



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

SÉANCE PLÉNIÈRE

PLENUMVERGADERING

mercredi

woensdag

13-04-2005

13-04-2005

Après-midi

Namiddag

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

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

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

SOMMAIRE

Excusés	1
PROJETS ET PROPOSITIONS	1
Projet de loi relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (1627/1-9)	1
- Proposition de loi modifiant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en vue de supprimer la possibilité pour les hôpitaux de réclamer aux patients une contribution financière à l'accès aux urgences (1095/1-2)	1
<i>Reprise de la discussion générale</i>	1
<i>Orateurs: Koen Bultinck, Maggie De Block, Gerolf Annemans, président du groupe Vlaams Belang, Daniel Bacquelaine, président du groupe MR, Yvan Mayeur, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maya Detiège, Luc Goutry, Benoît Drèze, Mark Verhaegen, Pieter De Crem, président du groupe CD&V, Yolande Avontroodt</i>	
ANNEXE	67
DIVERS	67
COOPERATION TECHNIQUE BELGE	67

INHOUD

Berichten van verhindering	1
ONTWERPEN EN VOORSTELLEN	1
Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (1627/1-9)	1
- Wetsvoorstel tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met het oog op de afschaffing van de mogelijkheid voor de ziekenhuizen om aan de patiënten een financiële bijdrage te vragen voor de toegang tot de dienst spoedgevallenzorg (1095/1-2)	1
<i>Hervatting van de algemene bespreking</i>	1
<i>Sprekers: Koen Bultinck, Maggie De Block, Gerolf Annemans, voorzitter van de Vlaams Belang-fractie, Daniel Bacquelaine, voorzitter van de MR-fractie, Yvan Mayeur, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maya Detiège, Luc Goutry, Benoît Drèze, Mark Verhaegen, Pieter De Crem, voorzitter van de CD&V-fractie, Yolande Avontroodt</i>	
BIJLAGE	67
VARIA	67
BELGISCHE TECHNISCHE COÖPERAITE	67

SEANCE PLENIERE

du

MERCREDI 13 AVRIL 2005

Après-midi

PLENUMVERGADERING

van

WOENSDAG 13 APRIL 2005

Namiddag

La séance est ouverte à 14.19 heures par M. Herman De Croo, président.
De vergadering wordt geopend om 14.19 uur door de heer Herman De Croo, voorzitter.

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

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

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

Excusés**Berichten van verhindering**

Pierrette Cahay-André, Corinne De Permentier, Patrick Moriau, Guido Tastenhoye, Dominique Tilmans, pour raisons de santé / wegens ziekte;
Karel Pinxten, pour devoirs de mandat / wegens ambtsplicht;
Roel Deseyn, Jean-Pol Henry, en mission à l'étranger / met zending buitenlands;
Stef Goris, UEO / WEU.

Projets et propositions**Ontwerpen en voorstellen**

01 Projet de loi relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (1627/1-9)

- Proposition de loi modifiant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en vue de supprimer la possibilité pour les hôpitaux de réclamer aux patients une contribution financière à l'accès aux urgences (1095/1-2)

01 Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (1627/1-9)

- Wetsvoorstel tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met het oog op de afschaffing van de mogelijkheid voor de ziekenhuizen om aan de patiënten een financiële bijdrage te vragen voor de toegang tot de dienst spoedgevallenzorg (1095/1-2)

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

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

01.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zou nog even heel kort willen teruggrijpen naar de voorgeschiedenis van het belangrijke wetsontwerp dat wij hier vandaag bespreken.

U zal zich ongetwijfeld zeer levendig het begin van uw eigen mandaat herinneren. U begon in een zeer goedlachse stijl gezondheidsdialogen te organiseren. Wij vragen ons nog steeds af wat uiteindelijk de concrete resultaten van die gezondheidsdialogen zijn, maar dat zal in het verhaal van perceptie ongetwijfeld van minder belang zijn.

Reeds in het najaar van vorig jaar werden er een aantal vragen gesteld met betrekking tot de financiële situatie van de gezondheidszorg. Uiteindelijk was het pas in november 2004, na de publicatie van de eerste echt alarmerende berichten over de tekorten in de gezondheidszorg, dat u als minister voor de eerste keer zeer duidelijke taal sprak en via de fameuze nota, mededeling aan de actoren van de gezondheidszorg, met concrete voorstellen voor de dag kwam.

Mijnheer de minister, de voorbije weken hebben wij, zonder correcte cijfers en zonder 100% zeker te zijn van het cijfermateriaal waarover wij naar aanleiding van de bespreking van zo'n belangrijk wetsontwerp eigenlijk zouden moeten kunnen beschikken, rustig de tijd kunnen nemen om in de commissies voor de Volksgezondheid en de Sociale Zaken voorliggend wetsontwerp te bespreken. Ondertussen beschikken wij wel degelijk over de cijfers, sinds begin april. Nu blijkt dat het definitieve tekort in de ziekteverzekering voor het voorbije jaar 2004 ruim 513 miljoen euro bedraagt.

Mijnheer de minister, ik zou dan ook verwachten dat elk van ons, over de grenzen van meerderheid en oppositie heen, de ernst van de situatie op dit moment beseft.

Mijnheer de minister, ik moet u eerlijk zeggen dat mijn klomp deze ochtend brak bij het lezen van het artikel in *De Tijd* waar doodleuk stond: "Budgettaire toestand ziekteverzekering is onder controle. Minister Demotte zal zelfs, naar aanleiding van de begrotingscontrole, niet op zoek moeten naar extra miljarden."

Mijnheer de minister, ik kan het eerlijk gezegd niet goed meer begrijpen. Ook bij mijn tweede poging moet ik vaststellen dat de banken van onze liberale collega's, zeker de collega's van de MR die een beetje zwalpen tussen de toekomstige oppositierol die voor hen ongetwijfeld nakend is, dun bevolkt zijn. Ik kan hen soms niet goed meer begrijpen. Wat zeiden zij tijdens het weekend? Zij zouden voorwaar minister Demotte onder curatele plaatsen want zij hadden geen vertrouwen meer in deze PS-minister; zij wilden dat in het vervolg de cijfers integraal zouden voorgelegd worden aan de volledige regeringsploeg. Dit kan tellen, mijnheer de minister. Ik zal in de loop van de namiddag, wanneer de leden van de MR zo goed willen zijn om nog eens langs te komen voor dit belangrijke debat, een poging doen om hen zelf daarover aan te spreken en naar hun statement te luisteren.

Ik kom tot mijn tweede belangrijk element. Waar is de tijd waarin de sector van de generische geneesmiddelen zeer tevreden was over het beleid? Tegenwoordig neem ik ervan akte dat vooraanstaande

01.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Le ministre a entamé son mandat en organisant des 'dialogues de la santé' dont les résultats concrets ne nous sont toujours pas apparus. A l'automne 2004, la situation financière du secteur des soins de santé a suscité de plus en plus de questions. Le ministre y a répondu en novembre 2004 en présentant une note comportant des propositions concrètes. Lors de l'examen de cette note, nous ne disposions pas encore de chiffres précis. Ceux-ci ne sont disponibles que depuis le début du mois d'avril. Il apparaît maintenant que le déficit de l'assurance maladie s'élève à plus de 513 millions d'euros. La situation est donc plus que préoccupante. Le ministre affirmait toutefois dans *De Tijd* de ce 13 avril que la situation budgétaire de l'assurance maladie est « sous contrôle » et qu'il n'aura même pas à rechercher des milliards supplémentaires lors du contrôle budgétaire. Je ne le comprends pas, surtout après les déclarations faites le week-end dernier par le MR, qui disait vouloir placer le ministre Demotte sous curatelle parce qu'il n'avait plus confiance en lui. Le MR a exigé qu'à l'avenir les chiffres soient intégralement exposés à l'ensemble de l'équipe gouvernementale. Je me demande si les libéraux francophones maintiendront cette exigence tout à l'heure.

Des personnalités du secteur des médicaments génériques indiquent aujourd'hui dans la presse que cette loi sur la santé entraînera des coûts supplémentaires. Je supposais toutefois que la loi devait plutôt générer des économies.

Le ministre opte en faveur d'un document budgétaire et demande une importante délégation de pouvoirs pour résoudre les problèmes. Notre groupe aurait préféré mener un débat

personen uit de generische geneesmiddelenindustrie voorwaar durven te stellen dat deze gezondheidswet – wie houdt het voor mogelijk – aanleiding zal geven tot extra kosten. Dit is een eerste zeer concrete en pertinente vraag, mijnheer de minister, waarop ik graag een antwoord zou willen krijgen. Tot nader order ga ik ervan uit dat deze gezondheidswet bedoeld was om te besparen. U hebt ieder van ons steeds gezegd dat dit een budgettair document is. Ik stel nu vast dat een belangrijke deelsector, die van de generische geneesmiddelenindustrie, ervoor waarschuwt dat deze gezondheidswet aanleiding zal geven tot extra kosten.

Mijnheer de minister, er is toch wel een fundamenteel verschil in aanpak en het bieden van mogelijke oplossingen tussen leden van de oppositie en leden van de meerderheid, met betrekking tot de gezondheidswet die thans ter bespreking voorligt.

U hebt deemoedig erkend te kiezen voor een budgettair document waarin aan het Parlement verregaande volmachten wordt gevraagd. Dan is het probleem opgelost.

De Vlaams Belang-fractie had veel liever gezien dat de preciaire situatie van de ziekteverzekering zou aangegrepen worden om het fundamentele debat te voeren. In dit opzicht – een eerste duidelijk statement – is dit wetsontwerp voor ons er een van de gemiste kansen.

Collega's, ik wens een voorzichtige poging te ondernemen om het debat open te trekken en de fundamentele richting uit te sturen. Laten wij als eerste punt de hele financiering van de sociale zekerheid bekijken. De rampzalige financiële situatie van de ziekteverzekering en, bij uitbreiding, van de sociale zekerheid, zou er ons allemaal, over de grenzen van meerderheid en oppositie heen, moeten toe brengen het fundamentele debat te voeren over de financiering van de sociale zekerheid. Mijnheer de minister, de Vlaams Belang-fractie zal hierop blijven aandringen. Vandaar dat ik vandaag een nieuwe poging onderneem om dit debat op een ernstige manier te voeren.

Er zal veel meer nodig zijn dan een beleefde vraag van de regering aan de sociale partners om binnen de zes maanden na te denken over bijkomende of alternatieve financiering van de sociale zekerheid. Iedereen kent het huidige systeem van sociale zekerheid, dat voornamelijk gefinancierd wordt door sociale bijdragen van werkgevers en werknemers. Ook al vonden de voorbije jaren een aantal ingrepen plaats in de richting van een alternatieve financiering via BTW-inkomsten, bleef het hele systeem zeer arbeidsvernietigend. Recent liet de eerste minister het oude Vivant-ballonnetje opnieuw op tot verhoging van de belasting op consumptie. Het idee werd gelukkig al even snel – onder meer vanuit de bouwsector – afgeschoten als zijnde dodelijk voor de interne consumptiemarkt.

Mijnheer de minister, ondanks alle tromgeroffel dat deze dagen nog altijd wordt gegeven door de liberale fracties werd in ons land in de praktijk geenszins een verlaging doorgevoerd van de fiscale en parafiscale druk. Daarom moeten en blijven wij en onze fractie het nuttig achten om een fundamenteel pleidooi te blijven voeren voor een andere financiering van belangrijke delen van de sociale zekerheid. Laat het ons maar bij naam noemen: er moet worden gefinancierd vanuit de algemene middelen. We mogen niet verder blijven prutsen

fondamental sur la situation précaire de l'assurance-maladie. Par conséquent, il s'agit du projet de loi des occasions manquées. La mauvaise situation financière de l'assurance-maladie et de la sécurité sociale requiert d'urgence un débat sérieux sur le financement du système. Il faudra donc davantage qu'une demande polie du gouvernement aux partenaires sociaux de réfléchir dans les six mois sur la question d'un financement supplémentaire et alternatif. Le financement du système provient principalement des contributions des employeurs et des travailleurs, bien qu'au cours des dernières années les recettes de TVA y aient également contribué pour une faible part. Le système demeure toutefois très destructeur pour l'emploi.

La proposition du premier ministre d'augmenter la taxe à la consommation a heureusement été rejetée, notamment par le secteur de la construction, car elle était de nature à mettre gravement en péril la consommation intérieure. En dépit des discours musclés des partis libéraux, il n'y a aucune diminution de la pression fiscale et parafiscale en Belgique. La sécurité sociale doit être financée par les moyens généraux.

M. Stevaert, président du Sp.a, a fait beaucoup parler de lui ces derniers mois dans le dossier de l'assurance maladie, par le biais, notamment, de son « pentathlon » qui s'inspirait de projets mis en chantier par le précédent ministre des Affaires sociales. Le ministre Demotte ne semblait nullement irrité par toute l'agitation médiatique entourant les projets de M. Stevaert: le cabinet du ministre considère même M. Stevaert comme son meilleur porte-parole en Flandre!

Le PS a également fait preuve d'un grand sens tactique lors de l'approbation de l'accord salarial

in de marge, zoals we nu bezig zijn te doen.

Mijnheer de minister, een tweede belangrijk item dat ik wil aansnijden, na het item van de financiering van de sociale zekerheid, is het hele begrip van organisatie van de sociale zekerheid.

Op dat vlak hebben we misschien deels dezelfde perceptie gehad. U zal dat uiteraard als bevoegd minister niet kunnen toegeven, maar het verhaal van de gezondheidswet, mijnheer de minister, is vooral een verhaal van mediaperceptie geweest.

De jongste maanden werden gekenmerkt door een enorme profileringsdrang van sp.a-partijvoorzitter Robert Stevaert in het dossier van de ziekteverzekering. Met zijn fameuze vijfkamp organiseerde Stevaert een echt mediacircus met voorstellen die niet eens nieuw waren. Zij werden reeds in de steigers gezet door de vorige minister van Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke. Kan het politiek als bijzondere vorm van cynisme nog duidelijker zijn?

Mijnheer de minister, tot grote verwondering was u niet geïrriteerd. U reageerde geenszins geïrriteerd op de profileringsdrang van Stevaert. Integendeel, als PS-minister die wel degelijk beseft dat hij in Vlaanderen met een perceptieprobleem te kampen heeft, was u eigenlijk tevreden dat Stevaert met alle media-aandacht ging lopen. Niet toevallig luidde uitgerekend op uw kabinet de jongste maanden als volgt het adagium over Stevaert: "Hij is onze beste woordvoerder in Vlaanderen. Hij neemt het discours van de splitsing van de ziekteverzekering niet over, maar herneemt de krachtlijnen die door de federale regering werden uitgezet. Dat doet plezier." Einde citaat.

Niet toevallig beseft u, mijnheer de minister, beter dan wie ook, dat u zich tegenover Vlaanderen sterk zult moeten maken om de indruk te wekken dat u na de goedkeuring van de gezondheidswet in staat zult zijn om zogenaamd Vlaamse saneringen uit te voeren. Ik heb het u al eerder gezegd: u bent bij momenten een zeer goed tacticus. Naar analogie van de PS-houding inzake het federale loonakkoord – een akkoord dat de PS ook een beetje tegen haar zin slikte maar dat zij uiteindelijk slikte om tactische redenen, om te verhinderen dat het debat over regionale CAO's zou kunnen worden gevoerd – moet u nu als PS-minister de indruk wekken dat met de goedkeuring van de gezondheidswet alle misbruiken in de ziekteverzekering zullen weggewerkt worden.

Ik zal u moeten ontgoochelen, mijnheer de minister, al zult u van mij niets anders verwacht hebben: voor ons blijven de fameuze voorstellen zoals die geformuleerd werden door het Vlaams Algemeen Ziekenhuisoverleg op de staten-generaal van 22 november 2004, wel degelijk overeind.

Collega's, ik ben mij er ten volle van bewust dat in een debat over de organisatie en dus ook over communautarisering van de sociale zekerheid, het in dit Huis eigenlijk "not done" is daarover het debat te voeren. Maar als traditionele kwelduivel zal ik dat vanuit onze fractie toch nog maar eens doen. Ik zal de belangrijkste items en de belangrijkste argumenten dienaangaande aangeven. Sta mij toe, collega's, ze nog even heel kort aan te halen.

Wanneer het gaat over de organisatie van de sociale zekerheid en wij

fédéral en réussissant à éviter que le débat ne porte sur le thème des conventions collectives de travail régionales. Par le biais de l'adoption de la loi sur la santé, M. Demotte veut à présent donner l'impression qu'il sera mis un terme à tous les abus dans le secteur de l'assurance maladie. Nous continuons pour notre part à soutenir les propositions faites le 22 novembre 2004 par l'organe de concertation des hôpitaux flamands (VAZO).

L'avis de mon parti sur la communautarisation de la sécurité sociale est bien connu : chaque région devrait pouvoir établir ses propres priorités. Existe-t-il en effet une matière plus personnalisable que les soins de santé ? La loi spéciale sur les réformes des institutions du 8 août 1980 offre une base légale suffisante pour la communautarisation des soins de santé. L'actuelle fragmentation des compétences ne permet de mener aucune politique cohérente, alors que la scission renforcerait certainement l'efficacité. Il n'existe pas de meilleure garantie pour une politique rationnelle que le transfert des responsabilités fiscales aux entités fédérées. Il n'est pour l'instant pas du tout question d'une politique intégrée, ni d'une vision globale.

Je voudrais encore évoquer quelques aspects concrets de la loi-santé.

Nous soutenons la réforme du Fonds spécial de solidarité car elle est tout simplement une bonne chose. La possibilité de sanctionner le comportement prescripteur des médecins par le biais des accréditations nous enthousiasme moins. Les médecins redoutent, à juste titre, des charges administratives complémentaires. En outre, la responsabilité est imputée trop unilatéralement aux médecins : un changement de mentalité doit

pleidooien houden voor een eigen Vlaamse sociale zekerheid, mijnheer de minister, is dat vanuit de bekommernis wel degelijk eigen beleidsklemtonen te kunnen leggen. Wat is uiteindelijk meer persoonsgebonden materie dan uitgerekend de ziekteverzekering, de gezondheidszorg en bij uitbreiding de hele sector van de sociale zekerheid? In die zin vinden wij ook in de fameuze bijzondere wetten van 8 augustus 1980 voldoende rationele en wettelijke argumenten om inderdaad te gaan werken aan de uitbouw van een eigen sociale zekerheidsstelsel. Het is niet meer dan logisch dat dat als persoonsgebonden materie zou behandeld worden.

Een tweede zeer belangrijk element in het debat, mijnheer de minister, is: de efficiëntie van het beleid. Dat is een van de nieuwe modewoorden. U zou moeten weten dat de huidige versnippering van bevoegdheden tussen de centrale staat en de deelstaten, waarbij zeer belangrijke aangelegenheden centraal gehouden worden en een aantal andere overgedragen wordt, geenszins leidt tot een efficiënt beleid maar veeleer tot een verlamming van dat beleid.

Het is geen toeval dat zeer vooraanstaande topambtenaren uit de Vlaamse administratie al zeer lang een pleidooi houden om de gezondheidszorg over te hevelen naar de Gemeenschappen. U zult zeggen: "Mijnheer Bultinck, ik ben die toon gewend, het is het klassieke Vlaamse egoïsme, de klassieke reflex dat men niet meer solidair zou durven of willen zijn met Wallonië". Ik wil dat nogmaals vanop het spreekgestoelte betwisten, mijnheer de minister. Wij zien dat debat veeleer als een debat van efficiëntie, als een debat van eigen klemtonen leggen. Het heeft niets te maken met Vlaams egoïsme, verre daarvan.

Mijnheer de minister, een derde belangrijk element terzake is uiteraard het begrip "responsabilisering", een ander modewoord dat in onze ziekteverzekering zo in is. U zou moeten weten dat, als we een efficiënt en spaarzaam sociaal zekerheidsbeleid willen gaan voeren, het niet volstaat om de bevoegdheid over de verschillende sectoren over te hevelen van de centrale staat naar de deelstaten. Het is voldoende bekend dat de toekenning van financiële verantwoordelijkheid voor de besteding van een bepaald budget een zekere bedachtzaamheid bij de uitgaven bevordert. Laten wij het eenvoudig houden: laten we het vergelijken, enerzijds met een kind dat per week of per maand een beperkte som zakgeld ontvangt en die som moet beheeren en anderzijds met een kind dat zakgeld ontvangt telkens het erom vraagt. U weet zeer goed dat de responsabilisering zou toenemen wanneer een deelstaat verantwoordelijk wordt gesteld, ook voor de inning van de inkomsten. Vergelijk maar met dat eerste kind van daarnet, datzelfde kind dat nu volwassen geworden is, zelf instaat voor zijn kostwinning en dus nog beter de waarden van het verdiende geld beseft. De toekenning van financiële en fiscale verantwoordelijkheid is dus inderdaad de beste waarborg om een efficiënt en bijgevolg dus spaarzaam sociaal beleid te kunnen voeren, het is de beste garantie om misbruiken in de uitgaven tegen te gaan.

Collega's, in dit fundamentele debat wil ik toch iedereen opnieuw oproepen om de moed te hebben om dit debat inderdaad fundamenteel aan te gaan over de organisatie van de sociale zekerheid, want, zoals collega Gouty deze voormiddag reeds gezegd heeft, wij blijven met de bespreking van dat wetsontwerp eigenlijk – vergeef mij de krasse uitdrukking – prutsen in de marge. Wij gaan niet

également s'opérer chez les patients.

Nous émettons également des réserves vis-à-vis du combat symbolique mené contre l'industrie pharmaceutique. L'importance de cette dernière pour la recherche scientifique et l'emploi est incontestable. Cependant, malgré les termes belliqueux du texte original, un marché a finalement été conclu avec ce secteur. On applique le système kiwi au lieu d'instaurer des prélèvements plus importants. M. Stevaert, président du sp.a-spirit, avait proposé d'exempter nos propres entreprises de ces prélèvements lors d'une campagne dont le thème était « Nos propres industries pharmaceutiques d'abord ! ». Heureusement, personne n'a donné suite à cette idée car le ministre aurait alors été confronté à un énorme problème budgétaire.

Le système des prix de référence a été instauré sans évaluation préalable de la situation existante. Il aurait été préférable de suivre les recommandations des Etats généraux des hôpitaux flamands et d'aligner le système de référence sur le modèle de consommation flamand. Plusieurs millions d'euros auraient pu être épargnés de cette manière.

Le système des bassins de soins apparaît comme un vestige du dirigisme du PS 'ancien style'. Une procédure concernant le décret flamand relatif aux soins de première ligne est pendante devant la Cour d'arbitrage. On aurait au moins pu avoir la délicatesse d'attendre l'issue de cette procédure.

Ce ministre PS allait en finir avec les scanners PET mais, comme l'indique sa réponse à ma question sur le sujet, nous ne devons guère accorder de crédit à cette intention.

over tot een geïntegreerd beleid, wij gaan niet naar een globale visie over de hele problematiek.

Als ik dan vanuit het grote, ideologische, algemene en fundamentele debat op een aantal concrete aspecten van die gezondheidswet iets beter en dieper mag ingaan, dan heb ik er geen probleem mee – laat mij met het positieve nieuws beginnen – om ootmoedig te erkennen dat wij ook met onze fractie de hervorming van het bijzonder solidariteitsfonds volmondig kunnen steunen. Als het goed is, dan moet het ook kunnen dat wij vanuit de oppositie erkennen dat het goed is.

Mijnheer de minister, een tweede belangrijk element van uw gezondheidswet is de hele regeling waarbij u aan de accrediteringen de mogelijkheid voorziet om te sanctioneren als de artsen niet de spelregels van goed voorschrijfgedrag zouden volgen. U hebt ondertussen begrepen dat er bij de artsen terecht bitter weinig enthousiasme is voor dat begrip en voor die praktijk. Niemand kan uiteraard een probleem hebben met het begrip “rationeel voorschrijfgedrag”, maar het zou wel eens handig zijn als wij zeer correcte typering en definities krijgen. Hoe wordt dat omschreven en afgelijnd? Dat de artsen beducht zijn voor bijkomende administratieve verplichtingen terzake, is meer dan goed te begrijpen. Wij moeten trouwens in heel het debat af van de perceptie waar in algemene orde veel te veel de verantwoordelijkheid uitsluitend gelegd wordt bij de artsen. Laten wij ook maar eens de moed hebben om als politici te zeggen dat er wel degelijk ook een belangrijke deelverantwoordelijkheid ligt bij de patiënt die geresponsabiliseerd moet worden, waarbij bij de patiënt een mentaliteitswijziging moet ontstaan: hij moet af van het idee fixe dat hij, als hij naar de huisarts gaat, ook met een voorschrift voor medicatie moet buitenkomen. Wij moeten als politici de moed hebben om dat duidelijk te maken.

Een volgend belangrijk element staat in mijn voorbereiding onder de titel: “Symbolenstrijd met de farmaceutische industrie”. U zal zich ongetwijfeld mijn zeer lang betoog in de commissie voor de Volksgezondheid herinneren. Ik waarschuwde toen voor de verregaande vorm van oorlogsretoriek die uitging van de oorspronkelijke ontwerpen en teksten. In naam van mijn fractie heb ik u toen gewezen op het belang van wetenschappelijk onderzoek en tewerkstelling. Nu zien we dat er een grote bocht werd genomen: de kiwi werd doorgesneden.

Wij stonden in het begin zeer kritisch tegenover het kiwimodel, het systeem van openbare aanbestedingen. U zegt nu dat er een aantal technische verbeteringen werden aangebracht, het systeem zou nu enkel nog gelden voor geneesmiddelen buiten patent. Uiteindelijk is er een grote deal gesloten met de farmaceutische nijverheid, in ruil voor hogere heffingen. De principes moesten wijken voor het geld en daar hebben wij problemen mee. Waar is de tijd dat de heer Stevaert en andere leden van de socialistische familie, moord en brand schreeuwden richting farmaceutische industrie. Nu blijkt dat ze geen graten zien in het sluiten van een deal met diezelfde farmaceutische sector.

Vergeef me mijn cynisme, mijnheer de minister, maar u mag van geluk spreken dat niet alle leuke ideetjes die de voorbije weken en maanden door de heer Robert Stevaert werden geopperd,

Je me demande vraiment s'il faut attendre d'un ministre PS le courage politique de faire avancer le dossier.

En ce qui concerne la constitution d'associations d'hôpitaux, l'initiative privée domine en Flandre, où le groupe Caritas est largement représenté. En Wallonie, les hôpitaux sont essentiellement aux mains des CPAS. Nous comprenons la suppression du passage concernant la répartition équitable entre les piliers car il n'est pas du tout dans l'air du temps. Il faut néanmoins préserver le pluralisme.

Il me paraît normal que les opérations de routine soient tarifées de la même manière dans tout le pays. Nous devons éliminer les excès. Nous adhérons également au projet de loi en ce qui concerne le recours abusif aux services d'urgence. Il faut tenir compte de l'aspect social mais sans ignorer les abus.

Je me demande par ailleurs si, dans son intervention de tout à l'heure, M. Bacquelaine demandera la mise sous curatelle du ministre Demotte - comme l'avait annoncé le MR ce week-end - ou s'il prête au contraire foi à ses chiffres et estime que tout va bien.

Bien des éléments sont à l'origine de tensions entre les médecins et les gestionnaires. L'accord qui a été conclu ne conserve pas grand-chose des intentions initiales du moratoire concernant la retenue sur les honoraires. De très nombreuses exceptions sont prévues et le moratoire est limité à un an. L'accord équilibré initialement conclu est-il encore respecté? Le lobbying des gestionnaires d'hôpitaux l'aurait-t-il emporté sur celui des médecins?

Par comparaison avec le secteur des médicaments par exemple, le dépassement en termes

geconcretiseerd zijn. Kunt u zich het volgende inbeelden. Onder de leuze “Eigen farmaceutische nijverheid eerst” – wie ben ik om daar een probleem mee te hebben – werd het idee gelanceerd om de farmaceutische nijverheid die onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen in eigen land uitvoert, vrij te stellen van de hoge recuperatieheffingen bij overschrijding van het geneesmiddelenbudget. U mag van geluk spreken dat er op bepaalde departementen nog mensen zijn die weten dat de heer Stevaert het dossier inhoudelijk geenszins beheerst, maar alleen op de perceptie zinspeelt.

Stel u voor dat de heer Stevaert wel de nodige technische kennis zou hebben en men hem in zijn zottigheid van de laatste maanden was gevolgd? Dan had u vandaag een groot budgettair probleem, het ganse debat over Europese concurrentieregels zelfs nog buiten beschouwing gelaten. Beeld u eens in dat Stevaert in deze gelijk zou hebben, dan zouden tientallen miljoenen aan uw neus voorbijgaan. Nu is het de farmaceutische sector die moet zorgen voor extra miljoenen, opdat u een sluitende begroting zou kunnen afleveren.

Ik zou zo nog even kunnen doorgaan, onder andere over de problematiek van de referentierugbetalingen. Het debat werd door uw voorganger, de heer Vandenbroucke, op gang gebracht. Wij zijn bereid om u op die weg een eindje te volgen. Ware het evenwel niet aangewezen om eerst te zorgen voor een evaluatie van het systeem van referentierugbetalingen van geneesmiddelen. Vandaag zal worden gestemd over de mogelijkheid tot uitbreiding van het systeem, maar we beschikken niet eens over een eerste evaluatie van de huidige situatie.

