excellence ou un appareillage lourd soit localisé dans une institution d'origine chrétienne, on ne peut pas forcer des patients qui n'auraient pas ces convictions à se rendre dans cette institution. Je peux le concevoir. Selon moi, il est possible de contourner le problème en faisant en sorte que les équipements lourds et les plateaux techniques soient détachés des institutions et accessibles à toutes les institutions.

(...): (...)

01.22 Daniel Bacquelaine (MR): Pas dans ma région en tout cas. Tant mieux si cela existe chez vous mais de tels centres n'existent pas encore dans ma région.

Je pense que ce serait utile pour rationaliser les dépenses et obtenir une programmation de l'équipement lourd qui soit raisonnable et compatible avec l'accessibilité des soins.

J'en viens au budget global. Monsieur Goutry, je ne partage pas du

01.22 Daniel Bacquelaine (MR): Wat de globale begroting van de ziekenhuizen betreft deel ik het standpunt van de heer Goutry niet.

Werken met forfaits kan niet alle problemen oplossen.

Ik pleit voor een radicale scheiding

tout votre point de vue sur le budget global des hôpitaux. Je dirai un mot sur la forfaitairisation. Je pense que la forfaitairisation n'est pas toujours la panacée, loin de là. On l'a vu lors de la forfaitairisation des soins infirmiers en maison de repos pour personnes âgées: cela a coûté, en fin de compte, beaucoup plus cher. C'est peut-être mieux, je n'entre pas dans ce débat sur la qualité, mais je pense que la forfaitairisation a coûté beaucoup plus cher et a fait exploser le budget dans les maisons de repos.

On veut maintenant forfaitariser la kinésithérapie dans les maisons de repos; j'ai des doutes. Je pense que cela contredit un peu les principes de liberté de choix du patient et que cela va sans doute coûter plus cher. En ce qui concerne la forfaitairisation de certaines pathologies au niveau hospitalier, je suis d'accord pour des pathologies courantes, mais attention: si les hôpitaux ne fonctionnent plus que par des forfaits, je prédis les pires mésaventures pour les patients les plus vulnérables.

Pourquoi? Parce que si les hôpitaux ont intérêt à hospitaliser les gens en bonne santé, cela va évidemment se retourner contre les patients les plus vulnérables. Si les patients vulnérables, qui coûtent nécessairement plus cher à l'hôpital, doivent s'intégrer à un budget forfaitaire, qui n'autorise donc pas de variation permettant de tenir compte de l'état de santé du patient en question, que vont faire les hôpitaux? Certains auront une tendance naturelle à privilégier la prise en charge des patients qui coûtent le moins cher et à rejeter les patients qui coûtent le plus cher. Je pense donc que la forfaitairisation intégrale est un très mauvais système pour la qualité des soins, encore bien plus pour le budget global de l'hôpital.

On assisterait à la forfaitairisation au carré qui amènerait, sans aucun doute, une qualité de soins nettement inférieure à celle que nous connaissons actuellement, ce qui serait tout à fait dommageable. Je plaide donc pour que l'on sépare radicalement la fonction médicale de la fonction hôtelière. Je ne vois pas d'inconvénient à ce que cette dernière soit forfaitarisée. Par contre, je pense qu'il serait dangereux de complètement forfaitariser la fonction médicale. Nous devons par conséquent nous orienter vers un système mixte de forfaits et d'actes: forfaits pour le tronc commun de l'hospitalisation, mais actes pour permettre des actes nécessaires qui sortent du forfait traditionnel et du panel traditionnel des soins parce que l'état du patient recommande qu'il en soit ainsi. Si nous ne le faisons pas, nous irons vers une diminution dramatique de la qualité des soins. Selon moi, retourner à une simple planification de type stalinien, comme le propose le CD&V, n'est pas la bonne technique en la matière, même si cela peut s'inscrire dans une idéologie de la confrontation, n'est-ce pas monsieur De Crem!

01.23 Luc Goutry (CD&V): Voorzitter, ik schrik een beetje van de heer Bacquelaine die spreekt over stalinistische plannen van CD&V. Ik heb enkel het advies herhaald dat in de werkgroep voor de ziekenhuishervorming circuleert. De werkgroep stelt voor om tot een geïntegreerde financiering te komen op basis van gestandaardiseerde behandelingen en ingrepen zodat het ziekenhuis een budget ontvangt dat alle onkosten dekt. Wat is daar stalinistisch aan? Ik versta dat niet.

01.24 Daniel Bacquelaine (MR): Je comprends que l'on détermine

tussen de hotelfunctie en de medische functie van de ziekenhuizen. De forfaitariseren van die eerste functie is geen probleem maar de tweede functie forfaitariseren zou gevaarlijk zijn.

Wij pleiten dus voor een gemengd systeem van forfaits en betalingen per prestatie. Ik geloof niet in de door de CD&V voorgestelde stalinistische optiek.

01.23 Luc Goutry (CD&V): Je n'ai fait que répéter la recommandation du groupe de travail sur le financement des hôpitaux lorsque celui-ci propose un financement intégré sur la base de traitements standardisés. Qu'y a-t-il de stalinien à cela?

01.24 Daniel Bacquelaine (MR):

un certain forfait pour les pathologies courantes telles que l'appendicite ou une cure de hernie inguinale; comme vous le dites, les hôpitaux savent combien cela coûte plus ou moins et on pourrait donc imaginer qu'il y ait un forfait.

Mais ce qui serait extrêmement dangereux, c'est que l'ensemble de l'activité hospitalière devienne forfaitaire. En effet, les patients ont des profils très largement différents. Dès lors, si votre forfait hospitalier est le même pour tous les hôpitaux et quel que soit le type de malades qui y entrent, forcément le gestionnaire de l'hôpital, s'il veut garantir son budget, aura tendance à retenir les patients qui coûtent le moins cher et à rejeter ceux qui coûtent le plus cher. Ce serait le paradoxe total. Finalement, les patients qui seraient le moins en déficit de santé seraient pris en charge alors que ceux qui nécessiteraient le plus de soins seraient rejetés par la médecine hospitalière. Il faut être particulièrement attentif.

Monsieur le président, le gouvernement est-il toujours représenté?

Le **président**: Oui, M. le ministre est parti pour quelques instants afin d'accomplir une tâche qu'un médecin comprend encore davantage qu'un membre du parlement!

01.25 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, il n'est pas besoin d'être médecin pour comprendre cela.

Je voudrais terminer mon intervention en rappelant, toujours dans le même esprit, que notre système de santé ne peut être jugé que par rapport à sa capacité de rencontrer les besoins les plus criants de notre population.

Il m'apparaît que ceux qui nécessitent avant tout l'attention et la solidarité de toute la population sont ceux qui sont confrontés aux drames et aux souffrances les plus grandes. Dans notre pays qui, pourtant, jouit d'un très bon niveau de soins de santé, toute une série de personnes connaissent malheureusement encore un déficit de solidarité. Je parle des personnes les plus gravement malades, des familles qui rencontrent, dans leur entourage proche ou chez leurs enfants, des pathologies gravissimes comme le cancer ou la mucoviscidose. Certains soins coûtent cher mais il n'y a pas que cela; c'est toute l'organisation de la famille qui est perturbée, c'est souvent un des deux parents qui doit abandonner sa profession, ce qui entraîne une baisse de revenus importante pour la famille qui connaît de nouvelles charges. Or, les pathologies les plus graves ne sont pas toujours celles qui sont le mieux prises en charge.

Monsieur le ministre, je vous demande que nous fassions encore davantage preuve de solidarité vis-à-vis de ceux qui connaissent les plus grandes souffrances. Il est nécessaire de prendre en charge non seulement les soins médicaux mais aussi tous les effets induits des pathologies extrêmement graves qui viennent perturber complètement l'organisation et le déroulement de la vie quotidienne dans un certain nombre de familles. Je pense aussi au fléau de la maladie d'Alzheimer qui ne me paraît pas toujours suffisamment prise en charge; bien sûr, on rembourse partiellement un médicament qui aurait un effet sur l'évolution de cette maladie. Mais on n'a pas encore assez soutenu les thérapies cognitives, les prises en charge comportementales qui sont la base d'une action plus efficace en la matière. Je plaide pour une reconnaissance par le biais de

De forfaitarisation van bepaalde gangbare pathologieën kan overwogen worden, maar de grootste voorzichtigheid is geboden ten aanzien van de uitwassen van een volledige forfaitarisation.

01.25 Daniel Bacquelaine (MR): Ons stelsel van gezondheidszorg moet worden getoetst aan de mate waarin het aan de dringendste noden van de bevolking tegemoetkomt, meer bepaald aan de noden van wie het zwaarst werd getroffen en geen aanspraak maakt op een solidariteitsregeling. De ernstigste ziekten brengen hoge kosten mee. Soms moet de patiënt zijn werk opgeven, zodat het gezin ook nog een inkomen moet missen. Naast de medische kosten moeten ook die gevolgen van de ziekte worden opgevangen.

Een geneesmiddel voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer wordt voortaan terugbetaald. De centra voor cognitieve en gedragstherapie - die bij de behandeling van die ziekte worden aangewend - moeten dringend door het RIZIV worden erkend.

Ten slotte dring ik erop aan dat de onderlinge solidariteit tussen alle burgers van dit land blijft bestaan.

conventions INAMI de centres de référence, centres de la mémoire, centres de thérapie cognitive qui n'existent pas encore – je parle de la prise en charge – alors que ces centres fonctionnent maintenant dans la plupart des grandes villes du pays. Il y a là un déficit de solidarité qu'il conviendrait de combler.

Puisque je parle de solidarité, vous me permettrez de conclure, monsieur le ministre, chers collègues, en rappelant la nécessité de maintenir la solidarité interpersonnelle. C'est un aspect important de notre engagement et de nos priorités politiques. Il nous apparaît que tous les Belges doivent être solidaires avec ceux qui, parmi eux, connaissent les plus grandes souffrances. Je vous remercie de votre attention.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Themsche was de volgende spreker, maar ik zie haar niet.

01.26 Luc Sevenhans (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Themsche zal minister Dupont ondervragen. Ik vernam dat minister Dupont straks terugkomt.

De **voorzitter**: Dat zal dan na 18 uur zijn. Dan geef ik eerst het woord aan mevrouw van Gool.

Mais avant toutes choses, je dois vous dire que nous avons décidé aujourd'hui à la Conférence des présidents que la réunion de demain débiterait à 14h et pas à 14h15. Vous voyez que j'essaye même de gagner un quart d'heure! Au rythme où vont les choses, cela paraît relativement enthousiaste et optimiste. 14h demain, séance plénière. Les suppléants du Comité P ne seront désignés que plus tard comme nous l'avons dit à la Conférence des présidents, puisque les effectifs sont déjà désignés.

01.27 Greet van Gool (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, zoals ik vanochtend al heb gezegd en zoals ook andere collega's vermeld hebben, hebben wij in de commissie voor de Sociale Zaken niet de kans gehad om een aantal beleidsnota's van verschillende ministers inzake materies waarvoor onze commissie bevoegd is, te bespreken. Vandaar dat ik daarover vandaag het woord wil voeren. Ik zou graag een aantal vragen stellen zowel aan minister Demotte als aan staatssecretaris Mandaila, en enkele opmerkingen formuleren.

Ik ga eerst even in op de beleidsnota van minister Demotte, vooral het gedeelte Sociale Zaken, dat toch heel wat goede en belangrijke punten bevat. Een ervan heeft betrekking op een betere inning van de bijdragen, wat zeker een belangrijk en goed initiatief is. Mijnheer de minister, u spreekt over de invoering van een derde en een vierde weg. Dat is goed, omdat het het gerecht zal ontlasten en omdat er rekening wordt gehouden met de praktijk. Is er ook voorzien in een evaluatie? Zo ja, wanneer?

Hoewel een betere, correcte inning van bijdragen en ook een correcte toepassing van de bestaande statuten in de sociale zekerheid heel belangrijk zijn, moet dat evenzo zijn op het vlak van de fiscaliteit. Daarop legt onze fractie zeer sterk de nadruk. De sociale correctheid moet zeker ook hand in hand gaan met de strijd tegen fiscale fraude.

U wijdt ook een punt aan de verbetering van het statuut van de

De **voorzitter**: Ik stel voor dat wij het advies van de Conferentie van voorzitters van deze voormiddag volgen en de plenaire vergadering morgen om 14u in plaats van om 14u15 aanvangen. Het punt inzake de "benoeming van de plaatsvervangende leden van het Comité P" dat voor morgen was geagendeerd, zou dan worden uitgesteld. Geen bezwaar? Aldus zal geschieden.

01.27 Greet van Gool (sp.a-spirit): En commission des Affaires sociales, nous n'avons pas eu la possibilité de discuter d'une note de politique. Je vais le faire maintenant.

La note de politique du ministre Demotte comporte quelques bonnes mesures, comme l'amélioration de la perception des cotisations par l'introduction d'une troisième et d'une quatrième voie. Cette mesure va permettre de décharger la Justice et de tenir compte de la réalité pratique. Quand l'évaluation du système est-elle prévue? La lutte contre la fraude sociale doit aller de pair avec la lutte contre la fraude fiscale.

En améliorant le statut des pompiers volontaires et de la protection civile, le gouvernement

brandweervrijwilligers, wat zeker en vast een goede zaak is. Ik heb het daarover ook gehad bij de bespreking van de beleidsnota van uw collega in de commissie voor de Binnenlandse Aangelegenheden. Het is een belangrijk engagement van de regering om dat statuut van de brandweerdiensten en van de urgentiediensten in het algemeen te verbeteren. In dat verband heb ik een vraagje. Wordt overwogen om ook educatief verlof in te voeren voor medewerkers van bijvoorbeeld het Rode Kruis, vrijwillige brandweermannen of ambulanciers, die toch wel specifieke opleidingen moeten volgen? Zouden zij in aanmerking kunnen komen voor educatief verlof?

Wat ook belangrijk is, mijnheer de minister, is uw voornemen om actief deel te nemen aan de discussie over de wetsvoorstellen betreffende de vrijwilligers. Dat punt ligt ons zeer na aan het hart en wij zetten ons daar als fractie al heel lang voor in. Er was afgesproken dat de Nationale Arbeidsraad om advies zou worden gevraagd en dat we daarna de discussie en de bespreking ten gronde in de commissie zouden aanvatten. Hebt u er al zicht wanneer de Nationale Arbeidsraad zijn advies zal geven? Hebt u weet van eventuele knelpunten op dat vlak?

Ook het luik over de modernisering van de sociale zekerheid is erg belangrijk. Er zitten een aantal zeer goede, nieuwe en moderne instrumenten in zoals DMFA en ook Dimona. Ik zou willen vragen – hoewel dat natuurlijk ook van belang is – om niet alleen werk te maken van een vereenvoudiging voor bedrijven, voor werkgevers. Ik wil vragen niet alleen werk te maken van grote projecten, maar ook aandacht te hebben voor de burgers, voor de sociaal verzekerden. Als men verschillende rapporten vanuit de armoedebeweging leest, stelt men telkens opnieuw vast dat het voor heel wat mensen, vooral voor de sociaal zwakkeren, vaak erg moeilijk is om de beslissingen van overheidsinstanties te begrijpen, hun rechten te kennen en te weten hoe ze die kunnen uitoefenen. Ik wil ook voor die zaken uw aandacht vragen.

In uw beleidsnota zegt u ook dat er minder contacten zouden moeten zijn met de sociaal verzekerden. Wel, misschien is de informatisering wel een goede zaak, maar ik wil dan wel de nadruk leggen op betere contacten. Als er contacten zijn met de sociaal verzekerden, dan moet men van de gelegenheid gebruikmaken om uit te leggen hoe bepaalde zaken in elkaar zitten. Er moeten dus niet enkel minder, maar vooral betere contacten zijn. Dienaangaande wil ik ook vragen hoever het staat met de werkgroep die zou worden opgericht rond het handvest van de sociaal verzekerde en de toepassing ervan in de verschillende domeinen. Als we het hebben over automatisering, modernisering en vereenvoudiging, wil ik wijzen op de Aangifte Sociaal Risico waarvoor een belangrijke toekomst is weggelegd. Dit systeem kan belangrijke voordelen meebrengen voor de burgers, voor de werknemers.

In uw beleidsnota had u het ook over de openbare instellingen van sociale zekerheid, waarin sinds een aantal jaren de bestuursovereenkomsten lopen. Ik heb opgevangen dat die met een jaar verlengd zouden worden. Het is toch een belangrijke vaststelling dat de kwaliteit van de dienstverlening van vooral de overheidsinstellingen in de sociale zekerheid de laatste jaren opmerkelijk verbeterd is. De dienstverlening is heel wat vereenvoudigd en men is heel wat proactiever ten aanzien van de

prend un engagement important. Ces personnes travaillent dans des secteurs qui requièrent des connaissances et une formation spécifiques. Ont-elles droit à un congé éducatif?

Le ministre annonce qu'il participera activement à la discussion sur le statut du volontaire et a demandé un avis au Conseil national du travail. Quand disposera-t-il cet avis? Sait-il déjà quelles seront les pierres d'achoppement?

De bons projets, comme Dimona, sont menés dans le cadre de la modernisation des Affaires sociales. Je demande au ministre de s'intéresser aussi, parallèlement aux efforts fournis en faveur des employeurs, aux projets de moindre envergure et aux assurés sociaux. Ces derniers comprennent parfois difficilement les décisions prises par les institutions publiques et ne connaissent, pour la plupart, pas suffisamment leurs droits.

Le ministre annonce une diminution des contacts avec les assurés sociaux grâce aux outils informatiques. Je m'en réjouis, mais je plaide néanmoins surtout pour l'amélioration de la "qualité" des contacts.

Où en sont les activités du groupe de travail en charge de la charte de l'assuré social?

La déclaration des risques sociaux a un bel avenir devant elle.

Les contrats de gestion avec les institutions publiques de sécurité sociale sont prolongés d'un an et ont contribué à une amélioration de la qualité au sein de ces institutions. Les contrats de gestion constituent un instrument de mesure important du respect des règlements. Le ministre dispose-t-il déjà de résultats?

Je me réjouis de la simplification

sociaal verzekerde. Ik denk dat dat zeker te maken heeft met het handvest van de sociaal verzekerde en met de inspanningen en bereidwilligheid van de verschillende instellingen. Die bestuursovereenkomsten zijn dan ook belangrijke meetinstrumenten om na te gaan in hoeverre de verschillende verplichtingen, die door verschillende wetten worden opgelegd, worden nageleefd. Hebt u wat meer informatie over de resultaten van die verschillende bestuursovereenkomsten? Kunt u er wat meer uitleg over geven?

Mijn volgende punt gaat over de kinderbijslag. Ik denk dat ons systeem van kinderbijslag bijzonder goed is, maar het is inderdaad weinig doorzichtig. Gelukkig deed de RKW reeds heel wat inspanningen inzake klantvriendelijkheid en leesbaarheid: het is een project waarmee hij reeds jaren bezig zijn.

Het is goed dat daarnaast nu ook de regels zullen worden vereenvoudigd. Dat zal het hele systeem zeker eenvoudiger en doorzichtiger maken.

Wat de wezenbijslag betreft, heb ik al gezegd bij de bespreking van de programmawet in de commissie dat het goed is dat daaraan nu al een aanpassing komt ingevolge het arrest van het Arbitragehof. U hebt zelf ook gezegd dat er nog een aantal arresten en discriminaties bestaan waarvan, in de mate dat er budgettaire ruimte is, werk zal worden gemaakt.

Wat de automatische toekenning van kinderbijslag betreft, dit is zeker en vast een goede zaak. De informatisering en vooral het gebruik van de Kruispuntbank van het rijksregister betekent zeker en vast een belangrijke stap vooruit. Er werd een tijdje geleden al een project opgestart waardoor mensen die het leefloon krijgen, automatisch ook recht zouden hebben op de gewaarborgde gezinsbijslag. Een van de problemen was dat dit alleen maar mogelijk was voor de OCMW's aangesloten op het netwerk van de sociale zekerheid. Jammer genoeg waren dat er tot vorig jaar zeker nog niet zo heel veel. Hebt u al wat meer zicht op hoeveel OCMW's effectief aangesloten zijn? Is dit systeem van automatische toekenning van gewaarborgde gezinsbijslag voor leefloontrekkers al in werking getreden en indien ja, voor hoeveel gerechtigden?

Het is zeker en vast een goede zaak dat de nieuwe regeling van de verhoogde kinderbijslag zal worden uitgebreid.

Ik wil kort nog iets zeggen in verband met de regeling voor invaliditeit en arbeidsongeschiktheid. Ik herhaal wat ik deze ochtend aan uw collega Van den Bossche heb gezegd. De welvaartsaanpassingen en de aanpassing van het loonplafond is een goede zaak. Dat was al lang nodig en werd al lang gevraagd.

Ik pleit ervoor om aandacht te besteden aan degenen die leven van een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een invaliditeitsuitkering en de stap naar werk zouden willen of kunnen zetten, maar die heel wat obstakels moeten overwinnen. Die zijn soms van financiële aard en maken dat die mensen vaak beter af zijn als ze niet gaan werken. Het gebeurt ook dat een aantal mogelijkheden zoals herscholing, voor hen niet openstaan. Ik heb in dat verband, samen met collega Storms, een resolutie ingediend die een opsomming maakt van de verschillende knelpunten. Ik vraag uw aandacht voor deze

des règles opaques en matière d'allocations familiales. La réglementation relative aux allocations d'orphelin est également améliorée à la suite de l'arrêt de la Cour d'arbitrage. Le ministre s'est par ailleurs engagé à éliminer les discriminations qui subsistent, dans les limites de la marge budgétaire disponible.

L'octroi automatique des allocations familiales et la nouvelle réglementation relative aux allocations accrues sont des mesures positives. En ce qui concerne l'octroi automatique des allocations familiales aux personnes ayant un revenu d'intégration, le problème était que tous les CPAS n'étaient pas encore raccordés au réseau de la sécurité sociale. Combien de CPAS sont-ils raccordés dans l'intervalle et de combien de bénéficiaires s'agit-il?

J'approuve l'adaptation au bien-être de l'indemnité d'invalidité et d'incapacité de travail et la modification du plafond salarial. Je demande toutefois qu'une attention accrue soit accordée aux personnes qui souhaitent accéder au marché du travail. Elles rencontrent trop d'obstacles, essentiellement financiers. C'est la raison pour laquelle j'ai rédigé, en collaboration avec Mme Storms, une résolution qui énumère tous les problèmes.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, un projet-pilote relatif aux maux de dos sera initié le 1^{er} janvier 2005. Je demande au ministre de tenir compte des ouvriers portuaires et des ouvriers du bâtiment dans le cadre de ce projet.

Au chapitre Famille de sa note de politique, la secrétaire d'Etat se réfère à la poursuite de la collaboration avec les Etats généraux. Toutefois, il convient de prendre également des mesures plus concrètes. La secrétaire

opmerkingen en verzoek u, als het gaat over een verhoging van de tewerkstellingsgraad, mensen die arbeidsongeschikt zijn ook reële kansen op werk te bieden.

Een laatste punt betreft de beroepsziekten. Vanaf 1 januari 2005 zal het proefproject rond de rug van start gaan. Er is daarin blijkbaar voorzien dat er evaluaties zullen zijn en een mogelijke uitbreiding naar andere categorieën. Ik wil een pleidooi houden om ook bouwvakkers en havenarbeiders, die heel vaak zware lasten moeten dragen en vaak te maken hebben met mechanische trillingen, in het proefproject op te nemen.

Ik zou nog een aantal punten willen aanhalen in verband met de beleidsnota van de staatssecretaris, waarin twee grote lijnen zijn terug te vinden, enerzijds over het gezin en anderzijds rond personen met een handicap.

Inzake het gezin stel ik vast dat u verder zult werken via de staten-generaal, wat natuurlijk een goede zaak is om met de betrokken verenigingen overleg te hebben, maar het is toch ook nodig om een aantal concrete maatregelen te nemen. U zegt in uw beleidsnota dat u een analysenota vergezeld van nieuwe maatregelen aan de regering zult voorleggen. Kunt u daarover al wat meer informatie geven? Wat houden die nieuwe maatregelen of voorstellen precies in?

U spreekt in uw beleidsnota ook over het probleem van de vergrijzing. U weet dat de commissie voor de Sociale Zaken een werkgroep Vergrijzing heeft gehad, waarin ook heel wat werk is verricht over die vergrijzing en al de problemen die daarbij rijzen. Ik zou u met aandrang willen vragen om die werkgroep daarbij zeker te betrekken.

U had het ook over de geweldproblematiek. Het is goed hieraan aandacht te besteden, maar ik meen dat men ook aandacht moet hebben voor het recht op privacy en het respect voor intimiteit, zeker voor mensen die in een instelling verblijven. Ik denk daarbij aan ouderen, maar ook aan personen met een handicap, ten aanzien van wie nogal wat inbreuken op het recht op privacy of intimiteit gebeuren.

U had het voort nog over twee concrete thema's, de steun aan gezinnen met kinderen en een correcte behandeling van ouderen.

Wat de steun aan gezinnen met kinderen betreft, zijn er inderdaad heel wat gemengde bevoegdheden van de federale overheid met de Gemeenschappen en de Gewesten. Ik wil u toch vragen welke maatregelen u, naast de coördinatie van die verschillende bevoegdheidsdomeinen, zelf overweegt op federaal niveau. Denkt u misschien aan een uitbreiding of een verbetering van het systeem van verloven of denkt u aan andere maatregelen? Ik had daarover graag meer informatie gekregen.

Inzake de correcte behandeling van ouderen spreekt u van een gratis nationaal oproepnummer. Ook daarover had ik graag wat meer informatie gekregen. Wat bedoelt u daar juist mee? Wie zou het nationaal oproepnummer bemannen? Welke informatie zal daar worden gegeven? Dat is toch nog niet zo heel duidelijk.

U spreekt ook over een specifiek statuut voor hulpverleners. Wat bedoelt u daarmee? Hebt u misschien ook het statuut van de

d'Etat peut-elle nous fournir davantage d'informations à ce sujet? Quelle est son opinion au sujet du soutien apporté aux familles avec enfants? Les congés seront-ils étendus?

Le thème du vieillissement est également abordé en détail. Je demande explicitement que nous soyons associés aux activités du groupe de travail concerné. La problématique de la violence et le respect de la vie privée et de l'intimité méritent de retenir toute notre attention lorsqu'il s'agit de personnes handicapées et de personnes âgées. Un numéro vert national sera-t-il mis à la disposition des personnes âgées? Qui fera partie de ce service? Quelles informations sera-t-il possible d'y obtenir?

Le nouveau statut des secouristes s'appliquera-t-il uniquement aux bénévoles ou également aux autres catégories?

Dans la partie consacrée aux personnes handicapées, il est fait mention de l'importante réforme qui a été menée. La loi-programme a apporté de très nombreuses corrections, aussi un moment de répit est-il bienvenu. Quand procédera-t-on à une évaluation et quel sort sera-t-il réservé aux résultats?

Il est particulièrement regrettable qu'il n'y ait plus d'argent disponible pour le 'Prix de l'Amour' et le 'Prix du Travail'. Il faudra s'y atteler d'emblée si une marge budgétaire apparaît.

Le projet Community doit permettre aux communes d'introduire des demandes d'allocations par l'internet. Nous demandons que ce projet soit étendu à toutes les communes. Nous souhaitons en même temps que l'on s'intéresse aux nombreuses personnes âgées et handicapées qui restent sur la touche lorsqu'il s'agit

vrijwilligers voor ogen of gaat het nog om andere categorieën van hulpverleners? Ook daarover had ik nog graag wat meer informatie gekregen.

Wat het deel over personen met een handicap betreft, is er inderdaad een heel belangrijke en ingrijpende hervorming van het systeem van tegemoetkoming doorgevoerd.

Hoewel de administratie zowel als de verenigingen daarbij van in het begin betrokken waren, hebben wij toch moeten vaststellen dat een aantal correcties nodig waren. Wij hebben in het Parlement op veel programmawetten correcties moeten aanbrengen. Ik denk dat een adempauze in die zin wel oké is. U spreekt ook over een evaluatie. Weet u al wanneer die er zal komen? Wat zal er dan met de resultaten gebeuren? Het is ook jammer dat er geen geld is voor andere zaken zoals de prijs van de arbeid. Wij hopen dat er, niet voor 2005 maar in latere jaren, meer budgettaire ruimte komt om hiervan werk te maken.

U somt ook een aantal concrete projecten op. Het eerste project is het community-project. Daardoor zouden de gemeenten uitkeringsaanvragen via internet kunnen bezorgen. Geldt dit voor alle gemeenten of alleen voor de gemeenten die aangesloten zijn op het netwerk van de sociale zekerheid? Ik wil hier ook pleiten voor vereenvoudiging. E-government is zeer goed en een belangrijk hulpmiddel voor meewerkende instellingen van de sociale zekerheid, zoals de gemeenten. Wij moeten er wel rekening mee houden dat er nog heel wat mensen geen gebruik kunnen maken van internet. Personen met een handicap zijn bijvoorbeeld ook niet altijd in de mogelijkheid om met internet te werken.

Mijnheer de minister, u hebt vorige week in de commissie ook een toelichting gegeven bij uw plannen omtrent de medische onderzoeken. Ik denk dat het zeer belangrijk is om daar een aantal verbeteringen aan te brengen. U wil ook de procedure voor de verwerking van de aanvragen bekijken. Ik zou u willen vragen om de gebruikers en de verenigingen bij de leesbaarheid en transparantie van de beslissingen te betrekken. Ik denk dat zij veel raad, inlichtingen en tips kunnen geven over de knelpunten bij beslissingen en over hoe de leefbaarheid kan worden verbeterd. U zegt dat er gelijke toegang tot de sociale rechten moet zijn. Wat bedoelt u daarmee? Alle Belgen en alle personen met een handicap zijn immers gelijk voor de wet.

U had het over het contactcenter. Bent u van plan om een nieuw telefoonnummer te maken zoals dat ook bestaat bij de Handifoon? Is er voldoende personeel aanwezig om die nieuwe telefoonlijn te bemannen? U had het ook over de interministeriële conferentie. Ik denk dat dit inderdaad een zeer belangrijk overlegorgaan is met de Gemeenschappen en de Gewesten. Die interministeriële conferentie werd tijdens de vorige legislatuur voor de eerste keer samengeroepen.

Er waren toen drie werkgroepen. U heeft het in uw beleidsnota maar over twee: werkgelegenheid en strijd tegen discriminatie. Er was nog een derde werkgroep waarin alles wat te maken had met hulpmiddelen werd behandeld. Veel van die bevoegdheden behoren echter tot de Gemeenschappen en Gewesten. In het bijzonder het

d'ordinateurs.

De nombreuses améliorations ont été apportées en matière d'exams médicaux. La lisibilité et la transparence sont importantes dans le cadre de la procédure de traitement des demandes. La secrétaire d'Etat ne devrait-elle pas associer à la concertation les utilisateurs et les associations? Je me demande aussi ce qu'on entend par 'l'accès égal aux droits sociaux'. Cela n'est-il pas évident?

Un nouveau numéro sera-t-il attribué au Contact Center? Du personnel a-t-il été recruté à cet effet?

La conférence interministérielle constitue un organe de concertation important, mais le groupe de travail Dispositifs médicaux, qui s'occupe entre autres des chaises roulantes, ne figure absolument pas dans la note de politique générale. Cette note constitue toutefois l'instrument idéal pour élaborer également une nouvelle procédure en plus d'une nouvelle nomenclature. Le groupe de travail Emploi revêt aussi beaucoup d'importance pour les handicapés, étant donné qu'un emploi facilite considérablement l'intégration sociale. Le groupe de travail Anti-discrimination a-t-il déjà terminé l'élaboration de son protocole?

La secrétaire d'Etat veut octroyer une allocation spéciale aux sportifs de haut niveau. Cette mesure ne devrait-elle pas être financée par les Communautés? Il existe des besoins plus urgents en matière d'allocations aux handicapés au niveau fédéral.

dossier van de rolstoelen vermeldt u niet in uw beleidsnota. Ik vind dat toch wel een beetje jammer, want ik heb u al gezegd dat dit dossier al jaren wordt meegesleept. Naast een nieuwe nomenclatuur moet er ook een compleet nieuwe procedure worden uitgewerkt en dat is iets dat op die interministeriële conferentie zou moeten worden behandeld omdat dit de geëigende plaats is voor dat overleg en voor het maken van bindende afspraken.

Een andere werkgroep, namelijk die van werkgelegenheid, werd door andere collega's vanmorgen al aangehaald. Werkgelegenheid voor personen met een handicap is zeker en vast belangrijk om zich sociaal te integreren en om een beter inkomen te hebben. Het zou mij interesseren om meer te weten te komen over uw plannen. Hoe ziet u dat? Hoe denkt u een bevordering van de tewerkstellingsmogelijkheden van personen met een handicap aan te pakken?

Ik heb ook nog een vraagje in verband met de werkgroep van de interministeriële conferentie over antidiscriminatie. Er waren ook plannen om een protocol te maken dat dan door verschillende bevoegde ministers zou worden ondertekend. Hoe ver staat het met het protocol over toegankelijkheid en antidiscriminatie.

Tot slot wou ik nog even een opmerking maken in verband met uw voorstel om een speciale tegemoetkoming in het leven te roepen voor topsporters. Ik denk dat dit zeker en vast een goede zaak is die moet worden gestimuleerd. Personen met een handicap moeten aan zoveel mogelijk facetten van het maatschappelijk en dagelijks leven kunnen meedoen. Zij moeten volop aan sport kunnen doen. De vraag rijst enkel of maatregelen voor atleten - mensen die op topniveau aan sportbeleving doe - niet moeten worden gefinancierd door de Gemeenschappen en Gewesten. Is het echt nodig om op federaal niveau een nieuw soort tegemoetkoming in het leven te roepen? Als het gaat over tegemoetkomingen voor personen met een handicap zijn er immers toch nog heel wat andere behoeften die misschien eerst moeten worden ingevuld.

01.28 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, face aux défis importants de notre politique de santé publique, notamment en termes de vieillissement et de nouvelles technologies médicales, la priorité politique doit être la santé, le bien-être de notre population et surtout la pérennité de notre système de soins de santé. Des choix doivent donc être faits en termes de priorités budgétaires pour l'année 2005. Nous assistons à l'ébauche d'une vision à long terme dans le cadre de ce budget.

Avant l'analyse des principales mesures avancées, je ferai un petit préalable.

Il est tout à fait anormal que le gouvernement n'ait disposé que de données parcellaires ou d'estimations imparfaites dans le cadre de la confection du budget 2005. C'est proprement intolérable! Monsieur le ministre, la Chambre a décidé de vous aider en cette matière, puisque la Cour des comptes sera associée désormais à la réflexion sur la manière dont le budget sera élaboré. Il est regrettable que cette situation ait conduit à un débat médiatique qui n'a rien à voir avec le sujet.

01.28 Yvan Mayeur (PS): De grote uitdagingen van het beleid inzake volksgezondheid dwingen ons voorrang te geven aan het welzijn van de bevolking en het voortbestaan van het federaal systeem. De begroting van 2005 getuigt van de aanzet tot een langetermijnvisie.

Het is abnormaal dat de regering slechts over fragmentarische gegevens beschikte om de begroting van 2005 op te maken. De Kamer heeft beslist de regering hierbij te helpen omdat het Rekenhof nu ook bij de opmaak van de begroting zal worden betrokken.

Ik vind het jammer dat dit

Je partage beaucoup des préoccupations sociales évoquées par M. Goutry mais je ne comprends pas que l'on dise que pour résoudre tous les problèmes, on va défédéraliser les soins de santé.

Lorsqu'on est confronté à une absence d'évaluation correcte et à une valse de chiffres qui circulent dans les médias sur le montant du déficit de la sécurité sociale, sur les besoins en matière de santé, etc., et que cela permet à des gens de dire qu'au fond tout cela marchera mieux lorsqu'on aura tout transféré aux Régions, c'est dommageable pour le système.

Je suis, tout comme l'ensemble du PS, attaché à un système fédéral de soins de santé et non pas à un système de régionalisation qui conduirait non pas à une différence de traitement entre le Nord et le Sud du pays, mais à une forme de privatisation des soins de santé.

C'est nécessairement à cela qu'on arrivera à l'avenir si une majorité politique se dégage pour mener une politique libérale en matière de soins de santé, différente de la politique solidaire que nous menons jusqu'à présent dans le cadre de l'Etat fédéral. C'est notre crainte principale.

aanleiding was voor ontsporingen in de pers zoals de bewering dat het beter zal gaan zodra alles naar de gewesten is overgeheveld. Ik deel uiteraard de sociale bezorgdheid van de heer Goutry, maar ik begrijp niet dat men voorstelt de gezondheidszorg te defederaliseren om de problemen op te lossen. De PS blijft aanhanger van een federaal systeem voor de gezondheidszorg en is tegen regionalisering, wat op termijn zou kunnen leiden tot privatisering van de gezondheidszorg. Daar zal het uiteindelijk op uitdraaien als een meerderheid wordt gevonden die voor een liberaal gezondheidsbeleid is, dat afwijkt van het solidair beleid dat tot op heden door de federale staat werd gevoerd.

01.29 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, ik wil onze goede commissievoorzitter Mayeur publiekelijk tegenspreken. Collega Mayeur, ik ontken ten stelligste dat het pleidooi van onze fractie voor een communautarisering van de gezondheidszorg impliciet zou inhouden dat wij voor een privatisering zijn. Ik ontken dit zeer categorisch. Het ene heeft niets te maken met het andere. Het debat over de communautarisering heeft wel degelijk iets te maken met het bestaande verschil in het uitgavenpatroon tussen het Noorden en het Zuiden van het land, maar dat heeft niets te maken met het privatiseringsdebat.

01.29 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Nous préconisons une communautarisation des soins de santé et nous nous fondons, à cet égard, sur les différences en ce qui concerne la structure des dépenses entre le nord et le sud du pays. La privatisation des soins de santé constitue un tout autre débat.

Ik blijf zeggen - onze fractie heeft dit altijd gezegd - dat wij voorstander zijn van een sociale zekerheid die binnen de openbare sector blijft. Dat is een totaal ander debat dan het debat over de splitsing van de gezondheidszorg. Het heeft geen uitstaans met het privatiseringsdebat. Ik meen dat het nodig is om dit nog eens uitdrukkelijk in te brengen in dit debat.

01.30 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer Mayeur, ik wil niet het debat voeren over de uitgaven, om dan te pleiten voor een splitsing. Ik vind dat wij alles moeten bekijken vanuit de coherentie.

01.30 Luc Goutry (CD&V): Je ne souhaite pas mener ici un débat sur les différences en ce qui concerne les dépenses. Une scission des soins de santé devrait plutôt être opérée sur la base d'ensembles de soins cohérents.

Als het gaat over bepaalde zorgpakketten, voor ouderen bijvoorbeeld, dan zou het kunnen dat het beter is, bijvoorbeeld als al drierivierde van de bevoegdheden naar de Gemeenschappen is overgeheveld, dat men die volledig naar de Gemeenschappen brengt, zodat men een coherent beleid kan voeren. Als het gaat over andere stukken uit de ziekteverzekering, is het misschien helemaal niet nodig om dit te doen. In het debat moeten wij echter een zaak in de gaten houden. Als er meer en meer onverklaarbare verschillen komen en blijven bestaan, dan zijn dit telkens stimulansen om aan Vlaamse kant te zeggen dat het op die manier niet verder kan. Wij moeten dus klaarheid brengen in de uitgaven. Daarnaast is voor ons de coherentie

in het beleid de enige parameter.

01.31 Yvan Mayeur (PS): Je prends note des nuances qui sont évidemment non négligeables.

Quand je lis dans le "Knack" la longue interview de M. Justaert et M. Peeters des Mutualités socialistes, je constate que l'article est nuancé, sauf qu'il commence par une citation de M. Justaert: "Les institutions francophones wallonnes tirent du lait du système, melken het systeem". Je trouve qu'on ne peut pas dire des choses pareilles d'entrée de jeu et lancer des slogans de la sorte. On sait bien que les différences entre les Régions sont plus nuancées que cela. Cela pollue le débat, cela ne le rend pas serein sur les méthodes à adopter pour améliorer la situation de notre budget des soins de santé.

Chacun sait que notre système d'assurance-maladie repose sur un modèle de gestion qui implique étroitement les différents partenaires des soins de santé. Outre les partenaires sociaux, les organismes assureurs et les prestataires de soins jouent un rôle important. Lorsque notre système d'assurance-maladie est mis en péril, il convient que chacun de ces acteurs remplisse sa mission et prenne ses responsabilités, tant au niveau local qu'au niveau global. J'entends que le MR a l'ambition de revoir l'article de la loi qui organise la relation entre les gestionnaires et les médecins dans les institutions hospitalières. Il faut être très prudent à cet égard. Je ne suis pas convaincu que le rôle des médecins soit nécessairement de gérer une institution. Je pense que dispenser des soins, opérer, établir un diagnostic médical, c'est une chose mais gérer des problèmes financiers, économiques, de personnel hospitalier, c'est autre chose.

Je connais trop d'exemples, notamment le Chirec (le groupe Cavell) en Région bruxelloise, pour savoir que, quand on confie aux médecins la gestion d'un hôpital, cela ne marche pas nécessairement mieux; c'est le moins que l'on puisse dire. Il faut donc être nuancé dans cette approche. J'entends bien les propositions mais il faut aussi que l'autorité gestionnaire au sein d'une institution de soins puisse être maintenue de manière à ce que l'économie générale soit garantie et que l'on travaille bien dans le cadre des enveloppes budgétaires qui sont attribuées.

Dans ce contexte, le gouvernement a malgré tout décidé de prendre de nouvelles initiatives en matière d'accessibilité aux soins. Je salue particulièrement les initiatives prises en matière de prévention: la santé dentaire des enfants, le remboursement préférentiel des appareils auditifs aux enfants jusqu'à 18 ans, la prise en charge partielle du sevrage tabagique chez la femme enceinte et son conjoint ou encore le remboursement à 100% des prestations de kinésithérapie hors hôpital pour les soins palliatifs. Ce sont des choix politiques qui vont toucher directement les patients et les citoyens et qui me paraissent extrêmement positifs. Nous sommes dans un cadre de prévention médicalisée, cela relève de la compétence du gouvernement fédéral, c'est une bonne chose. Je trouve très positif que le gouvernement et le ministre de la Santé publique aient pris ces options.

Mais il y a aussi la maîtrise à long terme des dépenses en soins de santé, qui impose que chaque somme dépensée le soit de manière

01.31 Yvan Mayeur (PS): Er moeten weliswaar enkele nuances worden aangebracht. Het interview in "Knack" met de heren Justaert van de Christelijke Mutualiteiten en Peeters van de Socialistische Mutualiteiten is genuanceerd, maar begint als volgt: "de Franstalige en Waalse instellingen melken het systeem". Men kan zoiets niet zomaar poneren! De verschillen tussen de Gewesten zijn toch iets genuanceerder!

Dat werpt een smet op het debat over de verhoging van het budget voor de gezondheidszorg. Ons systeem stoelt op een beheer waarbij alle actoren zijn betrokken, waaronder de sociale partners, de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners die een belangrijke rol spelen. Al die actoren moeten hun taken vervullen en hun verantwoordelijkheid op zich nemen, zowel plaatselijk als in globo. Ik hoor dat de MR de relatie tussen de beheerders en de artsen in de ziekenhuizen wil herzien. Ik ben er niet zeker van dat wanneer de artsen de ziekenhuizen zouden beheren, zij dat efficiënter zullen doen.

Ik verheug mij over de initiatieven die inzake preventie worden genomen, met name wat de tandverzorging voor kinderen betreft, maar ook wat betreft het stoppen met roken en de palliatieve zorg.

