

Sénat de Belgique

Session ordinaire 2012-2013



5-198COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 22 janvier 2013
Séance de l'après-midi

Annales

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 22 januari 2013
Namiddagvergadering

5-198COM

Belgische Senaat
Gewone Zitting 2012-2013

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:
www.senate.be www.lachambre.be

Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
cdH	centre démocrate Humaniste
Ecolo	Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	Parti Socialiste
sp.a	socialistische partij anders
VB	Vlaams Belang

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:
www.senate.be www.dekamer.be

Sommaire

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la vente de produits entrant dans le processus de fabrication de drogues illégales» (n° 5-2413)	5
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les différences de qualité entre hôpitaux» (n° 5-2522).....	7
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les projets de suppression du contingentement» (n° 5-2534).....	9
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la procédure d'enregistrement des médicaments biosimilaires» (n° 5-2858).....	13
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la procédure de remboursement des médicaments biosimilaires» (n° 5-2821)	13
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'arrêt récent de la Cour européenne de Justice à propos du financement des hôpitaux bruxellois» (n° 5-2667).....	17
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le lien entre le financement des hôpitaux par le BMF et la facturation de suppléments éventuels» (n° 5-2668).....	18
Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les contrôles de la réglementation générale du tabagisme pendant la période hivernale» (n° 5-2678).....	20
Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les contrôles des locaux pour fumeurs dans le cadre de la réglementation générale du tabagisme» (n° 5-2679).....	20
Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la poursuite de la vie en couple dans les centres d'hébergement et de soins» (n° 5-2698)	22
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les critiques des experts de la santé concernant le degré de priorité insuffisant accordé aux soins de santé de première ligne» (n° 5-2700)	23

Inhoudsopgave

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verkoop van producten die gehanteerd worden voor de aanmaak van illegale drugs» (nr. 5-2413)	5
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen» (nr. 5-2522)	7
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de plannen om de contingentering af te schaffen» (nr. 5-2534).....	9
Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de registratieprocedure van biosimilaire geneesmiddelen» (nr. 5-2858).....	13
Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetalingsprocedure van de biosimilaire geneesmiddelen» (nr. 5-2821)	13
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de recente uitspraak van het Europese Hof van Justitie over de financiering van de Brusselse ziekenhuizen» (nr. 5-2667).....	17
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de koppeling tussen de financiering van de ziekenhuizen via het BFM en het aanrekenen van eventuele supplementen» (nr. 5-2668)	18
Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de controles van de algemene rookregeling tijdens de winterperiode» (nr. 5-2678).....	20
Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de controles van rookfaciliteiten in het kader van de algemene rookregeling» (nr. 5-2679).....	20
Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het voortgezet samenwonen van echtparen in woonzorgcentra» (nr. 5-2698)	22
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kritiek van gezondheidsexperts op te weinig prioriteit aan de eerstelijnsgezondheidszorg» (nr. 5-2700).....	23

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les montants de référence des hôpitaux» (n° 5-2702).....26	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de referentiebedragen van de ziekenhuizen» (nr. 5-2702) 26
Demande d'explications de Mme Mieke Vogels à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les économies en matière de revalidation cardiaque» (n° 5-2709)27	Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de besparingen op cardiale revalidatie» (nr. 5-2709) 27
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les astreintes payées dans le cadre de la loi relative aux pratiques non conventionnelles» (n° 5-2753).....29	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de dwangsommen uitbetaald in het kader van de wet inzake de niet-conventionele praktijken» (nr. 5-2753) 29
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la collaboration entre le service de médiation du Service public fédéral Santé publique et le Fonds des accidents médicaux» (n° 5-2755)31	Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de samenwerking tussen de ombudsdienst van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en het Fonds voor de medische ongevallen» (nr. 5-2755)..... 31
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la modification planifiée du subventionnement des centres de jour de soins palliatifs» (n° 5-2769).....32	Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de geplande wijziging van de subsidiering van de palliatieve dagcentra» (nr. 5-2769) 32
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «un conflit entre l'INAMI et un médecin défendant des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique» (n° 5-2799)35	Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het conflict tussen het RIZIV en een arts die opkomt voor patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom» (nr. 5-2799)..... 35
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les audits dans les hôpitaux» (n° 5-2808).....38	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «audits in de ziekenhuizen» (nr. 5-2808) 38
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'arrêt de la production de l'antibiotique Augmentin» (n° 5-2915)40	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het stopzetten van de productie van het antibioticum Augmentin» (nr. 5-2915) 40
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les suppléments d'honoraires et de chambre lors d'un séjour en soins intensifs» (n° 5-2916).....41	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kamer- en ereloonsupplementen bij een verblijf op de dienst intensieve zorg» (nr. 5-2916) 41
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les dangers potentiels des médicaments contenant de la dompéridone» (n° 5-2927)42	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de potentiële gevaren van geneesmiddelen met domperidone» (nr. 5-2927)..... 42
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la politique relative aux drogues synthétiques» (n° 5-2878)44	Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het beleid rond synthetische drugs» (nr. 5-2878) 44
Requalification en question écrite avec remise de la réponse45	Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord..... 45

Présidence de Mme Elke Sleurs*(La séance est ouverte à 14 h 25.)***Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la vente de produits entrant dans le processus de fabrication de drogues illégales» (n° 5-2413)**

M. Dirk Claes (CD&V). – Les Pays-Bas et la Belgique comptent de très nombreux producteurs de drogues synthétiques illégales telles que l'ecstasy. Les laboratoires de fabrication de stupéfiants se trouvent principalement dans les provinces d'Anvers et du Limbourg, dans la zone frontalière avec les Pays-Bas.

La lutte contre le commerce et la production de stupéfiants doit être une priorité constante pour la police mais nous devons bien entendu être aussi conscients que, pour la fabrication de drogues synthétiques illégales, on utilise souvent des produits légaux tels que l'acétone et le méthanol, qui peuvent être librement obtenus dans le commerce. Il n'existe en fait actuellement aucune réglementation pour la vente de ces produits. Dans la pratique, il s'en vend parfois de très grandes quantités et nous devons nous demander ce à quoi elles doivent servir. Aux Pays-Bas, la réglementation relative à ces produits est un peu plus stricte et il existe aussi un certain contrôle. Les fournisseurs belges d'acétone et de méthanol reçoivent dès lors souvent des clients néerlandais.

Ne pouvons-nous pas soumettre la vente de ces produits à une certaine réglementation ? Je pense par exemple à une obligation d'enregistrement pour les acheteurs. Cela peut aussi contribuer à la lutte contre les drogues illégales.

La ministre est-elle favorable à l'idée d'introduire dans le cadre de la lutte contre les drogues illégales une réglementation relative à la vente de produits tels que l'acétone et le méthanol ?

Pouvons-nous envisager une obligation d'enregistrement pour les acheteurs lorsqu'ils acquièrent une certaine quantité ou une quantité maximale par achat ?

Où la ministre pense-t-elle encore à d'autres mesures ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Il n'est pas exact qu'aucun contrôle n'est exercé sur des produits comme l'acétone et le méthanol. La Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 a constitué la base des règlements européens réglant la possession, l'achat, la vente, l'importation, l'exportation, ... de certaines substances. Ces substances sont réparties en catégories basées sur l'un équilibre entre le risque d'utilisation illégale et le champ d'application légal. Les mesures de contrôle sont proportionnelles aux risques que présentent les produits.

L'acétone relève de la catégorie 3, la moins dangereuse, pour laquelle, contrairement aux autres catégories du commerce intracommunautaire, aucune déclaration du client ou licence

Voorzitster: mevrouw Elke Sleurs*(De vergadering wordt geopend om 14.25 uur.)***Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verkoop van producten die gehanteerd worden voor de aanmaak van illegale drugs» (nr. 5-2413)**

De heer Dirk Claes (CD&V). – Nederland en België tellen heel wat producenten van illegale synthetische drugs zoals ecstasy. De drugslabo's bevinden zich vooral in de provincies Antwerpen en Limburg, in de grensstreek met Nederland.

Voor de politie moet de strijd tegen drugshandel en -productie een blijvende prioriteit zijn, maar we moeten ons er natuurlijk ook van bewust zijn dat voor de aanmaak van illegale synthetische drugs vaak legale producten, zoals aceton en methanol, worden gebruikt die vrij in de handel te verkrijgen zijn. Voor de verkoop van die producten bestaat er op het ogenblik eigenlijk geen regelgeving. In de praktijk worden er soms heel grote hoeveelheden van verkocht en we moeten ons afvragen waarvoor ze dan wel moeten dienen. In Nederland is de regelgeving voor die producten iets strenger en is er ook enige controle op. Belgische leveranciers van aceton en methanol krijgen dan ook vaak Nederlandse klanten over de vloer.

Kunnen we de verkoop van die producten toch niet aan een zekere regelgeving onderwerpen? Ik denk bijvoorbeeld aan een registratieplicht voor de kopers. Ook dat kan een bijdrage zijn aan de strijd tegen illegale drugs.

Is de minister het idee genegen om in het kader van de strijd tegen illegale drugs een regelgeving in te voeren voor de verkoop van producten zoals aceton en methanol?

Kunnen we denken aan een registratieplicht voor de kopers, indien ze een bepaalde hoeveelheid aankopen, of aan een maximumhoeveelheid per aankoop?

Of denkt de minister nog aan andere maatregelen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het klopt niet dat er op producten zoals aceton en methanol geen toezicht is. Het verdrag van de Verenigde Naties tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen van 1988 vormde de basis voor de Europese verordeningen die bezit, aankoop, verkoop, invoer, uitvoer, ... van bepaalde substanties regelen. Deze substanties zijn verdeeld in categorieën op basis van de balans tussen het risico op illegale aanwending en het legale toepassingsgebied. De controlemaatregelen staan in verhouding tot het risico dat de producten vormen.

Aceton valt in categorie 3, de minst risicovolle, waarvoor in tegenstelling tot de andere categorieën bij intracommunautaire handel geen afnemersverklaring of

d'activité n'est exigée. Les opérateurs économiques sont cependant obligés de mentionner les transactions suspectes. Ce mécanisme fonctionne bien dans la pratique.

Pour l'importation et l'exportation de ces substances, une licence préalable est exigée, sur la base de la catégorie, du pays de destination, etc. Il n'est évidemment pas possible, dans le cadre restreint de cette réponse, d'expliquer en détail l'ensemble de la réglementation.

Le méthanol ne relève pas de cette réglementation, mais figure bien sur la liste des produits requérant une attention particulière de la part des opérateurs économiques. Ils peuvent volontairement mentionner les transactions suspectes de ces produits.

S'agissant d'une législation européenne, son application aux Pays-Bas est en principe identique. Un renforcement de la législation doit en principe avoir lieu au niveau européen ou même international, sinon nous assisterons à un simple glissement du problème vers l'État membre ayant la réglementation la moins stricte.

Je souligne qu'une telle législation reste toujours un exercice d'équilibre difficile entre l'éradication de l'utilisation illégale et le maintien d'une utilisation légale correcte de ces substances importantes pour l'industrie, sans occasionner une charge administrative excessive.

Nous ne pouvons pas non plus oublier que les producteurs de drogues illégales explorent toujours de nouvelles pistes pour obtenir les substances nécessaires. Des précurseurs chimiques des substances réglementées sont de plus en plus utilisés pour la fabrication de drogues. Mes services travaillent actuellement à une adaptation de la législation permettant de mieux appréhender les drogues synthétiques toujours plus variées. Les laboratoires illégaux de drogues ne changent souvent qu'un petit aspect des substances chimiques de manière à ce que les produits ne relèvent plus de la loi réglementant les drogues. L'adaptation prévue empêchera cela en grande partie. En outre, la législation permettra aussi de rendre les « actes préparatoires » explicitement condamnables. Ce mécanisme pourra être utilisé pour mieux appréhender le problème décrit par M. Claes.

M. Dirk Claes (CD&V). – *Je remercie la ministre pour sa réponse détaillée. Je me réjouis d'apprendre que ses services adapteront la loi afin d'améliorer la lutte contre les drogues synthétiques.*

Il faudrait aussi étudier la question sous l'angle européen. Nous pourrions envisager une déclaration du client pour l'acétone et rendre obligatoires les déclarations actuellement volontaires pour le méthanol. Cela pourrait constituer une solution. Il existe une grande différence entre les achats effectués par des personnes privées et par des entreprises. À cet égard, il faudrait envisager des réglementations distinctes. La ministre a raison de dire que le problème doit être réglé au niveau européen.

activiteitenvergunning vereist is. Wel zijn marktdeelnemers verplicht verdachte transacties te melden. Dat mechanisme werkt in de praktijk goed.

Voor in- en uitvoer van deze substanties is op basis van de categorie, het land van bestemming enzovoort een voorafgaande vergunning vereist. Het is uiteraard niet mogelijk in het beknopte kader van dit antwoord de volledige regelgeving in detail te bespreken.

Methanol valt niet onder deze regelgeving, maar komt wel voor op de lijst met producten waarvoor speciale aandacht van de marktdeelnemers wordt gevraagd. Verdachte transacties van deze producten kunnen ze vrijwillig melden.

Aangezien het om Europese wetgeving gaat, is de toepassing ervan in Nederland in principe hetzelfde. Een verstrenging van de wetgeving moet in principe op Europees of zelfs internationaal niveau gebeuren, omdat we anders een loutere verschuiving van de problematiek krijgen naar de lidstaat met de minst strenge regelgeving.

Ik benadruk dat een dergelijke wetgeving steeds een moeilijke evenwichtsoefening blijft tussen het vermijden van illegaal gebruik en het mogelijk maken van een correct legaal gebruik van deze voor de industrie belangrijke stoffen, zonder daarbij een overmatige administratieve last te veroorzaken.

Ook mogen we niet vergeten dat de producenten van illegale drugs steeds nieuwe wegen verkennen om aan de noodzakelijke grondstoffen te komen. Steeds meer worden voor het aanmaken van drugs chemische voorlopers van de gereguleerde grondstoffen gebruikt. Mijn diensten werken momenteel aan een aanpassing van de wetgeving die het mogelijk moet maken de steeds diverser wordende synthetische drugs beter aan te pakken. Illegale drugslabo's veranderen maar al te vaak enkel een klein aspect in de chemische substanties zodat de producten niet meer onder de drugswet vallen. De geplande aanpassing zal dat grotendeels verhinderen. Daarnaast zal de wetgeving het ook mogelijk maken om "voorbereidende handelingen" expliciet strafbaar te stellen. Dat mechanisme zal bruikbaar zijn om de problematiek die de heer Claes beschrijft, beter aan te pakken.

De heer Dirk Claes (CD&V). – Ik dank de minister voor het uitvoerige antwoord.

Het doet me plezier dat haar diensten de wet zullen aanpassen om synthetische drugs beter te kunnen aanpakken.

Misschien moeten we ook eens op Europees niveau bekijken of we bijvoorbeeld voor aceton geen afnemersverklaring moeten invoeren en of we voor methanol niet moeten komen tot courante meldingen in de plaats van vrijwillige. Dat zou een oplossing kunnen zijn. Er is ook een groot verschil tussen aankopen door privépersonen en door bedrijven. Misschien moeten we op dat punt een gedifferentieerde regeling uitwerken. Maar de minister heeft gelijk dat dit probleem op Europees niveau moet worden geregeld.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les différences de qualité entre hôpitaux» (n° 5-2522)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Les différences de qualité entre hôpitaux sont consternantes. Certains comptent cinq fois plus de réhospitalisations que d'autres. Une étude nous amène d'ailleurs à tirer la sonnette d'alarme.*

On observe aussi des écarts inquiétants concernant le risque de contracter une infection nosocomiale. Dans les hôpitaux qui obtiennent les plus mauvais résultats, ce risque atteint près de 10%, il est donc 2,5 fois plus important que dans les hôpitaux qui obtiennent de meilleurs résultats.

Les auteurs de l'étude dénoncent le fait que le financement des hôpitaux ne tient aucunement compte de la qualité des soins médicaux, la conclusion logique étant que la mauvaise qualité des soins est payante. Cyniquement parlant, une réhospitalisation rapporte, ce qui indique l'existence d'une médecine basée sur des objectifs purement mercantiles.

Cette étude alarmante met l'autorité devant une responsabilité pressante. La ministre reconnaît-elle que la qualité des soins de santé varie considérablement d'un hôpital à l'autre et que le risque de contracter une infection nosocomiale peut ainsi se situer entre 3,77% et près de 10%? Confirme-t-elle que dans certains hôpitaux, il y a jusqu'à cinq fois plus de réhospitalisations que dans d'autres?

Comment la ministre réagit-elle à l'analyse selon laquelle le financement de nos hôpitaux ne tient pas compte, ou trop peu, de la qualité des soins médicaux? Doit-elle confirmer ou nuancer cette analyse? Dans l'affirmative, sur la base de quels arguments?

La ministre dispose-t-elle de la liste des hôpitaux dont la qualité des soins est jugée médiocre, voire dangereusement insuffisante? Comment peut-elle agir sur le plan politique? Dispose-t-elle de moyens et d'instruments pour sanctionner ces hôpitaux médiocres ou les contraindre à améliorer leur qualité?

La ministre envisage-t-elle d'ériger la qualité des soins médicaux en tant que critère important pour le financement des hôpitaux? Dans l'affirmative, comment compte-t-elle s'y prendre? Dans la négative, pourquoi ne considère-t-elle pas le critère de qualité comme étant prioritaire ou opportun?

M. Louis Ide (N-VA). – *Si la ministre accorde une grande attention à la qualité des soins hospitaliers, elle doit se concerter avec les communautés qui sont responsables du contrôle de qualité des hôpitaux.*

La Communauté flamande a élaboré 31 indicateurs de processus. Ceux-ci sont préférables aux indicateurs de résultats car ils permettent de contrôler si tous les critères permettant d'offrir une médecine de qualité sont respectés. Si l'on utilise les indicateurs de résultats, il se peut que des hôpitaux qui cherchent à détecter des problèmes de qualité obtiennent de plus mauvais résultats que d'autres qui négligent de le faire.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen» (nr. 5-2522)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Er is een onthutsend kwaliteitsverschil tussen ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen tellen vijfmaal meer heropnames dan andere. Naar aanleiding van een onderzoek ter zake wordt de alarmbel geluid.

Ook de kans op een besmetting door een ziekenhuisinfectie verschilt onrustbarend. In de zwakst scorende ziekenhuizen gaat het om een kans van bijna 10%, of tot 2,5 maal meer dan in beter scorende ziekenhuizen.

De onderzoekers wijzen erop dat de financiering van ziekenhuizen blijkbaar op geen enkele wijze rekening houdt met de kwaliteit van de geneeskunde, met als logische conclusie dat "slecht handelen rendeert". Een heropname brengt immers geld op. Dat is een cynische conclusie en wijst op een louter op economische doelstellingen gebaseerde geneeskunde.

Het onderzoek alarmeert en plaatst de overheid voor een dringende verantwoordelijkheid. Beamt de minister dat de kwaliteit van de geneeskundige zorg in ziekenhuizen sterk varieert en dat bijvoorbeeld de kans op een ziekenhuisinfectie kan wisselen van 3,77% tot bijna 10%? Bevestigt zij dat in sommige ziekenhuizen er tot vijfmaal meer heropnames zijn dan elders?

Hoe reageert de minister op de analyse dat de financiering van onze ziekenhuizen niet of nauwelijks rekening houdt met de kwaliteit van de geneeskundige zorg? Moet zij die analyse bevestigen of nuanceren? Zo ja, met welke argumenten?

Beschikt de minister over de lijsten van ziekenhuizen die qua kwaliteit relatief laag of zelfs bedreigend laag scoren? Op welke wijze kan zij daaromtrent beleid voeren? Beschikt zij over middelen en instrumenten om die ondermaatse ziekenhuizen te bestraffen of te verplichten tot meer kwaliteit?

Overweegt de minister om de kwaliteit van de medische zorg als een belangrijk criterium voor de financiering van ziekenhuizen te verankeren? Zo ja, op welke wijze zal zij dat concretiseren? Zo niet, waarom vindt zij het criterium kwaliteit niet prioritair of opportuun?

De heer Louis Ide (N-VA). – Als de minister kwaliteit hoog in het vaandel draagt, moet ze overleg plegen met de gemeenschappen die bevoegd zijn voor de kwaliteitscontrole in de ziekenhuizen.

De Vlaamse Gemeenschap heeft 31 procesindicatoren opgesteld, die te verkiezen zijn boven de outcome-indicatoren. Met procesindicatoren wordt immers nagegaan of alle criteria worden nageleefd om kwaliteitsgeneeskunde te kunnen aanbieden. Als outcome-indicatoren worden gehanteerd dan kan het gebeuren dat ziekenhuizen die op zoek gaan naar hun kwaliteitsproblemen, slechter scoren dan ziekenhuizen die dat

Sous l'impulsion du ministre Jo Vandeurzen, la Communauté flamande a changé son fusil d'épaule. Ainsi, le contrôle cible à présent les services plutôt que l'hôpital dans sa globalité, et surtout le bloc opératoire, qui constitue en général le point noir d'un hôpital.

J'en appelle dès lors à la ministre pour qu'elle mette l'accent sur le contrôle des services plutôt que sur les hôpitaux dans leur globalité. Chaque hôpital compte en effet de bons et de moins bons services. En règle générale, la qualité est cependant satisfaisante.

La qualité de nos soins hospitaliers étant primordiale, je souhaiterais que la ministre me dise si elle estime que cette qualité a un prix car, comme le dit M. Anciaux, la qualité n'est pas toujours récompensée aujourd'hui.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Il n'est pas exact d'affirmer qu'il existe de grandes différences, entre les hôpitaux, en matière d'infections nosocomiales. En réalité, pour avoir des chiffres pertinents, il faut tenir compte de ce qu'on appelle le patient case mix. Autrement dit, il faut pondérer les chiffres en tenant compte de toute une série d'autres facteurs de risque.*

On dispose de chiffres récents grâce à l'étude européenne de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) de 2011. Dans cette étude, on a tenu compte du patient case mix. La prévalence belge moyenne s'élevait alors à 7%, ce qui est comparable aux autres pays européens.

J'ai interrogé la Structure multipartite sur la politique des hôpitaux en matière de réhospitalisations. Il ressort de son rapport d'octobre qu'il n'y a pas en Belgique de phénomène particulier de réhospitalisation. Notons d'ailleurs que le système actuel de financement comprend une série de règles pour limiter le nombre de réhospitalisations. Par exemple, en ce qui concerne les honoraires, le séjour d'un patient réhospitalisé pour une même pathologie dans les 15 jours après sa sortie de l'hôpital est considéré comme la suite du séjour précédent. Or, comme M. Anciaux le sait, une durée de séjour anormalement longue est pénalisée par le système actuel de financement.

Le modèle de financement actuel vise en effet à rembourser les prestations techniques. Ce modèle a derrière lui une longue histoire mais on accorde de plus en plus d'attention à la qualité et à la sécurité des soins et je m'en réjouis. Un modèle de financement qui tient davantage compte de ces éléments est une piste très intéressante, qu'il faut aborder en concertation avec tous les acteurs concernés.

Il s'agit d'une question complexe qui a été largement abordée à la Chambre. En ce qui concerne le mode de financement, un rapport de travail, portant notamment sur la nomenclature, doit me parvenir en juin prochain.

Les spécialistes reconnaissent l'existence d'erreurs, certaines spécialités étant très bien remboursées, d'autres insuffisamment. Il ne faut pourtant pas nier que des changements sont difficiles car notre enveloppe est limitée : si

nalaten te doen.

Onder impuls van minister Jo Vandeurzen heeft de Vlaamse Gemeenschap het geweer van schouder veranderd. Zo is men voor de ziekenhuiscontrole afgestapt van de algemene focus, en ligt het accent nu op controle van diensten en vooral op die van het OK-niveau dat meestal het pijnpunt vormt in een ziekenhuis.

Ik roep de minister dan ook graag op niet te zwaar te focussen op ziekenhuizen, maar op de diensten. In elk ziekenhuis zijn er immers goede en minder goede diensten. Algemeen gesproken is de kwaliteit wel goed.

Omdat kwaliteit in onze ziekenhuizen heel belangrijk is, wou ik van de minister vernemen of ze vindt dat kwaliteit een prijs heeft, want zoals de heer Anciaux zegt wordt kwaliteit vandaag niet altijd gehonoreerd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het klopt niet dat met betrekking tot het aantal ziekenhuisinfecties er grote verschillen tussen de ziekenhuizen bestaan. Om tot relevante cijfers te komen, moet men rekening houden met het criterium *patient case mix*. Eenvoudig gezegd komt dat neer op een weging van cijfers waarbij met een reeks risicofactoren rekening wordt gehouden.*

Dankzij de in 2011 gepubliceerde Europese studie van het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) beschikken we over recente cijfers. In die studie heeft men rekening gehouden met de *patient case mix*. De gemiddelde Belgische prevalentie bedroeg 7%, wat te vergelijken is met de andere Europese landen.

Ik heb het overlegorgaan Multipartite-structuur ondervraagd over de heropnamepolitiek van de ziekenhuizen. Uit zijn rapport van oktober blijkt dat die er in België geen sprake is van een specifieke heropnamepolitiek. Ik vestig er ook de aandacht op dat ons financieringssysteem regels bevat om heropnames te beperken. Zo wordt bijvoorbeeld wat de honoraria betreft, het verblijf van een patiënt die binnen de vijftien dagen na zijn ontslag uit het ziekenhuis, voor eenzelfde pathologie wordt heropgenomen, beschouwd als een voortzetting van het vorige verblijf. Zoals de heer Anciaux weet, bestraft het huidige financieringssysteem een abnormaal lang verblijf.

Het financieringsmodel richt zich op de vergoeding van technische prestaties. Dat model heeft een lange geschiedenis, maar zorgkwaliteit en -veiligheid krijgen met de dag meer aandacht, wat me verheugt. Een financieringsmodel dat meer met die elementen rekening houdt, is zeker een interessante piste die in overleg met alle stakeholders, moet worden aangekaart.

Het is een ingewikkelde kwestie die uitgebreid aan bod kwam in de Kamer. Wat de financieringswijze betreft, verwacht ik een werkverslag over de nomenclatuur in juni.

De specialisten erkennen dat er fouten zijn, waarbij sommige specialiteiten zeer goed worden terugbetaald en andere onvoldoende. We mogen echter niet negeren dat veranderingen moeilijk zijn wegens het beperkte budget: als we de een meer geven, zal de ander minder krijgen.

nous donnons davantage aux uns, d'autres recevront moins.

Par ailleurs, beaucoup demandent que l'on revoie le lien entre le management de l'hôpital et les médecins, en tenant compte du fait que l'hôpital ne peut pas être une simple plate-forme technique à disposition des médecins : il faut une volonté commune sur la qualité des soins de santé hospitaliers, les médecins jouant en l'occurrence un rôle prépondérant sur ce plan.

Lorsque je recevrai le rapport en juin, il ne restera malheureusement que peu de mois avant les élections. Mon successeur, quel qu'il soit, devra s'y atteler mais je pourrai peut-être déjà entamer le travail.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je reconnais que si l'évaluation tient compte des multiples facteurs de risque, les écarts sont souvent gommés. Je ne conteste pas non plus que nos hôpitaux supportent en général bien la comparaison avec l'étranger, en particulier en ce qui concerne la combinaison accessibilité-qualité.*

On relève néanmoins des écarts importants entre hôpitaux en ce qui concerne la prévalence de problèmes spécifiques tels la bactérie hospitalière ou les infections nosocomiales, ce qui ne veut pas dire que ces chiffres soient déterminants. M. Ide a également fait remarquer à juste titre que les évaluations des services étaient plus pertinentes.