Mijnheer de minister, ik herinner u aan een zeer goede suggestie van de staten-generaal van de Vlaamse ziekenhuizen. Zij stellen voor om het hele referentierugbetalingssysteem niet te baseren op een nationaal Belgisch gemiddelde, maar om het systeem op het niveau van het Vlaamse consumptiepatroon te brengen en het referentierugbetalingssysteem daarop te baseren. Mijnheer de minister, u zou op een zeer gemakkelijke manier ettelijke miljoenen euro kunnen recupereren, als men maar eens de moed zou hebben om een aantal zinvolle suggesties te concretiseren.

Mijnheer de minister, ik wil ook nog even een woordje zeggen over de fameuze problematiek van de zorgregio's. Het geeft ons een zeer oude en oubollige indruk. Ik heb het in de commissie omschreven als getuigend van een verregaand dirigistische aanpak. Het is hier nog even de PS zeer oude stijl die wij zien optreden.

Voor ons is het fundamentele probleem met de zorgregio's dat er op Vlaams niveau wel degelijk zoiets bestaat als een decreet betreffende de eerste lijn. Na aandringen van een aantal collega's hebt u moeten antwoorden dat er inderdaad een procedure is bij het Arbitragehof. Wij zeggen het nu zeer duidelijk en handhaven het amendement terzake op het wetsontwerp dat hier vandaag voorligt.

Het is nogal onkies om, op het moment dat een procedure hangende is bij het Arbitragehof, de hele regeling van de zorgregio's, uiteraard wat anders geformuleerd, op federaal niveau te forceren, door te voeren. Dat is toch wel kras nu er een procedure bij het Arbitragehof loopt. Men had toch enige beleefdheid ten opzichte van de

d'honoraires est raisonnable. Le ministre accordera-t-il l'indexation convenue avec les médecins?

Le ministre a annoncé dans les médias que la délivrance du produit le moins cher par les pharmaciens sera sévèrement contrôlée à l'avenir. Par le biais du réseau Pharmanet, les prescriptions devront être effectuées sur la base du nom de la substance. Il faut néanmoins encore attendre les arrêtés royaux ou d'autres initiatives. Quand ceux-ci seront-ils prêts? Dans le projet de loi, il est certes question d'une accréditation assortie de sanctions éventuelles, mais il s'agit d'un autre aspect.

Dans le quotidien *L'Echo* du 8 mars 2005, M. Bacquelaine estimait que les pouvoirs spéciaux utilisés dans le cadre de cette loi sur la santé étaient dangereux. Dans *De Arstenkrant*, Mme De Block a considéré qu'il était scandaleux que le ministre souhaite recourir aux pouvoirs spéciaux dans le cadre de la loi sur la santé. Je ne mets pas leur analyse en cause, mais ces deux membres d'un parti de la majorité approuveront néanmoins tout à l'heure des pouvoirs spéciaux très étendus. Par principe, nous voterons au contraire contre cette loi. Il faut toujours être prudent lorsque des pouvoirs spéciaux sont octroyés à un ministre socialiste.

Gemeenschappen aan de dag kunnen leggen en de uitspraak van het Arbitragehof afwachten, tenzij natuurlijk - dat is een constante dezer dagen - arresten van het Arbitragehof totaal onbelangrijk geworden zijn, denk maar aan het dossier Brussel-Halle-Vilvoorde.

Mijnheer de minister, ik kan niet omheen de problematiek van de zware technische geneeskunde en het fameuze beheer van de PET-scans. U tracht zelfs het hele systeem van controle en erkenning voor een flink stuk federaal te recupereren met een van uw fameuze maatregelen. U had immers gezegd dat Vlaamse besparingen zouden worden uitgevoerd en illegale PET-scanners er voortaan uitgingen, want PS-minister Demotte zou wel eens orde op zaken stellen en komaf maken met de PET-scantoestellen.

Mijnheer de minister, het was mij zodanig tekenend dat ik u nog even wil herinneren aan een antwoord op een schriftelijke vraag van mij, dat uw kabinet formuleerde. Ik zal het antwoord nu citeren. Op het einde ervan zal ik mij toch wel beleefd afvragen of het dan gepermitteerd is dat ik namens de VB-fractie zeer kritisch ben en of ik van een PS-minister, die dergelijk antwoord durft te formuleren, mag verwachten dat er iets zal veranderen.

Collega's, ik citeer kort de betrokken vraag en het antwoord van het kabinet. Ik verwijs naar het dossier dat aangebracht is door het Vlaams Geneeskundigenverbond; die geëist had dat de regering maatregelen zou nemen om te besparen. Uiteindelijk is het fameuze PET-scandossier een symbooldossier geworden.

Ik stelde uiteindelijk drie concrete vragen, mijnheer de minister.

De eerste – schriftelijke – vraag luidde: “Hoe verklaart u het onredelijk verschil in aantal PET-scans tussen Vlaanderen en Wallonië?”. Tweede concrete vraag: “Welke maatregelen heeft u reeds genomen om het aantal PET-scans in Wallonië te verminderen? Indien u nog geen maatregelen heeft genomen, wat is hiervoor de argumentatie?”.

Dan begon het zeer leuke antwoord. Geachte collega's, ik wil het echt niemand van jullie onthouden want het is zeer typerend voor wat in dit Huis gaande is.

“Ik heb de eer het geachte lid als volgt te antwoorden. Het geachte lid stelt mij vragen over de regionale verschillen op het vlak van de PET-scanners. Volgens ditzelfde lid zouden er 5 toestellen in Vlaanderen geïnstalleerd zijn en 14 in Wallonië. Bijgevolg vraagt het geachte lid mij hoe die verschillen moeten worden verklaard, welke maatregelen er genomen werden om de verschillen te verkleinen en, indien dergelijke maatregelen niet werden genomen, wat hiervoor de reden is.

De programmatie voorziet in 1 dienst voor elke universitaire faculteit met een volledig studieprogramma in de geneeskunde of die exclusief tumoren behandelt, dus 8, en 1 dienst per volledige schijf van 1.600.000 inwoners, dus 3 diensten in het Vlaams Gewest en 2 in het Waals Gewest.

Volgens de informatie waarover wij beschikken via de gewestministers zijn die toestellen geïnstalleerd in West-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg voor het Vlaams Gewest en in Mont-Godinne

en Charleroi voor het Waals Gewest.

Rekening houdend met de vestigingsplaatsen van de universitaire ziekenhuizen betekent dit dat er daadwerkelijk 5 erkende PET-scanners voor het Vlaams Gewest zijn en 4 PET-scanners voor het Waals Gewest. De spreiding lijkt mij dus perfect evenwichtig”.

Dat antwoordt het kabinet van de heer minister Demotte. “De Waalse en Vlaamse administraties hebben ons niet ingelicht over het bestaan van andere erkende diensten. Als er in bepaalde ziekenhuizen bijkomende niet-erkende diensten nucleaire geneeskunde met een PET-scanner bestaan, komt het de Gemeenschappen en de Gewesten toe om tijdens de inspecties geschikte maatregelen te nemen en mij desgevallend in te lichten”.

U zult mij inderdaad zeggen, mijnheer de minister: “Mijnheer Bultinck, u begrijpt het weer niet. Ik neem in dit wetsontwerp de nodige maatregelen”.

Mijnheer de minister, ik zou zeggen goed geprobeerd maar dat krijgt u aan geen Vlaams Belanger meer verkocht. Ik vrees als ik dergelijke antwoorden krijg en lees van uw eigenste kabinet, dat ik toch wel – en ik zal beleefd blijven – enige vraagtekens mag plaatsen bij het al dan niet aanwezig zijn van voldoende politieke moed bij een PS-minister om aan dit dossier iets te gaan doen. Laat mij toe, mijnheer de minister, om daar op een beleefde manier toch minimaal aan te twijfelen.

Volgend item waarover ik het even wil hebben, mijnheer de minister, is heel de problematiek van de vorming van ziekenhuisassociaties. U weet zeer goed dat het ziekenhuislandschap in Vlaanderen en Wallonië fundamenteel van mekaar verschillen. In Vlaanderen is er vooral het overwicht van het private initiatief waarbij de Caritas-groep een groot deel van de ziekenhuizen in handen heeft terwijl in Wallonië vooral de overheid via OCMW's de ziekenhuizen organiseert en beheert. Wat stellen wij vast? Wij kunnen dit voor een stuk ook volgen en daarom zult u ook merken dat ik voorliggend wetsontwerp eigenlijk op een positief kritische manier behandel. Men zal nu uiteindelijk de fameuze zinsnede met betrekking tot de "billijke verdeling over de zuilen" schrappen. Wij kunnen dat volgen. Wij vinden dit inderdaad een zinsnede die voorbijgaat aan de huidige tijdsgeest. Wij vragen anderzijds toch voldoende aandacht te schenken, mijnheer de minister, aan het behoud en het bewaren van pluralisme.

Het volgende item, mijnheer de minister, is uiteraard heel de problematiek van de routineoperaties en een bestraffing op het moment dat de referentieprij met 10% wordt overschreden in plaats van de huidige 20%. Ik heb u hierover in het verleden een aantal keren in de commissie geïnterpelleerd. Het is eigenlijk toch niet meer dan normaal dat wij naar één prijs gaan die over heel het land de norm wordt voor routineoperaties. Wij moeten naar een systeem waarbij de uitwassen, die wij nu allemaal kennen en waarover ik u in het verleden inderdaad ettelijke keren heb geïnterpelleerd, worden weggewerkt.

Ook met betrekking tot het oneigenlijke gebruik van de spoedgevallen kunnen wij voor een stuk de maatregelen in dit wetsontwerp volgen. Wij hebben alleen twee kritische opmerkingen. Wij moeten er inderdaad voor zorgen dat voldoende aandacht geschonken wordt

aan het sociale element en dat het anderzijds in evenwicht wordt gebracht met de misbruiken. Ik ben eigenlijk zeer tevreden, mijnheer de minister, dat precies op dit eigenste moment collega Bacquelaine ons komt vereren met zijn aanwezigheid. Dit zou mij de gelegenheid bieden om even aan collega Bacquelaine te vragen of hij straks een zware oppositietussenkomst zal houden dan wel of hij...

De **voorzitter**: De heer Bacquelaine zal na u spreken. U zult dan wel horen wat hij zegt.

01.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, ik zal zeer aandachtig volgen. Ik tracht toch een poging te doen om hem even te provoceren. Ik weet dat hij zich meestal als een sfinx door dit Parlement beweegt. Ik doe toch een poging om hem even te provoceren. Collega Bacquelaine, ik zou toch even willen weten of u nu inderdaad uw eigen minister – u weet dat uw dagen binnen de meerderheid geteld zijn – onder curatele gaat plaatsen.

Ik zou van u willen vernemen of u al dan niet zijn cijfers gelooft en, zoals we vandaag in De Tijd konden lezen, beaamt dat er geen vuiltje aan de lucht is. Mijnheer de voorzitter, ik merk niet veel lichaamstaal bij de heer Bacquelaine. Ik ga ervan uit dat ik straks het antwoord wel krijg. Mocht dit straks niet lukken, dan zal ik hem – om in mijn rol van Vlaams Belanger te blijven – vanop mijn bank opnieuw lastigvallen en een lid van de MR even op stang jagen.

Mijnheer de minister, collega's, ik kom tot een aantal belangrijke items die voor ergernis zorgen tussen enerzijds de artsen en specialisten en anderzijds de ziekenhuisbeheerders. Wij hebben het akkoord wat het fameuze moratorium op de ereloonafhoudingen betreft voor een deel zien aankomen. Van de oorspronkelijke intenties van dat moratorium blijft thans alleen een vaag jaartje over. Er is uiteindelijk in zoveel uitzonderingen voorzien waarbij iedereen die het dossier een beetje volgt zich veel vragen kan bij stellen.

Mijnheer de minister, een zeer concrete vraag. Is het nog ernstig en stemt het nog overeen met hetgeen oorspronkelijk was afgesproken met de actoren? Is het nog redelijk uiteindelijk een moratorium te behouden dat slechts maximaal een jaartje zal duren terwijl u zeer goed weet dat het een evenwichtig akkoord was, met name een moratorium op de afhoudingen van de artsenhonoraria versus de regeling van de hele problematiek van de onderfinanciering van de ziekenhuizen. U weet beter dan wie ook dat deze klus jammer genoeg niet in een jaar tijd geklaard zal zijn. Daarom deze duidelijke vraag. Is dit nog correct ten opzichte van de publieke opinie of zijn er duistere krachten aan het werk geweest en is het lobbywerk van de ziekenhuiswereld sterker geweest van deze van de ziekenhuisartsen?

Ik kom tot een volgende concrete vraag die blijft. De voorbije dagen hebben we akte kunnen nemen van een aantal overschrijdingen. U zult zeer goed weten dat in dit dossier de artsenhonoraria voor een deel in het pakket van overschrijdingen van het voorbije jaar zitten. In vergelijking met andere overschrijdingen zoals de geneesmiddelensector, valt de overschrijding door de honoraria nog mee. Uiteindelijk valt de overschrijding van de artsenhonoraria nog mee. Mijn concrete vraag is: zult u de indexverhoging die beloofd en afgesproken was met de artsen al dan niet toekennen? Dit is een zeer concrete vraag waarop ik aan het einde van het debat een antwoord verwacht.

Mijnheer de minister, een volgend item dat ik even wil aansnijden, is de hele problematiek van de goedkoopste producten. Via de media hebt u andermaal laten weten dat in de toekomst de apothekers – mevrouw Detiège zal misschien enige interesse laten blijken, want het gaat om haar beroepsgroep; ze zal misschien zelfs weten waarover het gaat – heel streng zullen worden gecontroleerd op het al dan niet uitreiken van het goedkoopste product aan de betrokken patiënten. Mijnheer de minister, dat is het grote verhaal van een systeem dat via Farmanet in het voorschrijven op stofnaam moet voorzien.

Ik moet u eerlijk zeggen dat wij op de eerste koninklijke besluiten of wettelijke initiatieven wachten. Immers, mijnheer de minister, ik heb met een vergrootglas het voorliggende wetsontwerp nog eens bekeken. Ik heb over de voornoemde problematiek bitter weinig teruggevonden. Voor mijn part is het hele item van accreditering met de mogelijkheid tot sanctionering wel wat anders dan wat nu aan de apothekers via de media wordt aangekondigd.

Op dat vlak heb ik dus ook heel duidelijk een concrete vraag: tegen wanneer zullen welke initiatieven concreet worden genomen of blijft ook dit plan steken bij aankondigingen en niets meer dan dat?

Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik doe met uw goedvinden een poging om stilaan af te ronden.

De **voorzitter**: Dat wordt geapprecieerd.

01.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Ik wil dat echter niet doen zonder nog even kritisch te zijn – daarmee rond ik af, mijnheer de minister – over uw fameuze volmachten.

Ik wil mij op voorhand verontschuldigen bij de heer Bacquelaine, maar ik wil toch nog even teruggrijpen naar een van de krantenknipsels die hij zich misschien in een van zijn betere momenten nog zal herinneren.

Mijnheer Bacquelaine, ik neem L'Echo van 8 maart 2005 en lees een citaat van de heer Bacquelaine: "Les pouvoirs spéciaux de Demotte sont dangereux."

Ik kijk ook even naar mevrouw De Block, in betere doen in een of ander nummer van De Artsenkrant.

Mevrouw De Block, ik lees daarin de weergave van een of ander artsendebat dat in Vlaams-Brabant plaatsvond: "Het vertrouwen moet wederzijds zijn. Het is een schande dat de minister er de gezondheidswet wil doordruwen met volmachten. Bovendien moet hij zijn budget correct gebruiken. Het budget is vastgeroest in tussenschotten."

Collega's, ik begrijp het niet meer. Mijnheer Bacquelaine en mevrouw De Block, jullie zullen hier straks volgens de beste meerderheidsgewoonte in een moment van volledige anamnese, onbewust zijn en vergaande volmachten goedkeuren. Ik moet u eerlijk zeggen dat ik heel aandachtig de krantenartikels en de medische pers heb gelezen. Mijnheer de minister, als lid van de oppositie voel ik mij gesterkt. Immers, wie ben ik, doodeenvoudig kamerlid Koen Bultinck,

nota bene van de fractie waarnaar de meest scherpe blikken gaan en waarbij de meeste vragen worden gesteld, zijnde de Vlaams Belang-fractie, om belangrijke statements van twee belangrijke, eminente collega's uit de meerderheid in vraag te stellen, wanneer zij verklaren: "Les pouvoirs spéciaux de Demotte sont dangereux."?

Ik verbleek toch bij het morele gezag van collega Bacquelaine. Ik heb er geen probleem mee om dat te erkennen, maar het verschil is, collega Bacquelaine, dat wij principieel zullen tegenstemmen. Wij vinden wat u een dikke maand geleden ook vond, met name dat die volmachten veel te verregaand en gevaarlijk zijn. Wanneer men volmachten geeft aan een PS-minister, moet men voorzichtig zijn.

Hetzelfde geldt voor u, collega De Block. Op dat debat was u waarschijnlijk zeer goed en zeer sterk. U zei principiële problemen te hebben met die volmachten. Tenzij er straks dissident stemgedrag wordt toegestaan en een aantal liberale collega's zich, als moedigste daad in het Parlement, mag onthouden, vermoed ik ...

De **voorzitter**: Mevrouw De Block, u hebt het woord voor een persoonlijk feit.

01.04 Maggie De Block (VLD): Mijnheer Bultinck, als u citeert uit een debat, moet u het artikel volledig citeren en zeggen waarop het citaat een repliek was. Het was een repliek op het statement van de heer Ri De Ridder, die tot nader bericht behoort tot het kabinet van minister Demotte. Hij zei dat hij in de huisartsen geen betrouwbare opponent vond als gesprekspartner, omdat zij geen eenzijdige mening vertolkten. Daarop heb ik gezegd dat een dialoog moet plaatsvinden in vertrouwen tussen twee partijen en dat het vertrouwen wederzijds moet zijn. De rest van de zin hebt u inderdaad correct geciteerd. Ik neem daarvan ook geen woord terug, al zit ik hier dicht bij de minister. U kunt zien dat hij zich daarmee helemaal niet ongemakkelijk voelt. Ik wil maar zeggen dat daaruit geen dissident stemgedrag moet voortvloeien.

01.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Collega De Block, mag ik dan aannemen dat u even zult vooruitlopen op wat u waarschijnlijk binnen enkele weken zal te beurt vallen, met name dat u terug naar de oppositiebanken zult verhuizen en dat u nu al een beetje oefent en een tegenstem of een onthouding zult uittesten om te zien hoe dat aanvoelt? Samen met collega Bacquelaine was u van oordeel dat het een schande is dat de minister deze gezondheidswet met volmachten erdoor wil duwen. Wie ben ik dan, eenvoudig kamerlid, om dat in vraag te stellen?

Ik zeg eerlijk dat wij tegen die volmachten zullen stemmen, omdat wij op basis van sterke, intellectuele argumentatie van twee eminente collega's van de meerderheid, nog altijd vinden dat die volmachten veel te verregaand zijn. En dat is het verschil tussen u en wij: wij vinden dat na een maand nog steeds. Een maand later draait u nogmaals de kazak.

Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik rond af. Dit is een wetsontwerp van de gemiste kans. In de crisissituatie waarin wij ons bevinden, hebben wij geen fundamenteel debat gekregen over de

01.04 Maggie De Block (VLD): M. Bultinck ne cite que partiellement ma réplique à la déclaration de M. De Ridder, collaborateur de cabinet du ministre Demotte, selon laquelle les médecins de famille ne seraient pas des interlocuteurs fiables car ils n'expriment pas un avis univoque. A cette affirmation, j'ai répondu que le dialogue exigeait une confiance mutuelle. M. Bultinck a cité correctement le reste de la phrase. Je ne retire rien de ce que j'ai dit. Aucun vote dissident ne devrait en découler.

01.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Puis-je supposer que Mme De Block exprimera un vote négatif tout à l'heure ou s'abstiendra, peut-être en guise de préparation à une cure d'opposition? Contrairement au Vlaams Belang, elle a changé d'avis.

C'est le projet de loi de l'occasion manquée. Aucun débat fondamental sur l'organisation et le financement des soins de santé n'a eu lieu. Le projet de loi reste un document budgétaire et accorde de trop larges pouvoirs spéciaux. Nous émettons un vote négatif de principe, jusqu'à ce que l'organisation des soins de santé

organisatie van de gezondheidszorg en evenmin over het element van de financiering.

soit adaptée et transférée aux Communautés.

Uiteindelijk blijven wij ook met dit wetsontwerp prutsen in de marge, blijft het een budgettair document, blijft het een veel te vergaande volmacht. Onze fractie is dan ook zeer duidelijk. Wij kunnen dit onmogelijk steunen. Wij zullen een principiële tegenstem uitbrengen totdat de hele organisatie van de gezondheidszorg in dit land op een ernstige manier zal zijn bijgestuurd en wat ons betreft overgeheveld wordt naar de Gemeenschappen.

De **voorzitter**: Mijnheer Bultinck, u hebt 38 minuten gesproken, maar dit is ook een belangrijk onderwerp. Ik heb daar geen enkel probleem mee.

Je vais maintenant donner la parole à M. Bacquelaine; il sera suivi par Mme Detiège qui sera brève. Ensuite, connaissant les obligations de M. Mayeur, je verrai s'il me sera possible de lui donner la parole vers 15.45 heures ou 17.00 heures.

J'ai promis à plusieurs chefs de groupe de ne pas voter avant 18.00 heures

01.06 Gerolf Annemans (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, ik denk dat wij om 16 uur al kunnen stemmen.

Le **président**: La parole est à M. Bacquelaine dans la discussion générale de ce projet.

01.07 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, nous abordons ce projet de loi dans le cadre de notre philosophie en ce qui concerne le secteur des soins de santé.

Je désire rappeler les lignes directrices qui, pour nous, sont intangibles et doivent persister, avant d'en venir au texte lui-même et aux implications de ce projet de loi sur le secteur de la santé.

En fait, nous souhaitons analyser tous les textes qui portent sur ce secteur, à la lumière des spécificités du système de santé que nous connaissons en Belgique et qui est, j'aime à le rappeler, un système performant dans le sens où il répond aux attentes de la population de manière générale, avec une volonté d'assurer une très grande accessibilité à des soins de qualité - une accessibilité à des soins n'ayant de sens que s'il s'agit de soins de qualité - pour tous, quel que soit le statut socioprofessionnel, économique et financier des personnes, mais dans un esprit permettant aux prestataires de soins de donner les services qu'en conscience ils estiment nécessaires. J'ai l'habitude de dire qu'une accessibilité aux soins serait vaine s'il s'agissait seulement d'une accessibilité à des prestataires de soins qui seraient tenus de donner des soins de moins bonne qualité ou qu'ils estimeraient en conscience insuffisants.

La spécificité du système belge est précisément que les prestataires de soins ont la possibilité de développer une action de qualité vis-à-vis des patients. Le libre choix des patients, la liberté thérapeutique et diagnostique des médecins, la méthode de concertation conventionnelle que nous connaissons en Belgique font que notre système est largement envié et peut, me semble-t-il, servir de modèle au système de santé européen que nous appelons de nos vœux.

J'ai examiné le projet de loi santé en fonction de sa compatibilité avec

01.07 Daniel Bacquelaine (MR): Valt dit wetsontwerp te verzoenen met de beginselen van de toegankelijkheid van de zorg, de billijke financiering, de efficiëntie, de keuzevrijheid en het overleg die aan onze gezondheidszorg ten grondslag liggen, een systeem dat ons door menigeen wordt benijd en dat de Europese gezondheidszorg tot voorbeeld zou kunnen strekken?

Over een begroting van een dergelijke omvang moet overleg worden gepleegd, maar tevens moeten degenen die met het beheer ervan belast zijn er nauwlettend op toezien dat de bijdragen van de burgers optimaal worden aangewend.

Het ontwerp bevat een aantal nuttige en noodzakelijke maatregelen.

De regering moet kunnen beschikken over instrumenten die het mogelijk maken ontsparingen van de begroting bij te sturen. De cijfers waarop wij ons bij de bespreking van de begroting 2005 hebben moeten baseren, stonden

les différentes spécificités du système de santé belge, à savoir, l'accessibilité pour tous, l'équité dans le financement, l'efficience - c'est-à-dire le rapport qualité/prix -, le libre choix, la liberté et la concertation.

Il nous paraît essentiel qu'un budget d'une telle importance fasse l'objet non seulement d'une concertation avec tous les secteurs concernés, mais fasse aussi l'objet d'une attention particulière par rapport à la contribution des citoyens de ce pays. Le budget des soins de santé est un des budgets les plus importants de l'Etat. Il est assez logique qu'à partir du moment où ce budget a une telle importance, ceux qui en ont la charge, c'est-à-dire les gouvernements et les parlements, assurent un usage rationnel, optimal, des ressources qui sont mises à leur disposition pour mener cette politique de santé. Il ne conviendrait pas que l'on puisse soupçonner en quoi que ce soit les autorités de ce pays d'utiliser le budget des soins de santé d'une manière contestable. Nous avons en charge une mission extrêmement importante et nous devons faire en sorte que le budget consacré au bien-être et à la santé des gens soit effectivement bien utilisé.

Quant au projet de loi proprement dit, il comprend une série de mesures utiles et nécessaires car une bonne utilisation des budgets de la santé postule que nous ayons à notre disposition, et à la disposition du ministre et du gouvernement, des outils qui permettent à tout moment de rectifier le tir en cas de dérives ou de dérapages afin que le budget soit, à nouveau, utilisé de manière optimale.

J'ai été parmi ceux qui ont regretté, à l'automne 2004, lors de la confection du budget 2005, que nous ne puissions disposer de chiffres certains en matière de soins de santé. On peut se réjouir qu'en fin de compte, le déficit de 2004 soit "seulement" de 513 millions au lieu des 634 millions d'euros annoncés. Il faut se souvenir qu'au cours de l'automne passé, nous avons évolué entre des chiffres de 300 millions de déficit à certains moments et 900 millions à d'autres moments. Nous étions en pleine imprécision quant aux chiffres budgétaires. Nous avons confectionné un budget 2005 en nous basant sur un chiffre dont nous ne connaissions évidemment pas la pertinence ou la certitude. Cette imprécision, dans un budget aussi important que celui des soins de santé, n'est pas admissible. Nous avons le devoir d'exiger de l'INAMI qu'il nous fournisse, et qu'il fournisse au ministre en charge du secteur, des chiffres plus précis, plus réalistes et qui souffrent moins de contestations ou de contradictions.

A notre époque, n'importe quelle entreprise fournit des situations bilantaires et financières d'une bien plus grande précision, qu'il s'agisse de PME ou de grandes entreprises, alors que nous nous trouvons face à un budget colossal qui ne devrait pas souffrir d'une telle imprécision. Aussi, nous demandons de manière très ferme que le gouvernement puisse disposer, en temps réel, de chiffres véritables sur l'évolution des dépenses du budget des soins de santé. On nous dit que c'est difficile en raison des facturations qui n'ont pas toujours lieu en même temps. Qu'importe! Ce qui est précisément anormal, c'est que la facturation se fasse au bon gré des acteurs ou des organismes assureurs. Nous devons évoluer dans un système permettant une plus grande précision, une plus grande pertinence dans l'analyse des budgets. Nous, patients et contribuables, nous

onvoldoende vast. Het is onze plicht te eisen dat de minister over precieze, realistische en actuele cijfers zou beschikken die de evolutie van de uitgaven weergeven.

méritons une plus grande rigueur dans l'analyse de l'évolution des dépenses du budget des soins de santé.

01.08 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, je voudrais faire remarquer à M. Bacquelaine que ses propos rencontrent exactement ceux que nous avons tenus au moment de l'élaboration du budget.

01.09 Daniel Bacquelaine (MR): Oui, tout à fait!

01.10 Yvan Mayeur (PS): C'est exactement la demande que le gouvernement a, lui-même, formulée en novembre dernier. C'est exactement la réponse qu'a fournie l'INAMI dans son rapport au ministre des Affaires sociales, soulignant la nécessité d'une nouvelle procédure de détection précoce des risques de dépassement de l'objectif budgétaire global et de l'objectif budgétaire partiel. C'est la demande précise du gouvernement. A cet égard, il n'y a en principe pas sujet à polémique entre nous, puisque nous sommes d'accord sur ce point.

Or, votre déclaration au journal "Le Soir" et celles de ce week-end étaient visiblement plus politiques, plus polémiques. Cela n'a pas de sens puisque nous demandons exactement la même chose! Ce n'est pas une mise sous tutelle du ministre. C'est un contrôle du département, comme d'autres départements doivent être mis sous contrôle. M. Vande Lanotte propose de mettre, en permanence, sous contrôle le département des Finances, pour savoir si les recettes correspondent à nos besoins et ce que le département en fait effectivement. Sur tous ces éléments, je vous interromps parce que je ne vois pas où est la polémique.

01.11 Daniel Bacquelaine (MR): Je vais vous l'expliquer.

Je voudrais d'abord dire que je n'ai jamais entendu prononcer, par un membre du Mouvement réformateur ou par un libéral, le mot "tutelle". Les seules personnes qui ont parlé de tutelle, ce sont les socialistes. Je m'étonne de cette dérive par rapport à la lecture des déclarations qui ont été faites par les uns et par les autres. Moi-même, et le président de mon parti, n'avons jamais parlé de tutelle. Cela n'a jamais été prononcé et je ne sais pas où vous l'avez lu. Si vous pouvez me montrer où vous avez "lu" cette façon d'appréhender les choses, je serais heureux de le voir, car cela n'apparaît ni dans "Le Soir", ni dans "la Libre Belgique", ni dans "Sud-presse".