Anderzijds moeten we de kosten van het stelsel op lange termijn beheersen en misbruiken tegengaan. Het volgen van een zorgtraject lijkt ons in dat verband een goede keuze. Het Arbitragehof vernietigde de bijdrage die kan worden gevraagd wanneer een patiënt onterecht een beroep doet op de spoeddienst. We zullen erop toezien dat dat probleem zo snel mogelijk wordt opgelost. Anderzijds mag de patiënt ook niet worden gestraft wanneer geen

objective pour répondre à un besoin qui est lui aussi objectif.

Cela implique qu'à côté des abus, il faille aussi combattre des dérives résultant d'un mauvais usage des ressources de notre système et qui créent des dépenses inutiles. Le respect d'un trajet de soins, qui sera encouragé par la modulation des tickets modérateurs, nous paraît un bon choix, notamment en ce qui concerne les urgences. Bien que je veuille rappeler, monsieur le ministre, à ce sujet, que la Cour d'arbitrage a annulé la disposition prévoyant la taxe de 12,50 euros à l'accès aux urgences. Cette annulation doit entrer en vigueur dans le courant de l'année prochaine. Nous sommes, pour ce qui concerne le groupe socialiste, très vigilants à ce que cette situation soit résolue dans les meilleurs délais.

Que le patient envoyé par un médecin généraliste ou qui se présente pour une réelle urgence, selon des critères objectifs, paye un ticket modérateur moins élevé que celui qui ne respecte pas ce trajet de soins, cela nous paraît une option qui est de nature à garantir l'accessibilité aux soins, sans pénaliser le patient qui, lui, en a réellement besoin.

Comme vous l'indiquez d'ailleurs dans votre note de politique générale, il faudra veiller à ce que ce patient ne soit pas pénalisé si l'accessibilité à la solution considérée comme optimale n'a pas été en même temps garantie. Il est des lieux où l'organisation des urgences généralistes, par exemple, n'est pas totalement garantie. Il ne faut pas que, dans ce cas-là, le patient soit pénalisé.

Il en va de même des mesures proposées dans le cadre du financement adéquat des soins hospitaliers. Compte tenu du sous-financement structurel des hôpitaux, vous proposez une augmentation de 100 millions d'euros sur une période de 3 ans du budget des hôpitaux; c'est une mesure extrêmement positive. Là aussi, je voulais souligner qu'elle sera de nature à résorber ce gros problème du sous-financement structurel auquel les hôpitaux sont confrontés. Je pense qu'il est tout à fait positif que le gouvernement se soit attelé à prendre cette mesure qui sera bienvenue dans les hôpitaux.

De plus, le montant des paiements de rattrapage pour les années 1997 et 1998, ainsi que ceux pour le calendrier de construction des mêmes années, sera accéléré et effectué en un seul versement par l'hôpital, et au rythme auquel le service finalisera les dossiers en cours. Ce sont des mesures de saine gestion. Enfin, c'est un véritable soulagement pour tous les gestionnaires d'hôpitaux qui sont mis en difficulté depuis plusieurs années.

Nous attirons cependant l'attention sur le fait qu'il convient maintenant de comparer les méthodologies et les résultats des études différentes - celle du CNEH, celle du Kenniscentrum - pour mieux cerner les difficultés financières du secteur afin d'améliorer durablement la relation entre les gestionnaires hospitaliers et les médecins, avec d'éventuelles retombées sur la facture du patient.

Il faut évidemment intensifier les actions entamées pour mettre un terme à tout gaspillage. L'exécution et le renforcement du système des montants de référence dans les hôpitaux via des forfaits, l'exécution de la loi sur la responsabilisation des dispensateurs de

wachtdienst van huisartsen wordt georganiseerd.

U stelt voor de ziekenhuisbegroting over een periode van drie jaar met honderd miljoen euro te verhogen. Dat is een goede maatregel, net zoals de versnelde uitbetaling van de achterstallen voor 1997 en 1998. Alle ziekenhuisbeheerders halen opgelucht adem. Om de verhouding tussen de ziekenhuisbeheerders en de artsen op lange termijn te verbeteren, zullen de verschillende studies echter naast elkaar moeten worden gelegd.

De uitvoering en de versterking van het systeem van de referentiebedragen in de ziekenhuizen, met name via de forfaits, de uitvoering van de wet op de responsabilisering van de zorgverstrekkers, de strijd tegen de vastgestelde praktijkverschillen en een dynamische aanpak met betrekking tot het aanbod zijn gedurfde denksporen waar wij achter kunnen staan.

De regering heeft ingestemd met een verhoging van de begroting voor geneesmiddelen in ruil voor een bijdrage van honderd miljoen euro van de farmaceutische industrie. Andere maatregelen zullen ertoe bijdragen dat bijvoorbeeld de generische geneesmiddelen vanaf juli 2005 ten minste 30 procent minder zullen kosten. In dat verband moet de informatiecampagne nog worden uitgebreid, en dat geldt ook voor de campagne ter bevordering van een rationeel gebruik van antibiotica.

De pogingen die worden aangekondigd om de Belgische Staat ertoe te verplichten bepaalde anticonceptiepillen niet langer terug te betalen houden een groot gevaar in. Contraceptie is een grondrecht van de vrouwen en het is om dat recht te versterken dat de maatregelen met het oog op

soins, la lutte contre les différences de pratiques constatées, une approche dynamique de l'offre des soins via la programmation et d'autres démarches concernant la forfaitarisation de certains soins sont des pistes audacieuses et importantes, de nature à aboutir à un changement de comportement des divers acteurs et institutions dans notre système de soins de santé. C'est pourquoi nous saluons ces mesures et nous les appuyons, bien entendu.

En ce qui concerne la politique du médicament, le gouvernement a accepté d'augmenter le budget des médicaments de manière importante. En compensation, l'industrie pharmaceutique a accepté de verser une contribution de 100 millions d'euros. Il est proposé que la rétribution des pharmaciens soit maintenue et qu'une marge minimale soit garantie.

J'en viens à une autre bonne initiative. Outre le maintien du remboursement de référence et des baisses de prix pour les médicaments remboursables depuis plus de 15 ans, le pourcentage de diminution du remboursement de référence est augmenté de 30%. Les génériques seront donc au moins 30% moins chers à partir de juillet 2005. Il importe donc que la campagne d'information pour les patients et les prescripteurs, telle que menée en 2004 pour la prescription en DCI - Dénomination commune internationale - et la prescription de génériques par les médecins soit accentuée pour que les objectifs prévus soient réellement atteints.

De même, nous comprenons la nécessité de poursuivre la campagne pour un usage rationnel des antibiotiques qui a démarré à l'automne 2004. Il faut sans cesse rappeler que si les antibiotiques ont sauvé des dizaines de millions de vies, leur consommation excessive conduit à une augmentation de la résistance à ces antibiotiques et à des problèmes sérieux tels que les maladies nosocomiales dans les institutions de soins. Cela constitue un réel danger pour la santé publique, d'où l'absolue nécessité de cette campagne, qui permet systématiquement une baisse de la consommation.

Toujours dans le domaine des médicaments, il me faut dénoncer ici la décision de certaines firmes pharmaceutiques de saisir la justice pour contraindre l'Etat belge au déremboursement de plusieurs pilules. Cette décision constitue, pour le groupe PS, une menace grave et inacceptable pour les politiques de santé menées depuis de nombreuses années. Le libre accès à la contraception est un droit fondamental des femmes, qui ont mené un combat essentiel pour que ce droit leur soit reconnu. Aujourd'hui un million de femmes prennent quotidiennement la pilule. Depuis de nombreuses années, les différents gouvernements, les mutuelles, les centres de planning familial, les associations de terrain organisent des campagnes en faveur de l'accessibilité des moyens de contraception aux femmes qui le souhaitent. Ces initiatives ont toutes pour objectif de diminuer le nombre de grossesses non désirées, qui aboutissent souvent à une interruption volontaire de grossesse. Or, dans notre pays, le nombre d'IVG reste stable et ne diminue pas: 15.000 interventions par an. Parmi les jeunes, il aurait tendance à se stabiliser, mais à la hausse: 3.000 interruptions volontaires de grossesse par an chez les 13-19 ans. C'est énorme!

C'est d'ailleurs pour combattre cette tendance qu'a été mise en place, en mai dernier, la mesure de contraception "Jeunes" que vous aviez

het gratis ter beschikking stellen van de pil voor jongeren werden ingevoerd. De praktijken van bepaalde farmaceutische firma's die de toegang tot de anticonceptiepil ter discussie willen stellen, keuren wij af. Een openbare aanbesteding voor de terugbetaling van de anticonceptiepillen lijkt ons een goed instrument.

Het is van belang, mijnheer de minister, dat u ons uitlegt hoe dat mechanisme zal werken.

In de toekomst moet, in een bredere context, ook de terugbetalingsprocedure voor geneesmiddelen in ons land worden gewijzigd. Ten slotte heeft de ramp in Gellingen aangetoond hoe belangrijk het is het herstel van brandwondenpatiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis te blijven volgen. Kan u ons meer uitleg geven over de aangekondigde maatregelen om de terugbetaling voor bepaalde verbanden en kinesithérapiebehandelingen te verhogen?

Kortom, alle actoren moeten op hun verantwoordelijkheid worden gewezen, in de eerste plaats de farmaceutische industrie. Budgettaire overwegingen mogen ons niet van het voornemen afbrengen om de gezondheidszorg toegankelijker voor de burger te maken. Bij het vervullen van die opdrachten kan u op onze onverdeelde steun rekenen.

Mijnheer de voorzitter, kan ik thans het thema van de maatschappelijke integratie aansnijden?

annoncée. D'aucuns l'ont beaucoup contestée mais elle offre une réduction forfaitaire de trois euros par mois aux jeunes filles de moins de 21 ans. Cette mesure permet la gratuité de certaines pilules pour les jeunes.

Aujourd'hui, une décision unilatérale des firmes pharmaceutiques remet en cause l'accessibilité aux pilules contraceptives. Nous ne pouvons cautionner de telles pratiques. Aussi, la méthode de l'appel d'offres pour le remboursement des pilules nous semble être un instrument légitime contre ces firmes qui utilisent tous les moyens pour éviter de baisser les prix et accroître leur marge bénéficiaire. A ce sujet, je soutiens Mme Detiège qui propose des résolutions intéressantes. Au-delà des détails techniques mis à l'étude, il est important, monsieur le ministre, que vous puissiez expliquer ici comment fonctionnera ce mécanisme de recours au marché, sans pour autant freiner l'offre, la recherche et l'innovation dans ce domaine. Je crois que l'appel d'offres pour le remboursement des médicaments est une mesure de nature à contrer les stratégies des firmes pour accroître leurs bénéfices.

De manière plus large, il convient de modifier à l'avenir la procédure de remboursement des médicaments dans notre pays. Comment peut-on imaginer laisser les firmes privées retirer du remboursement un médicament vital pour la santé publique? Il s'agit d'un problème éminemment social et éthique. La demande de remboursement ne doit plus être laissée uniquement aux firmes pharmaceutiques. Une initiative législative doit être prise. Pour atteindre les objectifs de santé publique, il convient que l'autorité puisse imposer le remboursement ou, à l'inverse, s'opposer au déremboursement. On constate une tendance sans cesse croissante consistant à introduire une demande de remboursement d'un médicament équivalent à une ancienne molécule, mais plus cher pour le patient et pour l'assurance maladie, les efforts de marketing des firmes se portant alors uniquement sur les médicaments au coût le plus élevé et aux marges bénéficiaires les plus importantes. A l'avenir, les demandes de remboursement devront être évaluées en tenant compte de la réelle plus-value thérapeutique des médicaments mis sur le marché et non pas de la plus-value financière.

Une petite incise encore, monsieur le ministre. Je terminerai par la problématique des grands brûlés. La catastrophe de Ghislenghien a révélé de multiples problèmes de gestion sanitaire durant l'hospitalisation, même si le système a bien fonctionné - vous l'avez vous-même constaté sur le terrain -; c'est important de le souligner. Durant l'hospitalisation, les grands brûlés sont accompagnés de façon intensive, on le sait. C'est parfois après leur sortie que les difficultés d'encadrement et d'accompagnement sont les plus aiguës et génèrent alors d'autres soucis. Une aide psychologique est prévue grâce à une structure de suivi ambulatoire. C'est extrêmement positif et nous saluons cette initiative. Nous aimerions savoir ce qu'il advient des mesures annoncées pour un meilleur remboursement de certains pansements ou de certaines prestations de kinésithérapeutes pour ces personnes. Monsieur le ministre, il serait utile de préciser les choses sur ce point.

Enfin, pour être bref et terminer cette partie de mon intervention, le groupe PS insiste pour que les acteurs du système soient pleinement responsabilisés et, en premier lieu, l'industrie pharmaceutique,

responsable de plusieurs dépassements.

Les considérations budgétaires difficiles d'aujourd'hui ne doivent pas entamer notre volonté d'un meilleur accès aux soins pour les citoyens. La tâche est lourde mais les mesures annoncées sont ambitieuses face aux enjeux posés pour l'avenir de notre sécurité sociale, de nos soins de santé. Monsieur le ministre, nous apportons évidemment tout notre soutien à votre politique en cette matière. Nous vous faisons confiance dans le cadre de ce budget.

Monsieur le président, puis-je intervenir sur l'intégration sociale?

Le **président**: Vous voulez vous adresser au ministre Dupont mais il ne sera pas là avant 18h15. Il participe en ce moment à une réunion du dialogue interculturel et s'en excuse.

De **voorzitter**: Minister Dupont kan pas na 18.15 uur komen. Hij neemt op dit ogenblik deel aan een vergadering van de interculturele dialoog en laat zich verontschuldigen.

01.32 Yvan Mayeur (PS): Je me permettrai donc de revenir.

01.32 Yvan Mayeur (PS): Ik kom dus straks terug.

01.33 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de minister, u bent wel niet de koningin van Engeland, maar we kunnen zonder meer zeggen dat 2004 een annus horribilis voor u was, meer bepaald met betrekking tot de financiering van de Belgische ziekteverzekering.

01.33 Maggie De Block (VLD): Le déficit de l'assurance-maladie pour 2004 se monte finalement à 650 millions d'euros. L'Etat n'est visiblement pas en mesure de maîtriser les dépenses. Il y a six ans, la norme de croissance s'élevait encore à 2,5%. Au début de l'actuelle législature, elle était de 4,5% au-dessus de l'inflation. Et nous ne parvenons même pas à la maintenir à ce niveau de 4,5%. Nous devons donc, de toute urgence, sortir des sentiers battus. Pendant 25 ans, on a prétendument économisé. Mais on s'est aperçu après coup qu'il ne s'agissait pas d'économies. L'assurance-maladie semble être immunisée contre les économies. La politique suivie en est responsable à plusieurs titres.

Nadat we in de pers wekenlang allerlei cijfers over de tekorten zagen verschijnen, eindigen we het jaar met het slechtst denkbare scenario, een tekort van 650 miljoen euro. Het is een pijnlijk verhaal van een overheid die onmachtig bleek het tekort vast te stellen en niet in staat is de uitgaven onder controle te krijgen. Kort samengevat, het is het verhaal van de ziekteverzekering van de afgelopen 15 tot 20 jaar. Waar de groeicorm zes jaar geleden nog 2,5% was, tijdens de vorige legislatuur verhoogd werd tot 3,5% en bij het begin van deze legislatuur opgetrokken werd tot 4,5% bovenop de inflatie, moeten we thans vaststellen dat ondanks een bijkomende inhaalbeweging gedurende de vorige legislatuur en het feit dat jaarlijks uitgaven buiten de groeicorm gehouden worden, we er nog niet in slagen om binnen het budget te blijven.

Het is tijd voor bezinning en niet alleen omdat het de kerstperiode is. Het is tijd om de klassieke paden te verlaten. Gedurende 25 jaar hebben we punctuele besparingsmaatregelen genomen die achteraf geen of nauwelijks een besparing bleken te zijn. Hier dringt zich een conclusie op. De ziekteverzekering zoals ze thans georganiseerd is, is ongevoelig geworden voor besparingen, net zoals de Belgische patiënt immuun dreigt te worden tegen de bestaande antibiotica.

Als beleidsmakers dragen we een aantal verantwoordelijkheden. Onze eerste verantwoordelijkheid situeert zich op het vlak van de gegevens. De realiteit van de afgelopen maanden heeft ons geleerd dat we niet over de juiste cijfers op het juiste ogenblik beschikken. U hebt aangekondigd maatregelen te zullen nemen om dat te verhelpen. De VLD kijkt hiernaar uit en steunt u daarin. Probleem is dat bepaalde organisaties over een berg gegevens beschikken, maar er alleen mee in de pers komen op het ogenblik dat het hun uitkomt en dat zij deze gegevens kunnen gebruiken om het beleid in vraag te stellen. De

Manifestement, certaines organisations disposent de données qu'elles ne divulguent que pour remettre en question la politique mise en œuvre. L'Etat n'a aucun outil qui lui permettrait de réclamer ces données. La création de l'AIM (agence intermutualiste) a même confirmé cet état de choses. On ne pourra obtenir des données correctes en temps voulu sans amener ces organisations à changer leur fusil d'épaule. Je me

overheid beschikt thans over geen enkel instrument om deze gegevens te claimen. Met de oprichting van het Intermutualistisch Agentschap hebben we deze toestand zelf bevestigd. Wie op tijd over correcte gegevens wil beschikken, zal deze organisaties moeten aanpakken. In de komende maanden zult u daarvoor de moed moeten opbrengen, mijnheer de minister.

Beschikken over cijfers is een zaak. Ze verwerken is een andere zaak. Het Kenniscentrum heeft zijn eerste werkjaar achter de rug met de gekende kinderziektes. Er zijn interessante studies afgeleverd, maar de niet-bekrachtiging van de uitbestede studie betreffende de tekorten in de ziekenhuizen heeft de wenkbrauwen doen fronsen. Een radicale afwijzing van deze studie heeft de geloofwaardigheid van het Kenniscentrum, de manier van aanpakken en de geloofwaardigheid van de raad van bestuur zwaar aangetast.

Dat soort situaties is liefst niet voor herhaling vatbaar. Willen wij stappen zetten naar een beheersbaar budget, dan denk ik dat het Kenniscentrum twee zaken zou kunnen doen.

Ten eerste, het kan werk maken van de ontwikkeling van de medische richtlijnen. Wij zeggen niet dat het die allemaal zelf moet opstellen. Op internationaal vlak is al veel werk terzake verricht. Het Kenniscentrum kan ze eventueel vertalen naar de Belgische situatie. Medische richtlijnen laten toe de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren maar tegelijkertijd ook rationeel om te gaan met de beschikbare middelen. De overheid kan beter berekenen wat de kostprijs is en kan ook een referentiekader aftoetsen aan de praktijk op de werkvloer.

Ten tweede, het Kenniscentrum zou jaarlijks minstens één sector grondig kunnen doorlichten, een audit doen en voorstellen formuleren om te komen tot een correcter gebruik van middelen in de sector. Op die manier is na enkele jaren de hele gezondheidszorg doorgelicht op efficiëntie en het correct gebruik van middelen. Dat kan aanleiding geven tot het formuleren van medische richtlijnen in elke discipline. Een inspectie of een follow-up, jaren later, kan eventueel nog nagaan in welke mate de sector zich houdt aan de nieuwe richtlijnen en er kunnen nog nieuwe bijstellingen gebeuren indien nodig.

De overheid moet controleren, maar zij moet meer gericht gaan controleren. Wij beschikken vandaag over de minimale klinische gegevens en over de minimale financiële gegevens. Wij weten dat die kunnen gekoppeld worden en geplaatst naast de medische richtlijnen. Dat geeft ons een inzicht van wat er gebeurt in welk ziekenhuis in België voor elk type van ingreep. Op dat moment weet het RIZIV waar en wanneer het moet controleren met het oog op een correct gebruik van de overheidsmiddelen zodat de veelgebruikers onmiddellijk gekend zijn.

Inzake de artsen zijn wij verheugd, mijnheer de minister, dat u in uw beleidsnota zegt dat u de responsabilisering gaat verfijnen in de komende maanden. Wij willen u daarin steunen, ook omdat dat de lineaire maatregelen en de besparingsmaatregelen zal moeten voorkomen in de toekomst. Niets is zo onrechtvaardig voor een arts die correct zijn praktijk voert dan dat hij toch nog moet meebetalen omdat er een aantal kapers op de kust is dat aan overconsumptie doet, waarbij hij, als het ware, voor die misbruiken mee moet opdraaien. Dat gebeurt nu al vele jaren en voor ons is elk jaar dat dit gebeurt er eigenlijk een teveel. Wij willen daar nu komaf mee maken.

demande si le ministre en aura le courage.

Disposer de chiffres est une chose, les traiter en est une autre. Au cours de sa première année d'activités, le centre d'expertise a produit des études intéressantes mais son étude sur les déficits dans les hôpitaux a été rejetée et ce revers de fortune a porté un coup sévère à sa crédibilité.

Si nous voulons maîtriser les dépenses, le Centre d'expertise devra élaborer des directives médicales et soumettre chaque année au moins un secteur à un audit approfondi en vue d'évaluer son efficacité et l'affectation correcte des moyens. Les directives médicales permettront d'améliorer la qualité des soins de santé et d'affecter les moyens de manière rationnelle. Après vérification du respect par les secteurs des nouvelles directives médicales, des corrections peuvent le cas échéant être apportées.

L'administration devrait procéder à des contrôles plus ciblés. Nous disposons aujourd'hui du résumé clinique minimum ainsi que du résumé financier minimum. En les comparant aux directives médicales, nous verrons ce qui se passe dans chaque hôpital pour chaque type d'intervention. Ces données permettront à l'INAMI de décider où et dans quels secteurs des contrôles s'imposent.

La responsabilisation individuelle des médecins est affinée à juste titre. Par ailleurs, une révision de la nomenclature s'impose. Au cours des vingt dernières années, trop de moyens ont été affectés aux prestations techniques. Les généralistes et les pédopsychiatres, qui fournissent des soins de santé bon marché, décrochent. Ils sont, plus que les autres prestataires, touchés par le report de l'indexation, qu'ils ne peuvent compenser en délivrant

Natuurlijk zullen wij daarmee alleen de financiën van de gezondheidszorg niet redden. Daartoe zijn meer ingrepen nodig. Samen met de collega's Vandeurzen en Gouty – die vandaag jarig is; proficiat mijnheer Gouty – zijn wij al lang vragende partij voor een herijking van de nomenclatuur. Willen wij de overconsumptie van de technische prestaties indijken, dan moeten wij bijvoorbeeld werk maken van een herwaardering van de intellectuele akte.

Waarom willen nauwelijks nog jongeren kinderpsychiater worden? Waarom haken steeds meer mensen af voor het beroep van huisarts en geraken ze gedemotiveerd, eenmaal ze toch nog in het beroep zijn gestapt? Dat komt omdat zij niet veel technische prestaties leveren en wij in de verdeling van de middelen de afgelopen twintig jaar te veel middelen naar de technische prestaties hebben laten vloeien.

Lineaire maatregelen, zoals het uitstellen van een indexering, raken dus precies het meest degenen die het zuinigst aan gezondheidszorg doen. Zij kunnen evenmin de maatregelen compenseren door meer technische prestaties. Voor hen snijdt de besparing dus dubbel zo erg in het vlees. Spijtig genoeg lijkt dat weinig door te dringen tot het beleidsniveau.

Wij moeten ook durven te kijken naar de ziekenhuizen. De heer Mayeur is er al op ingegaan. Op dat vlak is er nog veel werk aan de winkel. De heer Mayeur weet dat, want hij heeft nog een andere bezigheid.

Wij zijn blij dat men de referentiebedragen wil omvormen tot forfaits, wat wellicht een beter systeem is. Op die manier worden de problemen betreffende de terugvorderingen en de daarbij horende discussies over wie ze zal betalen, het ziekenhuis of de arts, vermeden.

Mijnheer de minister, ik dring erop aan dat de forfaits snel worden ingevoerd. Het verhaal van de referentiebedragen in de ziekenhuizen is inmiddels al enkele jaren oud en heeft hier al veel inkt en woorden doen vloeien. Er is echter nog niets van gerealiseerd. VLD zal niet accepteren dat ook de forfaits de verhalen blijven voeden en er nooit één forfait wordt gerealiseerd.

Indien u over onvoldoende medische richtlijnen beschikt of indien de bovenvermelde organisaties u onvoldoende gegevens ter beschikking stellen, dan kunt u altijd beginnen te werken met wat wij het Belgisch gemiddelde zouden noemen. Dat gemiddelde is soms een overschatting en soms een onderschatting. Het geeft u evenwel al een punt waaraan u de verschillende ziekenhuizen kunt spiegelen. U kunt altijd starten met het systeem en het bijsturen naarmate er medische richtlijnen tot stand komen.

Het voorval in het Dodoensziekenhuis werd afgedaan met het ontslag van de heer Beeckmans en door het te catalogeren als een excès, als een kanker in de ziekenhuiswereld. Het spijt mij u een illusie rijker te moeten maken, maar het Dodoensziekenhuis is geen uitzondering op de regel. Het gebeurt spijtig genoeg in vele ziekenhuizen en is er veelal de regel.

We moeten elkaar hier geen Lijzebet noemen. Ziekenhuizen zijn

des prescriptions plus techniques. Je déplore qu'on ne semble pas être conscient du problème.

Par bonheur, en matière d'hôpitaux, le ministre a découvert les montants de référence. Il veut aujourd'hui les réformer en les forfaitarisant. Ainsi, il espère éviter les problèmes des recouvrements. Du reste, ces montants de référence n'ont jamais vraiment été instaurés. Le VLD n'acceptera pas que ce manque de concrétisation se reproduise avec les forfaits.

Si le ministre ne dispose pas de chiffres suffisants, il peut déjà démarrer avec les moyennes belges qui correspondent vraisemblablement à une surestimation du prix coûtant mais cela nous permettrait au moins de démarrer et de corriger le système au fur et à mesure que des directives médicales voient le jour.

L'hôpital Dodoens n'est pas une exception. Les hôpitaux ne sont pas des entreprises qui doivent veiller à rester compétitives. La recette supplémentaire engrangée par tel département compense le sous-financement de tel autre département. Un hôpital est une grande machinerie aux innombrables rouages. Quand on touche à un de ces rouages, on touche à tous les autres.

Les médecins sont l'un de ces rouages. Ils financent l'hôpital par le biais des prélèvements sur leurs honoraires. Le ministre avait annoncé un moratoire sur la retenue que les hôpitaux opèrent sur leurs honoraires mais ça ne suffit pas. Il est impossible de responsabiliser si la relation médecin-hôpital n'est pas clarifiée sur le plan juridique.

Le budget des médicaments est systématiquement dépassé. Ces dépassements ont abouti à des ponctionnements fiscaux sur le chiffre d'affaires du secteur

bedrijven, die ervoor moeten zorgen dat zij op het einde van het jaar alle facturen kunnen betalen en er voldoende middelen zijn om nog te investeren in de toekomst door nieuwe apparatuur te kopen om hun concurrentiepositie, ook ten opzichte van andere ziekenhuizen in de regio, te versterken. Dat de patiënt daarvan niet beter of slechter wordt, maakt eigenlijk niets uit. De ziekenhuisdirecties moeten hun zaak runnen. Dat is gewoon een realiteit. De meeropbrengst van de ene afdeling moet vaak de onderfinanciering van de andere afdelingen compenseren.

Mijnheer de minister, ik hoop dat u bij de mogelijke hervorming met die realiteit rekening houdt. Een ziekenhuis is nu eenmaal een grote machine met veel kleine radertjes. Wanneer u aan het ene raakt, raakt u ook aan het andere.

Een van de kleine radertjes zijn de artsen.

Zij financieren een deel van de werking van het ziekenhuis via de opdrachten van hun honoraria. De relatie tussen ziekenhuizen en artsen is al een hele tijd problematisch op vele plaatsen. Praktijken zoals in het Mechelse ziekenhuis zijn daar niet vreemd aan. Mijnheer de minister, u hebt een moratorium afgekondigd met betrekking tot het beslag leggen op honoraria van de artsen door ziekenhuizen en dat was volgens ons een eerste broodnodige stap. Toch heb ik daar enkele vragen bij.

Hoe lang zal dat moratorium van kracht zijn? Zal dat voor enkele maanden, voor enkele jaren of tot Sint-Juttemis zijn, in welke geval wij ver van een oplossing verwijderd zijn? Als u werkelijk iets wilt doen in de ziekenhuissector, mag u die discussie niet uit de weg gaan. Collega Bacquellaine heeft er ook al naar verwezen. Responsabiliseren is onmogelijk indien die relatie juridisch niet uitgeklaard wordt. U zult de politieke moed moeten opbrengen om daaraan te remediëren, zoniet kunt u niet slagen in die opdracht.

Een ander onderwerp dat ik niet uit de weg wil gaan, is het geneesmiddelenbeleid. Het geneesmiddelenbudget is een van de klassiekers bij de overschrijdingen. Het is bekend dat de redenen divers zijn: het budget is lang wellicht onderschat geweest, er is inderdaad een stuk commercialisering van de geneesmiddelen – wij moeten daarover niet schijnheilig doen –, er is ongetwijfeld hier en daar overconsumptie en er is ook vaak een verkeerd gebruik van geneesmiddelen door patiënten. Bij de patiënt of bij de arts leeft ook nog soms het ingebakken idee dat niemand het dokterskabinet kan verlaten zonder minstens één voorschrift voor een pilletje of een drankje of wat dan ook.

Wij hebben de farmaceutische industrie de voorbije jaren een aantal heffingen opgelegd, gedeeltelijk terecht, want men kan niet iedereen responsabiliseren en dan één sector buiten schot laten. Alles heeft echter grenzen. Zo betaalde de farmaceutische industrie in 2004 meer dan 300 miljoen euro aan omzettaxaties.

Mijnheer Mayeur, voor zover u het niet mocht weten, in de programmawet was er een amendement waarbij het bedrag van 100 miljoen nog opgetrokken werd, na een akkoord met de industrie, tot 127 miljoen. Voor de volledigheid van uw dossier vermeld ik dat. Wij weten dat u in een andere commissie zat, of ailleurs.

pharmaceutique, lequel est depuis quelques années la vache à lait de l'assurance-maladie, mais cela nous amène à évoquer un autre cercle vicieux.

Wij gebruiken de farmaceutische industrie de laatste tijd dus als een melkkoe en een financieringsbron. Zo komen wij zelfs in een vicieuze cirkel terecht. Hebben wij een tekort? Er komt een nieuwe heffing. Dan wordt het tekort nog vergroot. Geen kat geraakt er in het halfroond nog aan uit waarvoor welke heffingen geheven werden. Wordt de opbrengst van de heffingen gecalculeerd binnen de 4,5 groeicijfer of niet? Is het een realistisch budget of niet? Niemand kan er nog aan uit. Misschien is dat ook wel de bedoeling. Het mag alleszins zo niet blijven duren.

01.34 Luc Goutry (CD&V): Collega, u moet mij even verontschuldigen maar die vraag moet mij toch van het hart. Dat is een klein beetje de Lano-tactiek die u nu toepast, in die zin dat we pas de programmawet hebben goedgekeurd met geen enkel amendement van jullie. De heffingen zijn ingevoerd. Er is niets gezegd en over alles is gestemd. Nu zegt u met evenveel bravoure dat we die sector belasten, dat het blinde heffingen zijn en dat we die mensen gaan uitmelken enzovoort. Het is het ene of het andere. U had dan beter vanuit de VLD de moed gehad om een amendement in te dienen. Het is gemakkelijk om eerst de wet goed te keuren en hier dan te zeggen dat ze eigenlijk niet zo goed is.

01.34 Luc Goutry (CD&V): Votre attitude me fait penser à celle de M. Lano. Le VLD vient à peine d'approuver la loi-programme que Mme De Block émet maintenant des critiques. La méthode est facile.

01.35 Maggie De Block (VLD): Mijnheer Goutry, ik ben helemaal niet hypocriet. Ik was in de commissie - u was er misschien op dat moment niet maar de heer minister kan dat bevestigen – en heb daar gevraagd of over dat bedrag een akkoord bereikt was met de farmaceutische sector, of het eenmalig was en of het voor één jaar was. Ik zei dat ik veronderstelde dat men ondertussen andere afspraken zou maken en dat men met die mensen aan tafel zou gaan zitten en dat daar een serieuze dialoog zou worden gevoerd. Mijnheer de minister, u kan dat zeggen. Ik zeg het misschien een beetje gecondenseerder maar wij hebben daar in de commissie een discussie over gevoerd. De Lano-tactiek, mijnheer Goutry, zult u misschien straks kunnen uitleggen maar die is mij onbekend.

01.36 Luc Goutry (CD&V): (...) podium komen om te zeggen dat de bedrijven te zwaar belast worden.

01.37 Maggie De Block (VLD): Ik zeg juist hetzelfde als wat ik in de commissie gezegd heb. Er is dus nog een probleem in de geneesmiddelensector wat betreft het volume van de geneesmiddelen. Het is geweten, we nemen te veel pillen in. Dat vormt op zich een bedreiging voor onze gezondheidszorg. Een geneesmiddel is altijd een beetje genezend maar ook altijd een stukje vergif dat helend kan zijn in bepaalde situaties maar dat evenzeer, als het teveel, te vaak of niet gepast gebruikt wordt, nadelig is voor een gezond mens. De groeiende resistentie tegen antibiotica zal ons in de toekomst nog zuur opbreken en in de hele discussie van de afgelopen week heb ik gemist hoe we het volume van het verbruik van bepaalde geneesmiddelen in de toekomst zullen inperken.

01.37 Maggie De Block (VLD): J'ai eu une discussion avec le ministre en commission et je tiens ici exactement les mêmes propos qu'en commission.

Un problème se pose quant au volume des médicaments. Nous en consommons trop. La résistance accrue aux antibiotiques va nous poser des problèmes. Je n'ai rien entendu à propos de la réduction de ce volume.

01.38 Magda De Meyer (sp.a-spirit): (...)

01.39 Maggie De Block (VLD): Niet altijd, neen. De comptoirproducten, mevrouw De Meyer – uw collega achter u zal dat

01.39 Maggie De Block (VLD): La responsabilisation des

kunnen bevestigen, de kilo's en containers pijnstillers die zonder voorschrift te verkrijgen zijn, vliegen de toonbank werkelijk over. Daar zijn geen voorschriften voor nodig. Die zijn trouwens heel duur voor de patiënt, dat weet u ook. Over de responsabilisering van de artsen wordt wel gepraat, maar wij denken dat het ook tijd is om te spreken over de responsabilisering van de patiënt. Van geneesmiddelen zeggen sommige partijen dat het geen gewone consumptiegoederen zijn. Het is ook spijtig dat sommige patiënten soms als consumenten worden vernoemd. Daar willen wij niet aan meedoen.

Er is ook het probleem met de prijszetting of de prijsvorming. Op voorstel van een ietwat links georiënteerde arts en gesteund door een bepaalde partijvoorzitter wilt u het Nieuw-Zeelandse model invoeren. De aanbestedingen lijken de oplossing te zijn voor ons probleem. De prijzen zullen aanvankelijk wellicht wat dalen, maar ik geloof eigenlijk niet dat ze ons probleem van betaalbaarheid zullen oplossen.

U hanteert slechts een klein deel van het instrumentarium dat Pharmac hanteert in Nieuw-Zeeland. U hebt juridisch advies ingewonnen en u laat dat starten. Ik zou hier graag een beetje uitleg hebben over dat juridisch advies. Wanneer daarmee bijvoorbeeld wetswijzigingen gepaard moeten gaan, dan zal het allemaal niet zo vlug gaan als wat er reeds in de pers geschreven werd.

Er wordt een onderzoek gedaan. Hier in de Kamer en in de Senaat zullen hoorzittingen worden georganiseerd. Ik neem aan dat u het juridisch advies nog zal laten uitdiepen. Eigenlijk zou er ook een onderzoek mogen worden verricht naar de niet-juridische neveneffecten, de neveneffecten op het gebied van de volksgezondheid, op de toegankelijkheid en op de economie.

Wij vinden dat u nogal vooruitloopt op de resultaten van de hoorzittingen en de studies besteld door de Ministerraad, en op de conclusies van de geplande hoorzittingen in Kamer en Senaat over de problematiek wanneer u zegt dat u het systeem nu reeds voor een aantal geneesmiddelen gaat invoeren.

Ik heb gehoord dat de senaatsfractie naar Nieuw-Zeeland zal gaan. Van mij mag ze gaan; misschien heeft ze niets anders te doen, maar men kan eigenlijk perfect via internet alle gegevens over het Nieuw-Zeelandse systeem vinden. Ieder heeft natuurlijk zijn werkwijze. Hoe dan ook, ik heb zelf wat opzoekingen verricht en het voorbeeld van Nieuw-Zeeland, het kiwimodel zou prachtige budgettaire resultaten opleveren.

01.40 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Collega De Block, ik heb een praktisch vraagje. U bent weer, en wat ons betreft terecht, vrij kritisch over het kiwimodel. Ik heb een zeer concrete vraag. Bent u zeker dat u hier het partijstandpunt van de VLD vertolkt? Ik herinner mij immers dat een partijvoorzitter, Bart Somers om hem niet bij naam te noemen, in een niet zo ver verleden in De Zevende Dag zeer enthousiast deed over het kiwimodel. Dat was op het moment dat hij in snelheid gepakt werd door de voorzitter van Alles Is Gratis, de heer Stevaert.

01.41 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, onze voorzitter Bart Somers - ik weet goed over wie ik spreek - heeft gezegd dat hij ermee akkoord gaat - en dat heeft de Ministerraad ook

médecins bénéficie d'un large intérêt mais la responsabilisation du patient, qui n'est pas abordée, est pourtant tout aussi indispensable. Nous ne pouvons pas considérer les patients comme des consommateurs et les médicaments, comme de simples biens de consommation.

Pour la fixation des prix, le ministre souhaite appliquer le modèle néo-zélandais. Les adjudications publiques devraient contribuer à une légère baisse des prix des médicaments, mais le problème de leur accessibilité reste posé. Quoiqu'il en soit, tous ces problèmes requièrent encore une étude approfondie: un avis juridique est nécessaire, mais nous devons connaître les répercussions des mesures prises sur la santé publique et l'économie. Si ledit modèle kiwi est appliqué dès maintenant pour certains médicaments, il s'agit d'une anticipation importante des faits.

01.40 Koen Bultinck (Vlaams Belang): En condamnant le modèle dit "Kiwi", Mme De Block ne va-t-elle pas à l'encontre de la position de son parti? Son président Bart Somers, lui, se montrait très enthousiaste à l'égard de ce modèle.

01.41 Maggie De Block (VLD): Bart Somers souhaite qu'une étude soit effectuée, ce qui est

gezegd - dat er een onderzoek zou komen. Dat is nog iets anders dan het systeem implementeren. Hij heeft ingestemd met een onderzoek naar de manieren waarop de prijs van de geneesmiddelen kan zakken. Men moet alles zeggen. Dat heeft niets te maken met het onmiddellijk implementeren van het Nieuw-Zeelands model hier.

Het Nieuw-Zeelands model zou misschien op korte termijn prachtige budgettaire resultaten kunnen opleveren, maar momenteel moet Pharmac in Nieuw-Zeeland zijn toevlucht nemen tot het uitstellen van terugbetalingen om zijn budgettaire doelstellingen te bereiken. Dat is iets wat bepaalde partijvoorzitters hier ook nog niet weten. Wellicht botst het systeem nu op zijn grenzen. Nieuw-Zeeland boekt minder mooie resultaten op dit moment op het vlak van de volksgezondheid. De lijst wordt elke maand aangepast en de patiënten moeten dus om de haverklap van geneesmiddel veranderen, omdat een ander geneesmiddel het goedkoopst wordt.

Dat is niet goed voor de therapietrouw en mijns inziens helemaal niet goed voor de patiënt. Wat te denken van de artsen die nu al waarschuwen voor de administratieve rompslomp indien zij elke maand een nieuwe lijst met geneesmiddelen krijgen die zij nu voor elke klasse op de goedkoopste manier kunnen voorschrijven? Ik kan u zeggen: vroeger was er twee keer per jaar een aanpassing van de terugbetalingsmodaliteiten.

De **voorzitter**: Mevrouw De Block, de heer Goutry wenst u te onderbreken. Er is toch nog even tijd.

01.42 Luc Goutry (CD&V): Mag ik even, collega? We zouden het debat over het kiwimodel hic et nunc kunnen voeren, maar ik vrees dat we wat dat betreft niet helemaal goed zitten. U brengt een karikatuur van het kiwimodel.

01.42 Luc Goutry (CD&V): Il s'agit d'une caricature du modèle "kiwi".

01.43 Maggie De Block (VLD): Neen, dat klopt niet.

01.44 Luc Goutry (CD&V): Goed, ik denk dat het zelfs niet eens transposeerbaar is naar onze situatie omdat wij te maken hebben met een Europese context, die er in Nieuw-Zeeland niet is. De vraag is echter of bepaalde principes en methodes uit dat model kunnen worden onderzocht om ons model te versterken. Ik denk daarbij aan de prijs-volume-contracten, de cross-deal-contracten, prijszetting, referentieprijzen...

01.44 Luc Goutry (CD&V): Si ce modèle ne peut être transposé tel quel dans le contexte européen, nous pouvons toutefois en examiner certains principes et méthodes, tels que le prix de référence, dans le but de renforcer notre modèle.

01.45 Maggie De Block (VLD): Dat moet door studie gebeuren, natuurlijk.

01.46 Luc Goutry (CD&V): De zaken die ik net opnoemde proberen wij hier trouwens ook al te doen, maar het Nieuw-Zeelands model bewijst dat het verstandig is er verder over na te denken. Men kan het kiwimodel echter niet zomaar hier implementeren.

01.47 Maggie De Block (VLD): Ten eerste, het is geen karikatuur. Er is een maandelijkse aanpassing van de lijsten in Nieuw-Zeeland. Momenteel zijn er budgettaire problemen en is het systeem er aan het kraken. Ze hebben ook problemen om nieuwe geneesmiddelen terugbetaald te krijgen.

01.47 Maggie De Block (VLD): Je veux simplement dire que le système commence à présenter des fissures dans son pays d'origine et que nous devons donc, par le biais d'auditions, etc., examiner en détail dans quelle

Ten tweede, ik ga er wel mee akkoord als u zegt dat bepaalde zaken

niet transposeerbaar zijn. In de pers wordt het Nieuw-Zeelands model echter steeds als het walhalla van het geneesmiddelenbeleid gezien. Er moeten dus hoorzittingen worden georganiseerd om na te gaan in hoeverre het model, onder de Europese regelgeving, implementeerbaar is op het Belgische model.

Mijnheer de minister, volgens ons zou het algemeen toepassen van het kiwimodel leiden tot een gezondheidszorg met twee snelheden en daar zijn wij als liberalen tegen; we zijn er trouwens altijd tegen geweest. Toen we in september het vergrijzingsdebat voerden zei elke partij trots dat de vergrijzing geen probleem was maar het prachtige resultaat van onze goede gezondheidszorg. Uiteraard is de diagnostiek erop vooruit gegaan en zijn er vandaag ingrepen mogelijk die enige tijd geleden niet konden. Deze grote vooruitgang kwam er echter ook dankzij de innovatieve geneesmiddelen. Daarin ligt de vooruitgang die we kunnen boeken in de strijd tegen de nu dodelijke ziekten en het verbeteren van de levenskwaliteit van chronisch zieke patiënten.

We moeten vermijden dat de geneesmiddelenindustrie zou wegtrekken en dat dit ertoe zou leiden dat innovatieve geneesmiddelen niet langer worden ontwikkeld. We moeten ook vermijden wat de laatste tijd het geval is, met name dat deze geneesmiddelen veel trager dan anders worden toegelaten in het terugbetalingssysteem. Hier komt een gezondheidszorg met twee snelheden opnieuw om de hoek kijken. We kunnen op reis gaan naar alle uithoeken van de wereld, ook als we niet in de Senaat zitten. Wie de middelen heeft, zal een niet-terugbetaald geneesmiddel of een geneesmiddel dat hier niet op de markt is, kunnen kopen in een buurland of zelfs veel verder weg. Wie geen geld heeft, zal dit innovatieve geneesmiddel niet kunnen innemen, ten koste van zijn gezondheid. Een dergelijk systeem, mevrouw Detiège, is niet de keuze van mijn fractie.