En tout état de cause, j'espère que les contrôles seront suffisamment nombreux pour détecter, par exemple, l'augmentation inexplicable de la bactérie hospitalière, par exemple, et pour infliger des sanctions. Je suis aussi conscient des énormes difficultés inhérentes à la conception d'autres modèles.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les projets de suppression du contingentement» (n° 5-2534)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Dans une interview à La Libre Belgique, la ministre a déclaré qu'elle souhaitait supprimer le contingentement pour certaines spécialisations médicales en pénurie. Il s'agirait de la médecine générale, de la pédopsychiatrie, de la médecine aiguë et de la gériatrie. La ministre espère ainsi renforcer l'attrait des orientations menacées de pénurie.*

L'intention de la ministre soulève toutefois une tempête de protestations. L'Association belge des Syndicats Médicaux (ABSyM), le Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) (Syndicat des médecins généralistes flamands) et les universités flamandes s'y opposent, avançant deux arguments.

Premièrement, cette décision ne résoudrait rien, du moins en Flandre où, depuis des années, le nombre annuel de nouveaux étudiants en médecine est loin d'atteindre le maximum du contingent. La proposition de la ministre semble plutôt s'adresser à la Wallonie qui, depuis des années, ne respecte plus les maxima du contingentement.

Deuxièmement, la suppression pourrait avoir quelques effets

Bovendien vragen velen dat de band tussen het management van een ziekenhuis en de geneesheren wordt herzien, en dat er rekening wordt gehouden met het feit dat een ziekenhuis niet enkel een technisch platform kan zijn dat ter beschikking staat van de artsen: er moet een gemeenschappelijke wil zijn met betrekking tot de kwaliteit van de gezondheidszorg in het ziekenhuis. De geneesheren spelen op dat vlak een hoofdrol.

Als ik het rapport ontvang, in juni, blijft er jammer genoeg niet veel tijd over vóór de verkiezingen. Mijn opvolger, wie dat ook mag zijn, zal zich ermee moeten bezighouden, maar ik kan het werk misschien al beginnen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik geef toe dat als met de vele risicofactoren wordt rekening gehouden bij de beoordeling, de verschillen wel wat uitgevlakt worden. Ik betwist ook niet dat de ziekenhuizen in ons land in het algemeen de toets met het buitenland goed doorstaan, en zeker op het vlak van de combinatie toegankelijkheid en kwaliteit.

De cijfers over specifieke problemen, zoals de ziekenhuisbacterie of ziekenhuisinfecties, tonen wel grote verschillen aan tussen de ziekenhuizen waarmee ik niet zeg dat ze allesbepalend zijn. De opmerking van de heer Ide dat beoordelingen over diensten relevanter zijn, lijkt me ook terecht.

Ik hoop alleszins dat er voldoende inspectie wordt gedaan om onverklaarbare toenames van bijvoorbeeld de ziekenhuisbacterie te detecteren en sancties op te leggen. Ik ben me er tegelijk ook van bewust dat het bijzonder moeilijk is andere modellen op te stellen.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de plannen om de contingentering af te schaffen» (nr. 5-2534)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – De minister stelde in een interview in *La Libre Belgique* dat ze voor bepaalde medische specialisaties waar tekorten zijn, de contingentering wil afschaffen. Het zou gaan om huisartsgeneeskunde, kinderpsychiatrie, acute geneeskunde en geriatrie. Voor de andere specialisaties blijft de contingentering bestaan. Zo hoopt de minister dat de aantrekkelijkheid van de met tekorten bedreigde richtingen zal vergroten.

Het voornemen van de minister krijgt echter veel tegenwind. De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS), het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) en de Vlaamse Universiteiten zijn niet te vinden voor de beslissing. Ze schuiven daarbij twee belangrijke argumenten naar voren.

Ten eerste lost die beslissing helemaal niets op, althans niet voor de situatie in Vlaanderen. Daar blijft het jaarlijkse aantal nieuwe studenten-artsen al jaren ruim onder het maximum van het contingent hangen. Het voorstel van de minister lijkt eerder gericht op de situatie in Wallonië, dat al jaren de maxima van de contingentering aan zijn laars lapt.

Ten tweede levert de afschaffing mogelijk enkele nefaste

négatifs. Le contingentement a été introduit dans le but de conserver des soins de santé abordables et de qualité. C'est pour cette raison que le nombre de médecins doit être limité. Un nombre excessif de médecins entraîne une surconsommation, les médecins multipliant les examens inutiles pour s'assurer un revenu.

L'incidence financière sur la sécurité sociale ne doit pas être sous-estimée. En outre, si le nombre de médecins est excessif, certains médecins voient trop peu de patients et de syndromes, ce qui compromet la qualité des soins. La principale raison du refus des universités flamandes est précisément que la suppression du contingentement serait néfaste pour la qualité de la formation. Un afflux plus important d'étudiants amoindrit indirectement la qualité des séances pratiques des étudiants.

En résumé, les problèmes actuels ne semblent pas tant dus au contingentement qu'à la défaillance du suivi qui lui est donné. Celui qui veut s'attaquer au problème durablement, doit éliminer les causes des pénuries, à savoir le manque d'attrait des professions médicales en question. L'introduction des fonds d'impulsion pour la médecine générale Impulseo en est un bon exemple.

Sur quels arguments, faits et chiffres la ministre peut-elle fonder sa conviction que la suppression du contingentement pour certaines spécialisations médicales entraînera un afflux plus important ? La ministre se rend-elle compte que ce point de vue semble étonne sachant qu'en Flandre, le quota maximal n'est même pas atteint ? Que rétorque la ministre à ceux qui insinuent qu'elle veut avant tout « régulariser » la situation en Wallonie ?

La ministre peut-elle m'expliquer quels avantages la mesure offrira au regard de son coût potentiel, c'est-à-dire des soins de santé plus chers et de moindre qualité.

Quelles autres mesures la ministre prend-elle ou envisage-t-elle pour renforcer l'attrait de certaines catégories professionnelles ? Reconnaît-elle que l'attrait de la fonction est la seule solution durable possible ?

Où en sont les fonds d'impulsion ? De quels budgets disposent-ils et quelle part du budget utilise-t-on réellement ? La ministre envisage-t-elle d'accroître les budgets et de les étendre à d'autres spécialisations médicales moins populaires ? Le Fonds Impulseo III est-il déjà opérationnel ? Si oui, avec quels résultats ?

M. Louis Ide (N-VA). – *M. Anciaux a raison. La pénurie de médecins généralistes ne peut pas être réglée en formant davantage de médecins. Il existe déjà un quota de médecins généralistes, mais il n'est pas rempli.*

Le problème ne se pose pas uniquement pour les médecins. Proportionnellement, il est encore plus grave pour les dentistes. En Belgique francophone, le nombre d'étudiants en dentisterie est considérable. En Flandre, en revanche, la pénurie menace. Je pense qu'il y a environ entre 60 et 70 étudiants en première année. Si l'on tient aussi compte de la féminisation de la profession, un problème se pose donc sur ce point.

Il en va de même pour les kinésithérapeutes. En 2008, un

gevolgen op. De contingentering is ingevoerd met als reden de gezondheidszorg betaalbaar en kwaliteitsvol te houden. Net daarom moet het aantal artsen worden beperkt. Een overaanbod aan medici leidt naar medische overconsumptie en een *supplier induced demand*, waarbij artsen onnodig veel onderzoeken verrichten om zich een inkomen te waarborgen.

De financiële impact op de sociale zekerheid mag niet worden onderschat. Bovendien zorgt een overaanbod van artsen ervoor dat sommige artsen onvoldoende patiënten en ziektebeelden zien. Dat is nochtans absoluut noodzakelijk om een goede zorgverlening te waarborgen. De hoofdreden waarom ook de Vlaamse universiteiten tegen de afschaffing van de contingentering zijn is net dat de afschaffing nefast zou zijn voor de kwaliteit van de opleiding. Een grotere studenteninstroom leidt immers ook rechtstreeks tot minder kwalitatieve praktijkmomenten voor de studenten.

Kortom, de huidige problemen lijken niet zozeer te wijten aan de contingentering, maar veeleer aan de gebrekkige opvolging ervan. Wie het probleem op een duurzame manier wil aanpakken, moet de aanleiding voor de tekorten wegnemen, namelijk de onaantrekkelijkheid van de medische beroepen in kwestie. De invoering door de minister van de Impulsfondsen voor huisartsengeneeskunde Impulseo is daarvan een goed voorbeeld.

Met welke argumenten, feiten en cijfers kan de minister haar overtuiging onderbouwen dat de afschaffing van de contingentering voor bepaalde medische specialisaties tot een grotere instroom zal leiden? Begrijpt de minister dat dat standpunt erg vreemd klinkt aangezien Vlaanderen nu al niet eens aan de maximumquota geraakt? Hoe verdedigt de minister zich tegen de insinuaties van sommigen dat ze daarmee vooral de situatie in Wallonië wil "regulariseren"?

Kan de minister mij uitleggen welke voordelen de maatregel zal bieden in verhouding tot de potentiële kost, namelijk een duurdere en minder kwalitatieve gezondheidszorg.

Welke andere maatregelen onderneemt en plant de minister om de aantrekkelijkheid van specifieke beroepscategorieën te verbeteren? Beamt de minister dat aantrekkelijkheid van de functie de enige duurzame oplossing is?

Wat is de stand van zaken met de Impulsfondsen? Welke budgetten worden daarvoor voorzien en hoeveel wordt daar uiteindelijk van opgenomen? Overweegt de minister de budgetten te verhogen en uit te breiden naar andere niet zo populaire medische specialisaties? Is Impulseo III al operationeel? Zo ja, met welke resultaten?

De heer Louis Ide (N-VA). – De heer Anciaux heeft gelijk: het tekort aan huisartsen kan niet worden opgelost door meer artsen op te leiden. Er bestaat immers reeds een huisartsencontingent, maar dat raakt niet opgevuld.

Het probleem rijst niet alleen bij de artsen. Bij de tandartsen is het probleem in verhouding nog erger. In Franstalig België zijn er gigantisch veel studenten tandheelkunde. In Vlaanderen dreigt daarentegen een tekort: ik denk dat er ongeveer zestig tot zeventig eerstejaarsstudenten zijn. Mede gelet op de vervrouwelijking van het beroep rijst daar dus een probleem.

Hetzelfde geldt voor de kinesitherapeuten. In 2008 was er een uitgangsexamen kinesitherapie. Daardoor konden jaarlijks

examen de sortie était prévu pour les kinésithérapeutes, avec pour résultat que, chaque année, une centaine de kinésithérapeutes flamands ne pouvaient pas exercer une activité indépendante. C'est la conséquence de la mesure prise. En Belgique francophone, on contourne la mesure par le biais de numéros INAMI provisoires afin que tous aient accès à la profession.

Il y a donc deux poids et deux mesures. Cela vaut pour l'ensemble des professions des soins de santé dans notre pays. On ne tient pas compte de l'intérêt général.

Je ne peux dès lors que me rallier à la question critique de M. Anciaux. J'espère obtenir une bonne réponse.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Ma proposition repose sur un simple constat : le système actuel de contingentement ne permet pas de remédier aux pénuries prévues, entre autres chez les généralistes.*

Le Conseil des ministres partage mon point de vue puisqu'en juin 2012, il a conclu à la nécessité de réfléchir à un système global de contingentement de manière à remédier aux pénuries constatées, notamment en médecine générale.

Le contingent de spécialistes est largement dépassé dans chacune des deux communautés, grâce surtout à la règle d'imputation permettant de reporter dans le futur les excédents ou pénuries constatés par rapport au contingentement.

Il ne m'appartient bien sûr pas de commenter la politique des communautés. Je constate toutefois, d'une part, que la Communauté flamande a instauré un examen portant sur l'aptitude professionnelle avant le début des études de médecine et non un concours et que le nombre de diplômés dépasse désormais le quota fixé et, d'autre part, que l'épreuve d'évaluation obligatoire au cours de la première année de médecine, instaurée par le ministre de la Communauté française, Jean-Claude Marcourt, entre en vigueur cette année. Nous verrons quel effet cette mesure aura sur le nombre de diplômés.

Du côté néerlandophone, le nombre de plans de stage enregistrés pour les spécialistes a atteint 499 en 2009, 567 en 2010 et 638 en 2011 alors que le quota maximum est de 454. Du côté francophone, le nombre de plans de stage a été de 429 en 2009, 430 en 2010 et 489 en 2011 pour un quota maximum de 303.

Du côté néerlandophone, le nombre de plans de stage enregistrés pour les généralistes a été de 134 en 2009, 171 en 2010 et 205 en 2011 pour un quota maximum de 180. Du côté francophone, ce nombre a été de 110 en 2009, 105 en 2010 et 125 en 2011 pour un maximum de 180.

Même si ces nombres sont en augmentation, ils ne suffiront pas à combler la pénurie prévue dès lors qu'un tiers des généralistes en activité partiront à la retraite dans les dix prochaines années.

Ma proposition consisterait à conserver un système de contingentement mais à en exclure les spécialisations menacées de pénurie (médecine générale, psychiatrie infanto-juvénile, médecine aigüe, médecine d'urgence,

honderd Vlaamse kinesitherapeuten geen zelfstandige activiteit uitoefenen. Dat is nu eenmaal het gevolg van de genomen maatregel. In Franstalig België wordt de maatregel omzeild via voorlopige RIZIV-nummers, waardoor nog niemand de toegang tot het beroep is ontzegd.

Er wordt dus met twee maten gemeten. Dat geldt voor alle zorgberoepen in ons land. Er wordt niet gekeken naar het algemeen belang.

Ik kan me dan ook alleen maar aansluiten bij de kritische vraag van de heer Anciaux. Ik hoop eindelijk eens een goed antwoord te krijgen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Mijn voorstel berust op de eenvoudige vaststelling dat de voorziene tekorten, waaronder het grote tekort aan huisartsen, met het huidige contingenteringssysteem niet kan worden opgevangen.*

De Ministerraad treedt mij daarin bij, aangezien hij in juni 2012 heeft beslist dat over een globaal contingenteringssysteem moest worden nagedacht om de vastgestelde tekorten, in het bijzonder die in de huisartsgeneeskunde, op te vangen.

In de twee gemeenschappen is het contingent van specialisten ruimschoots overschreden, voornamelijk dankzij de verrekeningsregel, waarbij de ten aanzien van de contingentering vastgestelde overschotten en tekorten naar de toekomst kunnen worden overgedragen.

Het is natuurlijk niet aan mij om commentaar te geven op het beleid van de gemeenschappen. Ik stel echter vast dat enerzijds de Vlaamse Gemeenschap vóór de aanvatting van de studies geneeskunde een examen inzake beroepsbekwaamheid heeft ingevoerd, en geen vergelijkend examen, en dat het aantal afgestudeerde studenten nu de vastgelegde quota overschrijdt.

Anderzijds treedt de door Franse gemeenschapsminister Marcourt ingevoerde verplichte evaluatieproef tijdens het eerste jaar geneeskunde dit jaar in werking. We moeten afwachten welke gevolgen die maatregel zal hebben op het aantal afgestudeerde studenten.

De afgelopen drie jaar bedroeg het aantal geregistreerde stageplannen voor de specialisten aan Nederlandstalige kant 499 in 2009, 567 in 2010 en 638 in 2011, voor een maximumquotum van 454. Aan Franstalige kant bedroeg het aantal geregistreerde stageplannen voor de specialisten 429 in 2009, 430 in 2010 en 489 in 2011, voor een maximumquotum van 303.

Tegelijk bedroeg de afgelopen drie jaar het aantal geregistreerde stageplannen voor de huisartsen aan Nederlandstalige kant 134 in 2009, 171 in 2010 en 205 in 2011, voor een maximumquotum van 180. Aan Franstalige kant bedroeg het aantal geregistreerde stageplannen voor de huisartsen 110 in 2009, 105 in 2010 en 125 in 2011, voor een maximumquotum van 180.

Hoewel die cijfers in stijgende lijn gaan, zullen ze niet volstaan om het voorziene tekort op te vangen, dat zal

gériatrie). L'accès à ces spécialisations serait libre, ce qui aurait un effet attractif.

Pour orienter les étudiants vers ces spécialisations en pénurie, il faut neutraliser la règle d'imputation et respecter strictement les quotas.

Il n'est donc nullement question de créer des surnombres, qui posent des problèmes (surconsommation, perte de qualité, ...), mais d'instaurer une véritable planification ou, en tout cas, de promouvoir adéquatement les disciplines en pénurie.

Un tel système doit aussi être suffisamment souple et permettre d'évaluer chaque année la situation des différentes disciplines médicales. De nouvelles disciplines doivent pouvoir être ajoutées ou retirées à la liste des spécialisations échappant au contingentement.

Je propose également d'accompagner ces mesures de planification de mesures censées rendre la formation plus attractive, particulièrement les études de médecine générale.

Les critères d'agrément des maîtres de stage en médecine générale peuvent ainsi être modifiés pour que les candidats puissent suivre une formation chez des généralistes disposant d'une pratique de médecine générale « moderne » et vraiment attrayante.

La planification des généralistes doit aussi s'inscrire dans une approche plus globale de l'organisation des soins de santé et peut-être dans une meilleure répartition des tâches entre les différents dispensateurs de soins.

J'ai chargé le groupe de travail de la commission de planification de se pencher sur la question. Les propositions sont attendues prochainement. J'attends le rapport officiel avant de prendre des initiatives concrètes.

Le Fonds d'impulsion de médecine générale, Impulseo, dont j'ai pris l'initiative, vise actuellement uniquement à une revalorisation des soins de première ligne.

Entre septembre 2006 et décembre 2010, Impulseo a permis l'octroi de primes, prêts ou prêts supplémentaires dans 949 dossiers. Ces mesures ont été prolongées en mars 2012 conformément à l'accord médico-mutualiste du 21 novembre 2011.

Les budgets fixés en 2010 et 2011 étaient de 16 733 000 euros et de 21 203 000 euros. Les dépenses de ces deux années ont augmenté, passant à 1 220 000 euros en 2010 et 1 700 000 euros en 2011 pour la section « primes d'établissement » et à 1 648 250 euros en 2010 et 1 590 000 euros en 2011 pour la section « prêts d'établissement ».

Quant aux interventions dans les coûts salariaux d'un assistant administratif engagé par un groupe de médecins dans le cadre d'un contrat de travail, les montants payés atteignent 5 007 672 euros en 2010 et 5 882 530 euros en 2011.

On n'envisage pas pour l'instant d'étendre ces mesures à certaines disciplines de la médecine spécialisée car les représentants du secteur n'y sont pas favorables.

Les mesures visant à rendre la médecine générale plus attractive commencent à porter leurs fruits. En effet, davantage de plans de stage en médecine générale ont été

ontstaaan omdat één derde van de actieve huisartsen binnen tien jaar op pensioen gaat.

Mijn voorstel zou dus erin bestaan een contingenteringssysteem te behouden, maar de specialismen waarvoor een tekort dreigt (huisartsengeneeskunde, kinder- en jeugdpsychiatrie, acute geneeskunde, spoedgeneeskunde, geriatrie) eruit te halen. Voor die specialismen zou de toegang volledig vrij zijn, wat een wervend effect zou hebben.

Om de studenten naar die knelpuntspecialismen te kunnen leiden, moet de verrekeningsregel onmogelijk worden en moeten de quota strikt worden nageleefd.

Er is dus geen sprake van om overtallen te creëren, met de daarmee verbonden problemen (overconsumptie, kwaliteitsverlies, ...), maar om een echte planning of, in ieder geval, een geschikte promotie van de knelpuntvakrichtingen te krijgen.

Een dergelijk systeem moet ook soepel genoeg zijn en het mogelijk maken de toestand van de verschillende geneeskunderichtingen jaarlijks te evalueren. Daarbij moeten nieuwe vakrichtingen aan de lijst van de "gevrijwaarde" specialiteiten van de contingentering kunnen worden toegevoegd of ervan worden geschrapt.

Ik stel ook voor om die planningsmaatregelen te begeleiden met maatregelen die de opleiding, en vooral die van de huisartsengeneeskunde, aantrekkelijker maken.

Zo kunnen de erkenningscriteria van de stagemeesters huisartsengeneeskunde worden gewijzigd, door de vereisten voor het gebruik van het globaal medisch dossier op het vlak van de groepspraktijk en -informatica op te nemen, opdat de kandidaten een opleiding zouden kunnen volgen bij huisartsen met een "moderne" en echt aantrekkelijke praktijk van huisartsengeneeskunde.

De planning van de huisartsen moet ook in een meer globale benadering van de gezondheidszorgorganisatie passen, en misschien in een betere taakverdeling tussen de verschillende gezondheidszorgwerkers.

Ik heb de werkgroep van de planningscommissie de opdracht gegeven om zich over die kwestie te buigen. De voorstellen worden binnenkort verwacht. Ik wacht het officiële rapport af alvorens concrete initiatieven te nemen.

Het Impulsfonds voor huisartsengeneeskunde Impulseo, waarvan ik de initiatiefneemster ben, richt zich momenteel alleen op de herwaardering van de eerstelijns geneeskunde.

In het kader van Impulseo werden tussen september 2006 en december 2010 in 949 dossiers premies, leningen of bijkomende leningen toegekend. Die maatregelen werden in maart 2012 conform het geneesheren-ziekenfondsenakkoord van 21 november 2011 verlengd.

De budgetten die in 2010 en 2011 waren vastgesteld, bedroegen respectievelijk 16 733 000 euro en 21 203 000 euro. De uitgaven voor die twee jaren zijn verhoogd, voor het onderdeel 'vestigingspremies' tot 1 220 000 euro in 2010 en tot 1 700 000 euro in 2011 en voor het onderdeel 'vestigingsleningen' tot 1 648 250 euro in 2010 en tot 1 590 000 euro in 2011.

Met betrekking tot de tegemoetkomingen voor de loonkosten

déposés en 2010 et 2011. Elles doivent toutefois s'accompagner de mesures structurelles permettant de remédier aux pénuries.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je remercie la ministre de sa réponse détaillée.*

Je pense que nous nous accordons sur l'objectif des mesures, à savoir renforcer l'attrait de certaines spécialités au sein des professions médicales, comme la médecine générale, la pédopsychiatrie et la gériatrie. La ministre a déjà fait des efforts dans ce domaine mais doit maintenant prendre des mesures pour éviter l'apparition de véritables pénuries.

Quant à savoir si un contingentement est la meilleure façon d'y arriver, c'est une question de foi. Je n'ai pas les connaissances de la ministre en la matière. Si elle affirme que les mesures qu'elle propose sont la meilleure manière de résoudre le problème du manque d'attrait et de la pénurie, je la crois. Je constate toutefois que du côté flamand, on doute que la suppression du contingentement résolve à elle seule le problème.

Je vais lire attentivement la réponse de la ministre. Nous pourrions éventuellement revenir sur le problème ultérieurement.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la procédure d'enregistrement des médicaments biosimilaires» (n° 5-2858)

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la procédure de remboursement des médicaments biosimilaires» (n° 5-2821)

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Les médicaments représentent un coût dépassant les quatre milliards d'euros dans le budget des soins de santé. Dans le passé, des économies très substantielles ont heureusement pu être réalisées grâce aux médicaments génériques. Mais

van een administratief assistent die op basis van een arbeidsovereenkomst door een groep artsen is aangeworven, belopen de betaalde bedragen 5 007 672 euro in 2010 en 5 882 530 euro in 2011.

Er zijn momenteel geen plannen om dergelijke maatregelen uit te breiden in het voordeel van sommige takken van de gespecialiseerde geneeskunde, aangezien de vertegenwoordigers van die sector momenteel geen voorstander zijn van een dergelijk initiatief.

De maatregelen om de huisartsengeneeskunde aantrekkelijker te maken beginnen hun vruchten af te werpen, aangezien in 2010 en 2011 meer stageplannen voor de huisartsengeneeskunde werden ingediend. Ze moeten echter gepaard gaan met structurele maatregelen om de tekorten het hoofd te bieden.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik dank de minister voor haar uitgebreide antwoord.

Ik denk dat we het eens zijn over de doelstelling van de maatregelen, namelijk bepaalde specialiteiten binnen de medische beroepen, zoals huisartsengeneeskunde, kinderpsychiatrie en geriatrie, aantrekkelijker maken. De minister heeft op dat vlak zeker al inspanningen gedaan. Er moeten nu echter ook maatregelen worden genomen om te voorkomen dat er echt tekorten ontstaan.

Of dat best wordt gerealiseerd via een contingentering of niet, is een kwestie van geloof. Ik ben ter zake niet zo beslagen als de minister. Als zij zegt dat de maatregelen die ze voorstelt de beste manier zijn om het probleem van de gebrekkige aantrekkelijkheid en de tekorten aan te pakken, dan geloof ik haar. Alleen wordt aan Vlaamse zijde betwijfeld of de afschaffing van de contingentering alleen het probleem kan oplossen.

Ik zal het antwoord van de minister grondig nalezen. Eventueel kan het probleem later nog eens worden besproken.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de registratieprocedure van biosimilaire geneesmiddelen» (nr. 5-2858)

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetalingsprocedure van de biosimilaire geneesmiddelen» (nr. 5-2821)

De voorzitter. – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *De uitgaven voor geneesmiddelen vertegenwoordigen meer dan vier miljard euro van het budget voor de gezondheidszorg. In het verleden konden gelukkig belangrijke besparingen worden gerealiseerd dankzij de generische geneesmiddelen. Vandaag*

aujourd'hui, une partie de plus en plus grande des dépenses concerne les médicaments biologiques chers. Or, des économies considérables peuvent déjà être faites en optant davantage pour leurs équivalents meilleur marché que sont les médicaments biosimilaires, actuellement au nombre de trois en Europe et en Belgique, à savoir l'époétine, la somatropine et le filgrastim.

La notion de médicaments biosimilaires est récente et complexe ; leur émergence et leur usage sont encore quasi confidentiels en Belgique. Le récent symposium organisé au Parlement le 22 novembre dernier a cependant permis de démontrer qu'il sera indispensable d'utiliser à l'avenir les médicaments biosimilaires. En effet, dans les années à venir, de nombreux brevets sur les produits biologiques expireront, ce qui représente un potentiel d'économies énorme pour l'assurance maladie.

Les biosimilaires sont des alternatives thérapeutiques équivalentes aux médicaments biologiques de marque qui sont commercialisés, après l'expiration des brevets de leurs pendants de marque, à un prix inférieur.

Nous avons aussi évoqué récemment les médicaments biosimilaires dans le cadre de la loi-programme 2012 ; plusieurs mesures concrètes, qui sont autant de mécanismes incitant à la prescription des biosimilaires, ont été adoptées. Autant d'initiatives qui vont dans la bonne direction, au bénéfice des patients et de l'assurance maladie.

Suivant les conclusions du symposium qui s'est déroulé le 22 novembre dernier au Parlement, des freins importants à l'utilisation de ces alternatives meilleur marché existent dans notre pays.