01.12 Yvan Mayeur (PS): Il s'agissait d'une intervention télévisée. Mais c'était trop laconique puisque c'était à la télévision.

01.13 Daniel Bacquelaine (MR): Cela me semble quelque peu bizarre et cela m'amène à penser que si vous pensez l'avoir lu, une analyse psychanalytique de votre comportement me permettrait de penser que vous auriez souhaité qu'on le dise effectivement.

01.14 Yvan Mayeur (PS): Dont acte! Je pense que la déclaration du chef de groupe MR de la Chambre des représentants met fin à la polémique. Il n'y a donc pas de mise sous tutelle du ministre, nous sommes d'accord.

01.15 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur Mayeur, nous pensons

01.10 Yvan Mayeur (PS): Dat is precies wat de regering in november jongsleden heeft gevraagd. Het RIZIV was vragende partij voor een nieuwe procedure om het risico van een budgetoverschrijding vroegtijdig op te sporen.

In dat verband zitten we op dezelfde golflengte. De verklaringen die de heer Bacquelaine vorig weekend aflegde, waren echter eerder politiek geladen, ja zelfs polemisch van toon. Dat slaat nergens op, want wij vragen precies hetzelfde: een controle op het departement en niet een bevoogding door de minister.

01.11 Daniel Bacquelaine (MR): Ik heb niemand van de MR het woord "bevoogding" in de mond horen nemen. Misschien wilde u wel dat die term werd gebruikt...

01.14 Yvan Mayeur (PS): Met zijn verklaring maakt de fractieleider van de MR dus een einde aan de polemiek.

01.15 Daniel Bacquelaine (MR):

qu'un budget aussi important que celui des soins de santé et un secteur aussi important que celui-là doivent faire l'objet de la part du gouvernement dans son ensemble, car tous les partenaires du gouvernement sont concernés, d'un suivi et d'une analyse qui ne peuvent se limiter au contrôle budgétaire classique.

01.16 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, en relation avec le texte de loi que nous étudions aujourd'hui – car tout le restant pourrait apparaître comme très spéculatif –, il est vrai que ce département n'est pas un département ordinaire. Comme je l'expliquais tout à l'heure, on ne maîtrise pas un budget de soins de santé de la même manière qu'on maîtrise simplement un budget avec des crédits prédéterminés. Ici, un ensemble extrêmement complexe de facteurs intervient. La méthode qui est d'ailleurs utilisée dans l'habilitation dont il est question ici tient compte de la collégialité gouvernementale. Je rappellerai que ce sont des arrêtés délibérés en Conseil des ministres; donc la technique elle-même prévoit ce dispositif, mais à une exception près: ce qu'il y a encore aujourd'hui autour du modèle Kiwi, car dans ce cas, il s'agit d'arrêtés simples.

01.17 Daniel Bacquelaine (MR): J'ajouterai encore l'exemple communal, étant donné que je suis un municipaliste. Dans les communes, lorsqu'un secteur d'activités requiert une allocation importante en termes de ressources, j'exige que le sujet vienne couramment en collège et ne soit pas réservé à une gestion scabinale, ce qui me semble normal.

Vous avez abordé vous-même le sujet des rentrées fiscales; il est exact que les rentrées fiscales et les dépenses de santé ne correspondent pas toujours aux prévisions. Globalement, elles sont toutes deux supérieures aux prévisions. On ne peut le nier. Heureusement d'ailleurs que les rentrées fiscales sont plus élevées que prévu car cela permet, notamment, de payer les dépenses de soins de santé par le biais du financement alternatif. L'analyse des rentrées fiscales fait l'objet d'un monitoring permanent par notre gouvernement, ce qui nous paraît tout à fait légitime.

Voici ce que nous avons précisé en début de semaine, marquant ainsi notre intérêt pour la matière. Nous avons fermement défendu la norme de croissance de 4,5% + inflation car nous pensons effectivement que les dépenses de santé méritent un traitement de faveur par rapport à la croissance générale des dépenses de ce pays. Cela concerne les besoins et la vie quotidienne des gens. Cette croissance particulièrement élevée légitimise et nécessite un suivi particulièrement aigu de l'évolution des budgets. C'est l'explication de notre rappel quant à la nécessité, pour le gouvernement, d'évaluer en permanence l'évolution des dépenses de santé. Certains ont voulu y voir autre chose, je le regrette. De notre côté, nous avons simplement voulu rappeler ce qui nous semblait être une évidence.

Le projet de loi santé, plus précisément, peut être analysé de diverses façons. D'une part, par ce qu'il contient, d'autre part, par ce qu'il aurait dû contenir. Je commencerai par ce qu'il contient. Il contient, selon moi, des outils utiles et nécessaires pour maîtriser, de la manière la plus efficace, l'utilisation des allocations mises à disposition du secteur. Le chapitre concernant les médicaments nous semble parfaitement justifié puisque, sur les 513 millions de dépassement

Dergelijke begrotingsmiddelen, die zo omvangrijk zijn, moeten onder het toezicht van de volledige regering staan. Zij kan zich niet tot de gebruikelijke begrotingscontrole beperken.

01.16 Minister Rudy Demotte: Volksgezondheid is inderdaad geen departement als de andere. In de bij de bevoegdverklaring toegepaste methode wordt trouwens met de collegialiteit tussen de regeringsleden rekening gehouden, door middel van in Ministerraad overlegde besluiten, met uitzondering van al wat het kiwimodel aangaat.

01.17 Daniel Bacquelaine (MR): Het klopt dat de fiscale ontvangsten en de uitgaven in de gezondheidszorg niet altijd met de ramingen overeenstemmen. De voortgang ervan wordt evenwel met recht permanent door onze regering gevolgd.

Wij hebben de groeinorm van 4,5 procent plus inflatie met volle overtuiging verdedigd; die sterke groei maakt het noodzakelijk dat de ontwikkeling van de begrotingsmiddelen met bijzondere aandacht wordt gevolgd. Dat is de reden waarom de regering de ontwikkeling van de uitgaven in de gezondheidszorg voortdurend in het oog moet houden.

Het ontwerp van gezondheidswet bevat nuttige en noodzakelijke instrumenten om de aanwending van de voor de sector uitgetrokken middelen zo doeltreffend mogelijk te beheren. Het hoofdstuk betreffende de geneesmiddelen is volkomen gerechtvaardigd, vermits 384 van de 513 miljoen waarmee de begroting in 2004 werd overschreden, de geneesmiddelensector aangaat.

Het wetsontwerp kan worden beoordeeld aan de hand van de

budgetaire en 2004, 384 millions (pratiquement 80%), concernent le secteur des médicaments.

Nous avons voulu rendre compatible - ce fut notre vision permanente au cours de l'examen de ce texte - la maîtrise du budget des médicaments avec la nécessité d'éviter le développement d'une médecine à deux vitesses tout en faisant en sorte que l'accessibilité aux médicaments innovants et performants soit maintenue et garantie pour tout le monde. Ce fut notre leitmotiv par rapport à ce projet et aux articles concernant le médicament.

C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité que l'appel d'offres concerne les médicaments hors brevets tant il nous semblait important de ne pas hypothéquer la mise à disposition des patients, en Belgique, de médicaments innovants et performants que l'industrie pharmaceutique développe et recherche dans notre pays où elle représente 26.000 emplois. Le secteur est important et, je le répète, il nous semblait nécessaire de ne pas hypothéquer sa possibilité de développer dans notre pays des molécules innovantes, de les mettre sur le marché et de rendre les services thérapeutiques utiles en la matière. Selon moi, le secteur des médicaments a été pris en considération de manière efficace et réaliste.

En ce qui concerne la collaboration hospitalière, monsieur le ministre, nous sommes tout à fait heureux de la bonne évolution du dossier de la collaboration inter-hospitalière. Nous serons à vos côtés pour faire en sorte que nous puissions avancer en termes de collaboration entre les hôpitaux afin que les équipements lourds et coûteux soient utilisés de la manière la plus rationnelle possible, faisant fi d'une polarisation de type ancien régime qui n'apporte pas grand-chose au patient lui-même qui, d'ailleurs, ne se sent pas concerné par l'origine de tel ou tel équipement mais souhaite bénéficier d'un équipement performant; en fait, à la limite, la localisation de l'équipement a peu d'importance pour le patient pour autant que cet équipement existe dans sa région. Cette collaboration inter-hospitalière doit être développée. Le projet de loi santé donne l'habilitation et les outils nécessaires pour qu'il en soit ainsi.

En ce qui concerne la programmation des PET-scans, j'attire votre attention sur la nécessité - et le projet de loi y répond - de la revoir de manière plus précise. Cependant, nous vous disons d'emblée que, si nous sommes évidemment conscients de la nécessité de cette programmation, elle doit se faire de manière équilibrée.

Pour ce qui est du moratoire sur le prélèvement des honoraires par les hôpitaux, je vous avoue une certaine déception par rapport à son évolution. J'ai toujours considéré que les modalités de financement des hôpitaux favorisaient un certain type de surconsommation dans notre pays et que le fait que les hôpitaux puissent soustraire des "parts" des honoraires médicaux pour la gestion hospitalière générale était une façon de favoriser la surconsommation. Le moratoire était donc une bonne idée, même si elle n'était pas suffisante. Il faudra sans doute aller plus loin, modifier l'article 140 sur les hôpitaux pour faire en sorte que le financement des hôpitaux ne soit pas nécessairement tributaire de la production d'actes médicaux.

Je suis personnellement favorable à un nouveau système de financement des hôpitaux qui fasse très clairement la part des choses

mesures que le projet de loi contient et à la maîtrise du budget des médicaments. In de eerste benadering stellen we vast dat nuttige en noodzakelijke instrumenten werden ontwikkeld om de middelen die ter beschikking van de sector worden gesteld, te beheersen. We streefden een kostenbeheersing na, ervoor wakend geen geneeskunde met twee snelheden tot stand te brengen en de farmaceutische industrie in ons land, die 26.000 mensen tewerkstelt, geen schade te berokkenen. Daarom wilden we dat de offerteaanvraag op de geneesmiddelen zonder octrooi zou slaan.

We zijn tevreden met de evolutie van het dossier betreffende de samenwerking tussen de ziekenhuizen. De programmatie van de PET-scan moet op een evenwichtige manier gebeuren.

Ik ben enigszins ontgoocheld over het moratorium op de voorafname door het hospitaal op de honoraria van de geneesheren omdat de financieringsmodaliteiten een bepaalde vorm van overconsumptie aanmoedigen. Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen de financiering van de medische activiteiten en de financiering van de ondersteunende ziekenhuisdiensten.

Ik verheug me over de nieuwe maatregelen in verband met het Bijzonder solidariteitsfonds. De solidariteit moet volledig spelen bij tragische gebeurtenissen, zoals kanker bij kinderen of chronische aandoeningen die tot langdurige werkonbekwaamheid leiden.

Wat het tweede deel van het antwoord op mijn vraag betreft, blijf ik over een aantal facetten enigszins op mijn honger.

Mijns inziens werden niet alle mogelijkheden benut om het geld dat de burgers ons toevertrouwen

entre le financement de l'activité médicale et celui de la logistique hospitalière. Ce sont deux aspects totalement différents et le fait de compter sur la production des actes médicaux pour financer l'entretien et l'investissement hospitaliers ne me paraît pas être judicieux. Nous demandons donc d'aller plus loin en ce qui concerne le prélèvement des honoraires par les gestionnaires d'hôpitaux et de séparer plus radicalement la production d'actes médicaux et la nécessité de financement des hôpitaux.

Il me reste un aspect à aborder et dont je me réjouis, ce sont les nouvelles mesures concernant le fonds spécial de solidarité. Notre système de santé est basé sur la solidarité – et heureusement. Nous avons toujours considéré que la solidarité devait être totale lorsqu'elle concerne des événements tragiques, notamment des familles confrontées à des situations d'une extrême gravité, par exemple le cancer d'un enfant ou des maladies chroniques qui entraînent des incapacités de travail très longues. Il y a dans ces matières la nécessité de développer des solidarités plus importantes encore. Je me réjouis de voir le fonds spécial de solidarité permettre une plus grande ampleur dans la prise en charge de problèmes de société extrêmement graves et douloureux.

Je vous l'ai dit, il y a aussi ce qui ne se trouve pas dans le projet de loi santé. Je vous avoue que je reste quelque peu sur ma faim dans certains domaines. Nous sommes obligés, sur le plan moral, d'utiliser au mieux l'argent que les contribuables mettent à notre disposition pour soigner les gens – car pour parler très simplement, c'est bien de cela qu'il s'agit.

Il me semble que, dans ce domaine, toutes les possibilités n'ont pas encore été exploitées. Je pense que nous devons nous attarder davantage aux phénomènes qui provoquent encore des consommations de soins non justifiées.

Monsieur le ministre, je m'inquiète de ce que ce projet sur la responsabilité sans faute, sur l'aléa médical n'avance pas davantage. Certes, il reste quelques problèmes difficiles à trancher: le mode de financement d'un fonds d'indemnisation, la double voie judiciaire et assurantielle, etc. Mais on reconnaît les grands hommes à leur capacité d'apporter des solutions aux problèmes difficiles. Il me semble nécessaire de trancher cette question un jour. La médecine défensive coûte cher et risque de le devenir plus encore. J'essaie de vous rendre attentif et sensible à cette problématique de telle sorte que nous puissions avancer en cette matière.

Il reste encore des tabous idéologiques qui entraînent des surplus de dépenses. Je pense aux maisons médicales. On me dit qu'elles remplissent une fonction sociale. Ayant pratiqué pendant très longtemps la médecine générale dans un village, dans une commune, je sais que cette fonction sociale est remplie de manière tout à fait judicieuse par les prestataires indépendants qui n'ont jamais refusé de soigner qui que ce soit.

Par contre, je sais aussi qu'une maison médicale coûte beaucoup plus cher qu'une pratique indépendante. Un patient inscrit dans une maison médicale coûte, en termes de médecine générale, environ 120 euros par an, alors que dans le secteur indépendant, il ne coûte que 64 euros par an. Il y a donc une disproportion inadmissible qui se

om zieken te verzorgen, optimaal aan te wenden. Zo maak ik me zorgen over de ontwikkelingen in het dossier betreffende de foutloze aansprakelijkheid.

Defensieve geneeskunde is duur en dreigt dat in de toekomst nog meer te worden.

Daarnaast bestaan er ook ideologische taboes, zoals het behoud van groepspraktijken die duurder zijn dan individuele artsen.

retrouve dans les soins de kinésithérapie, dans les soins infirmiers et qui ne subsiste dans notre système que par idéologie. Je ne vois pas d'autre explication. Il faudra un jour avoir le courage de mettre à plat les comptes de ces deux systèmes pour déterminer quel est le plus performant sur le plan financier.

01.18 Rudy Demotte, ministre: Tout à l'heure, dans ma réponse générale, je reviendrai sur d'autres aspects; je ne veux pas être trop long mais je me permets simplement de donner une précision. J'avais déjà entendu dans le précédent débat général, un certain nombre d'informations sur les chiffres, donc je proposerai à M. Bacquelaine, pour être très concret, que nous ayons une discussion en commission sur les différents points. Mais je ne voudrais pas non plus qu'on sombre dans des caricatures dans les deux sens. Si vous prenez par exemple la pratique médicale en solo et si vous songez à la médecine spécialisée, il y a des médecins spécialistes qui pratiquent dans la structure hospitalière, et qui réfèrent également à leur pratique en solo. Si on fait le calcul des coûts, on pourra être surpris là aussi. Je pense que c'est une très belle discussion que nous pourrions avoir ensemble en commission.

01.19 Daniel Bacquelaine (MR): J'en prends acte.

Troisième élément sur lequel il faudra un jour se pencher activement: la charge administrative qui se développe dans le secteur des soins de santé. Cette charge administrative, en définitive, coûte cher. Les prestataires, qu'ils soient médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, assistants sociaux, et toutes les fonctions qui travaillent dans les hôpitaux, consacrent de plus en plus de temps à remplir des papiers. Et pendant qu'ils remplissent des papiers, non seulement ils sont payés, mais en plus ils ne s'occupent pas nécessairement des patients. Il y a là, au point de vue de la rationalité du temps utile, un examen à faire pour revenir à quelque chose d'un peu moins kafkaïen. On sait que, dans le débat sur l'accord dans le non-marchand, plusieurs acteurs hospitaliers ont mis en avant la lourdeur des charges administratives qui leur sont imposées, et il y a sans doute une mise à plat nécessaire de ce que j'appelle la "rage normative", qui n'apporte pas nécessairement une plus-value en termes de soins de santé, mais qui, par contre, monopolise du temps qui pourrait être consacré plus utilement par ailleurs.

Peut-être faudrait-il aussi se pencher sur notre parc hospitalier. Je parlais tout à l'heure de la collaboration inter-hospitalière, c'est un bien, mais il reste que dans notre pays, le nombre de lits d'hôpitaux reste supérieur à la moyenne européenne. Ce débat doit aussi avoir lieu. Nous sommes 20% au-dessus de la moyenne européenne en matière de lits d'hôpitaux. Les lits d'hôpitaux, indépendamment des soins qui sont prodigués dans la structure hospitalière, coûtent avant même d'être occupés. Il serait utile de se pencher sur ce problème de la pléthore hospitalière, qui coûte certainement de l'argent et ampute le budget des soins de santé qui pourrait sans doute être mieux utilisé dans ce domaine.

Enfin, je pose de nouveau la question du ticket modérateur. Le ticket modérateur me paraît devoir porter son nom: il doit modérer. Or, actuellement, il m'apparaît qu'il existe un certain nombre de systèmes qui permettent de contourner le caractère modérateur de la participation du patient et qui mériteraient, sans aucun doute, une

01.18 Minister Rudy Demotte: Ik stel voor dat wij de cijfers inzake de kosten in de commissie bespreken.

01.19 Daniel Bacquelaine (MR): Waarvan akte. Ook de administratieve werklast brengt heel wat kosten mee. Daarnaast zouden we ons over het geheel van de ziekenhuizen moeten buigen. Het aantal Belgische ziekenhuisbedden ligt boven het Europese gemiddelde. Ten slotte lijkt het me essentieel om het principe van het remgeld, dat afdwingbaar zou moeten zijn, te behouden.

Tot besluit zal de wet die wij vandaag zullen goedkeuren de regering in staat stellen de kosten inzake gezondheidszorg te beheersen in overleg met alle betrokken actoren uit de sector.

Het is belangrijk dat de gezondheidszorgberoepen in ons land voldoende aantrekkelijk blijven. Tal van gezondheidswerkers verkiezen immers om financiële redenen, maar ook omdat zij af willen van de administratieve rompslomp, hun beroep in het buitenland uit te oefenen. Enkel in die zin dreigt er in ons land een tekort te ontstaan, want het aantal nieuw gediplomeerde gezondheidswerkers is toereikend.

Mijnheer de minister, ik spreek de

remise en question.

Si le ticket modérateur a été créé, c'est précisément pour responsabiliser le patient par rapport aux dépenses de santé. Vous allez me dire qu'effectivement un certain nombre de patients n'ont pas la capacité d'intervenir personnellement dans les soins qui leur sont nécessaires. J'en suis conscient. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons souscrit à la création du maximum à facturer. Cela nous semble une garantie qui permet à tout patient de bénéficier de soins de qualité tout en préservant l'accessibilité. C'est vrai qu'il est nécessaire, à un certain moment, d'avancer des fonds, mais vous savez comme moi que, pour les personnes qui sont réellement en situation démunie, le tiers-payant est un système qui est applicable, qui ne l'est pas toujours mais qui pourrait l'être. La plupart des médecins ne sont pas opposés, bien au contraire, à appliquer le système du tiers-payant pour les personnes les plus démunies afin de leur éviter d'avancer les tickets modérateurs ou le paiement des honoraires dans leur entièreté.

Je pense que le ticket modérateur devrait être exigible et, pour la plupart d'entre eux, non réassurables pour qu'ils gardent leur caractère modérateur effectif dans le cadre des soins de première ligne et des soins de santé en général.

En conclusion, monsieur le ministre, nous considérons que la loi santé qui sera votée aujourd'hui vous donne et donne au gouvernement des outils utiles et nécessaires pour assurer la maîtrise du budget des soins de santé. Il faudra l'utiliser de manière intelligente - mais nous ne doutons pas que tel sera le cas. Il faudra l'utiliser dans notre système de concertation. Ce système est utile et permet à tous les acteurs des soins de santé de se sentir concernés. Donc, le maintien de la concertation nous paraît utile et nécessaire.

Je voudrais insister également sur un élément qui n'apparaît pas clairement dans le débat et qui est l'attractivité nécessaire des professions de la santé dans notre pays. J'ai quelques inquiétudes lorsque je vois que des médecins quittent le pays. On connaît le phénomène dans la recherche scientifique: beaucoup de chercheurs partent et ne reviennent pas. C'est bien qu'ils aillent voir ailleurs mais ce serait bien s'ils revenaient de temps en temps nous rapporter le fruit de leurs expériences. Dans les professions de santé, nous connaissons de plus en plus ce phénomène. Il faut donc se poser des questions: partent-ils pour des raisons strictement financières ou pécuniaires? Je ne le crois pas. Je pense que la revalorisation à laquelle nous avons participé était utile et a permis certainement de rendre l'acte intellectuel plus attractif dans notre pays.

La lourdeur administrative, dont j'ai parlé tout à l'heure, est sans doute à l'origine d'une certaine fuite des professionnels de la santé qui estiment que notre système devient trop contraignant et que, dans d'autres pays, l'exercice de leur profession se concentre davantage sur la raison même de leur vocation, c'est-à-dire soigner les gens. J'ai quelques inquiétudes quand je constate que de plus en plus de médecins décident de partir, en fonction de leur appartenance linguistique, en France, aux Pays-Bas, etc. pour aller exercer leur profession. Il en va de même pour les kinésithérapeutes ou les infirmiers. Nous devons veiller à ce que notre système, notre organisation de soins de santé permettent aux vocations de

wens uit dat wij u over een jaar zullen kunnen feliciteren met de goede aanwending van de begroting voor gezondheidszorg.

s'exprimer dans notre pays et donnent l'envie aux gens de pratiquer la médecine, la kinésithérapie ou l'art infirmier en Belgique, dans des conditions qui leur semblent acceptables en termes de statut social, de statut pécuniaire, de leur vie de famille et de l'organisation de leur vie personnelle mais aussi en fonction des charges administratives que leur impose le système.

C'est sans doute un domaine qui fera l'objet d'un défi dans les prochains mois. On entend souvent parler du risque de pénurie. Mais nous savons que cette pénurie n'existe qu'en raison du désengagement qui pourrait subvenir dans l'exercice des professions et non du nombre réel de personnes munies d'un diplôme de nos universités ou de nos grandes écoles. Il y en a suffisamment. Même dans le secteur infirmier, où l'on parle souvent de pénurie, on sait que beaucoup d'infirmiers et d'infirmières diplômés préfèrent ne pas travailler dans le système actuel, estimant qu'il est trop compliqué, trop lourd, trop contraignant.

Le problème de l'attractivité des professions dans notre pays doit mériter toute notre attention. Nous devons assurer la survie d'un système de santé efficace, accessible et qui donne toutes les garanties au patient de trouver les meilleurs soins dans notre pays.

Monsieur le ministre, il me reste à vous souhaiter une bonne exécution du projet de loi que nous allons voter aujourd'hui. J'espère que nous pourrons ensemble, dans un an, dire que le budget des soins de santé 2005 a été parfaitement exécuté et que les prévisions ont été respectées.

01.20 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, de voorbije weken stond de werking van de commissie voor de Volksgezondheid in het teken van de gezondheidswet die werd voorgelegd door minister Demotte.

De commissie had meer dan een zitting nodig om de wet te bespreken. Er was zelfs een nachtelijke zitting nodig om de nieuwe gezondheidswet goed te keuren. Het was aan de duur van de besprekingen en aan het aantal amendementen van de verschillende partijen duidelijk te zien dat het om een cruciaal gebeuren ging. Ik bedoel daarmee dat een aantal punten uit de gezondheidswet een ernstige impact zullen hebben op de gezondheidszorg.

Het verheugde mij dan ook dat alle commissieleden zich hebben ingezet om elk vanuit hun eigen expertise en goede bedoelingen de wet tot een werkbaar instrument te maken.

In tegenstelling tot wat gezondheidsspecialist de heer Goutry een tweetal weken geleden zei in De Morgen vind ik dat de minister geen eieren voor zijn geld kiest. In mijn ogen en in die van een aantal specialisten die het dossier van nabij hebben gevolgd, is de minister niet plat op zijn buik gegaan. Bij mijn weten is hij absoluut geen droge vijg. De mensen die de commissie hebben gevolgd, zullen weten wat ik daarmee bedoel. Ik weet niet of deze terminologie in een plenaire zitting mag worden gebruikt maar ik stond bij wijlen toch verstoeld van de beeldende uitspraken die tijdens de nachtelijke zittingen werden gedaan.

Belangrijk voor sp.a is dat de nieuwe wet in de toepassing van de marktbevraging voor geneesmiddelen voorziet. Het kiwi-idee dat door

01.20 Maya Detiège (sp.a-spirit): Tous les membres de la commission semblaient conscients du caractère essentiel de cette nouvelle loi sur la santé et de sa grande portée car tous ont concouru à faire de la loi un instrument fonctionnel. A l'inverse de M. Goutry, nous ne considérons nullement que le ministre ait mis de l'eau dans son vin ou ait courbé l'échine. Le modèle néo-zélandais est tout à la fois simple et efficace et génère une situation où toutes les parties sont gagnantes. Lorsque les autorités publiques demandent des offres de prix au secteur pharmaceutique, elles visent non seulement à obtenir le meilleur rapport qualité-prix, mais elles réalisent en même temps des économies dans le secteur de l'assurance-maladie. Le patient, quant à lui, paie moins. Seuls les médicaments brevetés sont exclus du système. Une audition de la firme néo-zélandaise Pharmac pourrait contribuer à nous informer

sp.a-voorzitter Steve Stevaert werd gelanceerd, is eenvoudig. De overheid vraagt de farmaceutische bedrijven om een offerte voor een bepaald geneesmiddel en op basis van die offertes kiest zij een aantal producten met de beste prijs-kwaliteitverhouding. In de praktijk zal het de Commissie Tegemoetkoming voor Geneesmiddelen - CTG - zijn die de terugbetaling zal herzien voor groepen van geneesmiddelen die voor een gelijke of een gelijksoortige indicatie naar gelang de bijsluiter worden aangewend. Alleen de geneesmiddelen die nog onder patent staan, vallen buiten deze marktbevraging.

Dit systeem is een echte win-winsituatie. De patiënt betaalt een stuk minder voor zijn geneesmiddelen en de overheid bespaart in de ziekteverzekering. Het kiwi-systeem zal trouwens net als in Nieuw-Zeeland niet gelden voor nieuwe innovatieve geneesmiddelen. Ik verklaar hier de nuance. Dat zijn geneesmiddelen met een hoge of een echte therapeutische meerwaarde. De CTG zal net zoals zij dat tot op vandaag doet de nieuwe geneesmiddelen trachten terug te betalen rekening houdend met de prijs-kwaliteitverhouding, de ernst van de ziekte en het verkoopsvolume.

Het zou nuttig zijn een hoorzitting te plannen met het Nieuw-Zeelandse overheidsbedrijf Pharmac om na te vragen hoe zij te werk gaan. Ook wat dat betreft, blijken de Nieuw-Zeelanders over een goed onderbouwde expertise te beschikken.

Ik kom tot een tweede en voor mij heel belangrijk punt. De strijd met de neppatenten kan eindelijk worden aangevat. Dat zijn geneesmiddelen die door de firma's op de markt werden gebracht voor dezelfde indicatie, maar zonder een therapeutische meerwaarde, en die toch aanzienlijk duurder zijn dan hun voorgangers waarvan het patent dreigt te verstrijken. Met andere woorden, zij werden alleen op de markt gebracht om een nieuw patent te verkrijgen. Daarom worden nieuwe maatregelen genomen. Zo wordt bijvoorbeeld voorzien in een onderzoek door de CTG dat moet aantonen welke specialiteiten al dan niet een therapeutische meerwaarde hebben, veeleer dan zogenaamd vernieuwend te zijn. Er werd ook wettelijk bepaald dat de resultaten van het onderzoek zowel aan de minister als aan het Parlement zullen worden voorgelegd. Op basis van het verslag van de CTG kan de minister of de CTG zelf een procedure van wijziging van de vergoedingsmodaliteiten beginnen. Met andere woorden, de neppatenten kunnen worden aangepakt. De strijd tegen typen van specialiteiten is fundamenteel om te verzekeren dat de beschikbare middelen volledig kunnen worden gebruikt voor de vergoeding van werkelijk innoverende specialiteiten.

Een derde belangrijk punt is een ander aspect van de uitbreiding van de referentierugbetaling. Het enige criterium tot nu toe was dat het geneesmiddel identiek hetzelfde moest zijn. Als het bijvoorbeeld om een tablet ging, kon men een tablet met een tablet vergelijken. In de praktijk zal het nu zijn zoals in Duitsland: bijvoorbeeld pillen, zetpillen en injectievormen zullen ook mee in de referentierugbetaling worden opgenomen. Die maatregel zal zorgen voor een besparing van 43 miljoen euro.