Mijnheer de minister, ik zal afronden. De uitdagingen zijn groot. Laten wij ten gronde allen samen werk maken van een hervorming van de gezondheidszorg en niet langer de symptomen maar werkelijk de ziekte zelf bestrijden. Laten wij bij de realiteit in België blijven en onze geesten niet laten verleiden door verre en warme landen vol vakantiesentiment. Immers, eens de vakantie ten einde, zijn we allemaal blij als we kunnen terugkeren naar België, naar onze vertrouwde, kwalitatief hoogstaande, goed toegankelijke gezondheidszorg. Het is aan u, aan ons en ook aan u, mevrouw Detiège, om dit betaalbaar te houden in de toekomst.

01.48 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik wil het debat niet nodeloos rekken, maar toch even dit. Het betoog van mevrouw De Block was, behalve over het geneesmiddelenbeleid, uitstekend en het had een hoog oppositiegehalte. Ik heb twee vragen voor u. Ik zou graag weten wat de VLD denkt over het bevriezen van de index voor de huisartsen en een over monodisciplinair syndicaat voor de artsenverkiezingen?

01.49 Maggie De Block (VLD): Ik had het wel degelijk over het bevriezen van de index, in welke verband ik zei dat het precies de artsen zijn die leven van de intellectuele prestaties, die zo moeten inleveren. Ik ben daar eigenlijk tegen. Ik hoop dat dit maar van korte

mesure ce modèle peut être instauré en Belgique, conformément à la réglementation européenne. Nous estimons qu'une application globale et irréflective du modèle kiwi aboutirait à un système de soins de santé à deux vitesses.

Des interventions autrefois impossibles peuvent aujourd'hui être pratiquées, notamment grâce aux médicaments innovants. Nous devons éviter que l'industrie pharmaceutique ne se retire. La médecine innovante reste en effet d'une importance capitale dans la lutte contre les maladies mortelles et chroniques. Un remboursement plus rapide est sans aucun doute nécessaire pour ce genre de médicaments, si nous voulons éviter que les personnes plus riches aillent les acheter à l'étranger et que s'installe ainsi un système de soins de santé à deux vitesses.

Les défis sont importants. Restons-en à la réalité belge et n'allons pas chercher des solutions dans de lointaines destinations de vacances... En matière de soins de santé, luttons non seulement contre les symptômes mais également contre les maladies. À l'avenir, nous devons faire en sorte que notre système de soins de santé de qualité reste abordable.

01.48 Luc Goutry (CD&V): L'intervention de Mme De Block était digne d'un discours d'opposition de haut vol. Que pense-t-elle du gel de l'index pour les médecins généralistes et du syndicat monodisciplinaire pour les élections médicales?

01.49 Maggie De Block (VLD): Ce sont à nouveau les médecins, qui fournissent des prestations intellectuelles, qui se voient

duur zal zijn en dat daarover niet steeds moet worden onderhandeld.

Wat betreft het monodisciplinair syndicaat, dienden sommigen van mijn collega's in de Senaat voorstellen in. Mevrouw Van de Castele heeft een voorstel ingediend en wij vinden dat daarover moet worden gediscussieerd maar ik denk niet dat dit in deze discussie thuishoort omdat het niet aan de minister is om zich daarover uit te spreken.

01.50 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, j'aborderai cinq points et poserai six questions. Le premier point concerne le financement alternatif. J'évoquerai ensuite le budget des soins de santé, la thématique des bassins de soins, les coûts à charge des patients et les services de pédiatrie.

En matière de financement alternatif, j'ai dit à l'une ou l'autre reprise ces dernières semaines, à cette tribune ou en commission, que depuis 1999 et les débuts du gouvernement Verhofstadt, un écart s'était creusé entre la croissance des réductions de cotisations patronales et la croissance du financement alternatif, écart qui se chiffre, d'après moi, pour la période 2000-2005, à 1,3 milliards d'euros. Un collègue de la majorité s'est étonné de cette affirmation. Je lui ai promis de préciser mon propos, ce que je fais maintenant.

Je me suis replongé dans les données budgétaires du comité de gestion de la sécurité sociale et je confirme que la croissance des réductions de cotisations patronales s'est élevée, sur la période 2000-2005, à 3.110.400.000 euros tandis que la croissance du financement alternatif s'est élevée à 1.775.800.000 euros, d'où une différence négative de 1.334.600.000 euros. Je reconnais toutefois qu'il y a eu en 2004 une intervention exceptionnelle de l'État, atteignant le montant non négligeable de 1.533.200.000 euros pour assurer l'équilibre financier de la sécurité sociale. Si on tient compte de cette intervention exceptionnelle, on obtient alors un solde positif de 198,6 millions d'euros.

En 2005, dans le budget qui nous est présenté aujourd'hui, on trouve encore cette intervention exceptionnelle. Selon moi, monsieur le ministre, elle devrait devenir structurelle pour être partie intégrante du financement alternatif. On peut arriver aux mêmes conclusions en partant des données budgétaires totales. En 1999, le total des réductions était de 1.980.700.000 euros alors que le total du financement alternatif était largement supérieur avec 3.170.600.000 euros, ce qui donne un boni de 1.189.900.000 euros. Cela, c'était pour 1999. Aujourd'hui, dans le budget 2005, les réductions ont fortement grimpé puisqu'on en est à un peu plus de 5 milliards, précisément 5.091.100.000 euros, tandis que le financement alternatif est quant à lui un peu plus faible puisqu'il atteint 4.946.400.000 euros. D'un boni en 1999, nous passons à un mali de 144.700.000 euros. En calculant la différence entre le boni de l'époque et le mali d'aujourd'hui, on tombe sur ce chiffre de 1.334.600.000 euros.

Si l'on tient compte, en 2005, de l'intervention exceptionnelle de 1.388.500.000€, on obtient à nouveau un chiffre de 198.600.000€ de plus qu'en 1999. Qu'en déduire? Que les deux approches amènent à la même conclusion, à savoir que l'intervention exceptionnelle 2004-

imposer des restrictions. Je suis donc opposée au gel de l'index et j'espère qu'il ne sera que de courte durée.

Mme Van de Castele a déposé au Sénat une proposition relative à une représentation monodisciplinaire.

01.50 Benoît Drèze (cdH): Sinds 1999 zijn de verminderingen van de werkgeversbijdragen en de alternatieve financiering steeds verder uit elkaar gegroeid. Het verschil bedraagt thans ongeveer 1,3 miljard euro voor de periode 2000-2005. In 2004 werd door een uitzonderlijke tegemoetkoming van de Staat om het financiële evenwicht van de sociale zekerheid te herstellen een positief saldo van 198,6 miljoen euro bereikt. In 2005 is er opnieuw een tegemoetkoming van de Staat die volgens mij structureel zou moeten worden. In 1999 werd er een overschot van 1.189.900.000 euro bereikt. In 2005 zijn de verminderingen van de werkgeversbijdragen toegenomen – tot ongeveer 5 miljard euro. In het geval van de alternatieve financiering tekent zich een omgekeerde tendens af. Ze vertoont een verzwakking en er is een tekort ontstaan. Het verschil tussen het overschot van 1999 en het tekort van 2004 bedraagt 1.334.600.000 euro.

Indien men in 2005 met de uitzonderlijke overheidsbijdrage van 1.388.500.000 euro rekening houdt, komt men opnieuw op 198.600.000 euro meer uit dan in 1999. Via twee verschillende benaderingen komt men dus tot hetzelfde besluit: de uitzonderlijke overheidsbijdrage zou permanent in de alternatieve financiering moeten worden opgenomen. Hoe het ook zij, in vergelijking met 2004 vertoont 2005 een financieringstekort van 407.400.000 euro.

Wat de gezondheidszorg betreft,

2005 de 1.533.200.000€ devrait être structurellement intégrée au financement alternatif.

Pour clôturer sur ce point, j'attire enfin l'attention sur le fait qu'en toute hypothèse, une déficience de financement alternatif de 407.400.000€ apparaît en 2005 par rapport à 2004.

Le deuxième point de mon intervention porte sur le budget des soins de santé. Nous savons tous que les projections de 2004 présentées par l'INAMI en septembre et en novembre sont très différentes. Vous nous avez conviés à une réunion conjointe exceptionnelle des commissions Affaires sociales et Santé publique. Vous avez annoncé un audit - c'était votre terme - pour y voir clair dans cette brutale variation des calculs techniques. Nous savons aujourd'hui qu'une des raisons de cette variation est le raccourcissement des délais de facturation de certains hôpitaux. J'estime qu'une telle navigation à vue ne peut plus être de mise et que, pour l'avenir, une gestion des comptabilités en partie double s'impose.

J'en arrive à mes questions.

1. Monsieur le ministre, j'aimerais que vous nous disiez où en est l'audit évoqué à l'époque et ce que vous pensez d'une tenue des comptabilités en partie double.

Le budget des soins de santé en 2005 a été établi en supposant que les dépenses de soins de santé en 2004 resteraient dans les limites fixées. Le montant du déficit accusé en 2004 constitue donc une dette à reporter en 2005. C'est pourquoi vous avez annoncé de nouvelles mesures d'économie pour un montant de 238.670.000€. Nous rencontrons une difficulté, ici au parlement: comme la réflexion progresse de jour en jour, les chiffres changent d'une note à l'autre. Il nous est difficile de discerner les options finalement retenues. Les économies dans le secteur des médicaments constituent un bel exemple. Vous annoncez aujourd'hui 115 millions d'économies supplémentaires. Elles seront notamment à charge du patient via une augmentation du ticket modérateur sur les antibiotiques et les antidépresseurs et via un élargissement du remboursement de référence. En septembre dernier, vous prévoyiez déjà 139 millions d'économies sur ce même secteur du médicament via l'élargissement du remboursement de référence et la réorientation de la consommation de médicaments vers les génériques.

2. Comment êtes-vous arrivé à trouver 115 millions supplémentaires? Nous aimerions connaître les détails actualisés des différentes mesures en matière d'économie sur les médicaments.

En outre, vous avez prévu une augmentation de la contribution de l'industrie pharmaceutique à concurrence de 27 millions d'euros. Ce montant a déjà largement varié depuis l'établissement du budget des soins de santé, fin septembre.

3. Pouvez-vous préciser comment vous comptez procéder?

Pour terminer sur le secteur des médicaments, je voudrais dire que j'ai appris, lors de la précédente intervention, que la commission de la Santé publique du Sénat aurait l'intention de se rendre en Nouvelle-Zélande. Il me semble qu'un tel voyage, en outre coûteux, serait sans

zijn de voorspellingen van het RIZIV voor september en november erg uiteenlopend. Dit zou onder andere te verklaren zijn door het feit dat sommige ziekenhuizen de achterstand bij de facturering gedeeltelijk hebben weggewerkt. Om de toestand te verduidelijken, moet voortaan een dubbele boekhouding worden gevoerd. Mijnheer de minister, hoe ver staat het met de doorlichting die ter zake was gevraagd?

Bij de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg van 2005 is men ervan uitgegaan dat de begroting van 2004 niet zou worden overschreden. Voor 2005 staat men dus al van bij het begin in het rood.

U kondigt een besparing in de medische sector van 115 miljoen euro aan door het remgeld voor antidepressiva en antibiotica te verhogen, maar in september voorzag u op een soortgelijke basis ook al in besparingen. Waar hebt u die bijkomende 115 miljoen gevonden?

U hebt de bijdrage van de farmaceutische industrie met 27 miljoen euro verhoogd. Hoe bent u van plan te werk te gaan?

De senaatscommissie voor de Volksgezondheid heeft een dure studiereis naar Nieuw-Zeeland gepland. Volgens mij is die reis niet zo interessant omdat België, in tegenstelling tot Nieuw-Zeeland, meerdere farmaceutische ondernemingen op zijn grondgebied herbergt waarvan de prijzen op de buitenlandse markt als referentieprijzen gelden. Die ondernemingen bieden de sociale zekerheid 'cadeaus' aan in ruil voor het behoud van hun hoge prijzen. Dat is gevaarlijk want die praktijk verstevigt de positie van de farmaceutische industrie tegenover de macht van de staten.

U wil "zorgregio's" creëren waarbij voor een geografisch gebied in

beaucoup d'intérêt. En effet, nous pouvons, à l'heure actuelle, disposer des informations sans se déplacer. Par ailleurs, – et vous le savez sans doute mieux que moi – la Belgique dispose, contrairement à la Nouvelle-Zélande, de plusieurs entreprises pharmaceutiques importantes sur son territoire. Ces entreprises sont prêtes à faire des "donations" au budget de l'INAMI à condition de pouvoir maintenir des prix élevés car ces prix servent de référence sur les marchés étrangers. Ce système est acceptable s'il est appliqué à court terme, mais il constituerait un danger s'il devait être appliqué à long terme. En effet, au niveau transnational, la reproduction d'un tel mécanisme dans chacun des pays européens, par exemple, conforte l'industrie pharmaceutique par rapport au pouvoir des Etats et au portefeuille des patients.

Ma troisième intervention porte sur les bassins de soins. Monsieur le ministre, vous voulez mettre en œuvre des bassins de soins que vous définissez – et je cite – "comme une zone géographique d'un seul tenant au sein de laquelle tous les professionnels de santé, infrastructures de soins et équipements médico-techniques nécessaires à satisfaire les besoins objectifs de la population sont réunis".

La manière dont vous présentez votre projet suscite deux craintes importantes. Nous craignons tout d'abord la mise en œuvre d'un système bureaucratique déconnecté des réalités de terrain – permettez-moi l'expression anecdotique d'usine à gaz. Il ne faudrait pas fonder tous ses espoirs sur une grosse machinerie dont la mise en œuvre mettra beaucoup de temps sans garantie de résultats. Par ailleurs, le projet ne peut évidemment avoir comme arrière-pensée d'ouvrir une guerre entre le réseau public et le réseau privé. Vous dites dans l'une des notes et je cite: "La réalisation des bassins de soins requiert un changement des mentalités et des logiques de l'offre de soins hospitaliers qui répond trop souvent davantage à des réflexions fondées sur des logiques d'appartenance philosophique qu'à un intérêt de santé publique". Si vous n'avez pas cette arrière-pensée d'ouvrir une guerre, certains vous font pourtant ce procès d'intention, ce qui contribue à crispier la situation.

Mon parti est pour la notion de bassin de soins mais à deux conditions.

1. La dynamique doit partir des acteurs eux-mêmes, en toute liberté et surtout dans un climat de confiance. Nous pouvons convenir que l'impulsion vienne, à un moment donné, d'en haut, mais il faut évidemment une adhésion locale.
2. Les structures publiques doivent, au préalable, être rendues autonomes et responsables quant à leur financement sinon le jeu serait évidemment faussé.

Pour ces raisons, mon parti propose de mener une première expérience de bassins de soins dans un domaine particulier et d'évaluer cette expérience avant de lancer une réforme titanesque à l'échelle du pays et sur l'ensemble des soins de santé.

Pour prendre la mesure de la difficulté qui nous attend, permettez-moi, monsieur le ministre, de lire un extrait d'une interview parue hier, de la ministre de la Santé en Région wallonne, Mme Christiane Vienne.

één dekking van de behoeften van de bevolking wordt voorzien. Maar gaat men op die manier geen bureaucratische regeling in het leven roepen die helemaal niet strookt met de werkelijkheid? Anderzijds beschuldigen sommigen u ervan op die manier een "oorlog" tussen de openbare en particuliere voorzieningen te ontketen.

Ikzelf steun de oprichting van "zorgregio's", maar op twee voorwaarden: de betrokken actoren uit de sector moeten zelf de dynamiek ervan op gang brengen en de openbare structuren moeten autonoom worden op het gebied van hun financiering. Mijn partij stelt de oprichting van een zorgregio voor bij wijze van experiment, waarvan de werking zal moeten worden geëvalueerd alvorens die structuur in het hele land wordt ingevoerd. De Waalse minister mevrouw Vienne heeft in de pers verklaard dat een dergelijke regeling haar zeer theoretisch leek en moeilijk op echte mensen kon worden toegepast. Haar uitspraken verbazen mij niet, ook al stellen zij me wat teleur omdat zij uitgaan van een partijgenote die het probleem eerst intern had moeten bespreken alvorens dat soort van verklaringen tegenover de buitenwereld af te leggen.

U zegt dat de taakverdeling tussen het federale niveau en de deelstaten optimaal moet zijn. Hoe ziet u die precies?

Tussen 1998 en 2003 stegen de patiëntenkosten met 33 procent. Bereikt het RIZIV zijn begrotingsdoelstellingen ten koste van de patiënt? Zijn er geen grenzen aan de responsabilisering van de patiënt? Zou het geen goed idee zijn een monitoring van de patiëntenkosten in te stellen, om aan de bestaande uitwassen paal en perk te stellen?

U kondigde in de pers aan dat een

A la question de savoir si des hôpitaux ou d'autres services vont fermer, elle répond: "Il est trop tôt pour parler réellement de bassins de soins. Je ne partage pas nécessairement l'ensemble de la perception du fédéral. Tout d'abord, je ne suis pas certaine que les bassins de soins soient la bonne manière de répondre à la problématique actuelle. En effet, un bassin de soins, c'est quoi? Une zone territoriale? Et alors? Comment va-t-on obliger les gens à se rendre à tel ou tel hôpital? Les gens d'Ath vont se faire soigner à La Louvière ou à Mons. Si on fait un bassin de soins à Tournai, devront-ils changer leurs habitudes? L'accepteront-ils? Le fonctionnement des hôpitaux n'a, en fait, rien de commun avec les zones géographiques. Par ailleurs, on devra tenir compte des hôpitaux universitaires. Est-il possible qu'ils entrent dans l'organisation de bassins de soins alors qu'ils possèdent de nombreux aspects transversaux?"

La ministre poursuit un peu plus loin: "Je suis consciente que les hôpitaux wallons doivent poursuivre leur rapprochement, comme à Tournai par exemple. Toutefois, on ne pourra pas accepter que l'on mette en place un modèle théorique de bassin de soins et qu'on le plaque sur des habitants et une région composée d'êtres humains. C'est impensable et voué à l'échec. Je ne veux pas de mise sur pied autoritaire. Il faudra évidemment faire des économies mais on devra garder une offre de soins sérieuse pour le patient".

Je ferai deux commentaires. Je ne suis pas surpris par ces propos. J'entends souvent ce type de craintes, en particulier au sein du secteur hospitalier. Par contre, je suis surpris et je regrette que ces propos soient tenus par une collègue ministre socialiste. Depuis quelque temps, nous étions habitués à des débats internes au PS - comme dans chaque parti démocratique, d'ailleurs - et par une expression publique concertée et de synthèse, après le débat interne.

J'arrive à ma quatrième question. Monsieur le ministre, dans un enjeu aussi essentiel que l'avenir de notre système de soins de santé, nous attendions une articulation optimale entre le fédéral et les entités fédérées. Je souhaiterais que vous précisiez comment vous comptez répartir les rôles et les responsabilités de chacun et comment vous comptez coordonner le travail.

Mon quatrième point a trait à la croissance des coûts à charge des patients. Selon une étude récente des mutualités chrétiennes, les coûts hospitaliers à charge des patients ont augmenté en moyenne de 33% en termes nominaux sur la période 1998/2003. Monsieur le ministre, vous négociez actuellement de multiples efforts budgétaires avec les différents acteurs de soins. Si ces efforts ne se réalisent pas entièrement dans la pratique, on peut craindre que l'objectif budgétaire de l'INAMI se réalise en partie sur le dos des patients. Vous voulez responsabiliser les patients et augmenter certaines cotisations personnelles dans un contexte de plus grande sélectivité.

Vous dites par ailleurs, dans une de vos notes, que jusqu'à présent, lors des décisions relatives aux soins de santé, on ne regarde que l'impact budgétaire pour l'assurance maladie et non l'impact sur les dépenses privées.

En conclusion, je pense qu'il y a des limites à la responsabilisation des patients. Sauf dans les couches sociales les plus modestes, ne dit-on pas "la santé n'a pas de prix". Le patient choisira toujours la

breed overleg met de pediatriediensten zou worden opgezet, dit nadat een ziekenhuiscentrum in dat verband uiting gaf aan zijn ongerustheid. Hoe staat het met het overleg? Ik hoop dat u beseft dat de sluiting van een pediatriedienst tot de opdoeking van andere - verwante - diensten, zoals de kraamafdeling, kan leiden.

formule la plus rassurante même si c'est la plus chère.

Nous estimons que l'évolution des coûts à charge des patients doit être suivie de près. C'est pourquoi, à l'instar de la norme de croissance du budget de l'INAMI, les fameux 4,5% en termes réels, nous proposons de réfléchir à l'instauration d'un système de monitoring des coûts à charge des patients qui enrayer la dérive actuelle, les 33% évoqués tout à l'heure. Monsieur le ministre, et c'est mon cinquième élément en termes de question, que pensez-vous de cette idée d'un système de monitoring?

Le dernier point que j'aborderai est relatif aux services de pédiatrie. Ma collègue Mme Wiaux vous a interrogé à ce sujet le 16 novembre dernier notamment à propos du service de pédiatrie du centre hospitalier de Dinant. Vous lui aviez répondu: "Les hôpitaux peuvent me faire des propositions spontanément. (...) Une section donnée ne sera pas fermée en l'absence de solution de rechange valable". Par ailleurs, dans un article paru dans "La Libre Belgique" du 22 octobre 2004, on vous prête les propos suivants: "Le projet n'est pas encore abouti. Il ne devrait pas l'être d'ici trois semaines après une large concertation". Le 27 octobre 2004, vous répondez par courrier à un centre hospitalier s'inquiétant de vos projets: "Nous souhaitons profiter d'une discussion entamée avec les pédiatres pour proposer une restructuration, puis, à terme, si nécessaire, une rationalisation des services de pédiatrie. Dans ce cadre, je suis évidemment attentif à préserver une accessibilité aux services de pédiatrie". Vous terminez votre lettre en disant: "Il est bien évidemment question d'y intégrer la notion d'action justifiée. Les mesures proposées inciteront clairement les différents acteurs concernés à collaborer, permettant de rencontrer les différents objectifs".

Aujourd'hui, deux mois après, - c'est ma dernière question - pouvez-vous nous dire où en est la large concertation annoncée? Etes-vous conscient que la fermeture d'un service de pédiatrie peut induire un effet domino au sein d'un hôpital et entraîner, par exemple, une fermeture en cascade d'une maternité ou affaiblir un service de chirurgie? Garder quoi qu'il arrive une articulation entre maternité et pédiatrie serait sans doute une balise importante à respecter.

De **voorzitter**: Collega', ik probeer een beetje orde te scheppen in de volgende lijst.

J'insiste: bien sûr, tout le monde parle aussi longtemps qu'elle ou il le souhaite. Il ne manquerait plus que cela, quoique la limite de temps soit de 30 minutes dans la discussion générale. Mais, comme nous sommes dans les budgets et qu'il y a un petit problème de notes, je suis aussi généreux que faire se peut.

Ik wil mevrouw De Meyer het woord verlenen en daarna mevrouw Gerkens, mevrouw Dierickx, mevrouw Lambert, de heer Verhaegen, mevrouw Detiège en mevrouw Van Lombeek. Ik zal mevrouw Vanthemsche, mevrouw Lanjri en de heer Mayeur groeperen voor minister Dupont. Mevrouw Jiroflée, ik was u vergeten, maar u staat ook op de lijst.

01.51 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, heren ministers, mevrouw de staatssecretaris, collega's, ik zou graag samen met de collega's Karin Jiroflée en Maya Detiège een beetje een andere insteek geven in het debat. Ik zou eigenlijk een positieve noot willen brengen in dit debat. We zijn heel blij dat er recentelijk een brede, maatschappelijke discussie woedt over onze gezondheidszorg en de kostprijs daarvan, maar de voorstelling als zou onze Rijkssocialezekerheid in het algemeen en onze gezondheidszorg in

01.51 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Présenter notre sécurité sociale comme un navire qui fait naufrage est une erreur. Je tiens dès lors à nuancer quelque peu ce débat. Les soins de santé belges comptent parmi les meilleurs au monde et suscitent l'envie de nos

het bijzonder er uitzien als een zinkend schip, is toch een totaal foute voorstelling van zaken. Wij hebben op dit moment in België een hoogstaande en kwaliteitsvolle gezondheidszorg die heel wat landen ons benijden. Het is niet voor niks dat buitenlanders proberen in eigen land lange wachtlijsten te vermijden om in ons landje naar het ziekenhuis te komen.

Als we de totale uitgaven van de gezondheidszorg bekijken, zijn we trouwens niet zo ver verwijderd van de OESO-middelmaat. Als we de totale gezondheidszorguitgaven op federaal, regionaal en lokaal vlak, de sociale zekerheid, de out-of-pocketbetalingen en de betalingen door de private verzekeraars samennemen en daarin alles verrekenen, onder meer de uitgaven voor curatieve, preventieve en geestelijke gezondheidszorg, dan bedraagt het totaal pakket aan gezondheidszorguitgaven in België 9,1% van het bruto binnenlands product. In de OESO-landen is het gemiddelde 8,5%. Van de ons omringende landen besteden Duitsland 10,9% en Frankrijk 9,7%, dus meer dan wij. Nederland besteedt even veel als België, maar in Nederland ligt het aandeel van de overheidsuitgaven inderdaad lager. In 2000 kwam in Nederland 63% van de gezondheidszorguitgaven van de overheid en bij ons was dat 72%.

Ik geef deze cijfers maar ter overweging, niet met de bedoeling te zeggen dat alles in orde is en dat we op onze lauweren kunnen rusten. Absoluut niet. Er moeten zeker structurele ingrepen gebeuren om ons systeem niet te laten ontsporen. Er mogen inderdaad geen onverantwoorde verschillen zijn tussen onze ziekenhuizen. Die moeten dringend worden weggewerkt. U zult ons niet het tegendeel horen beweren, maar nuanceringen zijn toch wel op hun plaats. Naar onze mening zitten in de beleidsnota van de minister belangrijke handvaten om tot die structurele verbeteringen te komen.

Volgens ons is het een belangrijke boodschap dat ondanks al die doemscenario's en slechte berichten globaal genomen de bereidheid in Vlaanderen tot solidariteit en tot steun aan de Rijkssocialezekerheid groot is, volgens het onderzoek van Elchardus in 2002.

Tijdens deze bespreking zou ik dan ook graag het accent leggen op de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg. Dat is voor ons als socialisten eigenlijk het allerbelangrijkste. Iedereen moet zonder onderscheid een beroep kunnen doen op onze hoogstaande geneeskundige zorg. Daarom stellen we de maximumfactuur centraal.

Ik geef toch enkele cijfers. In 2003 hebben meer dan 200.000 gezinnen voor een gemiddeld bedrag van 300 euro per gezin terugbetalingen gekregen via de MAF. In 2004 zaten we al aan 408.000 gezinnen met 800.000 rechthebbenden, voor een bedrag van 154 miljoen euro of 380 euro per gezin. Het is duidelijk dat de MAF een cruciale functie verzorgt in de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg.

Wij willen dan ook alles op alles zetten om de MAF verder te optimaliseren. Dat is ook nodig wanneer wij zien dat de ziekenhuizen recent aan de alarmbel hebben getrokken wegens een groeiend aantal onbetaalde ziekenhuisfacturen. De prefinanciering van de MAF blijft een probleem voor mensen die het moeilijk hebben. Hieraan moet voort worden gesleuteld. Zeker in de grote steden blijven er barrières voor de gezondheidszorg voor de armsten. De toename van

voisins. Le montant des dépenses en matière de soins de santé s'élève à 9,1% du PIB et est donc proche de la moyenne de 8,5% fixée par l'OCDE. L'Allemagne et la France dépensent plus d'argent dans les soins de santé, les Pays-Bas en dépensent autant que nous, mais la participation des pouvoirs publics est inférieure à la nôtre.

Je ne nie évidemment pas que des mesures structurelles sont nécessaires pour éviter le dérapage du système. La note de politique comporte un certain nombre de mesures efficaces à cet effet. Ainsi, les différences inexplicables en ce qui concerne les dépenses régionales doivent en effet être supprimées.

Pour le sp.a, l'accessibilité aux soins de santé est extrêmement importante. Le montant maximum à facturer joue un rôle essentiel à cet égard. Alors qu'en 2003, 200.000 ménages ont bénéficié d'un remboursement de 300 euros, 408.000 ménages ont perçu un montant de 370 euros en 2004. Nous devons tout mettre en œuvre pour continuer à optimiser le système. Les arriérés de paiement de factures des hôpitaux continuent à poser problème. Le paiement anticipé de la facture d'hôpital reste très difficile pour de nombreuses familles.

Selon l'étude du professeur Loeckx, les plus démunis continuent à rencontrer des obstacles financiers. L'augmentation des consultations au sein des trois centres de Médecins Sans Frontières de notre pays constitue un signal. Selon le rapport annuel 2003 de l'INAMI, le nombre de personnes non protégées a augmenté de 46 pour cent dans notre pays. Il s'agissait de 163.023 personnes en 2003. Pour ces personnes, des actions spécifiques sont nécessaires par le biais

de raadplegingen in de 3 medische centra van Artsen zonder Grenzen is hiervan een teken aan de wand. De uitspraak "arm maakt ziek" klopt eigenlijk nog altijd.

In het jongste jaarverslag over armoede wijst professor Louckx op blijvende financiële barrières met als belangrijk elementen het preciaire statuut in de ziekteverzekering of het ontbreken van een hospitalisatieverzekering. Thuislozen, woonwagenbewoners of personen zonder volledige dekking, dus mensen zonder wettige verblijfstatus, mensen die geen bijdrage betalen of die hun administratieve verplichtingen niet nakomen, vormen een erg kwetsbare groep. Wij vragen extra aandacht voor hen. In het RIZIV-jaarverslag van 2003 wordt een opvallende tendens blootgelegd. Sinds 1999 steeg het aantal niet-beschermde personen met 46%. In 2003 spreken wij over 163.023 mensen. Dat is een belangrijk aantal, waarvoor wij als socialisten belangstelling moeten blijven hebben.

De gezondheidsbarrières voor de armsten zitten zowel op het financiële als het psychosociale vlak. Er moet voort worden gewerkt aan de communicatieve vaardigheden van de artsen in de opleidingen en de toegankelijkheid van ons zorgsysteem moet verder worden geoptimaliseerd door de eerstelijnszorg zo goedkoop mogelijk te houden en een extra inspanning te leveren voor de kansarmen. Men moet in het beleid rekening houden met het feit dat de armsten vaak geen boodschap hebben aan ruime publiekscampagnes. Folders worden niet gelezen of niet begrepen. Voor die doelgroep moeten specifieke acties worden ontwikkeld door de bestaande organisaties, zoals de ziekenfondsen, ingebouwde CAW's, diensten GVO's, het OCMW enzovoort, een belangrijke rol te laten spelen. Ook de verenigingen waar armen het woord nemen, moeten nauwer worden betrokken. Zo kan een aantal zaken, zoals het oneigenlijk gebruik van wachtdiensten of spoedgevallendiensten, worden teruggedrongen en kan de functie van de huisarts worden opgewaardeerd.

Wij willen inderdaad een lans breken voor de huisarts. Daarmee stel ik mij op dezelfde lijn als een aantal collega's die hiervoor al een lans hebben gebroken. In grote steden is duidelijk aangetoond dat forfaitair werkende wijkgezondheidscentra waar patiënten zijn ingeschreven en geen persoonlijke bijdrage meer hoeven te betalen en huisartsen die de regeling van de derde betaler toepassen, in belangrijk mate drempelverlagend werken. De 9 bestaande wijkgezondheidscentra in Vlaanderen en de 40 maisons médicales in Wallonië verdienen meer ondersteuning en navolging.

Dergelijke wijkgezondheidscentra kunnen uitgroeien tot het sociaal contactpunt in de buurt, ingebed in de wijk waar diverse diensten, zoals naast de huisarts ook de raadpleging van Kind en Gezin, de OCMW-hulpverlening enzovoort, kunnen worden gebundeld.

De **voorzitter**: Mevrouw De Meyer, mag mevrouw De Block u onderbreken?

01.52 Maggie De Block (VLD): Mevrouw De Meyer, we zijn het eens over het goede werk dat die mensen in achtergestelde stedelijke gebieden verrichten. Mag ik u echter wel wijzen op het kostenplaatje van dergelijke wijkgezondheidscentra? Er is daarover recent heel wat te doen geweest. Die centra zouden werkelijk geldverslindend zijn en de patiënten daar zijn gouden patiënten. Als u zegt dat zoiets nog meer zou moeten, moet u weten dat daaraan een zeer hoog

d'organisations existantes telles que les CPAS, les CAW, les GVO, les mutuelles et les associations au sein desquelles les plus démunis peuvent prendre la parole. Je plaide également pour une formation en communication pour les médecins.

Le médecin généraliste a également un rôle important à jouer. Les soins de santé de première ligne doivent être développés de manière optimale. Les centres de santé de quartier travaillant sur base forfaitaire, où l'inscription est totalement gratuite, et les médecins qui travaillent selon le système du tiers payant, jouent un rôle majeur également, qui doit être développé et appuyé.

01.52 Maggie De Block (VLD): Ces centres fournissent en effet du bon travail dans les quartiers défavorisés, mais ils coûtent très cher à la sécurité sociale. Mme De Meyer en est-elle consciente?

kostenplaatje verbonden zal zijn. Als u een kat een kat noemt, moet u ook weten hoeveel ze kost.

01.53 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mevrouw De Block, ik dank u voor uw opmerking. Dit is immers een heel belangrijke discussie. De investering in de wijkgezondheidscentra betaalt zichzelf tienvoudig terug doordat men alles wegneemt bij de specialisten en bij de spoedgevallendienst van ziekenhuizen. Daar ligt het kostenplaatje veel hoger dan bij een laagdrempelige huisartsenpraktijk waar de mensen gemakkelijk terecht kunnen. Dat is een terugbetaling op veel grotere schaal dan tot nu toe het geval is.

01.54 Maggie De Block (VLD): Mevrouw De Meyer, die multidisciplinaire equipes bestaan uit huisartsen en specialisten die daar consultaties houden. Er zijn mensen voor de verpleging, voor de kinesithérapie, enzovoort. Het is al te gek te zeggen dat dit wordt terugbetaald omdat er dan minder prestaties in ziekenhuizen nodig zijn. Die mensen moeten nog steeds worden doorverwezen naar ziekenhuizen voor ingrepen of voor technische onderzoeken. Waar haalt u het dat dit zichzelf zal terugbetalen? Dat is te gek. Ik snap niet hoe u daar kunt intrappen.

01.55 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Hetgeen u zegt, is totaal onjuist. Recent gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek in The Lancet geeft mij daarin trouwens voor 100% gelijk. In ons land zijn verschillende professoren daarmee bezig. Het is duidelijk dat de sterk ontwikkelde eerstelijnszorg met inschrijvingen en echelonnering zoals die wordt gepromoot in de wijkgezondheidscentra zowel op het vlak van kosten van gezondheidszorg als van de kwaliteit van de zorg veel hoger scoren dan in eender welk land met een veel zwakker uitgebouwde eerste lijn.

01.56 Maggie De Block (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik wil bij gelegenheid graag dat wetenschappelijk onderzoek van The Lancet lezen dat mevrouw De Meyer aanhaalt. Hetgeen ik heb gelezen met betrekking tot de extreem hoge kostprijs stond in een studie over de momenteel in België werkende wijkgezondheidscentra die wij hier in het Parlement hebben gekregen. Als ik mij niet vergis, heeft The Lancet hier geen wetenschappelijk onderzoek verricht.

01.57 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Toch wel. België was mee betrokken in het onderzoek van The Lancet en ik zal mevrouw De Block met veel plezier die gegevens bezorgen.

Wij pleiten voor een radicale investering in de eerste lijn met een maximale toegankelijkheid, maar willen absoluut een rationalisering en een hiërarchie daarboven. Het moet gedaan zijn met het gegeven dat in de gezondheidszorg iedereen per se alles wil doen.

Het is de huisdokter die moet doorverwijzen naar de specialist, die op zijn beurt moet doorverwijzen naar het ziekenhuis, dat ten slotte opnieuw kan doorverwijzen naar het universitair ziekenhuis. Het is toch al te gek dat in een universitair ziekenhuis bijvoorbeeld ook nog enkelverstuikingen worden behandeld. Een goede hiërarchie en taakverdeling kunnen miljoenen besparen en zijn beter voor de patiënt, die te maken krijgt met dokters die gespecialiseerd zijn in een bepaalde materie en een grote routine hebben op een specifiek terrein.

01.53 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Les coûts sont compensés parce qu'il faut faire appel moins souvent aux spécialistes onéreux et aux services d'urgence des hôpitaux.

01.54 Maggie De Block (VLD): Ce raisonnement est faux, les centres de quartier doivent également orienter des patients vers les hôpitaux pour des interventions chirurgicales et des examens techniques.

01.55 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Une enquête publiée dans "The Lancet" me donne raison. Ces centres favorisent une réduction des coûts.

01.56 Maggie De Block (VLD): Je ne connais absolument pas cet article. Je me base sur l'étude du Parlement qui met en évidence que ces centres sont extrêmement coûteux.

01.57 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Je plaide également en faveur d'une rationalisation plus avant, d'une hiérarchie plus claire et d'une description des tâches dans le secteur des soins de santé. Le médecin généraliste doit être le premier point de contact qui oriente le patient vers un hôpital général ou finalement vers un hôpital universitaire.

Je plaide également en faveur d'une réglementation et d'une planification claires pour les cliniques du sein afin que le cancer du sein puisse être dépisté rapidement et efficacement chez

In dit kader past trouwens ons recent pleidooi voor een reglementering van borstklinieken in België. Laten wij alsjeblieft niet opnieuw in het euvel vervallen dat elk ziekenhuis in België zijn eigen borstkliniek opricht, maar laten wij tot een plan, een spreiding en een reglementering komen. Borstkanker blijft de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen tussen 35 en 70. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de overlevingskansen van vrouwen met borstkanker drastisch stijgen in geval van een vroege diagnose en een behandeling door een multidisciplinair team in een erkende borstkliniek die een voldoende aantal ingrepen per jaar uitvoert.

Het is onverantwoord dat er vandaag in België nog steeds dokters zijn die slechts 10 à 12 borstoperaties per jaar uitvoeren. Dit is ten nadele van de patiënten. Als wij erin slagen het aanbod te beheersen, de eerste lijn te versterken en ieder op zijn plaats zijn verantwoordelijkheid te laten opnemen, zowel in Vlaanderen, Wallonië als Brussel, dan pas zijn wij op de goede weg. Mijnheer de minister, dit was mijn stukje over de gezondheidszorg.

Mijnheer de minister, als u het mij toelaat, dan wil ik graag nog een klein woordje zeggen over dierenwelzijn. Dat is een klein onderdeel van uw globaal bevoegdheidspakket waarover wij het nog niet hebben gehad. Ik maak van de gelegenheid gebruik om hierover iets te zeggen, want ik vind het erg jammer dat in uw beleidsnota slechts summier aandacht wordt besteed aan deze zaak. Voor mij is dit ook een ethische kwestie.

De vraag is hoe wij dieren behandelen in de 21^{ste} eeuw. Ook op dit vlak moeten wij in België meer vooruitgang kunnen boeken. Ik denk aan de hele discussie over de circusdieren, aan de dolfinariums, aan het realiseren van een echt hondenplan waarin ook het verbod op de stroomhalsband een plaats vindt. Ik denk aan de discussie over het gebrek aan beschutting voor dieren in de winter en, recent nog, aan de abominabele omstandigheden in de nertsen- en vossenkwekerijen in ons land. Wij willen aandringen op een verbod van deze fokkerijen. Als 79% van de Belgen een verbod wil op het fokken van dieren alleen voor de pels, dan kan het beleid hiervoor niet doof blijven.

De **voorzitter**: De volgende sprekers zijn mevrouw Gerkens, mevrouw Dierickx, Mme Lambert, de heer Verhaegen, Mme Van Lombeek en mevrouw Jiroflée. Daarna komen ook nog mevrouw Van Themsche en de heer Mayeur aan het woord.

01.58 Muriel Gerkens (ECOLO): Monsieur le président, messieurs les ministres, madame la secrétaire d'Etat, chers collègues, je me réjouis qu'on ait pu respecter la norme de croissance qui permettra de financer les soins de santé et la solidarité qui y est liée.

Cependant, je suis particulièrement inquiète au vu des difficultés que nous avons eues à connaître les déficits, à recevoir des données qui ont changé de semaine en semaine, assorties d'une incapacité à identifier les dérapages, à obtenir des indicateurs sérieux permettant d'organiser cette gestion, à prévoir et à réparer les dépassements.

Comme l'a dit M. Mayeur, ces dépassements permettent à certains de les utiliser comme argument pour revendiquer une défédéralisation des soins, pour affirmer que les francophones dépensent trop ou gèrent mal les dépenses en soins de santé.

un maximum de femmes. Un dépistage précoce augmente considérablement les chances de survie.

Parlons à présent du bien-être animal. La note de politique générale n'aborde que très sommairement ce sujet. Il n'en est pas moins pertinent de s'interroger sur le traitement qu'une société civilisée doit réserver aux animaux en ce 21^e siècle. La souffrance animale dans les dolphinariums et les cirques, la nécessité d'élaborer un plan relatif aux chiens, les animaux laissés sans abri dans le froid hivernal et les abus commis dans les élevages de renards et de visons sont autant de problèmes qui méritent notre attention. Si 79 pour cent des Belges sont pour l'interdiction d'élever des animaux pour leur fourrure, la classe politique ne peut l'ignorer.

01.58 Muriel Gerkens (ECOLO): Ik verheug mij over de naleving van de groeinorm voor de financiering van de gezondheidszorg, maar ik maak mij zorgen omdat het moeilijk is om te achterhalen hoeveel het tekort precies bedraagt en wat de oorzaken van die ontsporingen zijn. Dat is koren op de molen van degenen die dat als argument aanvoeren om de gezondheidszorg te defederaliseren.

Men kan niet garanderen dat men

Autant je ne peux pas accepter les discours simplistes de défédéralisation, autant je ne peux pas accepter qu'on prenne à la légère cette gestion ou qu'on ne remette pas en cause de manière complète la gestion des soins de santé car on sait qu'on ouvre alors la porte à ce genre de commentaires.

On s'aperçoit que les soins de santé vont continuer à augmenter. Même en les maîtrisant bien, on ne peut pas garantir que, malgré la croissance budgétaire prévue, on va rencontrer tous les besoins car ceux-ci évoluent. Quand on dit que la population vieillit, cela ne signifie pas qu'elle tombe malade à 60 ans mais cela veut dire qu'il faut gérer les soins et les organiser d'une autre manière.

Nous sommes face à la question du financement alternatif complémentaire de la sécurité sociale, une question que ce gouvernement n'a pas osé aborder. C'est une forme de lâcheté car cela demande des économies dans un secteur qui pourrait faire tant de choses intéressantes.

Une remarque concernant la note de politique générale: j'ai rarement vu une note aussi mal structurée, comportant des redites et des paragraphes qui ne sont pas dans un ordre logique. Cette note a évidemment dû être faite en dernière minute et sans répondre à une structuration globale.

Quant au fond de cette note et aux projets pour l'année à venir, en tant qu'écologiste, je retrouve pas mal d'éléments qui rejoignent nos propositions et notre programme.