Parmi ceux-ci subsiste notamment une difficulté qui est liée à l'interprétation correcte des procédures spécifiques qui ont permis l'enregistrement et l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments biosimilaires.

Les médicaments biologiques étant des molécules complexes issues de processus biotechnologiques appliqués à des cellules vivantes, des précautions particulières sont nécessaires. Mentionnons, sans être exhaustif, le cadre légal spécifique à l'enregistrement et à l'autorisation de mise sur le marché, les guidelines générales et spécifiques, les études cliniques comparatives avec le médicament original de référence, la pharmacovigilance, le plan de gestion du risque, les études post marketing à long terme.

Toutes les garanties nécessaires sont donc bien apportées par les autorités sanitaires, tant avant qu'après l'autorisation de mise sur le marché.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments biosimilaires fait donc suite à une procédure centralisée spécifique au niveau européen (EMA). Ces médicaments ont alors pleinement démontré l'équivalence de leurs caractéristiques physico-chimiques, de leur efficacité et de leur sécurité. La décision de la Commission européenne s'impose donc à tous les États membres.

Pendant le symposium qui s'est déroulé au Parlement le 22 novembre dernier, il s'est malgré tout avéré que la procédure d'enregistrement spécifique pour les médicaments biosimilaires est encore insuffisamment connue par les stakeholders impliqués dans les procédures de remboursement

heeft een steeds groter deel van de uitgaven betrekking op dure biologische geneesmiddelen. Er kunnen reeds belangrijke besparingen worden gerealiseerd door meer te kiezen voor hun goedkoper equivalent, met name biosimilaire geneesmiddelen, waarvan er op dit moment drie zijn in Europa en in België, namelijk epoëtine, somatropine en filgrastim.

Het begrip biosimilaire geneesmiddelen is recent en complex. De aanwezigheid en het gebruik ervan is nog zeer beperkt in België. Het symposium dat op 22 november jongstleden in het parlement werd georganiseerd heeft evenwel aangetoond dat het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen onvermijdelijk is. De komende jaren vervallen immers talrijke patenten op biologische producten, wat een enorme potentiële besparing voor de ziekteverzekering betekent.

De biosimilaire geneesmiddelen zijn therapeutische alternatieven die gelijkwaardig zijn aan de biologische merkmedicijnen. Ze worden op de markt gebracht na het vervallen van de patenten van hun merktegenhanger, tegen een lagere prijs.

De biosimilaire geneesmiddelen zijn onlangs ook in het kader van de programmawet 2012 aan bod gekomen; verschillende concrete maatregelen, die neerkomen op een mechanisme om het voorschrijven van biosimilaire geneesmiddelen te bevorderen, werden aangenomen. Die initiatieven gaan in de goede richting, ten voordele van de patiënten en de ziekteverzekering.

Het symposium dat op 22 november in het parlement plaatsvond, concludeerde dat er in ons land belangrijke remmen zijn op het gebruik van die goedkopere alternatieven.

Een van die remmen is een moeilijkheid die te maken heeft met de juiste interpretatie van de specifieke procedures m.b.t. de vergunning voor het in de handel brengen (VHB) van biosimilaire geneesmiddelen. Aangezien biologische geneesmiddelen complexe moleculen zijn afkomstig van biotechnologische processen die op levende cellen worden toegepast, zijn bijzondere voorzorgen nodig. Ik denk bijvoorbeeld aan het specifieke wettelijke kader voor de registratie en aan de toestemming voor het in de handel brengen, de algemene en specifieke richtlijnen, de klinische vergelijkende studies met het originele referentiegeneesmiddel, de geneesmiddelenbewaking, het risicobeheersplan, de post-marketingstudies op lange termijn.

Alle nodige garanties zijn dus geleverd door de gezondheidsautoriteiten, zowel voor als na de toestemming om het op de markt te brengen.

De vergunning voor het in de handel brengen (VHB) van biosimilaire geneesmiddelen, volgt dus op een specifieke gecentraliseerde procedure op Europees niveau (EMA). De gelijkwaardigheid van de fysisch-chemische eigenschappen, de efficiëntie en de veiligheid van die geneesmiddelen is dus volledig aangetoond. De beslissing van de Europese Commissie wordt dus aan alle lidstaten opgelegd.

Tijdens het symposium in het parlement van 22 november jongstleden is desondanks gebleken dat de specifieke registratieprocedure voor de biosimilaire geneesmiddelen nog onvoldoende bekend is bij de stakeholders die betrokken zijn bij de nationale terugbetalingsprocedures. Daaruit vloeit

nationales. Il en résulte de facto un chevauchement des compétences qui génère des conflits et mène à des résultats potentiellement contradictoires.

En général, il est vrai que la procédure d'enregistrement se limite à l'évaluation de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité d'un médicament en particulier, sans que l'on se prononce sur la place du médicament dans l'arsenal thérapeutique de chaque pays. Par différence, la procédure de remboursement nationale se focalise sur la valeur relative des médicaments, c'est-à-dire la définition de la place du médicament par rapport aux alternatives disponibles, basée sur la comparaison de l'efficacité et de la sécurité.

Mais ici, la situation est différente. En effet, la spécificité de la procédure d'enregistrement d'un médicament biosimilaire est que l'efficacité et la sécurité relatives, comparativement au produit de référence, y sont déjà évaluées par l'EMA. Et d'ailleurs le statut de « biosimilaire » n'est accordé par l'EMA qu'à la condition qu'aucune différence d'efficacité et de sécurité significative n'ait été constatée entre le candidat biosimilaire et le médicament de référence.

Cela signifie donc que, pour un médicament biosimilaire, l'EMA a déjà jugé de l'équivalence thérapeutique de ce médicament avec le produit de référence. Tout en reconnaissant la compétence de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) à vous conseiller, madame la ministre, sur les modalités de remboursement optimales et les économies qui peuvent être réalisées en utilisant à bon escient les médicaments biosimilaires autorisés par l'EMA, ne serait-il pas judicieux que la CRM profite davantage de l'évaluation comparative déjà réalisée par l'Agence européenne ?

Une telle approche belge confirmerait en plus le travail fait par l'Agence européenne qui, rappelons-le, est la seule autorité ayant investi dans le domaine en créant un cadre législatif particulier avec des recommandations de développement clinique spécifiques.

Madame la ministre, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) peut-elle confirmer que l'évaluation relative, par rapport au produit de référence, de l'efficacité et de la sécurité font effectivement partie de la procédure d'enregistrement biosimilaire et que cette évaluation est une condition de base à l'obtention du statut « biosimilaire », tel qu'attribué par l'EMA ?

Même s'il est évident que l'évaluation des éléments essentiels (efficacité et sécurité relatives du biosimilaire par rapport au produit de référence) a déjà été réalisée par l'EMA, et ne doit donc plus être répétée par la CRM, il arrive cependant que la CRM souhaite disposer d'informations supplémentaires ou plus détaillées, qui sont contenues dans le dossier d'enregistrement EMA, et poser des questions en vue de déterminer les conditions de remboursement en Belgique. Ne serait-il pas dès lors plus efficace que l'AFMPS agisse d'office comme relais d'informations pour communiquer tous les compléments d'informations qui sont traités dans le dossier d'enregistrement, en évitant toute initiative redondante par rapport aux données existantes ?

Ne serait-il pas pertinent de valoriser davantage les avis de l'EMA en ne réitérant pas de nouvelles procédures d'analyse et d'évaluation qui représentent bien sûr un investissement en

een feitelijke overlapping voort van bevoegdheden, wat conflicten veroorzaakt en tot potentieel tegenstrijdige resultaten leidt.

In het algemeen beperkt de procedure zich inderdaad tot de evaluatie van de kwaliteit, de efficiëntie en de veiligheid van een geneesmiddel in het bijzonder, zonder dat een uitspraak wordt gedaan over de plaats van het geneesmiddel in het therapeutisch arsenaal van elk land. De nationale terugbetalingsprocedure is daarentegen gericht op de relatieve waarde van het geneesmiddel, met andere woorden, op de plaats die het geneesmiddel inneemt ten opzichte van de beschikbare alternatieven, gebaseerd op de vergelijking van de efficiëntie en de veiligheid.

In dit geval is de situatie anders. Immers, bij de registratieprocedure van een biosimilaire geneesmiddel werd de efficiëntie en de relatieve veiligheid, in vergelijking met het referentieproduct, al door het EMA geëvalueerd. Bovendien kent het EMA het statuut "biosimilaire" slechts toe op voorwaarde dat er geen enkel significant verschil in efficiëntie en veiligheid tussen het kandidaat-biosimilaire geneesmiddel en het referentiegeneesmiddel werd vastgesteld.

Dat betekent dus dat voor een biosimilaire geneesmiddel het EMA de therapeutische gelijkwaardigheid ten opzichte van het referentieproduct al heeft beoordeeld. Ik erken de bevoegdheid van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) om de minister te adviseren over de optimale terugbetalingswijze en over de besparingen die kunnen worden gerealiseerd door het weldoordachte gebruik van biosimilaire geneesmiddelen die zijn toegestaan door het EMA, maar is het niet raadzaam dat de CTG nog meer voordeel trekt van de vergelijkende evaluatie die reeds door het Europees Geneesmiddelenbureau wordt uitgevoerd?

Een dergelijke Belgische benadering zou bovendien een aanmoediging zijn voor het werk van het Europees Geneesmiddelenbureau, dat de enige autoriteit is die in het domein heeft geïnvesteerd door een bijzonder wettelijk kader te scheppen met specifieke aanbevelingen voor de klinische ontwikkeling.

Kan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) bevestigen dat de relatieve evaluatie – ten aanzien van het referentieproduct – van de efficiëntie en de veiligheid daadwerkelijk deel uitmaken van de registratieprocedure voor biosimilaire geneesmiddelen en dat die evaluatie een basisvoorwaarde is om het "biosimilaire" statuut te bekomen, zoals dat door het EMA wordt verleend?

Ook al is het vanzelfsprekend dat de evaluatie van essentiële elementen, zoals efficiëntie en relatieve veiligheid van het biosimilaire product in vergelijking met het referentieproduct, reeds door het EMA werd gedaan, en dus niet meer moet worden overgedaan door de CTG, komt het soms voor dat de CTG bijkomende of meer gedetailleerde informatie wenst, die zich in het registratiedossier van het EMA bevindt, en vragen wil stellen om de terugbetalingsvoorwaarden in België te kunnen bepalen. Zou het daarom niet efficiënter zijn dat het FAGG ambtshalve optreedt als informatiekanal om alle bijkomende informatie die het registratiedossier bevat, mee te delen, zodat alle overbodige initiatieven met betrekking tot de bestaande gegevens wordt vermeden?

temps et en coût ?

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je m'associe à M. du Bus de Warnaffe.*

Quels sont les principaux problèmes que pose la procédure de remboursement des médicaments biosimilaires ?

La ministre envisage-t-elle d'adapter la procédure pour ces médicaments ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La firme pharmaceutique qui choisit de développer un médicament biosimilaire à un produit de référence doit donc soumettre un dossier d'enregistrement aux autorités européennes (EMA). Pour cela, des études comparatives sont en effet nécessaires pour fournir la preuve de la nature « similaire » en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité du nouveau produit biologique par rapport au produit de référence.

Les recommandations en matière de qualité, sécurité et efficacité des médicaments biosimilaires sont en outre détaillées dans les lignes directrices de l'Agence européenne.

Comme c'est le cas pour tous les autres médicaments, l'avis de l'Agence européenne des médicaments (EMA) sur un médicament biosimilaire repose donc bien sur une évaluation de l'efficacité et de la sécurité, laquelle se base sur le dossier qui est déposé par le demandeur à un moment spécifique.

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) base sa proposition sur un dossier déposé par le demandeur et dont le contenu n'est pas forcément le même. La procédure CRM fait toujours suite à la procédure EMA. Entre-temps, il se peut que de nouvelles avancées médicales et scientifiques aient été prises en considération ou que des produits similaires aient été mis sur le marché belge.

Les demandes introduites auprès de la CRM sont évaluées par un expert interne à l'INAMI dont les rapports sont analysés et approuvés par tous les membres de la CRM. Lors de cette évaluation, l'efficacité, la sécurité, l'applicabilité et la convivialité entrent en ligne de compte, ainsi que l'impact budgétaire. Une comparaison est ensuite établie avec des traitements alternatifs qui sont évalués selon les mêmes critères.

En outre, dans le cas d'une demande en classe 1, une analyse pharmaco-économique avec étude « coût-efficacité » sera présentée et évaluée.

Il est donc possible que la Commission de remboursement des médicaments (CRM) soit d'accord avec l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité telle que réalisée par l'EMA et qu'elle propose néanmoins de ne pas rembourser le médicament en question, biosimilaire ou pas, à cause de l'impact budgétaire jugé trop élevé ou de la présence de nouvelles connaissances scientifiques ou de comparateurs sur

Is het niet zinvol de adviezen van het EMA nog meer te benutten door onderzoeks- en evaluatieprocedures, die uiteraard een investering van tijd en middelen vergen, niet te herhalen?

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik sluit me aan bij collega du Bus de Warnaffe.

Wat zijn de grootste problemen bij de terugbetalingsprocedure van biosimilaire geneesmiddelen?

Overweegt de minister voor dergelijke geneesmiddelen de procedure aan te passen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De farmaceutische firma die een biosimilaire geneesmiddel wil ontwikkelen, moet een registratiedossier voorleggen aan de Europese autoriteiten (EMA). Daarvoor zijn inderdaad vergelijkende studies nodig, die het bewijs moeten leveren van de "similaire" aard in de zin van kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van het nieuwe biologische product in vergelijking met het referentieproduct.*

De aanbevelingen op het vlak van kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van biosimilaire geneesmiddelen worden bovendien uitvoerig beschreven in de richtlijnen van het Europees Geneesmiddelenbureau.

Zoals bij andere geneesmiddelen is het advies van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) over een biosimilaire geneesmiddel dus gebaseerd op een evaluatie van de efficiëntie en de veiligheid, die gebaseerd is op het dossier dat door de aanvrager op een zeker ogenblik is ingediend.

De Commissie Tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) baseert haar voorstel op een dossier dat door de aanvrager wordt ingediend en dat niet noodzakelijk dezelfde inhoud bevat. De CTG-procedure komt immers altijd na de EMA-procedure. Het is mogelijk dat er ondertussen met bepaalde nieuwe medisch-wetenschappelijke inzichten rekening werd gehouden of dat er andere of nieuwe vergelijkbare producten op de Belgische markt zijn opgedoken.

Bij de beoordeling van de bij de CTG ingediende aanvraag wordt het dossier geëvalueerd door een interne expert van het RIZIV wiens rapporten door alle leden van de CTG worden besproken en goedgekeurd. Bij die evaluatie komt niet alleen de werkzaamheid, de veiligheid, de toepasbaarheid en de gebruiksvriendelijkheid aan bod, maar wordt ook gekeken naar de budgettaire impact. Daarnaast wordt de vergelijking gemaakt met alternatieve behandelingen en worden de relatieve werkzaamheid, de veiligheid, enzovoort beoordeeld.

Bij een aanvraag in klasse 1 zal bovendien een farmaco-economische analyse samen met de kostenefficiëntiestudie worden voorgesteld en geëvalueerd.

Het is dus mogelijk dat de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen akkoord gaat met de evaluatie, de efficiëntie en de veiligheid zoals die is uitgevoerd door het EMA maar dat ze toch besluit het geneesmiddel in kwestie, al dan niet biosimilaire, niet terug te betalen, omdat de budgettaire impact te hoog wordt geacht of omdat er nieuwe wetenschappelijke kennis is of er nieuwe vergelijkbare producten op de

le marché belge.

Étant donné que le dossier à l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé (AFMPS) est aussi différent de la demande à la CRM, il est possible que l'appréciation de la CRM diffère de celle de l'AFMPS.

Le rôle de la CRM, rappelons-le, est aussi relatif à l'usage correct des moyens financiers des soins de santé, plus spécifiquement dans les dépenses pour le remboursement des médicaments. Au vu de ce qui précède, il ne me semble donc pas nécessaire d'impliquer davantage l'AFMPS, d'autant qu'un membre de cette agence siège à la CRM et peut donc compléter les informations en cas de nécessité.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je comprends bien votre argumentation, madame la ministre. Vous dites que l'environnement peut avoir changé depuis que l'EMA a formulé son avis portant sur l'efficacité et la sécurité. Ce changement d'environnement peut intervenir en fonction de deux paramètres : l'émergence de nouveaux produits de référence et l'apparition de nouvelles données scientifiques.

Je voudrais donc savoir si l'AFMPS transmet ces éléments à l'Agence européenne des médicaments. Votre intervention est en effet postérieure à l'avis formulé par l'EMA. Je puis donc comprendre qu'il y ait des différences. Si vous avez connaissance d'un médicament qui a fait l'objet d'un avis de l'Agence européenne des médicaments, avis qui a été modifié par la suite, j'aimerais que vous me le confirmiez par écrit. En effet, je comprends votre argumentation sur un plan théorique, mais j'aimerais savoir si un tel cas a été rencontré dans la pratique.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'arrêt récent de la Cour européenne de Justice à propos du financement des hôpitaux bruxellois» (n° 5-2667)

M. Louis Ide (N-VA). – Dans un arrêt récent, la Cour européenne de Justice a annulé l'approbation donnée par la Commission au financement public des hôpitaux publics IRIS. La portée de cet arrêt, dont j'ai pris connaissance dans la presse il y a quelques mois, n'est pas très claire. Quelles en sont les conséquences ? La Commission européenne doit-elle entamer un nouvel examen pour l'octroi des subsides concernés ou cet arrêt signifie-t-il de manière définitive que ces subsides étaient illégaux ?

S'il s'avère que ces subsides étaient illégaux, les hôpitaux concernés doivent-ils les rembourser à l'État belge ? Si oui, de quels montants s'agit-il ?

Les conséquences de cet arrêt ont-ils déjà fait l'objet d'une discussion avec les hôpitaux concernés ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La plainte concernait principalement les moyens qui provenaient du niveau local et régional, donc des communes bruxelloises et

Belgische markt zijn.

Als het dossier bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten verschilt van de vraag bij de CTG, kan de beoordeling van de CTG verschillen van die van het FAGG.

De rol van het CTG heeft ook te maken met het juiste gebruik van de financiële middelen van de gezondheidszorg, in het bijzonder met de uitgaven voor de terugbetaling van de geneesmiddelen. In het licht van wat voorafgaat, lijkt het me dus niet noodzakelijk het FAGG een nog grotere rol te geven, temeer daar een lid van dat agentschap in de CTG zetelt en dus zo nodig bijkomende informatie kan geven.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Ik begrijp de argumentatie van de minister. De minister zegt dat de omstandigheden kunnen zijn gewijzigd sinds het EMA haar advies over de efficiëntie en de veiligheid heeft geformuleerd. Die wijzigingen kunnen zich voordoen op twee punten: het ontstaan van nieuwe referentieproducten en het verschijnen van nieuwe wetenschappelijke gegevens.

Ik zou dus willen weten of het FAGG die elementen doorgeeft aan het Europees Geneesmiddelenbureau. Het optreden van de minister komt immers na het advies van het EMA. Ik kan dus begrijpen dat er verschillen zijn. Als de minister weet heeft van een geneesmiddel waarover een advies van het Europees Geneesmiddelenbureau werd geformuleerd, dat achteraf werd gewijzigd, zou ik graag hebben dat de minister me dat schriftelijk bevestigt. Ik begrijp de argumenten van de minister op theoretisch vlak, maar ik zou graag weten of er zich in de praktijk al een dergelijk geval heeft voorgedaan.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de recente uitspraak van het Europese Hof van Justitie over de financiering van de Brusselse ziekenhuizen» (nr. 5-2667)

De heer Louis Ide (N-VA). – In een recente uitspraak heeft het Europees Hof van Justitie van de Europese unie de goedkeuring vernietigd die de Commissie aan de overheidsfinanciering van de openbare IRIS-ziekenhuizen had gegeven. Ik las dat arrest enkele maanden geleden in de krant en de draagwijdte ervan is mij niet geheel duidelijk.

Wat zijn de gevolgen van dit arrest? Moet de Europese Commissie nu een nieuw onderzoek starten over het toekennen van de betrokken subsidies, of betekent dit definitief dat de subsidies onwettig waren?

Indien blijkt dat die subsidies onwettig waren, moeten de betrokken ziekenhuizen die dan terug storten aan de Belgische overheid? Zo ja, om welk bedrag gaat het?

Is er al overleg gepleegd met de betrokken ziekenhuizen over de gevolgen van dit arrest?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De klacht betrof in hoofdzaak middelen die afkomstig waren van het lokale en regionale niveau, dus van Brusselse gemeenten en

de la Région de Bruxelles-Capitale, et non du pouvoir fédéral. Cependant, les instances européennes peuvent vérifier, dans le cadre de la réglementation sur les aides d'État, l'ensemble des sources de financement existantes.

La Commission européenne est obligée de donner exécution à l'arrêt du Tribunal de l'Union européenne. La commission doit donc rouvrir l'ancien dossier et permettre à nouveau aux parties concernées de déposer leurs remarques sur le dossier. La Commission ne recommencera probablement pas complètement l'enquête mais reprendra plutôt l'affaire dans l'état où elle a été conclue, en mettant l'accent sur l'un ou l'autre aspect.

Cette décision d'entraîne pas de conséquences directes. Le Tribunal ne s'est en effet pas prononcé sur le fond de l'affaire, il n'a remis en question que quelques éléments de l'enquête de la Commission. La seule conséquence directe liée à ce jugement est le fait que la Commission soit obligée de rouvrir le dossier.

La suite dépendra du résultat de l'enquête de la Commission. Il serait prématuré de se prononcer à ce stade. En outre, la Commission pourrait aussi déclarer non conformes certaines parties d'une série de mesures d'aide, alors que d'autres seront jugées conformes aux règles en la matière.

L'État fédéral n'était pas partie prenante lors de la première procédure et ne l'était pas non plus lors de la procédure devant le Tribunal. Néanmoins, l'administration fédérale a fourni aux instances européennes toutes les explications requises sur le système de financement des hôpitaux, tel qu'il existe depuis une décennie.

En tant que ministre fédérale de la Santé publique, je continue à suivre le dossier avec attention. La Commission mènera ses analyses comme bon lui semble. Nous fournirons cette fois encore les éclaircissements complémentaires éventuels.

M. Louis Ide (N-VA). – *La ministre est-elle au courant du calendrier ?*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Non, aucun délai n'a été fixé.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le lien entre le financement des hôpitaux par le BMF et la facturation de suppléments éventuels» (n° 5-2668)

M. Louis Ide (N-VA). – *Cette demande d'explications ayant été déposée il y a un certain temps déjà, elle n'est plus d'actualité étant donné que les suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ont été supprimés entre-temps. Cependant, j'ai lu qu'un accord a été atteint au sein de la Médicomut pour autoriser lesdits suppléments pour les hospitalisations de jour.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre*

van het Hoofdstedelijk Gewest, en niet van de federale overheid. De Europese instanties kunnen evenwel, in het kader van de reglementering betreffende staatssteun, alle bestaande financieringsbronnen onderzoeken.

De Europese Commissie is verplicht het vonnis van het Gerecht van de Europese Unie ten uitvoer te leggen. Ze moet dan het oude dossier heropenen en de betrokken partijen opnieuw toestaan hun opmerkingen bij het dossier neer te leggen. De Commissie zal het onderzoek wellicht niet volledig heropstarten, maar eerder de zaak heropenen in de staat waarin ze werd afgesloten en daarbij de nadruk leggen op het ene of het andere aspect.

Aan deze beslissing zijn bijgevolg niet meteen gevolgen verbonden. Het Gerecht spreekt zich inderdaad niet uit over de grond van de zaak, maar stelt slechts enkele elementen van het onderzoek van de Commissie in vraag. Het enige onmiddellijk gevolg van dit vonnis is dat de Commissie verplicht is het dossier te heropenen.

Het vervolg hangt af van het resultaat van het onderzoek van de Commissie. Het is voorbarig om daarover nu al uitspraak te doen. Bovendien kan de Commissie ook bepaalde onderdelen van een reeks steunmaatregelen niet-conform verklaren, terwijl andere delen wel aanvaardbaar worden verklaard.

De federale overheid was geen betrokken partij bij de eerste procedure en evenmin bij de procedure voor het Gerecht. De federale administratie heeft wel aan de Europese instanties alle nuttige informatie bezorgd over het financieringssysteem van de ziekenhuizen, zoals dat sinds tien jaar bestaat.

Als federaal minister van Volksgezondheid blijf ik het dossier uiteraard aandachtig volgen. De Commissie zal haar analyses maken naar eigen inzicht. Uiteraard zullen wij eventueel ook de gevraagde bijkomende toelichting bezorgen.

De heer Louis Ide (N-VA). – *Is de minister op de hoogte van de timing?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Neen. Er is geen termijn bepaald.*

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de koppeling tussen de financiering van de ziekenhuizen via het BFM en het aanrekenen van eventuele supplementen» (nr. 5-2668)

De heer Louis Ide (N-VA). – *Deze vraag was al lang geleden ingediend en is nu achterhaald, aangezien de ereloon-supplementen op tweepersoonskamers intussen zijn afgeschaft. Ik las wel dat er in de Medicomut een akkoord is bereikt om voor dag hospitalisatie de ereloon-supplementen op tweepersoonskamers wel toe te staan.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en*

des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Nous devons attendre l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste avant de prendre une décision relative aux hospitalisations de jour.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je comprends que la ministre fasse preuve de réserve quant aux accords conclus au sein de la commission médico-mutualiste mais, selon la presse, des suppléments d'honoraires seraient facturés pour les chambres à deux lits en cas d'hospitalisation de jour. Sur ce point, ma question n'a donc rien perdu de son actualité.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je ne suis pas au courant de cet accord.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Existe-t-il encore une corrélation entre le financement des hôpitaux via les sous-parties B2, B8 et C3 du Budget des moyens financiers et le (non-)respect des accords tarifaires par les médecins des hôpitaux ou la facturation de suppléments de chambre dans les chambre à deux lits ? Cette question garde toute son importance si des suppléments peuvent être réclamés en cas d'hospitalisation de jour.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Il ne subsiste qu'un seul article reliant les suppléments au financement, à savoir l'article relatif aux suppléments de chambre.*

Il s'agit des règles plus précises de la sous-partie C3 du Budget des moyens financiers (BMF), en particulier de l'article 83 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

C'est en 2010 que la sous-partie C3 a été calculée pour la dernière fois et elle est maintenant fixée sur cette base.

Quant aux suppléments d'honoraires, il n'y a plus de lien entre l'octroi de certains éléments du BMF et l'application de suppléments d'honoraires et ce, à la suite de l'annulation par le Conseil d'État le 26 octobre 2010. Toutes les dispositions de ce genre ont été retirées lors d'une modernisation plus vaste de l'arrêté d'avril 2002, réalisée par le biais de trois arrêtés royaux publiés le 9 janvier dernier.