Belangrijk in de gezondheidswet is ook artikel 58. Aan de bestaande wetgeving betreffende de terugbetaling van geneesmiddelen wordt een heel klein zinnetje toegevoegd. Het is een klein zinnetje, maar wel met heel veel impact. De minister kan vanaf nu bedrijven verplichten

mieux encore sur les aspects pratiques de ce modèle.

La lutte contre les brevets *me too* est enfin entamée. En effet, la CRM vérifiera quelles spécialités pharmaceutiques comportent une valeur ajoutée et présentera les résultats de cette étude au Parlement comme au gouvernement.

L'extension du remboursement de référence est importante aussi. Elle permettra une économie de 43 millions d'euros.

Enfin, l'insertion d'une petite phrase très importante dans l'article 58 permet de contraindre les entreprises à rester dans le système du remboursement, comme pour la pilule contraceptive.

C'est pourquoi nous sommes convaincus que la loi qui est nous est soumise est à la fois la meilleure possible et la plus « faisable ». Nous n'excluons pas de nouveaux aménagements et une évaluation sera assurément indiquée. Mais nous soutenons ce projet car nous estimons qu'il faut donner à cette loi sur la santé une chance de réussir.

voor bepaalde specialiteiten in het terugbetalingssysteem te blijven. In denk bijvoorbeeld aan de hele heisa rond de anticonceptiva of de pil.

Mijnheer de minister, collega's, ik kan alleen vaststellen dat na een zwaar en vermoeiend overleg nu de beste en de meest haalbare gezondheidswet voorligt. De sp.a heeft reeds zeer belangrijke en innovatieve maatregelen kunnen doordrukken die bijdragen aan een betere beheersing van de gezondheidszorg, zonder dat die aan kwaliteit zal moeten inboeten – en dat is heel belangrijk.

Mijnheer de minister, zoals u uit mijn betoog wel begrepen zult hebben, steunt de sp.a uw voorliggend wetsontwerp. Ik ben er ook van overtuigd dat u ons in de commissie voor de Volksgezondheid op regelmatige wijze zult inlichten over de stand van zaken in de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen. Deze commissie is er het dichtst bij betrokken en zal een zeer belangrijke verandering moeten ondergaan.

Zal de CTG een doorgedreven hervorming moeten kennen? Zal de procedure van marktbevraging die nu start, in een latere fase aangepast en zelfs uitgebreid moeten worden? Een evaluatie is hier zeker op zijn plaats, want het Belgische kiwimodel is een belangrijk instrument om de prijzen van geneesmiddelen te beheersen en moet absoluut voor 100% kunnen slagen.

01.21 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, il faut commencer par le problème du budget et de la norme de croissance. Elle a été fixée à 4,5% hors inflation et nous nous en réjouissons. Il se fait que le trend naturel de croissance des dépenses risque d'être supérieur à la norme fixée: aujourd'hui, on parle de 9% de croissance. Si on regarde la situation du compte 2004 par rapport au budget, on est effectivement en croissance – et une croissance importante. Cela nécessite de maîtriser les dépenses de soins de santé. On en a débattu tout à l'heure et nous sommes d'accord avec cette idée. À condition bien entendu de ne pas toucher à l'accessibilité des soins pour les patients, à la qualité de la médecine, au principe élémentaire de notre système qui est celui du libre choix.

C'est extraordinaire d'être dans un système du libre choix avec le caractère social d'accessibilité et de couverture sociale maximale – on en est à 98 ou 99% de couverture mutuelliste dans ce pays, ce qui est extraordinaire –, dans un système concerté et de faire face aussi à une difficulté de maîtriser les dépenses quelle que soit l'autorité publique. La raison en est l'existence d'une diversité d'acteurs. Ces différents acteurs, qui s'accordent quand ils sont organisés collectivement sur les objectifs budgétaires fixés, ne sont pas en mesure de s'y tenir dans la pratique individuelle et sont confrontés à des difficultés particulières qui provoquent des dérapages malgré tout, ou sont confrontés à une croissance de la demande.

Quand on examine les chiffres de 2004 et qu'on constate que trois fois 50 millions à peu près portent sur les honoraires, le MAF (maximum à facturer) et les soins aux personnes âgées, on peut en conclure que ces montants-là sont liés aux besoins de la population. Ils correspondent à une consommation médicale, à une utilisation du système qui est probablement liée aux besoins réels de la population. On peut alors se poser la question suivante dans ce sens-là: compte

01.21 Yvan Mayeur (PS): De groei van de uitgaven voor de gezondheidszorg dreigt hoger uit te vallen – men heeft het over 9 procent! – dan de norm van 4,5 procent buiten inflatie. Daarom is het noodzakelijk die uitgaven te beheersen, zonder echter aan de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit van de geneeskunde of het beginsel van de keuzevrijheid te raken. In België gaat dat laatste gepaard met een tegemoetkoming van om en bij 99 procent, wat niet niets is.

Het grote aantal verschillende actoren, al zijn ze het dan roerend eens over de definitie van de begrotingsdoelstellingen, bemoeilijkt de uitgavenbeheersing in de individuele praktijk.

De groei van de vraag, die met de reële noden van de bevolking samenhangt, vormt een ander probleem. Een en ander blijkt ook uit de cijfers van 2004 inzake de honoraria, de maximumfactuur en de zorg aan bejaarden. We moeten daarom nagaan of de norm van 4,5 procent wel houdbaar is.

tenu de ces dépassements, les 4,5% sont-ils suffisants? Je ne suis pas enclin à dire que les chiffres sont là et qu'il faut les accepter. Il faut évidemment les contrôler et les vérifier mais ils méritent un examen approfondi. Il ne faut pas se braquer sur la norme si celle-ci s'avère insuffisante parce que le budget qu'on avait fixé au départ n'était pas suffisant. D'ailleurs, j'avais déjà formulé cette remarque lors de l'examen du budget: on peut fixer une norme de croissance limitée mais si le budget de départ n'est pas adéquat, on dépassera forcément très vite la norme de croissance.

Bien sûr, nous sommes favorables à un contrôle des dépenses. J'ai même rappelé la demande du gouvernement et du ministre lui-même au mois de novembre, ainsi que la réponse de l'INAMI en ce sens: la nécessité d'un contrôle plus approprié des dépenses dans le projet de loi que nous examinons. Nous sommes évidemment d'accord avec cette idée. Seulement, et cela c'est politique, j'ai dit également qu'il fallait contrôler les recettes à l'intérieur du gouvernement. Contrairement à ce qu'a dit M. Bacquelaine que j'ai interrompu tout à l'heure à ce sujet, les recettes ne sont pas toujours sous-évaluées, puisqu'on a surévalué ce qu'allait rapporter la DLU, le rapatriement de l'argent placé à l'étranger.

On se situe largement en dessous des prévisions annoncées par le ministre. On n'a pas décidé de le mettre sous tutelle pour autant! Il n'aurait d'ailleurs pas plus que nous accepté une telle mesure!

J'ai noté, à propos du projet de loi examiné, des éléments positifs concernant les patients, et notamment des mesures positives au travers du Fonds spécial de solidarité. Certains soins sont extrêmement coûteux. Or, le Fonds spécial de solidarité interviendra, entre autres, dans la prise en charge des techniques médicales innovantes qui ne sont pas encore intégrées dans la nomenclature des prestations remboursables. Il fallait souligner cet élément positif pour les patients.

Il y a aussi l'assouplissement des règles d'accès au Fonds spécial de solidarité pour les mineurs de moins de 19 ans. La prise en charge de tous leurs soins médicaux me paraît un élément extrêmement positif pour les patients et qu'il convient de signaler dans le cadre de ce projet de loi.

Le reste des mesures sont des mesures de contrôle et de renforcement des principes de responsabilisation, notamment des acteurs.

C'est le rôle des pouvoirs publics de rappeler aux différents acteurs du secteur leurs responsabilités. Les mécanismes de responsabilisation doivent être renforcés. L'option du gouvernement est de travailler selon la méthode du forfait "all in", mais avec prudence car des variations doivent être prises en compte comme certaines pathologies spécifiques. Nous sommes évidemment d'accord à ce sujet car c'est en responsabilisant les acteurs que l'on parviendra à mieux maîtriser les dépenses.

Certes, les acteurs peuvent s'engager collectivement mais, parfois, c'est au niveau individuel que surgissent des difficultés. Là aussi existe cette volonté de responsabiliser individuellement les parties prenantes des conventions médico-mutuellistes afin d'inciter les

We zijn uiteraard niet tegen een passende controle van de uitgaven gekant. Anderzijds zijn we ook voorstander van een beter toezicht op de ontvangsten van de Staat. Waar de regering de ontvangsten doorgaans onderschat, werden ze in het geval van de eenmalige bevrijdende aangifte fors overschat. Toch werd nooit gevraagd de minister van Financiën onder toezicht te plaatsen!

Dit wetsontwerp omvat een aantal positieve maatregelen, zoals de uitbreiding van de voorwaarden voor de tegemoetkoming van het Bijzonder Solidariteitsfonds en de versoepeling van de voorwaarden inzake de toegang van wie jonger is dan 19.

Anderzijds versterkt dit ontwerp de – collectieve of individuele – verantwoordelijkheid van alle actoren van de sector.

Wij staan in grote lijnen achter de wijzigingen die aan de wet op de ziekenhuizen werden aangebracht. Het begrip "zorgregio" betekent een grote stap voorwaarts. Tevens zal het beginsel van de toekenning van afzonderlijke budgetten aan ziekenhuisassociaties eveneens bijdragen tot een rationeler aanbod van de geneeskundige verzorging.

Persoonlijk ben ik echter gekant tegen de afzwakking van het verbod op een forfaitaire bijdrage in de spoedgevallendiensten, aangezien in sommige gevallen een inning van 9,5 en 4,75 euro kan worden gevraagd. Ik heb een wetsvoorstel ingediend dat ter zake in een algeheel verbod voorziet. In bepaalde gevallen werden die bijdragen gebruikt om de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen te verhelpen en niet om de toegang tot de spoedgevallendiensten te beperken, wat onaanvaardbaar is.

Uit experimenten waarbij huisartsen een selectie

médecins à des pratiques thérapeutiques plus respectueuses des finances publiques, notamment au travers de l'accréditation. Cette mesure va dans le sens de notre souhait d'un contrôle accru, y compris sur le terrain, des mesures d'économie qui doivent être prises et de limitation des dépenses dans le cadre des moyens budgétaires dont nous disposons.

Les modifications apportées à la loi sur les hôpitaux nous satisfont pour une bonne part comme, par exemple, la notion de bassins de soins et l'idée que l'on puisse, dans une zone géographique déterminée, faire travailler ensemble les institutions hospitalières de manière à éviter les dépenses inutiles dans un même bassin de soins et pour un même type de population. Il s'agit d'une avancée importante. Le fait que désormais les associations d'hôpitaux qui se verront attribuer des budgets propres seront revues dans le cadre de ce projet de loi nous paraît aller dans le sens de ce qui est souhaitable, d'une rationalisation de l'offre sur le terrain sans altérer l'offre nécessaire pour rencontrer les besoins de la population.

Monsieur le ministre, comme je l'ai dit en commission, une mesure me pose des difficultés à titre personnel. Il s'agit de celle qui vise à interdire la réclamation, par principe, d'une contribution forfaitaire dans les services d'urgence, sauf au travers du cadre d'un ticket modérateur de 9,50 euros ou de 4,75 euros si l'on se trouve dans un régime spécial.

Je reste convaincu que ce n'est pas une bonne mesure. Avec ma collègue Marie-Claire Lambert, j'ai déposé une proposition de loi visant à interdire purement et simplement la taxation sur l'accès aux urgences. Je reconnais que le projet de loi fixe un certain nombre de limites et ne sanctionnera donc pas nécessairement tous les patients qui se présenteront aux urgences, comme l'avait décidé le ministre Vandembroucke sous la législature précédente. Cette mesure est donc moins négative et préserve mieux les patients, mais j'aurais voulu que l'on s'inspire davantage des expériences menées sur le terrain, notamment dans un hôpital bruxellois que je connais bien mais aussi dans d'autres hôpitaux, à Charleroi et ailleurs dans le pays.

Il y a des expériences de terrain avec des médecins généralistes qui font un tri prioritaire à l'accès aux urgences spécialisées. Cela fonctionne bien. Cela a un impact positif sur la consultation des urgences spécialisées puisque l'intervention de ce médecin généraliste à la porte des urgences a permis une réduction de 30% de la consultation des urgences spécialisées. Cela me paraît une mesure, quant au fond, structurellement plus intéressante pour le système, étant donné qu'elle réduira les coûts globaux en raison d'un recours moindre à des spécialistes. Ce système me paraît meilleur que d'imposer un frein, même psychologique, à l'accès aux urgences par une mesure financière, même si je reconnais que les quatre mesures figurant au projet de loi limiteront "la casse".

Néanmoins, c'est un mauvais signal, d'autant que cette mesure avait été prise par certains hôpitaux non pour limiter l'accès aux urgences mais pour trouver un moyen complémentaire de financer l'hôpital étant donné son sous-financement structurel. C'est la phrase que, désormais, on sort systématiquement quand on a besoin d'argent et que l'on veut inventer une mesure. Ainsi, très objectivement, si

doorvoeren met betrekking tot de toegang tot de gespecialiseerde spoedgevallendiensten is gebleken dat 30% minder patiënten zich tot een spoedgevallendienst wenden. Dergelijke experimenten moeten in de toekomst worden onderzocht.

Wat het moratorium op de conventies met betrekking tot de heffingen op de honoraria betreft, mijnheer Bacquelaine, is het normaal dat de artsen, die samen met de beheerders over de uitrustingen en het beheer van de ziekenhuizen beslissen, deze ook mee financieren.

Voorts neemt dit wetsontwerp de koninklijke besluiten houdende vaststelling van de erkenningsnormen en de regels betreffende de diensten voor medische beeldvorming, PET-scan en NMR op en waakt het over de naleving van de programmacriteria door de strijd tegen de niet-erkende toestellen aan te binden.

Wat men hier ten onrechte als volmachten bestempelt, heeft niets gemeen met de volmachten uit de periode Martens. De gevraagde machtiging is beperkt in de tijd en betreft de essentie. De minister moet de nodige middelen krijgen om de maatregelen te nemen die van hem worden verwacht!

certaines hôpitaux avaient appliqué une taxe de 15 euros ou de 12,5 euros comme l'avait proposé M. Vandenbroucke ou encore d'autres montants supérieurs qui ont été imaginés pour des frais administratifs et autres à l'accessibilité aux urgences, ce n'est pas du tout pour limiter l'accès aux urgences, c'est pour renflouer la caisse de l'hôpital. Ce n'est pas acceptable. Il faudra se pencher rapidement sur les expériences alternatives qui ont été menées et sur la manière dont on peut étendre ces expériences à l'ensemble des structures hospitalières et des dispositifs d'urgence mis en œuvre dans les hôpitaux de notre pays.

J'en arrive au moratoire sur les conventions signées entre le gestionnaire et le conseil médical en ce qui concerne les honoraires. J'ai bien entendu la remarque de M. Bacquelaine à propos des honoraires. J'entends parfois les médecins dire "les honoraires appartiennent aux médecins!" Oui, sauf qu'au sein de l'hôpital, le médecin décide aussi, avec le gestionnaire, de la taille des infrastructures, des investissements à réaliser, des dépenses à consentir pour l'appareillage médical, etc. Evidemment, l'honoraire intervient à tous ces niveaux parce que, bien entendu, le médecin est associé à la gestion. Soyons de bon compte: toutes les recettes qui entrent dans l'hôpital doivent, d'une manière ou d'une autre, contribuer au fonctionnement de l'hôpital, de l'institution.

D'accord avec ce moratoire, mais il ne doit pas nous conduire à une mesure, un projet ou une proposition visant à interdire au gestionnaire de prélever quoi que ce soit sur les honoraires pratiqués par les médecins dans l'hôpital. Cela ne me paraît ni acceptable ni équitable. Cela ne me paraît pas juste sur le plan de la gestion des institutions de soins et de ceux qui y pratiquent, moyennant des coûts imposés à la collectivité et qu'ils doivent pour une part contribuer à assumer également.

Les arrêtés royaux qui avaient été annulés par le Conseil d'Etat et qui fixent les normes d'agrément et les règles concernant le nombre maximum de services d'imagerie médicale, de RMN et de PET-scans, sont finalement repris dans la loi. C'est pour nous une bonne chose. Des critères de programmation doivent être respectés. Il faut lutter contre le développement de ces appareillages lourds, "pirates" qui, finalement, coûtent aussi à la collectivité, sans nécessairement apporter un plus à la patientèle. On ne peut pas accepter ces méthodes qui ont été pratiquées dans bon nombre d'hôpitaux. Il faut fixer une programmation et la faire respecter; autrement, les dépenses de soins de santé de ce pays exploseront encore davantage.

Certains ont évoqué les "pouvoirs spéciaux" accordés au Roi et aux ministres dans certaines matières. D'abord, l'expression "pouvoirs spéciaux" me semble un peu excessive; ou on a la mémoire courte des années "Martens" de pouvoirs spéciaux, d'arrêtés royaux numérotés, etc. Il faut tout de même raison garder, on en est loin! Il s'agit simplement de permettre aux ministres de prendre des mesures pour un temps déterminé – c'est-à-dire pour le reste de l'année 2005 - en vue de contrôler les dépenses: tout le monde ici revendique et exige que ce soit la priorité du gouvernement.

On ne va pas débattre ici sur la maîtrise des dépenses, il faut qu'une autorité soit habilitée à prendre des mesures. Il existe une liste de

points et de créneaux sur lesquels le ministre peut agir. Elle est limitée dans le temps mais elle porte, effectivement, sur l'essentiel de ce qui peut apporter des mesures d'économie. On ne peut pas être schizophrène, à la fois demander au ministre de prendre des mesures et ne pas lui en donner les moyens, comme cela se pratique en politique étrangère. Je pense à un exemple que je connais bien. Il faut être de bon compte, on ne peut pas imposer et revendiquer des choses qu'ensuite on ne souhaite pas voir appliquer, parce qu'on ne donne pas à celui qui veut les réaliser les moyens de le faire.

01.22 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer Mayeur, op dit punt aanvaard ik de kritiek niet die hier voortdurend wordt gegeven. De minister zegt dat wij er sofistieke redeneringen op nahouden, in die zin dat wij vragen dat het budget goed wordt beheerd, maar tegen de maatregelen zijn die men te dien einde wil nemen. Nee, dit is geen politiek spel. Wat wij zeggen is zuiver inhoudelijk. Al jaren zeggen wij: let op! Daarom hebben wij ook een groeinorm ingesteld. Al jaren waarschuwen wij ervoor dat het budget voortdurend wordt overschreden. Voorts krijgen wij steeds meer de indruk dat wij er geen vat op krijgen en niet goed weten waar er overschrijdingen zijn ingevolge welk mechanisme enzovoort. Daarom hebben wij voortdurend gepleit voor responsabilisering.

Men moet alles veel fijner in beeld kunnen brengen door gegevens te verzamelen en alles goed te kunnen vastleggen, zodat men goed ziet waar er een overschrijding is, hoeveel die bedraagt en hoe men dan heel gericht of gefocust maatregelen kan nemen. U doet het omgekeerde. Eigenlijk zegt u dat u het niet meer ziet, dat wij voor een groot probleem staan maar niet weten waar het zit. U vraagt een superkanon – een volmacht – en u gaat daarmee schieten op al wat beweegt. Wat zal het gevolg zijn? Lineaire maatregelen. U zult niet treffen wie moet worden getroffen, u zult iedereen een beetje treffen en iedereen tegen u in het harnas jagen. Het zal eenmalig zijn, voor korte tijd, maar na de volmacht zult u opnieuw worden geconfronteerd met de huidige problemen! Dat is de grondige kritiek die wij hebben op de techniek van de volmachten in de ziekteverzekering. Dit is geen uitzonderlijke toestand; het bestaat al jaren. Dat is niet een situatie waarin men bijzondere machten nodig heeft omdat men iets moet kunnen regelen. Nee, dit is onmacht. Volmacht is onmacht in dit geval.

01.23 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, je veux bien faire confiance à l'honnêteté intellectuelle de M. Goutry, mais très sincèrement, je pense vraiment que c'est le contraire qui se passe. On se rend compte que l'on a des mécanismes qui existent, et malgré tout on a un dérapage. Au-delà même des polémiques sur les chiffres comme on en a connu aux mois de septembre et d'octobre 2004, nous avons une situation de 513 millions de dépassement pour 2004. C'est donc moins que ce qu'on avait imaginé, je le note. Il y a quand même un dépassement. Il faut quand même qu'on puisse prendre des mesures par rapport à ces dépassements. Ces dépassements sont bien là, nous savons où ils se trouvent, nous savons donc ce que nous pouvons faire. Est-ce scandaleux de dire qu'étant donné que l'on sait ce qui se passe, que l'on sait ce qu'on peut faire, il faut pour cela habiliter une autorité à prendre les mesures dans une période déterminée? Est-ce scandaleux? Je ne peux pas l'imaginer. C'est autre chose que ce que nous avons connu à une époque pendant laquelle les pouvoirs spéciaux que l'on nous imposait étaient des

01.22 Luc Goutry (CD&V): Je n'accepte pas cette critique. Pour nous, ce n'est pas un jeu politique. Nous disons depuis des années qu'il faut faire attention parce qu'il y a un dépassement du budget qui échappe à notre contrôle. Nous avons toujours dit qu'une responsabilisation des acteurs et un affinement des données étaient nécessaires si nous voulons nous doter de la capacité de prendre les problèmes à bras-le-corps de façon ciblée. Or, aujourd'hui, on fait exactement le contraire. On ne voit plus où se situe le problème et on recourt à des moyens totalement démesurés pour tenter de le résoudre. On prend par ailleurs des mesures linéaires qui toucheront tout le monde. En menant cette opération ponctuelle, le ministre va se mettre tout le monde à dos. Après les pleins pouvoirs, on se retrouvera confronté aux mêmes écueils. Les pleins pouvoirs sont synonymes de vains pouvoirs.

01.23 Yvan Mayeur (PS): Toen de begroting voor 2004 met 513 miljoen werd overschreden, moest worden ingegrepen. Het is dan ook niet ongepast om de minister te machtigen de nodige gerichte maatregelen te nemen.

Indien die maatregelen binnen één jaar nog niet zijn genomen, zal men zich bij de eindafrekening moeten afvragen of het overlegstelsel wel afdoend is geweest, zonder evenwel een privatisering te overwegen of de toegang tot de zorgverlening, het overleg met de betrokkenen, enz.

mesures draconiennes qui touchaient les gens, des mesures anti-sociales. Nous ne sommes pas du tout dans cette situation. Les mesures actuelles sont limitées, même si, quant au fond, personne ici n'est favorable aux pouvoirs spéciaux. Il ne s'agit pas de cela.

Ici, nous savons ce qui se passe, nous connaissons la situation, nous savons quelles mesures peuvent être prises. Très sincèrement, je ne me sens pas mal par rapport à l'habilitation qui est donnée au Roi et donc au ministre d'agir comme il se doit, pour un temps déterminé, sur une liste déterminée de matières. D'ailleurs, je vous dirais que quand on fera le bilan de 2005 dans un an, si les mesures n'ont pas été prises alors qu'on a habilité le Roi, et donc le ministre, à prendre les mesures, il faudra alors s'interroger sur le mécanisme en question et sur les autres mécanismes. Le mécanisme de concertation, de comités dans lequel nous fonctionnons est-il pertinent quand il faut prendre des mesures d'urgence et quand nous sommes confrontés aux difficultés? Il faut peut-être alors interroger le système lui-même. Je vois qu'il y en a qui sourient, nous le ferons, sans privatiser le système, sans remettre en cause ses principes essentiels, c'est-à-dire l'accessibilité aux soins, la concertation avec les acteurs, etc. Je vous fixe rendez-vous dans un an, quand les mesures auront été prises.

A propos des médicaments, il s'agit de l'autre point névralgique qui fait que le budget explose. Nous sommes à plus de 300 millions de consommation supplémentaire. Si nous ne prenons pas les mesures maintenant, on annonce déjà, proportionnellement, des dépassements du même ordre pour le premier trimestre 2005. On ne peut pas rester les bras ballants, il faut prendre des mesures en matière de médicaments.

Kiwi, mini-kiwi ou pas kiwi? Telle est la question! Tout d'abord, le modèle kiwi n'est pas "notre" modèle. C'est le modèle néo-zélandais dans un régime de soins de santé particulier qui n'a rien à voir avec le nôtre.

Alors, je propose le modèle "radis", qui nous conviendrait mieux.

Le **président**: Et c'est plus rouge!

01.24 Yvan Mayeur (PS): Oui, c'est aussi plus rouge!

Le **président**: Mais c'est blanc à l'intérieur, et c'est très près de l'assiette au beurre!

01.25 Yvan Mayeur (PS): Mais cela pique un peu, monsieur le président. Et c'est près de l'assiette au beurre.

Le modèle que nous pouvons imposer dans notre système, à savoir un appel à des marchés publics avec une mise en concurrence des firmes et une possibilité de jouer en même temps sur la masse et sur les prix des médicaments de sorte qu'ils soient moins chers pour le système et le consommateur, n'est-ce pas ce que l'on impose aux pouvoirs publics dans toutes les autres matières? On parlait d'une commune; moi aussi, je suis municipaliste. Je ne peux pas commander les moindres travaux immobiliers chez moi si je n'ai pas de marché public. Je suis contraint de passer par-là! Et ce n'est d'ailleurs pas toujours très efficace, notamment en termes de délai. Mais c'est un autre débat. Néanmoins, ça marche. Dans toutes les

ter discussion te stellen.

De geneesmiddelen vormen het andere struikelblok dat de begroting uit de hand doet lopen: het geneesmiddelengebruik is met nog eens 300 miljoen gestegen. Als we nu geen maatregelen treffen, zal naar men heeft berekend, de begroting in het eerste trimester van 2005 in dezelfde orde van grootte worden overschreden.

Kiwi, mini-kiwi of geen kiwi? Dit kiwimodel is niet "ons" maar een Nieuw-Zeelands model dat in de context van een specifiek zorgstelsel goed werkt. Ik zou een radijsmodel kunnen voorstellen...

We kunnen het model van de offerteaanvraag opleggen waarbij de bedrijven tegen elkaar worden uitgespeeld. De overheid moet deze techniek toch ook in de andere materies gebruiken. Als "municipalist" moet ik ook de procedures van de overheidsopdrachten volgen als ik werken in onroerende staat wil laten uitvoeren. En het werkt! In alle gemeenten moet de overheid zo te werk gaan.

01.25 Yvan Mayeur (PS): Kan men in de geneesmiddelensector niet op dezelfde wijze te werk gaan, vooral nu we te maken hebben met een begroting die ontspoot? Toch wel. Moet deze werkwijze tot alle geneesmiddelen worden uitgebreid? Nee. De liberalen weigerden de geotrooieerde geneesmiddelen in dit stelsel onder te brengen. Wat de andere geneesmiddelen betreft, zijn we het eens met de beperkingen.

communes, les pouvoirs publics sont obligés de travailler ainsi.

Dans le secteur des médicaments, ne peut-on pas agir de la même façon alors que nous sommes confrontés à de telles explosions budgétaires? Oui. A mon avis, tout le monde est aujourd'hui convaincu par le principe. Doit-il être étendu à tous les médicaments? Non, nous ne sommes pas d'accord. Les libéraux n'ont pas voulu immédiatement ranger sous ce système les médicaments brevetés. Pour les autres médicaments - les "me too", par exemple -, nous sommes d'accord au sujet des limitations. C'est tout de même une mesure positive et importante, car il s'agit de faux innovants.

Reste alors la différence entre les produits sous brevet et ceux qui ne le sont plus. Dans le fond, elle vise ce que vous dites: si cela sert l'intérêt de la recherche et de l'économie belges, on ne doit pas adopter de mesures qui les mettent en péril. Je suis d'accord avec cela et je ne vois pas qui y serait opposé! Nous sommes évidemment favorables à la recherche avancée. Et, en ce domaine, notre pays apporte sa contribution. Mais c'est à condition, bien sûr, qu'il s'agisse de thérapeutiques innovantes, de produits innovants qui apportent une plus-value au système. S'il s'agit de soutenir la recherche et la production de molécules qui existent déjà, mais sous une autre forme, cela n'a aucun intérêt: cela coûte et cela ne rapporte rien. Je ne suis donc pas convaincu que ces nouveaux brevets apportent une valeur ajoutée à la médecine et aux soins de santé.

01.26 Luc Goutry (CD&V): Daarom hebben wij gisteren nogmaals geprobeerd via een amendement niet per definitie en op voorhand alle producten die nog onder octrooi zijn van een marktbevraging uit te sluiten. Nu doet men dat wel. Nu zegt men dat alle gebrevetteerde producten worden uitgesloten van de marktbevraging. Welnu, bij die gebrevetteerde producten zitten ook "me-too's" die toch een patent hebben gekregen. U zegt het zelf. Er zitten veel valse vernieuwingen bij die ook een patent gekregen hebben. Die blijven dus buiten schot. Daar kan men niets aan doen. Men heeft ze eruit gelaten.

Blijft het verschil tussen de geotrooieerde producten en de producten waarvan het octrooi is vervallen. Indien dit het onderzoek en de economie ten goede komt, moeten we geen maatregelen nemen waardoor ze in gevaar komen. Wij zijn voorstanders van onderzoek op voorwaarde dat het om vernieuwende producten gaat die een meerwaarde voor het systeem betekenen. Het heeft geen enkel nut het onderzoek naar en de productie van een andere vorm van reeds bestaande moleculen te ondersteunen. Ik ben er dus niet van overtuigd dat deze nieuwe patenten een meerwaarde hebben.