Pour en citer quelques-uns:

- l'introduction de la prise en compte de la prévention dans les programmes santé;
- le développement d'une organisation pluridisciplinaire sous-régionale des soins;
- le renforcement des soins de première ligne;
- une meilleure organisation d'un échelonnement des soins via la diminution du ticket modérateur;
- la revalorisation des actes intellectuels;
- la révision du financement des hôpitaux via une part plus importante des forfaits;
- la volonté de limiter le transfert des moyens issus des consultations ou des actes techniques pour financer le fonctionnement, les actes intellectuels ou les permanences de certaines prestations, de certains acteurs de la santé dans les hôpitaux qui ne vivent pas à la prestation comme les pédiatres;
- le renforcement du développement et de la consommation des médicaments génériques;
- la recherche de procédures visant à diminuer le coût des médicaments mis sur le marché.

Néanmoins, devant la manière dont ces éléments sont présentés, je doute que nous puissions trouver la concrétisation de ces bonnes intentions.

Par exemple, s'il est clair que des mesures de prévention sont de compétence fédérale, il est tout aussi clair que des actes de prévention sont de la compétence des entités fédérées et

aan de behoeften inzake gezondheidszorg zal kunnen blijven voldoen. De regering heeft de kwestie van de aanvullende alternatieve financiering van de sociale zekerheid niet durven aanpakken.

Uw beleidsnota is zeer slecht gestructureerd. Dat bewijst dat zij pas in allerlaatste instantie werd opgesteld en geen globale structuur vertoont. Wat de inhoud betreft, sluiten tal van voorstellen aan bij ons programma.

Toch betwijfel ik of aan die goede voornemens ook concreet vorm zal worden gegeven. Zo wordt er erg weinig gedaan om het noodzakelijke overleg tussen het federale niveau en de deelgebieden op het vlak van de preventie te bewerkstelligen.

Wat de eerstelijnszorg betreft, heb ik de indruk dat alles rond de ziekenhuizen draait. Er is geen apart hoofdstuk aan de eerstelijnszorg gewijd en er wordt niets over de huisartsengeneeskunde gezegd. Als men dan tegelijkertijd in de krant leest dat u de accreditering van de huisartsen wil herzien, is die vaststelling des te ergerlijker.

De idee van zorgregio's spreekt mij wel aan, want dit veronderstelt samenwerking tussen de verschillende zuilen. Er wordt echter niet verwezen naar de zorgregio's die de Gewesten reeds hebben afgebakend. Ik mis hierin de wil om de geneeskunde op een creatieve manier in netwerken te organiseren.

De zorgtrajecten herwaarderen de eerstelijns werkers. Maar we zouden verschillende zorgtrajecten en niet een enkel zorgtraject moeten uitstippelen. We mogen niet een enkele formule uitdokteren voor alle patiënten. Hoe zal dit zorgtraject trouwens worden bepaald? En dat voor de verzorging van psychiatrische

d'organismes qui dépendent de ces entités, tels que l'ONE ou les plannings. Votre note développe très peu cette concertation avec les entités fédérées. La manière dont s'est déroulée cette collaboration l'année dernière montre que votre volonté n'était pas celle-là. Je sais qu'il y a certains projets de refédéraliser toute une série d'actes de la médecine préventive. Mais, une dimension devra rester au sein des entités fédérées, à partir du moment où cela touche à l'enfance ou à l'éducation, domaines particulièrement importants pour la prévention.

En ce qui concerne les soins de première ligne, j'ai aussi une interrogation. Vous dites que vous voulez encourager les soins de première ligne, encourager un certain échelonnement des soins, mettre en application des trajets de soins. Mais j'ai l'impression que, dans ces domaines, les choses se construisent dans votre optique, à partir et autour des hôpitaux. Il n'y a pas de chapitre spécifique sur la première ligne, si ce n'est la confirmation des politiques existantes. Il n'y a rien sur la médecine générale. C'est d'autant plus choquant que vous indiquez dans la presse, quelques jours après, la manière dont vous envisagez de revoir l'accréditation des médecins généralistes.

De votre note, on peut déduire que c'est "l'hospitalocentrisme" qui est de retour plutôt qu'un vrai renforcement d'une médecine de première ligne qui doit forcément être une politique de réseaux multidisciplinaires si elle veut être efficace. Une autre preuve en est que vous proposez de nouvelles mesures mais en même temps les Services intégrés de soins à domicile (SISD) n'ont toujours pas le financement fédéral promis pour le 1^{er} juillet 2004, alors que ce financement ne représente que 0,19 euros par habitant – c'est encore insuffisant mais même cela, ils ne l'ont pas! – avec un coût global maximum de 2 millions d'euros. En comparant ce montant avec les 100 millions réinjectés dans les hôpitaux, cela montre clairement comment les choix se sont opérés même si, dans le même temps, dans votre note, vous réaffirmez que les SISD sont l'outil par excellence pour organiser l'ambulatoire.

La notion de bassin de soins autour des hôpitaux me séduit dans la mesure où cela implique une collaboration et des coopérations "transpiliers" entre les structures hospitalières. Mais je suis étonnée qu'on ne fasse pas référence aux zones de soins qui sont déjà fixées par les Régions. Il est évident que si on a des bassins autour des hôpitaux qui ont une organisation géographique autre que celle des zones de soins organisées par les Régions, on va se trouver avec des acteurs qui ne sauront plus comment agir les uns envers les autres, avec des complémentarités qui ne seront pas bien organisées et avec une interface domicile-hôpital qui ne sera pas cohérente. Là aussi, j'ai l'impression que le point de départ, ce sont les structures hospitalières, peut-être aussi les intérêts des mutualités gestionnaires des hôpitaux, mais cela ne m'a pas l'air d'être l'intérêt général de l'ensemble des utilisateurs.

Il est vrai que quand on lit l'article de Mme Vienne dans "Le Journal du Médecin", on se pose des questions. On y dit que les socialistes se rencontrent pour discuter des bassins de soins, de l'organisation des soins de première ligne et des structures hospitalières. On constate qu'il y a des accords entre eux sur les objectifs et on constate que Mme Vienne ne parle pas d'outils existants qui sont pourtant de ses compétences. Il s'agit peut-être d'une politique de la santé qui a pour ambition d'améliorer votre visibilité sur le terrain, de

patiënten?

Voor de beoordeling van de behoeften werd blijkbaar geen methode ontwikkeld. Ik stel evenmin vast dat men bereid is om de rol van de verschillende actoren te verduidelijken. Van een beoordeling van het aanbod kan men niet uitgaan. Is het wel verstandig die opdracht aan de ziekenfondsen toe te vertrouwen, terwijl het beheer en de organisatie, en dus ook de beoordeling, van de zorgverlening een politieke verantwoordelijkheid is?

U laat hen ook voor de registratie van de kankergevallen instaan, terwijl dat de taak van het WIV is. De ziekenfondsen hebben het alleenrecht op de informatie en de gegevens in handen. Ik had toch een meer creatieve en doortastende houding verwacht, waarbij de beleidsmakers weer een regulerende rol zouden spelen en elk van de actoren opnieuw een eigen plaats zouden toekennen.

Verder deel ik uw standpunt inzake de generische geneesmiddelen en het terugdringen van het geneesmiddelenverbruik. Ik had echter verwacht dat u meer aandacht zou hebben besteed aan de rol en de plaats van de farmaceutische bedrijven, die de informatie over geneesmiddelen in handen hebben en aan de artsen bezorgen.

De farmaceutische firma's zijn economische spelers, maar u stelt de informatie die de arts via de reclame ontvangt niet ter discussie. U bindt in voor een speler die bepaalde bevoegdheden krijgt. Als die speler bij de compensatie voor de overschrijding van de begrotingen voor het geneesmiddelengebruik betrokken wordt, krijgt hij de mogelijkheid zich met de toekomstige beleidsbeslissingen in te laten.

permettre de sauvegarder les intérêts généraux des organisateurs de soins institutionnels mais je n'y vois pas du tout la volonté d'organiser une médecine créative et une pratique de réseaux.

En ce qui concerne les trajets de soins, je défends la mise en avant et la valorisation des acteurs de première ligne. Parmi ces derniers, on retrouve non seulement les médecins mais aussi tous les acteurs du secteur paramédical. Peut-on se permettre de mettre dans une note que l'on va ne développer qu'un seul trajet de soins?

Je peux admettre que l'on prévoie plusieurs trajets de soins, personnalisés tenant compte des pathologies, de la situation sociale, de l'environnement et des possibilités existant dans une région. Mais déterminer un seul trajet de soins relève d'une logique inacceptable, à savoir prédéterminer pour tous les individus les réponses à leurs besoins sans tenir compte du contexte. Par ailleurs, qui va déterminer ce trajet de soins unique? Comment va-t-on l'élaborer? Sur base de quelles indications? Ces questions restent sans réponse. Mes questions sont identiques en ce qui concerne les soins psychiatriques.

Toutes ces remarques me permettent d'aborder le point de l'évaluation des besoins. Je retrouve cette préoccupation dans votre note de politique générale mais je n'y perçois pas de méthodologie permettant d'évaluer ces besoins. Par ailleurs, la volonté de clarifier le rôle des acteurs est également absente de votre note.

On ne peut pas partir de l'évaluation de l'offre pour déterminer les besoins. L'INAMI peut vous communiquer des informations sur l'offre; les mutuelles aussi, mais est-il sain de leur confier une telle mission à partir du moment où, en principe, elles doivent assurer la solidarité? La gestion, l'évaluation et l'organisation des soins sont de la responsabilité du politique et non pas des mutuelles. En outre, vous leur confiez déjà le registre des cancers; or, je considère que c'est l'ISSP qui doit effectuer ce travail. Ce n'est pas du ressort des mutuelles, même si aujourd'hui, dans la pratique, elles centralisent les informations. D'ailleurs, ce constat vaut pour d'autres informations que celles relatives aux cancers. Les mutuelles détiennent en quelque sorte le monopole des informations et des données. Mais ce monopole n'est pas sain lorsqu'on veut maîtriser les dépenses et organiser les soins de santé!

Etant donné les événements des derniers mois, j'aurais espéré une position beaucoup plus volontariste et créative permettant au politique de reprendre son rôle de régulation et de remettre chaque acteur à sa place.

En ce qui concerne les médicaments, comme je l'ai dit tout à l'heure, je soutiens vos mesures visant à encourager le médicament générique et à diminuer la consommation des médicaments. Néanmoins, j'aurais souhaité qu'une réflexion puisse débiter – cela rejoint mon point précédent – sur le rôle et la place donnée aux firmes pharmaceutiques en tant que détentrices de l'information sur les médicaments. Les firmes pharmaceutiques sont des acteurs économiques; je ne vais pas leur reprocher cet état de fait. C'est leur boulot. Elles doivent rester dans leur secteur d'activité, même s'il est en lien avec la santé. Vous l'avez bien compris et le démontrez notamment via les mesures relatives aux appels d'offres qui permettraient de diminuer les prix des médicaments.

Wat de evaluatie van het medische aanbod betreft, zegt u dat u de lijn van de regeringsverklaring naleeft en dat u de contingentering wil behouden. U bekommert zich echter weinig om de leeftijd van de geneesheren en om hun geografische spreiding. U zou meer moeten doen voor de herwaardering van andere medische loopbanen dan die van de specialisten of de huisartsen. Ik denk bijvoorbeeld aan de arbeidsgeneeskunde.

Ik noteer positieve punctuele maatregelen zoals de terugbetaling van de tandverzorging, en de maatregelen betreffende de tabaksontwenning voor zwangere vrouwen en hun partner, maar ik betreurt het gebrek aan wil om met de Gewesten samen te werken.

Voor wat de palliatieve zorg betreft, is het opvallend dat alhoewel u het budget handhaaft ook al werden de dagcentra bij gebrek aan patiënten gesloten, het enig duidelijk element de terugbetaling tegen 100 procent van de kinesithérapieverzorging is. In die sector is het sluiten van samenwerkingsverbanden nochtans perfect mogelijk.

Een duidelijke wil om de palliatieve zorgenheden te ondersteunen zou ook welkom geweest zijn, hoewel die eenheden niet unaniem gewaardeerd worden omdat de ziekenhuizen eveneens palliatieve zorg verstrekken. Het risico bestaat dat we worden meegevoerd in de logica van de instellingen, waarbij ziekenhuizen en ziekenfondsen zeker niet voor verandering zullen pleiten.

Het groeperen van pediatriediensten komt de efficiëntie wel ten goede, maar er werden geen maatregelen genomen om de bereikbaarheid van die diensten te verzekeren.

En revanche, dans la relation entre les firmes et le médecin à propos de l'information et de la publicité du médicament, et même si le Parlement a voté un projet de loi permettant d'encadrer cette publicité, il est évident que vous ne comptez pas remettre en cause leur rôle informatif vis-à-vis du médecin. Et si ce dernier n'a aucun contact avec les firmes pharmaceutiques, il n'a pas accès à l'information sur les nouveautés pharmaceutiques. Là aussi, c'est une démission par rapport à cet acteur à qui on confère un pouvoir.

Je vous en avais parlé en commission, mais vous ne m'aviez pas répondu à ce moment-là. J'aimerais donc savoir si ce problème vous préoccupe un tant soit peu. A partir du moment où l'on implique cet acteur économique dans le financement des dépassements des budgets de consommation pharmaceutique, cela veut dire qu'il devient un partenaire dont on peut avoir besoin et qui acquiert un droit d'ingérence et un pouvoir d'influence sur vos éventuels choix politiques en termes d'organisation des soins de santé. Cela m'inquiète, car ces firmes, en raison de leur rôle d'acteur économique, ne sont pas plus stupides que d'autres. Elles intègrent dans le prix du médicament les sommes qu'elles vont devoir vous ristourner s'il y a dépassement du budget.

Pour l'évaluation de l'offre médicale, vous dites vous inscrire dans le respect de l'accord de gouvernement prévoyant le maintien du contingentement. Cela ressemble fort à une position de principe, mais elle ne me paraît pas correspondre à une motivation ou à un projet politique susceptible d'accompagner cette position. Dans les données figurant dans votre note, je constate que vous évoquez l'âge de la population et l'évolution de ses besoins. Mais si je fais abstraction de ce que j'ai lu ensuite dans les journaux, je n'observe aucune préoccupation envers l'âge des médecins ni leur répartition géographique. On trouve certes quelques éléments relatifs aux autres manières d'exercer son métier ou sa vocation de médecin. A cet égard, la note cite la médecine du travail, les médecins-conseils et d'autres pistes. D'ailleurs, j'estime qu'il faudrait les revaloriser. En effet, dans les journaux médicaux ou les revues portant sur la qualité du travail, on lit tout le temps qu'il y a là un lieu où plusieurs pathologies se développent. Par conséquent, le rôle de médecin - hors le médecin généraliste - est à promouvoir.

Evidemment, j'ai été étonnée de constater que, sur le plan la reconnaissance de disciplines médicales à leur juste valeur autres que la médecine générale et la médecine spécialisée, votre note ne mentionne rien au sujet de la revalorisation ou du développement de cette reconnaissance dans le secteur Santé-Environnement.

Or, là aussi, nous savons que les cancers, l'asthme, l'allergie frappent de plus en plus de personnes et notamment les plus démunies car elles vivent dans les environnements les plus dégradés. Vous avez raté là une occasion de valoriser ce pan d'activités médicales qui peut séduire un grand nombre de gens et qui répond, me semble-t-il, à un réel besoin.

Des mesures ponctuelles positives ont été prises, notamment en matière de remboursement des soins dentaires, de lutte contre le tabac pour la femme enceinte et son conjoint. Ce sont bien entendu des mesures que j'apprécie. Malheureusement, en cette matière, on

Het is een zeer goed idee de inrichtingen tot bescherming van de maatschappij met ingang van 1 januari door het RIZIV te laten financieren, maar er vond nog geen enkele vergadering plaats en ik betwijfel dan ook of die datum haalbaar is.

De wet op de patiëntenrechten werd goedgekeurd op voorwaarde dat ook de wet op de schuldloze aansprakelijkheid zou worden aangenomen. Kan u me op dat punt geruststellen? Sinds meer dan een jaar worden immers opzoeken verricht en contacten gelegd met de bedoeling dit dossier af te ronden.

Vanaf 1 januari 2005 zijn de ontwikkelingslanden volgens de regels van de WHO verplicht de octrooien te respecteren. Daardoor dreigen ze niet langer toegang te hebben tot generische geneesmiddelen of er niet langer te kunnen produceren. Ik diende een amendement in op de wet betreffende de octrooieerbaarheid van biotechnologische uitvindingen, waardoor ons land grondstoffen zou kunnen uitvoeren waarmee geneesmiddelen kunnen worden aangemaakt.

De minister stelt voor dat bepaalde geneesmiddelen in rusthuizen in unidos worden afgeleverd. Waarom wordt die mogelijkheid niet uitgebreid tot alle geneesmiddelen?

Ten slotte betreur ik dat de non-profitsector aan zijn lot werd overgelaten omdat het uit begrotingsoogpunt niet mogelijk was 13.500 nieuwe banen, als onderdeel van de beloofde 200.000 extra banen, te scheppen. Een groot aantal activiteiten zal dus uit de boot vallen, omdat men de moed niet heeft gehad werk te maken van een aanvullende alternatieve financiering.

ne perçoit pas la volonté de travailler en collaboration avec les ministres des entités fédérés.

En ce qui concerne les soins palliatifs, vous avez été positif en commission lorsque vous avez déclaré que vous aviez décidé de fermer les centres de jour car ils n'avaient pas atteint le taux d'occupation, mais que vous gardiez l'enveloppe budgétaire pour pouvoir développer et organiser autrement les soins. Cependant, je trouve regrettable que le seul élément qui apparaisse concrètement dans votre note est celui du remboursement des kinés à 100%.

Pourtant, les soins palliatifs constituent un pan d'activité qui permet un travail de réseau, de répondre en étant proche des patients puisque ces soins peuvent être délivrés au domicile du malade. Selon moi, cette note aurait dû au moins faire état d'une volonté de renforcer ces services pour qu'ils puissent remplir leur mission de proximité et surtout continuer à fonctionner de manière pluridisciplinaire. Le remboursement des kinés ne permettra pas aux services de soins palliatifs, où le personnel soignant est en nombre insuffisant, de travailler mieux. Cela permettra seulement à la personne qui reçoit les soins de kiné d'être entièrement remboursée. Je constate une absence de volonté d'organisation politique dans ce secteur.

Il est possible que le renforcement des services de soins palliatifs soit à la base de certaines objections. Il est vrai que j'ai été surprise de constater, en commission, un manque de volonté ou une volonté qui n'est pas clairement affichée d'évaluer la pratique des soins palliatifs depuis deux ans, comme prévu dans la loi.

Par ailleurs, j'ai également constaté un agacement de certains qui pensent qu'il ne faut pas seulement tenir compte des centres de soins palliatifs et que les hôpitaux, et en particulier les hôpitaux publics, offrent aussi des soins palliatifs. Ce genre de remarque me laisse à penser que nous sommes pris dans une logique avec des acteurs bien installés, que j'appelle des acteurs institutionnels que sont les hôpitaux et les acteurs de la santé parmi lesquels les mutuelles. Je ne veux nullement dénigrer ces organes. Mais il est clair que le changement ne vient jamais des organes institutionnalisés depuis trop longtemps et qui ont trop de pouvoir.

Le changement vient toujours de personnes qui développent de nouveaux projets, qui travaillent en réseau avec des partenaires multiples et qui secouent un système installé. Les soins palliatifs sont au nombre de ces structures, de la même manière que les organisations de médecins généralistes et celles qui rassemblent des acteurs pluridisciplinaires de la santé sont aussi des facteurs de progrès qui permettent d'évaluer ces pratiques et rendent possible le changement.

J'ai une question au sujet du regroupement des services de pédiatrie. Je partage l'objectif consistant à essayer de rendre plus efficaces et plus performants les services de pédiatrie existants. Il est donc inutile de laisser coexister de petits services dans une même zone géographique. Cependant, je n'ai trouvé aucun mécanisme destiné à assurer un degré de proximité suffisant. Apparemment, il y a des négociations. J'aurais voulu vous entendre sur le sujet et sur la manière dont la situation allait évoluer.

En matière de défense sociale, l'engagement financier par les services de l'INAMI à partir du 1^{er} janvier est évidemment une très bonne idée. C'est d'ailleurs réclamé par les institutions. Cependant, rien n'est encore fait, il n'y a pas eu de réunion. Dès lors, je doute que cette mesure puisse entrer en application le 1^{er} janvier. Par ailleurs, comptez-vous agréer par exemple les 170 lits non agréés sur les 350 des Marronniers à Tournai? Autrement, l'INAMI ne paiera pas. Dans la défense sociale, y aura-t-il des centres agréés et financés et d'autres non? Quels seront les critères?

La loi sur le droit des patients avait été adoptée à condition d'adopter également la loi sur la responsabilité sans faute. En une petite phrase qui doit compter six mots, vous déclarez qu'il faudra sans doute l'envisager. Cela résonne un peu comme si vous disiez "je le note mais je ne m'en occupe pas". Là aussi, j'aurais voulu recevoir des garanties. En principe, depuis plus d'un an, on devait procéder à des recherches, établir des contacts pour aboutir. En principe, il y avait donc quelque chose à dire en cette matière.

La dernière question que je voulais vous poser porte sur l'accès des pays en voie de développement aux médicaments, notamment aux médicaments génériques. À partir du 1^{er} janvier 2005, ces pays seront obligés, conformément aux règles de l'OMC, de respecter les brevets. Ils risquent de ne plus avoir accès aux médicaments génériques ou de ne plus pouvoir les produire.

J'ai déposé un amendement à la loi sur la brevetabilité des biotechnologies, visant à ce que la Belgique puisse se servir de l'outil des licences obligatoires en relations bilatérales avec ces États, afin d'autoriser les exportations des matières premières leur permettant de produire des médicaments, génériques ou non, qu'ils pourront distribuer sur place. Néanmoins, je me pose une question sans trouver de réponse. Dans les compétences de santé portant sur les médicaments, est-il possible de prendre une initiative en dehors du cadre de la loi sur les brevets, loi qui va bien au-delà des seuls médicaments et biotechnologies?

J'ai encore une dernière question. Vous proposez que les médicaments puissent être délivrés en unidoses dans les maisons de repos, mais vous réservez cette possibilité pour une seule catégorie de médicaments. J'aurais voulu savoir pourquoi ce n'était pas généralisé à l'ensemble des médicaments.

J'allais oublier un dernier point: le regret que le non-marchand soit abandonné, étant donné l'impossibilité budgétaire dans laquelle vous vous trouvez de respecter les engagements pour la création de 13.500 emplois. C'était la part prévue pour ce secteur sur les 200.000 emplois promis. Manifestement, le financement ne suit pas. Cela signifie non seulement que le gouvernement renonce à la création de ces emplois, mais aussi que tout un pan d'activités est laissé pour compte, faute d'avoir eu le courage d'envisager le financement alternatif complémentaire dont je parlais au début de mon intervention.

Le **président**: Merci, madame Gerkens. Je constate que vous avez usé amplement de votre temps.

Je comptais arrêter la séance de l'après-midi à une heure fixe, mais comme le débat pourrait se clôturer au maximum dans 3/4 d'heure ou une heure, je préfère le poursuivre. J'insiste cependant auprès des orateurs

pour qu'ils soient concis.

01.59 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, goedenavond.

Mijnheer de minister, sinds het begin van uw mandaat bent u de strijd aangegaan tegen een aantal ongezonde gedragingen van velen onder ons. Zo spreekt u steeds over de problematiek van het roken, waarrond u een aantal zaken hebt gerealiseerd. U werkt ook op het thema obesitas, een thema waarover ik enkele wetsvoorstellen heb ingediend. Wat de doelstelling betreft, delen wij dezelfde mening. Wij verschillen echter inzake de wijze waarop wij die doelstelling willen realiseren. Wij hebben de wet goedgekeurd op het verbod van tabaksverkoop aan min-16-jarigen, en ik ben benieuwd naar de naleving van die wet en naar het effect ervan. Een verboden vrucht is immers altijd aantrekkelijk, zeker voor adolescenten.

Voor de begroting voor 2005 voorziet u in meer dan 3 miljoen euro voor bijstand bij tabaksontwenning voor zwangere vrouwen en hun partners. Daarvoor zult u een informatiecampaagne voeren. U voorziet in farmacologische hulp. U voorziet in professionele psychologische bijstand. Ik ben echter geen voorstander van die aanpak. Ik denk niet dat die veel resultaten zal opleveren, want er rijzen bij mij toch wat vragen.

Wat gebeurt er indien de ontwenning geen succes is? Worden de tussenkomsten dan teruggevorderd? Hebt u voor uzelf, mijnheer de minister, bepaalde doelstellingen geformuleerd? En wanneer wordt die maatregel geëvalueerd? Ik ben in elk geval benieuwd naar de eerste evaluatie van die maatregel en ik hoop dat de resultaten beter zullen zijn dan die van de gratis pil voor jongeren. Als liberaal wil ik vooral wijzen op de verantwoordelijkheidzin van de mensen. De negatieve gevolgen van roken op de foetus worden door elke gynaecoloog uitgelegd. Wij moeten met onze kinderen praten over de negatieve gevolgen van roken. Ik vind het in dat opzicht ontstellend dat de Vlaamse minister van Welzijn het antirookvaccin voor kinderen van 9 jaar de moeite vindt om te onderzoeken. Opmerkelijk vind ik ook uw beslissing de subsidies voor het proefproject "Activering" in de dagcentra te schrappen. Die experimenten kwamen er op vraag van de vorige federale ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Die experimenten zijn waarschijnlijk de weergave van de verschillende zienswijzen op psychiatrie in Vlaanderen en in Wallonië. De subsidies gingen immers naar 15 Vlaamse, 1 Brussels en 3 Waalse dagactiviteitencentra.

In dit dossier vind ik het vooral betreurenswaardig dat het overleg met de Gemeenschappen niet is voorafgegaan aan uw beslissing. U vond dat die projecten thuishoorden bij Welzijn. Overleg met de Vlaamse minister van Welzijn had misschien tot een oplossing kunnen leiden zonder voor vele mensen het doembeeld te creëren dat zij op straat worden gezet. Op een interministeriële conferentie over gezondheidszorg werd beslist dat er een werkgroep zal worden opgericht om de mogelijkheden te onderzoeken.

Met aandacht voor de eigen accenten en dynamiek van de Gemeenschappen zal nagegaan worden hoe de middelen die federaal vrijkomen, toch blijvend kunnen worden ingezet voor de activering in de geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen hoopt dat

01.59 Hilde Dierickx (VLD): Depuis le début de son mandat, le ministre a déclaré la guerre à toute une série de comportements malsains. Il a pris des mesures pour lutter contre le tabagisme et l'obésité. Concernant celle-ci, j'ai moi-même déposé un certain nombre de propositions de loi.

J'approuve les objectifs que s'est fixé le ministre mais je m'interroge sur la manière dont il entend les atteindre. Par exemple, j'ai des doutes sur l'efficacité d'une interdiction frappant la vente de produits dérivés du tabac aux moins de seize ans, les fruits interdits conservant un grand attrait, en particulier aux yeux des adolescents.

Le budget 2005 réserve plus de 3 millions d'euros au sevrage tabagique des femmes enceintes et de leur partenaire. Je ne suis pas favorable à de telles initiatives et je doute de leur efficacité. Les fonds sont-ils récupérés si le sevrage ne réussit pas? Quel est exactement l'objectif du ministre? Quand l'évaluation aura-t-elle lieu? Nous devons renforcer le sens des responsabilités de la population. Tous les gynécologues donnent des explications sur le danger que représente le tabac pour le fœtus. Nous devons éclairer nos enfants sur les dangers du tabac. L'initiative de la ministre flamande de la santé relative à un vaccin anti-tabac pour les enfants est absurde.

Le ministre supprime les subventions allouées au projet-pilote d'activation dans les centres de jour. Ces aides avaient été octroyées à la demande des précédents ministres des Affaires sociales et de la Santé publique. Les subsides étaient essentiellement octroyés à des centres flamands. C'est la raison pour laquelle le ministre Demotte souhaitait un transfert au

nog veel mogelijk is. De projecten hebben wel degelijk resultaat opgeleverd. 8% tewerkstelling in het reguliere arbeidscircuit is niet weinig, zeker wanneer we rekening houden met de doelgroep en met het gegeven dat de VDAB maar 12% in het algemeen realiseert. We maken ons er wel zorgen over waar de mensen terechtkunnen als de projecten niet worden voortgezet. Ruim de helft van de Vlaamse patiënten verblijft niet in een voorziening geestelijke gezondheidszorg. Daar komt nog bij dat de projecten activering in dagcentra goedkoper zijn dan een verblijf in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. In tijden waarin het stelsel van de ziekteverzekering onder zware financiële druk staat, lijkt me dat geen onbelangrijk argument. Ik kijk met interesse uit naar de resultaten van de werkgroep.

De problematiek van de toegankelijkheid van de huisartsenwachtdiensten verdient zeker de nodige aandacht. Een goede regeling is belangrijk zowel voor de kwaliteit van het leven van de huisarts als voor de overbelasting van de spoeddiensten in ziekenhuizen. Uw maatregel inzake de wachtdiensten en de beschikbaarheid van de huisartsen voor die diensten verwondert me. Te velde stel ik in de meeste regio's immers geen grote problemen vast. Om de wachtdienst van de huisarts aantrekkelijker of makkelijker te maken voor de patiënt, wenst u het uniek oproepnummer te veralgemenen en de mogelijkheid van een uitgestelde betaling invoeren.

Voor zover de eerste maatregel nog niet overal in Vlaanderen is ingevoerd, is een uniek oproepnummer een zeer goed idee. De patiënt hoeft niet langer te zoeken naar het telefoonnummer van de arts met wachtdienst. De mogelijkheid van uitgestelde betaling vind ik evenwel geen goede maatregel. Ik vrees dat de huisartsen hierdoor meer administratie te verwerken zullen krijgen. Een huisarts heeft geen centrale inningsdienst, zoals in het ziekenhuis bestaat. In het ziekenhuis worden de betalingen van artsen centraal geïnd en geregeld met het ziekenfonds. Ik vrees dat heel wat prestaties onbetaald zullen blijven. De maatregel staat ook haaks op de responsabilisering van de patiënt, waar de VLD een grote voorstander van is. In crisissituaties en bij financiële problemen zal de huisarts toch vlug voor een regeling zorgen. De financiële toegankelijkheid van de huisarts is toch niet erg problematisch.

Mevrouw De Block heeft het reeds gehad over de ziekenhuizen. Ik wil nog iets kwijt over de zorgregio's. U wenst de regio's te hanteren om te programmeren. Een duidelijke afbakening van de gebieden kan helpen meer zicht te krijgen op de spreiding van de ziekenhuizen en van bepaalde zware medische apparatuur. U koppelt de zorgregio's onmiddellijk aan zorgtraject. Dat baart me zorgen.

Mensen zijn niet te vatten in zorgregio's. Wij zien welke moeilijkheden de vorige Vlaamse regering ondervonden heeft om het decreet in verband met de vaststelling van die zorgregio's te regelen. Ik stel mij dan toch vragen bij uw maatregel. Mensen zijn van oudsher georiënteerd op een bepaalde stad. Zij zullen zich niet laten leiden door een minister die het land opdeelt in regio's. In België geldt gelukkig nog steeds de vrije keuze van zorgverstrekker, ook in een ziekenhuis. Bovendien gaan wij naar een bepaalde arts omdat hij in een bepaalde materie naam heeft verworven. In Vlaanderen zitten bepaalde topspecialisten van wereldniveau niet altijd in universitaire ziekenhuizen. Indien u het zorgtraject koppelt aan de zorgregio's,

département du Bien-être, le bien-être étant une matière communautaire. Avant même que la ministre communautaire compétente ne soit consultée à cet égard, la fermeture des centres était annoncée. Un groupe de travail va à présent être constitué afin d'examiner l'affectation des moyens ainsi libérés dans le secteur de la santé mentale, tout en respectant les différents points de vue des Communautés. La Flandre espère que beaucoup de choses sont encore possibles. On parle en effet de huit pour cent en termes d'emploi, alors que le VDAB n'enregistre qu'une hausse de 12 pour cent. Et à qui les patients devront-ils dorénavant s'adresser? J'attends avec impatience les résultats du groupe de travail.

Le ministre entend instaurer un numéro d'appel unique pour les services de garde de médecins généralistes, ce qui est une bonne chose puisqu'un tel numéro n'existe pas encore. Je ne souscris toutefois pas à la possibilité de surseoir au paiement, dans la mesure où elle entraînera des tracasseries administratives pour les médecins. Il n'y a pas en effet de service centralisé de perception et un grand nombre de prestations ne seront jamais payées. Il s'agit à nouveau d'une mesure qui va à l'encontre de la responsabilisation du patient.

On a recours aux bassins de soins pour organiser la politique en matière de répartition des hôpitaux et du matériel médical onéreux, mais ils sont maintenant liés aux trajets de soins. Les patients ne se laissent pas enfermer dans des limites régionales. Ils ont toujours été orientés vers une ville déterminée, mais ils sont libres de choisir leur prestataire de soins, y compris dans un hôpital. En Flandre, les spécialistes de haut niveau ne travaillent pas toujours dans des hôpitaux universitaires.

heeft de patiënt dus zeker niet meer de vrije keuze.

Mijnheer de minister, u hebt een paar keer verwezen naar het decreet in Vlaanderen. Ik wil u toch aanraden om te wachten wat dat decreet de volgende jaren zal geven, want ik vrees dat het dode letter zal zijn.

U kondigt ook een geïntegreerd project gezondheidsbeleid aan, vooral in de strijd tegen de antibioticaresistentie. In dat project wilt de VLD u zeker steunen. De doelstelling is op termijn bijzonder belangrijk voor de volksgezondheid. Ik denk dat wij naast de verdere blijvende toetsing van het voorschrijfgedrag, de verhoging van de prijs van de antibiotica en het schrijven van ontmoedigende brieven in navolging van de brief van dokter Riga, vooral moeten ingrijpen aan de basis, dus bij de studenten geneeskunde, bij de artsen in opleiding. Zij moeten reeds van in hun opleiding geresponsabiliseerd worden.

Met genoegen lees ik dat u positief staat ten opzichte van een correcte vertegenwoordiging van de zelfstandige verpleegkundigen in de organen van het RIZIV. U weet dat het een bijzondere bekommernis is van mijn politieke partij en ik denk dat wij daarover voort kunnen in de loop van de volgende maanden.

Mijnheer de minister, sta mij toe om twee aspecten te belichten uit de begroting voor tandzorgen.

U voorziet 8,3 miljoen euro voor de gratis tandzorgen voor de min-12-jarigen. Ik begrijp uw sociale bekommernis om de tandverzorging voor elk kind, dus ook voor de sociaal zwakkeren, toegankelijk te maken. Maar ik vind dat niet de juiste methode. Ik spreek vanuit de praktijk. Ik pleit meer voor sensibilisering van de patiënt, van hun ouders en van hun opvoeders. Dat moet in de eerste plaats uitgaan van de tandartsen zelf, bij voorkeur in samenwerking met de scholen en met de industrie. Responsabilisering van de patiënten - ik had het er al over toen ik over de huisartsen sprak - moet benadrukt worden. Dat kan gebeuren door een verplichte inning van het minieme remgeld voor tandheelkundige verzorging.

In januari 2005 zult u de evaluatie krijgen van het project van gratis tandzorgen voor 15.000 sociaal zwakkere kinderen. Als uit deze cijfers blijkt dat de actie toch niet zo succesvol was, zult u dan toch nog vasthouden aan de gratis tandzorg voor alle kinderen? Ik vond, mijnheer de minister, dat dit budget beter kon besteed worden, bijvoorbeeld aan de terugbetaling van extracties. Vele patiëntjes moeten als voorbereiding op hun orthodontische therapie twee of vier extracties laten uitvoeren. Dit kost hen of hun ouders twee of vier maal 15 euro waarvan niets terugbetaald wordt door de mutualiteit. Maar doet u evenwel, mijnheer de heer minister? In plaats van eenvoudige extracties terug op te nemen in de terugbetaling, schrapt u ook nog de chirurgische extracties. De tandartsen zijn wel bekommerd om de portemonnee van de patiënten. Zij zullen de diagnose stellen - dat is een intellectuele act - en zullen doorverwijzen naar de stomatoloog die een hoger honorarium vraagt voor de chirurgische extractie. Ik vrees dus dat deze besparing een meeruitgave zal betekenen.

Ten slotte, mijnheer de minister, heb ik tevergeefs gezocht naar drie belangrijke items in uw beleidsbrief. Eerst en vooral zal ongeveer in de helft van 2005 een evaluatie moeten gemaakt worden van de

En liant le trajet de soins au bassin de soins, les patients sont privés de leur liberté de choix. J'invite le ministre à attendre de voir les résultats du décret flamand.

Nous approuvons la lutte contre la consommation d'antibiotiques. Il convient d'intervenir au niveau du comportement des médecins en matière de prescription, des prix et de la formation des médecins.

Le ministre est heureusement favorable à une représentation correcte des prestataires indépendants de l'art infirmier à l'INAMI. Nous continuerons à suivre ce dossier.

Dégager 8,3 millions d'euros destinés aux soins dentaires gratuits pour les enfants âgés de moins de douze ans ne constitue pas une décision correcte. La sensibilisation par l'intermédiaire même des dentistes ainsi que la responsabilisation du patient par le biais de la perception obligatoire du ticket modérateur minimal s'imposent également à cet égard. Le ministre reviendra-t-il au besoin sur sa décision après l'évaluation?

Ce budget aurait pu être mieux utilisé. De nombreux enfants doivent en effet subir jusqu'à quatre extractions de dents avant le placement d'un appareil orthodontique qui n'est pas remboursé. Le ministre biffe également les extractions de dents de la liste des remboursements, au lieu de les y faire figurer à nouveau. Les dentistes orienteront les enfants vers le stomatologue, qui est plus onéreux, mais dont les frais sont remboursés.

En ce qui concerne l'évaluation des centres de référence SFC à la mi-2005, nous savons déjà à présent que la collaboration est insuffisante. S'y ajoute un manque de moyens et d'accessibilité. Nous n'attendons pas de mesures avant l'évaluation, mais j'espérais toutefois recevoir plus

referentiecentra in verband met CVS, het chronisch vermoeidheidssyndroom. Een aantal conclusies in verband met dit dossier kennen we reeds. Er is onvoldoende samenwerking tussen de verschillende centra. Dat is jammer want het opzet is precies door samenwerking sneller tot een goede behandeling komen. Een tweede belangrijke conclusie is ongetwijfeld het tekort aan middelen en dus de toegankelijkheid van de centra voor heel wat patiënten. Dit leidt natuurlijk tot heel wat onvrede. Ik had geen concrete maatregelen van u verwacht, mijnheer de minister; daarvoor moeten we de evaluatie afwachten, maar ik had toch wel verwacht dat u iets zou zeggen over het gebrek aan capaciteit.

Ten tweede had ik maatregelen verwacht – of er ten minste toch op gehoopt – die zouden leiden tot een vergoeding van de gezondheidszorg op het juiste niveau. Ik bedoel hiermee dat ingrepen die ambulant kunnen gebeuren moeten vergoed worden op dat niveau. Ingrepen die in een dagcentrum gebeuren moeten op dat niveau vergoed worden. Wil een hoger niveau de zorg aanbieden, dan is dat mogelijk maar dan is dat zijn taak en moet het zelf uitmaken hoe het daar financieel mee omgaat. De tussenkomst van het RIZIV blijft echter dezelfde als die op lager niveau. Dit is een zeer goed mechanisme dat misbruiken kan voorkomen.

Ten slotte, mijnheer de minister, las ik met veel interesse in het verslag van de gezondheidsdialogen de vraag naar een kosten-batenanalyse van de wetgeving in de gezondheidszorg. Ik denk trouwens dat dit een zeer interessante oefening zou kunnen zijn, zeker in het ziekenhuismilieu.

Dit zou kunnen leiden tot aanzienlijke besparingen. Het is jammer dat dit interessante voorstel geen gevolg heeft gekregen.

De **voorzitter**: Na mevrouw Lambert spreken mevrouw Jiroflée, de heer Verhaegen, mevrouw Van Lombeek-Jacobs, mevrouw Detiège en mevrouw Van Themsche, waarna de heer Mayeur zijn tweede uiteenzetting van deze namiddag houdt.

01.60 Marie-Claire Lambert (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, dans le cadre du budget 2005 qui est soumis à notre approbation, je vais aborder quelques points qui nous paraissent fondamentaux concernant notre assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Mon collègue Yvan Mayeur a déjà émis certaines considérations notamment sur la politique hospitalière et sur la politique en matière de médicament. Je ne reviendrai donc pas sur ces points.

Quelques mots concernant les indemnités d'incapacité de travail. Le groupe PS se félicite de ce que les décisions du Conseil des ministres d'Ostende n'aient pas été reportées. D'ici 2007, c'est-à-dire l'année où un mécanisme structurel de liaison au bien-être devra être fixé, les indemnités d'invalidité les plus anciennes seront revalorisées. D'un autre côté, le plafond salarial, qui n'a plus été adapté depuis 10 ans, sera relevé dès le premier janvier 2005 pour les nouveaux cas d'invalidité. Une petite remarque toutefois, s'il est essentiel que le plafond salarial soit adapté au bien-être, il ne faudrait pas négliger pour autant les minima. En effet, un renforcement du principe d'assurance ne peut laisser pour compte l'autre principe tout aussi fondamental, à savoir le principe de solidarité.

d'informations sur la pénurie de capacité et les interventions précises de l'INAMI.

Les soins de santé doivent être remboursés au niveau exact.

Aucune suite n'a été donnée à notre demande d'effectuer une analyse des coûts et des bénéfices dans le secteur des soins de santé.

01.60 Marie-Claire Lambert (PS): Ik wil even uitweiden over de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wat de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid betreft, stelt de PS-fractie met voldoening vast dat de beslissingen van de ministerraad van Oostende worden gehandhaafd. De oudste invaliditeitsuitkeringen worden immers tegen 2007 geherwaardeerd en de loongrens voor de nieuwe invaliditeitsgevallen wordt vanaf 1 januari 2005 verhoogd. In dat verband moet de loongrens worden aangepast aan de welvaart en moet tevens op de aanpassing van de minima worden

Un autre volet important est celui de la lutte contre l'isolement social que peut entraîner la maladie, l'accident de travail ou la maladie professionnelle. Le nombre de bénéficiaires d'indemnités faisant l'objet d'un processus de réinsertion professionnelle reste actuellement très limité. Ce qui constitue non seulement un gaspillage des ressources humaines mais aussi un facteur pouvant aggraver le handicap du travailleur. Par conséquent, nous soutenons l'initiative de M. le ministre, en gardant toujours à l'esprit que la démarche de réinsertion doit rester volontaire et qu'en aucun cas elle ne peut créer un piège à l'embauche ou une perte financière en cas de rechute en maladie.

J'en arrive aux soins de santé. Notre pays bénéficie d'un système de soins de santé performant. Notre pays concilie adéquatement les principes de solidarité, de qualité et de liberté de choix, tout en maintenant un coût global dans une proportion raisonnable de ses richesses nationales par rapport à d'autres pays européens. Le déficit constaté pour l'année 2004, 634 millions d'euros au lieu des 310 annoncés initialement, est inquiétant. Les règles du jeu qui ont prévalu jusqu'ici en assurance-maladie ont leurs défauts et leurs faiblesses mais elles ont aussi permis, ces dernières années, d'éviter des dérives irréparables en termes d'accessibilité. A moins d'être naïf, on ne pourrait en dire autant des effets collatéraux que provoqueraient certaines solutions dites de rechange, prétendument avantageuses, auxquelles certains pensent ici et là.