M. Louis Ide (N-VA). – *Ma question était en partie dépassée. Je poserai une nouvelle question lorsque la commission médico-mutualiste aura remis son avis.*

minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – We moeten het advies van Medicomut afwachten vooraleer een beslissing te nemen met betrekking tot de daghospitalisaties.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik kan begrijpen dat de minister terughoudend is over wat er is afgesproken binnen de Medicomut. Ik lees echter in de media dat er bij daghospitalisatie ereloonsupplementen zouden worden toegestaan op tweepersoonskamers. Op dat punt blijft mijn vraag dan toch actueel.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik ben niet op de hoogte van dat akkoord.*

De heer Louis Ide (N-VA). – Is er nog een koppeling tussen de financiering van de ziekenhuizen via de onderdelen B2, B8 en C3 van het Budget van Financiële Middelen (BFM) en het al dan niet respecteren van de tariefakkoorden door de artsen van de ziekenhuizen of het aanrekenen van kamersupplementen in tweepersoonskamers? Die vraag blijft van belang als er supplementen mogen worden gevraagd bij daghospitalisatie.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Er is nog slechts één artikel dat de toeslagen en de financiering met elkaar verbindt, namelijk het artikel betreffende de kamersupplementen.*

Het betreft de nadere regels van het onderdeel C3 van het Budget van Financiële Middelen, in het bijzonder artikel 83 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Het onderdeel C3 werd in 2010 voor de laatste keer berekend, en is nu op die basis vastgesteld.

Wat de ereloonsupplementen betreft, bestaat er, als gevolg van de annulering door de Raad van State op 26 oktober 2010, geen verband meer tussen het toekennen van bepaalde elementen van het BFM en de praktijk van ereloonsupplementen. In het kader van een ruimere modernisering van het besluit van 25 april 2002 werden alle soortgelijke bepalingen ingetrokken. Dat gebeurde via drie koninklijke besluiten die op 9 januari jongstleden werden gepubliceerd.

De heer Louis Ide (N-VA). – Mijn vraag was gedeeltelijk achterhaald. Ik zal een bijkomende vraag stellen als de Medicomut zijn advies heeft gegeven.

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les contrôles de la réglementation générale du tabagisme pendant la période hivernale» (n° 5-2678)

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les contrôles des locaux pour fumeurs dans le cadre de la réglementation générale du tabagisme» (n° 5-2679)

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

M. Dirk Claes (CD&V). – *En hiver, il est moins agréable de fumer dehors et la tentation est alors grande d'appliquer la législation avec plus de laxisme. Or un respect correct de la loi reste indispensable si on veut éviter la concurrence déloyale.*

Que constatent les contrôleurs sur le terrain à propos de l'interprétation correcte de la notion de locaux pour fumeurs ? Quelles sont les infractions les plus fréquentes ?

Les services de contrôle reçoivent-ils des plaintes de citoyens ou d'autres exploitants d'établissements horeca ? Quelle sont les plaintes les plus fréquentes ? Quel a été leur nombre en 2012 ?

Observe-t-on davantage d'infractions à certaines périodes, à savoir en hiver ? Le nombre d'infractions varie-t-il fort d'un mois à l'autre ?

Les exploitants sont-ils suffisamment informés des possibilités d'aménager des locaux pour fumeurs ?

La ministre a-t-elle pris contact avec les associations du secteur horeca au sujet de l'application correcte et uniforme de la loi ?

J'ai personnellement constaté, tant en Flandre qu'en Wallonie, que de nombreux établissements horeca étaient en infraction.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Le Service de contrôle Tabac du SPF Santé publique a en effet observé l'hiver dernier une hausse du nombre d'infractions à la réglementation sur le tabac dans les cafés. Cette hausse s'est poursuivie dans le courant de 2012 et s'explique en grande partie par le caractère plus ciblé des contrôles.*

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de controles van de algemene rookregeling tijdens de winterperiode» (nr. 5-2678)

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de controles van rookfaciliteiten in het kader van de algemene rookregeling» (nr. 5-2679)

De voorzitter. – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

De heer Dirk Claes (CD&V). – In de winter is het minder aangenaam om buiten te roken. De verleiding is groot om lakser met de wetgeving om te gaan. Een correcte naleving van de wet blijft echter noodzakelijk om oneerlijke concurrentie te voorkomen.

Wat stellen de controleurs op het terrein vast aangaande de juiste interpretatie van de rookfaciliteiten? Welke overtredingen komen vaak voor?

Ontvangen de controlediensten klachten van burgers of van andere horeca-uitbaters? Wat zijn de meest voorkomende klachten? Hoeveel klachten werden in 2012 ingediend?

Worden er in bepaalde perioden, namelijk in de winter, meer overtredingen genoteerd? Zijn er grote verschillen in het aantal overtredingen per maand?

Zijn de uitbaters voldoende op de hoogte van de mogelijkheden van rookfaciliteiten?

Heeft de minister nog contact gehad met verenigingen uit de horecasector aangaande de correcte en uniforme toepassing van de wet?

Ik stel vast dat in mijn streek in bepaalde gelegenheden na tien of elf uur 's avonds wordt gerookt. In december was ik in de buurt van Bastogne. Het viel me op dat in de horecazaken in het centrum, die vooral bezocht worden door de jeugd, het rookverbod voor honderd procent wordt nageleefd. Ik bezocht echter ook nog een vijftal andere horecazaken met een enigszins ouder cliënteel. Die waren alle vijf in overtreding. Sterker nog, de dag nadien ging ik 's middags om één uur een horecazaak binnen en daar was men ook gewoon aan het roken. Ik geef toe dat dit niet enkel in Wallonië het geval is. Er zijn ook overtredingen in Vlaanderen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De tabakscontroledienst van de FOD Volksgezondheid stelde tijdens de vorige winterperiode inderdaad een stijging vast van het aantal inbreuken op de rookregelgeving in cafés. De stijging van het aantal inbreuken zette zich verder door in de loop van 2012. De meer doelgerichte controles zijn zeker een

J'estime que le secteur a été suffisamment informé de la législation et des possibilités d'aménagement d'un fumoir. Depuis juin 2011, bon nombre d'initiatives ont été prises à cette fin.

Le Service de contrôle Tabac a effectué près de 5 500 contrôles en 2012. Ce nombre me paraît raisonnable vu le nombre total de cafés, estimé à 10 000.

Le SPF Santé publique entretient actuellement des contacts suivis avec les différents parquets qui sont chargés de veiller à ce que les infractions fassent l'objet de poursuites pénales lorsque le contrevenant refuse de payer l'amende administrative.

Certains exploitants de cafés ont déjà été condamnés et lourdement sanctionnés. Des amendes de 600, 1650 et 2700 euros ont été infligées. D'autres exploitants récalcitrants comparaitront prochainement devant le juge.

Avant la fin de ce mois, le SPF Santé publique enverra une circulaire à tous les bourgmestres et chefs de corps. La réduction du tabagisme nécessite l'appui de la police locale et des pouvoirs locaux.

Le soir et la nuit, les contrôleurs ne peuvent d'ailleurs agir sans être accompagnés de la police locale. Celle-ci a souvent dû intervenir face à des clients agressifs qui avaient consommé trop d'alcool.

Je m'adresserai d'ailleurs à ma collègue de l'Intérieur à ce sujet.

Les contrôles du Service de contrôle Tabac révèlent que, cette année, des remarques relatives aux locaux pour fumeurs ont été adressées à 5% des cafés.

Les principales infractions relatives aux locaux pour fumeurs sont : le fait que le local ne soit pas fermé, l'utilisation comme fumoir d'une terrasse fermée démunie d'un extracteur de fumée et servant de couloir, l'utilisation comme fumoir d'un local équipé de machines de jeu.

Le service de contrôle ne reçoit que sporadiquement des plaintes à propos des locaux pour fumeurs.

La dernière concertation avec le secteur date du début de 2012 et portait sur les règles applicables aux terrasses et vérandas.

Si vous souhaitez des réponses plus précises, une audition de mes services peut peut-être être organisée en commission.

M. Dirk Claes (CD&V). – *Une évaluation avec l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire serait utile. Le problème est que, la nuit, on ne se gêne pas pour fumer dans les cafés.*

Espérons qu'il s'agisse des dernières réticences. Je peux les comprendre car une nouvelle législation demande un changement de mentalité. Ce sont surtout les personnes plus âgées qui ont du mal à s'adapter. Nous devons en tout cas rester vigilants et éviter que l'ensemble de la réglementation

belangrijke verklaring voor die stijging.

Ik ben van oordeel dat de sector voldoende is geïnformeerd over de wetgeving en over de mogelijkheden tot het plaatsen van een rookkamer. Sedert juni 2011 werden heel wat initiatieven ondernomen om de sector gepast te informeren.

De tabakscontroledienst heeft in 2012 ongeveer 5500 controles verricht. Dit aantal lijkt me redelijk, rekening houdend met het totaal aantal cafés, dat geschat wordt op 10 000.

Momenteel is er intensief contact tussen de FOD Volksgezondheid en de verschillende parketten, die erop moeten toezien dat de inbreuken op de wet ook strafrechtelijk vervolgd worden als de overtreder zou weigeren de administratieve boete te betalen.

Er werden reeds café-uitbaters veroordeeld en zwaar gestraft. Er werden boetes van 600, 1650 en 2700 euro opgelegd. Heel wat hardleerse café-uitbaters zijn gedagvaard en zullen één dezer weken voor de rechter moeten verschijnen.

Voor het einde van deze maand zal de FOD Volksgezondheid een omzendbrief sturen naar alle burgemeesters en naar de korpschefs. De steun van de lokale politie en de lokale besturen is essentieel om het roken terug te dringen.

De controleurs kunnen trouwens niet zonder steun van de lokale politie, want bij controles 's avonds laat en 's nachts is politiebegeleiding noodzakelijk. Meermaals is gebleken dat de politie moet ingrijpen bij agressieve klanten die te veel alcohol hebben gedronken.

Ik zal mijn collega van Binnenlandse Zaken hierover trouwens aanspreken.

Op basis van de controles van de tabakscontroledienst blijkt dat dit jaar bij 5 procent van de gecontroleerde cafés nog opmerkingen over de rookkamers werden gemaakt.

De voornaamste inbreuken met betrekking tot rookkamers zijn: het niet afsluiten van de rookkamer; het gebruik van afgesloten terrassen als rookkamer zonder de aanwezigheid van een rookafzuiginstallatie en waarbij deze rookkamer ook als doorgang wordt gebruikt; het gebruik van een lokaal met kansspelen – bingo's – als rookkamer.

De controledienst ontvangt slechts sporadisch klachten over de rookkamer.

Het laatste overleg met de sector dateert van begin 2012 en had betrekking op de regels voor terrassen en veranda's.

Als u meer precieze antwoorden wenst, mijnheer Claes, kan in de commissie misschien een hoorzitting met mijn diensten worden georganiseerd.

De heer Dirk Claes (CD&V). – Een evaluatie met het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen zou nuttig zijn. Het probleem is dat men 's nachts zonder gêne in cafés rookt.

Hopelijk zijn dat de laatste stuiprekkings. Ik heb er alle begrip voor, want een nieuwe wetgeving vraagt een mentaliteitswijziging. Vooral oudere mensen kunnen zich moeilijker aan een nieuwe situatie aanpassen. We moeten in elk geval waakzaam blijven en voorkomen dat de hele

ne soit mis en péril.

**Demande d'explications de
Mme Cindy Franssen à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «la poursuite de la
vie en couple dans les centres
d'hébergement et de soins» (n° 5-2698)**

Mme Cindy Franssen (CD&V). – *Je vous lis un extrait de La maison de repos du 21^e siècle : un lieu de vie convivial, soins inclus, un rapport de la Fondation Roi Baudouin : « Les couples peuvent vivre ensemble, dans la même chambre avec un autre espace-salon, que le partenaire rentre ou non dans les critères d'admission de la maison de repos ».*

Indépendamment d'une éventuelle réglementation restrictive et d'autres formules de soins, nous pouvons nous imaginer que la présence d'un aîné « valide » auprès de son ou de sa partenaire nécessitant des soins dans une maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou dans une maison de repos et de soins (MRS) respecte le droit à la vie de famille tel que prévu à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et à l'article 22 de la Constitution, mais offre aussi des possibilités d'intégrer dans la MRPA ou la MRS, ne fût-ce que dans une certaine mesure, les soins apportés par l'entourage. Certaines maisons de repos ont un tarif journalier particulier pour les couples.

Quelles sont les limitations concrètes existant sur la base de normes de l'INAMI pour les MRPA et les MRS qui veulent faire vivre ensemble un aîné valide avec son ou sa partenaire ? Quelles sont les conséquences pour le financement des MRPA et des MRS ? Une MRPA ou une MRS peut-elle, sur la base des normes de l'INAMI, prendre en charge des personnes valides en dehors de tout financement public et en dehors de tout impact sur les normes relatives au personnel ?

La ministre connaît-elle le nombre actuel, ventilé par région, des couples qui séjournent dans une MRPA ou une MRS ? La ministre connaît-elle le nombre des couples qui ne peuvent plus vivre ensemble à la suite de la prise en charge de l'un de ses membres dans une maison de repos ? Dans la négative, quelles bases de données ou sources pourrait-elle consulter à cet effet ?

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je veux me joindre à ces questions dont je m'occupe déjà depuis un certain temps. Aujourd'hui, il est théoriquement possible de faire vivre ensemble une personne avec son ou sa partenaire, personne âgée nécessitant des soins si la chambre est assez grande. Mais comment la réglementation doit-elle être interprétée et comment l'espace disponible doit-il être apprécié ? Nous devons permettre à l'avenir davantage de diversité des résidents dans les maisons de repos de manière à ce que la famille ou le partenaire puisse aider aux soins de la personne qui en a besoin.*

Mme Mieke Vogels (Groen). – *Selon mes informations, il existe déjà en Flandre des infrastructures où une personne valide peut habiter avec un partenaire nécessitant des soins. Un aspect financier y est toutefois lié. Une prise en charge*

regelgeving op de helling wordt gezet.

**Vraag om uitleg van
mevrouw Cindy Franssen aan de
vice-eersteminister en minister van Sociale
Zaken en Volksgezondheid over «het
voortgezet samenwonen van echtparen in
woonzorgcentra» (nr. 5-2698)**

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – *Ik lees een citaat uit Het woonzorgcentrum in de 21^{ste} eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl., rapport van de Koning Boudewijnstichting: "Echtparen kunnen samenwonen, in dezelfde kamer met een andere salonruimte, ongeacht of de partner al dan niet aan de opnamecriteria van het woonzorgcentrum voldoet".*

We kunnen ons, los van eventuele beperkende regelgevingen en andere zorgformules, voorstellen dat de aanwezigheid van een 'valide' oudere bij een zorgafhankelijke partner in een rustoord voor bejaarden of rust- en verzorgingstehuis niet enkel recht doet aan het recht op gezinsleven zoals vervat in artikel 8 van het Europees Verdrag voor de rechten van mens en artikel 22 van de Grondwet, maar ook kansen biedt om mantelzorg, zij het in beperkte mate, te integreren in het ROB of RVT. Bepaalde rustoorden hebben een bijzondere dagprijsregeling voor echtparen.

Welke concrete beperkingen worden er op grond van RIZIV-normen gesteld voor initiatiefnemers van ROB's en RVT's om een valide oudere te laten samenwonen met zijn of haar partner? Wat betekent dit voor de financiering van ROB's en RVT's? Mag een ROB of RVT op basis van de RIZIV-normen valide personen opnemen buiten enige publieke financiering om en buiten enige aanrekening op personeelsnormen om?

Heeft de minister een zicht op het huidige aantal echtparen dat in een ROB of RVT verblijft, opgedeeld per regio? Heeft de minister een zicht op het aantal echtparen dat naar aanleiding van de opname van één partner in een woonzorgcentrum niet langer samenwoont? Zo niet, welke databanken of bronnen zou de minister hiervoor kunnen aanboren?

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Ik wil me aansluiten bij die vragen, waar ik zelf ook al een tijd mee zit. Vandaag is het theoretisch mogelijk om de partner met een zorgbehoevende bejaarde te laten samenwonen indien de kamer groot genoeg is. Maar hoe moet de regelgeving dan geïnterpreteerd worden en hoe moet de beschikbare ruimte beoordeeld worden? We moeten in de toekomst in de woonzorgcentra meer verscheidenheid van bewoners mogelijk maken, zodat ook de familie of de partner kan meehelpen met de zorg voor de zorgbehoevende.*

Mevrouw Mieke Vogels (Groen). – *Bij mijn weten zijn er in Vlaanderen al voorzieningen waar een valide met een zorgbehoevende partner kan samenwonen. Maar daar is ook een financieel aspect aan verbonden. Een opname in een*

dans une maison de repos coûte vite 1 500 euros par mois. Lorsqu'un des deux partenaires est atteint de démence sénile grave et ne peut rester chez lui et lorsque l'autre partenaire doit lui aussi payer ses propres frais de séjour dans une maison de repos, c'est souvent financièrement impossible ou cela devient la cause de pauvreté.

La politique ne peut-elle pas stimuler un accueil adapté des partenaires dans une maison de repos ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les maisons de repos sont soumises à diverses réglementations. Certaines d'entre elles sont fixées par le pouvoir fédéral, d'autres par les régions et les communautés.*

Au niveau fédéral et en particulier sur la base de la réglementation de l'INAMI, les personnes séjournant en maison de repos et satisfaisant aux critères de l'échelle Katz, bénéficient, selon les normes de financement existantes, d'une intervention. Cette échelle répartit les personnes en catégories selon leur dépendance. Les personnes âgées nécessitant peu de soins relèvent de la catégorie O. Sur cette base, une maison de repos peut prendre en charge un partenaire valide d'un aîné nécessitant des soins et recevoir à cette fin une intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité.

Outre les normes de financement de l'INAMI, il existe aussi bien entendu les normes d'agrément des communautés et régions. Selon ces dispositions, une personne de 60 à 65 ans, dépendant de la communauté, ou une personne âgée nécessitant des soins, peut être prise en charge dans une maison de repos. Bien entendu, une maison de repos ne peut prendre en charge plus de personnes qu'elle ne compte de lits agréés. Le fait qu'un partenaire valide dispose d'un lit empêche la prise en charge d'une autre personne nécessitant des soins.

Je ne dispose malheureusement pas de données quant au nombre actuel de couples séjournant en maison de repos ni au nombre de couples qui ne peuvent plus vivre ensemble à la suite d'une prise en charge d'un des partenaires dans une maison de repos.

Mme Cindy Franssen (CD&V). – *Je remercie la ministre pour sa réponse mais je trouve dommage qu'elle ne puisse pas donner de chiffres. Mesurer, c'est en effet savoir. Si nous voulons nous attaquer à cette problématique, il serait bon d'avoir une vue d'ensemble de la demande. Je ne peux pas m'imaginer que celle-ci ne se développera pas avec le vieillissement de la population.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les critiques des experts de la santé concernant le degré de priorité insuffisant accordé aux soins de santé de première ligne» (n° 5-2700)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Le rapport du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie confirme une fois de plus ce constat*

rusthuis kost al vlug 1500 euro per maand. Wanneer een van beide partners zwaar dementerend is en niet langer thuis kan blijven wonen en de andere partner ook zijn eigen verblijfskosten in een woonzorgcentrum moet betalen, is dat financieel vaak onmogelijk of de oorzaak van armoede.

Kan het beleid geen aanzet geven voor een aangepaste opvang van partners in een woonzorgcentrum?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De rusthuizen zijn aan diverse regelgevingen onderworpen. Sommige ervan worden vastgelegd door de federale overheid, andere door de gewesten en gemeenschappen.

Op federaal niveau en in het bijzonder op basis van de regelgeving van het RIZIV is er volgens de bestaande financieringsnormen een tegemoetkoming voor de rusthuisbewoners die beantwoorden aan de criteria van de zogenaamde Katz-schaal. Deze schaal deelt personen in categorieën van zorgbehoefendheid in. Onder de categorie O vallen de bejaarden die zeer weinig zorgbehoefend zijn. Op die basis kan een rusthuis een valide partner van een zorgafhankelijke oudere opnemen en hiervoor binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een tegemoetkoming ontvangen.

Naast de RIZIV-financieringsnormen zijn er natuurlijk ook de erkenningsnormen van de gemeenschappen en gewesten. Volgens die bepalingen kan een persoon van 60 tot 65 jaar, afhankelijk van de gemeenschap, of ouder die zorgbehoefend is, in een rusthuis worden opgenomen. Uiteraard kan een rusthuis niet meer mensen opnemen dan het erkende bedden heeft. Indien een valide partner een bed bezet, verhindert dat de opname van een andere zorgbehoefende persoon.

Ik heb helaas geen gegevens over het huidige aantal echtparen dat in de rusthuizen verblijft, noch over het aantal echtparen dat naar aanleiding van een opname in een rusthuis van een van de partners niet langer samenwoont.

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Ik dank de minister voor het antwoord, maar ik vind het wel spijtig dat ze geen cijfers kan geven. Meten is immers weten. Als we deze problematiek willen aanpakken, zou het goed zijn een zicht te hebben op de vraag. Ik kan me niet voorstellen dat die vraag met de vergrijzing van de bevolking niet zal toenemen.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kritiek van gezondheidsexperts op te weinig prioriteit aan de eerstelijnsgezondheidszorg» (nr. 5-2700)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Het verslag van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie bevestigt voor

tragique bien connu que les risques de pauvreté commencent avant la naissance. Se fondant sur ce rapport, Griet Briels, experte de la santé attachée au Vlaams Netwerk tegen Armoede, critique sévèrement la politique fédérale de santé publique. Elle insiste sur le fait que l'accessibilité des soins de première ligne ne semble pas constituer une priorité et que les moyens qui y sont affectés sont nettement insuffisants. C'est surtout l'aspect financier qui représente un obstacle pour le patient. Or, cette difficulté pourrait être résolue en intégrant les groupes les plus vulnérables dans le système du tiers payant. L'experte se réfère aussi à des condamnations internationales de notre système de soins de santé précisément en raison des seuils financiers trop élevés.

J'ai lu dans les médias que la ministre défend sa politique en invoquant le coût élevé prévisible qui résultera de la ruée vers les médecins généralistes, actuellement déjà surchargés et de moins en moins disponibles. Le Netwerk tegen Armoede a réagi en soulignant que l'argument n'est pas pertinent et n'est pas fondé sur des preuves empiriques.

Je considère la ministre comme une femme politique dont l'engagement social est réel et qui lutte pour des soins de santé accessibles et performants. Je tiens à l'assurer de mon total soutien. C'est précisément parce que je suis surpris par ces critiques que j'attends avec impatience les réponses de la ministre à mes questions.

Comment la ministre réfute-t-elle les critiques émises notamment par le Vlaams Netwerk tegen Armoede et le Studiecetrum voor Perinatale Epidemiologie, qui accusent la politique belge de santé publique de ne pas accorder la priorité à une réelle accessibilité des soins de première ligne ?

La ministre reconnaît-elle que des soins de santé de première ligne accessibles permettent de lutter efficacement contre les risques de pauvreté et, surtout, contre les risques de santé qui en découlent ?

Pour quelle raison la ministre n'apprécie-t-elle pas la proposition de faciliter au moyen du système du tiers payant l'accès au médecin généraliste pour les familles en situation de pauvreté ?

Est-il exact que la ministre craint une ruée vers les médecins généralistes qui sera impayable et augmentera la charge de travail déjà insupportable desdits médecins ?

Comment la ministre réagit-elle à l'argument qui lui est opposé selon lequel aucune preuve ne peut être avancée à ce sujet ?

La ministre envisage-t-elle des mesures supplémentaires afin de rendre plus accessibles les soins de première ligne pour les personnes et les familles en situation de pauvreté ?

Quels plans concrets la ministre envisage-t-elle ? Comment et quand répondra-t-elle à ce besoin social urgent ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Je tiens à rappeler qu'il est évident pour moi que l'accessibilité des soins de santé de première ligne est un outil très important dans la lutte contre les risques de santé des personnes en situation de pauvreté. Dans le cadre du Plan de lutte contre*

de zoveelste maal de alom bekende, maar tragische vaststelling dat kansarmoede in de baarmoeder begint. Gezondheidsexperte Griet Briels, verbonden aan het Vlaams Netwerk tegen Armoede, steunt op dat rapport om forse kritiek te uiten op het federale gezondheidsbeleid. Ze beklemtoont dat een toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg blijkbaar niet prioritair is en dat er veel te weinig middelen voor worden uitgetrokken. Vooral het financiële aspect is daarbij voor de patiënt een drempel, die echter kan worden weggewerkt door de meest kwetsbare groepen in een systeem van derde betaler op te nemen. De experte verwijst daarbij ook naar internationale veroordelingen van onze gezondheidszorg precies wegens de te hoge financiële drempels.

In de media lees ik dat de minister haar beleid verdedigt door te wijzen op de te verwachten hoge kostprijs veroorzaakt door een stormloop op de huisartsen, die momenteel al overbevraagd zijn en van wie er steeds minder beschikbaar zijn, onder andere door de te hoge werkdruk. In een tegenreactie beklemtoont het Netwerk tegen Armoede dat dat argument geen hout snijdt en niet op empirische bewijzen steunt.

Ik ken en ervaar de minister als een uiterst sociaal en maatschappelijk geëngageerde politica en een minister die vecht voor een betaalbare, maar ook performante gezondheidszorg. Daarbij kan ze op mijn onvoorwaardelijke steun rekenen. Juist daarom verbaast deze kritiek me en kijk ik erg uit naar haar antwoorden op de volgende vragen.

Hoe weerlegt de minister de kritiek van onder andere het Vlaams Netwerk tegen Armoede en het Studiecetrum voor Perinatale Epidemiologie, die het Belgische gezondheidsbeleid beschuldigen van onvoldoende prioriteit voor een echt toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg?

Beaamt de minister dat zo'n toegankelijke eerstelijnszorg op zeer adequate wijze de armoede en vooral de bijbehorende gezondheidsrisico's bestrijdt?

Waarom vindt de minister het geen goed voorstel om mensen en gezinnen in armoede via een derdebetalersregeling gemakkelijker toegang te geven tot huisartsen?

Klopt het dat de minister een stormloop op de huisartsen vreest, die onbetaalbaar zal zijn en de al ondraaglijke werkdruk op deze artsen zal verhogen?

Hoe reageert de minister op het tegenargument dat daarvoor geen bewijzen te vinden zijn?

Plant de minister nog extra maatregelen om de eerstelijnsgezondheidszorg voor mensen en gezinnen in armoede toegankelijker te maken?

Welke concrete plannen koestert de minister en hoe en wanneer zal ze deze urgente maatschappelijke nood adequaat kunnen lenigen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Allereerst wil ik herhalen dat het voor mij een evidentie is dat een toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg een zeer belangrijk instrument is in het bestrijden van de gezondheidsrisico's voor mensen in armoede. In het kader van het federaal plan

la pauvreté présenté le 14 septembre 2012, je me suis engagée à prendre des initiatives spécifiques en vue de consolider les mécanismes qui permettent de renforcer ces soins de première ligne et d'en faciliter l'accès pour les personnes les plus vulnérables.

Par ailleurs, il n'est pas correct d'affirmer que rien n'a été fait dans le passé. Dès 2011, des mesures ont été prises pour encourager l'application du régime du tiers payant par les médecins généralistes pour les patients qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance : simplification du système du ticket modérateur, paiement accéléré et simplification des formalités administratives. La simplification du ticket modérateur permet aux patients ayant de faibles revenus de ne pas déboursier plus d'un euro pour la consultation chez le médecin. Dans le cadre du tiers payant social, le médecin généraliste peut facturer le solde directement à la mutualité.