01.26 Luc Goutry (CD&V): C'est précisément la raison pour laquelle, pas plus tard qu'hier, nous avons encore présenté un amendement visant à ne pas exclure, par définition, tous les produits brevetés de l'étude de marché car parmi ces produits brevetés se trouvent aussi quantité de produits imitant le produit leader et bon nombre de fausses innovations.

De **voorzitter**: Wat is een me-too?

01.27 Maya Detiège (sp.a-spirit): Een neppatent. Mag ik heel even? Men moet een onderscheid maken met geneesmiddelen die inderdaad echt innovatief zijn. Dan is het belangrijk dat die producten wel op de markt kunnen en een patentbescherming hebben. Anderzijds zijn er producten die geen therapeutische meerwaarde hebben en dus de wet eigenlijk een beetje omzeilen om toch een patent te kunnen krijgen. Daar draait het om.

Het probleem is dan heel dikwijls als een nieuw product op de markt komt met wat eigenlijk een neppatent is zij hun prijs ineens enorm verhogen. Het is daar, mijnheer Goutry, dat de CTG de toelating zal hebben... Dat vind ik goed want zij hebben specialisten terzake, de minister moet het dan bijvoorbeeld niet doen. Het zal de CTG zelf zijn die zal oordelen of het al dan niet gaat om een echte therapeutische meerwaarde. Dat is fundamenteel in dit debat.

01.27 Maya Detiège (sp.a-spirit): Il s'agit de faux brevets, de brevets pour des médicaments qui n'offrent pas de plus-value thérapeutique. La Commission de remboursement des médicaments sera désormais habilitée à juger si un médicament offre ou non une plus-value thérapeutique.

01.28 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je voudrais

01.28 Minister Rudy Demotte: Ik

qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur ce sujet.

1. En ce qui concerne le débat sur les "me too" nous gardons, dans le texte de loi, un outil qui permet de les identifier – un délai d'un an est accordé à la CRM pour travailler sur cette matière – et de faire des propositions.

De plus, les dispositifs précis du texte donnent aussi la faculté d'alléger les procédures pour les révisions de groupes. Vous mettez les deux ensemble et vous comprenez qu'il y a une vision structurelle.

2. Je ne tiens pas à polémiquer. Mais je voudrais que M. Goutry explique pourquoi il a déposé un amendement pour sortir les médicaments sous brevet sans aucune distinction.

zou willen dat daarover geen onduidelijkheid bestaat.

Wat de zogenaamde "me too"-geneesmiddelen betreft, houden we in de wettekst een instrument om ze te identificeren en om voorstellen te formuleren. Dankzij de duidelijke regels kunnen de procedures voor de groepsgewijze herziening worden versoepeld. Achter beide maatregelen schuilt duidelijk een structurele visie.

Waarom, ten slotte, diende de heer Goutry een amendement in om alle geotrooieerde geneesmiddelen zonder onderscheid uit te sluiten?

01.29 Yvan Mayeur (PS): J'en reviens à mon raisonnement.

Sur le principe général de l'appel d'offres, finalement, aujourd'hui, presque tout le monde est convaincu. Le problème se situe au niveau de la limite. Je suis convaincu que nous franchirons la limite suivante lorsque nous serons à nouveau confrontés à des problèmes budgétaires, à des dépassements et à des explosions dans le secteur des médicaments. On se dirigera inmanquablement vers cette étape. On en a déjà franchi une. Est-ce une reculade? Pour ma part, j'estime qu'au regard de la situation antérieure, on a bien avancé. Il va maintenant falloir mesurer l'efficacité des dispositifs mis en œuvre et voir comment on pourra progressivement étendre le système.

Mais je suis convaincu que nous avons mis en place un processus qui nous permettra progressivement de nettement mieux maîtriser le coût des médicaments sans nécessairement obérer la capacité de recherche, le développement économique de ce secteur dans notre pays. Il me semble donc que notre choix est raisonnable de ce point de vue et va dans le sens de ce qui était souhaité. Il est vrai que l'intention initiale du gouvernement était, selon moi, symboliquement préférable. Toutefois, si vous parcourez le texte initial du projet, vous vous apercevrez que si elle était symboliquement meilleure, elle était impraticable. En effet, il fallait deux lectures au Conseil des ministres, une analyse socio-économique du secteur et du médicament, etc. avant de pouvoir prendre une décision sur les produits brevetés. Finalement, on a un système plus simple dans le cadre duquel le ministre est habilité par arrêté royal simple à prendre des mesures. Nous n'avons pas perdu au change. Bien au contraire! La mesure sera peut-être moins symbolique mais plus efficace et c'est ce qui compte pour nous.

01.29 Yvan Mayeur (PS): Nagenoeg iedereen is overtuigd van het nut van de offerteaanvraag. De vraag is echter waar de grens ligt. Wanneer we eens te meer met budgetoverschrijdingen in deze sector worden geconfronteerd, gaan we weer een stap verder. In vergelijking met vroeger werd een enorme vooruitgang geboekt. Er werd een mechanisme ingesteld om de geneesmiddelenprijs beter te beheersen, zonder de onderzoekscapaciteit en de economische ontwikkeling van de sector te hypothekeren. Vanuit dat oogpunt maakten we een redelijke keuze. Symbolisch gezien was de oorspronkelijke bedoeling van de regering sterker, maar ze was onwerkbaar, omdat er twee lezingen in de Ministerraad en een socio-economische analyse van de sector nodig waren voor een beslissing omtrent de geotrooieerde producten kon worden genomen. De uiteindelijke regeling is eenvoudiger, aangezien de minister bij koninklijk besluit wordt gemachtigd beslissingen te nemen. De maatregel heeft wellicht aan symboolwaarde ingeboet, maar is wel efficiënter.

01.30 Benoît Drèze (cdH): Je reviendrai sur ce point tout à l'heure, mais je voudrais m'exprimer un instant sur la question de kiwi, pas kiwi ou demi-kiwi. Je ne peux accepter que l'on discute de cette

01.30 Benoît Drèze (cdH): Ik kan niet aanvaarden dat het kiwimodel wordt besproken zonder enige

question sans note ni donnée budgétaire. Je suis d'accord pour dire, monsieur le ministre, qu'un kiwi partiel constitue une avancée. C'est peut-être un premier pas. Demain, nous aurons peut-être un kiwi complet. Mais je ne peux admettre que l'on nous soumette d'abord un projet complet et qu'après s'être aperçu de certaines limites, on décide de retirer certains médicaments sous brevet plutôt que d'y apporter des améliorations.

Il est inadmissible qu'on ait refusé d'examiner avec sérieux, hier, – je me permets de le dire – un amendement que j'ai déposé et que M. Goutry a soutenu, qui visait à réinclure les médicaments sous brevet mais de manière plus nuancée que cela n'était prévu dans votre projet initial et que toute cette discussion ait lieu sans projection budgétaire.

Nous savons depuis lundi, M. Mayeur l'a rappelé, que dans le dérapage – parce qu'il faut appeler les choses par leur nom – du budget 2004, la part des médicaments a augmenté et représente maintenant 72% du dérapage, alors que la part des médicaments dans le budget des soins de santé n'est que de 19%. Pourquoi retire-t-on, remet-on, partiellement ou pas, un appel d'offres sans aucune projection budgétaire? C'est quelque chose que je ne peux pas imaginer. Je suis convaincu que vous devrez utiliser les pouvoirs spéciaux et, contrairement à ce qu'on pensait au départ, la loi santé ne suffira pas, par elle-même, à permettre la reprise en main de la maîtrise du budget des soins de santé.

budgettaire nota of enig budgettair gegeven. Ook een gedeeltelijke toepassing van het kiwimodel is natuurlijk al een stap voorwaarts. De volledige kiwi is misschien voor morgen, maar ik kan niet aanvaarden dat men ons een volledig project voorlegt en dat men, nadat men de beperkingen ervan heeft ingezien, beslist de geotrooieerde geneesmiddelen eruit te halen, in plaats van de nodige verbeteringen aan te brengen.

Het is onaanvaardbaar dat geweigerd werd een amendement dat ertoe strekt de geotrooieerde geneesmiddelen op een meer genuanceerde manier opnieuw op te nemen, te onderzoeken, en dat deze hele bespreking los van enige budgettaire projectie wordt gevoerd.

Wij weten dat 72 procent van het bedrag waarmee de begroting in 2004 werd overschreden, voor rekening van de geneesmiddelen is, terwijl ze slechts 19 procent van de begroting van de gezondheidszorg uitmaken. U zal bijzondere machten moeten aanwenden, vermits de gezondheidswet niet zal volstaan om de begroting van de gezondheidszorg opnieuw op de rails te krijgen!

01.31 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, il n'est pas correct de présenter les choses comme M. Drèze vient de le faire. Pourquoi? Parce que nous ne pouvons budgéter à ce stade les procédures d'appel d'offres, pour une raison qui est intrinsèque à la proposition que nous faisons. Nous n'allons pas mettre des procédures en place avant d'avoir un avis de la commission de remboursement du médicament sur les molécules qui peuvent être concernées, dans un but que vous connaissez bien et qui est la protection thérapeutique du patient auquel les produits, in fine, vont être délivrés en termes de choix et de maintien de la qualité. Il est impossible aujourd'hui - à moins de faire de l'art divinatoire, ce qui ne sera certainement pas mon cas ici -, d'établir des projections budgétaires. Par contre, il y a des choses qui sont certaines aujourd'hui: les termes d'échange sont bien financiers. Cela a été rappelé par M. Bultinck: notamment, les 23 millions supplémentaires en base annuelle que l'industrie pharmaceutique met sur la table, les quelque 40 millions en base annuelle que l'industrie pharmaceutique, par l'abaissement des seuils d'âge des vieux médicaments, met sur la table. Ces deux mesures à elles seules représentent 63 millions.

01.31 Minister Rudy Demotte: U mag de dingen zo niet voorstellen. Wij kunnen de procedure van de offerteaanvraag niet budgetteren om redenen die eigen zijn aan ons voorstel. Teneinde de patiënt vanuit therapeutisch oogpunt te beschermen, zullen wij geen procedures op gang brengen zonder het advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen in te winnen. Vandaag is het onmogelijk om begrotingsramingen te doen. Wat wij wel weten, is dat de ruil van financiële aard is. De bijkomende 23 miljoen die de farmaceutische industrie op jaarbasis zal bijdragen en de 40 miljoen die de verlaging

van de leeftijdsdrempels voor oude geneesmiddelen jaarlijks zal opbrengen, maken in totaal 63 miljoen.

01.32 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le ministre, il y a en tout cas, vous en conviendrez, des éléments que nous connaissons. Nous connaissons la part des génériques dans le budget des médicaments (8% en volume, 6% en prix); nous connaissons la part des médicaments hors brevet; nous connaissons la part des médicaments sous brevet. On peut, dès lors, avoir une idée de l'impact d'un appel d'offres complet ou réduit.

01.32 Benoît Drèze (cdH): Er zijn in ieder geval elementen die bekend zijn: het aandeel van de generische geneesmiddelen in de begroting voor de geneesmiddelen – 8 procent in volume, 6 procent in prijs –, het aandeel van de niet-geotrooieerde geneesmiddelen en het aandeel van de geotrooieerde geneesmiddelen. Wij kunnen ons dus een beeld vormen van het effect dat een volledige of een beperkte offerteaanvraag zal hebben.

01.33 Yvan Mayeur (PS): Monsieur le président, je vais clôturer en reprenant deux éléments de l'intervention de M. Drèze.

1. La masse en volume des génériques par rapport à l'ensemble des médicaments est de 8%. La part en chiffre d'affaires est de 4 ou 5%. Vous dites 6, monsieur Drèze, peu importe, c'est infime. Il est clair que dans notre pays, le recours aux génériques est beaucoup trop faible par rapport à d'autres pays, notamment chez nos voisins. Cela tient au fait qu'on a tardé en cette matière, notamment sous la législature précédente. On a un retard à rattraper en matière de génériques.

2. Vous dites que ce n'est pas ce projet de loi-ci qui résoudra tous les problèmes de maîtrise des dépenses et de maîtrise de l'économie générale des soins de santé. Bien évidemment, non! Nous sommes dans un système global. Il s'agit ici de mesures particulières, pour une année, avec d'autres mesures à plus long terme, plus structurelles qui sont entamées ici.

Il est clair que nous sommes dans un système global. Si nous voulons maîtriser le coût des soins de santé dans ce pays, la donne essentielle est la responsabilisation des acteurs tant du point de vue collectif - comme on le fait aujourd'hui - que du point de vue individuel. Nous n'y sommes pas parvenus et nous n'y arriverons pas avec des pouvoirs spéciaux. Cette mesure est tout autre: il s'agit de la responsabilisation des différents acteurs du système (médecins, institutions de soins, mutuelles, etc.)

Pour nous, socialistes, c'est essentiel, quelles que soient les menaces financières et budgétaires sur le secteur. C'est la pierre angulaire de notre action. Il sera hors de question, pour nous, de revoir un système s'il ne garantit pas ce qui existe aujourd'hui dans le système des soins de santé, à savoir l'accessibilité aux soins, un système social de protections et d'assurances important, organisé et contrôlé par les pouvoirs publics et enfin une médecine de la plus haute qualité possible. C'est dans cet esprit que nous soutenons les mesures du ministre.

01.33 Yvan Mayeur (PS): In België maken de generische geneesmiddelen inderdaad 8 procent van het totale volume van geneesmiddelen uit. In vergelijking met andere landen worden te weinig generische producten voorgeschreven. Op dat vlak moeten wij dus een achterstand inhalen.

Dit ontwerp zal ons natuurlijk niet in staat stellen om alle uitgaven in de hand te houden. Wij bevinden ons immers in een globaal systeem, dat gevolgen heeft op lange termijn.

Om de kosten van de gezondheidszorg onder controle te houden zullen we alle betrokkenen vooral individueel op hun verantwoordelijkheden moeten wijzen. In elk geval vormen de vrijwaring van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, een door de overheid georganiseerd en gecontroleerd stelsel van sociale verzekering en een zo hoogwaardig mogelijke geneeskunde de hoekstenen van de socialistische actie. Vanuit die optiek steunen we de maatregelen van de minister.

01.34 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, collega's, ons systeem van gezondheidszorg is goed, laat daar geen twijfel over bestaan. Het is enerzijds, goed wat de kwaliteit, de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de vrije keuze betreft, maar anderzijds zijn de limieten ervan bereikt. De toegankelijkheid, de cure en care, zijn niet meer wat zij geweest zijn. De patiënten betalen alsmaar meer uit eigen zak.

Ik heb hier enkele collega's van de oppositie zien zwaaien met een persartikel. Ik wil voor hen zeker niet onderdoen. Ik heb dus ook iets gevonden, iets heel belangrijks: "De ziekenhuisfactuur is in zes jaar tijd 33% duurder geworden." Daar staat onder: "De patiënt betaalt zich blauw."

De **voorzitter**: Dat laatste, "blauw", begrijp ik niet.

01.35 Mark Verhaegen (CD&V): Het gaat niet over blauw op straat waarschijnlijk. In elk geval, de limieten zijn bereikt. Vandaar dat het Parlement zeker niet mag toestaan dat de groei van het budget met meer dan 4,5%, plus de inflatie, die al heel hoog is, nog toeneemt, des te meer omdat wij de confrontatie aangaan met de vergrijzing, die heel snel op onze samenleving afkomt. Wij moeten ook beseffen dat de uitgaven van de gezondheidszorg vandaag al vier keer sneller stijgen dan onze economie groeit.

Jammer genoeg moeten wij vaststellen dat de regering de moed mist, dat het haar aan daadkracht ontbreekt, dat er een tergend immobilisme waar te nemen valt, en dat vooral het aspect overleven het enige belangrijke leidmotief of bindmiddel is van de regering. Spijtig genoeg, de klok tikt ongenadig voort. Daar zouden de mensen wel eens het slachtoffer van kunnen zijn.

Het wordt ook pijnlijk geïllustreerd door de manier waarop de uitgaven van de gezondheidszorg alsmaar meer ontsporen. CD&V heeft ten overvloede gewaarschuwd voor de naderende orkaan van de ontsporende kosten, die alsmaar luider gaat rammelen aan de luiken van de Belgische gezondheid. Wij hebben terzake heel lang in de woestijn gepredikt. Immers, een tweetal jaar geleden of iets minder bleek de kruistocht voor leven, voor mens en dier stringenter. De jeugd moest fatsoen worden bijgebracht. Soms betrad de minister daarbij het pad van de deelstaatbevoegdheden. Fast food, hamburgers of andere vettigheid, dat moest allemaal gebannen worden. Geen frisdrankautomaten of snoepautomaten op school. Geen tabaksverkoop, behalve dan, uiteraard, in de achtertuin, op het autocircuit van Francorchamps. Geen alcoholreclame, geen tatoeages en piercings voor pubers. Geen snoepsigaretten. Enzovoort.

CD&V waarschuwde de minister: het zorgenkind van de gezondheidszorg wordt alsmaar zieker. De minister gaf echter niet thuis. Op dat moment ging hij de dierenrechtenorganisaties achterna: geen pelsdierenkweek, geen staartknotting bij boerenpaarden, geen circusaapjes enzovoort. Er ging dan ook geen week voorbij of de minister kwam in het nieuws met een of ander verbod, allemaal – ik begrijp dat, mijnheer de minister – vanuit een diepe welzijnsbepaatsing voor mens en beest.

Maar CD&V waarschuwde opnieuw: in deze tijden van grote

01.34 Mark Verhaegen (CD&V): Nous disposons d'un système de soins de santé de qualité, accessible, abordable et qui offre une grande liberté de choix mais il a atteint ses limites. Les patients sont contraints d'y aller de plus en plus de leur poche. Un article de journal révèle que le montant de la facture des hôpitaux a augmenté de 33 pour cent en six ans.

01.35 Mark Verhaegen (CD&V): Le Parlement ne doit pas permettre une croissance supérieure à 4,5 pour cent. Les problèmes liés au vieillissement de la population arrivent à grands pas. L'augmentation des coûts des soins de santé est quatre fois supérieure à la croissance économique. Le gouvernement manque toutefois de dynamisme. Pourtant, le temps passe impitoyablement. Nous avons perdu des années précieuses. Le CD&V a mis en garde plusieurs fois contre le dérapage des coûts mais le ministre n'est pas intervenu. Il préfère lutter contre le mode de vie peu équilibré des jeunes et courir après les organisations de défense des animaux. Pendant ce temps, il a perdu de vue l'assainissement de l'assurance-maladie. Craint-il de s'attaquer aux excès? A-t-il peur de découvrir que le Sud du pays mène un plus grand train de vie que le Nord?

Le ministre s'est finalement emparé de tous les pouvoirs. Il est ainsi libre de prendre toutes les mesures qu'il souhaite pour que le budget soit en équilibre. Il ne mène pas une politique sérieuse, il agit dans la panique. Comment les citoyens peuvent-ils encore prendre la politique au sérieux?

Il y a deux ans, des accords ont été conclus avec le secteur des soins de santé en vue de

veranderingen in de samenleving is niet beslissen heel nefast. Dat zou ons zuur kunnen opbreken.

Ondertussen tikt die klok genadeloos.

De minister van Volksgezondheid gehoorzaamt zijn roeping, maakt mens en dier gezond, desnoods tegen hun zin. Dat heeft hij goed waargemaakt, maar de tijdbom van de ontsparing van de gezondheidszorgen tikte voort. Wij waren er ons steeds meer van bewust dat er zich een drastische koerswijziging opdrong. Ondertussen gingen er twee belangrijke jaren verloren. In zijn brief over de algehele gezondmaking van fauna en flora is hij eigenlijk een heel belangrijk onderdeel, het koninginnestuk van de bevoegdheid uit het oog verloren, met name: de gezondmaking van de ziekteverzekering. Ondertussen tikte de klok voort.

Durfde de minister de excessen misschien niet aanpakken? Was er koudwatervrees? Was de minister bang om op praktijkverschillen tussen noord en zuid te stoten? Was de minister bang dat de bevinding aan het licht zou kunnen komen dat in het zuiden van het land op een grotere gezondheidsvoet wordt geleefd dan in het noorden? Maar de tijdbom tikte en ondertussen kwam het water tot boven de lippen. De Titanic zinkt, het orkest speelt de laatste noot en paniek maakt zich meester.

Toen greep de minister inderdaad naar de laatste reddingsboei. Hij greep naar volmachten, die van stal werden gehaald. De minister had alzo de handen vrij om zowat alles te doen wat hem uitkwam om het budget te laten kloppen. Als wij vandaag de gezondheidswet goedkeuren – na twee jaar rondkijken, tijdverlies en talmen, maar vooral schuldopbouw in de ziekteverzekering – grijpt de federale minister van Volksgezondheid naar een supervolmacht. De vraag is wat hij daarmee wil doen.

Dit is geen ernstig beleid, maar meer een spel paniekvoetbal. Hoe kunnen wij in godsnaam nog verwachten dat de bevolking de politiek ernstig neemt als prutswerk het handelsmerk wordt?

Het politieke moment was twee jaar geleden, toen deze regering na overleg met alle betrokken actoren en ingevolge de gemaakte afspraken omtrent de financiering en de beheersbaarheid van de ziekteverzekering, aan de zorgverstrekkers op het terrein meedeelde dat de groeivoet van 4,5% in de ziekteverzekering verzekerd werd. Inmiddels stijgen de uitgaven tot 10%, maar tot daaraan toe. Welnu, dat politieke moment is onherroepelijk verkwanseld.

Nu, om vijf over twaalf, moeten wij nog maandenlang wachten op een aankondigd wetsontwerp. Wij verwachten een juweeltje, maar we krijgen klatergoud. Het legistische werk zoals in de commissie voorgesteld, tart alle verbeelding.

Collega Goutry heeft trouwens ten overvloede ervoor gewaarschuwd dat het ontwerp met de negentien meerderheidsamendementen de toets van de Raad van State onmogelijk zou kunnen doorstaan. Wij hebben daaraan dan nog een paternoster van amendementen moeten toevoegen, verbeteringsvoorstellen, reparatievoorstellen, zowel inhoudelijk als vormelijk. Wij hebben tot het nachtelijke uur constructief meegewerkt en wij hebben onze inbreng dan ook heel

maîtriser le financement de l'assurance maladie. Ce moment politique a été irrémédiablement galvaudé. Nous avons dû patienter pendant des mois pour qu'arrive le projet de loi annoncé, qui s'avère n'être que de la poudre aux yeux. M. Goutry a souligné à plusieurs reprises que le projet ne résisterait pas à l'examen du Conseil d'Etat. De nombreux amendements ont été présentés et il a fallu apporter de nombreuses corrections mais nous avons toujours collaboré de manière constructive. Les membres de la majorité ont de nouveau obéi sagement aux consignes. Ne voulaient-ils pas ou ne pouvaient-ils pas commenter leurs amendements ? Les parlementaires risquent de devenir de serviles machines à voter, obéissant aux ministres et présidents de partis. Il faudrait peut-être reconsidérer l'existence même de la Chambre. Le Conseil d'Etat pourrait aussi disparaître puisqu'il n'est plus tenu compte de ses avis.

Certaines mesures du projet de loi sont utilisées pour faire pression. Nous trouvons la fonction de conseiller qualité inutile. Il serait préférable de rationaliser les structures existantes, qui fonctionnent bien. Si l'on veut quand même poursuivre dans cette voie, la dépolitisation constitue une nécessité. Si elle est d'application pour les postes à pourvoir dans les plus petites communes, il ne fait pas de doute qu'elle doit l'être aussi pour les postes à hautes responsabilités.

Le ministre flamand devrait prendre une décision de principe en ce qui concerne la création de régions de soins. La situation n'est pas encore claire. Comment concilier la tendance flamande à la coopération et l'approche fédérale axée sur la programmation ?

M. Mayeur a minimisé la demande d'une délégation de pouvoir au Parlement. Diverses mesures

duidelijk geëtaleerd. De meerderheid is ondertussen gedegradéerd tot een soort van verplichte braafheid.

Wilden of konden zij de eigen amendementen niet toelichten? Ik weet het niet. Voorzitter, wees op uw hoede, of de Kamer wordt gedegradéerd tot een bijna willoze stemmachine die bediend wordt door een aantal ministers en partijvoorzitters. Daar staan we niet ver van. Ik zou het spijtig vinden wanneer wij hier, als volksvertegenwoordigers, een grijs leger zouden worden, een bende mieren die de koningin moeten voeden en beschermen. Dat zou het laatste zijn wat wij hier willen. Het Parlement mag zeker niet afglijden naar het niveau van, zeg maar: de Russische Doema, waar men eigenlijk ook niks te vertellen heeft.

De ministers beschouwen de formele hindernis die nu eenmaal moet worden genomen, omdat de Grondwet ze voorschrijft bij het tot stand komen van een wet, als een noodzakelijk kwaad. Om volmachten binnen te halen, moet men inderdaad langs het Parlement gaan. Zou het niet verstandiger zijn de Kamer van volksvertegenwoordigers gewoon af te schaffen? Zo kan u uw goesting doen. Misschien nog een andere raad. Als we nu ook de Raad van State zouden afschaffen, hoeft u daarmee evenmin rekening te houden. Het gebeurt toch al niet en daarmee is het een overbodige instelling geworden die op de koop toe – ik kom daar nog op terug – goed kritisch is ook. Dat past misschien niet in de paarse modelstaat, dus: weg ermee.

Nu ga ik kort en beknopt in op de inhoud van de gezondheidswet, omdat ik hiermee de uiteenzetting van collega Goutry namens onze fractie aanvul.

Een aantal maatregelen uit het ontwerp wordt gehanteerd als een stok achter de deur. Ik vraag me soms af of het ontwerp ook een stok achter de deur is. Onder de noemer responsabilisering is al een aantal zaken aan bod gekomen en onze woordvoerder heeft daar al heel uitvoerig over uitgeweid. Er is de kwaliteitsadviseur, een superfunctionaris die een brugfunctie vervult binnen de gezondheidszorg met de coördinatie van alle verschillende gegevens. Voor ons is die functie overbodig, omdat er vandaag een netwerk is met bestaande structuren die goed werken. Het is misschien beter die structuren te stroomlijnen voor informatiedoorstroming en zo meer, dan weer nieuwe functies te creëren.

Wij vragen duidelijk: als die politieke keuze toch doorgaat – iets waar wij respect voor hebben –, tracht dat wel een duidelijk signaal aan de bevolking te geven. Depolitiseer! In het kader van behoorlijk bestuur zijn politieke benoemingen hier toch zeker uit den boze. Ik moet er u op attenderen dat zelfs de kleinste openbare besturen, zelfs de kleinste gemeente in bachten de kuppe, opengestelde vacatures moeten invullen via vergelijkende examens. De juiste man of vrouw wordt dan op de juiste plaats gezet. A fortiori zou dat moeten gelden voor een belangrijke topfunctie, ook indachtig wat collega Verherstraeten hier vanochtend heeft gezegd: kan dat allemaal wel de Copernicus-toets doorstaan?

Over de zorgregio's, collega's, horen we in de wandelgangen dat de Vlaamse minister in het kielzog van wat mevrouw Vogels heeft gedaan, een principebeslissing zou moeten nemen om al dan niet

peuvent pourtant être prises par la voie d'arrêtés royaux. Le ministre demande un chèque en blanc d'un montant impressionnant. Il est un peu trop facile de se référer à une époque où des pouvoirs spéciaux plus importants encore ont été octroyés.

Le Conseil d'Etat a souligné qu'une telle délégation de pouvoirs ne peut être octroyée que dans des circonstances exceptionnelles. La décision doit être justifiée et étayée au moyen de chiffres, lesquels ne sont pas disponibles pour cette année. Dans son ouvrage *De Grondwet en de Raad van State*, Jan Velaers écrit que de tels pouvoirs spéciaux peuvent être octroyés s'ils peuvent être motivés et en situation d'urgence.

Le contenu aussi pose problème car des équilibres subtils existaient jusqu'à présent dans le secteur des soins de santé. Or les pouvoirs spéciaux neutralisent ce système. Le ministre prend à présent des mesures linéaires et improductives qui pénalisent également les bons élèves. Le recours aux pouvoirs spéciaux trahit l'impuissance du gouvernement.

Bien que la norme de croissance soit constamment revue à la hausse, le dépassement budgétaire reste très important. Il faut une responsabilisation poussée et des profils de dépenses doivent être définis, ce qui n'a sans doute pas été fait parce que des transferts entre le nord et le sud du pays auraient ainsi été révélés au grand jour.

Il ne peut être procédé à l'appel d'offres que pour les médicaments non brevetés. La Belgique n'est pas la Nouvelle-Zélande, le modèle en vigueur dans ce pays a été rejeté et M. Stevaert a mordu la poussière. Il ne connaissait apparemment pas son dossier. Celui qui avance de nombreuses idées doit également pouvoir les

Vlaamse zorgregio's op te richten. Daarover is er nog geen duidelijkheid. Mijn vraag is hoe de andere benadering op federaal niveau, met name vanuit de programmering, te rijmen valt met de benadering op Vlaams niveau waar men opteert voor samenwerking. mettre en oeuvre.

Dan is er natuurlijk de kers op de taart: aan het Parlement wordt een machtiging gevraagd.