La maîtrise des dépenses de soins de santé est une nécessité économique pour assurer une obligation sociale et relève donc de la responsabilité politique. Dans ce contexte, nous ne tomberons pas dans le piège des cultures médicales opposées ni dans la surenchère qui consiste à confronter des prétendues surconsommations de part et d'autre d'une frontière linguistique — que ce soit en matière d'imagerie médicale et d'examens préopératoires, de biologie clinique, de soins psychiatriques, de soins à domicile ou de maisons de repos, j'en passe et des meilleures. La question n'est pas de savoir si une Région gaspille ou profite. De nombreuses études démontrent d'ailleurs que ce n'est pas le cas. La question est bien de savoir et de comprendre les écarts en sens divers et les ampleurs variables qui reflètent la très grande hétérogénéité des pratiques médicales, surtout entre établissements hospitaliers.

Je rappelle donc que l'ampleur de ce que d'aucuns appellent les transferts n'est rien d'autre que l'ampleur du territoire conquis par la solidarité dans ce pays. Pour que celle-ci se maintienne, il va sans dire que nous devons nous interroger fondamentalement sur l'opportunité et l'efficacité de certaines pratiques et apporter, sans faiblesse aucune, les corrections là où les écarts de consommation ne peuvent être expliqués par les seules caractéristiques socio-sanitaires des populations. Cela, nous ne l'avons jamais contesté, bien au contraire.

Il convient donc pour nous de sauvegarder un système solidaire qui a fait ses preuves. Dans le contexte difficile qui est le nôtre, il s'impose de mener une politique proactive et de placer toutes les parties face à leurs responsabilités. Dans ce cadre, monsieur le ministre, j'aborderai les responsabilités de deux des nombreux acteurs de notre assurance soins de santé: celles du patient et celles des organismes

toegezien.

Wat de strijd tegen de sociale afzondering als gevolg van ziekte, een arbeidsongeval of een beroepsziekte betreft, steunen wij het initiatief van de minister inzake beroepsherinschakeling. Wij dringen er echter op aan dat deze demarche vrijwillig blijft.

Ons land beschikt over een uiterst doeltreffend stelsel van gezondheidszorg. Het voor 2004 vastgesteld tekort is onrustwekkend maar de spelregels die tot dusver in de ziekteverzekering golden hebben ervoor gezorgd dat onherstelbare ontsporingen met betrekking tot de toegankelijkheid konden worden voorkomen. Een beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg is een economische noodzaak, een sociale verplichting en een politieke verantwoordelijkheid. Wij zullen dus niet vervallen in een vorm van opbod waarbij de zogenaamde "overconsumptie" aan beide kanten van de taalgrens wordt vergeleken. Veeleer dan zich af te vragen of een gewest "verspilt" terwijl een ander gewest "profiteert", moet men de variabele verschillen blootleggen die het heterogeen karakter van de medische praktijken, voornamelijk tussen ziekenhuisinstellingen, weerspiegelen. Teneinde de solidariteit in het land te handhaven, moeten wij, daar waar de consumptieverschillen niet door de sociaal-economische kenmerken van de bevolking kunnen worden verklaard, de nodige correcties aanbrengen en de diverse actoren responsabiliseren.

De patiënten op hun verantwoordelijkheid wijzen, kan slechts onder strikte voorwaarden gebeuren. Zo moet meer rekening worden gehouden met de financiële draagkracht van het gezin. Om de gelijke toegang tot de gezondheidszorg te verzekeren, moet selectief te werk

assureurs.

L'option retenue, et nous nous en félicitons, est de n'envisager une responsabilisation accrue du patient, et donc une intervention personnelle plus importante, que dans un cadre très strict, notamment constitué de mécanismes qui prennent en compte la capacité financière des ménages. La sélectivité est indispensable pour assurer l'égalité d'accès aux soins de santé. Toutefois, nous l'avons déjà rappelé à maintes reprises, c'est aussi un mal nécessaire, dans la mesure où notre régime d'assurance sociale obligatoire repose sur le principe de la cotisation proportionnelle à la rémunération et que ces cotisations donnent droit aux prestations dont l'assuré a besoin, sans discrimination selon ses revenus.

Dès lors, s'il est question d'une dose supplémentaire de sélectivité, nous pensons qu'elle doit d'abord être envisagée sous d'autres formes que celle liée aux revenus: sous l'angle de l'inégalité face à la maladie (par exemple, le renforcement de la prise en charge des maladies chroniques), sous l'angle de la prévention (exemple actuel et intéressant à souligner, les soins dentaires préventifs chez les enfants) ou encore sous l'angle du bon usage des soins. En la matière, comme l'a évoqué également mon collègue Yvan Mayeur, la modulation des tickets modérateurs selon que le patient respecte ou non un certain échelonnement ou trajet des soins est une mesure tout à fait acceptable car il importe de sensibiliser davantage les patients aux enjeux économiques et sanitaires de notre système de soins de santé.

Le découragement de la consultation à domicile du médecin généraliste lorsqu'elle n'est pas nécessaire est une piste qui semble finalement ne pas avoir été retenue. Or, elle pouvait avoir du bon sens si on partait du principe que la visite à domicile reste évidemment indispensable pour une série de patients ou dans certaines circonstances.

En ce qui concerne le maximum à facturer, on a entendu dire que ce système, qui renforce l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population, en particulier pour les personnes les plus fragiles socio-économiquement, était peut-être trop "généreux". Si la sélectivité en fonction des revenus est importante, la solidarité entre les différents revenus l'est tout autant. Ce sont précisément les efforts supplémentaires internes au régime, lesquels s'ajoutent à l'effort contributif plus important d'une partie de la population, qui permettent cette sélectivité. Mais ici la solidarité doit bien entendu fonctionner dans les deux sens. C'est là une exigence fondamentale si nous voulons éviter le risque d'une désolidarisation par rapport à notre régime d'assurance sociale. Il serait donc inacceptable de ne réserver le bénéfice du maximum à facturer qu'aux revenus les plus faibles.

Ceci nous amène au problème des doubles remboursements que certains ont estimés à environ 12 millions d'euros. En réalité, il faut distinguer deux choses lorsque le patient bénéficie d'une assurance complémentaire soins de santé. D'une part, la période au cours de laquelle les quotes-parts personnelles de l'assurance obligatoire s'additionnent et entrent dans le compteur du maximum à facturer et, d'autre part, le moment où l'intervention de l'assurance obligatoire est égale à 100%, puisque le seuil des tickets modérateurs a été atteint.

worden gegaan. Al zijn wij van mening dat die selectie nog sterker moet worden doorgevoerd, toch vinden wij dat dit moet gebeuren op grond van andere elementen dan de inkomens, zoals bijvoorbeeld de preventie, de ongelijkheid ten aanzien van de ziekte en een correct gebruik van de zorgverlening. Het remgeld aanpassen naargelang de patiënt al dan niet een bepaald zorgtraject volgt, lijkt ons een aanvaardbaar voorstel, evenals het ontraden van huisbezoeken door de huisarts, op voorwaarde dat zij nog kunnen plaatsvinden indien het echt noodzakelijk is. Wat de maximumfactuur betreft, menen wij dat zij in beide richtingen moet werken en dat de allerzwaksten er niet als enigen recht op mogen hebben. Dit zou immers een averechts effect op de solidariteit tussen de verschillende bevolkingsgroepen kunnen hebben.

De "dubbele terugbetalingen" worden door sommigen op 12 miljoen euro geschat. Indien de patiënt een aanvullende verzekering geniet, moet men een onderscheid maken tussen enerzijds, de periode waarin het persoonlijk aandeel wordt opgeteld en in de maximumfactuur wordt opgenomen, en anderzijds, de periode waarin de terugbetaling door de verplichte verzekering 100 procent bedraagt vermits de drempel voor het remgeld werd bereikt. De eerste periode lijkt ons tegenstrijdig te zijn omdat in geval van een privé-verzekering geen "matigend" effect speelt. Wat de tweede periode betreft, is de PS hevig gekant tegen het voorstel van sommigen om, bij de toepassing van de maximumfactuur, de verplichte verzekering pas een terugbetaling te laten doen na aftrek van de terugbetalingen door de aanvullende verzekering. De oplossing voor de dubbele terugbetalingen moet er in bestaan dat een terugbetaling in het kader

A propos du premier élément, monsieur le ministre, nous soulevons un paradoxe. Pour obtenir le bénéfice du maximum à facturer, la loi impose que les tickets modérateurs aient été effectivement pris en charge par les bénéficiaires.

Le caractère modérateur n'existe donc pas en cas d'assurance privée. On pourrait se demander si l'objectif de la loi et donc la philosophie du ticket modérateur sont vraiment bien respectés.

Sur le deuxième point, la loi actuelle vise à rendre impossible qu'une même quote-part personnelle soit prise en charge par l'assurance soins de santé obligatoire et par d'autres réglementations publiques, comme celles relatives aux CPAS ou aux invalides de guerre. Il s'agit d'une mesure qui a été introduite par la loi-programme avant l'été.

Le principe retenu est que le maximum à facturer est résiduaire par rapport aux interventions prévues dans les autres réglementations. Faut-il, comme le proposent certains aujourd'hui, retenir la même solution pour les assurances privées? Monsieur le ministre, le groupe PS s'y oppose avec fermeté. Inacceptable est le raisonnement selon lequel l'assurance obligatoire ne doit intervenir dans l'application du maximum à facturer qu'après déduction des interventions dans le cadre d'une assurance complémentaire. Etant donné que le maximum à facturer est une mesure universelle et que la souscription à une assurance privée est libre, que son objectif n'est que de compléter la couverture légale et obligatoire, la solution pour éviter les doubles paiements doit obligatoirement consister à ce qu'un remboursement dans le cadre du MAF ne soit pas remboursé une deuxième fois via une assurance privée. L'inverse amorcerait ni plus ni moins un processus larvé de privatisation de notre régime d'assurance sociale.

Sur le plan pratique, régler le problème des doubles paiements est tout sauf simple. Si la solution passe nécessairement par l'intégration du "MAF fiscal" dans le "MAF revenu", de façon à ce que les mutualités assurent la gestion de l'ensemble du système pour tous les ménages, nous ne pouvons que nous en féliciter. Ici, on fait d'une pierre deux coups puisqu'on renforce davantage encore le dispositif central de protection de tous les patients.

Lors de l'adoption de la loi relative au maximum à facturer, nous nous étions prononcés en faveur de l'intégration progressive de la franchise fiscale dans le "MAF revenu" car son effet différé, à savoir les deux ans d'écart, outre sa complexité technique, peut freiner l'accès aux soins et n'est une mesure ni simple ni transparente pour les ménages concernés. L'économie, pour les assurances privées, de la suppression des doubles paiements doit également profiter à l'assurance obligatoire. Dès lors, nous sommes favorables à la conversion de l'économie escomptée en un relèvement de la taxe sur l'assurance hospitalisation. Cette mesure a-t-elle été retenue?

Pour terminer, j'en arrive à la responsabilisation des organismes assureurs. Le système actuel de responsabilité financière des organismes assureurs sera évalué et fera l'objet d'une concertation dans le but d'une adaptation. Difficilement acceptable aurait été la suppression du plafond actuel des 2% de responsabilité financière. Non seulement, on ne change pas les règles en fin d'exercice mais il faut également rappeler que ce plafond a été introduit afin de ne pas

van de maximumfactuur niet door een privé-verzekering wordt herhaald. Een tegenovergestelde aanpak zou tot een verkapte privatisering van ons sociaal verzekeringssysteem leiden.

Het probleem van de dubbele terugbetalingen moet tevens worden opgelost via de integratie van de fiscale maximumfactuur in de maximumfactuur op grond van de inkomens. Op die manier kunnen de ziekenfondsen het geheel voor alle gezinnen beheren.

De afschaffing van de dubbele betalingen levert niet alleen besparingen voor de privé-verzekering op, maar moet ook de verplichte verzekering ten goede komen; wij hopen dus dat de verwachte besparingen zullen worden aangewend om de belasting op de hospitalisatieverzekering op te trekken. Werd die maatregel in overweging genomen?

Ik kom nu tot de responsabilisering van de verzekeringsorganismen. We hadden niet kunnen aanvaarden dat het huidige plafond van 2 percent van de financiële verantwoordelijkheid zou afgeschaft worden. Dat zou betekend hebben dat de aangesloten leden ervoor zouden moeten opdraaien als de beheerders van de verzekering voor de geneeskundige verzorging tekort schieten of als het mechanisme van de budgettaire voorafbeelding voor het lopende begrotingsjaar niet goed functioneert. De aanvullende bijdragen die aan de leden worden gevraagd, zijn in strijd met de solidariteit omdat ze geen rekening houden met de inkomsten. De ziekenfondsen kunnen de uitgaven van hun leden slechts in beperkte mate controleren. Het is trouwens voor een groot deel een fictieve controle. Mijnheer de minister, wij keuren uw beleidslijnen in dit dossier goed. We moeten

pénaliser les organismes assureurs en cas de sous-estimation du budget des soins de santé, c'est-à-dire lorsque l'objectif budgétaire global dépasse les 2%. Faire disparaître ce plafond équivaut à faire supporter davantage encore, par les affiliés eux-mêmes, la faiblesse des gestionnaires de l'assurance soins de santé et le mauvais fonctionnement des mécanismes de prévisions budgétaires en cours d'exercice.

Si la responsabilité de tous les gestionnaires – pouvoirs publics, partenaires sociaux, prestataires de soins et organismes assureurs – est engagée sur le respect de l'objectif budgétaire – c'est bien normal puisque nous sommes dans un système de solidarité –, remarquons tout de même celle du corps médical qui, trop souvent encore, refuse la moindre autocritique et la moindre contrainte sur les honoraires.

Les cotisations complémentaires réclamées aux affiliés sont antisolidaire parce qu'elles ne tiennent pas compte des revenus. Elles frappent tout le monde, patients et non patients, riches et pauvres. Il s'agit d'une forme de parafiscalité qui n'apporte rien à la qualité de gestion des organismes assureurs. Certes, les mutualités ont une mission dans le cadre de la promotion de la santé et donc aussi dans la prévention et l'éducation: elles sont cogestionnaires de l'assurance maladie-invalidité; elles négocient des accords et des conventions avec les prestataires de soins et au travers, par exemple, du dispositif de l'autorisation préalable pour le remboursement de certaines prestations, elles ont la possibilité d'influer sur les pratiques médicales. Mais de manière générale, leur capacité à contrôler les dépenses de leurs affiliés est limitée. Dans une large mesure, elle repose d'ailleurs sur une fiction.

Dans ce dossier, monsieur le ministre, vos orientations rencontrent totalement nos préoccupations. Il est impératif de s'interroger sur le rapport entre la responsabilité financière et la capacité réelle des mutualités à exercer une influence sur les dépenses. Aucune mesure visant à accroître davantage la responsabilité des mutualités n'a de sens si elle ne s'accompagne pas d'instruments qui leur permettent d'exercer pleinement les responsabilités qu'on leur attribue. Il s'impose de développer ces instruments.

Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra envisager une responsabilisation accrue de ceux qui, ne l'oublions pas, représentent et défendent les intérêts des patients.

En conclusion, notre projet de société, votre projet, monsieur le ministre, est de maintenir en permanence des soins de santé de haute qualité, accessibles à tous et au meilleur coût. Nous sommes convaincus que là réside la seule voie d'avenir pour un système dont l'efficacité est démontrée mais qui, confronté à un environnement en profonde mutation, doit accroître sa performance en termes d'efficacité au service de l'ensemble de la population.

Les réponses aux nombreux défis qui nous attendent, à court et à moyen termes, ne peuvent être le prétexte à un rationnement des soins. Au contraire, il doit s'agir d'une rationalisation au profit du patient et au-delà au profit de l'ensemble de notre assurance sociale. C'est à l'intérieur de ce cadre préétabli qu'il convient de définir ou de redéfinir des priorités et des lignes d'action.

instrumenten ontwikkelen waarmee de ziekenfondsen de hun toevertrouwde verantwoordelijkheid ten volle kunnen uitoefenen.

Kortom, wij staan voor de uitdaging om een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg te vrijwaren, die voor iedereen tegen de laagste kostprijs toegankelijk is. Alleen op die manier kan een systeem blijven bestaan dat op zich doeltreffend is, maar in een voortdurend veranderende omgeving performanter moet worden als het ten dienste van de bevolking wil staan.

Als wij die uitdagingen aangaan, betekent dat niet dat wij de zorgverlening moeten gaan rantsoeneren. Integendeel, de patiënt en heel onze sociale verzekering moeten baat hebben bij de rationalisering. Vanuit dat oogpunt moeten de prioriteiten en de beleidslijnen worden vastgelegd.

Mijnheer de minister, u heeft die benadering in grote lijnen geschetst en concrete maatregelen voorgesteld waarmee wij instemmen. Op de steun van de PS kan u dan ook rekenen.

Monsieur le ministre, vous avez dessiné le contour de ce cadre et avancé des mesures concrètes ou des pistes de réflexion auxquelles nous souscrivons. En conséquence, vous pouvez compter fermement sur le soutien du groupe PS. Je vous remercie de votre attention.

De **voorzitter**: Mijnheer Verhaegen, er is een verschil tussen u beiden, niet alleen qua functie, maar ook qua uiterlijk. Dat valt op. Maar u bent een galant man. Ik weet dat mevrouw Jiroflée een klein probleem van timing heeft.

01.61 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, wij hebben uw beleidsnota over Volksgezondheid grondig doorgenomen. Wij vinden daarin heel wat positieve dingen terug, zaken waar wij ons kunnen achter zetten en die wij in de toekomst ook graag mee zullen ondersteunen. Ik wil hier graag op een paar aspecten, op een paar van mijn stokpaardjes ingaan. Collega's Detiège en De Meyer halen een aantal andere aspecten aan.

Ik wil het eerst even hebben over het tabaksbeleid. De voortzetting van het promoten van de vorming voor artsen, de toegang tot de tabaksontwenning, vooral voor een minderbedeeld publiek, de verhoogde sensibilisering van de risico's ten gevolge van tabaksgebruik door het aanbrengen van kleurenfoto's en dergelijke en de beperking van tabaksgebruik op openbare plaatsen zijn maatregelen waarmee wij ons volmondig akkoord verklaren.

Vandaag staat er trouwens in een krant dat rookstopmiddelen steeds meer in trek zijn. Blijkbaar zijn vorig jaar 100.000 mensen gestopt met roken. Het gaat dus zeker de goede richting uit. Hier zijn volgehouden inspanningen evenwel zeker op hun plaats.

Mijnheer de minister, in dat verband wil ik toch een kritische bedenking maken. De Nationale Coalitie tegen tabak pleit reeds heel lang voor het aanbrengen van het nummer van de rookstoplijn op de pakjes sigaretten. Voor mensen die willen stoppen met roken maar dat op eigen kracht niet kunnen, en die maken tenslotte een groot percentage van de rokers uit, zou de vermelding van dat nummer werkelijk een significante verlaging zijn van die zogenaamde psychologische drempel. Net als VLD-collega Chevalier reeds in de commissie deed, pleit ik hier dan ook nog eens voor de vermelding van dat nummer op de pakjes sigaretten.

De gedeeltelijke tenlasteneming van tabaksontwenning bij zwangere vrouwen en hun partner kan ook bij ons op veel bijval rekenen. Uit enquêtes blijkt immers dat 75% van de zwangere vrouwen wel degelijk wil stoppen met roken. De maatregel zou erin bestaan dat men meer dan 30.000 rokende zwangere vrouwen de mogelijkheid biedt om bijstand te bekomen om te stoppen met roken. Het gaat hier voor ons duidelijk om de bescherming van het embryo. Wij vinden dat een gedeeltelijke terugbetaling absoluut op zijn plaats is.

Mijnheer de minister, ik kom aan het drugsbeleid. Wij zijn blij dat er in 2005 echt werk zal gemaakt worden van de oprichting van de Algemene Cel Drugsbeleid.

Wij dringen er dan ook ten zeerste op aan dat de verschillende deelregeringen zeer snel hun instemming zouden betuigen met de wet tot oprichting van deze cel zodat er concreet van start kan worden gegaan. De pilootprojecten rond nieuwe behandelingsvormen voor

01.61 Karin Jiroflée (sp.a-spirit): La note de politique générale de la Santé publique comprend une série de mesures positives que nous soutiendrons.

Nous approuvons totalement la promotion de la formation des médecins, l'accessibilité au sevrage tabagique pour les personnes défavorisées, une sensibilisation accrue aux risques liés au tabagisme et la restriction de l'usage du tabac dans les lieux publics. Les produits d'aide au sevrage tabagique rencontrent par ailleurs un succès grandissant, mais d'importants efforts doivent encore être fournis.

La Coalition nationale contre le tabac souhaite depuis longtemps que le numéro de la ligne Tabac-Stop soit mentionné sur les paquets de cigarettes, ce qui abaisserait considérablement le seuil psychologique pour arrêter de fumer. Je plaide en faveur d'une telle mesure.

Nous sommes également partisans d'un remboursement partiel du sevrage tabagique chez la femme enceinte et son conjoint. 75 pour cent des femmes enceintes souhaitent arrêter de fumer. Nous voulons protéger l'embryon.

Je me réjouis de l'instauration de la Cellule générale politique des drogues en 2005, même si les différents gouvernements fédérés doivent encore l'approuver. Nous espérons que cette création sera rapidement approuvée. J'applaudis également à la prolongation des projets pilotes relatifs aux troubles liés aux

personen met middelengerelateerde stoornissen, opgericht in het kader van de federale beleidsnota drugs, worden verlengd, en we denken dat dat een goede zaak is. We zijn zeer benieuwd naar de resultaten van de diepgaande evaluatie die u in het vooruitzicht stelt.

Ik kom dan bij een van mijn stokpaardjes, de voedselveiligheid. In verband met ggo's stelt u terecht, mijnheer de minister, dat ons land dringend de richtlijn 2001/18 in Belgisch recht zou moeten omzetten zodat een gecontroleerde en objectieve benadering van deze nieuwe voedingsmiddelen mogelijk wordt. Wat mij een beetje ongerust maakt in uw tekst is dat u denkt de omzetting door te voeren in 2005 door middel van een koninklijk besluit. Ik zou zeggen, mijnheer de minister, niet denken, maar doen. Het is hoog tijd.

U heeft het ook over uw nationaal voedings- en gezondheidsprogramma dat medio 2006 zal worden afgewerkt. Een van de wetenschappelijke fundamenteën van dit plan is de enquête inzake voedingsconsumptie die in 2003 van start is gegaan. Dit jaar heeft de enquête op het terrein plaatsgehad, de resultaten worden tegen het najaar van 2005 verwacht. Wij kijken erg uit naar die resultaten en ik durf te hopen dat wij in de commissie voor de Volksgezondheid een bespreking kunnen wijden aan deze resultaten, waarvan ik denk dat ze erg belangrijk zijn voor het verdere voedingsbeleid.

In dat verband wil ik ook nog even aanstippen dat ik vind dat uw aparte nota in verband met het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen een gedegen stuk werk is dat verdere stappen zet op de weg naar een doorgedreven modernisering van de controle op onze voedselketen.

Tot slot, nog even kort over de passage aangaande cosmetica. De nota stelt dat men iets wil doen in verband met de veiligheid van tatoeageverven. Dat lijkt me een heel goede zaak. Ik wil echter voor diezelfde sector een bijkomende suggestie doen. In juni van dit jaar verscheen er een studie van het Britse Trading Standards Institute waaruit bleek dat zonnecrèmes voor kinderen vaak niet de bescherming bieden die ze beloven te bieden. De beschermingsfactor op de verpakking zou vaak niet overeenkomen met de werkelijkheid. Bij 7 van de 8 geteste crèmes lag de werkelijke beschermingsfactor veel lager dan de aangegeven factor. Dat zulks aan ouders een vals gevoel van veiligheid geeft behoeft geen betoog. Ondertussen wordt huidkanker als één van de agressiefste kankers beschreven en zonnebrand in kindertijd als één van de voornaamste oorzaken van het toenemend aantal gevallen van huidkanker. Ik heb u hierover reeds een vraag gesteld en u verwees toen naar Europese regelgeving die in de maak zou zijn.

Ik durf erop aan te dringen dat u die zaak op de voet blijft volgen. Ik denk dat dat heel erg belangrijk is. Eventueel moet u zelf een initiatief nemen als de zaken niet vlug genoeg zouden vooruitgaan.

Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, onze fractie zal met overtuiging het besproken onderdeel van de beleidsnota en de begroting goedkeuren.

De **voorzitter**: Het betoog duurde niet lang.

substances. Nous attendons avec impatience l'évaluation annoncée.

En matière d'OGM, le ministre estime à juste titre que la directive 2001/18 doit être transposée d'urgence en droit belge. Il pense qu'un arrêté royal sera pris en 2005 à ce sujet. Toutefois, il ne faut pas réfléchir mais agir!

Le Plan national Nutrition et Santé sera finalisé vers le milieu de 2006. Nous attendons avec intérêt les résultats de l'enquête de consommation alimentaire, qui sont prévus pour l'automne 2005. Nous espérons pouvoir débattre de cette enquête en commission de la Santé publique. Par ailleurs, la note sur l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire constitue un document très sérieux qui permet la modernisation.

La volonté du ministre d'accroître la sécurité des encres de tatouage est une bonne chose, mais il existe d'autres risques. Ainsi, une étude britannique révèle que les crèmes solaires pour enfants offrent souvent une protection moins efficace qu'annoncé, d'où un sentiment trompeur de sécurité. Le cancer de la peau est très agressif et les coups de soleil subis pendant l'enfance en sont l'une des principales causes. Une réglementation européenne serait en préparation mais le ministre doit suivre ce dossier de très près. Au besoin, il devra prendre lui-même une initiative.

Notre groupe politique adoptera résolument ce volet de la note de politique générale et du budget.

Mijnheer Verhaegen, u hebt ook een aantal opmerkingen van mevrouw Lanjri meegebracht voor de heer Dupont?.

01.62 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mevrouw de staatssecretaris, het is al uittentreuren gezegd dat de commissie voor de Volksgezondheid het deel van beleidsnota waarover ik een aantal opmerkingen naar voren wil brengen, niet heeft besproken. Het is dan ook logisch dat ik wat diepgaandere beschouwingen maak en een aantal punctuele vragen stel.

Het eerste thema dat even zijdelings aan bod is gekomen en dat veel te belangrijk is om niet te vernoemen, is het drugsbeleid. Het drugsbeleid is voor de regering lang geen prioriteit. Die verklaring is bijna een open deur intrappen. Veel Vlamingen liggen nochtans wakker van het drugsgebruik, zeker bij de jongeren. Dat zijn de harde feiten. In de beleidsnota van 2004 werd gewoon met geen woord gerept over het drugsbeleid. Dat is een verloren jaar. Voor 2005 worden enkele schuchtere ingrepen in de marge aangekondigd, maar voor ons is dat niets meer dan een klein schaamlapje. Het is niet omdat men het probleem doodzwijgt, dat men het zal oplossen, wel integendeel. Als men het drugsprobleem onderkent en men werkt eraan, dan wordt het zichtbaar en wordt het ook een groot probleem. Zeker in Vlaanderen beschouwen nagenoeg alle lokale politiezones in hun zonale veiligheidsplannen de drugsproblematiek als prioritair, dat in tegenstelling tot de federale overheid.

De Algemene Cel Drugsbeleid, die in uw beleidsnota wordt aangekondigd, had eigenlijk al lang moeten functioneren. Eigenlijk had men die oefening moeten doen vooraleer men de drugswet van toepassing maakte. Het was logisch geweest dat er een goede wisselwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen, Sociale Zaken, Welzijn en Justitie, op punt had gestaan, alvorens het gedoogbeleid met hoorngeschal en tromgeroffel op de mensen was losgelaten. Wij hadden liever een requiem gehoord, gelet op de toch zeer verstreckende gevolgen voor vooral de zwakkeren en de jongeren van drugs. Ik kom hier straks op terug.

Vier jaar na de invoering van de wet starten met de Algemene Cel Drugsbeleid getuigt voor ons van desinteresse. Bovendien kan de cel pas van start gaan na publicatie van alle wetten en decreten tot instemming met het samenwerkingsakkoord in het Belgisch Staatsblad.

Zolang we ons kunnen herinneren, blokkeert Wallonië het dossier. Daarom wil ik van de minister – dat is mijn eerste vraag – vernemen of er een doorbraak is gekomen. Zo ja, wat is de aanleiding voor de doorbraak geweest? Aan de toon te horen die zij heeft gebruikt, weet mevrouw Jirofléé daarvan al iets meer.

Dan is er de cel Gezondheidsbeleid Drugs. De cel is sedert 2001 operationeel. We moeten toegeven dat dat wellicht het enige actiepunt is. De cel zou echter ondermaats werken. Een geïnformatiseerd datasysteem had al lang kunnen en moeten geïmplementeerd zijn. Het is voor ons zeker geen nieuwe actie.

Voor het overige wordt er nog wat federale recuperatie aangekondigd door het opzetten van – luister goed – preventiecampagnes. Mijnheer de minister, u weet – wij hebben het daar zopas ook even over gehad

01.62 Mark Verhaegen (CD&V): La commission de la Santé publique n'étant pas parvenue à débattre de cette partie de la note de politique, je voudrais simplement vous livrer un certain nombre de considérations et vous poser quelques questions.

Quoique ce problème préoccupe beaucoup de Flamands, le gouvernement a considéré longtemps que la politique en matière de drogues n'était pas prioritaire. Dans sa note de politique 2004, il n'en dit pas un mot et pour 2005, seules quelques timides interventions sont annoncées incidemment. Pour les zones de police locales, toutefois, la drogue est bel et bien une priorité.

La "Cellule générale Politique en matière de Drogue" dont le gouvernement nous avait annoncé la création aurait dû se mettre au travail depuis longtemps. Avant de confronter la population à une politique de tolérance, il aurait dû y avoir une interaction entre les divers niveaux de pouvoir. La Cellule ne pourrait entamer ses travaux qu'après la publication des lois et décrets qui régissent l'assentiment avec l'accord de coopération. Un revirement significatif s'est-il produit du côté wallon? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui l'a déclenché?

La Cellule Politique de la Santé Drogue fonctionne depuis 2001 mais sans résultat mirobolant. Aucun système informatisé de gestion des données n'a encore été mis en place.

Dans le cadre d'une opération de récupération de compétences par le fédéral, des campagnes de prévention seront organisées. Nous prônons quant à nous une meilleure gestion et une scission des soins de santé entre la

met de heer Goutry – dat wij voor een beter bestuur pleiten. Dat betekent een gezondheidsbeleid uit één hand, dus een Waalse en een Vlaamse gezondheidszorg en niet een Belgische gezondheidszorg. Dat zeg ik ook tot de heer Mayeur en mevrouw Lambert, die dat heel anders zien dan ons.

Het methadon-KB wordt geïmplementeerd, maar op het terrein valt met dat koninklijk besluit niet te werken. Wat werken aan de behandeling van verslaafden en klaar is Kees. That's all. Minder dan één bladzijde uit de dikke beleidsnota gaat over het grote probleem van het drugsgebruik. De rest wordt gewoon naar de Griekse kalender verwezen. Ondertussen neemt het drugsgebruik bij jongeren angstwekkend toe, en dit op steeds jongere leeftijd. Ik heb dat al eerder proberen aan te tonen op basis van cijfers van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, de VAD. Uit de recentste cijfers blijkt dat de voorbije vijf jaar het aantal leerlingen in het secundair onderwijs dat cannabis gebruikte, van 15% naar 25% is gestegen. Hun aantal werd aangewakkerd door de drugswet van januari 2001.

Ondertussen speelt België ook een hoofdrol in de XTC-productie. Bij de eerste mondialisering in de zestiende eeuw onder Karel V, van wie wordt gezegd dat in zijn Rijk de zon nooit onderging, was Vlaanderen nog wereldvermaard op het vlak van kunsten en wetenschappen. Vandaag met de derde mondialisering zijn we wereldproducent en wereldexporteur van XTC. Collega's, in het rijk van de Belgische XTC gaat de zon nooit onder. Dat is de politiek van de regering, die de morele integriteit van ons land volkomen ondergraaft en ons in het buitenland gewoon belachelijk maakt. Daarover staat niets in de beleidsnota en uiteraard ook niets in het regeerakkoord. De regering sleept wel onschuldigen mee in persoonlijke drama's, waarvan we de draagwijdte niet kennen.

Ondertussen zit de cannabisteelt in de lift. Ik heb deze lente – ik dacht: nieuwe lente, nieuw geluid – in drie verschillende interpellaties de ministers van Justitie, Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid ervan willen overtuigen dat de cannabiskweek in mijn regio schrikwekkende proporties aanneemt.

Er gaat bijna geen dag voorbij of er vliegt wel een hennepsteler tegen de dure lamp, want de lampen die zij gebruiken zijn inderdaad geavanceerd. Daaruit blijkt dat er veel geld wordt verdiend met de clandestiene plantages die wij al hebben opgerold in kelders, op zolders en in loodsen.

Als de kweker gevat wordt, dat ik heb ik met mijn eigen oren gehoord, is hij zich gewoon van geen kwaad bewust. Hij vertelt dat softdrugs legaal zijn. Dat is dan een foute interpretatie. Wij mogen hierbij niet uit het oog verliezen dat de door de regering toegelaten huisteelt de productie aanzienlijk stimuleert en dat deze ook in handen komt van mensen bij wie ze niet thuishoort, minderjarigen bijvoorbeeld.

Ondertussen hebben de minister van Justitie en de minister van Binnenlandse Zaken, om het lakse en onduidelijke beleid van deze regering een beetje te maskeren, in hun antwoord het gebruik van drugs, en in het bijzonder van softdrugs – zij noemen het softdrugs, wat softdrugs ook mogen zijn – als een louter probleem van volksgezondheid aangehaald en afgedaan. De vele drama's die

Flandre et la Wallonie.

L'arrêté royal en matière de méthadone sera mis en œuvre mais, sur le terrain, il est impraticable. Il faut faire davantage que bricoler un peu les thérapies prévues pour soigner les toxicomanes. Entre-temps, les chiffres avancés par l'association pour les problèmes d'alcool et les autres assuétudes montrent que la consommation de drogues chez les jeunes connaît une augmentation préoccupante et que les consommateurs sont de plus en plus jeunes.

La Belgique joue un rôle majeur dans la production d'ecstasy et la culture du cannabis y est également en expansion. J'ai tenté de convaincre les ministres de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé publique de la gravité de la situation dans ma région, où la culture de cannabis prend des proportions inquiétantes. Les cultivateurs pensent qu'ils n'ont rien à se reprocher et que la culture de cannabis est de toute façon légale. L'autorisation de cultiver du cannabis à domicile stimule la production. La ministre de la Justice a catalogué le problème du cannabis comme un problème de santé publique et occulte ainsi ledit problème.

La concentration en THC du cannabis néerlandais et belge est trois fois plus élevée que celle du cannabis cultivé à l'étranger. Le gouvernement néerlandais envisage même de considérer le cannabis néerlandais comme une drogue dure. En raison des risques pour la santé, les Nations Unies mettent en garde contre le lobby qui souhaite obtenir la légalisation du cannabis. Il est tout aussi nocif de fumer trois joints que vingt cigarettes. Le cannabis peut provoquer des crises de panique et entraîne des troubles du comportement, un manque de coordination, une perte de la mémoire et une indifférence à la

gepaard gaan met drugs en die elke dag verergeren, worden hiermee zomaar onder de mat geveegd. Dat doet veel pijn.

De volksgezondheid is wel degelijk in gevaar. Ik geef de boodschap van cultuurfilosoof George Steiner, in zijn boek 'Het verval van het woord', mee aan deze regering: "De mens is medeplichtig aan wat hem onverschillig laat."

Ondertussen zijn experts het erover eens dat het gehalte van het werkzame bestanddeel THC, tetrahydrocannabinol, in nederwiet – vandaag ook in belgowiet, dat bestaat ook – die binnenshuis gekweekt wordt, driemaal sterker is dan in buitenlandse cannabisproducten, zodat zelfs overwogen wordt om nederwiet op te nemen in de lijst van de harddrugs, die wij wel kennen.

Ondertussen waarschuwen de Verenigde Naties voor "lobby's die cannabis willen legaliseren", omdat recente studies aantonen dat cannabis de hersenen beschadigt en bij jonge mensen hartaanvallen veroorzaakt. Hierbij kan worden verwezen naar een Britse studie die aantoonde dat drie joints even slecht zijn voor de luchtwegen als twintig sigaretten. Over tabak gesproken.

Ondertussen blijkt uit verschillende internationale studies dat cannabis gevaarlijke bijwerkingen heeft, zoals angst- en paniekgevoelens of een verhoogde hartslag. Bij veelvuldig gebruik is de kans op astmacrisissen sterk verhoogd.

Ondertussen verwijst de vakliteratuur vaak naar een stijging van het aantal gevallen van leukemie bij kinderen waarvan de moeders cannabis rookten.

Ondertussen is aangetoond dat veelvuldig gebruik van cannabis op lange termijn overigens niet alleen tot blijvende gedragsstoornissen leidt, zoals geheugenverlies, een verminderd reactievermogen en een gebrek aan coördinatie, maar ook tot aantasting van iedere motivatie. Het sociale en familiale leven worden met een steeds grotere onverschilligheid benaderd en bejegend.

Ondertussen drukken de resultaten van een recent onderzoek "Cannabis and psychosis", gepubliceerd in de British Medical Journal van begin december van dit jaar, ons nog veel scherper met de neus op de feiten, scherper dan ooit tevoren. Hier wordt het verband aangetoond tussen cannabisgebruik en het ontstaan van psychosen, waaronder schizofrenie.

Uit twee grote bevolkingsonderzoeken bij jongeren van 14 tot 24 jaar, onder meer aan de universiteit van Maastricht, blijkt dat niet iedereen even gevoelig is voor de effecten op lange termijn, maar dat de leeftijdsgrens van 16 jaar echt kritiek lijkt te zijn. Effecten van cannabis en de kwetsbaarheid voor psychose blijken elkaar dramatisch te versterken. Kwetsbare jongeren die cannabis gebruikten hadden 4 jaar later een risico van 50% op psychotische symptomen zoals waanbeelden of het horen van stemmen. Dat is ruim 4 keer hoger dan andere jongeren. In een reactie op dit onderzoeksresultaat zegt psychiater Dirk De Wachter van het psychiatrisch centrum Kortenbergh dat dit onderzoek ook volmondig bevestigt dat het cannabisgebruik een uitlokkend effect heeft op wie van nature vatbaar is voor psychose. Hij zegt, ik citeer: "Het probleem

vie sociale, voire des psychoses, y compris la schizophrénie.

Le fait que de plus en plus de jeunes consomment de l'herbe constitue un phénomène réellement inquiétant. Etant donné leur âge, les jeunes de moins de 16 ans sont plus exposés aux psychoses par la suite. Le ministre est-il conscient de l'importance croissante du groupe des consommateurs de cannabis?

Les problèmes sociaux qu'entraîne la consommation de drogue sont légion, mais la Justice ne peut placer les toxicomanes derrière les barreaux. Cette impunité constitue un camouflet pour les policiers et les autres acteurs qui luttent contre la drogue. La ministre de la Justice a déclaré il y a quelques mois qu'elle accorderait plus d'importance à une politique de dissuasion et à la protection de la société. Elle n'a toutefois pas estimé nécessaire de modifier la loi. Sur la base d'une circulaire, le cannabis est considéré comme faiblement prioritaire. Pourtant, la politique de tolérance ne répond pas aux récentes découvertes relatives aux effets néfastes du cannabis. L'article 16 de la loi sur les stupéfiants a été supprimé par la Cour d'arbitrage. J'espère que le gouvernement tiendra compte des victimes de la consommation de drogue dans la nouvelle réglementation.

Le ministre de l'Intérieur reconnaît le problème de la culture de cannabis, mais ne prend aucune mesure dans le cadre du plan national de sécurité.

La libéralisation de la politique en matière de drogue a des conséquences très graves au niveau de la Santé publique. Il y a trop peu de possibilités d'accueil. Il est inadmissible que les Communautés fassent les frais d'une décision fédérale.

is dat precies psychisch zwakke jongeren naar drugs grijpen om wat rust en ontspanning te vinden met het gevolg dat ze er op termijn veel slechter van worden. Wij mogen ook niet vergeten dat onder de 16-jarigen de biologische kwetsbaarheid van de hersenen veel groter is. Daarenboven bevat de gekweekte nederwiet vandaag zo'n hoge concentratie aan actieve stof," - een THC-gehalte dat 3 keer hoger ligt, - "dat voor kwetsbare jongeren hetzelfde effect heeft als harddrugs". De stelling wordt hier dus opnieuw bevestigd.

Is de minister zich ook bewust van de steeds toenemende groep jonge cannabisgebruikers en de hieraan verbonden gezondheidsrisico's? Ondertussen hoor ik ook op het terrein dat veel politiemensen en medewerkers binnen de drugspreventienetwerken die door lokale of federale overheden worden betaald, de laatste jaren op de scholen een sterke strijd tegen drugs voeren met dikwijls de enthousiaste medewerking van oudercomités en schooldirecties. Deze mensen voelen die straffeloosheid aan als een serieuze klap in het gezicht. Ondertussen gebeuren op het terrein ook grote drama's zoals de vrouw die werd vrijgesproken voor de moord op haar zwaar verslaafde zoon of het radeloze kind dat bij mij komt aankloppen met de woorden: "Mijn grote broer is een zware verslaafde en sinds de dood van vader is er geen leven meer thuis. Toen hij met geweld naar de Sanokliniek bij ons in Geel werd gebracht, bleek er geen plaats genoeg. Nu is hij opnieuw thuis en houdt hij ons dag en nacht wakker. Hij bezorgt ons veel schrik en gebruikt geweld". Er zijn ook veel miserabele verhalen van geweldpleging en terreur door junks. Een grootmoeder wordt door haar kleindochter afgerammeld tot ze geld geeft en een zoon laat zijn ouders overvallen.

Het frustrerende is dat junks die criminele feiten plegen binnen de kortste keren weer op straat staan omdat Justitie niet de wettelijke mogelijkheden heeft om ze vast te houden. Zo komen we stilaan in een spiraal van geweld terecht. In mijn meer dan twintigjarige loopbaan als burgemeester heb ik dat allemaal van dichtbij meegemaakt, maar de jongste jaren is het echt aberrant, mijnheer de voorzitter. Ik ben er mij dan ook bewust van dat dit maar het topje van de ijsberg is. Ondertussen antwoordde de minister van Justitie op mijn vraag van mei 2004 dat er meer zal worden gewerkt aan het ontraden en terugdringen van het gebruik en aan de bescherming van de samenleving.

Mijn vraag is ook hoe deze regering dat gaat realiseren, een federale regering die – onder ons gezegd – fatigué is. Het is natuurlijk gemakkelijk mooie brieven rond de jaarwisseling te sturen, maar ik denk dat het veel moeilijker is om hier orde op zaken te krijgen. Ik hoop het echt, maar het zal niet gemakkelijk zijn.

De minister van Justitie voegt er nog aan toe dat er ook geen reden bestaat om de drugswet te wijzigen. Integendeel, de strengheid van de wet wordt afgezwakt in de rondzendbrief voor cannabis. Cannabisgebruik wordt vandaag beschouwd als een wanbedrijf van de laagste orde. Het bezit van minder dan drie gram wordt gewoon gedoogd. Is dat nog wel in overeenstemming, mijnheer de minister, met de nieuwe inzichten over volksgezondheid en met de nieuwe onderzoeken die dagdagelijks verschijnen? Op internet kunt u ze allemaal raadplegen. Ik heb er maar enkele aangehaald.

Ondertussen bevestigt de minister van Binnenlandse Zaken ons

Le ministre demandera-t-il au gouvernement de revoir la loi sur la drogue? Est-il conscient des problèmes qui se posent à ce niveau dans le cadre de la Santé publique?

aanvoelen, dat ik ook heb geëtaleerd, in verband met de escalatie van cannabisplantages. In heel Vlaanderen, vooral in de grensstreek, komt het stilaan tot een noodtoestand. Hij geeft dat ook toe. Wij vinden het dan ook onbegrijpelijk dat binnen het Nationaal Veiligheidsplan geen projectmatige acties worden ondernomen. Alles wordt teruggebracht tot de gewone reguliere werking van de lokale politie. Ook hier staan wij als lokale bestuurders machteloos.