Une étape suivante a été franchie avec la loi du 27 décembre 2012 qui rend obligatoire, à partir du 1^{er} janvier 2015, le régime du tiers payant à l'égard des personnes qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance et/ou du statut de malade chronique pour des prestations de santé à déterminer par le Roi. Étant donné que le prestataire de soins doit pouvoir s'assurer qu'il sera bien payé par la mutualité, en vérifiant que son patient est en ordre à l'égard de sa mutualité et qu'il bénéficie de l'intervention majorée ou du statut de malade chronique, cette mesure implique que le prestataire de soins ait accès à ces informations en ligne.

À cet égard, je renvoie également à la réforme de l'intervention majorée et du statut Omnio dont les bases sont jetées par la loi-programme du 29 mars 2012. L'objectif de cette réforme est d'accorder l'intervention majorée de manière plus rapide et plus simple à toute personne qui y a droit. Les mesures d'application sont en cours d'élaboration et la réforme devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Différentes initiatives ont été prises pour assurer une offre suffisante de soins de première ligne accessibles et de qualité, telles que le Fonds d'impulsion pour la médecine générale et le soutien aux maisons médicales. Pour répondre à la problématique des services de garde des médecins généralistes, le financement de postes de garde des médecins généralistes a été prévu, et des honoraires de permanence et de disponibilité, qui sont entièrement à charge de l'assurance si les conditions sont respectées, ont été introduits. De plus, dans le cadre des négociations en cours en vue de la conclusion d'un Accord national médico-mutualiste, j'ai proposé de développer les postes de garde ou des solutions de remplacement au moyen d'un budget complémentaire de 7,75 millions d'euros.

J'ai l'intention de poursuivre les initiatives qui ont été prises ces dernières années pour renforcer la qualité et l'accessibilité des soins de première ligne et de prendre de nouvelles mesures pour encourager l'accès des groupes défavorisés au médecin généraliste.

Armoedebestrijding, dat op 14 september 2012 werd voorgesteld, heb ik me ertoe verbonden specifieke initiatieven te nemen om de mechanismen te versterken die de eerstelijnszorg voor de kwetsbaarste personen verstevigen en toegankelijker maken.

Het is bovendien niet juist dat in het verleden niets is gebeurd. Zo werden reeds in 2011 maatregelen genomen om huisartsen aan te moedigen de derdebetalersregeling toe te passen bij patiënten die de verhoogde verzekeringstegemoetkoming genieten. Het systeem van remgelden werd vereenvoudigd, de betaling werd versneld en de administratieve formaliteiten werden vereenvoudigd. Door de vereenvoudiging van de remgelden betalen patiënten met een laag inkomen nu niet meer dan 1 euro voor de raadpleging van een huisarts. In het kader van de sociale derde betaler kan de huisarts het saldo rechtstreeks aan het ziekenfonds factureren.

Een volgende stap werd gezet met de wet van 27 december 2012 die vanaf 1 januari 2015 de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht maakt voor wie recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en/of op het statuut chronische aandoening bij die geneeskundige verstrekkingen die door de Koning worden vastgelegd. Vermits de zorgverlener moet kunnen nagaan of hij wel door het ziekenfonds zal worden betaald, door te checken of zijn patiënt wel in regel is met het ziekenfonds, recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming of het statuut chronische aandoening heeft, veronderstelt deze maatregel dat de zorgverlener online toegang heeft tot deze gegevens.

In dat verband verwijs ik ook naar de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en het Omniostatuuat, waarvan de grondslag werd gelegd in de programmawet van 29 maart 2012. Die hervorming moet het mogelijk maken de verhoogde tegemoetkoming sneller en eenvoudiger toe te kennen aan iedereen die ervoor in aanmerking komt. De uitvoeringsbesluiten worden momenteel uitgewerkt met het oog op een inwerkingtreding van de hervorming op 1 januari 2014.

Ook in het zorgaanbod werden verschillende initiatieven genomen om een toereikend aanbod van toegankelijke en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg te waarborgen, zoals het Impulsfonds voor huisartsen en de ondersteuning van wijkgezondheidscentra. Om een antwoord te bieden op de problematiek van de wachtdiensten van huisartsen is voorzien in de financiering van huisartsenwachtposten en werden permanentie- en beschikbaarheidshonoraria ingevoerd, die de verzekering volledig op zich neemt als de voorwaarden daartoe vervuld zijn.

Bovendien heb ik in het kader van de lopende onderhandelingen over een akkoord geneesheren-ziekenfondsen voorgesteld wachtposten of alternatieven ervoor te ontwikkelen met een bijkomend budget van 7,75 miljoen euro. Ik heb er goede hoop op dat deze onderhandelingen snel kunnen worden afgerond. Het is mijn intentie om de initiatieven die de voorbije jaren werden genomen om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken voort te zetten en ook nieuwe maatregelen te nemen om de toegang van achtergestelde bevolkingsgroepen tot een huisarts te bevorderen.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je remercie la ministre de cette réponse convaincante. Je suis persuadé qu'elle continuera à se battre.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les montants de référence des hôpitaux» (n° 5-2702)

M. Louis Ide (N-VA). – *L'INAMI a annoncé dernièrement que 23 hôpitaux devaient rembourser un montant d'environ 3,5 millions d'euros pour avoir dépassé les montants de référence. La plupart de ces hôpitaux sont situés à Bruxelles et en Wallonie, Bruxelles étant fortement surreprésentée.*

Par le passé, j'ai déjà demandé à plusieurs reprises à la ministre de publier la liste des hôpitaux sanctionnés. Elles a toujours refusé, invoquant l'argument qu'il n'est pas prévu légalement que l'INAMI publie ces données.

Je conteste cette opinion. Ce n'est pas parce que la loi ne le prévoit pas explicitement que c'est interdit. De plus, j'ai constaté ces derniers jours que des membres de la majorité plaident pour une uniformisation des factures des hôpitaux et pour une suppression des suppléments d'honoraires. Ces propositions visent à assurer la transparence afin que le patient sache à quoi s'en tenir. Dans ce cas également, des montants de référence peuvent témoigner du comportement d'un hôpital et constituer une indication objective pour le patient.

Nous ne pouvons perdre de vue que ces montants de référence peuvent être compensés par des suppléments. Nous devons donc veiller à ce que les hôpitaux qui doivent, chaque année, rembourser des montants de référence ne se procurent pas des moyens d'une autre manière, par exemple par le biais de suppléments. C'est pourquoi il importe de divulguer le nom des hôpitaux en question. S'agissant d'institutions et non de personnes, il n'est pas porté atteinte à la vie privée.

Aussi, je vous demande une fois encore de communiquer la liste des hôpitaux ayant dépassé les montants de référence en y mentionnant le montant à rembourser.

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Je rappelle que nous en sommes à la quatrième adaptation de ce système.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Le ministre Vandenbroucke avait également tenté d'adapter le système mais sans succès. La ministre Onkelinx y est arrivée.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Ce système est continuellement amélioré et le gouvernement envisage de l'étendre dans les prochaines années. Dès 2013, il sera élargi à l'hospitalisation de jour et à une période dite de carence*

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Ik dank de minister voor dit overtuigende antwoord en ik ben er zeker van dat ze voort zal blijven vechten.*

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de referentiebedragen van de ziekenhuizen» (nr. 5-2702)

De heer Louis Ide (N-VA). – *Onlangs maakte het RIZIV bekend dat 23 ziekenhuizen een bedrag van ongeveer 3,5 miljoen euro moeten terugstorten, omdat ze de referentiebedragen hebben overschreden. De meeste van deze ziekenhuizen bevinden zich in Brussel en Wallonië; vooral Brussel is oververtegenwoordigd.*

In het verleden heb ik de minister al meermaals gevraagd om de lijst bekend te maken van de ziekenhuizen die een sanctie opgelegd krijgen. Ze weigerde dat steevast, met als argument dat niet wettelijk is vastgelegd dat het RIZIV deze gegevens kan vrijgeven.

Ik betwist deze zienswijze. Het is niet omdat de wet hierin niet expliciet voorziet dat het verboden is. Bovendien heb ik de voorbije dagen vastgesteld dat politici van de meerderheid hebben gepleit voor meer eenvormigheid in de ziekenhuisfacturen en een afschaffing van de ereloonsupplementen. Deze voorstellen hebben transparantie tot doel, opdat de patiënt kan weten waar hij aan toe is. Ook in dit geval kunnen referentiebedragen erop wijzen hoe een ziekenhuis handelt en kunnen ze een objectieve indicatie vormen voor de patiënt.

We mogen niet uit het oog verliezen dat die referentiebedragen kunnen worden gecompenseerd door supplementen. We moeten er dus voor waken dat ziekenhuizen die elk jaar opnieuw referentiebedragen moeten terugstorten, hun geld niet elders halen, bijvoorbeeld via supplementen. Daarom is het belangrijk dat deze ziekenhuizen bekend worden gemaakt. Aangezien het om instellingen gaat en niet om personen, wordt de privacy gerespecteerd.

Daarom vraag ik nogmaals de lijst te bezorgen van de ziekenhuizen die de referentiebedragen overschreden hebben en het bedrag te vermelden dat ze dienen terug te storten.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Eerst en vooral herinner ik eraan dat we al aan de vierde aanpassing van dit systeem zijn.*

De heer Louis Ide (N-VA). – *Minister Vandenbroucke heeft het systeem indertijd ook proberen aan te passen, maar is daar niet in geslaagd. Het is minister Onkelinx wel gelukt.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Het systeem wordt ook nog steeds verfijnd. De regering is van plan het systeem de volgende jaren uit te breiden. Vanaf 2013 zal het worden uitgebreid naar de dagziekenhuisopnames en voor*

pour certaines prestations.

Pour ce qui est de la communication du nom des hôpitaux, je ne puis que répéter les objections que j'ai déjà formulées. À l'origine, la loi prévoyait bien une publication des noms des hôpitaux en grand dépassement. Le système n'était toutefois pas applicable en pratique et a donc été modifié en 2009.

Depuis lors, l'article 56ter de la loi relative à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, appelée loi SSI, ne prévoit plus cette communication du nom des hôpitaux. Ce système ne doit pas être considéré comme un outil de sanction mais comme un système permettant de corriger les pratiques, dans l'intérêt de la collectivité.

Je dois dès lors vous renvoyer à des législations plus générales, comme la loi du 11 avril 1994 sur la publicité de l'administration. Conformément à cette réglementation, vous pouvez introduire une demande auprès de l'autorité administrative compétente, en l'occurrence l'INAMI. Comme ce dernier dispose d'une personnalité juridique propre, il ne m'appartient pas de me prononcer en son nom.

Afin de compléter votre information, j'ai demandé à l'INAMI de me fournir une répartition des remboursements par province, en mentionnant l'évolution depuis l'an dernier. Ce document vous sera remis dans un instant.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je suggère à la ministre de me procurer une liste pour les quatre dernières années en y indiquant un numéro anonyme pour les hôpitaux. Cela permettrait de vérifier s'il s'agit à chaque fois des mêmes hôpitaux et de savoir si une adaptation est nécessaire.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Actuellement, le nombre d'hôpitaux qui dépassent les montants de référence est en diminution, notamment dans les provinces de Hainaut et de Liège. Je réfléchirai à votre suggestion.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Ainsi que la ministre l'a suggéré, j'interrogerai l'INAMI dans le cadre de la publicité de l'administration.*

Demande d'explications de Mme Mieke Vogels à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les économies en matière de revalidation cardiaque» (n° 5-2709)

Mme Mieke Vogels (Groen). – *En 2010 est paru le rapport 140 du KCE concernant l'efficacité clinique et l'utilisation de la rééducation cardiaque en Belgique. Il en ressort que la littérature confirme les bénéfices d'une rééducation cardiaque comprenant des exercices pour les patients avec un niveau de risque faible ou modéré. Les effets sur la qualité de vie sont particulièrement positifs. En outre, le nombre d'hospitalisations et de décès a diminué.*

sommige verstrekkingen naar een zogenaamde carenzperiode.

Wat het meedelen van de namen van de ziekenhuizen betreft, kan ik alleen maar mijn eerder geformuleerde bezwaren herhalen. Aanvankelijk voorzag de wet in de bekendmaking van de namen van de ziekenhuizen met een grote overschrijding, maar het systeem was in de praktijk niet werkbaar en werd in 2009 gewijzigd. Sindsdien moet volgens artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de GVVU-wet, de namen van de ziekenhuizen niet langer worden bekendgemaakt. Het systeem mag niet worden beschouwd als een instrument om te bestraffen, maar als een systeem dat er in het belang van de gemeenschap voor zorgt dat de praktijken worden bijgestuurd.

Ik moet de heer Ide bijgevolg naar de meer algemene wetgeving doorverwijzen, zoals de wet van 11 april 1994 betreffende de openbaarheid van bestuur. Indien hij dat wenst, kan hij bij het bevoegde bestuur, in casu het RIZIV, overeenkomstig de regelgeving een aanvraag indienen. Het komt mij niet toe om mij namens dat instituut uit te spreken, aangezien het RIZIV een eigen juridische persoonlijkheid heeft.

Om mijn antwoord te vervolledigen, heb ik het RIZIV om een verdeling van de terugbetalingen gevraagd, per provincie en met de evolutie sinds vorig jaar. Ik zal die gegevens zo dadelijk bezorgen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik stel voor dat de minister me een lijst bezorgt van de voorbije vier jaar waarop de ziekenhuizen een anoniem nummer krijgen. Dan kunnen we vaststellen of het telkens om dezelfde ziekenhuizen gaat en of een bijsturing nodig is.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – Er zijn nu in elk geval minder ziekenhuizen die de referentiebedragen overschrijden, onder meer in de provincies Henegouwen en Luik. Maar ik zal het voorstel van de spreker alleszins in overweging nemen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik zal, zoals de minister voorstelt, aan het RIZIV een vraag stellen in het kader van de openbaarheid van bestuur.

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de besparingen op cardiale revalidatie» (nr. 5-2709)

Mevrouw Mieke Vogels (Groen). – In 2010 verscheen het KCE-rapport 140 over de klinische doeltreffendheid en het gebruik van cardiale revalidatie in België. Uit het rapport blijkt dat de literatuur de voordelen bevestigt van cardiale revalidatie met fysieke oefeningen voor patiënten met een licht of matig risico. Er is in het bijzonder een gunstig effect op de levenskwaliteit en er is een vermindering van het aantal hospitalisaties en overlijdens.

Selon l'étude, réalisée à la demande du SPF Santé publique, davantage de patients devraient avoir accès à la revalidation cardiaque. Certains articles, parus entre autres dans la revue Circulation, fournissent des preuves supplémentaires du caractère « evidence-based » de la revalidation cardiaque.

Les économies imposées à l'INAMI compromettent l'accompagnement pluridisciplinaire des patients atteints d'affections cardiaques. Au moment où, pour d'autres pathologies, l'approche globale et l'accompagnement du patient sont privilégiés, on va y mettre progressivement un terme en matière de revalidation cardiaque. Des économies sont nécessaires, y compris en ce qui concerne les pathologies cardiaques, mais pourquoi ne fait-on pas une exception pour la revalidation pluridisciplinaire ? L'accompagnement pluridisciplinaire existe en cardiologie depuis plus de 25 ans et une grande expertise s'est développée. La revalidation cardiaque pluridisciplinaire a servi d'exemple pour l'approche d'autres pathologies. Résultat tangible : une diminution de la mortalité, de la morbidité et de la comorbidité. La ministre devrait avoir pour objectif de réduire les frais à long terme par le biais de programmes pluridisciplinaires de qualité.

1) Le démantèlement d'une revalidation cardiaque « evidence-based » particulièrement développée n'est-il pas contraire à la vision des autorités, favorable au renforcement de la revalidation pluridisciplinaire ?

2) Ne peut-on pas réaliser des économies autrement qu'en taillant dans les moyens de la revalidation cardiaque pluridisciplinaire ? Si la ministre suit les conclusions du KCE, le budget consacré à la revalidation cardiaque devrait augmenter.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Selon le rapport 140A du KCE, une rééducation cardiaque comprenant des exercices est bénéfique pour les patients présentant un niveau de risque faible ou modéré après un accident coronarien. Les bénéfices sont moins évidents pour les patients à risque élevé d'incidents secondaires ; il s'agit ici des patients souffrant d'arythmie, d'ischémie persistante malgré traitement et de défaillance cardiaque.*

L'étude montre aussi que seul un nombre limité de patients suivent un trajet de revalidation après hospitalisation. Dans le cadre du programme de soins de type A relatif au patient cardiaque, j'ai, sur la base de ces constats, précisé les normes en matière de revalidation. La revalidation doit être proposée conformément à un protocole repris à cet effet dans un manuel de qualité et les résultats doivent en être objectivés par des mesures fonctionnelles périodiques. Ces dispositions se trouvent dans l'arrêté royal du 12 juin 2012 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés. Les nouvelles normes impliquent que la revalidation cardiaque sera plus accessible aux patients qui peuvent y trouver des avantages.

Les économies en matière de revalidation multidisciplinaire auxquelles vous vous référez ont été proposées dans le cadre de l'assainissement budgétaire. Ces propositions n'ont pas encore été mises en œuvre et font l'objet d'une concertation

De studie, die werd uitgevoerd op vraag van de FOD Volksgezondheid, stelt dat meer patiënten toegang zouden moeten krijgen tot een cardiale revalidatie. Daarnaast verschenen een aantal artikelen, onder meer in het tijdschrift *Circulation*, waarin bijkomende bewijzen worden geleverd dat cardiale revalidatie echt wel *evidence-based* is.

Door de aan het RIZIV opgelegde besparingen, komt de multidisciplinaire begeleiding van hartpatiënten nu in het gedrang. Net nu in andere pathologieën de 'totale' benadering en begeleiding van patiënten opgang maakt, gaat men die voor de cardiale revalidatie afbouwen. Dat er moet bespaard worden, ook in de cardiologie, is evident. Maar waarom wordt er in de cardiologische pathologie geen uitzondering gemaakt voor de multidisciplinaire revalidatie? De multidisciplinaire begeleiding bestaat in de cardiologie al meer dan 25 jaar en er is een ruime expertise opgebouwd. De multidisciplinaire cardiale revalidatie heeft als voorbeeld gediend voor de aanpak van andere pathologieën. Er zijn de bewezen resultaten van verminderde mortaliteit, morbiditeit en comorbiditeit. Het zou toch de bedoeling moeten zijn van de minister om via goede multidisciplinaire programma's de kosten te reduceren op lange termijn.

1) Staat de afbouw van een zeer goed uitgebouwde en *evidence-based* cardiale revalidatie niet haaks op de visie van de overheid, die juist staat voor een versterking van de multidisciplinaire revalidatie?

2) Is er geen andere mogelijkheid om te besparen dan te snoeien in de middelen van de multidisciplinaire cardiale revalidatie? Als de minister de conclusies van het KCE volgt, zou er eigenlijk een budgetverhoging moeten komen voor cardiale revalidatie.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het KCE-rapport 140A toont aan dat cardiale revalidatie door middel van fysieke oefeningen voordelig is voor patiënten met een licht of matig risico na een coronair incident. De voordelen zijn minder duidelijk voor patiënten met een ernstig risico op secundaire incidenten; het gaat hier om patiënten met aritmieën, persisterende ischemie ondanks behandeling, en hartfalen.

De studie toont tevens aan dat slechts een beperkt aantal patiënten een revalidatietraject volgt na hospitalisatie. Gelet op die bevindingen heb ik in het zorgprogramma A voor de cardiale patiënt de normen inzake revalidatie gepreciseerd. De revalidatie moet worden aangeboden conform een protocol dat daartoe in een kwaliteitshandboek is opgenomen en de resultaten ervan moeten geobjectiveerd worden met periodieke functionele metingen. Die beschikkingen zijn terugvinden in het koninklijk besluit van 12 juni 2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "cardiale pathologie" moeten voldoen om erkend te worden. De nieuwe normen impliceren dat cardiale revalidatie beter toegankelijk wordt voor de patiënten die er baat bij kunnen hebben.

De besparingen inzake de multidisciplinaire revalidatie waarnaar werd verwezen, werden voorgesteld in het kader van budgettaire sanering. De voorstellen voor besparing zijn

entre les médecins concernés et l'assurance maladie. L'adaptation des normes du programme de soins de type A relatif au patient cardiaque doit faire partie de la discussion. Il est souhaitable que la nomenclature actuelle en matière de revalidation cardiaque soit évaluée sur la base des recommandations du rapport précité du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et à la structure des coûts du programme de revalidation. Il faut, en particulier, établir une distinction claire entre, d'une part, l'évaluation pluridisciplinaire par un médecin en revalidation et, d'autre part, les prestations de rééducation accompagnées par un kinésithérapeute ou un autre dispensateur de soins. Le constat selon lequel le budget devrait augmenter n'est pas correct en soi. Il doit être évalué sur la base de la structure réelle des coûts et de la manière dont l'assurance maladie peut y faire face.

Mme Mieke Vogels (Groen). – *Si je comprends bien la ministre, le rapport 140A du KCE est toujours actuel et reste la pierre de touche de mesures éventuelles en matière de revalidation cardiaque. Cela signifie que la ministre continue à soutenir l'évaluation positive mise en exergue par le KCE quant aux effets de la revalidation.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *En effet.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les astreintes payées dans le cadre de la loi relative aux pratiques non conventionnelles» (n° 5-2753)

M. Louis Ide (N-VA). – *Au travers de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales, le législateur a créé un cadre légal pour la reconnaissance de certaines thérapies alternatives. Le problème, c'est qu'il ne s'agit que d'une petite loi-cadre pour laquelle de nombreux arrêtés d'exécution font encore défaut. C'est là que le bât blesse. Le gouvernement fédéral n'est pas parvenu à mettre cette loi en œuvre dans un délai raisonnable.*

En janvier 2010, l'État belge a par conséquent été condamné à payer une astreinte mensuelle jusqu'à la mise en œuvre intégrale de la loi. Cette épée de Damoclès au-dessus de la tête du pouvoir législatif ne débouchera pas sur une bonne législation.

Des astreintes ont-elles déjà été payées dans le cadre de cette condamnation ? Si oui, combien et à qui ?

Quel est le résultat de l'appel interjeté par l'État belge contre cette condamnation ?

La création fin 2011 des quatre chambres a-t-elle mis un terme à l'obligation de payer des astreintes ?

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre*

op heden nog niet geïmplementeerd en zijn het voorwerp van overleg tussen de betrokken artsen en de ziekteverzekering. De aanpassingen van de normen van het zorgprogramma A voor de cardiale patiënt, moeten worden meegenomen in de discussie. Het is wenselijk dat de huidige nomenclatuur inzake cardiale revalidatie getoetst wordt aan de aanbevelingen van voornoemd rapport van het Kenniscentrum en aan de werkelijke kostenstructuur van het revalidatieprogramma. In het bijzonder moet er een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de multidisciplinaire evaluatie door een revalidatiearts, en anderzijds de revalidatieverstrekkingen begeleid door ofwel een kinesist, ofwel een andere zorgverstrekker. De stelling dat het budget zou moeten toenemen is niet per se correct. Ze moet worden getoetst aan de werkelijke structuur van de kost en de wijze waarop de ziekteverzekering die kan opvangen.

Mevrouw Mieke Vogels (Groen). – Als ik de minister goed begrijp, blijft rapport 140A van het KCE overeind en blijft het de toetssteen voor eventuele maatregelen inzake cardiale revalidatie. Dat wil zeggen dat de minister blijft staan achter de positieve evaluatie van de effecten van de revalidatie die het KCE naar voren bracht.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Inderdaad.*

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de dwangsommen uitbetaald in het kader van de wet inzake de niet-conventionele praktijken» (nr. 5-2753)

De heer Louis Ide (N-VA). – Met de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesithérapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen heeft de wetgever het wettelijk kader gecreëerd voor de erkenning van een aantal alternatieve therapieën. Probleem is wel dat het maar om een korte kaderwet gaat waarvoor nog veel uitvoeringsbesluiten ontbreken. Daar wringt het schoentje. De federale overheid is er dus niet in geslaagd binnen een redelijke termijn uitvoering te geven aan de wet.

Als gevolg daarvan werd de Belgische staat al in januari 2010 veroordeeld tot het betalen van een maandelijkse dwangsom en dat tot de wet integraal van toepassing is. Die druk die als een zwaard van Damocles boven het hoofd van de uitvoerende macht hangt, leidt wellicht niet tot goede wetgeving.

Werden er in het kader van de veroordeling al dwangsommen uitbetaald? Zo ja, voor welk bedrag en aan wie?

Wat is het resultaat van het beroep dat de Belgische staat tegen de veroordeling heeft aange tekend?

Is met het oprichten van de vier kamers eind 2011 een einde gekomen aan de verplichting tot het betalen van een dwangsom?

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en*

des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Des astreintes ont effectivement été payées dans le cadre de ce jugement.

À ce jour, 83 761,66 euros ont été payés par l'État belge.

Selon l'avocat chargé de défendre les intérêts de l'État belge, tout a été payé, ce que conteste la partie adverse qui demande 10 000 euros supplémentaires.

Le juge d'appel ne s'est pas encore prononcé à ce sujet.

Les astreintes ont été payées à la partie adverse par l'intermédiaire du bureau de l'huissier de justice Ann Verzezen.

Le jugement du 9 février 2012 du tribunal de première instance de Bruxelles a mis un terme à la pratique des astreintes.

M. Louis Ide (N-VA). – *À qui ces 83 761,66 euros ont-ils été payés ?*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Aux associations.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Quelles associations ?*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je ne sais pas. Je n'ai pas les noms.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Je reviendrai sur ce point ultérieurement.*

Les astreintes nous ont été imposées par la loi dite Colla. Pour moi, ce n'est pas une bonne chose que des arrêtés d'exécution doivent être pris sous la pression du paiement d'astreintes.

Je déduis d'une demande d'explications antérieure qu'une séance d'audition consacrée aux avis des quatre chambres est prévue à la Chambre. Le Sénat n'est malheureusement pas impliqué. Je propose d'organiser ces auditions en commun avec le Sénat. Apparemment, la ministre veut que la législation soit prête pour la fin juin.

En outre, j'espère que l'on raisonnera en termes d'evidence-based practice pour les pratiques alternatives.

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Ce n'est pas évident. Lors des discussions au sein de la commission paritaire, les opinions de certains universitaires étaient plutôt fermes.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Un scientifique est obligé de partir du principe evidence-based. Un décideur politique doit tenir compte du contexte social et décider dans l'intérêt du patient.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La*

minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – In het kader van de veroordeling werden inderdaad al dwangsommen uitbetaald.

De Belgische staat heeft tot op heden in totaal 83 761,66 euro betaald.

Volgens de raadsman die de belangen van de Belgische staat verdedigt, is daarmee alles betaald. De tegenpartij betwist dat en vraagt bijkomend 10 000 euro.

De rechter in beroep deed daarover nog geen uitspraak.

De dwangsommen werden betaald aan de verwerende partij via het kantoor van gerechtsdeurwaarder Ann Verzezen.