De heer Mayeur, nu vertrokken, heeft die kers op de taart geminimaliseerd. Ik dacht dat de heer Mayeur zou zeggen dat wij hier kaderwetten zouden maken, maar hij heeft dat niet vernoemd. Zo zou het misschien beter klinken. In elk geval, de waarheid is dat via een KB allerlei mogelijke maatregelen kunnen worden genomen voor het geval het budget van de ziekteverzekering wordt overschreden. De minister vraagt met andere woorden een supercheque die evenzeer een blanco cheque is. In dat opzicht verwijzen naar destijds, toen er nog veel belangrijkere volmachten werden verleend, is een goedkoop argument.

De Raad van State heeft enkele jaren geleden zelfs gezegd dat een dergelijke kanjer van een volmacht slechts in uitzonderlijke omstandigheden kan worden gegeven, en alleen dan als de noodzaak ervan door cijfers kan worden aangetoond. Dit jaar hebben wij helaas nog geen cijfers die wijzen op een ontsporing. Er werden slechts een aantal tegenstrijdige berichten de wereld ingestuurd. Volgens sommige berichten is er een grote ontsporing en volgens andere is er geen probleem is.

Wellicht ontbreekt er een en ander aan de motivatie. Het principieel bezwaar, het gebruik van volmachten, moet verantwoord zijn. Er moet aan een criteria zaken worden voldaan. Ik gaf in de commissie een uitvoerige beschouwing die ik u bespaar, over de interpretatie van professor Jan Velaers in zijn boek "De Grondwet en de Raad van State". Daarin zegt hij dat voor een dergelijke machtsontplooiing de noodtoestand duidelijk aanwezig moet zijn en duidelijk moet worden gemotiveerd. U kunt dat lezen in de verslagen van de commissievergaderingen.

Naast het juridisch-principieel obstakel is er een inhoudelijk bezwaar. Tot op heden werd in de gezondheidszorg gewerkt met een aantal subtiële evenwichten. Ik heb in de loop van de voorbije twee jaar, naar aanleiding van de vele overlegstructuren bij het RIZIV, de fijne mechaniek leren appreciëren. Met deze volmacht gaat dit veld, dat werk worden overruled. Ik denk dat hierop eenzijdig ingrijpen tot gevolg zal hebben dat onnauwkeurige, onproductieve en soms lineaire maatregelen zullen worden genomen. De minister heeft dat reeds ontkend. Hij heeft gezegd dat er meestal geen lineaire maatregelen zullen worden genomen, maar dat zal er misschien wel van komen. Dat dit werk zal worden overruled zal in elk geval demotiverend werken. Ik vrees dan ook dat hiermee een aantal goede leerlingen zullen worden gestraft en dat overschrijders zullen worden beloond.

Het gaat hier ook om een paniecreactie. De heer Goutry heeft dat al terecht gezegd. Tot tweemaal toe zei hij dat volmacht gelijk is aan onmacht. Ik kan dat volledig beamen. Het is inderdaad een emanatie van de onmacht van deze regering. Ondanks de voortdurend opgetrokken groeinorm van 1,5% naar 2,5% naar 4,5% plus index

worden nog geconfronteerd met een grote overschrijding. Voor 2004 is dat 513 miljoen. Wij geloven dan ook alleen maar in een doorgedreven responsabilisering waarbij de individuele zorgverstreker, de individuele ziekenhuizen, de individuele patiënt volledig en nauwkeurig worden gevolgd en het uitgavenprofiel zeer exact wordt opgesteld.

Wellicht werd die efficiënte techniek niet gebruikt, omdat zo waarschijnlijk een aantal verschillen en transfers van noord naar zuid zichtbaar zouden kunnen worden.

Thans kom ik tot de geneesmiddelen. Het marktonderzoek, waarover wij het zojuist hebben gehad, wordt mogelijk gemaakt, maar alleen voor geneesmiddelen buiten patent. Wij hebben gezegd dat België Nieuw-Zeeland niet is, dat is duidelijk. Wij hebben hier nood aan respect, ook voor onze eigen kenniswerkers, voor de farma-industrie, een zeer belangrijke economische sector. In ieder geval gaat de kiwi met de nieuwe constructie doormidden en wordt ook platgetrapt.

Mevrouw Detiège, voor mij gaat uw voorzitter mee plat op de buik, nadat hij wekenlang de grote pleitbezorger van het kiwimodel was. Ik zou hem aanraden, vóór hij allerhande uitlatingen doet, zijn dossier te kennen. Ik denk dat hij alles zag als een soort warrige kiwiband, een soort smeltkroes, waarin geneesmiddelen buiten en binnen patent waren samengeworpen, terwijl er duidelijk grote verschillen zijn. Als men veel van die ideeën spuit, moet men beseffen dat die moeten worden gerealiseerd. Ooit moet immers een aantal opgefokte verwachtingen worden waargemaakt. Als dat dan niet gebeurt, is dat dubbel pijnlijk. In dit geval moeten wij vaststellen dat de keizer geen kleren draagt.

01.36 Maya Detiège (sp.a-spirit): Spijtig genoeg zit ik intussen al een vijftiental jaar in de sector. Ik hoor altijd commentaar op de heer Stevaert, dat hij roept en tiert enzovoort, maar ik stel wel vast dat hij erin geslaagd is op heel korte termijn belangrijke punten in de gezondheidswet te laten opnemen.

Zo hebben wij gediscussieerd over substitutie, voorschrijven op stofnaam en andere maatregelen in de geneesmiddelensector. Wanneer Stevaert dan een uitspraak deed, was ik zelf verbaasd dat hij erin slaagde het erdoor te krijgen. Dat wordt hier niet gezegd. Ik vind dat echt beschamend.

01.37 Luc Goutry (CD&V): Er is een voortdurende misvatting. Ik zal daarover een kort citaat geven. Samen met mevrouw Avontroodt hebt u in Knack een interview gegeven, het heet "De achterkant". Weet u wat zij schrijft? Zij zegt tegen u: "U kunt toch niet ontkennen dat het kiwimodel aanvankelijk anders is voorgesteld. Steve Stevaert, van de sp.a, en andere politici deden alsof men voor alle geneesmiddelen met aanbestedingen zou werken. Dat was het ultieme doembeeld van de farmaceutische industrie". Daarover gaat het. U hebt politiek geprofiteerd van wat er op komst was. U hebt slecht gecommuniceerd met de bevolking. U hebt valse verwachtingen geschapen en nu moet u op uw nummer terugkomen. Dat is de pijnlijke realiteit.

01.38 Maya Detiège (sp.a-spirit): Van de heer Goutry had ik geen andere uitspraken verwacht. Ik vond het spijtig dat hij daarstraks niet hier was. Men heeft meermaals de minister een droge vijg genoemd.

01.36 Maya Detiège (sp.a-spirit): M. Stevaert est parvenu à bref délai à faire insérer dans la loi-santé plusieurs dispositions importantes. Nul n'en parle. Les propos tenus par M. Verhaegen sont honteux !

01.37 Luc Goutry (CD&V): Dans une interview accordée au magazine *Knack*, Mme Avontroodt déclare que le modèle néo-zélandais a été présenté sous un jour différent de ce qu'il est réellement. On a dit que l'adjudication concernerait tous les médicaments, ce qui a suscité de faux espoirs.

01.38 Maya Detiège (sp.a-spirit): J'attendais cette intervention de M. Goutry. En Nouvelle-Zélande,

Ik vind dat niet van een hoog niveau, maar goed.

Met betrekking tot het kiwimodel wil ik nog iets zeggen, dat ook in het debat is vergeten. De referentiebetalings, bijvoorbeeld, bestaat ook in Nieuw-Zeeland. Dat wordt allemaal vergeten. Er is het marktonderzoek, er is de referentietrugbetaling en er is een aantal andere systemen.

Er zijn daar ook apotheken van de overheid. Dat wil zeggen dat de distributie ook op een totaal andere manier gebeurt. Wat hier voorligt, is een heel goed werkbaar systeem in België.

01.39 Luc Gouty (CD&V): De essentie ligt elders, mevrouw Detiège. De heer Stevaert heeft de patiënten voortdurend proberen wijs te maken dat zij geholpen zouden worden en dat het moest gedaan zijn met de grootverdieners van de farmacie. Het geld moest naar de zakken van de mensen. Welnu, alles zal afhangen van de voorschrijver. Als hij blijft het duurste voorschrijven, dan betalen de mensen het meest. De patiënt zou dus zelfs het slachtoffer kunnen worden van uw systeem.

01.40 Mark Verhaegen (CD&V): Ik zal snel het gedeelte geneesmiddelen afronden, maar ik zal nog twee woorden zeggen. Belangrijker dan het welles-nietes-spelletje is dat de patiënt zeker niet de dupe mag worden van het verhaal. Ik heb de indruk dat de patiënt in dit systeem heel kwetsbaar is geworden en dat hij wel eens zou kunnen opdraaien voor het voorschrijfgedrag van de arts. Hiervoor moet zeker een sleutel ingebouwd worden. Dat geef ik mee als raad.

Mijnheer de voorzitter, collega's, ook wij zijn uiteraard van oordeel dat de ontspoorde begroting van de ziekteverzekering opnieuw op de rails moet worden gezet. Wij delen dan ook de bekommernis dat het beleid erop gericht moet zijn de beste gezondheidszorg tegen een aanvaardbare prijs toegankelijk te maken voor iedereen. Waarom worden er nog maar eens blinde volmachten gevraagd? Uiteindelijk had u de bui al twee jaar of langer zien hangen, mijnheer de minister. U werd geregeld door ons verwittigd. Ondertussen zijn er toch heel wat kostbare middelen in de ziekteverzekering verloren gegaan. Wij werden geconfronteerd met een aantal politieke beslissingen die ondoordacht werden genomen, ver van het medisch gestuurd handelen, in een budgettaire krappe omgeving. Ik denk bijvoorbeeld aan – ik keur ze niet allemaal af, maar ik geef voorbeelden – de anticonceptiecheques, de gratis tandverzorging en de in-vitrobevruchting, de zogenaamde proefbuisbaby's. Dat waren populaire maatregelen, niet alleen voor koppels die het echt nodig hebben, maar voor iedereen.

01.41 Rudy Demotte, ministre: Monsieur Verhaegen, pour ne pas revenir là-dessus en discussion finale et gagner du temps tout à l'heure, je voudrais dire que si je peux comprendre votre agacement envers certaines mesures de santé publique anti-tabac en raison de votre sensibilité à la dimension de la liberté individuelle, vous conviendrez cependant qu'il s'agit d'un thème important de société et qu'un ministre de la Santé qui ne s'en préoccuperait pas serait un mauvais ministre de la Santé. Quoique votre parti ait rédigé un plan à ce sujet, j'accepte votre critique selon laquelle des mesures contre l'obésité sont des mesures futiles en matière de santé publique et on

autre l'appel d'offres et le remboursement de référence, il y a un système de distribution qui est différent. Les pharmaciens sont gérés par l'Etat. LA proposition qui nous concerne est adaptée à la réalité belge

01.39 Luc Gouty (CD&V): M. Stevaert a voulu faire accroire aux patients que le nouveau système leur procurerait un avantage financier. Mais les patients seront plus dépendants encore du comportement des médecins en matière de prescriptions.

01.40 Mark Verhaegen (CD&V): Le patient ne peut pas faire les frais de cette réforme. Il faut corriger le dérapage budgétaire dans l'assurance maladie pour pouvoir offrir à chacun les meilleurs soins de santé à un prix acceptable.

Le CD&V a mis le gouvernement en garde il y a longtemps déjà, mais il a continué à prendre des mesures populaires et coûteuses, notamment dans le domaine de la contraception et de la fertilisation in vitro.

01.41 Minister Rudy Demotte: Ik kan begrijpen dat bepaalde maatregelen op het vlak van het tabaksgebruik of de bestrijding van obesitas die de volksgezondheid ten goede komen, u ergeren. Maar wat u verder zegt is onaanvaardbaar.

perd du temps sur les grands équilibres. Je veux bien le comprendre.

Par contre, je ne peux pas accepter vos propos actuels, c'est-à-dire que nous avons perdu de l'argent dans des mesures pour prévenir les jeunes filles qui tombent enceintes. Je ne peux l'accepter. Tenir de pareils propos dans cette enceinte, c'est grave.

01.42 Mark Verhaegen (CD&V): Ik haal gewoon een aantal zaken aan om te wijzen op de keuzes die gemaakt moeten worden. Wellicht hadden de keuzes anders kunnen zijn.

Ik zal een ander voorbeeld geven: de maagringen. Ik kan me indenken dat het voor een aantal mensen een probleem vormt, maar het is een politieke keuze: je kan preventief werken rond bijvoorbeeld beweging en diëten, maar je kan ook de dure ingreep betalen. Als u het geld echter uit de kas van de RIZIV haalt, zijn er andere zaken die niet meer kunnen betaald worden. Dat kan misschien ten koste gaan van kankerpatiënten...

01.43 Maya Detiège (sp.a-spirit): (...) preventiebeleid.

01.44 Mark Verhaegen (CD&V): Ik wil alleen zeggen dat het belangrijk is de middelen goed te besteden. Dit is noodzakelijk want de middelen zijn schaars. We moeten vaststellen dat er een ontsparing is in de ziekteverzekering, ondanks het feit – dat moeten we onder ogen durven te zien – dat het aandeel van de patiënt meer stijgt dan het RIZIV-budget. Er is dus een verschuiving van de factuur richting patiënt. De ziekenhuiskosten voor de patiënt zijn in 5 jaar tijd met 33% toegenomen. De patiënt betaalt al meer dan een kwart van alle gezondheidsuitgaven zelf via remgelden of via – het is misschien reeds het begin van een sluipende privatisering – aanvullende verzekeringen. Ziek zijn doet dus ook pijn in de portemonnee.

De tijd van gemakkelijke oplossingen voor moeilijke problemen is definitief voorbij. Als we het stelsel van sociale zekerheid overeind willen houden, moeten we sleutelen aan het systeem, dat staat vast. Het is nu reeds een huzarenstuk om de gezondheidszorg binnen die 4,5% groeinorm te houden. Volgens de OESO mag de groeinorm echter maximaal 2,8% bedragen tussen 2008 en 2030, als de orkaan van de vergrijzing dichterbij komt en de luiken van onze welvaartsstaat doet rammelen. De OESO maant België ook aan structurele ingrepen te doen om de uitgaven onder controle te houden.

Het is dus tijd voor moedige, fundamentele keuzes. We moeten durven debatteren met open vizier over de grenzen van de publiek gefinancierde gezondheidszorg, over het onderscheid tussen de noodzakelijke gezondheidskosten die door de ziekteverzekering betaald worden en een aantal "comfortkosten", waarop in de commissie reeds verschillende keren allusie werd gemaakt. Het is dan ook een belangrijk aspect, want hoe grijzer België wordt, hoe krapper de ziekteverzekering bij kas zal zitten en hoe scherper de vraag naar sanctiëring zal klinken. Wie sanctioneer je dan het eerst? De slechtziende, de kettingroker of de zwaarlijvige? Men moet de tering naar de nering zetten: het is geen "en-verhaal", maar een "of-verhaal". Het debat over de keuzes zal gevoerd moeten worden.

Primordiaal is er nood aan een performant begrotingsproces dat snel

01.42 Mark Verhaegen (CD&V): Certains autres choix auraient pu être faits. Au lieu de rembourser l'opération pour le placement d'anneaux stomacaux, il aurait été préférable d'élaborer une campagne de prévention. L'INAMI ne pourra continuer à couvrir tous ces frais.

01.44 Mark Verhaegen (CD&V): Malgré la hausse de 33 pour cent des frais pour le patient, un dérapage budgétaire s'est quand même produit. L'OCDE demande de fournir encore des efforts supplémentaires et de prendre des mesures structurelles, parce que nous devons nous préparer au vieillissement de la population qui s'annonce. Des choix fondamentaux ne peuvent être faits que si un débat ouvert est organisé. Le budget des soins de santé doit être suivi et contrôlé en permanence et le Parlement doit également y être associé.

Nous avons deux propositions de solutions structurelles.

Il faut tout d'abord donner plus de responsabilités aux entités fédérées. Je songe à cet égard aux cinq résolutions adoptées en 1999 par le Parlement flamand. Le gouvernement flamand a inscrit le transfert des soins de santé dans son accord de gouvernement. Le morcellement rend la gestion des différents secteurs extrêmement complexe. Ainsi, trois quarts de l'aide aux personnes âgées relèvent de la compétence des entités fédérées alors que le financement dépend toujours du fédéral.

en efficiënt de uitgaven en ontsparingen kan opsporen. Het is duidelijk gebleken dat het budget van de gezondheidszorg permanent gecontroleerd moet worden, niet enkel door de minister van Volksgezondheid en de regering, maar door het volledige Parlement.

Bovendien vrezen we ook dat dit besparingseffect weinig verandert aan de structurele handicaps in het Belgische systeem. Daarvoor wil ik nog twee, voor mij belangrijke, voorstellen doen van structurele oplossingen.

Ten eerste, het structureel ingrijpen in een overheidsapparaat impliceert ook dat men een grotere verantwoordelijkheid legt bij de deelstaten en dat men de communautarisering volledig doorvoert. Ik verwijs hier eigenlijk ook naar de vijf resoluties in het Vlaams Parlement, die in 1999 zijn goedgekeurd en die vorig jaar trouwens ook in het Vlaams regeerakkoord werden bevestigd. Ik citeer het derde punt: "Een overheveling van de gezondheidssector en het gezinsbeleid naar de Gemeenschappen". Dat wordt dus ook door de Vlaamse regering als belangrijk beschouwd. We doen dat niet om te regionaliseren, maar gewoon om een consistent beleid te hebben met homogene bevoegdheidspakketten.

De overheveling van de volledige gezondheidszorg naar de Gemeenschappen is noodzakelijk voor ons, te beginnen met de bejaardenzorg. Collega Goutry heeft ooit gezegd dat drie vierde van het ouderenzorgbeleid vandaag al tot de Gemeenschappen behoort, terwijl een van de belangrijkste onderdelen, met name de financiering – bijvoorbeeld van de rusthuissector – nog federaal is gebleven. Bovendien – om dat voorbeeld nu te geven – is voor ons ouderenzorg, meer nog dan cultuur of onderwijs, een bij uitstek persoonsgebonden materie. Ik denk dat daar wel iets voor te vinden is.

Vandaag is er ook in de gezondheidszorg een enorme versnippering van bevoegdheden tussen het federale niveau en dit van de Gemeenschappen. Deze versnipperingen vertonen geen enkele logica. Ik heb er naar gezocht, maar zij kwamen kunstmatig tot stand ten gevolge van waarschijnlijk gefaseerde en onvolkomen staatshervormingen. Hierdoor is ook het beheer van de verschillende sectoren zeer complex en ingewikkeld.

Voorstellen voor de regionalisering van de gezondheidszorg zijn ook verre van nieuw. Ik herinner mij nog in de jaren negentig een aantal studiedagen te hebben bijgewoond in verband met de splitsing van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering, maar de argumenten die toen gegeven werden pro splitsing, waren financieel. Vandaag gaat het meer over de inhoudelijke argumentatie. Wij staan vandaag met de neus op de feiten. De Vlaamse visie op het gezondheidszorgbeleid is totaal anders dan deze van de Franstaligen. Dat mag. Ik heb uiteraard respect voor de twee gemeenschappen. De gezondheidszorg is een persoonsgebonden aangelegenheid. Ik heb dat al aangehaald. Er is ook onvermijdelijk een samenhang tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg. Het is dan ook evident dat wie een goed preventief beleid voert, ook de vruchten daarvan moet kunnen plukken door, bijvoorbeeld, tot lagere kosten te komen in de curatieve zorg. Dat bedoel ik dus met die homogene bevoegdheidspakketten.

Dans les années nonante, les arguments en faveur de la scission étaient surtout de nature financière. Aujourd'hui, les motivations principales portent davantage sur le fond. Les visions ne sont pas les mêmes au nord et au sud. Les soins de santé sont également liés à la politique de prévention et le gouvernement qui mène une bonne politique de prévention doit pouvoir en recueillir les fruits. Il faut tenir compte du principe de subsidiarité, qui est également reconnu au niveau européen. Les revendications du Vazo (Vlaams Algemeen Ziekenhuis Overleg) ne sortent pas de nulle part. Le ministre et la majorité se sont toutefois systématiquement opposés à nos motions, même aux plus prudentes. La pléthore actuelle de services publics responsables en matière de politique de soins de santé est de plus en plus risible. Le niveau communautaire est le meilleur niveau de compétence pour les soins de santé. Mais une récupération fédérale est en cours, notamment dans le domaine des bassins de soins et de la médecine nucléaire.

Notre deuxième proposition a trait à l'instauration de dossiers médicaux électroniques et standardisés pour accroître la maîtrise des soins de santé et en réduire le coût. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle d'accompagnement en veillant à l'adéquation des systèmes informatiques et à la sécurisation des numéros médicaux des patients. L'OCDE accorde aussi une importance prioritaire à ce type d'investissements. Il faut dès lors se féliciter de l'intention affichée par le ministre de s'atteler aux dossiers médicaux électroniques.

Les médicaments, les médecins, la prise en charge des aînés et le maximum à facturer génèrent des coûts importants dans l'assurance soins de santé. Le CD&V

Iedereen kent ook de grote verschillen inzake de medische cultuur en inzake beleidspreferenties, tussen Vlaanderen en Wallonië. Verschillen in zorgcultuur en organisatie zullen er altijd zijn. Er zijn zelfs verschillende accenten waargenomen in het medisch onderwijs. De opstelling tegenover de contingentering is ook vorig jaar aan bod gekomen. Er zijn ook verschillende accenten, zelfs ten aanzien van ziekteverzuim. Wij hebben er respect voor dat de mensen in een bepaalde regio langer ziek willen zijn, maar dan moet men daarvan ook de gevolgen dragen.

Ten slotte verwijs ik naar een correcte toepassing van het subsidiariteitsbeginsel, dat ook op Europees vlak bevestigd is. De besluitvorming moet liggen op het laagst mogelijke niveau waar nog een aanvaardbare kwaliteitsgarantie bestaat.

Collega's, de eisen die het VAZO, het Vlaams Algemeen Ziekenhuisoverleg, eind vorig jaar naar voren heeft gebracht, kwamen zeker niet uit het niets. Die waren doorleefd en werden gedragen.

Mijnheer de minister, ik kan mij ook niet van de indruk ontdoen dat u zich met de grootste beminnelijkheid, maar tevens met een even grote hardnekkigheid, blijft verzetten tegen belangrijke structurele hervormingen die meteen een aantal onrechtvaardige transfers zouden kunnen aanpakken.

Telkens opnieuw werden onze moties met enige radicaliteit door de meerderheid afgewezen en werd er gewoon overgegaan tot de orde van de dag. In deze moties werd de regering nochtans voorzichtig verzocht om bijvoorbeeld aan het Parlement een rapport uit te brengen over hoe de verschillen in consumptie van medische zorg tussen noord en zuid worden aangepast of over de maatregelen die nodig zijn om iedereen voor zijn verantwoordelijkheid te stellen en om die maatregelen daadwerkelijk in te voeren. Draconische vragen waren het dus niet die wij gesteld hebben.

Ook de huidige plethora van overheden bevoegd voor gezondheidszorg is volgens ons totaal inefficiënt. Voor het buitenland is het lachwekkend dat negen ministeriële instanties in België te maken hebben met gezondheidsbeleid. Dat is bijna een hele voetbalploeg, terwijl een per Gemeenschap volgens ons zeker zou volstaan.

01.45 **Maggie De Block** (VLD): (...)

01.46 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mevrouw De Block, dat zijn de feiten.

Het gemeenschapsniveau is volgens ons inderdaad het meest efficiënte niveau voor heel het gezondheidsbeleid wegens de genoemde klemtoonverschillen tussen beide Gemeenschappen, waarvoor wij uiteraard respect hebben.

Thans moeten wij vaststellen dat er een federale recuperatie is. Ik ga niet alles herhalen, maar twee voorbeelden geven, namelijk de zorgregio's en de nucleaire geneeskunde, met een gewestelijke erkenning en waar de wet bijgevolg verschillend geïnterpreteerd wordt. Ik denk ook aan een aantal illegale scanners, enzovoort.

demande que le Parlement soit informé du budget et des dépenses en matière de soins de santé. Le contrôle budgétaire de la semaine prochaine constituera un exercice vain dans la mesure où nous ne disposons pas encore de chiffres précis.

L'accord social intervenu dans le secteur des soins de santé a été conclu sans concertation avec les employeurs. Il convient de trouver 55 millions d'euros au sein de l'INAMI. C'était faire preuve d'imprudence que de conclure un accord sans garantie quant au financement. J'espère que la patate chaude ne sera pas renvoyée aux institutions.

Le président du PS fait valoir que le déficit a été surestimé et qu'il ne se pose dès lors pas de problème. Pourquoi, dans ce cas, le ministre doit-il à tout prix obtenir des pouvoirs spéciaux ?

Een tweede belangrijke voorzet is dat onze partij opteert voor het gestandaardiseerd elektronisch patiëntendossier. Collega's, goede besparingen in de ziekteverzekering situeren zich vaak niet in grote spectaculaire maatregelen zoals het kiwimodel, maar ook in minder opvallende maatregelen, bij wijzigingen van het systeem bijvoorbeeld.

Daarom pleiten wij voor een soort gestandaardiseerd elektronisch dossier per patiënt. Elke zorgverstrekker moet hierdoor hetzelfde beveiligde klantendossier kunnen raadplegen, met alle gegevens, onder meer welke onderzoeken moeten ondergaan worden, maar ook welke allergieën die patiënt heeft en welke medicijnen hij nodig heeft. Het gevolg is dat de zorgverstrekker meteen een overzicht krijgt en ook veel meer aandacht gaat besteden aan het globale zorgtraject van de patiënt. Dat is volgens ons het middel ter verbetering van de kwaliteit van de zorg en ook het middel ter verbetering van de veiligheid van de patiënt en ter beheersing van de uitgaven van de medische zorg.

Ik denk dat zo'n centraal informaticasysteem voor alle ziekenhuizen heel belangrijk is omdat het bijvoorbeeld dubbel onderzoek zou kunnen uitsluiten en ook overdreven voorschrijfgedrag zou kunnen aanpakken. Aan dergelijk informaticasysteem moet voorrang worden gegeven. De centrale overheid, voorlopig nog de federale overheid, zou hier dan een soort van flankerend beleid kunnen voeren. Zij ontvangt dan bijvoorbeeld de gegevens van de ziekenhuizen, zorgt ervoor dat bijvoorbeeld de informatica geleverd wordt en dat die compatibel is, dat de medische nummers worden beveiligd en dergelijke meer. Iedereen moet met iedereen kunnen communiceren. Dat is ook een bevinding van de OESO en de McKenzie-studie van vorig jaar waarin stond dat een dergelijke visie met de bijhorende investeringen van prioritair belang is. Ik ben dan ook verheugd, mijnheer de minister, dat u in uw antwoord op de vraag van collega Vandeuren geantwoord hebt dat er inderdaad gewerkt wordt aan dit elektronische gezondheidsdossier. Ik hoop dat in de informatisering een doorbraak kan worden gerealiseerd want anders is dit weer een zoveelste gemiste kans.

Voorzitter, collega's, ik rond af. Geneesmiddelen, artsen, ouderenzorg en de maximumfactuur blijken de belangrijkste oorzaken te zijn van het tekort. De CD&V vraagt dan ook de minister om op regelmatige basis het Parlement in kennis te stellen van de genomen budgettaire maatregelen en de impact ervan.

Tot slot heb ik nog volgende bemerking. Ik heb me daarstraks afgevraagd wat voor zin het heeft om volgende week een begrotingscontrole uit te voeren terwijl er nog geen zicht is op de cijfers van de ziekteverzekering van dit jaar. Om het verhaal nog ingewikkelder te maken is er het sociaal akkoord dat de federale overheid met de vakbonden voor de gezondheidssector heeft afgesloten, zonder daar de werkgevers bij te betrekken. Begrijpe wie begrijpen kan. Ik heb mij laten vertellen dat voor dit akkoord nog gezocht moet worden naar 55 miljoen euro binnen het budget van het RIZIV. Dit zal dus zeker geen sinecure worden met een tekort van 513 miljoen euro voor 2004. Een akkoord sluiten zonder zekerheid te hebben over de financiering is onvoorzichtig tenzij men de hete aardappel gaat doorschuiven naar de inrichtingen. Wij hopen dat dit niet het geval zal zijn. Dit doet mij soms denken aan het verhaaltje van de dorps- en de wetstraat die samen een glas gaan nuttigen. Als

de ober met de rekening komt, is de wetstraat plots verdwenen. Dat kan u toch niet maken, mijnheer de minister. De mensen kennen na 6 jaar zo stilaan wel de geur van gebakken lucht.

Mijnheer de minister, terwijl u een volmacht vraagt en hiermee aangeeft dat de ziekteverzekering zich in een noodsituatie bevindt omdat het tekort nog nooit zo hoog is geweest – volgens objectieve bronnen meer dan 500 miljoen euro in het jaar 2004 -, heeft uw partijvoorzitter verklaard dat er geen probleem is en dat het tekort niet mag worden overroepen. Waarom is de hemel nu plots opgeklaard? Voor mij is dat een raadsel. Uw partijvoorzitter heeft gezegd dat zij die het probleem overroepen andere bedoelingen hebben, bijvoorbeeld het privatiseren van de ziekteverzekering.