Ondertussen vernietigde het Arbitragehof artikel 16 uit de drugswet met betrekking tot het problematisch gebruik en de overlast inzake cannabisgebruik. Daarmee is de regelgeving in dit beleid terug naar af. Het is nu aan de regering om een nieuwe regelgeving uit te werken. Laten we echt hopen dat ditmaal wel rekening wordt gehouden met de snel toenemende groep van onschuldigen die wordt meegesleurd in de spiraal van het drugsgebruik. Ik hoop dat deze noodoproep voor één keer niet onbeantwoord blijft, mijnheer de minister. Het moet een signaal zijn uit de samenleving. We mogen die onverschilligheid niet verder laten spelen.

De CD&V-fractie heeft altijd duidelijk verklaard dat de liberalisering van cannabis een grote stap van de regering is, met zware gevolgen voor de volksgezondheid.

Uit het jaarverslag 2004 van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving blijkt dat verscheidene landen een verhoogd problematisch gebruik melden. De nationale verslagen melden een verhoging van de vraag naar behandeling van cannabisgebruikers die problemen hebben door het primair gebruik van cannabis. Dat kan tellen.

Er is volgens mij veel te weinig opvang. Wij hebben vandaag ten overvloede gehoord dat er veel te weinig geld is voor de echte zieken. Het lijkt ons, los van de drama's die hier werden opgesomd en de vele andere drama's verbonden aan druggebruik, onaanvaardbaar dat de gemeenschap moet opdraaien voor de hoge extra ziekenkosten en de afkickprogramma's die allemaal het gevolg zijn van het gedoogbeleid van deze regering. Deze regering heeft totnogtoe altijd de onbegrijpelijke keuze met betrekking tot dit maatschappelijk probleem voor meer absolute vrijheid boven bescherming van de kwetsbare - vooral jonge - mensen. Dit was de keuze van de groene, de socialistische en de liberale partijen en is tot op vandaag nog die van paars.

U kunt het natuurlijk nog veranderen. De toestand op het terrein is schrikwekkend en ernstig. Alsmaar meer en alsmaar jongere jongeren wagen zich aan cannabis en de stap naar het gebruik van XTC over speed naar verdovende en zelfs hallucinogene genotsmiddelen wordt alsmaar sneller gezet. Ik wil de minister van Volksgezondheid daarom op amicale wijze en uit diepe bekommernis vragen of hij bereid is bij zijn collega's van de federale regering aan te dringen om de drugwet en het gedoogbeleid voor cannabis te herzien. Mijnheer de minister, bent u bereid uw bevoegdheid voor volksgezondheid - en zeker voor de zwakkeren - aan te wenden? De drugwet zegt dat een meerderjarige drie gram cannabis op zak mag hebben en één plant mag staan hebben; de drugwet zegt met andere woorden dat drugs worden gedoogd waardoor aldus het hek van de dam is. Bent u ervan overtuigd dat dit niet zo gezond is, dat het de volksgezondheid bedreigt en dat het zelfs, zoals ik vandaag heb

gelezen in het tijdschrift van de Gezinsbond, de jongeren straft voor iets wat de volwassenen onder bepaalde voorwaarden wel mogen doen? Bent u ervan overtuigd dat er hiervoor een koerswijziging noodzakelijk is?

De **voorzitter**: Mijnheer Verhaegen, de heer Goyvaerts wenst u te onderbreken.

01.63 Hagen Goyvaerts (Vlaams Belang): Collega Verhaegen, ik heb met aandacht geluisterd naar uw uiteenzetting. Ik ben zeer verheugd dat wij CD&V die taal horen gebruiken met betrekking tot de aanpak van het drugsbeleid. Ik moet er alleen toch op wijzen dat alles is begonnen met de rondzendbrief van uw goede ministers indertijd, Stefaan De Clerck en zijn opvolger, over het geven van de absoluut laagste prioriteit aan de vervolging van drugsdelicten.

Ik stel toch vast dat er een zekere evolutie is in de gedachtegang van de CVP naar CD&V wat dat betreft. Ik weet niet of het te maken heeft met het verschil tussen in de meerderheid zitten of in de oppositie, maar ik moet zeggen dat uw betoog ons sterkt in de overtuiging dat daaraan iets gedaan moet worden.

01.64 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer Goyvaerts, ik zal kort antwoorden. Wij hebben nooit gestaan voor een gedoogbeleid, noch collega De Clerck, noch collega Van Parys. Er is altijd gezegd geweest dat bij het stellen van prioriteiten altijd eerst de zware gevallen aangepakt moesten worden. Maar uiteindelijk is de straffeloosheid ook voor ons een onbegrijpelijke zaak. Op dat punt hebben wij niet toegegeven en zullen wij ook nooit toegeven. Ik ben ervan overtuigd - en de feiten tonen dat ook aan - dat wij allemaal de zaak strenger moeten bekijken, want het is heel ernstig. Zelfs met de zogenaamde softdrugs zijn er tegenwoordig problemen. Wanneer die softdrugs thuis geteeld worden, dan zijn die veel gevaarlijker. Vandaar dat ik gezegd heb dat het begrip softdrugs niet meer bestaat. Doordat huisteelt toegestaan is en mensen thuis kunnen telen binnen een geconcentreerde omgeving is er nu een heel andere situatie ontstaan.

Nogmaals, wij zijn nooit voor een gedoogbeleid geweest.

Mijnheer de minister, ik kom tot het laatste punt over het drugsbeleid. In 2001 is er een punctueel actieplan met de drugsnota gepubliceerd. Voor elke maatregel zijn er kredieten ingeschreven. Er stond zelfs bij elke post welke minister welk budget kreeg en op welk tijdstip een en ander moest worden uitgevoerd. Het is voor de oppositie dus heel gemakkelijk om daarop controle uit te oefenen. Ik heb de volgende duidelijke vragen, maar u hoeft op de vragen niet te antwoorden wanneer u onderstreept dat u ook een drastische koerswijziging voorstaat, wil werken aan een soort van bonus-malussysteem en op de ingeslagen weg wil voortgaan.

Ik zal die vragen meteen stellen, zodra de minister een beetje aandacht heeft, want dat is natuurlijk wel de kern van de zaak. *(De minister praat met een parlamentslid)*

Luistert u, mijnheer de minister? Wij willen het volgende vragen.

01.65 Minister Rudy Demotte: Ik heb altijd al geluisterd (...)

01.66 Mark Verhaegen (CD&V): Goed, dank u.

01.63 Hagen Goyvaerts (Vlaams Belang): Cette politique de tolérance a débuté avec la circulaire de l'ancien ministre CVP de la Justice, M. Stefaan De Clerck. Aujourd'hui, le CD&V tient un tout autre discours, ce qui ne peut que nous réjouir.

01.64 Mark Verhaegen (CD&V): L'impunité est incompréhensible pour nous et nous n'avons jamais préconisé une politique de tolérance. Nous estimons que la culture et l'usage à domicile de drogues douces représentent précisément un danger beaucoup plus grand.

Un plan d'action comprenant des échéances précises et des budgets détaillés a été présenté en 2001. Figure-t-il dans la note sur la drogue? Nous avons préconisé un système de bonus-malus et si je constate que le ministre nous suit dans cette voie, je ne lui compliquerai pas la vie avec mes questions.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, u wordt daarvoor ook betaald.

01.67 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, de volgende pertinente vragen hebben wij voor u.

Ten eerste, kunt u meedelen hoever het staat met de taakafbakening omtrent de preventie tussen politie en de psycho-medico-sociale sector?

Ten tweede, hoever staat het met de medisch-sociale opvangcentra?

Ten derde, hoe zit het met de psychoactieve geneesmiddelen en hun preventie?

Ten vierde, hoe zit het met het samenwerkingsakkoord over dat geïntegreerd drugsbeleid, dat zopas nog is aangehaald?

Het geïntegreerd drugsbeleid was de achillespees en zou bestaan uit preventie, hulpverlening en repressie.

Ten slotte, quid de implementatie van de snelle drugstest in het verkeer. Collega Ansoms heeft een voorstel gedaan om de speekseltest bij verkeerscontroles te kunnen gebruiken zodat politiemensen eventueel drugsgebruik gemakkelijker kunnen controleren. Ik herhaal mijn vraag. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de drugstest?

Ik kom tot de voedingsmiddelen en andere consumptiemiddelen. CD&V is niet te beroerd om goede zaken te onderstrepen. Het is goed dat de GGO-richtlijn 2001/18 inzake genetisch gemanipuleerde organismen in Belgisch recht wordt omgezet in 2005. De omzetting zal de mogelijkheid bieden tot gecontroleerde en objectieve beschouwing van deze voedingsmiddelen. Een andere goede maatregel is het screenen van ongeveer 3.000 voedingsmiddelen op hun samenstelling, de voedingswaarde, nutriënten en zouten. Na consultatie van de merknamedatabank internubel was ik verbaasd 30,25 euro te moeten betalen om zich te abonneren. Hiervoor moet, mijns inziens, een oplossing worden gezocht. Gratis is in tegenwoordig. Waarom kan noodzakelijke informatie over de volksgezondheid niet gratis ter beschikking gesteld worden aan degenen die de databank willen raadplegen en controleren?

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken met betrekking tot het obesitasplan? Ik herinner me dat CD&V op 9 juni, voor het zomerreces, een tienpuntenplan "Voor minder zwaarlijvigheid en voor meer fitte kinderen" heeft gelanceerd en op de website geplaatst. Het verheugt me dat u de mosterd gedeeltelijk bij ons gehaald en gekopieerd hebt. Daarna werd het spijtig genoeg stil. We verwachten terzake nieuwe initiatieven.

Zo kom ik tot het alcoholplan. Wat is de stand van zaken ervan? De Belgische brouwers die gebonden zijn aan de strenge arnoldusberoepscode, stellen dat deze code als basis kan dienen en beter afdwingbaar moet worden gemaakt zodat zij aan zelfdiscipline kunnen doen. De sector steunt dit voor 100%. CD&V wilt deze convenant uitbreiden tot alle alcoholhoudende dranken, niet alleen voor de fermenteerders maar ook voor de destillateurs. U kunt, mijns

01.67 Mark Verhaegen (CD&V): Qu'en est-il entre-temps de la définition des tâches en matière de prévention entre le personnel de la police et le personnel psycho-médico-social, des centres d'accueil médico-sociaux, des médicaments psychoactifs et de la prévention dans ce domaine, de l'accord de coopération sur une politique intégrée en matière de drogues et de la mise au point d'un test rapide pour détecter la consommation de drogues au volant?

La note de politique générale contient de bons éléments en ce qui concerne le contrôle des denrées alimentaires et d'autres biens de consommation. La transposition en droit belge de la directive OGM 2001/18 en 2005 est une bonne chose. Il est également positif que la composition de 3.000 substances sera analysée. Nous regrettons seulement que la consultation de la banque de données des noms de marque sur internet ne soit pas gratuite.

Quel est l'état d'avancement du plan "obésité"? Nous avons présenté un plan «en dix points» avant l'été, mais c'est encore le calme plat de votre côté.

Et qu'en est-il du plan "alcool"? Un code "Arnoldus" sévère et contraignant permettrait d'inciter le secteur à faire preuve d'autodiscipline.

Un plan "tabac" sévère est une bonne chose, mais il n'y a pas de commune mesure avec l'approche douce en matière de drogues.

Au sujet du bien-être des animaux, on ne trouve pas de déclarations grandiloquentes dans la note de politique et c'est un point positif. Il faut s'atteler à définir de bonnes normes de façon réaliste et en

inziens, verder gaan dan autodiscipline. Dit is een punt waarmee u kunt scoren.

Een punt waarover niet gerept wordt in de beleidsnota – sommigen hebben dit evenwel wel gelezen - is het strenge tabaksplan, een eerlijk en oprecht tabaksplan, zeker na de francofone Franchorchamps-fraterniteit. In Vlaanderen leverde het tabaksplan de minister de bijnaam “Talib van de tabak” op.

Dat was dan nog in de post-Francorchamps-periode. Ik wil maar zeggen: tabak moet men streng aanpakken maar men mag dat niet met twee maten en gewichten wegen in de zin dat de drugsproblematiek niet als een probleem wordt erkend terwijl de tabaksproblematiek wordt erkend als een ernstig probleem. Dat is een beetje uit het verband getrokken. Nochtans zouden wij u 100% steunen, mijnheer de minister, met een totaal verbod op cannabis en andere drugs.

Over het dierenwelzijn, collega De Meyer, mijnheer de minister, heb ik geen grote verklaringen gevonden in dat document. Dat is ook prima, vind ik. Ik hoop dan ook dat er nu eindelijk meer in de diepte gewerkt wordt, dat er met realiteitszin aan goede normen voor het dierenwelzijn gewerkt wordt, maar dat ook de menselijke kant van het verhaal aan bod mag komen, in plaats van stiekem een ethische ban uit te spreken over die of die dieren. Ik denk dat er terzake echt studiewerk moet gebeuren; niet teveel uitspraken doen maar echt studeren zodat u met gefundeerde voorstellen kunt komen. En als dat gebeurt, in het belang van het dierenwelzijn, met respect van de mens voor de dieren, dan denk ik dat u in CD&V een bondgenoot gevonden hebt.

U hebt ook even gesproken over sensibilisatie voor het smokkeltoerisme met exotische dieren. Dat vind ik heel goed maar ik meen dat het onvoldoende is. Ik zal daar nog wel op terugkomen in de commissie. Er was bijvoorbeeld dat geval met besmette dieren toen een aantal kuifarenden dat besmet was met het vogelpestvirus op de luchthaven van Zaventem. Die waren in contact gekomen met andere dieren. Ik denk dat er toch middelen moeten zijn om de eigenaars van die dieren op een billijke manier te vergoeden omdat die mensen ten slotte totaal geen fout hebben aan wat daar gebeurd is, aan die smokkelpraktijken die daar gebeurden. Dat is een situatie die zich kan herhalen. Ik vind dat daar heel wat meer aandacht aan besteed moet worden.

In laatste instantie, collega's, mijnheer de minister, werd het luik van het FAVV, het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen, toegevoegd aan de beleidsnota. Er zijn ongetwijfeld heel gunstige ontwikkelingen aan de gang inzake de uitbouw van een dynamisch FAVV, met aan het hoofd de overheidsmanager van het jaar, dierenarts Piet Vanthemsche. Ik wil hem graag uit naam van de CD&V-fractie feliciteren met die bijzondere onderscheiding en met zijn efficiënte administratie van 1.300 competente medewerkers. Het was inderdaad de juiste keuze de implementatie van de zelfcontrole te verwezenlijken met een soort omschakeling van een inspectie- naar een auditcultuur. De sectorale gidsen voor de zelfcontroleactiviteiten, waardoor automatisch de financiële bijdragen kunnen dalen, zijn uiteraard een goede zaak en ideaal zou zijn dat de heffingen vanuit de bedrijven aan het FAVV daardoor over vijf jaar – zoals voorspeld

prêtant attention à l'aspect humain de cette matière. Sensibiliser l'opinion publique à cette forme de tourisme qui vise à importer frauduleusement des animaux exotiques est une bonne chose mais c'est insuffisant.

Enfin, nous nous réjouissons beaucoup du fonctionnement de l'Agence fédérale pour la sécurité alimentaire. C'est une administration efficace dirigée par une équipe dynamique. La faire évoluer d'une culture d'inspection à une culture d'audit s'est avéré un choix judicieux. Nous sommes toujours demandeurs d'un businessplan équilibré où les prélèvements sont répartis sur l'ensemble de la chaîne et où l'obligation de déclaration joue un rôle central. Toutefois, on peut se poser la question: quid des produits animaux provenant de pays extérieurs à l'UE? En outre, les agriculteurs et les commerçants de détail doivent eux aussi recevoir une information complète sur l'ensemble du système.

Tout n'a pas encore été dit quant à la répartition des frais liés à l'AFSCA et aux tests ESB. Au lieu de faire endosser la somme de 32 millions d'euros par les agriculteurs, nous avons voulu que l'ensemble de la société apporte sa contribution. Malgré l'accord conclu avec le premier ministre, aux termes duquel seulement 20 pour cent reviendraient au secteur agricole, 26 pour cent seront finalement alloués au secteur sur décision du Conseil des ministres. Le prélèvement Elia ainsi que les frais liés à l'AFSCA représentent donc la somme de 55 euros pour chaque ménage d'agriculteurs.

Une plus grande transparence est également nécessaire en ce qui concerne les frais de fonctionnement. Une comparaison doit être réalisée d'urgence avec les autres pays européens. L'AFSCA serait payée pour moitié

wordt door het FAVV – kunnen dalen van 18,5 miljoen naar 6 miljoen euro per jaar.

Op 15 juli, mijnheer de minister, pleitte ik in de plenaire vergadering voor een dringend goed uitgebalanceerd businessplan. Het doet mij dan ook heel veel plezier, want het was de juiste keuze, uitgaande van een zakelijke verstandhouding en een volwassen dialoog met de landbouw- en de voedingssector, dat businessplan op te maken waarin de heffing solidair over de hele keten, over zo'n 200.000 bedrijven, wordt gespreid.

Dat is een uitdaging zonder voorgaande waarbij alle sectoren en schakels in de keten een bijdrage leveren. Bovendien voert het FAVV een meldingsplicht in. Elk potentieel risico voor de consument wordt aan het FAVV gemeld. Mijnheer de minister, hoe kan u echter garanderen dat dezelfde open communicatie gebeurt voor buiten de euromarkt geïmporteerde dierlijke producten. Ik denk bijvoorbeeld aan Chinese honing of aan Braziliaanse kippen, om iets te zeggen. Op 1 januari aanstaande moeten alle spelers in de voedselketen voldoen aan de nieuwe Europese verordening over voedselveiligheid, aan de general food law. Het FAVV staat voor de uitdaging om tijdens de overgangsperiode van twee jaar met de sectoren een gids voor autocontrole op te stellen waardoor de bedrijven de kans krijgen om in het systeem te stappen. Wij hopen dat de mensen van het FAVV de mensen op het terrein, de landbouwers, de horeca, de distributie en noem maar op, de detailhandel dus, maximaal zullen bijstaan en informeren.

Over de verdeling van de BSE- en de FAVV-kosten is volgens mij het laatste woord nog niet gezegd. De definitieve beslissingen van de federale Ministerraad van 3 december jongstleden dwingen mij hierop terug te komen. U herinnert zich wellicht de donkere dagen voor de laatste Kerstmis, toen iedereen werd opgeschrikt door het besluit van de Ministerraad inzake aanrekening van de BSE-kosten. Maar liefst 32,5 miljoen euro ten laste van de landbouw lag voor.

Mijnheer de minister, uit spontane en pure verontwaardiging heb ik de dag van de boerenbetoging hier het woord genomen en u tot rede trachten te brengen. Wij hebben immers steeds volgehouden dat de BSE-kosten een zaak van de maatschappij zijn en van de algehele volksgezondheid. Eind februari werd op het kabinet van de eerste minister een doorbraak overeengekomen met duidelijke afspraken over het maximaal toegelaten kostenniveau van de BSE-testprocedures. Het ging over de kostenaanrekening, exclusief BTW en het uitsmeren van de kosten over alle schakels van de voedselketen, dit middels integratie ervan binnen de kostenstructuur van het FAVV.

Niettegenstaande dit bereikte Verhofstadt-akkoord dat gewag maakte van een solidariteitsaandeel ten laste van de landbouw, a rato van ongeveer 20%, op basis van het aandeel van de toegevoegde waarde van de landbouw en de hele voedselkolom, blijkt de ultieme beslissing van de Ministerraad erin bestaan 26% door te rekenen aan de landbouw. Het is dus niet 7,7 miljoen euro zoals beloofd, maar 9,2 miljoen euro, of een bedrijfsindividueel forfait van 187 euro.

Na de Verhofstadt-taks, zoals de Vlaming de Elia-heffing van zo'n 25 euro per gezin noemt, zorgt men voor een nieuwe woordbreuk,

par les autorités et pour moitié par les secteurs concernés, mais dans la pratique, les entreprises interviennent à concurrence de bien plus de la moitié.

Nous préconisons des primes plus rapides et supérieures pour les entreprises en règle en matière d'autocontrôle. Les cotisations diminueront à mesure que les efforts en matière d'autocontrôle se multiplieront. Le nombre d'entreprises à inspecter baissera toutefois dans le même temps, si bien qu'il faudra réduire le personnel de l'AFSCA. Comment le ministre s'y prendra-t-il?

Les entreprises n'ont aucune prise sur des événements catastrophiques comme la crise de la dioxine, mais elles doivent malgré tout prendre à leur compte la moitié des cotisations. Comment a-t-on réglé l'utilisation de la réserve pour les coûts opérationnels? Les entreprises développant plusieurs activités devront-elles payer une taxe par activité ou une seule taxe globale? Quel avenir réserve-t-on au système des tests ESB? La Belgique doit rechercher des solutions réalistes au niveau européen. Le ministre est-il disposé à parler de solutions constructives, comme une déductibilité fiscale, avec tous les secteurs visés? La répercussion sur les entreprises de coûts liés à ce qui relève en fait des missions de base de l'État continue de nous gêner, mais la sécurité alimentaire doit rester au centre des préoccupations. Aussi espérons-nous que les entreprises seront nombreuses à recevoir le logo "smiley".

Mme Lanjri m'a demandé de faire la lecture de ses questions au ministre M. Dupont. En ce qui concerne la politique d'activation, le ministre entend essentiellement obtenir des résultats en collaborant avec les services d'accompagnement régionaux et

verpakt in een kerstcadeau zonder brief, van 1,5 miljoen euro of zo'n 30 euro voor elk landbouwersgezin. Dat wil zeggen dat Elia plus FAVV, 55 euro per jaar is. De boeren danken eerste minister Verhofstadt voor het akkoord dat leidde tot 55 euro per jaar.

Er waren ook heel wat bedenkingen van de sectoren over het gebrek aan inspraak dat ze gehad hebben, vanwege de bedrijven, voor die beslissing genomen is op 3 december. Misschien een kleine kanttekening. Er werden bemerkingen gevraagd op de teksten die op 5 oktober verspreid werden. Die bemerkingen moesten op 20 oktober binnen zijn en op 19 oktober werden reeds de nieuwe ontwerp teksten verspreid waarin zagezegd de andere opmerkingen verwerkt geweest zouden moeten zijn. Dat is dus een timing die onmogelijk te halen was.

Eens te meer herhaal ik hier mijn oproep van vlak voor het zomerreces voor een grotere transparantie van de kosten verbonden aan de organisatie, dus de overheadkosten. De marge tussen de werkelijke kosten van de DMO-keurder en het huurtarief voor universitair geschoolden blijkt buiten elke proportie. Een uurtarief van 58,56 euro is onaanvaardbaar. Als ik voor het zomerreces met enige verontwaardiging aandrang op een soort Europees bench mark, dan bedoelde ik eigenlijk dat bijvoorbeeld dezelfde controles in België door universitair en in Nederland door niet-universitair geschoolden gedaan worden. Is de minister dan ook bereid om een dergelijk bench mark voor de landen van de Europese Unie te laten uitvoeren, zeker in een sector met een grote gemeenschappelijke markt? Het is toch in ieders belang, zou ik zeggen, dat de keurrechten verminderen.

Er zijn ook enkele scheefftrekkingen. Als de minister mij antwoordt dat het FAVV voor de helft door de overheid en voor de helft door de sectoren betaald wordt, klopt dat mijns inziens niet. De minister gaat daar waarschijnlijk op antwoorden, dat hoop ik toch. Als we de inkomstzijde van de FAVV-begroting voor 2005 beschouwen _ ik heb ze gisteren nog onder ogen genomen -, leren we dat de bedrijven meer dan 83 miljoen euro betalen en dat de overheidsdotatie slechts 63,5 miljoen euro is. Is de minister bereid om hier ook een 50%-regel toe te passen? Ook zal de komende jaren gewerkt worden met een bonus-malussysteem naargelang de bedrijven al dan niet beschikken over een gevalideerd autocontrolesysteem. Voorzien wordt in een bonus van 15% voor bedrijven met autocontrole en op termijn in een malus van 200% voor bedrijven zonder autocontrole. Waarom deze discrepantie? Ik wil hier ook graag van de gelegenheid gebruikmaken om te pleiten voor het sneller invoeren van een hoger bonussysteem voor de bedrijven die in orde zijn met hun autocontrole zodanig dat men ook veel sneller gemotiveerd is om zelf die controles te doen.

Het businessplan is nu al een feit. Naarmate het bedrijfsleven de inspanningen voor de autocontrole opdrijft zullen de bedrijfskosten en -bijdragen inderdaad verminderen. Dan zullen de kosten voor het FAVV-controleplan uiteraard ook afnemen. Dit effect is dan nog gecumuleerd met een dalend aantal bedrijven. Dit zal ontegensprekelijk leiden tot een snelle personeelsafbouw van het FAVV. Vandaag heb ik gezegd 1.300 personeelsleden.

Die zijn goed voor 1.150 fulltime equivalenten. Hoe gaat de minister dat opvangen? Ik bedoel hiermee: als er minder controles zijn, hoe gaan de afvloeiingen dan gebeuren? Of worden die mensen elders

locaux. En commission, le ministre n'a pas répondu à ma question concernant la date d'entrée en vigueur de l'accord sur l'assiduité des demandeurs d'emploi dans la recherche d'un emploi. Pourrait-il faire maintenant la clarté à ce sujet?

En ce qui concerne la politique de logement, le fait que les CPAS ne parviennent pas à joindre les deux bouts avec la subvention de 25 euros qui leur est allouée pour avancer les garanties locatives ne semble pas être considéré comme un problème par le ministre. Comme solution de remplacement au système de la garantie bancaire, Mme Lanjri a proposé de recourir à un fonds de roulement pour les garanties locatives. Le ministre a admis qu'il s'agissait d'une piste de réflexion intéressante. Va-t-il examiner cette proposition plus avant?

En ce qui concerne l'argent de poche des pensionnaires des maisons de repos, le CD&V préconise le maintien de la solidarité entre les enfants et les parents. Mme D'Hondt et M. Goutry ont déposé une proposition de loi tendant à améliorer ce système. Il n'est plus seulement tenu compte du revenu imposable, mais également du patrimoine immobilier. Les créances doivent être fixées sur la base des barèmes d'application générale. À l'heure actuelle, il y a une discrimination injustifiée entre les débiteurs d'aliments de différentes communes. Il convient de mettre un terme à cet arbitraire qui résulte de l'autonomie communale.

Les CPAS ne doivent pas faire les frais de l'entrée en vigueur du fonds des créances alimentaires. Il convient d'exécuter d'urgence la loi. Qu'en est-il de l'arrêté royal relatif à l'évaluation annuelle prévue dans la loi? Le service des créances alimentaires devra-t-il également verser des avances à

opgevangen?

Tot slot heb ik nog enkele vragen. Waarom krijgen bedrijven in sectoren met een goedgekeurde gids die zich niet laten auditeren, een malus onder de vorm van een toeslag van 30%, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een neutrale behandeling van de bedrijven behorende tot de sector die geen gids samenstelt?

l'avenir? La majorité n'a offert aucun cadeau de Noël aux 170.000 ayants droit qui s'apprêtent à fêter un Noël morose.

In verband met de solidarisering van de operationele kosten bij het beheer van onvoorziene incidenten heb ik vroeger reeds kritiek geuit. De meeste ondernemingen hebben gewoon geen vat op de calamiteiten die gebeuren: de dioxinecrisis en dergelijke meer. Ze moeten echter wel voor de helft bijdragen. Hoe wordt het gebruik van de reserve voor de operationele kosten dan geregeld? Wanneer wordt deze reserve aangewend? Quid met de heffing in het geval van een bedrijf met meerdere activiteiten die in meer dan één onderscheiden sector vallen. Zal er één heffing per activiteit zijn of zal er een globale heffing gebeuren? Hoe ziet de minister de toekomst van de systematische BSE-test? Dat is ook belangrijk. Is de minister voorstander om op Europees vlak aan te dringen voor een realistische oplossing van deze zeer dure problematiek? Is de minister zinnens te zoeken naar constructieve voorstellen voor alle geïsoleerde bedrijfssectoren, gaande van de primaire sector, over distributie naar detailhandel en horeca, onder meer inzake fiscale aftrekbaarheid? Hoewel we het moeilijk blijven hebben met de kostenafwenteling van een kernopdracht van de overheid, staat bij ons, naast de fysieke veiligheid, de voedselveiligheid heel hoog geciteerd in de rangorde van wat voor de mensen echt belangrijk is. Laten we niettemin hopen dat deze financiering op het goede spoor gezet is. Laten we hopen dat het "smiley-logo", dat gegeven wordt aan de handelszaken die het heel goed doen, heel wat bedrijven mag sieren. Dat is mijn vurige hoop.

Collega Lanjri moest vroeger weg, maar vroeg me enkele concrete vragen te stellen aan minister Dupont. Ik zal dat heel kort doen. In het kader van de begrotingsbespreking wou mevrouw Lanjri hier de volgende vragen voorleggen.

De minister wil verder werk maken van een activeringsbeleid voor duurzame werkgelegenheid en wil vooral door samenwerking met lokale en regionale diensten voor arbeidsbemiddeling resultaten boeken. In dit kader is er onder meer een samenwerkingsakkoord betreffende de activering van het zoekgedrag van werklozen en de verstrekte controle, daterend van 30 april 2004. Dit akkoord werd echter nog niet ter stemming aan het Parlement voorgelegd. In de commissie heeft de minister niet geantwoord op de vraag wanneer dat akkoord zal ingediend worden. Kan u daarop thans antwoorden, mijnheer de minister?

Een tweede besprekingspunt was het huisvestingsbeleid.

Verschillende collega's hebben in de commissie gewezen op het probleem van de betaling van de huurwaarborg en de huurprijs. De minister erkende het probleem van de te hoge prijzen, maar dat aspect behoort echter tot de bevoegdheid van zijn collega, de minister van Economie. De minister lijkt het niet echt als een probleem te beschouwen dat de OCMW's helemaal niet toekomen met de subsidie van 25 euro voor het voorschieten van de huurwaarborg die

vaak drie maanden huur bedraagt. Hij geeft aan dat de OCMW's een aantal formules kunnen aanwenden om hun tegemoetkoming financieel minder zwaar te laten doorwegen. Het is precies een van die formules - de bankwaarborg - die voor problemen zorgt. Verhuurders zullen niet snel verhuren aan iemand die een bankwaarborg aanbiedt. Collega Lanjri stelde het systeem van een rollend fonds voor huurwaarborgen voor en de minister gaf aan dit een uitstekende denkpiste te vinden. Ik wil dan ook graag van de minister vernemen wat hij concreet zal doen om deze denkpiste te onderzoeken. Zullen er andere maatregelen worden getroffen om het probleem van de huurwaarborg te verhelpen?

Een volgend thema dat werd besproken, is het zakgeld van de rusthuisbewoners en de onderhoudsplicht. In tegenstelling tot de sp.a-fractie is CD&V voorstander van het behoud van het terugvorderingsmechanisme, met andere woorden voor het behoud van de solidariteit van de kinderen ten opzichte van hun ouders. Collega's D'hondt en Goutry dienden een wetsvoorstel in om het systeem te verbeteren en te verfijnen. Sinds het koninklijk besluit van 30 september 2004 is het systeem ietwat verbeterd. Zo houdt men niet alleen maar meer rekening met het belastbaar inkomen maar ook met het onroerend vermogen van de onderhoudsplichtige. Dat is een goede zaak. Momenteel laat men de gemeenten echter de keuze om terug te vorderen of niet en dit op een algemene wijze voor iedereen binnen de gemeente. Indien men beslist te vorderen, moet dit gebeuren volgens algemeen geldende barema's. De vrije keuze kan leiden tot een discriminatie tussen onderhoudsplichtigen van naburige gemeenten. De gemeentelijke autonomie bestaat hier uit het arbitrair beslissen of de onderhoudsplichtigen in die bepaalde gemeenten moeten bijdragen voor hun ouders of niet. Dat wordt ervaren als een soort onrechtvaardigheid die wij als fractie willen ongezien gemaakt worden.

Ik sluit af. De OCMW's mogen niet de dupe zijn van het uitstel van de inwerkingtreding van het alimentatiefonds. De wet van 21 februari 2003 die hoopvol was maar onmiddellijk na de verkiezingen drastisch werd ingeperkt, moet eindelijk worden uitgevoerd. Dat wil zeggen: ten eerste, de betaling van voorschotten door de dienst voor alimentatievergoedingen; ten tweede, het optrekken van het bedrag van de voorschotten van 125 euro per maand per onderhoudsgerechtigde naar 175 euro; ten derde, de toekenning van de voorschotten aan ex-echtgenoten en niet alleen aan de kinderen en, ten vierde, de afschaffing van de inkomensgrenzen. Wanneer zal dit allemaal worden verwezenlijkt? Kan de minister meedelen hoever het inmiddels staat met het koninklijk besluit met betrekking tot de evaluatiecommissie? Wij willen er nogmaals aan herinneren dat de wet een jaarlijkse evaluatie voorschrijft. Minister Reynders heeft op een mondelinge vraag geantwoord dat indien het koninklijk besluit nog niet in werking zou zijn getreden voor het einde van dit jaar, zijn administratie zelf een evaluatieverslag zou opmaken. Hij laat het aan de parlementaire meerderheid over te beslissen of de dienst voor alimentatievorderingen in de toekomst ook voorschotten moet uitkeren. De meerderheid heeft vorige week weer de kans laten liggen. De 170.000 rechthebbenden moeten niet op een kerstcadeau van de politieke meerderheid rekenen. Zij zijn een illusie armer en bereiden zich alvast voor op een kerst in mineur.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer Verhaegen, uw uiteenzetting duurde een kleine 45 minuten.

Mevrouw Detiège, u bent de laatste spreker in deze algemene bespreking over zowel Sociale Zaken als Volksgezondheid. Daarna volgt het antwoord van de regering.

01.68 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, geachte minister, beste collega's, de voorbije weken waren alle ogen op minister Demotte gericht. Kon hij de budgettaire toestand van de gezondheidszorg wel de baas? Zou een splitsing van de gezondheidszorg niet de ideale oplossing zijn om de uitgaven onder controle te krijgen? Ook het boek "De cholesterolorlog" van Dirk Van Duppen kreeg enorm veel aandacht.

Terecht haalden verschillende politici aan dat extra besparingen en structurele maatregelen nodig zijn om de uitgaven in de gezondheidszorg onder controle te houden. Terecht werd gezegd dat een aantal dingen rechtgetrokken moeten worden, maar de aanvallen as such op het systeem waren en blijven onaanvaardbaar. Gemeten naar het percentage van het bruto binnenlands product dat aan gezondheidszorg wordt gespendeerd, is de Belgische gezondheidszorg immers veel goedkoper dan de Amerikaanse of de Nederlandse en minstens kwalitatief even hoogstaand. Dat betekent niet dat er nonchalance moet heersen. Integendeel, misbruiken en overconsumptie moeten worden aangepakt in beide landsgedeelten.

Met de vinger wijzen naar Wallonië is al te gemakkelijk en lost zelfs niets op. Men verschuift de problemen alleen maar. Cijfers van het RIZIV tonen zelfs duidelijk aan dat de totale uitgaven voor de consumptie in de gezondheidszorg niet wezenlijk verschillen naargelang de woonplaats van de Belg. Maar ja, het gemiddeld inkomen in Wallonië ligt lager dan in Vlaanderen, waardoor de Walen minder bijdragen aan de inkomsten. Het debat werd voor een groot stuk in de pers gevoerd. Ik wil het hele debat dan ook hier niet herhalen, maar ik zou toch graag bij twee opmerkelijke feiten willen stilstaan: de verhoogde responsabilisering van de actoren en het debat over het kiwimodel.

Minister Demotte hecht in zijn beleidsnota terecht veel belang aan een verhoogde responsabilisering van de actoren. De voorbije weken stonden de kranten vol over de overconsumptie van antidepressiva. In acht jaar tijd is de aflevering ervan inderdaad bijna verdubbeld, van 105 miljoen dagelijkse dosissen in 1997 naar 181 miljoen dagelijkse dosissen in 2004. Momenteel worden in België een half miljoen patiënten behandeld, wat voor het RIZIV 161 miljoen euro, of 30 miljard Belgische frank, kosten met zich meebrengt. Dat waren de RIZIV-uitgaven in 2003. Dit zijn opvallende cijfers, die eens te meer wijzen op de noodzaak van een individuele responsabilisering van onder andere de zorgverleners, maar die ook wijzen op de dringende nood aan krachtigere aanbevelingen van goede medische praktijk. De consensusvergadering van het RIZIV over het thema, die ik in 2001 gevolgd heb, blijkt immers duidelijk haar doel te hebben gemist.

Tot mijn grote vreugde, en waarschijnlijk tot verbazing van de heer Van Duppen zelf, heeft mijn partijvoorzitter Steve Stevaert zijn boek over de kostprijs van geneesmiddelen aandachtig gelezen en beslist mee aan de kar te trekken om het door de heer Van Duppen voorgestelde systeem, of alleszins een deel ervan, in België te implementeren.

01.68 Maya Detiège (sp.a-spirit): Notre système de soins de santé est et reste de haute qualité et abordable. Cela n'exclut pas que des économies et des mesures structurelles soient nécessaires pour le maintenir, que certaines distorsions soient corrigées et que les abus soient éliminés, dans les deux parties du pays. Nous refusons tout discours tenant la Wallonie pour seule responsable des problèmes qui se posent.

Dans la presse, le débat est mené depuis des mois sur la responsabilisation de tous les acteurs de la santé, sujet qui est aussi largement abordé dans la note politique. Ainsi, les Belges consomment beaucoup d'antidépresseurs. Pour endiguer cette forme et d'autres formes de surconsommation, une politique plus contraignante de recommandations est nécessaire ainsi qu'une responsabilisation des prestataires de soins de santé.

Le livre de Dirk Van Duppen sur le prix de revient des médicaments a également été abondamment commenté dans la presse. Le président de mon parti soutient son idée d'implanter en Belgique, du moins partiellement, le modèle néo-zélandais. Ce système pourrait favoriser d'importantes réductions de prix. Il pourrait ainsi créer un ballon d'oxygène pour l'assurance maladie, sans nuire à la qualité des soins de santé. Les soins de première ligne et la revalidation auront une plus grande marge de manœuvre.

Dans le cadre de la mise en œuvre du modèle "kiwi", le ministre doit toutefois se fonder sur une base juridique solide car les opposants, dont les médecins conservateurs, sont à l'affût.

Ik ben verheugd, omdat ik er vast van overtuigd ben dat het systeem, mits een degelijke uitwerking, voor serieuze prijsdalingen kan zorgen, zonder de kwaliteit van onze gezondheidszorg te schaden. In België wordt het systeem trouwens reeds met succes toegepast voor de aankoop en distributie van bepaalde vaccins, met forse besparingen tot gevolg.

De ingreep zal extra ruimte scheppen in de ziekteverzekering en zou kunnen worden aangewend om ook op andere domeinen een inhaaloperatie te realiseren. Ik denk bijvoorbeeld aan de versterking van de eerstelijns- en de thuiszorg, aan de betere uitbouw van de revalidatiezorg.

Ik raad de minister wel aan om juridisch en technisch goed onderbouwd te werk te gaan. Ondanks de goedkeuring door mijn voorzitter Stevaert, alsook door de andere partijvoorzitters Bart Somers en Jo Vandeurzen, zullen de tegenstanders van het model er alles aan doen om het onderuit te halen.

Ik wou het eerst niet melden, maar kon het toch niet laten, gezien de felle aanvallen van mevrouw de Block: we zullen echter ook met de conservatieve artsen rekening moeten houden.

(...): (...).

01.69 Maya Detiège (sp.a-spirit): Ze is niet meer aanwezig. Ik weet het.

De eerste groepsgewijze herziening van geneesmiddelen is uitgemond in een echte oorlog tussen de generische en de originele bedrijven. Terugbetalingexperts zitten nu al vaak met de handen in het haar, wanneer een farmaceutisch bedrijf alweer de spelregels tracht te omzeilen, om zo nog meer winst te maken. Denk maar aan de recente, spontane terugtrekking van de meeste anticonceptiva uit de terugbetalingen.

Spijtig is ook dat de tegenstanders beweren dat het systeem zou verhinderen dat er nog nieuwe geneesmiddelen zullen worden ontwikkeld. Dat is een raar excuus, aangezien de marketingkosten tweemaal zo hoog zijn. Het geldt dat de farmaceutische industrie nu investeert in marketing, kan dan trouwens integraal worden gebruikt voor onderzoek. Nieuwe geneesmiddelen, die nu vaak te weinig kunnen worden terugbetaald doordat de budgettaire impact ervan te groot is, zullen door een grotere, budgettaire ruimte een betere terugbetaling krijgen, waardoor de toegang tot geneesmiddelen voor de patiënten zal verbeteren.

Mijnheer de minister, zoals u wel zal hebben begrepen uit mijn uiteenzetting, steunt sp.a uw voorliggende beleidsnota. Ik ben er ook van overtuigd dat u ons in de commissie geregeld zal inlichten over de stand van zaken van de nog uit te voeren maatregelen.

Ministers, collega's, ik dank u voor uw luisterbereidheid en wens u het beste toe voor het einde van het jaar.

De **voorzitter**: Ik heb nog twee collega's ingeschreven. Notre collègue Mme Van Lombeek-Jacobs va prendre la

01.69 Maya Detiège (sp.a-spirit): Pour le moment, une guerre sévit entre les producteurs de médicaments génériques et originaux. Bon nombre d'entreprises essaient de contourner les règles du jeu. Les opposants aux médicaments génériques brandissent toujours l'argument du développement de médicaments nouveaux. Néanmoins, l'industrie pharmaceutique consacre actuellement beaucoup plus d'argent au marketing qu'à la recherche et au développement. Dans tous les cas, l'accès des patients aux médicaments sera amélioré.

Nous soutenons la note politique et aurons régulièrement, à propos de l'ensemble des mesures, des échanges de vue avec le ministre en commission.

parole dans un instant. Mevrouw Van Themsche zal zich in het bijzonder richten tot de heer Dupont.

01.70 Danielle Van Lombeek-Jacobs (PS): Monsieur le président, messieurs les ministres, madame la secrétaire d'Etat, mon intervention se limitera à la thématique de la famille et des personnes handicapées, au travers de certaines politiques qui seront développées dans le cadre du budget 2005.

Les allocations familiales occupent une position centrale dans le budget des Affaires sociales. Le groupe PS constate avec satisfaction que le ministre n'a pas l'intention de se limiter à des mesures visant à corriger l'une ou l'autre situation bien spécifique, mais au contraire qu'il ambitionne une réforme plus globale. Une réforme de notre système d'allocations familiales est effectivement un chantier de longue haleine. La complexité technique des lois coordonnées est le résultat d'une addition de mesures prises au fil du temps pour répondre à des problèmes bien particuliers auxquels sont confrontés attributaires, allocataires et/ou bénéficiaires. Malgré le souci d'équité du législateur, on constate que les objectifs n'ont pas toujours été atteints et que des effets non souhaités se déclarent, parfois longtemps après l'adoption de l'une ou l'autre disposition. Je citerai deux exemples:

1. Les règles relatives à la désignation de l'allocataire, lorsque les deux parents ne cohabitent pas et exercent conjointement l'autorité parentale, ont été modifiées plusieurs fois ces dernières années. Chaque fois, on s'est rendu compte que la nouvelle disposition n'était pas équitable.
2. Plusieurs arrêts de la Cour d'arbitrage ont relevé des discriminations dont l'une a été effectivement réglée par la loi-programme en ce qui concerne les conditions d'octroi des allocations familiales d'orphelins. Or, la volonté du législateur n'était évidemment pas de créer de telles discriminations.