Op grond van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg te Brussel, op 9 februari 2012, is er een einde gekomen aan de praktijk van de dwangsommen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Het gaat om 83 761,66 euro. Aan wie zijn de bedragen uitbetaald?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Aan de verenigingen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Welke verenigingen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Dat weet ik niet. Ik heb geen namen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik kom later nog eens op dat punt terug.

Door de zogenaamde wet-Colla zit het beleid opgezaald met dwangsommen. Ik vind het geen goede zaak dat er onder druk van dwangsommen versneld uitvoeringsbesluiten moeten komen.

Uit een vorige vraag om uitleg leid ik af dat in de Kamer een hoorzitting gepland is over de adviezen van de vier kamers. De Senaat wordt daar spijtig genoeg niet bij betrokken. Ik stel voor de hoorzittingen gemeenschappelijk te organiseren. Blijkbaar wil de minister klaar zijn met de wetgeving tegen eind juni.

Anderzijds hoop ik dat bij de alternatieve praktijkvoering zal worden uitgegaan van een *evidence-based practice*.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het is niet eenvoudig. Tijdens de besprekingen in de paritaire commissie waren de meningen van sommige universiteiten bijzonder hard.

De heer Louis Ide (N-VA). – Een wetenschapper is verplicht vanuit het *evidence-based* principe te vertrekken. Een beleidsmaker wordt met een maatschappelijke context geconfronteerd en moet afwegen in het voordeel van de patiënt.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De

protection du patient doit toujours l'emporter qu'il s'agisse d'art médical, de psychothérapie ou de pratiques non conventionnelles.

M. Louis Ide (N-VA). – *Nous avons déjà un bon dossier que je transmettrai avec plaisir à la ministre. Il a été réalisé grâce au rapport du Centre d'expertise qui, je l'espère, ne sera pas oublié. La ministre y fait souvent référence dans sa note de politique générale. Je m'inquiète quelque peu de constater que le chapitre traitant des médecines alternatives ne fasse pas référence au Centre d'expertise.*

**Demande d'explications de
Mme Elke Sleurs à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «la collaboration
entre le service de médiation du Service
public fédéral Santé publique et le Fonds
des accidents médicaux» (n° 5-2755)**

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Le service de médiation du SPF Santé publique traite les plaintes des patients. Cela concerne entre autres des plaintes introduites contre les prestataires de soins qui les ont traités ou relatives aux traitements médicaux qu'ils ont subis.*

Y a-t-il un accord de coopération entre le service de médiation du SPF Santé publique et le Fonds des accidents médicaux ? Dans l'affirmative, quelles conventions ont-elles été conclues entre les deux services ?

Combien de plaintes introduites au service de médiation du SPF Santé publique concernent-elles des dommages résultant de soins de santé ?

Combien de plaintes le service de médiation du SPF Santé publique a-t-il transmises au Fonds des accidents médicaux ?

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Aucun accord de coopération n'existe entre le service de médiation « Droits du patient » du Service public fédéral (SPF) Santé publique et le Fonds des accidents médicaux (FAM). Il s'agit de deux structures bien distinctes.*

Le service de médiation fédéral « Droits du patient » est compétent pour agir en qualité de médiateur entre le professionnel de santé et le patient dans les soins de santé ambulatoires extrahospitaliers. Des services de médiation « Droits du patient » ont également été mis en place dans chaque hôpital et auprès des plateformes de concertation en santé mentale. Les services de médiation « Droits du patient » ne prennent pas position par rapport à la situation qui s'est produite.

Le Fonds des accidents médicaux a, quant à lui, été créé dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé. Il rend, dans un premier temps, un avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins pour le dommage subi, ainsi que sur la

bescherming van de patiënt moet altijd voorop staan, zowel bij medische geneeskunde, psychotherapie als niet-conventionele praktijken.

De heer Louis Ide (N-VA). – Wij hebben daarover een mooi dossier dat ik de minister met veel plezier zal bezorgen. Het kwam trouwens tot stand dankzij het rapport van het kenniscentrum dat hopelijk niet vergeten wordt. In de beleidsnota van de minister wordt er trouwens vaak naar verwezen. In het hoofdstuk alternatieve geneeswijzen werd echter niet aan het kenniscentrum gerefereerd, wat me enigszins verontrust.

**Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs
aan de vice-eersteminister en minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid over
«de samenwerking tussen de
ombudsdienst van de Federale
Overheidsdienst Volksgezondheid en het
Fonds voor de medische ongevallen»
(nr. 5-2755)**

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – De federale ombudsdienst van de FOD Volksgezondheid behandelt klachten van patiënten. Het betreft onder meer klachten ten aanzien van zorgverleners door wie ze behandeld werden of in verband met de medische behandelingen die ze ondergingen.

Bestaat er een samenwerkingsovereenkomst tussen de ombudsdienst van de FOD Volksgezondheid en het Fonds voor de medische ongevallen? Zo ja, wat zijn de afspraken tussen beide diensten?

Hoeveel klachten bij de ombudsdienst van de FOD Volksgezondheid hebben betrekking op schade ten gevolge van gezondheidszorg?

Hoeveel klachten heeft de ombudsdienst van de FOD Volksgezondheid doorverwezen naar het Fonds voor de medische ongevallen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – Er bestaat geen enkel samenwerkingsakkoord tussen de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” van de federale overheidsdienst Volksgezondheid en het Fonds voor de medische ongevallen (FMO). Het betreft twee duidelijk onderscheiden structuren.

De federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” is bevoegd om in de ambulante gezondheidszorg buiten de ziekenhuizen tussen het verzorgend personeel en de patiënt te bemiddelen. Ook in elk ziekenhuis en bij de overlegplatformen geestelijke gezondheidszorg zijn er ombudsdiensten “Rechten van de patiënt” opgericht. De ombudsdiensten “Rechten van de patiënt” nemen geen standpunt in over het voorval.

Anderzijds is het Fonds voor de Medische Ongevallen opgericht in het kader van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. Het biedt in eerste instantie advies over de eventuele aansprakelijkheid van een zorgverlener voor de

gravité de ce dommage, et procède ensuite, dans certains cas, au versement d'une indemnité.

Les rapports annuels du service de médiation fédéral « Droits du patient » sont publiés sur le site internet : www.patientrights.be.

En 2011, 169 plaintes ont été déposées auprès du service de médiation. Parmi ces plaintes, 78 étaient liées au comportement du praticien professionnel et 91 portaient sur la prestation technique. Le service de médiation fédéral « Droits du patient » n'enregistre pas spécialement les plaintes qui concerneraient les « dommages résultant de soins de santé ».

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la modification planifiée du subventionnement des centres de jour de soins palliatifs» (n° 5-2769)

M. Bert Anciaux (sp.a). – Les centres de jour de soins palliatifs effectuent un travail remarquable. Des patients non alités mais incurables n'étant plus capables de travailler ou de s'engager socialement peuvent s'y rendre et sont entourées de soins adaptés et profondément humains. L'offre est variée et comprend entre autres des thérapies médicales qui, autrement, nécessitent une hospitalisation. Les soins concernent tous les aspects de la personne et un soutien spirituel est également apporté. Le centre de jour offre un foyer où le patient rencontre des personnes se trouvant dans la même situation et des volontaires avec lesquels il peut partager les bons et mauvais moments.

Grâce à ce soutien, combiné aux soins médicaux, les patients peuvent rester plus longtemps chez eux ou quitter plus rapidement l'hôpital. Les centres de jour palliatifs permettent d'éviter une hospitalisation coûteuse. C'est donc aussi une économie.

Il semble toutefois que cet excellent travail soit insuffisamment apprécié par l'autorité publique. Depuis des années, l'avenir financier des centres de jour ne tient qu'à un fil. Ils sont chaque année confrontés à une incertitude quant à leur subventionnement futur, déjà insuffisant. En raison de cette incertitude, différents centres ont fermé ces dernières années. Cela prouve que les centres ne demandaient pas un financement structurel suffisant. C'est pourquoi j'ai été particulièrement heureux qu'un système d'agrément, entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2013, ait été mis en place.

Les conditions de cet agrément semblent cependant poser des problèmes. Je me demande si une concertation suffisante a été menée avec les centres. Ainsi, ceux qui veulent entrer en ligne de compte pour un agrément ou un financement doivent avoir un lien fonctionnel avec une maison de repos et de soins (MRS). Cela signifie en fait que les centres doivent être entièrement intégrés à une MRS, tant en ce qui concerne le personnel que la politique financière, la responsabilité et la philosophie. Pour certains centres de jour palliatifs, cela semble pratiquement et politiquement impossible. Les nouvelles conditions d'agrément constituent en fait un arrêt

geleden schade, alsook over de ernst ervan, en gaat vervolgens in bepaalde gevallen over tot het betalen van een vergoeding.

De jaarverslagen van de federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt" verschijnen op de website www.patientrights.be.

In 2011 werden bij de ombudsdienst 169 klachten ingediend. Daarvan hadden er 78 betrekking op het gedrag van de beroepsbeoefenaar, en 91 op de technische handeling. De federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt" registreert binnen dit kader niet specifiek welke klachten er betrekking hebben op "schade ten gevolge van gezondheidszorg".

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de geplande wijziging van de subsidiering van de palliatieve dagcentra» (nr. 5-2769)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Palliatieve dagcentra leveren schitterend werk. Niet-bedlegerige, maar ongeneeslijk zieke patiënten die niet meer in staat zijn om te werken of zich sociaal te engageren, kunnen er terecht en worden er omgeven door goede, diepmenselijke zorg. Het aanbod is veelzijdig en omvat onder meer medische therapie die anders een ziekenhuisopname vereist. De zorg voor de totale mens staat centraal en er is ook aandacht voor de spirituele ondersteuning. Het dagcentrum biedt een thuis, waar de patiënt lotgenoten en vrijwilligers ontmoet met wie hij of zij goede en slechte momenten kan delen.

Door die ondersteuning, in combinatie met de medische verzorging, kunnen zieken langer thuis blijven of sneller uit het ziekenhuis worden ontslagen. Met een opname in een palliatief dagcentrum wordt een dure ziekenhuisopname vermeden. Het is dus ook een besparing.

Toch lijkt het erop dat het goede werk door de overheid onvoldoende naar waarde wordt geschat. Al jaren hangt de financiële toekomst van de dagcentra aan een zijden draadje. Ieder jaar opnieuw heerst er onzekerheid over de verdere – ontoereikende – subsidiering van de werking. Die onzekerheid zorgde ervoor dat de voorbije jaren verschillende centra afhaakten. Dat is meteen het bewijs dat de centra niet zomaar om een afdoende en structurele financiering vroegen. Ik was daarom bijzonder verheugd dat er eindelijk een systeem van erkenning werd opgezet. Dat zou op 1 januari 2013 ingaan.

De voorwaarden voor die erkenning lijken meteen heel wat problemen te doen rijzen. Ik vraag me af of met de centra wel voldoende werd overlegd. Zo moet wie in aanmerking wil komen voor een erkenning en financiering, een functionele band hebben met een rust- en verzorgingstehuis (RVT). Dit betekent eigenlijk dat de centra volledig in een RVT moeten worden geïntegreerd, zowel qua personeel en financieel beleid als voor verantwoordelijkheid en visie. Voor sommige palliatieve dagcentra lijkt dit praktisch en beleidsmatig onmogelijk. De nieuwe erkenningsvoorwaarden betekenen in feite een doodssteek.

de mort.

Je suis fort étonné de ces conditions contraignantes, sachant que la matière sera entièrement transférée aux communautés à l'occasion de la nouvelle réforme de l'État. En outre, la Communauté flamande signale dès à présent que le lien fonctionnel avec une MRS ne sera pas une condition d'agrément.

Pourquoi a-t-on décidé d'imposer comme condition d'agrément un lien fonctionnel avec une maison de repos et de soins ? Quelle est la véritable raison de tout cela ? La ministre sait-elle que des centres de jour comme Topaz à Wemmel connaîtront de graves difficultés ? Les parties concernées, tant les centres que les communautés qui détermineront à l'avenir les agréments, ont-elles été suffisamment impliquées dans l'élaboration des conditions d'agrément ? La ministre sait-elle que la Communauté flamande n'envisage pas de maintenir la condition du lien avec un MRS ?

La ministre a-t-elle disposée à revoir les nouvelles conditions d'agrément ou à les suspendre, étant donné que la matière sera transférée aux communautés ?

M. Louis Ide (N-VA). – *Je ne comprends pas non plus la condition d'agrément selon laquelle un centre de jour doit être lié à une MRS. La ministre doit peut-être encore préciser son raisonnement. Le débat relatif à la fin de vie n'a rien à voir avec l'âge. La politique retenue considère manifestement que seules des personnes âgées se rendent dans un centre de jour palliatif. C'est inexact : les centres de jour sont fréquentés par des personnes d'âges divers se trouvant en phase de fin de vie. Le personnel doit posséder un autre savoir-faire.*

Je demande également que l'on n'effectue pas cette liaison.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les centres de jour pour soins palliatifs ont commencé sous la forme de projets-pilotes. Dans l'attente d'une réglementation et d'un financement structurels, les conventions avec ces centres ont été prolongées plusieurs fois, jusqu'au 31 décembre 2012.*

Depuis le 1^{er} janvier 2013, ces centres peuvent être agréés au plan fédéral avec un remboursement spécifique de l'assurance maladie de 89,84 euros par jour par patient. Un montant de 1,18 million d'euros est prévu à cette fin au budget 2013 de l'INAMI. L'intervention des autorités fédérales ne peut être octroyée que si les centres font partie d'un pouvoir organisateur qui dispose d'un agrément en tant que maison de repos pour personnes âgées.

En effet, la compétence des autorités fédérales sur le plan des soins de santé se limite aux institutions visées dans la loi organique, à savoir les hôpitaux, les institutions agréées en tant que service intégré de soins à domicile (SISD), les services de soins infirmiers à domicile ou les maisons de repos pour personnes âgées.

Dès lors, un financement fédéral ne pouvait être accordé aux initiatives de soins de jour palliatifs que via l'une de ces institutions. Les différentes options ont été étudiées avec les centres de soins palliatifs existants au sein du groupe de travail intercabinets « politique de soins pour personnes

De ingrijpende voorwaarde wekt ook bij mij grote verbazing, zeker omdat de materie in het kader van de nieuwe staats hervorming volledig naar de gemeenschappen wordt overgeheveld. Bovendien stelt de Vlaamse Gemeenschap nu reeds dat de voorwaarde van een functionele band met een RVT geen erkenningsvoorwaarde zal zijn.

Waarom werd beslist de functionele band met een rust- en verzorgingstehuis als een voorwaarde voor een erkenning in te stellen? Welke redenering schuilt hier achter? Weet de minister dat hierdoor dagcentra zoals Topaz in Wemmel in grote moeilijkheden worden gebracht? Werden de belanghebbenden, zowel de centra maar ook de gemeenschappen die straks de erkenningen zullen bepalen, voldoende betrokken bij de totstandkoming van de erkenningsvoorwaarden? Is de minister op de hoogte dat de Vlaamse Gemeenschap niet van plan is om de functionele band met een RVT als voorwaarde te behouden?

Is de minister bereid om de nieuwe erkenningsvoorwaarden te herzien of al dan niet geheel op te schorten, aangezien de materie naar de gemeenschappen zal worden overgeheveld?

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik begrijp de erkenningsvoorwaarde dat een dagcentrum aan een RVT moet zijn gekoppeld, ook niet. Misschien moet de minister toch nog eens haar redenering verduidelijken. Het debat rond het levenseinde heeft niets te maken met leeftijd. Blijkbaar gaat het beleid ervan uit dat in een dagcentrum voor palliatieve zorg enkel oude mensen komen. Dat klopt niet: in een dagcentrum komen mensen van verschillende leeftijden die in een eindelevensfase zitten. Het personeel moet dus over een andere knowhow beschikken.

Ik vraag dan ook die koppeling niet te maken.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De dagcentra voor palliatieve verzorging zijn als proefprojecten van start gegaan. In afwachting van een structurele reglementering en financiering werden de overeenkomsten met de centra verschillende keren verlengd, tot 31 december 2012.

Sinds 1 januari 2013 kunnen de centra federaal worden erkend met een specifieke vergoeding vanuit de ziekteverzekering van 89,84 euro per dag per patiënt. Om die kosten ten laste te nemen wordt in de begroting 2013 van het RIZIV 1,18 miljoen euro uitgetrokken. De tegemoetkoming vanuit de federale overheid kan enkel worden toegekend op voorwaarde dat de centra deel uitmaken van een inrichtende macht die een erkenning heeft als een rustoord voor bejaarden.

De bevoegdheid van de federale overheid op het vlak van gezondheidszorg is immers beperkt tot de instellingen bedoeld in de organieke wet, te weten de ziekenhuizen, de instellingen erkend als geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT), de diensten voor thuisverpleging of de rustoorden voor bejaarden.

Aan de initiatieven voor palliatieve dagverzorging kon dan ook enkel federale financiering worden toegekend via een van de hogervermelde instellingen. De verschillende opties werden samen met de bestaande palliatieve centra bestudeerd

âgées » de la conférence interministérielle Santé publique. Le choix s'est porté sur un lien de coopération fonctionnel avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins. Cette décision s'inspire principalement d'un texte de consensus sur le modèle de soins « centre de jour de soutien », que les centres palliatifs existants ont proposé au groupe de travail intercabinets en septembre 2009. La proposition et le financement y afférent ont été approuvés par la conférence interministérielle Santé publique le 14 décembre 2009.

Les différentes parties prenantes ont été impliquées dans l'élaboration de ce nouveau cadre structurel, en particulier via la conférence interministérielle et les organes paritaires de l'INAMI.

Revenir sur cette solution structurelle signifierait que l'on remet en question les décisions de la conférence interministérielle et que l'on revient sur les propositions et les avis rendus par le Comité de l'assurance de l'INAMI.

En ce qui concerne la situation spécifique de Topaz à Wemmel, je peux vous dire que, le 21 décembre 2012, j'ai eu une réunion très constructive avec les responsables de ce centre et que nous avons pu ensemble dessiner une piste de solution.

M. Bert Anciaux (sp.a). – Il est exact que l'autorité fédérale est compétente pour les trois types d'institutions cités par la ministre. Je comprends donc que la ministre doive régler le financement des centres de jour palliatifs par le biais d'un lien avec l'une de ces institutions. C'est un problème temporaire. Lorsque la compétence sera transférée aux communautés, celles-ci pourront élaborer une autre réglementation n'exigeant plus de lien fonctionnel entre un centre de jour palliatif et l'une des trois institutions citées.

Je serais très heureux qu'une solution soit trouvée pour la situation spécifique de Topaz. Il n'est pas très difficile de trouver un centre d'hébergement et de soins qui accepte une collaboration structurelle, à condition que cela n'exige pas une procédure administrative trop lourde. Il faut veiller à éviter que les moyens octroyés à un centre de jour palliatif ne soient pas en grande partie affectés à l'accord de coopération.

La ministre affirme que la conférence interministérielle Santé publique a suggéré la solution. Il est dès lors étrange que la Communauté flamande nous dise, de même qu'aux centres de jour palliatifs, qu'elle trouve la décision incompréhensible. Ce serait hypocrite.

Je comprends que, sur le plan juridique, ce lien doit être établi, mais j'espère que le lien structurel entre un centre de jour palliatif et un centre d'hébergement et de soins ne constituera pas une charge trop lourde.

M. Louis Ide (N-VA). – Je comprends qu'il y ait un problème institutionnel. N'a-t-on pas pensé à considérer un centre de jour comme un service spécialisé isolé pour le traitement et la revalidation ou comme un service de gériatrie isolé, qui seront aussi transférés ? Ce n'est pas tout à fait pareil sur le fond, mais il s'agit de personnes morales différentes.

in de interkabinettenwerkgroep “ouderenzorgbeleid” van de interministeriële conferentie Volksgezondheid. Er werd gekozen voor een functioneel samenwerkingsband met een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis. Deze beslissing werd voornamelijk geïnspireerd op een consensustekst over het supportief dagcentrum als zorgmodel die de bestaande palliatieve centra in september 2009 aan de interkabinettenwerkgroep hebben voorgesteld. Het voorstel en de daaraan gekoppelde financiering werd door de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 14 december 2009 bekrachtigd.

De verschillende partijen werden dus betrokken bij de uitwerking van dit nieuwe structurele kader, in het bijzonder via de interministeriële conferentie en de paritaire organen van het RIZIV.

Dat betekent dat wie deze structurele oplossing wil terugdraaien, ook de beslissingen van de interministeriële conferentie op de helling zet en ook de voorstellen en positieve adviezen die door het Verzekeringscomité van het RIZIV werden gegeven, in vraag stelt.

Wat de specifieke situatie van dagcentrum Topaz te Wemmel betreft, heb ik op 21 december 2012 een heel constructieve vergadering gehad met de verantwoordelijken van het centrum. We hebben samen een mogelijke oplossing uitgewerkt.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Het klopt dat de federale overheid bevoegd is voor de drie soorten van instellingen die de minister heeft genoemd. Ik begrijp dan ook dat de minister de financiering van de palliatieve dagcentra via een koppeling aan een van die instellingen moest regelen. Het is een tijdelijk probleem. Eens de bevoegdheid naar de gemeenschappen zal zijn overgeheveld, kunnen die een andere regeling uitwerken waarbij een functionele band tussen een palliatieve dagcentrum en een van de drie genoemde instellingen niet langer is vereist.

Het zou me zeer verheugen mocht een oplossing worden gevonden voor de specifieke situatie van Topaz. Het is op zich niet zo moeilijk een woonzorgcentrum te vinden dat een structurele samenwerking wil aangaan, op voorwaarde dat dit een niet al te zware administratieve procedure vergt. Wel moet erover worden gewaakt dat de middelen voor een palliatief dagcentrum niet grotendeels wegvloeien naar het samenwerkingsverband.

De minister zegt dat de interministeriële conferentie Gezondheidszorg de oplossing heeft gesuggereerd. Het is dan ook vreemd dat de Vlaamse Gemeenschap ons en de palliatieve dagcentra meldt dat ze de beslissing onbegrijpelijk vindt. Dat zou hypocriet zijn.

Ik begrijp wel dat op juridisch vlak die band moet worden gelegd, maar ik hoop dat de structurele band tussen een palliatief dagcentrum en een woonzorgcentrum niet een te zware last vormt.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik begrijp dat er een institutioneel probleem is. Is er niet gedacht aan een de dagcentra te beschouwen als een geïsoleerde gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie of als een geïsoleerde geriatriedienst, die ook zullen worden overgeheveld? Dat komt inhoudelijk ook niet helemaal overeen, maar het gaat

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Il est curieux que la suggestion n'ait pas été discutée au sein de la conférence interministérielle.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «un conflit entre l'INAMI et un médecin défendant des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique» (n° 5-2799)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Le 4 décembre dernier, les patients d'un médecin spécialiste du syndrome de fatigue chronique (SFC) ont organisé une marche silencieuse à l'hôpital général de Vilvorde. Ces protestations s'adressaient notamment à l'INAMI qui met systématiquement les hôpitaux sous pression afin qu'ils ne collaborent pas avec ce médecin qui prend la défense de patients qui sont envoyés tout aussi systématiquement par d'autres médecins et hôpitaux. Apparemment, ce médecin serait aussi menacé d'une amende monstrueuse. Les patients souffrant du SFC, réunis au sein d'un groupe d'entraide, protestent depuis longtemps déjà contre la manière dont les soins de santé belges les traitent. Précédemment, j'ai déjà interrogé la ministre à ce sujet. Il n'est dès lors pas étonnant que ces patients se montrent très solidaires avec un des rares médecins qui les prennent au sérieux.*

Le SFC constitue un problème pour les personnes qui en souffrent. Je tente d'approfondir mes connaissances dans ce domaine. Je sais qu'il y a des croyants et des non-croyants et que certains médecins se montrent particulièrement négatifs vis-à-vis de ce syndrome mais on ne peut chercher des misères à des médecins qui prennent cette maladie au sérieux.

La ministre peut-elle faire preuve de compréhension envers les patients souffrant du SFC qui prennent le parti du médecin concerné ? Comment évalue-t-elle leur plainte quant à la manière dont l'INAMI traite ce médecin ? Nous pourrions même parler d'une véritable chasse aux sorcières.

Comment la ministre peut-elle réfuter la plainte persistante et pertinente selon laquelle le SFC est toujours catalogué par nos soins de santé comme une maladie mentale et non comme une maladie physique ? Ce point de vue va à l'encontre des décisions et recommandations des colloques médicaux internationaux et a des conséquences négatives énormes pour les patients.

M. Louis Ide (N-VA). – *M. Anciaux parle de deux médecins qui ont été condamnés par l'INAMI à payer 637 000 euros pour avoir prescrit illégalement des tests et des thérapies. Les médecins avaient obtenu l'aval des médecins conseil. En outre, l'INAMI aurait dû intervenir plus tôt. Ce point de vue est toutefois distinct du fond de l'affaire.*

Les patients souffrant du SFC veulent être pris au sérieux et ont souvent l'impression qu'ils sont abandonnés parce qu'on ne les écoute pas. Nous ne pouvons toutefois pas tout étiqueter comme une maladie purement physique. Selon les études médicales récentes, le SFC est une maladie tant physique que sociale et psychique. Au début, on pensait que le

wel om aparte rechtspersonen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Het is wel vreemd dat de suggestie niet ter sprake is gekomen op de interministeriële conferentie.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het conflict tussen het RIZIV en een arts die opkomt voor patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom» (nr. 5-2799)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Op 4 december jongstleden hielden patiënten van een arts, gespecialiseerd in CVS, een stille mars aan het algemeen ziekenhuis van Vilvoorde. Dit protest richtte zich onder meer tegen het RIZIV, dat de ziekenhuizen systematisch onder druk zet om niet samen te werken met deze arts die opkomt voor patiënten die even systematisch door andere artsen en ziekenhuizen worden doorgestuurd. Blijkbaar zou deze arts ook worden bedreigd met een monsterboete. CVS-patiënten, verenigd in een zelfhulpgroep, protesteren al heel lang tegen de wijze waarop de Belgische gezondheidszorg met hen omspringt. Al eerder ondervroeg ik de minister hierover. Het is daarom niet verwonderlijk dat deze patiënten zich zeer solidair opstellen met een van de weinige artsen die hen ernstig neemt.

CVS vormt voor de mensen die eraan lijden, een probleem. Ik probeer me in deze materie te verdiepen. Ik weet dat er *believers* en *nonbelievers* zijn en dat sommige artsen zich bijzonder negatief opstellen tegenover patiënten met dit syndroom, maar men mag de artsen die deze ziekte wel ernstig nemen niet koeioneren.

Kan de minister begrip opbrengen voor de CVS-patiënten die het opnemen voor de betrokken arts? Hoe evalueert de minister de klacht van de CVS-patiënten over de wijze waarop het RIZIV deze arts behandelt? We zouden zelfs kunnen spreken van een ware heksenjacht.

Hoe kan de minister de hardnekkige en toch wel relevante klacht weerleggen dat CVS door onze gezondheidszorg nog steeds als een geestesziekte en niet als een lichamelijke ziekte wordt gecatalogiseerd? Dat standpunt gaat in tegen de besluiten en aanbevelingen van internationale medische fora en heeft ingrijpende, negatieve gevolgen voor de patiënten.