Om het in de taal van Molière te zeggen: tout va bien; il n'y a pas de problèmes. Waarom hebt u dan in hemelsnaam die supervolmacht nodig, mijnheer de minister? Deze pertinente vraag wil ik u stellen. Als alles goed gaat en onder controle is, waarom is deze noodmaatregel dan nodig?

De **voorzitter**: De twee laatste sprekers in de algemene bespreking zijn de heer Drèze en mevrouw Avontroodt.

Après la réponse du ministre il y aura la discussion des articles et des amendements et vraisemblablement nous pourrons procéder aux votes peu après 18.00 heures.

01.47 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, j'ai d'abord deux préalables, si vous le permettez. Le premier est d'ailleurs principalement à votre attention. Je voudrais remercier très chaleureusement les services de la Chambre pour leurs prestations dans la semaine avant les congés de Pâques, étant donné le rythme du travail parlementaire et la présence permanente de certains membres du personnel la journée du 22 mars, la nuit du 22 au 23 et la journée du 23. Certaines personnes dans cette maison sont restées largement plus de 24 heures à leur poste de travail, ce qui, soit dit en passant, est en contradiction flagrante avec notre législation sur le travail. J'espère que cela ne se reproduira pas ou, en tout cas, pas trop fréquemment.

01.47 Benoît Drèze (cdH): Het cdH houdt eraan de diensten van de Kamer te bedanken voor de lange en degelijke prestaties die zij tijdens de week vóór de paasvakantie hebben geleverd. Sommigen hebben zelfs meer dan 24 uur aan één stuk moeten werken, wat mijns inziens in strijd is met ons arbeidsrecht.

Le **président**: Monsieur Drèze, il fut un temps où nous eûmes en moyenne une séance de nuit par semaine. Je dois dire qu'avec le courage et l'ardeur du personnel que vous signalez, il survécut, ainsi que les membres d'ailleurs.

De **voorzitter**: Ooit vergaderden we bijna wekelijks tot diep in de nacht. Het personeel overleefde dat.

01.48 Benoît Drèze (cdH): Monsieur le président, si vous me le permettez, cela ne justifie pas tout.

01.48 Benoît Drèze (cdH): Dat rechtvaardigt niet alles.

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

Le **président**: Il faut dire que vous contribuez convenablement à réduire le temps de travail de notre assemblée, monsieur De Crem.

01.50 Benoît Drèze (cdH): Je voudrais saluer en particulier la qualité du rapport qui a été réalisé en 24 heures, qui comprend le fait de saisir la portée de nos échanges, de les résumer et de parfois même les améliorer sur le plan technique, de les traduire, de les imprimer, etc. Je dois dire qu'étant relativement récent dans cette maison, je suis assez stupéfait par la qualité de ce travail.

01.50 Benoît Drèze (cdH): Het cdH heeft het moeilijk met de houding van de regering en de meerderheid, die het dossier eerst lang lieten aanslepen en dan plots om urgentie verzochten voor

Le deuxième préalable – je sais qu'il a déjà été fait à d'autres moments mais je vais le rappeler en séance plénière aujourd'hui – est de regretter les conditions de ce travail parlementaire avant Pâques. Monsieur le ministre, il y a effectivement urgence dans ce dossier, le cdH ne l'a jamais contesté, mais nous n'acceptons pas que, pendant un certain temps, le gouvernement et la majorité traînent et puis que tout à coup on précipite les choses, notamment par d'importants dépôts d'amendements des parlementaires de la majorité dans l'après-midi du 22 mars, voire dans la nuit. D'où, à certains égards, une qualité insuffisante des textes, qui a justifié notre demande de report du vote en séance plénière à cette semaine. Je pense que le travail en commission hier a montré que ce report avait été utile.

Cela étant dit, je ferai une courte intervention générale en trois points, ensuite je présenterai le pourquoi du dépôt en séance plénière d'une partie de nos amendements en les reprenant les uns après les autres.

Monsieur le ministre, je ne vous étonnerai pas en commençant par une réflexion budgétaire. Je ne le fais pas pour vous agacer, rassurez-vous et non pas suite à la sortie du président du MR, de M. Bacquelaine et de M. Michel – j'y reviendrai – mais simplement comme à chaque fois, au début de nos travaux en commission: je conteste de conduire à l'aveuglette un travail d'une telle ampleur, je le dis simplement mais fermement.

La reprise en mains du budget des soins de santé est bien l'objectif de cette loi. Or, nous ne disposons aujourd'hui d'aucun tableau de bord. La seule note structurée, remarquable à certains égards, est celle que vous avez déposée et fait approuver par le Conseil des ministres du 26 novembre 2004: un document de 38 pages, fondé à l'époque en urgence sur les comptes techniques de l'INAMI, arrêtés au 31 août 2004.

On y retrouve de votre plume, monsieur le ministre, une évaluation précise du dépassement budgétaire ventilé par secteur, un catalogue structuré de plusieurs dizaines de propositions de mesures avec un rendement budgétaire attendu mesure par mesure. Nous avons convenu en commission que ces montants étaient bien des évaluations mais il n'empêche que l'effort de précision était bien présent.

En matière de médicaments, secteur qui nous occupe tout particulièrement aujourd'hui, majorité comme opposition, huit pages de ce document reprennent, point par point, une série de constats et de mesures avec rendement attendu. Comprenez mon étonnement qu'aujourd'hui, cinq mois plus tard, avec un projet de loi, largement plus affiné en termes de mesures prises que cette note du 26 novembre 2004, on ne dispose plus d'aucun chiffre de projection budgétaire.

L'INAMI a communiqué, lundi 11 avril 2005, les comptes techniques au 31 décembre 2004, à savoir après que le projet de loi ait été voté en commission avant Pâques. Ces derniers chiffres démontrent, selon nous, que ce projet de loi, adopté aujourd'hui, ne colle plus ou pas assez à l'objectif budgétaire.

Monsieur le ministre, vous êtes économiste de formation. Vous avez

kwalitatief zwakke teksten, waarvoor wij met recht uitstel vroegen.

Wat de begroting betreft, weigeren wij dergelijke belangrijke aangelegenheid op een ondoordachte manier af te haspelen.

Het verwondert ons dat het wetsontwerp geen cijfermatig economisch overzicht bevat, te meer omdat de minister op 26 november 2004 al met een eerste evaluatie kwam. We begrijpen dan ook niet waarom dat vandaag niet meer mogelijk is.

Ten tweede, hoewel we begrijpen dat de heer Bacquelaine verbaasd is over de laattijdige en weinig betrouwbare publicatie van de RIZIV-cijfers, kunnen we de openlijke uitvallen van de liberalen naar hun socialistische partners niet goedkeuren. De sector van de gezondheidszorg heeft nood aan ingrijpende structurele hervormingen en vergt dat men blijft vertrouwen in de minister die ermee is belast. Te meer omdat het de liberalen zijn die de minister hebben verplicht zijn ontwerp met betrekking tot de geneesmiddelen te herzien.

Met de huidige tekst kunt u de beoogde begrotingsdoelstelling niet bereiken. U zal onvermijdelijk bijzondere machten moeten aanwenden, maar daarvoor hebt u het akkoord van de Ministerraad nodig. Zo komt u onder toezicht van de regering te staan.

Hoe moeten we de pogingen tot verzwakking van de minister interpreteren als de MR verklaart dat ze tegen de communautarisering van de begroting van de gezondheidszorg is? Wil de MR de gezondheidszorg gedeeltelijk privatiseren zoals het artsensyndicaat ABSIM voorstelt?

Ten derde vindt de cdH 10.700

été ministre dans des compétences relatives à l'économie. Vous connaissez, bien évidemment, l'importance des tableaux de bord. Nous ne comprenons pas pourquoi il vous était possible de présenter une note structurée le 26 novembre 2005 et que cela n'est plus possible aujourd'hui, cinq mois après.

J'en viens maintenant à la sortie des libéraux francophones depuis quelque 24 ou 48 heures. Nous ne comprenons pas leur sortie. Monsieur Bacquelaine, je vous ai entendu longuement à la RTBF radio ce matin, le cdH n'accepte pas cette manière de s'exprimer. Que vous estimiez, en particulier, vu le dépassement du budget chaque année, qu'il n'est pas normal que l'INAMI produise des données aussi tardivement et sans fiabilité suffisante, soit, nous le pensons tous et nous l'avons dit lorsque le ministre nous a réunis en urgence en novembre, suite au déficit de 634 millions annoncé par l'INAMI, quelques semaines seulement après l'adoption d'un budget 2005 tablant sur un équilibre budgétaire pour 2004. Nous étions tous derrière vous, monsieur le ministre, lorsque vous annonciez une demande d'audit afin d'y voir plus clair. Si votre partenaire libéral estime que les choses n'évoluent pas assez vite, qu'il vous le dise à huis clos au sein du gouvernement. Ce que nous n'acceptons pas, c'est de vous fragiliser, voire de vous humilier publiquement et gratuitement.

Les circonstances particulièrement graves pour la survie de notre système de soins de santé requièrent, quel qu'il soit, un ministre des Affaires sociales fort, soutenu et en fonction dans la durée. Mieux que quiconque, monsieur le ministre, vous savez que votre portefeuille est lourd, complexe et à la croisée des chemins. Mieux que quiconque, vous savez que le secteur des soins de santé a besoin de réformes structurelles bien ciblées et d'une certaine envergure.

Le cdH accepte d'autant moins que le MR fasse mine de vous donner la leçon alors que c'est le même parti qui vous a obligé à revoir votre copie en matière de médicaments. J'y reviendrai lors de mes amendements à la fin de cette intervention. Nous l'affirmons: à moins d'un miracle, le texte actuel ne permettra pas d'atteindre l'objectif budgétaire. Vous serez alors obligé de recourir aux pouvoirs spéciaux, pardon aux pouvoirs d'habilitation limités, car vous avez raison, ces pouvoirs spéciaux sont limités par le fait qu'ils doivent être approuvés en Conseil des ministres. Donc, vous êtes déjà sous tutelle du gouvernement.

En rajouter une couche, aujourd'hui, monsieur Bacquelaine, avec l'idée d'un monitoring permanent avant même de connaître l'impact effectif de la loi santé, c'est soit reconnaître que cette loi est insuffisante, soit rabaisser gratuitement votre ministre des Affaires sociales. C'est un jeu dangereux, car fragiliser un ministre en fonction revient, dans ce secteur, à donner davantage de crédit à deux alternatives que les humanistes et les socialistes rejettent: la communautarisation, d'une part, et la privatisation, d'autre part.

Je ne pense pas que le MR souhaite la communautarisation des soins de santé, mais je voudrais qu'il soit clair. Est-il en faveur d'une privatisation même partielle des soins de santé en Belgique? Le MR soutient-il cette vision exprimée dernièrement par l'ABSyM (syndicat des médecins)? Monsieur Bacquelaine, vous êtes médecin. Etes-vous sur la même longueur d'ondes que vos collègues médecins ou

nouveaux banes in de non-profitsector, gespreid over een periode van 6 jaar onvoldoende. Dit betekent een stijging van de bestaande werkgelegenheid met 4 % terwijl die toename de voorbije vier jaar 16 % bedroeg.

Wij pleiten voor de toepassing van de norm van 4,5 % per sector. De sector van de geneesmiddelen genoot een verhoging met 13 %, wat de tewerkstelling terugbrengt tot onder de 4,5 %.

que vos collègues socialistes?

Mon troisième point d'intervention générale concerne l'emploi. J'avais envoyé au ministre, fin janvier, une note détaillée sur la position de notre parti lorsqu'il s'agissait de négocier, avec les syndicats du non-marchand, un accord pour les prochaines années. Le gouvernement a décidé d'accorder 10.700 emplois supplémentaires étalés sur six ans, que nous estimons tout à fait insuffisants pour rencontrer les besoins toujours croissants en matière de soins de santé. Si je parle d'emploi maintenant, alors que cela ne figure nulle part explicitement dans le projet de loi, c'est que développer l'emploi dans le secteur des soins de santé est, bien entendu, une décision qui a un impact budgétaire.

La décision du gouvernement d'accorder 10.700 emplois correspond à 4% de l'augmentation de l'emploi existant, alors que sur les quatre dernières années, cette croissance a été de 16%. Par conséquent, elle sera quatre fois moindre pour un laps de temps 50% plus long.

Nos estimons que la norme de croissance de 4,5% par an du budget des soins de santé doit s'appliquer secteur par secteur. Aussi ne comprenons-nous pas que, pour les médicaments, nous donnons 13% d'augmentation en 2005 et que pour l'emploi, nous en restions simplement à la croissance des salaires, qui est prévue à concurrence de 2,15% par an. Nous plaçons aussi pour l'emploi dans ce "sous-secteur", et pour une croissance de 4,5%, ce qui laisserait une marge budgétaire de 2%.

01.51 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, si je comprends bien l'humaniste à la tribune, il considère qu'il faut supprimer un certain nombre de médicaments ou, en tout cas, en interdire la prescription aux malades qui en ont besoin. C'est ainsi que j'interprète votre propos, monsieur Drèze.

01.51 Daniel Bacquelaine (MR): Als ik uw redenering goed begrijp, pleit u voor de afschaffing van bepaalde geneesmiddelen die de patiënten nodig hebben?

01.52 Benoît Drèze (cdH): Alors, vous ne m'avez pas écouté en commission hier lorsque nous déposons nos amendements. Je vais y revenir plus tard.

01.53 Daniel Bacquelaine (MR): Vous dites qu'il faut redescendre de 13% à 4,5% pour les médicaments. Je veux bien, tant mieux, mais qu'est-ce que cela veut dire pratiquement?

01.54 Benoît Drèze (cdH): Cela signifie, non pas de supprimer des médicaments dans le traitement de certaines pathologies, mais de limiter des consommations inadéquates tant en volume qu'en matière de prix. D'où toute la discussion que nous avons eue tout à l'heure, et sur laquelle je reviendrai, en matière d'appel d'offres pour les médicaments sous brevet. Il n'est pas acceptable, pour nous, de faire des efforts plus importants pour les médicaments génériques et les médicaments hors brevet que pour les médicaments sous brevet. Ce serait déstabiliser complètement le secteur des médicaments en Belgique que de procéder de la sorte, à deux vitesses.

J'en reviens à l'emploi. En accordant 13% d'augmentation en 2005 au secteur des médicaments, le gouvernement, je le rappelle et je le confirme, hypothèque ses capacités de créer des emplois nécessaires dans les institutions de soins de santé.

01.54 Benoît Drèze (cdH): Wij pleiten voor de invoering van beperkingen op het niveau van de prijs van de geneesmiddelen en het soms onaangepast gebruik ervan.

Voorts vinden wij het onaanvaardbaar dat grotere inspanningen worden geleverd voor generische geneesmiddelen dan voor geneesmiddelen onder octrooi. Zulks leidt tot een destabilisering van de geneesmiddelensector en tot de invoering in ons land van een

systeem met twee snelheden.

De toekenning aan de geneesmiddelensector van een verhoging met 13% legt een hypotheek op de mogelijkheden waarover de regering beschikt om banen te scheppen.

01.55 Daniel Bacquelaine (MR): Et 26.000 emplois dans l'industrie pharmaceutique, j'en ai pris note. Le cdH considère que l'industrie pharmaceutique doit quitter ce pays.

01.55 Daniel Bacquelaine (MR): Wat doet u met de 26.000 banen in de farmaceutische sector? Blijkbaar is de cdH van oordeel dat die industrie uit ons land mag wegtrekken.

01.56 Benoît Drèze (cdH): Je n'ai jamais dit cela!

01.56 Benoît Drèze (cdH): Dat heb ik nooit gezegd.

01.57 Daniel Bacquelaine (MR): Si, vous l'avez dit plusieurs fois en commission. Il faut assumer ce qu'on dit!

01.57 Daniel Bacquelaine (MR): U heeft dat gezegd in de commissie. Als men iets zegt, moet men daarvoor durven uitkomen!

01.58 Benoît Drèze (cdH): Monsieur Bacquelaine, vous mentez! Nous lirons ensemble le rapport de la commission. Nous sommes en plénière...

01.59 Daniel Bacquelaine (MR): ...du parlement, puisque vous avez dit tout à l'heure que le fait qu'on travaille parfois la nuit vous paraissait complètement surnaturel. Vos propos me paraissent dénués de toute civilité!

01.60 Benoît Drèze (cdH): J'ai dit en commission...

01.61 Daniel Bacquelaine (MR): Je vous laisse juge de votre façon de voir les choses, je ne suis pas particulièrement étonné.

01.62 Benoît Drèze (cdH): J'ai dit en commission qu'il fallait examiner de manière ventilée les 26.000 emplois dont vous parlez et qui sont réels entre recherche, d'une part, et production, d'autre part...

01.62 Benoît Drèze (cdH): Dat klopt niet, men hoeft het commissieverslag er maar op na te lezen. Ik heb enkel gezegd dat men met betrekking tot die 26.000 banen een onderscheid moet maken tussen de research en de productie.

01.63 Daniel Bacquelaine (MR): Je prends acte que le cdH est pour la rupture de l'industrie pharmaceutique en Belgique, à chacun d'assumer ses responsabilités à cet égard.

01.64 Benoît Drèze (cdH): Vous prenez acte de ce que vous voulez, mais ces propos-là, je ne les ai jamais tenus.

01.64 Benoît Drèze (cdH): Wat de magnetische resonantie betreft, delen wij het standpunt van de minister dat een strikte programmatie vandaag niet meer

Je reviens aux amendements que nous maintenons en séance plénière, en commençant par les appareillages lourds.

Premièrement, en matière de résonance magnétique, nous prenons acte et nous partageons votre point de vue, monsieur le ministre, qu'une programmation serrée n'est aujourd'hui plus de mise. Le fait qu'il y ait une cinquantaine d'appareils autorisés et une centaine d'appareils effectivement opérationnels un peu partout dans le pays est à prendre en considération.

En matière de PET-scan, nous maintenons les deux amendements défendus en commission. En effet, comme vous le reconnaissez vous-même, monsieur le ministre, le dépassement de la norme est constaté dans les trois régions du pays mais, face à cela, notre propos est plus nuancé. Contrairement à la résonance magnétique, nous sommes d'accord avec vous qu'une programmation PET-scan peut encore s'avérer utile. Un hôpital ne peut investir dans un PET-scan simplement pour une question d'image de marque, sans que ce choix ne repose sur une patientèle et des prestations médicales en rapport avec l'investissement. Nous avons tous en tête l'un ou l'autre dérapage récent en la matière.

Toutefois, la norme de treize appareils pour le pays est aujourd'hui insuffisante.

(...): (...)

01.65 Benoît Drèze (cdH): J'ai dit "récent". Je ne citerai pas de région. Vous savez très bien à quelle région je pense. Ce n'est pas la mienne, ce n'est pas la nôtre!

Nous savons qu'il y a aujourd'hui quelque vingt-deux appareils en fonction, parfois deux ou trois dans la même institution, et cela tant au nord qu'au sud du pays.

Je renvoie au rapport de nos travaux, page 84, où figurent quelques éléments que j'ai évoqués et qui sont repris dans un avis du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH), avis qui me paraît des plus intéressants. Je rappelle les avis successifs du CNEH du 13 avril 2000, recommandant 19 PET-scans, du 10 juillet 2002, recommandant 20 PET-scans, et la décision politique de limiter les PET-scans au nombre de 13. Le projet d'avis du CNEH du 13 mai 2004 évoque 30.000 examens PET par an, à savoir 1.600 examens par appareil.

Compte tenu des examens réalisés en 2002, au nombre de 16.894, de la nécessité médicale que les listes d'attente ne dépassent pas deux semaines, du fait que l'extrapolation maximale pourrait atteindre 20.000 examens par an - alors que la demande sur base médicale est de l'ordre de 30.000 -, du fait que la répartition géographique du nombre de PET-scans n'est pas jugée optimale et de divers autres éléments que relève l'avis précité du 13 mai 2004, nous jugeons inquiétantes les dispositions de la loi en projet en matière de PET-scan.

Le ministre a indiqué attendre l'avis demandé au Centre fédéral d'expertise pour la fin du deuxième trimestre de cette année pour

aangewezen is.

Wij handhaven de twee amendementen met betrekking tot de PET-scanners. Wij vinden dat een programmatie voor PET-scanners nuttig is, maar zijn evenwel van oordeel dat 13 toestellen voor het hele land niet volstaan.

In dat verband verwijs ik naar het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, waarin voor 19 of 20 PET-scanners wordt gepleit.

Ons amendement nr. 50 vormt een concreet voorbeeld van een zorgregio waar de ziekenhuizen samen op objectieve wijze beslissen zware apparatuur te delen. Dank zij het intranet kunnen tevens overbodige onderzoeken worden voorkomen en eventuele uitwassen worden gecontroleerd.

01.65 Benoît Drèze (cdH): Het tweede amendement strekt ertoe de volgende zin aan artikel 64 (oude nummering), eerste lid, toe te voegen: "het eerste lid is niet van toepassing op de apparatuur en de diensten die werden geïnstalleerd en geëxploiteerd vóór de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 houdende vaststelling van de nadere regelen inzake het maximum aantal diensten nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld». In België werden inderdaad toestellen geïnstalleerd in 1998 of 1999, dus vóór de inwerkingtreding van de federale programmatie. Indien de norm tot boven 13 wordt opgetrokken, moeten zij worden gelegaliseerd.

Een tweede soort amendement op de zorgregio's. Het idee is slechts haalbaar indien de openbare structuren op hetzelfde niveau als hun tegenhangers in de privé-sector worden gebracht door ze zelfstandig te laten bestaan en ze

revoir éventuellement la programmation en matière de PET-scan.

Je maintiens mes deux amendements car le cdH est d'ores et déjà d'avis, sur la base des données en notre possession actuellement, que la norme de 13 est aujourd'hui insuffisante. Les deux amendements que nous proposons donnent une orientation sur la manière d'exécuter une réforme à la hausse du nombre d'appareils.

Je vais vous lire notre amendement n° 50 car il nous semble important. Nous souhaitons ajouter dans le texte les mots suivants: "tenant compte d'une répartition géographique adaptée aux pathologies, le Roi détermine les conditions auxquelles il peut être dérogé aux critères précités pour les institutions membres d'une association d'hôpitaux disposant d'un système informatique intranet garantissant la justification et la transparence des examens prescrits et réalisés. Le Roi règle les modalités de contrôle des examens précités". Je pense que nous avons là un exemple concret de bassin de soins où une série d'hôpitaux se mettant ensemble de manière objective pour partager un appareillage lourd pourrait justifier davantage l'acquisition d'un appareil supplémentaire que par une institution isolée.

Une autre manière de se grouper de manière pertinente est donc d'avoir un intranet qui permet d'éviter les examens inutiles. C'est surtout cela l'objectif qu'il faut rencontrer. Un examen PET-scan est quand même invasif pour le patient et il serait évidemment hors de propos d'en pratiquer inutilement. Un système intranet permettrait pour une large mesure de contrôler les dérives éventuelles.

Le deuxième amendement viserait à ajouter à l'article 64, ancienne numérotation, 1^{er} § la phrase suivante: "que l'alinéa 1^{er} en question ne s'applique pas aux appareillages et services installés ou exploités avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 12 août 2000 fixant les règles relatives au nombre maximum de services de médecine nucléaire où est installé un scanner PET. En effet, l'un ou l'autre appareil a été installé dans notre pays en 1998 ou 1999 - ce que nous appelons "in tempore non suspecto"- avant l'entrée en vigueur de la programmation fédérale. Il nous paraîtrait qu'en cas d'augmentation de la norme au-delà de 13, ces appareils devraient prioritairement être légalisés.

Deuxième type d'amendement au niveau des bassins de soins. Nous l'avons dit depuis le début, ce n'est pas nouveau pour vous, monsieur le ministre, nous sommes pour les bassins de soins, mais avec deux préalables. L'idée des bassins de soins n'est selon nous réaliste et souhaitable que si les structures publiques sont mises à niveau par rapport aux structures privées et sont donc, au préalable, rendues autonomes et responsables quant à leur financement. Par ailleurs et comme deuxième préalable, la dynamique des bassins de soins doit également partir des acteurs eux-mêmes, en toute liberté, dans un climat de confiance. Nous ne contestons pas que, si dans certaines régions, on est en retard par rapport à d'autres en matière d'implémentation des bassins de soins, une impulsion doit venir de l'autorité publique, mais nous n'accepterions pas que cette impulsion publique se traduise en programmation arbitraire, autoritaire et sans négociations.

Nous avons déposé un deuxième amendement en matière de bassins

pour hun financiering
verantwoordelijk te maken.
Bovendien moet de dynamiek ook van de actoren zelf uitgaan, en dit in een klimaat van vertrouwen. Indien nodig kan de overheid een aanzet geven indien men ergens met de uitwerking van de zorgregio's achterblijft, maar dat ingrijpen mag geen willekeurige programmering worden zonder dat nog overleg wordt gepleegd.

Wij hebben een tweede amendement ingediend om een zin in de wet te behouden die ertoe strekt de billijke verdeling van de middelen over de netten te vrijwaren.

Ik kom nu tot de spoedgevallendiensten en de forfaitaire bijdrage (die thans 12 euro bedraagt maar die tot 9,5 euro of zelfs minder zou worden herleid). Een aantal ziekenhuizen heeft beslist deze bijdrage niet te vragen. Ze zijn immers van oordeel dat dergelijke bijdragen meer last bezorgen dan inkomsten opbrengen en dat ze niet het beste instrument zijn om een oplossing te bieden voor de problemen waarmee de spoedgevallendienst kampen.

De heer Mayeur heeft ons amendement in de commissie gesteund. Hij is tevens mede-indiener van een wetsvoorstel, maar hij heeft aanvaard dat het in uw ontwerp zou worden opgenomen, wat we betreuren. De regeling die de regering voorstelt, mag dan al een lofwaardig doel nastreven, maar er zijn betere manieren om het te bereiken.

Er is ook nog een amendement ingediend in verband met kinderen met kanker. Enkele weken geleden hebben de parlementsleden unaniem een resolutie goedgekeurd die ertoe strekt de zorg bij kinderen met kanker die thuis verblijven te ondersteunen. Het is een goede zaak om resoluties goed te

de soins qui vise à maintenir dans la loi santé une phrase existante, veillant à respecter la référence à l'équité dans la répartition des moyens entre les différents réseaux, en tout cas jusqu'à la fin de l'implémentation de votre projet de bassins de soins, faute de quoi il risque d'y avoir une rupture de confiance dans le chef des différents réseaux actifs dans le milieu des soins de santé.

J'en viens maintenant aux services d'urgence et à la contribution forfaitaire qui s'élève actuellement à 12 euros, mais qui serait ramenée dans le projet de loi santé à 9,5 euros, voire à la moitié de cette somme. Nous constatons que dans certaines régions, les hôpitaux ont décidé de ne pas appliquer cette contribution forfaitaire et donc de se priver d'une recette budgétaire. Si ces hôpitaux ont décidé de le faire, c'est notamment parce qu'ils considèrent que demander des petites sommes de ce type aux patients des urgences est une tracasserie finalement plus coûteuse que la recette que cette contribution forfaitaire peut leur rapporter et que ce n'est pas l'instrument le mieux adapté pour résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les services d'urgences.

Même s'il est absent, je me permets de rappeler que M. Mayeur a soutenu notre amendement en commission. Je me permets aussi de rappeler que M. Mayeur est co-auteur d'une proposition de loi à l'ordre du jour de nos travaux. Je regrette que M. Mayeur accepte de voir sa proposition "absorbée" par votre projet de loi. En effet, en la matière, la disposition retenue par le gouvernement, même si elle poursuit un objectif louable et fondé, n'est peut-être pas la manière la plus adéquate de l'atteindre.

Vient alors un amendement en matière d'enfants cancéreux. Je l'ai évoqué en commission pour une simple raison: il y a quelques semaines, dans cette salle, à l'unanimité absolue, les parlementaires ont adopté une résolution visant à soutenir par des équipes de liaison la prise en charge des enfants cancéreux séjournant à domicile. Par ailleurs, une autre proposition de résolution visant à prendre en charge les frais inhérents au traitement de l'enfant atteint d'une pathologie lourde a été déposée en octobre 2003 par MM. Bacquelaine et Ducarme. C'est bien de prendre des résolutions mais il est plus utile d'être opérationnel. C'est la raison pour laquelle nous avons intégré un amendement sur cette matière dans le projet de loi. Vous nous avez répondu en commission que vous aviez progressé par un autre biais. C'est le cas et c'est une bonne chose mais nous pensons que notre amendement peut être accepté lui aussi.

En matière de pouvoirs spéciaux, le cdH confirme son opposition aux pouvoirs spéciaux et ce, pour quatre raisons.

La première, sans doute la plus importante, c'est que nous avons pour tradition, en Belgique, en matière de soins de santé comme en matière d'emploi, de respecter un certain nombre de principes essentiels dont la concertation entre les prestataires, les organismes assureurs et l'autorité, les mécanismes classiques de contrôle budgétaire, les délais, etc. Passer outre ces principes constitutifs susciterait immanquablement des raidissements contre-productifs des acteurs des soins de santé. Nous pensons qu'il vaut mieux prendre le temps de se concerter, même si cela dure un peu plus longtemps et que c'est un peu plus difficile, et de les associer aux décisions, plutôt que de vouloir aller plus vite, de précipiter les choses mais d'avoir les

keuren, maar het is nuttiger dat we de maatregelen in de praktijk kunnen brengen. Daarom hebben we ter zake een amendement in het voorliggende ontwerp laten opnemen. U heeft de zaak op een andere manier benaderd maar ons amendement kan ook worden aanvaard.