Une réforme générale ne doit pas viser uniquement simplification et harmonisation avec les autres régimes "indépendant" et "fonction publique" mais tendre également vers une plus grande égalité entre les enfants.

Monsieur le ministre, vous estimez nécessaire de revoir le système des suppléments de rang ainsi que celui du mécanisme des suppléments d'âge. Pour ce qui concerne les suppléments de rang, il est indispensable d'arriver à terme à une harmonisation des différents montants. Notre régime d'allocations familiales a été bâti à une époque aujourd'hui révolue. La progressivité du montant selon la place que l'enfant occupe au sein de la fratrie est contre-productive puisque l'on constate que les pays européens où la natalité est la plus forte ne sont pas ceux qui appliquent un régime d'allocations différentielles selon le rang de l'enfant, mais bien ceux qui au contraire, ont une approche globale de la qualité de vie des ménages. L'accueil de la petite enfance, la réduction tant individuelle que collective du temps de travail, les congés parentaux, l'augmentation du pouvoir d'achat sont autant d'éléments qui, sur le long terme, soutiennent la natalité. Les raisons qui expliquent la limitation actuelle à un ou deux enfants pour 86% des familles en Belgique, sont d'ordre économique et/ou de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Le rang de l'enfant est d'ailleurs parfaitement illogique en soi: le coût de l'entretien d'un deuxième et d'un troisième

01.70 Danielle Van Lombeek-Jacobs (PS): In mijn uiteenzetting wil ik het hebben over het gezin en de personen met een handicap zoals ze aan bod komen in beleidslijnen die in het kader van de begroting voor 2005 worden ontwikkeld.

De PS-fractie stelt met tevredenheid vast dat u een globale hervorming van het stelsel van de kinderbijslag overweegt. In dit complexe domein werden opeenvolgende maatregelen doorgevoerd die hun doel niet altijd hebben bereikt. Een globale hervorming moet de zaken vereenvoudigen en op elkaar afstemmen, maar vooral tot meer gelijkheid tussen de kinderen leiden.

U wil het systeem van de rangsupplementen herzien. De toename van het bedrag naargelang de plaats van het kind tussen de andere kinderen is voorbijgestreefd en werkt contraproductief. De Europese landen waar het geboortecijfer hoger ligt, passen dat differentiële systeem op grond van de rangorde niet toe, maar kennen een globale aanpak die gericht is op de levenskwaliteit van de gezinnen, de kinderopvang, enz. De huidige terugval van het aantal geboorten in België heeft economische oorzaken en/of is te wijten aan de afweging die men maakt tussen het gezinsleven en de carrière. De rang van het kind is een onlogisch begrip, vermits een tweede of een derde kind minder kosten meebrengt. Hetzelfde geldt voor het kraamgeld.

Het mechanisme van de leeftijdsupplementen (6-12-18) is even problematisch. De onderwijskosten van het kind gaan de hoogte in wanneer het middelbare of hogere studies aanvat. In 1996 had men een andere redenering moeten volgen,

enfant n'est pas supérieur à celui du premier.

De plus, on constate que les suppléments liés à la situation socio-économique du ménage sont, à l'inverse, dégressifs. Le même constat doit être fait au sujet des allocations de naissance.

En ce qui concerne le mécanisme des suppléments d'âge 6-12-18, le problème réside surtout dans le fait que le coût éducatif de l'enfant augmente très sensiblement lorsque celui-ci entame le cycle secondaire ou des études supérieures. Par ailleurs, en 1996, les suppléments d'âge attribués au premier enfant ont été diminués de 50%, même si les droits acquis ont été préservés; notamment pour les enfants orphelins, handicapés ou bénéficiaires d'un supplément social. C'est assurément une autre réflexion qu'il aurait fallu mener à l'époque. Paradoxalement, cette mesure a d'ailleurs renforcé une conception quelque peu nataliste du système.

La situation des familles monoparentales devrait aussi retenir votre attention dans la perspective d'une réorientation des majorations. Il est vrai que les femmes ou les hommes vivant seuls avec leur enfant constituent un groupe particulièrement exposé à la précarité. De ce fait, pour un même profil financier, il est permis de comparer ces ménages à ceux où l'un des deux parents est décédé ou a disparu. Nous estimons qu'il devrait être possible, dans le régime des allocations familiales, d'étendre sous certaines conditions la notion d'orphelin à d'autres enfants se trouvant dans des situations comparables. Aujourd'hui, seul l'enfant dont l'un des deux parents a été déclaré absent conformément aux dispositions du Code civil bénéficie depuis 1987 des mêmes droits que l'orphelin naturel.

L'extension du nouveau système des allocations familiales majorées aux enfants gravement malades ou handicapés qui sont nés entre 1993 et 1996 traduit une dynamique positive qui devra toutefois être poursuivie d'une manière telle que tous les enfants puissent, à terme, accéder sur un pied d'égalité à ce régime qui fait apparaître la notion beaucoup plus égalitaire de "besoins objectifs de l'enfant".

Un autre élément de satisfaction en relation directe avec les femmes et le marché de l'emploi est l'augmentation programmée d'ici 2008 des moyens attribués au Fonds des équipements et des services collectifs. Dans le contexte d'une société en profonde mutation où les rythmes et les temps de travail se modifient, où la vie sociale se transforme en bien des aspects, la question de l'accueil de l'enfance indique le degré de qualité de notre vie en société.

J'apporterai maintenant quelques considérations sur les objectifs de la secrétaire d'Etat aux Familles et aux Personnes handicapées pour l'année 2005. Madame la secrétaire d'Etat, le groupe PS partage bien évidemment le point de vue selon lequel les principes d'égalité et de neutralité de l'Etat sont de rigueur à l'égard des choix de vie. Il va de soi que l'intérêt général doit guider l'action du législateur. Mais j'aimerais savoir ce que vous voulez dire concrètement lorsque vous déclarez dans votre note que les intérêts particuliers sont susceptibles de porter atteinte à l'intérêt général, nécessitant dès lors une intervention des pouvoirs publics.

Dans la perspective du vieillissement démographique, il est essentiel de mener une vaste réflexion sur la place des aînés dans notre

in plaats van de leeftijdsupplementen met 50 procent te verminderen.

De verhogingen moeten veeleer ten goede komen aan eenoudergezinnen die meer in het bijzonder geconfronteerd worden met bestaansonzekerheid en vergelijkbaar zijn met gezinnen waarvan een van de ouders overleden of verdwenen is. Het begrip "wees" in het kinderbijslagstelsel moet kunnen worden uitgebreid tot andere kinderen die zich in vergelijkbare situaties bevinden.

Het nieuw stelsel van verhoogde kinderbijslag werd uitgebreid tot zieke kinderen of gehandicapten geboren tussen 1993 en 1996. We moeten er echter voor zorgen dat alle kinderen een gelijke toegang tot dat stelsel krijgen.

Wij steunen de tegen 2008 geplande verhoging van de middelen die aan het Fonds voor Collectieve Uitrustingen en Diensten worden toegekend. De kinderopvang is een graadmeter voor de kwaliteit van ons maatschappelijk leven.

Wat bedoelt de staatssecretaris wanneer ze zegt dat individuele belangen het algemeen belang kunnen schaden en dat de overheid dus tussenbeide moet komen?

Voor ons moet de vergrijzing in het geheel van op elkaar aansluitende bestaanscycli worden gezien en mag de solidariteit tussen de generaties niet worden doorbroken.

In de lijn van de Staten-Generaal van het gezin, wil u de toestand van gezinnen met een zeer afhankelijk of ernstig ziek kind aanpakken. Dat soort problemen neemt inderdaad een flinke hap uit het gezinsbudget. In zo'n geval zou een ouder recht moeten hebben op ouderschapsverlof

société. Pour nous, il faut tendre vers une société de tous les âges, ce qui suppose que l'on considère la vie dans sa globalité et sa continuité à travers les différents cycles de l'existence. Trop souvent, on raisonne par problème, ce qui aggrave l'isolement de la personne âgée et contribue à la rupture entre les générations.

Dans le cadre des premiers Etats généraux de la Famille, vous émettez le souhait d'approfondir la dimension particulièrement difficile du soutien aux familles confrontées au problème d'avoir un enfant fortement dépendant ou gravement malade. Une concertation interministérielle sera organisée sur cette thématique.

Tout le monde est conscient que la maladie grave d'un enfant peut provoquer un déséquilibre budgétaire majeur dans sa famille. La Commission des droits de l'enfant hospitalisé avait préconisé, en mars 2003, dans ses recommandations au délégué général aux droits de l'enfant, un soutien financier suffisant aux familles. Un congé parental sans perte de salaire ou sans menace de licenciement devrait être obtenu pour permettre d'accompagner l'enfant malade, que celui-ci soit hospitalisé ou soigné à domicile. Outre les frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers, les parents sont en effet confrontés à toute une série de dépenses annexes: frais de déplacement, séjour des parents accompagnant l'enfant à l'hôpital, garde à domicile, équipements divers, etc. Selon nous, pour assurer ce soutien financier, deux pistes sont envisageables au niveau fédéral et devraient d'ailleurs idéalement se compléter:

1. La réduction des coûts. Le revenu des parents ne peut jamais influencer l'accès aux services de santé. Ce principe pose le problème de l'accessibilité aux soins qu'il convient de garantir et d'améliorer. Des progrès significatifs ont été réalisés sous l'ancienne législature avec une attention particulière pour les enfants. Je pense, par exemple, au maximum à facturer préférentiel pour tous les enfants de moins de 18 ans et à l'élargissement des prestations qui sont comptabilisées dans ce mécanisme, à l'amélioration des allocations familiales majorées, qui ouvre le droit à l'intervention majorée de l'assurance soins de santé, etc. Certes, le maximum à facturer ne comptabilise pas tous les suppléments réclamés aux patients et ne dispense évidemment pas les ménages d'honorer a priori des factures pouvant être très lourdes. Toute cette problématique ne relève pas directement de vos compétences, mais des pistes restent à explorer par la voie de la concertation ministérielle.

2. Face à la maladie de leurs enfants – je voudrais connaître votre opinion sur ce point précis –, les parents sont parfois confrontés à un dilemme grave: ou ils décident d'arrêter de travailler au détriment du budget du ménage, ou – et c'est le plus souvent le cas – ils sont contraints de poursuivre leur travail, privant ainsi l'enfant du réconfort de leur présence, de leur visite, etc.

Dans le premier cas, il existe plusieurs possibilités de suspendre l'exécution du contrat de travail mais aucune d'entre elles n'apporte de réponse satisfaisante au problème. Le dispositif actuel de l'interruption de carrière pour l'assistance ou l'octroi de soins à un proche gravement malade, outre une indemnité beaucoup trop modeste, n'est pas assez souple. Il me semble que des aménagements avaient été décidés à Ostende. J'aimerais savoir où

zonder loonverlies of zonder ontslagdreiging om bij het zieke kind te blijven. Om gezinnen die in die situatie verkeren financieel te steunen, zien we twee mogelijkheden. De beperking van de kosten is een eerste denkpiste. De toegankelijkheid van de zorgverlening moet immers altijd worden gewaarborgd en verbeterd. Er werd op dat vlak vooruitgang geboekt, maar het interministerieel overleg zal nog andere opties moeten onderzoeken. Ten tweede – en ik hoorde graag wat de staatssecretaris daarvan denkt – is het zo dat de ouders soms hun werk moeten opgeven om het zieke kind op te vangen. Enerzijds is de bestaande regeling inzake loopbaanonderbreking onvoldoende soepel, anderzijds zijn het tijdskrediet en het ouderschapsverlof niet bedoeld om op dit probleem een antwoord te bieden. Wat is de stand van zaken? Wij zijn voorstander van een specifiek bijstandsverlof dat zou worden ingericht en gefinancierd naar het voorbeeld van het stelsel van arbeidsongeschiktheid.

Wat de gehandicapten betreft, moet de interministeriële Conferentie voor de gehandicapten zich voornamelijk over de kwestie van de werkgelegenheid buigen. Noch de beschutte tewerkstelling noch de verplichting om gehandicapten in dienst te nemen, reiken een echt bevredigend antwoord aan. Kan u ons uitleggen wat u verstaat onder "de piste van de Scandinavische landen"?

on en est dans cette problématique.

Par ailleurs, la finalité du droit au crédit-temps ou du congé parental est totalement étrangère à la nécessité d'accompagner l'enfant gravement malade. Aussi, nous plaidons en faveur du droit à un congé d'assistance spécifique organisé et financé de manière similaire au régime de l'incapacité de travail, soit le maintien de la rémunération normale pendant un certain nombre de semaines puis une solidarisation du coût. Une protection contre le licenciement doit impérativement être prévue.

Au sujet des personnes handicapées, et j'en terminerai par là, il nous semble que la conférence interministérielle en faveur des personnes handicapées devra aborder prioritairement le problème de l'emploi. Sur ce point, nous partageons l'idée selon laquelle l'emploi protégé, même s'il reste indispensable, ne peut résoudre à lui seul la question de l'engagement professionnel des personnes handicapées. Les services publics par exemple doivent employer un certain nombre de personnes handicapées. Outre le fait que cette exigence est aujourd'hui très loin d'être appliquée, on peut s'interroger sur les situations que peut amener la contrainte d'engagement, en matière de relations de travail par exemple, car il est toujours délicat d'être considéré comme celui qu'on a été obligé d'engager.

Par ailleurs, l'obligation ne rime pas toujours avec la compétence. La mesure risque donc de créer dans certains cas plus de problèmes qu'elle n'en résout, y compris pour la personne handicapée elle-même. Il n'est pas sûr que le résultat soit une intégration réussie. Cela risque de l'être moins encore dans les entreprises privées où l'exigence de compétence est plus aiguë encore. Vous évoquez l'exemple des pays scandinaves. Pouvez-vous nous expliquer ce que vous comptez emprunter à ce modèle? Madame la secrétaire d'État, messieurs les ministres, monsieur le président, chers collègues, je vous remercie.

01.71 Frieda Van Themsche (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb eigenlijk goed nieuws voor u, mijnheer de minister. Ik zal zeker niet lang spreken in dit debat, want wij hebben al heel wat besproken in de commissie en ik heb hier vanavond al heel wat herhalingen gehoord.

Ik weet dat u in uw beleidsnota - u hebt dat trouwens voordien al aangekondigd via de media - een studie aankondigt om te zien hoe het samenleven in de grote steden verloopt. Hierbij moeten de wijken gebruikt worden als referentie voor de ontwikkeling van het multicultureel samenleven. Er zal dus ook een onderzoek gevoerd worden naar de tevredenheid van de inwoners dat rekening moet houden met allerlei factoren en waarbij men er moet achterkomen wat bij sommige van onze medeburgers aanleiding kan geven tot een wantrouwen in de democratie of zelfs vormen van racisme, antisemitisme, het in zichzelf keren en het verwerpen van anderen. Met andere woorden, zegt u, opvattingen die niet stroken met het democratische ideaal. U hebt in uw woorden laten doorschemeren dat het er u eigenlijk om gaat eens na te gaan waarom onze partij keer op keer groeit.

Mijnheer de minister, mijn collega Guido Tastenhoye heeft gezorgd voor een studie. Hij heeft in Antwerpen rondgekeken en ik heb zijn

01.71 Frieda Van Themsche (Vlaams Belang): Le ministre a commandé une étude sur la cohabitation dans les grandes villes. Il veut comprendre ce qui, dans la société multiculturelle, est à l'origine de la méfiance et du mécontentement, du racisme, de l'antisémitisme et d'autres manifestations contre l'idéal démocratique. Il veut donc faire analyser les éléments expliquant la croissance continue du Vlaams Belang. Cette étude est superflue. Notre collègue, M. Tastenhoye, l'a déjà réalisée à Anvers, et plus précisément à Deurne, mais on peut parfaitement l'extrapoler à Gand ou à Bruxelles. Il n'énumère pas seulement les causes de la dégradation, il fournit également sept solutions.

nota gekregen. Ik mag van hem hieruit citeren. Ik kan u enkele oorzaken van de verloedering in de grootsteden aanwijzen en ik kan u zeven oplossingen bieden, als u dat wilt. Helemaal gratis! U hoeft dus geen miljoenen uit te trekken om een studie te laten uitvoeren.

Guido Tastenhoye concentreerde zich op een van de wijken in Antwerpen, meer bepaald in Deurne. Hij zegt: "De inspanningen van het Antwerpse stadsbestuur van de voorbije jaren hebben er veel gezinnen niet van weerhouden om ook de buurten en meestal de hele stad te ontvluchten. Nergens in Deurne - maar dat geldt ook voor Gent of Brussel - staat er zoveel onroerend goed leeg of te koop. Het rechtstreekse gevolg van deze leegstand is, enerzijds, verkrotting en, anderzijds, de sterke daling van de prijzen. Die prijsdaling gaat zo vlug dat het een trekpleister vormt voor marginalen, asielzoekers, druggebruikers en - wat nog veel erger is - voor huisjesmelkers".

Hij zegt ook dat het Antwerpse stadsbestuur verscherpte acties voert om de overlast aan te pakken. Welke symptomen zijn er dan zo belangrijk in die grootsteden? De toenemende verloedering en verkrotting, het toenemende aantal islamitische VZW's, het toenemende aantal sluikstorten, de grote leegstand en dus lage koop- en huurprijzen van woningen, het toenemend aantal bewoners dat door andere OCMW's in die wijken wordt gedropt.

Ik denk ook aan toenemende vormen van prostitutie; gebrek aan kwaliteitsvolle handelszaken, een toename van handelszaken, nachtwinkels, telefoonshops en een toenemend onveiligheidsgevoel door storend rondhanggedrag van jongeren - ik zal ze zo noemen.

Ook in Antwerpen heeft men reeds dure studies besteld, maar blijkbaar voert men niets uit. Er zijn ook heel wat handelsstraten in grootsteden die verloederen omdat de eigen mensen daar wegtrekken. Die winkels worden dan overgenomen en zijn dan helemaal niet meer in orde met de geldende reglementen. Men heeft in Antwerpen al heel wat geïnvesteerd, onder andere in de heraanleg van straten en pleinen. De heer Tastenhoye zei reeds dat dit bakstenenpolitiek is en dat helpt niet. Illegalen en drugshandelaars lopen nu op de nieuwe straatstenen en het vuil wordt door sluikstorters op de nieuwe straten en pleinen gedropt.

Hoe moet men dit opnieuw leefbaar maken? Eerst en vooral moet er een volwaardige politieservice zijn. Wij vragen al jaren meer blauw op straat. Het ergste is dat de politie zelfs al de opdracht heeft gekregen om zo weinig mogelijk illegalen op te pakken. Dat blijkt een probleem te zijn in Antwerpen. Ik weet niet hoe het er in andere steden aan toe gaat. Illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers moeten actief worden opgespoord. Zij moeten worden teruggestuurd. Zij mogen niet op straat worden gezet met alleen een briefje. Dat is gewoon van de regen in de drop vallen. Er moet ook systematisch worden opgetreden. In Antwerpen is al gebleken dat, als men meermaals optreedt tegen malafide handelszaken, ze inderdaad wegblijft. Dat moet echter worden opgevolgd want zij verhuizen gewoon naar andere wijken. Mogen mensen van allochtone afkomst dan geen handelszaak openen? Jawel, maar zij moeten zich ook houden aan de hygiënische voorschriften. Zij moeten zich ook houden aan de juiste reglementen. Zij moeten ook in orde zijn met de BTW.

Onze partij vraagt in elk geval om ervoor te zorgen dat er geen

L'administration communale d'Anvers a consenti de gros efforts mais comme il s'agit surtout d'une 'politique de la brique', l'exode urbain n'a pas été freiné. Nulle part ailleurs les biens immobiliers inoccupés ou à vendre ne sont aussi nombreux. Des bâtiments se délabrent et les prix sont en chute libre alors que Deurne devient un pôle d'attraction pour les marginaux, les demandeurs d'asile et les marchands de sommeil.

L'administration communale renforce ses actions contre les nuisances. Les immeubles inoccupés, la taudification et les dépôts clandestins d'immondices prennent de l'ampleur, de même que le nombre d'ASBL islamistes et le comportement dérangeant des jeunes qui traînent dans les rues. Les CPAS de l'ensemble du pays y larguent leurs clients, la prostitution prospère, des commerces ferment leurs portes et cèdent la place à des magasins de nuit, à des boutiques de téléphonie et à des commerces qui ne sont pas en règle avec la loi. L'administration communale avait cru résoudre le problème en réaménageant des rues et des squares, mais en vain.

Afin de rendre la situation plus viable, un service de police à part entière doit être mis en place. Cela fait des années nous demandons une présence policière renforcée dans nos rues. La police s'entend à présent dire qu'elle doit intercepter un minimum d'illégaux. Les illégaux et les demandeurs d'asile déboutés doivent cependant être recherchés activement et être renvoyés. Les commerçants de mauvaise foi doivent faire l'objet de mesures de poursuites systématiques. En l'absence de poursuites, ces commerçants se déplacent vers d'autres quartiers. Les commerçants allochtones sont tenus de respecter les réglementations en matière d'hygiène et de TVA. Le Vlaams

gettovorming komt in de steden en wijken. Als men wil dat de mensen zich volledig integreren, moet ervoor worden gezorgd dat slechts een minimum percentage van vreemde mensen samen kan wonen.

Ook in de sociale woningbouw moet men grote getto's, nieuwe Chicago-blokken vermijden.

Sluikstorting, een probleem dat alsmear groter wordt en niet alleen in de steden, maar ook op het platteland, is op zichzelf niet erg, maar het ergert de mensen wel en het geeft hun uiteindelijk een onveiligheids- en onbehaaglijkheidsgevoel.

Wij vragen ook om de lokale economie en de middenstand weer aan te zwengelen. Men kan dat door krotten af te breken en ze vervangen door kleine groene ruimten, nieuwe winkels en parkeerplaatsen, zodat bewoners van de buitenwijken opnieuw naar de stad komen. De leegstand boven de winkels moet worden tegengegaan en men moet er in elk geval voor zorgen dat die panden worden bewoond, zodat men zich 's avonds niet in een lege, verlaten stad waant. Dat zijn enkele voorstellen van collega Tastenhoye.

Ik wou u toch ook nog even wijzen op een ander punt uit uw beleidsnota, met name inzake armoede. U hebt daar een hele grondige studie aan toegevoegd. Er is ook heel wat verdoken armoede in Vlaanderen, met name bij zelfstandigen. In dat verband bent u uiteraard niet alleen bevoegd. Hoe dan ook, zeer vele zelfstandigen moeten na jarenlang hard werken met een zeer laag pensioen rondkomen. Er zijn ook heel wat zelfstandigen die werkelijk alle dagen, van 's morgens tot 's avonds moeten werken om het hoofd boven water te houden en zelfs dan nog niet genoeg verdienen om rond te komen. Een aparte groep zelfstandigen vormen de landbouwers, waarmee ik overigens in mijn provincie heel wat contacten heb. Die hebben een zekere trots en zullen zeker niet naar buiten komen om toe te geven hoe moeilijk ze het hebben. Alsmear meer boerderijen komen in onze provincie leeg te staan en alsmear meer boeren stoppen en gaan weg. Er zijn zelfs boeren – als u mij niet gelooft, vraagt u het maar aan de burgemeester van Veurne – die zichzelf liever het leven benemen dan dat zij naar een OCMW zouden stappen. Ik vraag u dus zeker om ook aan die categorie van mensen aandacht te besteden.

Voor het overige gaan wij niet volledig akkoord. Via Belga hebben we vernomen dat 51% van de bevolking ervoor gewonnen is dat ook onze partij deel zou uitmaken van een coalitie. 8% wist het nog niet, maar die kunnen we gemakkelijk overtuigen. Mijnheer de minister, wij kunnen u ook oplossingen aanreiken.

Ik wens in elk geval dat u ook luistert naar onze voorstellen, want wij kunnen ons niet volledig akkoord verklaren met uw beleidsnota. Wij zullen trachten, als u tenminste onze hand aanneemt, die een beetje mee te corrigeren en ervoor te zorgen dat Vlaanderen opnieuw leefbaar wordt. U moet zich dan ook geen zorgen meer maken of afvragen waarom mensen voor het Vlaams Belang stemmen.

De **voorzitter**: Nu alle sprekers aan het woord zijn geweest, vraag ik de ministers en de staatssecretarissen om bondig te antwoorden. De discussie was gedetailleerd om redenen die ik bij het begin ervan heb uiteengezet.

Belang est opposé à la constitution de ghettos, qui sont un obstacle à l'intégration, dans les villes. Dans le cadre de la construction de logements sociaux, cet aspect doit être pris en compte. Des mesures doivent être prises à l'encontre des dépotoirs clandestins. L'économie locale et les classes moyennes doivent à nouveau être encouragées. Les logements insalubres doivent être démolis. Davantage de petites zones vertes doivent être aménagées, pour inciter les gens à venir se réinstaller en ville. Les espaces au-dessus des magasins doivent être à nouveau habités. Voilà les propositions que vous soumet gracieusement M. Tastenhoye.

Il y a en Flandre beaucoup de misère cachée parmi les indépendants. Après des années de dur labeur, ils n'ont droit qu'à une pension minimale. On rencontre également beaucoup de problèmes de pauvreté parmi les agriculteurs. Ces personnes méritent que l'on s'occupe d'elles.

Nous apprenons par le biais de l'agence Belga que 51% de la population souhaite que notre parti fasse partie d'une coalition. Nous pouvons également proposer des solutions au ministre. Nous ne sommes pas totalement d'accord avec la note du ministre mais nous lui tendons la main. S'il l'accepte, nous pourrions rendre à nouveau la Flandre viable et il ne devra plus se demander pourquoi les gens votent pour le Vlaams Belang.

Je vous propose, madame la secrétaire d'Etat, messieurs les ministres, de répondre brièvement. Après vos réponses, sauf s'il y a des répliques - mais j'espère qu'il n'y en aura pas - je vais clore la séance de l'après-midi qui est toujours en cours. Un quart d'heure plus tard, j'ouvrirai la séance du soir. Je sous signale à l'avance que, dans la séance du soir, nous devons encore débattre du volet Infrastructure.

Mijnheer Annemans, voor uw fractie spreken de heer Mortelmans en mevrouw Van Themsche. Na het antwoord van de ministers bespreken wij de sector Economie. Ik zou de bespreking over de sector Financiën verplaatsen naar morgen.

J'ai pris quelques contacts. Le volet Finances sera débattu demain, après les questions orales. Ceux à qui j'ai accordé cette possibilité m'ont promis d'être brefs.

Elke spreker zal niet langer spreken dan 10 minuten.

Na de bespreking van Financiën komt die van Landsverdediging, daarna van Binnenlandse Zaken met de eerste minister, zoals afgesproken. Hij kan pas aanwezig zijn vanaf 17.30 uur, wegens onder andere Ministerraad. Ik denk dat wij rond 19 uur de debatten kunnen beëindigen.

01.72 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, starten wij 's morgens?

De **voorzitter**: Neen, er zijn fractievergaderingen. Een fractie heeft mij bovendien gezegd dat zij een sympathieke viering heeft. Ik zal die ook graag morgen in de late namiddag vernoemen. Wij beginnen om 14 uur.

Nous commencerons avec les questions d'actualité et puis le reste de la discussion sur les budgets. Maintenant nous allons écouter M. le ministre. Cette séance sera terminée au maximum dans une demi-heure.

01.73 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je vais être court. Je pourrais effectivement, sur base de près de 6 heures de questions, être long dans mon intervention mais je vais en venir à la substance. Je vais commencer par une question de principe qui a été posée par notre collègue Goutry. Celui-ci nous demandait quels sont les éléments fondamentaux, quand on regarde non seulement les chiffres des soins de santé mais aussi ceux de la Sécu, que l'on peut retenir lorsqu'on observe notre modèle. Le meilleur exemple part d'une étude qui a été publiée par le professeur Bea Cantillon, sous le titre "Tussen federalisme en subsidiariteit: de weg naar 'Sociaal Europa'".

Dans cette étude, en page 3, figure un tableau que je tiens à la disposition de ceux qui s'y intéressent. Il montre que lorsque l'on compare sur une ligne médiane, en abscisse et en ordonnée, le taux de pauvreté et le niveau de dépenses publiques, la Belgique se trouve parmi les pays qui, à l'échelle mondiale, réalisent les meilleurs résultats.

La question consubstantielle de notre débat est de se demander si ces moyens ont un effet efficace de redistribution sur la richesse. La réponse est indéniablement oui. Est-ce suffisant et peut-on arrêter le débat à ce niveau? A l'évidence, non car le débat doit aussi se faire dans la durée. Ce modèle de justice sociale est-il efficace sur le long terme? Est-il accessible de manière durable? Voilà les deux préoccupations exprimées par tous les intervenants, tous partis confondus. Je n'ai entendu aucune formation politique poser un autre problème que celui-là.

01.73 Minister **Rudy Demotte**: Men heeft gedurende zes uur vragen gesteld, maar ik zal kort proberen te zijn.

De heer Goutry vroeg naar de fundamentele elementen van ons model, op grond van de cijfers voor de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Het beste voorbeeld gaat uit van een studie van professor Bea Cantillon met als titel 'Tussen federalisme en subsidiariteit: de weg naar 'Sociaal Europa''. Op pagina 3 van die studie wordt een vergelijkende tabel afgedrukt waarin, aan de hand van een mediaan, de graad van armoede aan het niveau van de overheidsuitgaven wordt getoetst. België maakt deel uit van de landen die ter zake het best scoren.

De belangrijkste vraag is of die middelen een rijkdomhervredelend effect hebben. Het antwoord is ja, maar dat volstaat niet omdat het debat betrekking moet hebben op

Sur le financement de la Sécu de manière générale, je vais m'en référer à un propos tenu à cette tribune, il y a un peu plus d'une heure, par notre collègue M. Drèze qui indique que nous avons un problème de financement à long terme de la Sécu: on remarque que l'on recourt de plus en plus systématiquement au financement alternatif.

de duur. Is dat model van sociale rechtvaardigheid efficiënt op lange termijn? Is het op duurzame wijze toegankelijk? Dat zijn de voornaamste bekommernissen waaraan de sprekers over de partijgrenzen heen uiting hebben gegeven.

Inzake de financiering van de sociale zekerheid verwijs ik naar wat de heer Drèze zei over de financiering op lange termijn waarbij meer en meer een beroep moet gedaan worden op een alternatieve financiering.

Hij heeft natuurlijk gelijk. De alternatieve financiering wordt steeds meer gebruikt om ons stelsel te kunnen betalen.

Il est exact que l'on a de plus en plus recours au financement alternatif pour pouvoir assurer le financement du régime. Il faut stabiliser les recettes et les dépenses. Avec la ministre Van den Bossche, j'ai demandé aux partenaires sociaux de dégager des pistes pour un financement alternatif durable et structurel.

Wat de duurzaamheid betreft, moeten wij dus onze inkomsten én onze uitgaven kunnen stabiliseren. Hoe doen wij dat? Welnu, mijn collega van Werk, Freya Van den Bossche, en ikzelf hebben een brief aan de sociale partners gezonden. In die brief hebben wij gevraagd om enkele pistes te krijgen voor een duurzame en structurele alternatieve financiering.

Le montant de 1.533.000.000 euros auquel M. Drèze fait référence fait à présent l'objet d'un financement structurel. Il convient toutefois de rechercher encore d'autres sources de financement.

Ik moet hier vanop het spreekgestoelte toch herhalen dat wij daaraan al iets gedaan hebben, bijvoorbeeld in verband met het 1,533 miljard waarover de heer Drèze het had, dat nu structureel gefinancierd is. In onze programmawet staat dat we vanaf 2005 over een bedrag van één miljard vijfhonderd miljoen kunnen beschikken als alternatieve financiering. Dat betekent dat er daar al een begin van structurele oplossing bestaat.

Dat is natuurlijk niet genoeg. Wij moeten nu naar andere bronnen van inkomsten op zoek gaan.

En ce qui concerne les autres points abordés, je veux être court. À propos de la Sécurité sociale, toutes les questions qui ont été posées sur les réalignements de ressources, les pièges à l'emploi, etc., ont déjà fait l'objet de réponses dans des discussions de commission. Je ne vais pas refaire une millième fois le même débat. Je peux encore adresser une réponse écrite à ceux qui sont intéressés.

Op alle vragen in verband met de herschikking van de inkomsten of de werkloosheidsvallen is een antwoord gegeven. Maar ik wil eraan herinneren dat de regering een verbintenis heeft aangegaan over de aanpassing van de levensstandaard. Het betreft het mechanisme van de aanpassing aan de levensstandaard vanaf 2007. We moeten hier nogmaals op wijzen want het is een structurele maatregel die van bijzonder belang is voor de personen met een laag inkomen.

Toutefois, je veux rappeler une chose. Ce gouvernement a pris un engagement intéressant pour ce qui concerne le réalignement du niveau de vie: c'est le mécanisme d'adaptation au niveau de vie à partir de 2007. Je pense que ça doit être rappelé parce que c'est un mécanisme structurel, lui aussi fort important pour ceux qui disposent de faibles ressources.

Inzake de betrouwbaarheid van de berekening van de financiering kunnen we begin volgend jaar een duidelijk antwoord geven. Om de

Question relative au financement et à la durabilité des soins de santé: a-t-on la garantie d'avoir des chiffres plus fiables? Avec l'aide de M. le président et de la Cour des comptes, avec l'aide de l'INAMI auquel nous avons demandé de procéder à un audit et à un "screening" rapide, avec l'aide de ceux qui vont contribuer dans nos commissions à ré-établir les différentes pièces du puzzle qui expliquent les

variations montantes, avec l'aide des organismes mutuellistes, nous pourrions apporter des réponses qui fixeront clairement les chiffres en début d'exercice budgétaire.

Notre problème cette année est un problème de "monitoring" important. Il est partiellement lié — j'en suis sûr, monsieur Drèze — au rythme de facturation. Je vous donne un exemple très concret afin de ne pas faire de discours purement théorique.

In Antwerpen bestaat een koepel van verschillende ziekenhuizen die goed werkt. Het facturatie-ritme gaat sneller. Dit snellere facturatie-ritme zorgt ervoor dat onze uitgaven gestegen zijn. We beschikken dus reeds over een aantal elementen - ik beweer niet dat dit de grondoorzaak is - zoals het facturatie-ritme. Dat is niet genoeg. We zullen de oorzaken moeten identificeren van de diverse vertragingen waardoor we in september over slechte cijfers beschikten.

En matière de soins de santé, nous allons prendre des mesures structurelles. Bien sûr, le patient devra être responsabilisé mais en rappelant les chiffres internationaux; on sait que la Belgique est déjà un des pays dans lesquels la part "patient" oscille entre 25% et 20%. C'est remarquable par rapport à d'autres pays au sens propre du terme; c'est un effort important. Mais on ne peut pas "disculper" l'un ou l'autre acteur de sa responsabilité dans le système de soins. Nous n'allons donc pas prendre des mesures qui écartent les patients; il faut aussi qu'ils soient partenaires et acteurs de ces mesures, tout comme d'ailleurs les prestataires de soins en matière médicamenteuse et pour les actes techniques auxquels ils peuvent référer, et les structures de soins.

A propos de ces dernières, je vais vous répondre par rapport à l'article paru dans le "Journal du médecin". A la limite, indépendamment du fait que j'ai eu un contact avec la ministre wallonne de la Santé qui dit que ses propos ont été corrompus dans cet article, il m'aide dans la mesure où il montre que le débat sur la programmation des soins est fondamental. Pour moi, il n'est pas question d'accepter que nous ayons, pour une même prestation, des niveaux différenciés. Les néerlandophones disent: "De lat voor iedereen op hetzelfde niveau leggen". Personnellement, je pense qu'il faut effectivement avoir des logiques de programmation qui permettent le contrôle. Pour ce faire, combien de pet scan, comment va-t-on pouvoir corriger la situation actuelle, sur la base de quels identifiants scientifiques?

Demain sera déposée devant le gouvernement la loi "santé". Je vous en donne déjà un élément qui, selon moi, est important dans le débat actuel. L'idée, c'est de faire en sorte que nous ayons, à partir du pouvoir fédéral, quand il y a viol des dispositions légales sur la programmation et en se basant le plus scientifiquement possible sur l'"evidence based medicine", la faculté de procéder à des corrections. Un des problèmes est que si nous définissons les normes mais que nous ne sommes pas capables de les faire appliquer par des mécanismes sanctionnels, nous nous trouvons évidemment dans l'embarras. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé, là aussi, des modifications.

puzzel in elkaar te steken zullen we de hulp inroepen van het Rekenhof, het RIZIV of nog de ziekenfondsen. Ons probleem van de monitoring hangt voor een deel af van het indienen van de facturen.

A Anvers, il y a une organisation faitière d'hôpitaux performante. On y facture plus vite, ce qui se traduit aussi par une croissance des dépenses. Le rythme de facturation pourrait donc être une explication, même si ce n'est pas la seule ni même la principale. Nous devons trouver les causes de divers retards.

De patient moet op zijn verantwoordelijkheden gewezen worden, maar in België betaalt hij reeds 20 à 25 percent. We mogen ook geen maatregelen treffen die bepaalde patiënten uit het systeem uitsluiten.

Het artikel in het "Journal des médecins" schiet me ter hulp want het toont aan dat het debat over de programmatie van de gezondheidszorg van groot belang is. Bij de programmatie moeten we een logica volgen die tegelijk een controle en de uitvoering van correcties door de overheid mogelijk maakt.

De eerstelijnszorg is van essentieel belang. Het is gegrond dat het remgeld hoger ligt voor degenen die zich niet houden aan een zekere logica van hiërarchische opbouw. Voor de urgenties zullen wij in een intelligente echelonnering voorzien.

Het debat over de geneesmiddelen is eveneens belangrijk. Geneesmiddelen zijn geen melkkoeien; zij melken veeleer het systeem uit. Alle nieuwe moleculen brengen niet de verhoopte meerwaarde en er worden almaar meer geneesmiddelen geconsumeerd,

Je vais m'exprimer plus rapidement sur d'autres sujets.

A l'évidence, la première ligne de soins est essentielle. Nous allons mettre sur pied, dans les dispositifs légaux, des mécanismes par lesquels celui qui se présente d'abord chez le généraliste avant d'être déferé à d'autres niveaux - aux urgences ou chez un spécialiste - ne sera pas sanctionné. Aujourd'hui, on paie deux fois le ticket modérateur. Le parcours actuel est un parcours sanctionnel pour ceux qui le suivent. Nous allons donc procéder à des corrections.

Au niveau de la prise en charge par les urgences, le mécanisme mis en place par mon prédécesseur a été annulé. Nous allons faire en sorte qu'il y ait, aujourd'hui, un échelonnement intelligent, c'est-à-dire qu'il reste un ticket modérateur supérieur pour celui qui se présente de manière induite aux urgences. Mais il faut prévoir également les cas dans lesquels il est logique qu'on puisse se présenter aux urgences. Je pense, par exemple, à celui qui se présente entre 21 heures et 6 heures du matin. Il est clair qu'il n'y va pas pour faire du tourisme médical, à cette heure-là! On va prévoir tous les cas qui doivent être définis dans la loi. A partir de là, je pense que nous arriverons à une logique de hiérarchisation des lignes de soins, qui est une logique intelligente et qui respecte aussi la condition sociale des gens.

Le débat sur les médicaments est important. Un des grands dépassements - 335 millions, je le dis de mémoire, il faudrait que je vérifie - c'est la politique du médicament. On l'a dit tout à l'heure, le médicament ne doit pas être la vache à lait du système. Ce n'est pas le cas. Au contraire, c'est un des éléments qui vient traire le système. Le médicament coûte aujourd'hui relativement trop cher par rapport à sa plus-value strictement thérapeutique. Car les nouvelles molécules qui arrivent sur le marché n'ont pas toujours donné tous les effets que l'on aurait pu attendre. Si c'était tellement efficace, nous aurions des médicaments qui auraient guéri, de manière structurelle et continue, les populations.

Les médicaments sont eux-mêmes l'élément de leur biodégradation. Comme on en consomme de plus en plus, prenez par exemple les anti-dépresseurs ou les antibiotiques, c'est bien la preuve que l'on est aujourd'hui dans un système de "médicalement cannibale". On va chercher de plus en plus de moyens pour alimenter les médicaments. Donc, il faut prendre des mesures structurelles car le tout ne porte pas seulement sur les prix, nous parlons aussi des volumes.

Un des problèmes de la Belgique porte sur la consommation en termes de volumes. Il faut contrôler les prix, certes, mais aussi les volumes parce que les effets qualitatifs sur la population sont extrêmement déplorables. Avons-nous des modèles idéaux à proposer? Aujourd'hui, c'est le modèle "Kiwi", demain ce sera un autre modèle. Je ne pense pas qu'il y ait un modèle idéal, un paradis emblématique à aller chercher en dehors du pays. En revanche, tout le monde parle du "benchmarking" en matière économique, tout le monde parle de la "best practice". Y aurait-il un domaine qui devrait y échapper, celui des soins de santé et singulièrement l'application des lois du marché sur l'achat des médicaments?

Nous n'avons pas encore déterminé la forme sous laquelle nous pouvions organiser les marchés publics mais ce qui est certain, c'est que, tous partis confondus dans la majorité, même si j'ai entendu des

niet enkel in termen van kosten maar ook van volumes.

Iedereen heeft de mond vol van "best practice" of "benchmarking". Er is geen enkele reden waarom de gezondheidszorg daaraan zou ontsnappen. Over de partijgrenzen heen willen wij de markt tegen de markt uitspelen teneinde de beste prijzen voor de beste producten te verkrijgen. Dat heeft niets te maken met ideologische beschouwingen.

Om op het cannabisgebruik terug te komen: ik ben voorstander van een therapeutisch gebruik indien kan worden aangetoond dat dit een meerwaarde heeft. Het gebruik van cannabis door jongeren keur ik af, net als het gebruik van tabak of alcohol. Moet men daarom de ogen sluiten en zeggen dat, als men die mening vertolkt, het kwaad wel zal worden uitgeroeid in ons land? Neen, maar ik denk evenmin dat de tolerantie een tegenstrijdige boodschap van de minister van Volksgezondheid verhuult. Het gebruik van cannabis is slecht, des te meer daar de hoeveelheid aan actieve bestanddelen heel wat hoger ligt dan 10, 20 of 30 jaar geleden.

Vermits ik de volksgezondheid ter harte neem, ben ik voorstander van een actief beleid ten aanzien van het tabaksgebruik. Het gaat hier om een strijd voor de gezondheid die van fundamenteel belang is, niet om de queeste van een politiker. Het miljoen dat voor het tabaksfonds werd uitgetrokken, is erg nuttig geweest. De twee miljoen die voor 2005 zijn gepland, zullen dat ook zijn.

Er staan nog tal van andere dossiers op stapel, zoals de plaats die de arts in de maatschappij bekleedt. Ik wijs erop dat het voorstel met betrekking tot het bevroren van de indexering door de artsen zelf werd geformuleerd.

nuances auxquelles je suis sensible, nous voulons jouer le marché contre le marché, nous voulons que les entreprises qui proposent le meilleur prix pour le meilleur produit soient effectivement récompensées par le marché des autorités publiques, nous voulons obtenir un gain collectif dans la santé comme dans l'économie de la santé. C'est bien cela qui est au cœur de notre volonté et pas des considérations de type idéologique.

Ik streef tevens naar een snellere invoering van de forfaits en bestudeer momenteel de modaliteiten van een snellere toepassing van de sancties met betrekking tot de referentiebedragen.