De heer Louis Ide (N-VA). – De heer Anciaux doelt op twee artsen die door het RIZIV veroordeeld werden tot het betalen van 637 000 euro voor het onwettig voorschrijven van testen en therapieën. De artsen hadden bovendien goedkeuring gekregen van de adviserend geneesheren. Het RIZIV had daarenboven vroeger moeten optreden. Dit standpunt staat evenwel los van de inhoud van de vraag.

Patiënten met CVS willen ernstig worden genomen en hebben vaak de indruk dat ze in de kou blijven staan, omdat er niet naar hen geluisterd wordt. We mogen echter niet alles willen labelen als een puur fysieke aandoening. De jongste medische inzichten gaan ervan uit dat CVS zowel een fysieke als een

SFC était causé par un virus mais cette hypothèse a depuis lors été infirmée. Il n'y a donc aucun agent causal pathogène.

Un des aspects qui sont bel et bien sous-estimés est que, chez de nombreuses personnes souffrant d'un SFC, la problématique de la glande thyroïde et d'autres problèmes font insuffisamment l'objet d'examen. Ceux-ci pourraient pourtant permettre de détecter une maladie physique à côté de laquelle on est passé au sein de la population des patients souffrant du SFC.

Il existe un consensus médical au sujet du modèle biopsychique et physique. Nous ne pouvons pas rejeter sans autre forme de procès l'expertise constituée par les centres de référence. Le SFC doit être détecté le plus tôt possible chez les patients. Si cette détection a lieu dans les six mois voire de préférence dans les quatre mois, les chances de guérison sont grandes. Les centres de référence ont commencé dans des circonstances particulièrement difficiles. Ils ont en effet été confrontés à des patients qui souffraient déjà de cette maladie de longue durée depuis deux ou trois ans.

En d'autres termes, la problématique du SFC doit être appréhendée de manière nuancée ; on adopte encore aujourd'hui une attitude manichéenne. Nous devons bien faire attention à ne pas nous laisser entraîner par les thérapeutes qui proposent aux patients des thérapies très chères qui ne fonctionnent pas.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Je suis au courant de la marche silencieuse du 4 décembre 2012 dont il a été question.*

L'INAMI dément formellement l'allégation selon laquelle les hôpitaux seraient systématiquement mis sous pression afin qu'ils ne collaborent pas avec le médecin concerné, spécialisé dans le traitement du SFC. L'enquête du service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI s'est exclusivement limitée au respect des conditions de remboursement reprises dans la réglementation, ce qui relève des compétences de ce service. Il n'est nullement question d'une chasse aux sorcières. L'enquête et les procédures se sont déroulées conformément aux dispositions légales. Des infractions graves ont été constatées. Elles ont entraîné la réclamation d'un montant important qui avait été indûment versé par l'assurance maladie. Aucune amende complémentaire n'a été infligée. Le médecin concerné a pu faire valoir ses droits à la défense. Il a porté son affaire devant la chambre de recours et a ensuite introduit un recours en cassation administrative auprès du Conseil d'État qui ne l'a pas accepté. La décision est depuis lors devenue définitive.

J'ai déjà souvent démenti que l'INAMI adopte un point de vue sur la cause des symptômes du SFC. Cette cause n'est pas connue. C'est ce qui ressort de la littérature établie par le Centre d'expertise sur la base des publications relatives aux recherches scientifiques internationales sur le SFC.

Les traitements du SFC qui ont été remboursés dans les centres de référence, ne sont pas des traitements qui suppriment la cause des plaintes. Un tel traitement n'existe pas encore, précisément parce que la cause n'est pas encore connue. Les traitements qui ont été remboursés dans les

sociale en psychische aandoening is. Aanvankelijk dacht men dat CVS werd veroorzaakt door een virus, maar die studies werden inmiddels ontkracht. Er is dus geen oorzakelijk pathogeen agens.

Een van de aspecten die wel degelijk worden onderschat, is dat vele mensen met CVS onvoldoende worden onderzocht op schildklierproblematiek en andere problemen, waardoor men alsnog een fysieke aandoening zou kunnen detecteren die men heeft gemist binnen de patiëntenpopulatie van het CVS.

Er bestaat een medische consensus over het biopsychisch en fysiek model. We mogen de opgebouwde expertise van de referentiecentra niet zomaar weggooiden. Patiënten met CVS moeten zo snel mogelijk worden gedetecteerd. Als die detectie binnen zes maanden gebeurt, en liefst zelfs binnen vier maanden, is de kans op genezing groot. De referentiecentra zijn in bijzonder moeilijke omstandigheden van start gegaan. Ze werden immers geconfronteerd met patiënten die al twee of drie jaar kampten met die slepende ziekte. Dan is het bijzonder moeilijk om succes te boeken.

Met andere woorden, de problematiek van CVS moet genuanceerd worden benaderd; nu gebeurt dat nog altijd te veel zwart/wit. We moeten goed opletten ons niet voor de kar te laten spannen van zorgverstrekkers die patiënten heel dure therapieën voorstellen die niet werken.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik ben op de hoogte van de stille mars van 4 december 2012, waarvan sprake.*

Het RIZIV ontkent formeel de aantijging als zouden ziekenhuizen systematisch onder druk worden gezet om niet samen te werken met de arts in kwestie, die gespecialiseerd is in de behandeling van CVS. Het onderzoek van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV beperkte zich uitsluitend tot de naleving van de terugbetalingsvoorwaarden die in de reglementering opgenomen zijn, wat tot de bevoegdheden van deze dienst behoort. Van een heksenjacht is geen sprake. Het onderzoek en de procedures verliepen binnen de wettelijke bepalingen. Er werden ernstige inbreuken vastgesteld die hebben geleid tot de terugvordering van een groot bedrag, dat onterecht werd uitgekeerd door de ziekteverzekering. Een bijkomende geldboete werd niet opgelegd. De betrokken arts heeft zijn rechten van verdediging kunnen aanwenden. Hij heeft zijn zaak voor de Kamer van beroep gebracht, waarna hij een administratief cassatieberoep heeft ingesteld bij de Raad van State, dat niet werd ingewilligd. De beslissing is inmiddels definitief.

Ik heb al vaak weerlegd dat het RIZIV een standpunt inneemt over de oorsprong van de CVS-symptomen. Die oorsprong is nog niet bekend, zoals blijkt uit de literatuurstudie die het Kenniscentrum heeft uitgevoerd op basis van de publicaties over het internationaal, wetenschappelijk onderzoek naar CVS.

De behandelingen voor CVS die in de referentiecentra werden terugbetaald, zijn geen behandelingen die de oorzaak van de klachten wegnemen. Een dergelijke behandeling bestaat nog niet, precies omdat de oorzaak nog niet bekend is. De

centres de référence font partie d'une thérapeutique multidisciplinaire lors de laquelle les facteurs corporels, psychiques et sociaux des patients concernés sont pris en compte simultanément et avec la même attention. La plupart des médecins attribuent actuellement le SFC à des facteurs organiques et psychiques.

L'INAMI a, en collaboration avec mon cabinet, élaboré de nouvelles mesures tenant compte des recommandations du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Le 14 janvier de cette année, le comité de gestion de l'INAMI a approuvé la note conceptuelle et le Collège des médecins-directeurs établira bientôt la base réglementaire à ce sujet. Ces mesures doivent maintenir l'offre de soins des centres de référence, élargir leur accès et améliorer le lien entre coûts et rendement grâce à l'augmentation de la contribution tant de la première ligne que de la seconde aux soins.

Permettez-moi de décrire brièvement les nouvelles mesures : création de centres de diagnostic multidisciplinaires dans différents hôpitaux ; remboursement de la thérapie comportementale et cognitive individuelle à l'extérieur des centres, en première ligne, par le biais de chèques que les centres donnent aux patients ; thérapie d'exercices graduelle à l'extérieur des centres, en première ligne, avec inscription sur la liste Fb sur prescription d'un centre de diagnostic.

Un montant de 2,3 millions d'euros est prévu pour 2013 pour la création de centres et le remboursement de la thérapie comportementale et cognitive individuelle. La thérapie d'exercices graduelle dispensée par les kinésithérapeutes sera remboursée sur la base de la nomenclature.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je sais que je m'aventure en terrain glissant. Je ne suis pas un expert, un médecin ou un psychologue. Je rencontre seulement régulièrement des gens qui souffrent d'un SFC et qui se sentent, à tort ou à raison, abandonnés dans notre système de soins de santé qui, au demeurant, fonctionne bien. Nous ne pouvons pas trop vite estimer que les quelques médecins en qui ces gens ont confiance sont des profiteurs ou des charlatans. Au cours de l'histoire, des esprits avec des idées neuves ont souvent d'abord été considérés comme des hérétiques mais ils sont quand même à l'origine de nouvelles voies. Il s'agit sans aucun doute d'un mélange de maladies biopsychique et physique. Il arrive en outre de temps en temps, même si cela reste exceptionnel, que l'INAMI se trompe.*

Un ministre doit bien entendu s'appuyer sur l'INAMI. Nous ne pouvons pas estimer sans preuve qu'il existe un complot ou une chasse aux sorcières à l'encontre de certains médecins mais c'est peut-être ressenti comme tel. Peut-être la ministre peut-elle intervenir en tant que médiatrice ? Je sais qu'elle a déjà accordé beaucoup de temps à la problématique du SFC mais j'estime qu'il est réellement important que ces patients aient un sentiment de reconnaissance. C'est pourquoi je prends des risques en espérant que la ministre partage ma préoccupation.

behandelingen die in de referentiecentra werden terugbetaald, maken deel uit van een multidisciplinaire behandelingswijze, waarbij de lichamelijke, psychische en sociale factoren van de getroffen patiënten tegelijkertijd en als even belangrijk worden beschouwd. De meeste deskundigen wijten het chronisch vermoeidheidssyndroom thans aan organische en psychische factoren.

Het RIZIV heeft, in samenwerking met mijn kabinet, nieuwe maatregelen uitgewerkt die rekening houden met de aanbevelingen van het KCE. Het beheerscomité van het RIZIV heeft de conceptuele nota goedgekeurd op 14 januari van dit jaar en het College van geneesheren-directeurs zal de reglementaire basis hieromtrent weldra opstellen. Deze maatregelen moeten het zorgaanbod van de referentiecentra handhaven, de toegankelijkheid ervan vergroten en de verhouding tussen de kosten en het rendement verbeteren door de bijdrage van zowel de eerste lijn als de tweede lijn aan de zorgverlening te verhogen.

Sta me toe de nieuwe maatregelen bondig te omschrijven: oprichting van interdisciplinaire diagnosecentra in verschillende ziekenhuizen; terugbetaling van de individuele cognitieve gedragstherapie buiten de centra, in de eerste lijn, via cheques die de centra aan de patiënten geven; graduele oefentherapie buiten de centra in eerste lijn, met inschrijving op de Fb-lijst op voorschrift door een diagnosecentrum.

Voor 2013 wordt voor de oprichting van centra en voor de terugbetaling van de individuele cognitieve gedragstherapie 2,3 miljoen euro uitgetrokken. De door de kinesitherapeuten verstrekte graduele oefentherapie zal op basis van de nomenclatuur worden terugbetaald.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik weet dat ik me op glad ijs begeef. Ik ben geen deskundige, arts of psycholoog. Ik ontmoet alleen geregeld mensen met CVS die zich in onze overigens goed functionerende gezondheidszorg terecht of onterecht in de steek gelaten voelen. We mogen niet te snel oordelen dat de enkele artsen waarin die mensen vertrouwen hebben, profiteurs of kwakzalvers zijn. In de geschiedenis werden nieuwe geesten ook eerst vaak als ketters afgeschilderd, maar toch liggen ze aan de oorsprong van nieuwe wegen. Zonder enige twijfel gaat het om een mengeling van een biopsychische en fysieke aandoening. Bovendien valt het uitzonderlijk wel eens voor dat het RIZIV zich vergist.

Vanzelfsprekend moet een minister voortgaan op het RIZIV. We mogen er niet zomaar van uitgaan dat er een complot of een heksenjacht tegen bepaalde artsen is, maar misschien wordt het wel als dusdanig gevoeld. Allicht kan de minister dan bemiddelend optreden. Ik weet wel dat ze aan de problematiek van het CVS al veel tijd heeft besteed, maar ik acht het van wezenlijk belang dat die patiënten een gevoel van erkenning en herkenning krijgen. Daarom steek ik mijn nek uit, in de hoop dat de minister mijn bezorgdheid deelt.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les audits dans les hôpitaux» (n° 5-2808)

M. Louis Ide (N-VA). – De nombreux efforts ont été faits ces dernières années pour améliorer la qualité dans nos hôpitaux. Plusieurs organisations s'y attellent via l'accréditation ou via des audits réalisés, notamment, par l'ISP, l'AFMPS et les agences des communautés pour le compte de l'État.

Dans une majorité des cas, ces inspections et audits ont déjà fourni des informations intéressantes pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux concernés.

Mais il y a également des cas où l'on peut douter de la plus-value et de la qualité de certaines recommandations et où l'on peut se demander si elles reposent bien sur le principe de l'evidence-based medicine (EBM).

En cas de doute, les audités ont-ils le droit de demander à l'auditeur les publications scientifiques sur lesquelles s'appuient les recommandations ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Dans le cadre de l'arrêté royal relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique, l'Institut scientifique de santé publique (ISP) surveille la mise en place du système de qualité dans les laboratoires agréés en réalisant des audits sur place. La commission de biologie clinique a élaboré un code de pratique pour aider les laboratoires à mettre en place un système de qualité. Les laboratoires qui veulent satisfaire aux exigences de l'arrêté royal doivent instaurer un système de qualité qui répond aux normes décrites dans le code de pratique.*

Pour veiller à l'introduction correcte du système de qualité, l'ISP réalise des audits en s'appuyant sur une liste de contrôle basée sur la version 2 du code de pratique, datant de 2007. Un rapport est ensuite rédigé et il est demandé aux laboratoires de biologie clinique d'élaborer un plan d'action. Si l'audit a des doutes quant au fait que la recommandation est bien basée sur l'EBM, l'ISP étayera les recommandations en renvoyant à la version 2 du code de pratique.

Dans le cadre de l'arrêté royal relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomo-pathologie, ces derniers pourront recevoir un agrément dès le 1^{er} mars 2013 s'ils répondent aux exigences de l'arrêté royal. Comme les laboratoires de biologie clinique, les laboratoires d'anatomo-pathologie devront aussi élaborer un système de qualité. La commission d'anatomo-pathologie élaborera un code de pratique pour aider les laboratoires. L'ISP réalisera par conséquent des audits généraux sur place pour vérifier la bonne introduction du système de qualité.

Les inspections réalisées par l'Agence fédérale des

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «audits in de ziekenhuizen» (nr. 5-2808)

De heer Louis Ide (N-VA). – De voorbije jaren zijn er zeer veel inspanningen geleverd om de kwaliteit in onze ziekenhuizen te verbeteren. Verschillende organisaties werken hieraan mee via accreditatie of via audits die onder meer uitgevoerd worden door het WIV, FAGG, de agentschappen van de gemeenschappen in opdracht van de overheid.

In een meerderheid van de gevallen leveren al deze inspecties en audits interessante informatie op voor de betrokken ziekenhuizen en kunnen de resultaten ervan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit.

Maar er zijn ook gevallen waarbij vragen kunnen worden gesteld bij de meerwaarde en de kwaliteit van sommige aanbevelingen en of ze wel gestoeld zijn op de principes van *evidence-based medicine* (EBM).

Heeft de geauditeerde, indien er twijfels bestaan of de aanbevelingen wel EBM gebaseerd zijn, het recht bij de auditor de nodige wetenschappelijke publicaties op te vragen waarmee de aanbeveling kan gestaafd worden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – In het kader van het koninklijk besluit betreffende de erkenning van laboratoria voor klinische biologie, bewaakt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) de invoering van het kwaliteitssysteem in de erkende laboratoria door algemene audits ter plaatse uit voeren. Een praktijkrichtlijn werd uitgewerkt door de commissie voor klinische biologie om de laboratoria te helpen een kwaliteitssysteem op te stellen. Laboratoria die willen voldoen aan de eisen van het koninklijk besluit dienen een kwaliteitssysteem op te stellen dat voldoet aan de normen zoals ze in de praktijkrichtlijn beschreven zijn.

Om de correcte invoering van het kwaliteitssysteem te bewaken voert het WIV audits uit aan de hand van een checklist die gebaseerd is op de praktijkrichtlijn, versie 2 van 2007. Nadien wordt een verslag opgesteld, waarna aan de laboratoria voor klinische biologie gevraagd wordt om een actieplan uit te werken. Indien er bij de geauditeerde twijfels bestaan of de aanbevelingen wel gebaseerd zijn op EBM, worden de aanbevelingen door het WIV gestaafd door verwijzing naar de praktijkrichtlijn versie 2.

Naar aanleiding van het koninklijk besluit betreffende de erkenning van laboratoria voor pathologische anatomie zullen die laboratoria voor pathologische anatomie vanaf 1 maart 2013 een erkenning kunnen krijgen als ze voldoen aan de eisen zoals in het koninklijk besluit wordt aangegeven. Zoals voor de laboratoria voor klinische biologie, zullen de laboratoria voor pathologische anatomie in de toekomst ook een kwaliteitssysteem moeten uitwerken. Een praktijkrichtlijn zal door de commissie voor pathologische anatomie uitgewerkt worden om de laboratoria hierbij te helpen.

médicaments et des produits de santé (AFMPS) dans les hôpitaux sont liées à l'inspection des pharmacies hospitalières. La qualité des médicaments et des préparations magistrales ainsi que le respect de la chaîne de distribution des médicaments et des dispositifs médicaux sont contrôlés lors de ces inspections.

L'AFMPS vérifie également le respect des bonnes pratiques cliniques des tests cliniques avec médicaments réalisés dans les hôpitaux.

En outre, il y a aussi les inspections des banques de cellules et de tissus qui ont démarré en 2010 où, selon les critères de la loi du 19 décembre 2008 et ses arrêtés d'exécution, on a constaté une diminution considérable du nombre de manquements graves. Les recommandations faites lors de ces inspections ne sont pas basées sur l'EBM mais bien sur la loi, les bonnes pratiques et les avis du Conseil supérieur de la santé.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je ne vais pas m'étendre longuement sur le sujet mais je reformulerai la question. Il ressort de mon expérience de terrain et des contacts avec mes collègues que, par exemple, les inspections effectuées par l'Institut scientifique de santé publique (ISP) au cours de ces cinq dernières années dans les laboratoires cliniques ont en effet entraîné une amélioration substantielle de la qualité.*

Aujourd'hui, certaines exigences supplémentaires sont imposées. On peut dès lors se demander si la qualité va ainsi encore continuer à s'améliorer.

De nombreuses personnes ont l'impression qu'il est impossible d'avoir une simple discussion scientifique avec les inspecteurs. Certains d'entre eux puisent dans leur expérience personnelle pour tenir des choses pour certaines. Il ne s'agit toutefois pas là d'evidence-based medicine (EBM, médecine basée sur des preuves scientifiques). On doit quand même pouvoir en discuter.

Je demande à la ministre comment on pourrait remédier à ce problème lors des inspections. En d'autres termes, comment pouvons-nous aboutir à une conception pragmatique de la qualité ? Sans elle, nous risquons de nous perdre dans des chicaneries. Il est important qu'on puisse toujours continuer à mener un débat scientifique de fond.

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Je n'ai encore reçu aucune demande spécifique des médecins en vue d'une concertation avec les inspecteurs mais je suis toute disposée à discuter avec des experts de cette problématique.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Je reviendrai donc ultérieurement sur cette question avec des suggestions concrètes.*

Bijgevolg zal het WIV algemene audits ter plaatse uitvoeren om de goede invoering van het kwaliteitssysteem na te gaan.

De inspecties, die het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) in ziekenhuizen uitvoert, houden verband met de inspectie van de ziekenhuisapotheken. Daar worden zowel de kwaliteit van de geneesmiddelen als van de magistrale bereidingen gecontroleerd en de naleving van de distributieketen van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen geverifieerd.

Een andere vorm van controle door het FAGG in de ziekenhuizen is de inspectie van het naleven van de *good clinical practices* bij klinische proeven met geneesmiddelen.

Verder zijn er ook de inspecties van de Cel- en Weefselbanken die sinds 2010 gestart zijn en waar na drie jaar inspectie, nu volgens de criteria van de wet van 19 december 2008 en de uitvoeringsbesluiten van die wet een opmerkelijke daling wordt vastgesteld van het aantal grote tekortkomingen. De aanbevelingen geformuleerd naar aanleiding van deze inspecties zijn niet gebaseerd op *evidence-based medicine*, maar wel op basis van de wet, op basis van goede praktijken en op basis van adviezen van de Hoge Gezondheidsraad.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik zal hier nu niet te lang over doorboren, maar ik zal de vraag herformuleren. Uit de ervaring in het werkveld en de contacten met collega's blijkt dat, bijvoorbeeld de inspecties van het WIV de laatste vijf jaar in de klinische laboratoria inderdaad geleid hebben tot een substantiële kwaliteitsverbetering.

Wanneer nu bepaalde bijkomende eisen worden gesteld, is het wel de vraag of daaruit nog verdere kwaliteitsverbetering kan voortvloeien.

Bij velen bestaat de indruk dat men met inspecteurs niet in een gewoon wetenschappelijke discussie kan treden. Sommige van hen putten uit hun eigen persoonlijke ervaring om bepaalde zaken voor waar aan te nemen; dat is evenwel geen *evidence-based medicine*. Dat moet toch bespreekbaar zijn?

Ik vraag de minister hoe dit probleem bij inspecties zou kunnen ondervangen worden. Hoe we, met andere woorden, tot een pragmatische benadering van kwaliteit kunnen komen. Zo niet, dreigen we onszelf te verliezen in pietluttigheden. Het is van belang dat men steeds een inhoudelijk wetenschappelijk debat kan blijven voeren.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Van artsen heb ik nog geen specifieke vraag gekregen om overleg te plegen over de inspecties, maar ik ben zeker bereid om met deskundigen over deze problematiek te discussiëren.*

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik zal dus later op deze vraag terugkomen met concrete suggesties.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'arrêt de la production de l'antibiotique Augmentin» (n° 5-2915)

M. Louis Ide (N-VA). – *GlaxoSmithKline a fait savoir à tous les hôpitaux que la production de la forme intraveineuse (i.v.) de l'antibiotique Augmentin est arrêtée. Il n'y aurait pas uniquement un rapport avec une éventuelle rupture de stock ; GSK aurait pris cette décision parce qu'elle souhaite investir dans d'autres médicaments et parce qu'elle estime que la production d'Augmentin i.v. n'est plus suffisamment lucrative. C'est ce qui ressort de déclarations dans Het Laatste Nieuws.*

Le jeudi 20 décembre, j'ai posé une question orale à la ministre à ce sujet. Dans les couloirs, elle m'a confié qu'elle chargerait son administration de rechercher tout éventuel problème sous-jacent. Seule Sandoz met encore ce médicament sur le marché. Si cette firme est à son tour confrontée à une rupture de stock, un réel problème d'approvisionnement pourrait se poser.

La ministre ou son administration ont-elles entre-temps eu des contacts avec GSK, et celle-ci a-t-elle garanti que la production d'Augmentin i.v. sera maintenue jusqu'à ce que le problème actuel soit résolu ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *La firme GSK a fait savoir à mes services que l'irrégularité des livraisons est exclusivement liée à des problèmes de production. Malgré ces derniers, diverses livraisons sont encore prévues. D'autres pays sont également confrontés à ces problèmes.*

GSK a fait savoir aux hôpitaux que les commandes seraient désormais rationnées et réparties de manière égale entre les clients.

Pour éviter une pénurie de la forme intraveineuse de l'Augmentin, j'ai décidé, voici deux semaines, d'accorder une deuxième exonération à la firme Sandoz afin que la forme générique du médicament soit disponible en Belgique.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je resterai vigilant. Normalement, un réel problème de production reste limité dans le temps. La situation devrait se normaliser d'ici trois mois.*

La communication de GSK dans Het Laatste Nieuws du 19 décembre était pour le moins confuse. L'arrêt de la production y était expliqué différemment. Espérons que GSK communique désormais de manière plus claire dès le départ.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het stopzetten van de productie van het antibioticum Augmentin» (nr. 5-2915)

De heer Louis Ide (N-VA). – *GlaxoSmithKline heeft alle ziekenhuizen laten weten dat de productie van de intraveneuze vorm (i.v.) van het antibioticum Augmentin wordt stopgezet. Dat zou niet alleen te maken hebben met een eventuele stockbreuk ingevolge productieproblemen; GSK zou die beslissing hebben genomen omdat het in andere geneesmiddelen wenst te investeren en het de productie van Augmentin i.v. niet voldoende lucratief meer vindt. Zo blijkt uit verklaringen in Het Laatste Nieuws.*

Op donderdag 20 december laatstleden heb ik de minister hierover al eens een mondelinge vraag gesteld. In de wandelgangen vertrouwde ze me toen toe dat ze haar administratie zou laten uitzoeken of er toch geen onderliggend structureel probleem bestaat. Nu wordt dat geneesmiddel alleen nog door Sandoz op de markt gebracht. Mocht Sandoz op zijn beurt af te rekenen krijgen met een stockbreuk dan zou er wel eens een echt bevoorradingsprobleem kunnen ontstaan.

Heeft de minister of haar administratie inmiddels contact gehad met GSK en heeft GSK gewaarborgd dat het de productie van Augmentin i.v. voortzet zodra het de huidige productieproblemen heeft opgelost?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De firma GSK heeft mijn diensten laten weten dat de onregelmatige leveringen uitsluitend met productieproblemen hebben te maken. Ondanks die productieproblemen zijn er nog verschillende leveringen gepland. Ook andere landen worden met die problemen geconfronteerd.*

GSK heeft de ziekenhuizen ervan op de hoogte gebracht dat de bestellingen voortaan worden gerantsoeneerd en gelijkmatig over de klanten worden gespreid.

Om te vermijden dat op korte termijn een tekort aan de intraveneuze vorm van Augmentin zou ontstaan, heb ik twee weken geleden beslist een tweede vrijstelling toe te kennen aan de firma Sandoz, zodat de generieke vorm van het geneesmiddel in België beschikbaar blijft.

De heer Louis Ide (N-VA). – *Ik zal de vinger aan de pols houden. Een echt productieprobleem blijft normalerwijze beperkt in de tijd. Over drie maanden zou alles toch genormaliseerd moeten zijn.*

De communicatie van GSK in Het Laatste Nieuws van 19 december laatstleden was op zijn minst onduidelijk. De productiestop werd daarin anders uitgelegd. Laten we hopen dat GSK voortaan van meet af aan eenduidig communiceert.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les suppléments d'honoraires et de chambre lors d'un séjour en soins intensifs» (n° 5-2916)

M. Louis Ide (N-VA). – Durant les débats menés le 21 décembre 2012 sur le projet de loi portant des dispositions diverses, j'ai signalé une fois encore à la ministre que quatre hôpitaux encaissaient injustement des suppléments d'honoraires et de chambre sur les chambres particulières lors d'un séjour en soins intensifs. La ministre a répondu précédemment qu'elle préciserait l'arrêté royal en la matière. Où en est ce dernier ? Une enquête a-t-elle été ouverte sur les suppléments abusifs systématiquement facturés dans ces quatre hôpitaux ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je n'ai pas connaissance des pratiques évoquées par M. Ide. J'ai chargé le service juridique de mon administration d'examiner si la réglementation en la matière doit être précisée. La loi n'autorise pas les suppléments d'honoraires et de chambre lors d'un séjour dans une unité de soins intensifs. Il n'existe qu'une seule exception, à savoir lorsqu'un patient ou son accompagnateur demande lui-même une chambre particulière pour son intimité et non pour des raisons médicales. Le contrôle à cet égard a lieu au cas par cas. Les patients qui ont des doutes sur leur facture d'hôpital peuvent prendre contact avec l'INAMI ou avec leur mutuelle. La législation sur les hôpitaux est suffisamment claire et ne doit pas être adaptée.