Je vais donner l'exemple d'une considération de type idéologique. J'ai entendu dire tout à l'heure qu'il fallait veiller, dans les modèles d'appel au marché, à ne pas démotiver des firmes qui font de l'innovation. C'est tout le contraire! Quand on parle des mises sur le marché, on a essentiellement en tête des molécules anciennes qui peuvent entrer en concurrence. Pour ce qui est des produits innovants, pour une fois, soyons modestes en Belgique: nous avons assurément quelques entreprises qui font du très bon travail mais les produits innovants sur les marchés internationaux ne viennent malheureusement pas tous de notre pays. Il faut aussi savoir qu'il n'y a certainement pas de corrélation automatique entre la mise en place de nouveaux mécanismes d'incitation à la baisse des prix sur des molécules anciennes et la disparition soudaine du know-how en matière d'innovation médicamenteuse dans ce pays.

Je pense qu'il y a là des réponses qui peuvent être trouvées dans des schémas originaux. Je ne vais pas vous les citer car je voudrais rester bref. Mais, certainement, la prescription sur les molécules davantage que sur les marques peut être une bonne idée, avec des modulations. Certainement, la question de la délivrance unidose dans les maisons pour personnes âgées peut être une bonne idée que nous pourrions sans doute élargir par étapes à d'autres structures. Mais c'est un débat qui fait un tout.

Je vais revenir brièvement sur quelques éléments de santé publique qui ont fait l'objet de questions.

On m'a demandé si j'étais favorable à l'usage du cannabis. Si vous me prouvez les effets favorables du cannabis, notamment sur l'appétence par rapport à des personnes qui sont en stade terminal de cancer, et ses usages thérapeutiques, je vous dirai, en tant que ministre de la Santé, que je suis favorable à des formes médicamenteuses de cannabis. Si vous me demandez si les jeunes ont raison de fumer du cannabis, je dis que c'est une erreur et que c'est une atteinte à leur propre intégrité, au même titre que s'ils fument en plus du tabac ou s'ils boivent de l'alcool. Sur ce plan, je veux rester parfaitement cohérent.

Faut-il pour autant fermer les yeux et se dire que, si je tiens ce discours, le vice est éradiqué de notre petit microcosme belge? Bien sûr que non. Donc, je n'ai pas de réponse facile à la question de M. Verhaegen. Mais je ne suis certainement pas non plus un ministre qui pense que la permissivité cacherait en réalité un message contradictoire du ministre de la Santé. Pas du tout. Je suis clair sur ce plan: l'usage du cannabis est mauvais pour les jeunes et pour les moins jeunes qui seraient tentés d'y recourir. D'autant plus qu'aujourd'hui, les doses de substances actives que l'on retrouve dans le cannabis par rapport à il y a dix, vingt ou trente ans, sont nettement plus élevées et les effets sont, de manière générale, reconnus comme plus négatifs par des études scientifiques dont j'ai

connaissance.

En ce qui concerne le tabac, je reste convaincu qu'une politique active est nécessaire. La prévention est primordiale et je veux m'entendre avec les Communautés flamande et française sur la mise en place du Fonds Tabac.

Je me permets tout de même de rappeler les discours théoriques tenus pendant des années à cette tribune de la Chambre. Pendant tout un temps, on affirmait que le tabac n'intéressait pas les francophones. Mais aujourd'hui, on prétend que je suis un militant antitabac parce que je veux m'attaquer aux fumeurs. Ceux qui pensent ainsi se trompent! Je suis un militant de la santé! J'ai connu, à titre personnel, des gens ayant terriblement souffert de l'usage du tabac. Regardez les chiffres épidémiologiques en Belgique: ils sont terribles. Ce combat n'est pas celui d'un socialiste, d'un libéral, d'un membre du Vlaams Belang ou d'une autre formation politique; c'est un combat sanitaire fondamental. D'ailleurs, qui pourrait dire que je ne mène pas ce combat? Ce combat, je le mène avec conviction. C'est la raison pour laquelle le million que l'on a affecté au Fonds Tabac – qui met déjà en place des politiques actives de lutte contre le tabac – me paraît utile. Les deux millions prévus pour 2005 seront très utiles aussi. J'espère que la Vlaamse Gemeenschap d'un côté et la Communauté française de l'autre vont faire preuve d'initiative, me proposer un tas d'idées et qu'elles manifesteront leur envie de travailler avec moi. Ce point était déjà inscrit à la conférence interministérielle.

Je termine. Je sais que beaucoup d'autres chantiers sont en cours, notamment tous ceux ayant trait à la question de la place du médecin dans la société. J'ai un grand respect pour la profession médicale. On m'a interrogé tout à l'heure, à plusieurs reprises, sur le gel de l'indexation. Ce gel vient d'une proposition du corps médical lui-même. Il a considéré qu'il valait mieux geler l'indexation tant qu'on n'était pas certain des 127 millions de dépassement et a préféré attendre de disposer des chiffres, début avril, avant de prendre une décision.

De même, en ce qui concerne la question posée sur la mise en place des forfaits, on m'a demandé si j'allais remplacer les montants de référence par les forfaits. J'ai envie de le faire progressivement. Il est exact que cela prend du temps et c'est très frustrant. Mais Franck Vandenbroucke lui-même avait dit que ce ne serait pas prêt avant 2006, structurellement parlant. Pour ma part, je veux que cela aille plus vite.

Qu'allons-nous faire? Nous allons étudier les modalités d'entrée dans le système d'une accélération des mécanismes de sanction sur les montants de référence pour certains traitements de pathologies ou certaines interventions chirurgicales. On en compte 16 dans le pays. Aujourd'hui, pour actionner le mécanisme, il faut d'abord atteindre 110% de la consommation moyenne - pour parler des chiffres historiques belges. Et puis, il faut encore dépasser ce chiffre de 10%. Donc, il faut arriver à 121% avant de récupérer le premier centime de l'argent du dépassement. Et encore, cela ne vaut qu'en théorie. Car, depuis le temps que ce projet a été mis en œuvre, cela n'a pas encore réellement débuté. Je le dis: profitons du pas dans la bonne direction.

We kunnen genieten van de stap in de goede richting van mijn voorganger en verder gaan. Het verfijnd stelsel heeft natuurlijk een voordeel. Dat stelt dat iedereen over een bepaald bedrag zal kunnen beschikken. Er zal dus geen recuperatie meer nodig zijn. U krijgt een forfait. België is niet het enige land dat dit zal ervaren. Er is wat verschil maar in de Verenigde Staten zijn er al zulke forfaits. In Duitsland en in Ierland zijn er ook dergelijke ervaringen die nu opgedaan zijn. We kunnen de best practices uit het buitenland gaan halen en die aan ons land, aan onze eigen cultuur en gevoelsmatigheden aanpassen. Dat betekent dat wij voorbeelden hebben om dat te doen. We hebben ook de instrumenten want de referentiebedragen die opgebouwd waren door mijn voorganger, de heer Vandenbroucke, kunnen daarvoor zeker gelden.

01.74 Minister **Christian Dupont**: Mijnheer de voorzitter, de heer Verhaegen heeft mij ondervraagd namens mevrouw Lanjri. Wat het samenwerkingsakkoord betreft over de begeleiding van de werklozen, mag er geen verwarring zijn. Dat samenwerkingsakkoord hangt af van mijn collega Van den Bossche. Wat wij doen, valt onder de zogenaamde 500 euromaatregel: de mensen die aan het eind gekomen zijn van een artikel 60-contract helpen om een duurzame job in een privé-onderneming te vinden. Daarom krijgen de OCMW's een toelage van 500 euro om die maatregel voor te bereiden. Dat doen zij samen met de regionale diensten voor arbeidsbemiddeling. Er is goed nieuws. Terzake is een eerste conventie met het Vlaamse Gewest ondertekend. Dat gebeurde in Leuven op 6 december, meen ik.

Wat de voorschotten op het onderhoudsgeld betreft, hebt u terecht gezegd dat een eerste stap gezet is. De OCMW's worden nu terugbetaald voor de voorschotten die zij deden, en dat voor 95%. Alvorens de tweede stap te ondernemen, moeten wij de terugvordering bij de onderhoudsplichtigen evalueren. Dat zal de minister van Financiën doen alvorens het koninklijk besluit aan de regering voor te stellen.

Je suis évidemment assez d'accord avec vous pour dire qu'une somme de 25€ est insuffisante pour les garanties locatives. Cette somme couvre les frais administratifs. Bien entendu, les CPAS peuvent toujours payer ces garanties locatives et procéder aux avances. Nous ne nous substituons pas à eux. C'est une mesure que l'on pourrait souhaiter mais qui n'est pas envisageable pour l'instant.

Mevrouw Van Themsche, ik kom nu aan uw vragen. De stad is reeds

Mon prédécesseur, M. Frank Vandenbroucke, avait déjà accompli un pas dans la bonne direction. Le système forfaitaire présente comme avantage que chacun se voit octroyer un montant déterminé, à l'exclusion de toute récupération. Ce système est déjà appliqué aux Etats-Unis, en Allemagne et en Irlande. Nous pouvons nous inspirer des techniques efficaces mise en œuvre à l'étranger.

01.74 **Christian Dupont**, ministre: L'accord de coopération concernant l'accompagnement des chômeurs est de la compétence de la ministre Freya Van den Bossche. Celles et ceux qui ont bénéficié d'un contrat signé sur la base de l'article 60 qui arrive à échéance seront assistés dans leur quête d'un emploi durable au sein d'une entreprise privée. Aux fins de préparer l'entrée en vigueur de cette mesure, les CPAS recevront une prime de 500 euros. Dans ce cadre, nous collaborerons avec les services régionaux de placement. A cet effet, nous avons déjà signé un premier protocole avec la Région flamande, plus particulièrement à Louvain.

Pour ce qui est des avances de pension alimentaire, une première étape a été franchie étant donné que les CPAS se verront rembourser 95% de ces avances. Avant de passer à l'étape suivante, il s'agira de procéder à une évaluation des recouvrements des montants dus par les débiteurs d'aliments. Cette mission incombera au ministre des Finances.

Het bedrag van 25 euro volstaat niet om de huurwaarborg te betalen, maar enkel om de administratieve kosten te dekken. Wij kunnen momenteel niet in de plaats treden van het OCMW, die een garantie kunnen financieren.

Je voudrais dire à Mme Van

lang het voorwerp van studie en onderzoek. Er zijn de laatste jaren verschillende onderzoeken gemaakt over de steden. In dat verband denk ik aan een studie over de migratiebewegingen, een macro-economische analyse van de handel in de Belgische stedelijke gebieden en in de rand en een gids met goede praktijken om de handelskernen in de steden nieuw leven in te blazen. Er was ook een onderzoek over gezondheid in de stad. Er is een nieuwe onderzoek over de wijken die aandacht vergen. Er kan volgend jaar dus inderdaad een onderzoek komen over de goede praktijken om het samenleven in de steden te evalueren. Het lijkt mij steeds interessant om het beleid te evalueren.

Wat betreft uw diagnose over bepaalde wijken in onze grote steden, kan ik het volgende zeggen. Iedereen weet dat er in alle grote steden ter wereld problemen zijn die te wijten zijn aan werkloosheid, verarming, veroudering van de gebouwen, vervuiling en onveiligheid. Dat staat in de beleidsnota. Die omstandigheden vindt men over de hele wereld. Het probleem is hoe daarop te reageren. Op federaal vlak is er in België het grootstedenbeleid. De initiatieven die wij zullen nemen kon u lezen in de beleidsnota.

C'est le développement intégré de ces quartiers dans la ville. "Intégrés", cela signifie ces quartiers un peu perdus par rapport à leur environnement urbain pour les raisons que j'ai citées et une partie de celles que vous avez indiquées. On essaie de les réintégrer dans la ville de manière à ce qu'ils ne soient plus des quartiers "en retard". C'est aussi avoir une politique intégrée au niveau du quartier de manière à ce que ceux qui y vivent s'entendent bien. C'est une économie locale, dynamique, et durable. Mon prédécesseur, Mme Arena, a travaillé sur ce dossier. C'est ainsi que des petits commerces et des indépendants ont retrouvé leur place. C'est aussi le retour de l'école. C'est évidemment la cohésion sociale et le dialogue entre tous ceux qui y vivent. C'est une ville en santé puisque l'étude démontre que des problèmes particuliers se posent dans les villes. C'est aussi tout le volet logement qui comporte plus d'offres de logement et d'offres locatives. C'est faciliter l'accès à la propriété, lutter contre les marchands de sommeil, les immeubles squattés et les immeubles insalubres.

Tout cela figure dans la note de politique générale. Pour le reste, je suis de ceux qui ont des oreilles pour écouter!

01.75 Gisèle Mandaila Malamba, secrétaire d'Etat: Monsieur le président, je vais répondre en deux points : la famille, d'abord, les personnes handicapées, ensuite.

Comme vous le savez, lors des États généraux de la Famille à Ostende, plusieurs mesures concrètes ont été adoptées par le gouvernement. Je pense notamment aux mesures améliorant le congé de maternité ou d'adoption ou à celles améliorant la déductibilité fiscale des frais de garde d'enfants de 3 à 12 ans. D'autres propositions ont été formulées par les états généraux lors de la conclusion du premier cycle du mois d'avril dernier. Ces propositions concernent différents domaines tels que le renforcement de la prise en charge des personnes âgées par la famille, la réforme du droit de la famille, l'accueil de l'enfance, l'adaptation de certains congés thématiques. Je compte soumettre l'inventaire complet de ces différentes propositions au gouvernement au début de l'année

Themsche qu'il existe déjà plusieurs études à propos des villes. L'année prochaine, une étude sera menée sur des mesures permettant d'améliorer la cohabitation dans les villes. Le diagnostic posé par Mme Van Themsche à propos des grands quartiers vaut en fait pour toutes les villes du monde. A l'origine des problèmes se trouvent le chômage élevé, la paupérisation et la dégradation de l'environnement urbain. En Belgique, nous réagissons à cette situation dans le cadre de la politique des grandes villes. Plusieurs initiatives en la matière sont annoncées dans la note de politique.

We proberen deze wijken opnieuw in de stad te integreren zodat er geen achterstand meer is. Zo bevorderen we een dynamische en duurzame lokale economie, de terugkeer van de school en het sociale bindweefsel. Zo zorgen we ook voor de huisvesting, het plaatselijke huuraanbod, het verwerven van een eigendom en bestrijden we de huisjesmelkers en de verkrotting.

01.75 Staatssecretaris Gisèle Mandaila Malamba: Op de Staten-Generaal van het Gezin heeft de regering verschillende concrete maatregelen getroffen, onder meer inzake het moederschapsverlof of de fiscale aftrek voor de opvang van kinderen tussen 3 en 12 jaar. In april jongstleden werden nog andere voorstellen gedaan, zoals de uitbreiding van de opvang van bejaarden door de familie, de hervorming van het familierecht, de kinderopvang en de aanpassing van bepaalde

prochaine pour que chaque ministre puisse, en fonction de ses compétences, s'en saisir et, le cas échéant, soumettre au Conseil des ministres des mesures concrètes pour faire suite à ces différentes propositions.

Certaines thématiques n'ont cependant pas été abordées lors du premier cycle des Etats généraux de la Famille et d'autres méritent d'être plus approfondies. C'est pour cela que je relance les Etats généraux en 2005 qui aborderont notamment deux nouvelles thématiques qui m'apparaissent essentielles: la dimension intergénérationnelle des familles et la problématique de la violence.

Pour répondre à Mme Van Lombeek-Jacobs sur la question du vieillissement, il est vrai que l'on ne va pas se limiter aux problèmes de conflits de générations que rencontrent les personnes âgées. Il faut plutôt intégrer ces problèmes dans le cadre de cette dimension intergénérationnelle, prendre en compte toutes les dimensions.

Il est bien entendu que concernant le vieillissement, nous allons prendre en compte le travail déjà réalisé dans le groupe constitué au sein de la commission des Affaires sociales. Toutes les informations pouvant nous aider à avancer sur ce thème sont les bienvenues. Il est important de les prendre en compte.

La question de la violence et le droit à l'intimité et à la vie privée des personnes qui vivent dans une structure d'hébergement ou dans une maison de repos est essentielle. La problématique sera traitée dans sa globalité. Nous allons veiller au principe du respect de la vie privée.

J'ai été interpellée par la situation parfois dramatique que vivent certaines familles qui ont un enfant malade ou fortement dépendant. A ce stade, je ne peux pas vous annoncer de mesures concrètes vu qu'il s'agit d'une réflexion qui vient de s'entamer à mon initiative. L'objectif est d'examiner avec les entités fédérées, dans le cadre de la conférence interministérielle de la Famille, la manière dont on peut supprimer les obstacles ou les lacunes auxquels sont confrontées ces familles, de façon à ce qu'elles bénéficient des conditions optimales pour assurer les soins et le bien-être de leur enfant.

J'ai aussi examiné avec plusieurs associations compétentes en la matière, la dépendance et les problèmes des enfants gravement malades. Un certain nombre de pistes seront soumises à la conférence interministérielle. A ce propos, je ne manquerai pas de revenir à cette tribune vous faire part de mesures qui auraient été prises lors de cette conférence.

Pour répondre encore à Mme Van Lombeek-Jacobs sur les choix que doivent faire les parents d'un enfant malade ou gravement dépendant, je peux, à ce stade, vous indiquer deux principes qui me semblent essentiels et qui doivent guider ces travaux.

Le premier principe porte sur le fait que la présence d'un enfant gravement malade ou fortement dépendant au sein d'une famille ne devrait pas mettre en péril l'équilibre financier de ce ménage.

Le deuxième principe est que l'enfant puisse bénéficier de la présence de chacun de ses parents, sans que la difficulté à prendre un congé puisse être un obstacle pour les parents. Pour le statut de la

verloven. Ik zal ze aanvang volgend jaar aan de regering voorleggen.

Wat de kwestie van de vergrijzing betreft, gaan wij ons niet beperken tot de problemen van generatieconflicten waarmee de bejaarden worden geconfronteerd, maar gaan wij die problemen vanuit een intergenerationele invalshoek benaderen. Wij zullen rekening houden met het werk dat al werd gerealiseerd door de werkgroep die binnen de commissie voor de Sociale Zaken werd opgericht.

Het tweede beginsel is dat het kind op de aanwezigheid van zijn ouders moet kunnen rekenen. Problemen om vrij te nemen mogen daarbij geen struikelblok vormen. Wij denken na over de uitwerking van een echt statuut van de helper.

Wat het oproepnummer voor ouderen betreft, heb ik de verenigingen die op dat vlak al actief zijn, geraadpleegd, met het oog op een coördinatie van hun activiteiten.

Op het vlak van het gezinsbeleid moet de Staat volledig neutraal blijven. Toch zijn er omstandigheden waarin een overheidsop treden wenselijk is. We kunnen immers niet aanvaarden dat particuliere initiatieven tot uitwassen leiden.

Wat het gehandicaptenbeleid betreft, werd de behandelingstermijn van de dossiers aanzienlijk ingekort; hij bedraagt nu 7,5 maanden. Het duurt echter nog meer dan een jaar eer een dossier rond is. Dat is te wijten aan de tijdrovende medische onderzoeken en aan het feit dat de belanghebbenden niet altijd de nodige gegevens meedelen.

Wij leggen de laatste hand aan een plan dat ertoe strekt de

personne aidante, ce point est directement lié aux points précédemment énoncés. À ce stade, nous réfléchissons, avec la Fondation Roi Baudouin, à la mise en œuvre d'un véritable statut de la personne aidante. Je pense en effet que, dans un contexte plus large, l'engagement d'un proche auprès d'une personne dépendante mérite et justifie une prise en considération et une valorisation par le pouvoir public.

En ce qui concerne le numéro d'appel pour les personnes âgées, des associations sont déjà actives dans le domaine de l'assistance téléphonique. J'ai déjà pu les consulter pour voir ce qui se faisait et pour voir comment on pourrait coordonner ces numéros et les actions de ces différentes associations pour essayer de venir en aide ou d'offrir de l'assistance aux personnes âgées.

J'en viens à l'intérêt général qui doit guider la politique familiale. En matière de politique familiale, pour moi, il est clair que l'État se doit de garantir la plus grande neutralité par rapport aux choix de vie que posent les citoyens. Il est cependant des circonstances où les pouvoirs publics doivent intervenir. Il faut reconnaître que la société évolue; les droits doivent se mettre en conformité avec ces évolutions. On ne saurait cependant accepter que des initiatives particulières conduisent à certaines dérives. Je pense à un exemple: si un citoyen invoque la répudiation, on ne peut pas l'accepter car ce mécanisme est contraire à nos principes de droit.

Pour ce qui est de la politique des personnes handicapées, on m'a demandé si le délai de traitement avait diminué ou s'il était resté constant. Il faut savoir que le délai moyen de traitement des dossiers introduits a été fortement réduit. Ainsi, en août, le délai moyen de traitement, tant pour l'allocation de remplacement de revenu que pour l'allocation d'intégration ou l'allocation des personnes âgées, est de 7,5 mois. Cela signifie une réduction de trois mois pour l'allocation de remplacement de revenu et l'allocation d'intégration, de cinq mois pour l'allocation des personnes âgées depuis le début de l'année. Depuis le début du mois d'août, le délai a encore diminué. Je disposerai des chiffres en janvier, jusqu'aux chiffres qu'on a atteints en novembre. Je vous en ferai part à ce moment.

Il faut savoir que c'est un délai moyen mais qu'il reste des dossiers qui exigent encore plus d'une année pour être traités. Les deux causes à ce délai sont la durée des évaluations médicales et l'insuffisance d'information des personnes concernées qui, parfois, oublient les rendez-vous ou remplissent mal les documents.

Un plan en quinze points visant à améliorer l'évolution médicale est sur le point d'être finalisé. En outre, tout indique qu'en février le Contact Center fonctionnera pleinement. Les premiers tests ont lieu, cette semaine. Nous espérons que les délais seront fortement réduits.

On a constaté que les intérêts de retard étaient en hausse à cause de l'accélération de l'instruction des demandes. En outre, les arriérés représentent un montant de 12.606.840€ et les intérêts pour les dépassements du délai de huit mois s'élevaient, en août, à 160.702€. La nouvelle législation est entrée en vigueur, il y a trois mois, après la publication au Moniteur belge, le 24 septembre, de trois arrêtés royaux. Entre-temps, l'informatique a été adaptée, des circulaires ont été adressées à toutes les communes et un vaste plan de formation à

medische evaluatie te verbeteren. Vanaf februari zou het Contact Center bovendien op kruissnelheid moeten komen. Wij hopen dat de achterstand grotendeels kan worden weggewerkt.

Wat de uitkeringen en de hervorming van de reglementering betreft, heb ik beslist de rechtszekerheid te vrijwaren door na één jaar een evaluatie uit te voeren waarbij de Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap zal worden betrokken.

Het project van het Comité I moet ter beschikking van alle gemeenten worden gesteld. Wij moeten echter nog onderzoeken of de gegevensuitwisseling tussen de gemeenten en de algemene directie al dan niet via een beveiligd netwerk moet gebeuren. Het project zal in 2006 op poten worden gezet en de gebruikers zullen er blijvend bij worden betrokken.

Wat de gelijke toegang tot de sociale rechten betreft, stel ik vast dat de reglementering betreffende de uitkeringen en de toelagen aan personen met een handicap weinig gekend is. Het risico bestaat dat niet alle Belgen met een handicap op dezelfde manier hun sociale rechten kunnen laten gelden.

Dat is de reden waarom een grootschalig opleidingsprogramma werd uitgewerkt.

De interministeriële conferentie "Welzijn, Sport en Gezin" spitst zich toe op de volgende thema's: de strijd tegen de discriminatie, de werkgelegenheid en het eenheidsloket voor de toekenning van rolstoelen. Wat de strijd tegen de discriminatie betreft, willen de ministers dat het in mei 2004 gesloten protocolakkoord in een echt samenwerkingsakkoord zou uitmonden. Bovendien wordt ook al een protocolakkoord over de toegankelijkheid besproken.

destination des agents communaux, des agents des CPAS, des associations qui s'occupent des personnes handicapées, a été mis en œuvre à travers tout le pays. Plusieurs centaines de personnes ont suivi ces formations. A la fin octobre, 12 185 demandes avaient été traitées sur la base de la nouvelle réglementation. On constate donc une amélioration considérable en la matière.

J'en arrive aux allocations et à la réforme de la réglementation. J'ai décidé qu'il fallait faire une pause afin d'introduire la sécurité juridique. Une évaluation sera réalisée après un an de fonctionnement et les résultats devront être disponibles et analysés à l'automne 2005. Le Conseil supérieur national de la personne handicapée sera bien entendu étroitement associé à cette évaluation.

Le projet du Comité I doit être mis à disposition de toutes les communes, mais il reste à savoir si les échanges entre ces dernières et la direction générale doivent passer par un réseau sécurisé ou non. Cette problématique doit encore être examinée. Le projet du Comité I sera mis en place en 2006. Je continuerai de toute façon à associer les utilisateurs aux projets. Plusieurs groupes de travail ont déjà été constitués dans ce sens. Chaque mois, lors de la réunion du Conseil supérieur national, une discussion a lieu sur les projets en cours. Les résultats de cette discussion sont ensuite publiés.

En ce qui concerne l'accès égal aux droits sociaux, j'ai bien dû constater que la réglementation relative aux allocations et aux prestations aux personnes handicapées est mal connue. Tous les jours, des personnes m'écrivent pour savoir ce qu'elles doivent faire pour demander une aide ou introduire un dossier. Il faut savoir que les dossiers ne sont pas toujours correctement remplis et que les attestations médicales sont parfois imprécises. Il y a un risque que tous les Belges souffrant d'un handicap n'aient pas accès de manière égale à leurs droits sociaux.

C'est la raison pour laquelle un vaste programme de formation a été organisé.

Quant aux "contact centers", ils vont commencer à fonctionner avec 38 personnes. Tous les candidats qui ont été sélectionnés ont été bien formés. Une dizaine d'agents constituent un service en deuxième ligne.

La Conférence interministérielle, qui s'appelle maintenant "Bien-être, Sport et Famille", continue à travailler sur trois volets: l'anti-discrimination, l'emploi et le guichet unique pour l'octroi d'une chaise roulante. Pour l'anti-discrimination, un protocole d'accord définissant les aménagements raisonnables a été finalisé en mai 2004. Les ministres des Régions, des Communautés et de l'Etat fédéral, membres de la Conférence interministérielle, ont émis le souhait de faire de ce protocole un accord véritable de coopération entre l'Etat fédéral et les entités fédérées. Il existe aussi un projet de protocole d'accord sur l'accessibilité, qui est toujours en discussion.

Pour ce qui est de l'emploi, il s'agit d'améliorer le taux d'emploi des personnes handicapées. A cet égard, deux pistes sont explorées actuellement. D'abord, comment et pour qui concilier les revenus du travail et l'octroi des allocations? Cela nous renvoie aussi à l'expérience des pays scandinaves où nous allons envoyer quelqu'un

Wat de werkgelegenheid betreft, onderzoeken wij denksporen met het oog op de verbetering van de werkgelegenheidsgraad van de gehandicapten.

Inzake het eenheidsloket voor de toekenning van rolstoelen, werd de nieuwe nomenclatuur voor advies voorgelegd aan de minister van Begroting en werden de krachtlijnen vastgesteld. Het is onze bedoeling om die vanaf 1 april 2005 toe te passen.

Ten slotte hebben wij met de uitkering voor integratie via de sport niet de bedoeling ons te mengen in de bevoegdheden van de Gemeenschappen. De federale overheid zal de meerkosten die verband houden met de beoefening van topsport door gehandicapten, wat onder haar bevoegdheid ressorteert, voor haar rekening nemen.

chargé d'étudier comment ils ont réussi à instaurer ce système. La deuxième piste serait de voir quel mécanisme permet à la personne ayant perdu son travail de retrouver très rapidement ses allocations.

Pour ce qui concerne le guichet unique pour l'octroi d'une chaise roulante, la nouvelle nomenclature est soumise à l'avis du ministre du Budget. Les grandes lignes de la procédure sont définies. L'objectif est que, au 1^{er} avril 2005, l'on puisse appliquer la nouvelle nomenclature et la procédure.

Enfin, l'allocation d'intégration sportive ne vise pas à se substituer aux compétences des Communautés dans le domaine sportif, mais une étude de la KUL a clairement identifié les obstacles et les difficultés que représente la pratique du sport de haut niveau. Par exemple, un sportif de haut niveau est obligé d'avoir un aidant en plus de son entraîneur pour s'habiller, se déplacer et utiliser le matériel sportif. Ce sont ces coûts que je souhaite prendre en charge. Ils rentrent dans les compétences de l'Etat fédéral en complément des aides des Communautés et Régions.

De **voorzitter**: Collega's, men meldt mij dat de computertechnologie van de Kamer het niet langer uithoudt dan de ruim zes uur dat we bezig zijn. Met de leden gaat het – zo moet ik zeggen – een beetje beter. Ik zal nu de middagzitting sluiten.

Je vais clore la séance de l'après-midi (...)

01.76 Benoît Drèze (cdH): Cela veut-il dire que les ministres présents ici seront encore là après la pause ou s'en vont-ils maintenant? Dans ce cas, je souhaite répliquer immédiatement.

Le **président**: Je peux faire deux choses. Je vais suspendre la séance 10 minutes. Nous sommes au bout du rouleau technologique de notre capacité de machine, me dit-on. J'ignore ce que cela signifie. Voulez-vous faire une brève réplique maintenant, monsieur Drèze?

01.77 Benoît Drèze (cdH): C'est comme vous voulez.

Le **président**: Cela dépend de quelle longueur elle est.

Mijnheer Verhaegen, u vraagt het woord?

01.78 Mark Verhaegen (CD&V): Ik wil alleen twee minuutjes het woord krijgen.

De **voorzitter**: Dan laat ik het nu doen, dat is gemakkelijker. Monsieur Drèze, répliquez brièvement. Mijnheer Verhaegen krijgt ook het woord en daarna kan ik schorsen. Maar hou het kort om de redenen die ik zopas heb aangehaald.

01.79 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, je serai bref tout en abordant les points qui me tiennent à cœur. Ce matin, on m'a demandé de "faire court"; j'ai donc supprimé une partie de ma réplique pour ensuite constater que d'autres collègues prenaient tout leur temps! Je dois compenser cette frustration-là!

Le **président**: Ne vous rattrapez pas sur la longueur des autres collègues!

01.80 Benoît Drèze (cdH): Je ne me rattraperai certainement pas; je vais uniquement réagir aux propos du ministre Demotte que je remercie infiniment pour ses considérations générales que nous

01.80 Benoît Drèze (cdH): Ik wil reageren op wat de heer Demotte heeft gezegd.

partageons. S'il avait été aussi long que Mme Mandaila, je n'aurais pas eu besoin d'intervenir. Madame Mandaila, je vous remercie pour les détails que vous nous avez apportés.

1. Tout comme d'autres, je serais intéressé à recevoir le tableau de Mme Cantillon que vous avez évoqué tout en indiquant que vous le remettiez à ceux qui le souhaiteraient.

2. Je suis heureux d'entendre confirmer que le milliard cinq cent millions d'intervention exceptionnelle devient structurel à partir de demain lorsque nous voterons la loi budgétaire. C'est un point très important.

3. En ce qui concerne l'audit, je ne suis pas sûr d'avoir bien entendu. Vous allez le poursuivre jusqu'au bout et il sera mis à la disposition de la commission? Ai-je bien compris que les délais de facturation expliquaient tout ou une partie seulement?

01.81 Rudy Demotte, ministre: (...)

01.82 Benoît Drèze (cdH): Une partie. Le problème est donc pendant pour le reste.

Vous avez annoncé le dépôt d'une loi "santé" demain devant le gouvernement. Nous aurons donc l'occasion de mener des débats détaillés lorsqu'elle sera présentée au parlement. Vous avez indiqué la faculté, pour le fédéral, de procéder à des corrections; cela revient, en quelque sorte, à des pouvoirs spéciaux?

01.83 Rudy Demotte, ministre: Je ne voudrais pas que l'on interprète cela de cette façon! L'idée est celle-ci: pour le moment, l'établissement des normes relève du fédéral mais pas le contrôle et le respect des normes sur le terrain. Evidemment, quand vous avez l'établissement des normes mais que vous ne savez plus agir par la suite, vous êtes impuissant. Dès lors, la loi qui sera déposée demain habilitera le fédéral à prendre les dispositions pour le respect des normes mais il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une loi d'habilitation.

01.84 Benoît Drèze (cdH): En ce qui concerne les bassins de soins, je n'ai pas vraiment entendu de réponse à propos de la responsabilité du fédéral et des entités fédérées.

01.85 Rudy Demotte, ministre: Ce sont deux choses tout à fait différentes. Ce que l'on entend par "bassins de soins" au fédéral, c'est en réalité - mais je n'ose pas utiliser l'expression parce qu'elle a un relent commercial - des zones de chalandise par nature des pathologies traitées.

01.86 Benoît Drèze (cdH): Les Régions entendent-elles autre chose par "bassins de soins"?

Ten eerste zou ik graag de door mevrouw Cantillon opgestelde tabel ontvangen.

Vervolgens verheug ik er mij over dat de uitzonderlijke bijdrage van 1,5 miljard euro ten gevolge van de goedkeuring van de begroting een structureel karakter zal krijgen.

Zal de doorlichting ten slotte worden voortgezet en effectief ter beschikking van de commissie worden gesteld?

01.81 Benoît Drèze (cdH): Voorts zullen wij over de wet betreffende de gezondheid debatteren wanneer u die aan de regering zal hebben voorgelegd.

Komt de mogelijkheid die ter zake aan de federale regering wordt geboden om correcties aan te brengen, neer op een vorm van bijzondere machten?

01.83 Minister Rudy Demotte: Neen. Het opstellen van de normen is een federale bevoegdheid, terwijl de controle van de naleving van de normen onder de deelgebieden ressorteert. De wet die morgen zal worden ingediend zal de federale overheid machtigen om maatregelen met betrekking tot de naleving van de normen te nemen. Het betreft geen machtigingswet.

01.87 Rudy Demotte, ministre: Non, les Régions ne sont pas concernées dans ce débat. Parce qu'il ne s'agit pas ici de faire correspondre, par exemple, ce que sont les SISD avec ce que nous entendons... Je vais donner un exemple: un pet scan, dans la programmation des soins par rapport à certaines pathologies, et qui a son rôle dans le traitement de ces pathologies, intervient comme un outil dans la programmation. On pourrait dire que c'est autant d'habitants qui en ont besoin étant donné la configuration, les profils types, etc.

Quand on parle d'entités territoriales, c'est à moduler en fonction des populations, des pathologies, ce n'est pas tout à fait la même chose que ce que l'on entend par "territoires de soins" dans le cadre des Régions.

01.88 Benoît Drèze (cdH): J'entends bien que ce sera géré à 100% par le fédéral et qu'il n'y a pas nécessité de concertation.

01.89 Rudy Demotte, ministre: Je n'ai pas dit cela. Nous aurons de toute façon des concertations avec les Régions et les Communautés, dans la mesure où il pourrait s'avérer utile que certaines structures soient mises en place de cette manière. Mais nous n'allons pas, en tant qu'entité fédérale, sachant que nous avons un certain nombre de dépenses à maîtriser, rester les bras ballants. Nous allons donc aussi prendre des initiatives de notre côté.

01.90 Benoît Drèze (cdH): Etant donné l'heure tardive, je fais l'impasse sur la demande de recevoir plus de détails sur les mesures concernant les médicaments, j'y reviendrai ultérieurement. Il reste mon point de clôture auquel je n'ai pas eu de réponse, concernant les services de pédiatrie. Je voudrais savoir si, deux mois après avoir été annoncée, une concertation a eu lieu.

01.91 Rudy Demotte, ministre: Sur ce plan, j'ai déjà mis en place des processus. La concertation en tant que telle ne concerne pas un établissement séparé mais des réunions se tiennent de manière régulière. Je n'ai toujours pas abouti, malgré 10 ou 15 interventions de parlementaires à ce sujet. J'ai toujours donné la même réponse et je la répète encore aujourd'hui.

01.92 Benoît Drèze (cdH): Dans ce cas, j'en reste là et j'abdique!

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

Ik heb veel punctuele vragen gesteld in verband met de uitvoering van de drugswet. Voorlopig neem ik genoegen met de visie van de minister dat cannabis een vergissing is voor de jongeren. Hij gaat kennelijk wel akkoord met het gebruik ervan voor zieken in terminale fase. Hij wijst erop dat het actieve bestanddeel veel hoger is. Welnu, dat is precies een gevolg van de huiskweek.

Na de vernietiging door het Arbitragehof van artikel 16 van de drugswet zal nieuw wetgevend werk nodig zijn. Ik hoop dat de

01.87 Minister Rudy Demotte: Op het federale niveau worden de gebieden afgebakend op grond van de bevolkingsgroepen en de ziekten. Ze stemmen dus niet overeen met de zorgregio's van de deelstaten.

01.88 Benoît Drèze (cdH): Dit is dus voor 100 percent een federale aangelegenheid en er wordt niet met de deelstaten overlegd.

01.89 Minister Rudy Demotte: We zullen hoe dan ook met de Gemeenschappen en de Gewesten overleggen, want het zou nuttig kunnen zijn op die manier bepaalde structuren in het leven te roepen. Ook op het federale niveau zullen we echter initiatieven nemen.

01.90 Benoît Drèze (cdH): Ik wou ook graag vernemen of, twee maand nadat overleg inzake de pediatriediensten werd aangekondigd, dit ook heeft plaatsgevonden.

01.91 Minister Rudy Demotte: Er werd een aantal processen opgestart, maar de besprekingen bleven tot nu toe zonder resultaat.

01.93 Mark Verhaegen (CD&V): Je suis satisfait de la réponse du ministre. Il confirme en effet la gravité du problème posé par le cannabis pour les jeunes, tout en voyant son utilité pour les patients en phase terminale. Le composant actif est devenu beaucoup plus important à la suite de la culture domestique. J'espère qu'il pourra aussi convaincre sa collègue de la Justice d'interdire la culture de

minister zijn collega van Justitie ervan kan overtuigen om het bezit van de hennepplant te verbieden. Dat bezit kan aanleiding geven tot misverstanden inzake plantages, tot misbruiken, tot persoonlijke drama's en tot aftakeling. Een verbod op het bezit van de hennepplant zal minder blow op straat geven.

Wat de FAVV-financiering betreft, verwacht ik een schriftelijk antwoord.

01.94 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verhaegen, ik zal u het antwoord bezorgen. Het is een zeer technische vraag. Ik beschik over de elementen van antwoord. Het uur is evenwel een beetje te ver gevorderd om daar dieper op in te gaan.

01.95 **Muriel Gerkens** (ECOLO): Je voudrais réagir brièvement à la réponse que le ministre vient de donner au sujet des bassins de soins et des zones de soins de compétence régionale.

Monsieur le ministre, votre réponse ne fait que renforcer les craintes que j'ai exprimées dans mon intervention. Même si pour certains aspects, il s'agit de connaître le nombre de personnes concernées par une installation dans un certain rayon, il reste néanmoins à réaliser un travail de lien avec la première ligne, avec tous les partenaires et acteurs de la santé en tenant compte de leur multidisciplinarité, avec les hôpitaux. Je trouve insupportable que vous puissiez imaginer des bassins répondant à une optique fédérale, ne tenant pas compte des zones dans lesquelles des concertations sont déjà mises en place, et que les deux visions ne puissent pas se renforcer. Or, à vous entendre et à lire Mme Vienne, aucun lien n'est créé. C'est une vision "centro-hospitalière", à l'encontre d'une médecine de première ligne, visant à diminuer le recours abusif à des structures hospitalières.

01.96 **Rudy Demotte**, ministre: Je ne voudrais pas qu'on sombre dans la caricature. J'ai rappelé tout à l'heure l'importance de la première ligne. Il est vrai que je l'ai dit en néerlandais, et sans doute à dessein. J'ai également parlé des tickets modérateurs modulés qui constituent une incitation au recours à la première ligne. Je rappelle aussi que, pendant la gestion précédente par deux ministres Ecolo, tant au fédéral que dans les entités fédérées, on n'est jamais parvenu à mettre en place une définition claire des zones de soins. Dans ces conditions, faire la morale aux autres me paraît un peu simple!

cannabis.

J'attends une réponse écrite à ma question technique relative au financement de l'AFSCA.

01.94 **Rudy Demotte**, ministre: Je ne manquerai pas de vous la fournir.

01.95 **Muriel Gerkens** (ECOLO): Mijnheer de minister, uw antwoord versterkt mijn vrees nog. Ik kan niet aanvaarden dat u zorgregio's uitdenkt die in het federale beleid passen maar die geen rekening houden met de regio's waar reeds overleg wordt gepleegd. Die visie is al te zeer op de ziekenhuizen toegespitst en gaat in tegen de ontwikkeling van een eerstelijnszorg die er net toe strekt het onterechte gebruik van ziekenhuisstructuren te beteugelen.

01.96 Minister **Rudy Demotte**: Men vervalt in karikaturen. Ik heb het belang van de eerstelijnszorg in herinnering gebracht. Ik heb het ook gehad over het gemoduleerde remgeld dat de patiënt ertoe aanzet een beroep op die eerstelijnszorg te doen. In het verleden, toen twee Ecolo-ministers voor deze materie instonden, is men er noch op federaal niveau noch binnen de deelgebieden in geslaagd de zorgregio's duidelijk te omschrijven. Het lijkt me dan ook erg makkelijk om anderen de les te spellen.

Le **président**: Ce débat a duré assez longtemps et a été bien mené. Je remercie celles et ceux qui y ont participé, y compris les membres du gouvernement.

De vergadering is gesloten.
La séance est levée.

De vergadering wordt gesloten om 21.50 uur. Volgende vergadering woensdag 22 december 2004 om

22.00 uur.

La séance est levée à 21.50 heures. Prochaine séance le mercredi 22 décembre 2004 à 22.00 heures.

ANNEXE**BIJLAGE****SÉANCE PLÉNIÈRE****PLENUMVERGADERING****MERCREDI 22 DÉCEMBRE 2004****WOENSDAG 22 DECEMBER 2004****DECISIONS INTERNES****INTERNE BESLUITEN****DEMANDES D'INTERPELLATION****INTERPELLATIEVERZOEKEN****Dépôts****Ingekomen**

1. M. Luc Sevenhans au ministre de la Défense sur "la procédure visant à imposer une nomination politique à l'Institut national des Invalides de Guerre, anciens Combattants et Victimes de Guerre".

(n° 500 – renvoi à la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société)

2. M. Hagen Goyvaerts au vice-premier ministre et ministre des Finances sur "le retrait de certaines entreprises de l'indice boursier".

(n° 501 – renvoi à la commission des Finances et du Budget)

3. M. Hagen Goyvaerts au ministre de l'Economie, de l'Energie, du Commerce extérieur et de la Politique scientifique sur "le retrait de certaines entreprises de l'indice boursier".

(n° 502 – renvoi à la commission de l'Economie, de la Politique scientifique, de l'Education, des Institutions scientifiques et culturelles nationales, des Classes moyennes et de l'Agriculture)

1. de heer Luc Sevenhans tot de minister van Landsverdediging over "de procedure om een politieke benoeming bij het Nationaal Instituut voor Oorlogsinvaliden, Oud-strijders en Oorlogsslachtoffers door te drukken".

(nr. 500 – verzonden naar de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing)

2. de heer Hagen Goyvaerts tot de vice-eerste minister en minister van Financiën over "de schrapping van bedrijven uit de Beursindex".

(nr. 501 – verzonden naar de commissie voor de Financiën en de Begroting)

3. de heer Hagen Goyvaerts tot de minister van Economie, Energie, Buitenlandse Handel en Wetenschapsbeleid over "de schrapping van bedrijven uit de Beursindex".

(nr. 502 – verzonden naar de commissie voor het Bedrijfsleven, het Wetenschapsbeleid, het Onderwijs, de Nationale wetenschappelijke en culturele Instellingen, de Middenstand en de Landbouw)