Afin de garantir à l'avenir une transparence maximale, je propose d'insérer éventuellement des précisions dans l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital. En raison de l'interdiction de facturer des suppléments pour les chambres communes et les chambres à deux lits, cette déclaration d'admission est maintenant une obligation légale. Étant donné que la loi à ce sujet impose une concertation avec tous les acteurs concernés, cela peut demander un certain temps.

M. Louis Ide (N-VA). – Je comprends que les modifications légales demandent quelque temps.

La majorité des hôpitaux respectent la loi ; seuls quatre hôpitaux ont des pratiques abusives en faisant systématiquement appel à la seule exception légale pour facturer des suppléments. S'ils le font systématiquement, un problème se pose selon moi.

Un contrôle au cas par cas ne permet pas de révéler la facturation systématique de suppléments lors d'un séjour en soins intensifs. Puis-je demander que l'on élargisse quelque peu l'horizon et que l'on contrôle systématiquement les hôpitaux concernés ?

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de kamer- en ereloonsupplementen bij een verblijf op de dienst intensieve zorg» (nr. 5-2916)

De heer Louis Ide (N-VA). – Tijdens de debatten op 21 december 2012 over het wetsontwerp houdende diverse bepalingen wees ik er de minister nogmaals op dat vier ziekenhuizen onterecht kamer- en ereloonsupplementen op eenpersoonskamers innen bij een verblijf op de dienst intensieve verzorging. De minister antwoordde eerder al dat ze het koninklijk besluit over de materie zou verduidelijken. Hoever staat het daarmee? Is er een onderzoek geopend naar het structurele misbruik van supplementen in die vier ziekenhuizen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik heb geen weet van de praktijken die vraagsteller vermeldt. Ik heb de juridische dienst van mijn administratie gelast na te gaan of de regelgeving ter zake moet worden verduidelijkt. Kamer- en ereloonsupplementen voor een verblijf in een eenheid voor intensieve verzorging zijn wettelijk niet toegestaan. Hierop bestaat één uitzondering, namelijk als een patiënt of zijn begeleider zelf vraagt om in een individuele kamer te mogen verblijven, niet om medische redenen, maar om redenen van privacy. De controle hierop gebeurt geval per geval. Patiënten die twijfels hebben over hun ziekenhuisrekeningen, kunnen contact opnemen met het RIZIV of met hun ziekenfonds. De ziekenhuiswetgeving is ter zake voldoende duidelijk en moet niet worden aangepast of verduidelijkt.

Om ook in de toekomst een maximale transparantie te waarborgen stel ik voor in het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis eventueel preciseringen in te voegen. Door het verbod op supplementen in gemeenschappelijke en tweepersoonskamers is die opnameverklaring nu immers wettelijk verplicht. Aangezien de wet hiervoor overleg met alle betrokken actoren voorschrijft, kan een en ander wel wat tijd vergen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik begrijp dat wettelijke aanpassingen wat tijd vergen.

De meeste ziekenhuizen eerbiedigen de wet; er zijn maar vier ziekenhuizen die zich aan misbruik bezondigen door zich systematisch te beroepen op die ene wettelijke uitzondering om supplementen aan te rekenen. Wanneer ze dat systematisch doen, rijst er mijns inziens toch een probleem.

Bij de controle geval per geval komt dat systematisch aanrekenen van supplementen op de afdeling intensieve verzorging uiteraard niet aan het licht. Mag ik daarom vragen de horizon wat te verruimen en dat bij de betrokken ziekenhuizen ook systematisch te controleren?

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les dangers potentiels des médicaments contenant de la dompéridone» (n° 5-2927)

M. Louis Ide (N-VA). – Fin 2011, la presse a repris diverses informations selon lesquelles la consommation de médicaments contenant de la dompéridone, notamment le Motilium et des versions génériques, peut entraîner des problèmes cardiaques parfois fatals. Certains chercheurs ont même parlé de 300 décès annuels en Belgique.

L'AFMPS avait alors affirmé qu'on avait effectivement observé un risque légèrement accru, mais qu'il n'y avait pas de problème de santé publique. L'Agence ajoutait quand même que la notice serait adaptée.

Je me suis mis en quête des études sur la sécurité du principe actif en cause, et suis arrivé à la conclusion qu'il existe au moins des indices d'augmentation du risque de troubles cardiaques.

Fin 2011, l'AFMPS a déclaré qu'elle poursuivrait ses recherches en la matière.

L'AFMPS a-t-elle déjà achevé ses investigations complémentaires ? Si oui, quels en sont les résultats ? Si non, pour quand pouvons-nous les attendre ?

Eu égard aux risques éventuels, la ministre convient-elle qu'il faut envisager de ne plus délivrer de médicaments contenant de la dompéridone que sur ordonnance ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La Commission pour les médicaments à usage humain de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) s'est déjà prononcée en septembre 2011 sur la prescription de médicaments à base de dompéridone. À l'époque, une modification des conditions de délivrance a été jugée superflue, mais le risque d'affections cardiaques a bien été mentionné dans la notice, et on a écrit aux professionnels de la santé. Observons qu'en septembre 2011, aucun décès survenu en Belgique à la suite de la prise de dompéridone n'a été signalé à l'AFMPS.

Fin 2011, l'AFMPS a chargé la firme concernée de réaliser des études complémentaires d'harmonisation et de limitation des risques liés à la dompéridone. Ces études sont encore en cours ; les résultats devraient être disponibles dans les mois à venir.

Depuis lors, on a cependant constaté certains cas d'affection cardiaque grave pour lesquels le rôle de la dompéridone ne peut être écarté.

À la fin de l'année passée, au vu des plus récents rapports, la Commission des médicaments a recommandé de soumettre à prescription les médicaments contenant de la dompéridone, pour les motifs suivants.

La prise de dompéridone peut masquer les symptômes d'une

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de potentiële gevaren van geneesmiddelen met domperidone» (nr. 5-2927)

De heer Louis Ide (N-VA). – Eind 2011 verschenen in de pers verschillende berichten waarin stond dat het gebruik van geneesmiddelen met domperidone, namelijk Motilium en verschillende generieken, tot hartproblemen en zelfs overlijden kunnen leiden. Sommige onderzoekers spraken toen zelfs over meer dan 300 doden per jaar in België.

Het FAGG zei toen dat er inderdaad een kleine verhoging van het risico werd vastgesteld, maar dat het geen problemen voor de volksgezondheid inhield. Het agentschap voegde er wel aan toe dat het de bijsluiter zou aanpassen.

Zelf ben ik ook op zoek gegaan naar studies over de veiligheid van het betrokken werkzaam bestanddeel. Ik ben tot het besluit gekomen dat er op zijn minst aanwijzingen zijn voor een verhoogd risico op hartproblemen.

Nog eind 2011 verklaarde het FAGG dat het verder onderzoek zou doen naar de mogelijke risico's.

Heeft het FAGG zijn bijkomende onderzoeken al afgerond? Zo ja, wat zijn de resultaten van dat onderzoek? Zo neen, wanneer worden de resultaten verwacht?

Is de minister het met mij eens dat, gelet op de mogelijke risico's, overwogen moet worden om geneesmiddelen met domperidone enkel nog op medisch voorschrift af te leveren?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) heeft zich in september 2011 al over het voorschrijven van geneesmiddelen op basis van domperidone uitgesproken. Op dat ogenblik werd een wijziging in de uitreikingswijze niet nodig geacht, maar het risico op hartaandoeningen werd inderdaad aan de bijsluiter toegevoegd, en de gezondheidswerkers kregen ook een brief. Daarbij valt op te merken dat in september 2011 geen enkel Belgisch geval van overlijden als gevolg van het nemen van domperidone aan het FAGG werd gemeld.

Eind 2011 heeft het FAGG de betrokken firma verzocht om bijkomende studies in het kader van de harmonisatie en de risicobeperking voor domperidone uit te voeren. Die studies lopen nog, en de resultaten zullen in de komende maanden beschikbaar zijn.

Sinds eind 2011 zijn evenwel enkele Belgische gevallen van ernstige hartaandoeningen gemeld waarbij de rol van domperidone niet kan worden uitgesloten.

De Geneesmiddelencommissie heeft eind vorig jaar op basis van de recentste veiligheidsrapporten geadviseerd om domperidonehoudende geneesmiddelen voorschriftplichtig te maken om de volgende redenen.

affection grave et en retarder le diagnostic correct. Un pharmacien peut difficilement identifier les patients menacés de troubles cardiaques ou génétiquement prédisposés au syndrome du QT long.

Le danger d'utilisation « off-label » et de doses excessives n'est pas négligeable. Certaines études épidémiologiques ont d'ailleurs fait état de troubles sérieux du rythme cardiaque, allant jusqu'à la mort subite, en cas d'usage de dompéridone.

On a encore tenu compte d'autres éléments pour déterminer s'il y avait lieu de soumettre à prescription les médicaments contenant de la dompéridone.

Primo, certaines interactions médicamenteuses sont dangereuses : la consommation simultanée de dompéridone et d'un autre médicament allongeant le QT augmente le risque d'un effet nocif, voire léthal, sur le cœur. Des 33 médicaments les plus dangereux, la dompéridone est le seul en vente libre en Belgique.

Secundo, parmi ces 33 médicaments les plus dangereux, une douzaine ont des nausées comme effets secondaires fréquents, voire très fréquents pour six d'entre eux. En cas de consommation simultanée, donc d'interaction, le risque est donc élevé.

L'AFMPS enverra prochainement son avis aux firmes, lesquelles auront un mois pour exposer les arguments en sens contraire et demander un audit. Le cas échéant, la Commission pour les médicaments à usage humain réexaminera le dossier.

M. Louis Ide (N-VA). – *La notice a été adaptée et on a écrit aux professionnels de la santé. La Commission des médicaments recommandera probablement de soumettre la délivrance du médicament à une prescription. Il y va de l'intérêt du patient, car la personne qui délivre le médicament, par exemple un assistant en pharmacie, n'est pas toujours suffisamment qualifiée.*

Je comprends que les firmes doivent pouvoir réagir à la proposition de la Commission des médicaments. J'espère qu'on agira dès que le délai d'un mois sera écoulé. Selon le principe de précaution, l'obligation d'une ordonnance se justifie.

Une petite remarque sur les études : il y a conflit d'intérêt lorsque ce sont les firmes pharmaceutiques elles-mêmes qui les réalisent. La littérature médicale entachée d'un conflit d'intérêt, je la jette à la poubelle sans même plus la lire, car elle ne m'inspire aucune confiance.

Il serait souhaitable qu'une étude soit menée, non par les firmes, mais par une instance indépendante, à l'abri de toute confusion d'intérêts. Je sais que ce n'est pas facile, mais ce serait la meilleure façon de procéder.

Néanmoins, je suis plutôt content des mesures prises dans ce dossier.

De inname van domperidone kan symptomen van ernstige aandoeningen maskeren en de juiste diagnose vertragen. De risicopatiënten voor hartaandoeningen of genetische predispositie voor het lange-QT-syndroom, een hartritmestoornis, zijn niet gemakkelijk te identificeren door de apotheker. Ook is het risico van “off-label”-gebruik en dus het gebruik van supra-therapeutische doses aanzienlijk. Sommige epidemiologische studies hebben bovendien melding gemaakt van ernstige hartritmestoornissen of plotse hartdood bij het gebruik van domperidone.

Bij het overwegen van de aanvraag om geneesmiddelen met domperidone te laten voorschrijven werd nog met andere elementen rekening gehouden.

Ten eerste zijn sommige medicamenteuze interacties gevaarlijk: het gelijktijdig gebruik van domperidone met minstens een ander geneesmiddel dat ook de QT verlengt, verhoogt het risico op een ongewenste potentieel grote of zelfs dodelijke weerslag op het hart. Van de 33 meest risicovolle geneesmiddelen wordt alleen domperidone in België vrij verkocht.

Ten tweede, van die 33 meest risicovolle geneesmiddelen is bij twaalf misselijkheid een veel voorkomende ongewenste bijwerking, en bij zes is het een zeer veel voorkomende ongewenste bijwerking. Bij een gelijktijdige inname, en dus een medicamenteuze interactie, is het risico dus heel reëel.

Het FAGG zal het advies binnenkort naar de firma's zenden. De firma's beschikken over één maand om bij het FAGG een toelichting met hun argumenten tegen dat voornemen en een auditaanvraag in te dienen. De Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik zal het dossier in voorkomend geval dan herbekijken.

De heer Louis Ide (N-VA). – De bijsluiter is aangepast en er werd een brief naar de gezondheidswerkers gestuurd. De Commissie voor geneesmiddelen zal waarschijnlijk adviseren de aflevering van het geneesmiddel aan een voorschrift te onderwerpen. Dat is in het belang van de patiënt, want degene die het geneesmiddel aflevert, is niet altijd voldoende gekwalificeerd, denk maar aan de apothekassistent.

Ik begrijp dat de firma's een kans moeten krijgen om te reageren op het voorstel van de Commissie voor geneesmiddelen. Ik hoop dat er na de termijn van een maand snel wordt gehandeld. Vanuit het voorzichtigheidsprincipe is een verplicht voorschrift gerechtvaardigd.

Ik heb een kleine kanttekening bij de studies. Bij een studie die door de farmaceutische firma's zelf worden uitgevoerd, is er een belangenconflict. Medische literatuur waarbij belangenconflicten spelen, gooi ik in de prullenmand. Ik lees die zelfs niet meer, want ik heb er geen vertrouwen in.

Het zou een goede zaak zijn mocht een onafhankelijke instantie, waarvoor geen belangenvermenging speelt, een studie opzetten, in plaats van de firma's. Ik besef wel dat het moeilijk is, maar het is de beste manier van handelen.

Niettemin ben ik vrij tevreden over de stappen die worden gedaan in verband met dit dossier.

**Demande d'explications de
Mme Elke Sleurs à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «la politique
relative aux drogues synthétiques»
(n° 5-2878)**

Mme Elke Sleurs (N-VA). – À la mi-décembre, une forme impure de speed a encore coûté la vie à plusieurs personnes. Le produit toxique s'appelle 4-méthylamphétamine, en abrégé 4-MA. Son effet est plus lent que celui des amphétamines normales. J'avais déjà interrogé la ministre à ce sujet, et elle m'avait fait savoir que la Cellule générale de politique Drogues avait mis en place un groupe d'experts chargé de développer une stratégie commune. Voici mes questions à cet égard.

Le groupe d'experts constitué à sein de la Cellule générale de politique Drogues devait démarrer en octobre 2011. Quelles ont été ses activités l'an passé ? Quels sont les résultats et les projets ?

Est-il exact que la ministre prépare un projet de loi relatif aux drogues synthétiques ?

Prendra-t-elle d'autres mesures en matière de drogues synthétiques ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – En effet, le marché, européen et même mondial, des stupéfiants voit depuis quelques années la croissance explosive d'une nouvelle génération de substances psychoactives. Ces produits, qui ne sont pas visés par la loi sur les drogues et échappent donc aux contrôles, ont pourtant des effets similaires à ceux des drogues usuelles, voire plus puissants, avec des grands risques pour la santé. La Belgique est une plaque tournante pour l'importation et l'exportation de ces substances. Différents pays européens prennent des mesures et la Commission européenne étudie une nouvelle réglementation.

Dans notre pays, c'est effectivement la Cellule générale de politique Drogues qui a piloté le dossier. En 2011, un groupe de travail a élaboré une note pour une stratégie intégrée face à cette nouvelle génération de substances psychoactives. Cette note comporte des volets de législation, de communication et de prévention.

Le 15 mai 2012, la Conférence interministérielle Drogues a approuvé la note et chargé le groupe de travail de développer une nouvelle législation. Le 17 décembre 2012, j'ai reçu les projets, que j'ai approuvés. Il s'agit concrètement de mieux exploiter l'information sur les substances qui circulent, d'en établir une classification générique, et de pénaliser les opérations de préparation.

Les textes ont été transmis à l'Inspection des Finances au début de cette année et suivront la procédure habituelle. Dès que les avis requis seront disponibles, je présenterai, avec ma collègue de la Justice, les textes au Conseil des ministres en

**Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs
aan de vice-eersteminister en minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid over
«het beleid rond synthetische drugs»
(nr. 5-2878)**

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Helaas werden we half december weer geconfronteerd met een aantal drugsdoden door het gebruik van een vervuilde vorm van speed. Het gaat hier meer bepaald om het giftige 4-methylamfetamine of kortweg 4-MA. Het effect van de drug komt later dan bij normale amfetamines. Ik heb de minister daarover vroeger al een vraag gesteld en toen liet ze me weten dat de Algemene Cel Drugsbeleid een deskundigengroep heeft opgericht om een gemeenschappelijke strategie te ontwikkelen. Ik heb daarbij volgende vragen.

De deskundigengroep opgericht binnen de Algemene Cel Drugsbeleid zou in oktober 2011 van start gaan. Hoe zijn de werkzaamheden het voorbije jaar geëvolueerd? Wat zijn de resultaten en wat zijn de plannen voor de toekomst?

Klopt het dat de minister werkt aan een wetsontwerp over synthetische drugs?

Zal ze nog andere maatregelen nemen in verband met de problematiek van de synthetische drugs?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Sinds enkele jaren zien we inderdaad een explosieve toename van een nieuwe generatie psychoactieve stoffen op de drugsmarkt in Europa en wereldwijd. Die stoffen vallen niet onder de drugswet en ontsnappen dus aan controle. Nochtans hebben die stoffen gelijkaardige of soms sterkere effecten dan de bekende drugs en zijn de gezondheidsrisico's dus groot. België is een Europese draaischijf voor de import en export van dergelijke stoffen. Verschillende Europese landen nemen maatregelen en ook de Europese Commissie onderzoekt nieuwe regelgeving.

De Algemene Cel Drugsbeleid heeft in ons land inderdaad de leiding van het dossier genomen. Een werkgroep heeft in de loop van 2011 een strategische nota uitgewerkt met een geïntegreerde aanpak van die nieuwe generatie psychoactieve stoffen. Ze bevat namelijk elementen op het vlak van wetgeving, communicatiedoorstroming en preventie.

De Interministeriële Conferentie Drugs heeft de nota op 15 mei 2012 goedgekeurd en de werkgroep de opdracht gegeven een nieuwe wetgeving uit te werken. Ik heb de wetsontwerpen op 17 december 2012 van de werkgroep ontvangen en ook goedgekeurd. Concreet hebben ze onder meer betrekking op een betere exploitatie van de informatie over de stoffen in omloop, het opstellen van een generieke classificatie van stoffen en de strafbaarstelling van voorbereidende handelingen.

De teksten zijn begin dit jaar doorgestuurd naar de Inspectie van Financiën en zullen vervolgens de verdere procedure doorlopen. Zodra de nodige adviezen beschikbaar zijn, zal ik, samen met de minister van Justitie, de teksten aan de

vue de leur dépôt au parlement.

Grâce à une combinaison d'éléments, la nouvelle législation permettra une lutte plus efficace contre la nouvelle génération de substances psychoactives. Nous figurerons même parmi les meilleurs élèves en Europe. Je veillerai à une bonne communication entre les laboratoires scientifiques, l'ISP et les autres acteurs – dont les services sanitaires – puisque cela relève de ma compétence. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé suivra et gèrera la classification des substances. Les services de police et de justice seront bien entendu compétents en matière de lutte contre la production et le trafic. Les communautés décideront comment intégrer ce problème dans leurs actions de prévention.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je me réjouis de savoir qu'on a autant travaillé. J'attends avec impatience le projet de loi.*

(La séance est levée à 17 h 30.)

Requalification en question écrite avec remise de la réponse

- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les centres de référence en microbiologie humaine » (n° 5-2500) (QE 5-7926)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le soutien apporté par les hôpitaux belges aux missions humanitaires » (n° 5-2501) (QE 5-7927)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le nouveau mode de financement des services des urgences » (n° 5-2519) (QE 5-7928)
- Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'augmentation du nombre d'avortements » (n° 5-2524) (QE 5-7929)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'application Facebook permettant l'inscription en tant que donneur d'organes » (n° 5-2579) (QE 5-7930)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les suppléments d'honoraires au service des soins intensifs » (n° 5-2624) (QE 5-7931)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la médecine non conventionnelle » (n° 5-2625) (QE 5-7932)

Ministerraad voorleggen zodat ze bij het parlement kunnen worden ingediend.

De nieuwe wetgeving zal, vooral door de combinatie van elementen waarop ze betrekking heeft, een efficiëntere aanpak van de nieuwe generatie psychoactieve stoffen mogelijk maken. We zullen daardoor zelfs tot de beste leerlingen van de Europese klas behoren. Vanuit mijn bevoegdheid zal ik toezien op de goede communicatie tussen de wetenschappelijke laboratoria, het WIV en de belangrijkste stakeholders, zoals de gezondheidsdiensten. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten zal de classificatie van de stoffen verder volgen en beheren. Inzake bestrijding van productie en handel zijn uiteraard de politionele en justitiële diensten bevoegd. De gemeenschappen moeten beoordelen in welke vorm ze deze gezondheidsproblematiek in hun preventieacties kunnen integreren.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Het verheugt me te vernemen dat er zoveel werk is verricht. Ik kijk alvast uit naar het wetsontwerp.

(De vergadering wordt gesloten om 17.30 uur.)

Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord

- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de referentiecentra voor humane microbiologie” (nr. 5-2500) (SV 5-7926)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het ondersteunen van humanitaire missies door Belgische ziekenhuizen” (nr. 5-2501) (SV 5-7927)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de nieuwe financiering van de spoedgevallendiensten” (nr. 5-2519) (SV 5-7928)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de stijging van het aantal abortusingrepen” (nr. 5-2524) (SV 5-7929)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de Facebook-applicatie om zich te registreren als orgaandonor” (nr. 5-2579) (SV 5-7930)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de erelonensupplementen op de dienst intensieve zorg” (nr. 5-2624) (SV 5-7931)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de alternatieve geneeskunde” (nr. 5-2625) (SV 5-7932)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le déplacement des pharmacies » (n° 5-2701) (QE 5-7933) – Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « Beliris » (n° 5-2720) (QE 5-7934) – Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « une liste de médecins suspendus et radiés » (n° 5-2721) (QE 5-7935) – Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le budget de médecine générale pour 2013 » (n° 5-2783) (QE 5-7936) – Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le budget 2013 » (n° 5-2784) (QE 5-7937) – Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'assurance complémentaire des mutuelles » (n° 5-2785) (QE 5-7938) – Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'informatisation dans le secteur des soins de santé » (n° 5-2819) (QE 5-7939) – Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les médicaments biosimilaires » (n° 5-2820) (QE 5-7940) – Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le plan diabète » (n° 5-2822) (QE 5-7941) – Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les produits de diagnostic » (n° 5-2823) (QE 5-7942) – Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la médecine personnalisée » (n° 5-2824) (QE 5-7943) – Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les maladies chroniques et les assurances » (n° 5-2835) (QE 5-7944) – Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les contrôles sérologiques » (n° 5-2836) (QE 5-7945) | <ul style="list-style-type: none"> – Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het verplaatsen van apotheken” (nr. 5-2701) (SV 5-7933) – Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “Beliris” (nr. 5-2720) (SV 5-7934) – Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “een lijst met geschorste en geschrapte artsen” (nr. 5-2721) (SV 5-7935) – Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het budget voor huisartsengeneeskunde in 2013” (nr. 5-2783) (SV 5-7936) – Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de begroting 2013” (nr. 5-2784) (SV 5-7937) – Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen” (nr. 5-2785) (SV 5-7938) – Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de informatisering in de gezondheidszorg” (nr. 5-2819) (SV 5-7939) – Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de biosimilaire geneesmiddelen” (nr. 5-2820) (SV 5-7940) – Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het diabetesplan” (nr. 5-2822) (SV 5-7941) – Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de diagnostica” (nr. 5-2823) (SV 5-7942) – Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de gepersonaliseerde geneeskunde” (nr. 5-2824) (SV 5-7943) – Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “chronische ziektes en verzekeringen” (nr. 5-2835) (SV 5-7944) – Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de serologische screenings” (nr. 5-2836) (SV 5-7945) |
|---|---|

- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « un conflit d'intérêts potentiel au Conseil supérieur de la santé » (n° 5-2837) (QE 5-7946)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les contrôles de qualité effectués par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé » (n° 5-2838) (QE 5-7947)
- Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la recrudescence du virus des oreillons et la nécessité d'un meilleur vaccin » (n° 5-2842) (QE 5-7948)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la consommation de médicaments en maisons de repos » (n° 5-2875) (QE 5-7949)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les prises de sang de patients hospitalisés » (n° 5-2876) (QE 5-7950)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « une stratégie nationale de lutte contre le sida » (n° 5-2886) (QE 5-7951)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les scandales autour des transplantations d'organes en Allemagne » (n° 5-2887) (QE 5-7952)
- Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la publicité pour les jeux de hasard » (n° 5-2930) (QE 5-7953)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les PET-scanners » (n° 5-2935) (QE 5-7954)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le moratoire sur le nombre de pharmacies » (n° 5-2942) (QE 5-7955)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les montants de référence dans les hôpitaux » (n° 5-2943) (QE 5-7956)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'épidémie d'oreillons » (n° 5-2948) (QE 5-7957)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'Observatoire des maladies chroniques » (n° 5-2949) (QE 5-7958)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “een potentieel belangenconflict bij de Hoge Gezondheidsraad” (nr. 5-2837) (SV 5-7946)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de kwaliteitscontroles van het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten” (nr. 5-2838) (SV 5-7947)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de opmars van het bof-virus en de nood aan een beter vaccin” (nr. 5-2842) (SV 5-7948)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het gebruik van geneesmiddelen in rustoorden” (nr. 5-2875) (SV 5-7949)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de bloedafnames bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten” (nr. 5-2876) (SV 5-7950)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “een nationale strategie voor aidsbestrijding” (nr. 5-2886) (SV 5-7951)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de schandalen in Duitsland rond orgaantransplantatie” (nr. 5-2887) (SV 5-7952)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de reclame voor kansspelen” (nr. 5-2930) (SV 5-7953)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de PET-scanners” (nr. 5-2935) (SV 5-7954)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het moratorium op het aantal apotheken” (nr. 5-2942) (SV 5-7955)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de referentiebedragen in de ziekenhuizen” (nr. 5-2943) (SV 5-7956)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de bofepidemie” (nr. 5-2948) (SV 5-7957)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het Observatorium voor chronische ziekten” (nr. 5-2949) (SV 5-7958)