Wij zijn tegen de bijzondere machten om de volgende redenen. Door voorbij te gaan aan de Belgische overlegtraditie, lopen we het risico de betrokkenen tegen ons op te zetten en de toepassing van de wet in gevaar te brengen. Volgens de procedures en termijnen van de huidige regelgeving kunnen de uit de begrotingscontrole voortgekomen maatregelen vrij snel worden toegepast. De budgettaire ontsparing is het resultaat van een gebrek aan structurele maatregelen, maar die moeten worden genomen met inachtneming van de overlegprocedures en van de rol van het Parlement. De geneesmiddelen ten slotte die gedurende de tien voorbije jaren goed waren voor een stijging met 7,5 % per jaar, terwijl het algemeen budget voor de gezondheidszorg met 5,8 % steeg, vertegenwoordigen momenteel 72 % van de begrotingsoverschrijding, terwijl ze maar 19 % van de uitgaven voor gezondheidszorg uitmaken. De honoraria van de artsen (goed voor 50 miljoen), de maximumfactuur (50 miljoen), de rust- en verzorgingstehuizen (50 miljoen) en de geneesmiddelen zijn de vier sectoren waar de grootste inspanningen nodig zijn.

Hoewel de sector van de geneesmiddelen het gros van de overschrijding voor zijn rekening neemt, werd het ontwerp voor die sector juist versoepeld: de geneesmiddelen met octrooi werden uit het systeem van de offerteaanvraag gehaald.

acteurs contre soi lors de l'exécution dont ils ont la charge.

La deuxième, c'est que les éventuelles mesures dictées par un contrôle budgétaire en cours d'exercice peuvent être réalisées suffisamment rapidement en respectant les procédures et les délais visés par la réglementation actuelle; M. Vandenbroucke l'a fait en 2002. De plus, nous savons, en particulier dans le domaine qui nous occupe aujourd'hui, que le gouvernement prend parfois plus de temps à réaliser des arbitrages en son sein que le parlement pour examiner ce qui lui est soumis par le gouvernement.

La troisième, c'est le dérapage budgétaire 2004 que nous avons constaté et qui est, permettez-moi de le dire simplement, le résultat d'une politique manquant de mesures structurelles suffisantes de maîtrise budgétaire ces dernières années. De telles mesures structurelles doivent certainement être prises aujourd'hui. Elles doivent toutefois être réfléchies et respecter les règles essentielles de concertation en vigueur. Le parlement et les acteurs des soins de santé ne peuvent être tenus à l'écart d'un tel exercice, même temporairement.

La quatrième raison se rapporte aux médicaments. Comme l'a dit le cdH dans un communiqué adressé à la presse, il est d'accord sur l'objectif mais il constate que les réformes structurelles, autorisez-moi le jeu de mots, passent "au bleu" et que les soins de santé restent dans le rouge.

Le cdH soutient l'objectif de maîtrise budgétaire qui sous-tend le projet de loi. Les chiffres définitifs sont maintenant connus pour l'année 2004. 513 millions d'euros, c'est le montant du déficit des soins de santé. Certes, ce montant est inférieur au premier chiffre d'abord estimé à 634 millions d'euros; c'est une bonne nouvelle mais il n'en reste pas moins vrai que 513 millions d'euros est un chiffre colossal.

Une analyse par secteur montre que c'est, encore une fois, le secteur du médicament qui mange la plus grosse part du dépassement avec 372 millions d'euros. Quand je dis "encore une fois", je fais référence à une étude de février 2005 des mutualités chrétiennes qui se penchent sur l'évolution du budget des soins de santé au cours des dix dernières années et constatent, en moyenne, une augmentation de 5,8% par an du budget des soins de santé et, dans le même temps, au niveau des médicaments, une évolution de 7,5% par an.

On constate donc près de 2% d'augmentation supplémentaire, durant ces dix dernières années, dans le domaine des médicaments par rapport au budget général des soins de santé.

Aujourd'hui, le médicament représente 72% du dépassement budgétaire de 372 millions d'euros pour 2004. Ce pourcentage est en hausse comparé aux années antérieures alors que le secteur du médicament représente seulement 19% des dépenses de soins de santé.

Des dépassements sont également constatés dans d'autres sous-secteurs: les honoraires médicaux à hauteur de 50 millions environ, le maximum à facturer à hauteur de 50 millions environ, les maisons de repos et de soins à hauteur de 50 millions environ. Dans les autres

Daarom dienen wij vandaag opnieuw twee verbonden amendementen in.

Het eerste beoogt de herinvoering van geneesmiddelen met octrooi in het systeem van de offerteaanvraag, maar op een meer genuanceerde manier waardoor de kwaliteit van de zorgverlening gevrijwaard blijft.

Het tweede beoogt een grotere inspanning op het stuk van de terugbetaling voor generische geneesmiddelen, die van 26 naar 30 % zou moeten worden opgetrokken. Wanneer ons eerste amendement wordt goedgekeurd, kunnen we proberen tot 40 % te gaan. Als het wordt verworpen, trekken we het tweede amendement in, omdat we de wanverhouding tussen de verschillende subsectoren van geneesmiddelen niet nog meer willen doen toenemen.

Mijnheer de minister, indien blijkt dat u onder druk van de industrie en de liberalen uw positie afzwakt, zal u bijzondere machten nodig hebben. Hoewel wij ertegen zijn, zullen wij naar u luisteren wanneer u toelichting zal geven en zullen wij nagaan of wij u kunnen steunen.

sous-secteurs, on enregistre tantôt un boni, tantôt un mali qui s'équilibrent globalement.

Nous connaissons donc tous aujourd'hui les quatre secteurs où des efforts doivent être consentis.

Si le secteur du médicament représente la plus grosse partie du dépassement budgétaire, c'est précisément dans ce secteur que le projet de loi santé a été assoupli à la demande des libéraux qui, je le rappelle, demandent pourtant aujourd'hui un monitoring du budget.

Les médicaments sous brevet ont été retirés du système d'appel d'offres, ce qui réduit sensiblement l'objectif budgétaire escompté. Ce retrait est censé avoir été compensé par l'imposition d'une nouvelle taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Or cette nouvelle taxe ne devrait rapporter que 23 millions d'euros, une somme à mettre en perspective avec le dépassement budgétaire d'un total de 371 millions d'euros.

Le cdH regrette ce revirement car il ne constitue pas une politique structurelle de maîtrise des dépenses. Comme alternative, nous redéposons aujourd'hui deux amendements qui sont liés.

Le premier a été déposé en commission hier. Il vise à réintroduire les médicaments sous brevet dans le système d'appel d'offres mais d'une manière plus nuancée que dans le projet initial du gouvernement. Nous sommes sincèrement convaincus que cet amendement permet de répondre aux appréhensions de certains tout en respectant l'objectif budgétaire. Par ailleurs, il permet de préserver la qualité des soins.

Le deuxième amendement a été déposé avant Pâques. Il vise à faire un effort supplémentaire au niveau des médicaments génériques. En effet, le taux de remboursement devrait passer de – 26 à – 30%. Si notre premier amendement relatif à l'appel d'offres est voté, un effort supplémentaire au niveau des génériques peut être fait en faisant passer le taux de remboursement non pas de – 26 à – 30% mais à – 40%.

Cela étant dit, si notre premier amendement est rejeté tout à l'heure, nous retirerons le deuxième car nous ne voulons pas aggraver le déséquilibre désormais installé entre les différents sous-secteurs du médicament à savoir, le sous-brevet, le hors-brevet et le générique.

Monsieur le ministre, si, sous la pression de l'industrie et des libéraux, vous confirmez votre recul en la matière, vous aurez besoin – nous en sommes malheureusement convaincus – des pouvoirs spéciaux. Lorsque vous vous présenterez devant le Conseil des ministres avec des propositions en la matière, vous serez à nouveau confronté à votre partenaire libéral. Nous vous souhaitons bon courage!

Enfin, même si nous sommes opposés aux pouvoirs spéciaux, nous vous écouterons lorsque vous viendrez vous expliquer, comme vous vous y êtes engagé, devant notre assemblée. Nous verrons alors si nous pouvons non pas par un vote mais par d'autres voies politiques, vous soutenir en la matière.

De **voorzitter**: Merci, monsieur Drèze. Les derniers seront les premiers. Mevrouw Avontroodt, u bent de

laatste spreker. Daarna volgt de minister en zullen we de artikelen en amendementen behandelen.

Monsieur Drèze, je vous remercie beaucoup d'avoir traité les amendements dans votre exposé; cela facilitera le travail du président tout à l'heure.

01.66 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, in de eerste plaats wil ik zeggen dat er wel degelijk eensgezindheid is in de commissie: de patiënt kan niet de dupe worden van deze wet. Mijnheer Goutry, alvorens u reageert had ik graag eerst mijn uitleg vervolledigd.

Ik richt me zeker ook tot collega Drèze die eigenlijk die dreiging heeft geuit. Ik ben er echter van overtuigd dat dat niet het geval zal zijn.

Ik wil starten met een citaat van Willem Elsschot en dat toepassen op de minister. Mevrouw Detiège kent het citaat ongetwijfeld, want bij het binnenkomen van Antwerpen langs de linkeroever kunt u op de Chicagobuilding lezen: "Tussen droom en daad staan vaak wetten en regels en veel praktische bezwaren".

De droom van elke minister van Volksgezondheid in Europa is de verzoening van de kwaliteit met de beheersbaarheid en betaalbaarheid van de zorgen. Dat is ook uw droom, mijnheer de minister, en tot op vandaag realiseert u de 9% van het BBP, die ook het gemiddelde van de westerse Europese landen is.

Dan komen we bij de daad. Waarom is het tot op heden nog niet gelukt de uitgaven te beheersen? Noch de voorganger van de minister, noch zijn voorgangers zijn erin geslaagd een beleid te voeren dat zich richt naar gezondheidsdoelstellingen in plaats van naar budgettaire doelstellingen.

Vandaag dragen we nog steeds de gevolgen van het gebrek aan coherentie. Er zijn reeds verschillende ministers van Sociale Zaken geweest, ook met de CD&V in de regering. Maar er werd enkel een programmatiebeleid gevoerd, een aanbod gericht op het beleid. Misschien was dat volgens de geest van de tijd, maar het aanbod werd wel gecreëerd. Het feit dat er nu zorgregio's moeten gemaakt worden en dat er nu moet worden gestreefd naar doelmatigheid en rationeel beleid heeft zijn wortels in de voorbije jaren.

De heer Verhaegen is er nu niet. Ik spreek niet over schuld, mijnheer Goutry, ik wil enkel zeggen dat ook u vaak warm en koud tegelijk blaast. Enerzijds zegt u dat er absoluut iets aan gedaan moet worden. Ik hoor u systematisch en consequent zeggen dat er dringend iets moet gebeuren. Anderzijds hoor ik u – vaak terecht – de onderfinanciering aanklagen en pleiten voor bijvoorbeeld meer middelen voor de geestelijke gezondheidszorg of voor de thuiszorg.

Ik hoor u ook pleiten voor meer middelen voor de thuiszorg en met betrekking tot de onderfinanciering. U hebt op de barricades gestaan inzake de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen, met argumenten, met uw kennis terzake. Welnu, deze wet houdt precies een aantal structurele maatregelen in die ik in mijn weliswaar kortere carrière dan de uwe in dit huis, nog niet gezien heb.

De **voorzitter**: Mevrouw Avontroodt, dat is een uitnodiging ten aanzien van de heer Goutry om tussenbeide te komen. Mijnheer Goutry, zeer kort dan.

01.66 Yolande Avontroodt (VLD): En commission, nous avons convenu qu'en tout état de cause, le patient ne pouvait en aucun cas faire les frais de cette loi. Je ne suis donc pas d'accord avec les réflexions de M. Drèze en la matière.

Tous les ministres de la Santé publique rêvent de concilier la qualité des soins et leur accessibilité financière. Nous pouvons dire pour ce dernier point que nous nous situons encore dans la moyenne européenne. Toutefois, aucun ministre n'est parvenu jusqu'ici à maîtriser les dépenses. Les mesures contraignantes auxquelles nous devons recourir aujourd'hui sont une conséquence de la politique, axée sur l'offre, qui a été menée dans le passé. *(Interruptions de M. Goutry)*

Le CD&V dit une chose et son contraire en prétextant d'une part qu'il est temps d'intervenir et en réclamant sans cesse, d'autre part, des moyens supplémentaires pour satisfaire à toutes sortes de besoins. Cependant, c'est la première fois depuis le début de ma carrière parlementaire que le gouvernement s'attaque réellement au dérapage budgétaire.

01.67 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw Avontroodt, u weet dat ik het apprecieer dat u altijd probeert intellectueel eerlijke discussies te voeren.

Eerst en vooral is het zo dat wij vroeger, gedurende acht jaar, met een groeinorm van 1,5% in plaats van 4% hebben gewerkt, terwijl de gemiddelde jaarlijkse uitgaven over een periode van 10 jaar gemiddeld rond 4% of 4,5% lagen, reële groei. Wij zitten nu op 9%. Dat is toch een heel verschil in uitgaven.

Ten tweede, 25% van het budget wordt niet efficiënt besteed. Daarover gaat het. Het gaat niet altijd over meer geld. Wij vragen niet altijd meer geld. Wij vragen de aanwending, op de meest efficiënte wijze, van de middelen. Als blijkt, mevrouw, dat er te veel geld gaat naar technische prestaties wegens overbodige onderzoeken en dubbele onderzoeken, soms wegens morsen met geld en machines, enzovoort, dan moet dat geld inderdaad naar de geestelijke gezondheidszorg vloeien waar er een tekort is. Het is niet altijd een verhaal van meer. Het is een verhaal van efficiëntie. Minister Vandenbroucke had een aanzet gegeven met de responsabilisering; Nagaan, stuk voor stuk, wat wordt uitgegeven, voor wie, tegen welke kostprijs en deze elementen met elkaar vergelijken. Dan zitten wij goed en voeren wij een goed beleid.

Waarom doet men dat niet in plaats van volmachten te geven? Volmachten geven, is kappen. Dat betekent de top eraf snijden; dat betekent dat het teveel dat ergens ontstaat eraf wordt gesneden. Hiermee lost men structureel gezien echter niets op. Men lost slechts structureel iets op als men de oorzaken kent van de overschrijding en als men die met wortel en alles uitroeit. Dan doet men iets.

01.68 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik heb geen probleem met wat de heer Goutry zegt. Het streven naar efficiëntie en naar een rationeel beleid is evident. Daar heeft niemand in dit halfroond, meen ik, enig bezwaar tegen, integendeel. U bent ook niet de eerste die dat zegt, mijnheer Goutry. Ik denk dat het al op alle banken gezegd is. Dat is absoluut niet nieuw.

Wat u daarnet evenwel zei, te weten dat destijds, in uw tijd, het budget met 1,5% steeg, dat zal wel juist zijn. Dat zal dan wellicht gelijk gespoord hebben met de andere landen. Hoeveel denkt u dat het budget nu stijgt in de ons omringende landen? Hoeveel denkt u? Nog altijd 1,5%? Ik denk het niet. Dus, intellectuele eerlijkheid moet aan beide zijden spelen. Het is zo dat het budget nu meer stijgt. U kent de oorzaken want u hebt ze zelf al zoveel keren opgeworpen, precies omdat het de realiteit is. Dat er een wetenschappelijke analyse moet gebeuren van de kostenopdrijvende factoren, is volledig juist. Om dat te kunnen doen moet men precies over de juiste, erkende, geaggregeerde gegevens beschikken.

Ik kom opnieuw tot mijn betoog, mijnheer de minister. Zoals ik in de commissie gezegd heb, zijn er naar mijn aanvoelen maar twee serieuze hiaten in die wet. Het eerste is dat er inzake gegevensbeheer een nog grotere doeltreffendheid en nog transparantie zou moeten zijn. Dat is een debat dat wij in de vorige legislatuur gevoerd hebben toen er een embryo is ontstaan van een manier om die gegevens transparant te maken.

01.67 Luc Goutry (CD&V): La norme de croissance était de 1,5 pour cent autrefois et la croissance réelle s'élevait à 4 pour cent environ ; il s'agit de 9 pour cent à présent. De plus, 25 pour cent du budget ne sont pas efficacement affectés. Nous ne voulons pas de moyens supplémentaires à tout prix, nous demandons seulement une utilisation optimale des moyens existants. L'ancien ministre des Affaires sociales, M. Vandenbroucke, a donné une impulsion dans ce sens par le biais de la responsabilisation. C'est la voie dans laquelle il convenait de persister. Des pouvoirs spéciaux temporaires et des mesures linéaires ne peuvent venir à bout de problèmes structurels.

01.68 Yolande Avontroodt (VLD): Il est évident que nous devons rechercher l'efficacité. En ce qui concerne la norme de croissance, nous devons être conscients du fait qu'aujourd'hui les dépenses augmentent également plus rapidement dans les autres pays d'Europe occidentale.

La loi sur la santé présente deux lacunes. Premièrement, les données doivent être rendues plus transparentes. Certaines forces s'y opposent encore toujours. Deuxièmement, il convient de se préoccuper du dossier médical électronique et de la télémédecine. L'élaboration de cette loi a déjà été suffisamment difficile en soi. On ne peut pas tout faire en même temps.

Certains ont tenté de polariser le débat sur les médicaments. Nous

Bepaalde krachten in dit land leveren nog altijd met mondjesmaat of heel moeizaam transparante gegevens aan de minister die het beleid daarmee moet kunnen voeren.

Het tweede hiaat, en ook dat is niet nieuw, is heel het luik rond e-health en het elektronisch medische dossier maar ook Telecare. Ook dit luik ontbreekt maar ik begrijp dat het al een hele klus is geweest om dit geheel af te ronden. Willen we verder kunnen gelijksporen of onze excellentie, die we in huis hebben, bewaren dan zal er op dat vlak eerst geïnvesteerd moeten worden alvorens het rendeert.

Over de geneesmiddelensector is al heel veel gezegd. Men heeft al getracht te polariseren en te dualiseren. Onze fractie is niet beschroomd om te zeggen dat wij wat in de wet staat voluit ondersteunen. Wij geloven immers dat dit in de eerste plaats voor de patiënt een win-winsituatie zal zijn. De patiënt loopt nu geen enkel risico om geen toegang te krijgen tot innovatieve geneesmiddelen, om zijn toevlucht te moeten nemen tot het buitenland om daar nieuwe en innovatieve geneesmiddelen ter beschikking te krijgen en last but not least zijn wij wel... Collega Drèze kan nu niet luisteren maar ik heb gewacht tot ik hier stond om mijn collega Bacquelaine in deze te ondersteunen. Collega Drèze heeft in de commissie heel duidelijk gezegd dat de tewerkstelling allemaal niet zo veel voorstelt. Ik moet eerlijk zeggen dat ik dit een vrij choquerende uitspraak vond voor iemand die toch uit een regio komt waar er een enorme research en ontwikkeling plaatsvindt. Ik heb gisteren gehoord op de radio dat er alweer nieuwe plaatsen worden gecreëerd in de omgeving van Charleroi omdat Johnson & Johnson daar opnieuw investeert. Er komen 135 jobs in de research bij. Ik denk dat dit een positief resultaat zal zijn van deze wet.

Ik ga het daarbij laten voor het luik geneesmiddelen. Alle facetten zijn opgenomen. Aanbestedingen voor geneesmiddelen buiten patent kan voor ons omdat onze partij heel duidelijk zegt dat patent en research moet worden beschermd. Dit vormt de basis voor nieuwe ontwikkelingen en innovatie. Het is een intellectueel eigendomsrecht. Dit is een van onze grootste rijkdommen in ons land waarmee we ons kunnen positioneren in een wereldmarkt waar globalisering geen loos woord meer is. Dit alles wordt gekoppeld aan maar één enkel principe: alles op basis van de therapeutische meerwaarde. Daarom ben ik heel blij dat er in het amendement, dat we met de leden van de meerderheid hebben ondersteund, verwezen wordt naar gelijke indicaties maar ook gelijke werkingsmechanismen.

Het is essentieel dat patiënten die voor een bepaalde aandoening worden behandeld, recht hebben op de beste therapie en niet worden behandeld met twee snelheden.

Mijnheer de minister, over de manier waarop dat moet worden geïmplementeerd, is er zeker consensus om de echte me-too's effectief te weren en te bannen. Zij vormen immers wellicht een van de grootste kosteninducerende factoren.

De CTG wordt geprofessionaliseerd. U hebt hier alleszins de basis daarvoor gelegd. Dat is ook nodig en noodzakelijk. De investering in de onafhankelijkheid en de professionalisering van de CTG, die meer op basis van gezondheids-, economische en farmaco-economische

ne craignons pas de dire que nous soutenons pleinement les dispositions légales à cet égard. Le patient y trouve son intérêt car il reçoit l'assurance qu'il pourra continuer à avoir accès à des médicaments novateurs et qu'il ne devra pas se rendre à l'étranger pour bénéficier des traitements les plus récents.

J'ai trouvé choquants les propos de M. Drèze selon lesquels l'emploi dans le secteur pharmaceutique représenterait peu de choses, choquants de la part de quelqu'un qui vient d'une région qui, à ce niveau, a connu ces dernières années un essor énorme et où aujourd'hui encore de nouveaux emplois se créent dans ce secteur.

La limitation de la méthode de l'adjudication aux médicaments non brevetés est une bonne chose. La propriété intellectuelle doit être protégée car elle constitue le fondement même de l'innovation. Un seul critère sera encore appliqué: celui de la valeur thérapeutique ajoutée. Il est important d'avoir inscrit dans la loi que les indications, mais aussi les mécanismes de fonctionnement doivent être les mêmes. Le patient a en effet droit à la meilleure thérapie.

En ce qui concerne la méthode de mise en oeuvre, un consensus existe à propos des 'me-too's'. L'évaluation sera désormais réalisée par la Commission de remboursement des médicaments, un organe professionnel et indépendant.

Aucun parlementaire ne saurait évidemment se réjouir d'une délégation de pouvoirs au gouvernement. Je constate toutefois qu'une prise de conscience se fait jour. Chacun se rend compte que l'augmentation des coûts en matière de soins de santé est intenable et la maîtrise des coûts de formation des

methodes moet zijn gestoeld en die de grootste transparantie moet vertonen, zal alleen maar zowel de innovatie als de kostenbeheersing ten goede komen.

Dan wil ik het nu over de volmachten hebben.

Welk parlamentslid is er nu gelukkig met volmachten? Niemand. Mijnheer de minister, er zijn collega's die met hun glazen bol een doemscenario voorstellen en stellen dat er niets van kan komen, dat het onmogelijk is, omdat de volmachten een lege doos zijn. Ik heb hier ook nog andere argumenten gehoord. Welnu, ik ben geen waarzegger en ik heb geen glazen bol. Niettemin weet ik, door wat ik hoor en lees in de medische en in de publieke, algemene pers, dat er een omslag in het denken is. Men wordt er zich van bewust dat de proportionele stijging op deze manier onhoudbaar is. Aan de basis, in het onderwijs en in de opleiding van alle zorgverstrekkers, zal automatisch meer aandacht uitgaan naar de problematiek.

Er zijn inderdaad syndicaten tegen de voorstellen – ik zie mevrouw Detiège al glimlachen –, maar dat is de rol van syndicaten. De werknemerssyndicaten komen op voor beter loon en betere loonsvoorwaarden. De artsensyndicaten komen op voor het behoud van hun honoraria. De ziekenhuisorganisaties zijn geen syndicaten. Zij komen op voor de leefbaarheid van hun sector. Is dat abnormaal? Het is evident. Dat is ook hun rol. Precies daarom echter moeten alle actoren met de minister samenwerken. Misschien en wellicht is de stok achter de deur nodig geweest. Wij hebben er dan ook alle vertrouwen in dat het zal lukken. Wij hebben geen consensusconferentie gekregen, hoewel ik daarvoor al dikwijls heb gepleit. Wij hebben ze, na de Gezondheidsdialogen, niet gekregen. Ik betreur dat en blijf dat betreuren. Wie weet, was alles dan niet nodig geweest. Ook wat dat betreft, heb ik echter geen glazen bol.

Ik keer nu nog eventjes terug naar de maximumfactuur. Het gegeven dat die uitgaven stijgen is iets dat door onze collega Jef Valkeniers vorige legislatuur in elke commissie werd gezongen en geroepen: let op met de maximumfactuur, want dat zal stijgen, dat zal geen 4 miljard zijn, dat zal veel meer zijn. Eigenlijk heeft hij gelijk gehad, dat zien we hier. Mijns inziens, mijnheer de minister, zou u inzake de maximumfactuur toch een aantal correcties moeten invoeren. Die correcties zijn niet bedoeld om de maximumfactuur af te schaffen. De veiligheid en betaalbaarheid voor de zwaksten en meest kwetsbaren in de maatschappij moet alleszins worden behouden. Mijns inziens zijn er twee sporen waarop we de maximumfactuur kunnen verbeteren.

Het eerste spoor – te onderzoeken, want ik heb de waarheid niet in pacht – is zeker om er een medische maximumfactuur van te maken. Waarom zeg ik dat? Omdat er voor een aantal chronische aandoeningen ook forfaits bestaan. Die forfaitaire betaling van een aantal chronische aandoeningen tikt eigenlijk dubbel aan in de maximumfactuur. In de feiten denk ik, mijnheer de minister, dat u dit prioritair moet laten onderzoeken en de dubbele financiering van zowel forfaits als maximumfactuur moet laten analyseren. Er is een tweede spoor. Wij hebben daarvoor een wetsvoorstel klaar dat wellicht op de agenda kan komen, maar onze voorzitter is er nu niet. Dit is de dubbele betaling van de maximumfactuur en de aanvullende verzekering. Ik zeg niet dat dit de grootste kostendrijvende factor is,

prestataires de soins retient davantage l'attention. Il est évidemment normal que les syndicats des médecins et les hôpitaux défendent leurs intérêts. Peut-être les pouvoirs spéciaux étaient-ils nécessaires comme moyen de pression. Je déplore toutefois l'absence d'une conférence de consensus.

A propos du maximum à facturer, M. Valkeniers avait déjà lancé une mise en garde sous le gouvernement précédent contre l'augmentation des dépenses et ses craintes se sont vérifiées. Il faudrait donc apporter des correctifs. Je ne préconise pas la suppression, car il faut protéger les plus vulnérables. On pourrait toutefois envisager la faisabilité d'un maximum à facturer médical. L'existence de forfaits pour certaines maladies chroniques implique un double financement. Des mesures peuvent également être envisagées en ce qui concerne le double paiement de l'assurance complémentaire et le maximum à facturer. Dans ce domaine, le taux d'augmentation a été énorme en 2004. Nous avons déjà rédigé une proposition de loi.

Diverses instances sont compétentes pour adapter la nomenclature: le Centre d'expertise, le Conseil technique, le Conseil national, le Collège des médecins. Le Comité me paraît constituer un bon complément et je le considère comme une forme de *monitoring* permanent. Si toutefois un nouveau comité est créé, d'autres devront être supprimés.

Les recommandations ne peuvent nuire à la sécurité juridique ni donner lieu à des procédures et à une gestion frileuse.

Le projet de loi ébauche une responsabilisation. Le patient est au courant des dépenses et il a le droit d'être informé par les mutualités. Sans aller jusqu'à dire

maar in percentage is het zeker een enorme stijging geweest vorig jaar, in 2004. Wellicht zal die trend niet ombuigen indien we ook daar geen maatregelen nemen.

Nu de nomenclatuur. Collega Maggie De Block is daarin tussengekomen, en terecht. Er zijn inderdaad verschillende instanties die bevoegd zijn om de nomenclatuur te evalueren, te wijzigen, aan te passen en te actualiseren. Er is het kenniscentrum, er is de technische raad, er is voor een stuk de Nationale Raad, er zijn de colleges voor geneesheren: al die instanties hebben in hun missie staan dat ze de nomenclatuur moeten bijsturen, dat ze de nomenclatuur moeten opstellen of dat ze rond de nomenclatuur hun zeg hebben. Dit comité is uiteindelijk een vorm van monitoring. Ik zie dat als permanente monitoring. De technisch-geneeskundige raad heeft inderdaad op zijn domein de nodige expertise. Ik heb er geen probleem mee dat daar echt werk van wordt gemaakt. U heeft uw bezoek gehad aan Frankrijk. Er zijn nog voorbeelden terzake. Ik denk inderdaad dat dit een goede aanvulling is en ik ben ook niet beschroomd om dat zo te stellen.

Wel is het zo dat indien we een comité bijmaken er tegelijkertijd een of twee zouden moeten worden afgeschaft. Dat is zo. Mijnheer de minister, de artsen, de zorgverstrekkers moeten rationeel zijn in hun gedrag. De minister en de overheid moeten dat evenzo. Een goede manager moet ook deze punten kwaliteitsvol invullen.

Wat de aanbevelingen betreft, verwijs ik opnieuw naar Willem Elsschot. Praktische bezwaren en regels en wetten. Deze wet bevat nog aanbevelingen. Strikt juridisch – ik ben geen jurist – heeft een aanbeveling een hele brede marge. Hieromtrent moet duidelijkheid worden gecreëerd zodat men rechtszekerheid geeft en de aanbevelingen geen aanleiding geven tot procedures, evenmin tot remmen en besturen met de remmen op. In dat geval zou het een lege doos zijn. Het gebruik van medische regels of richtlijnen is een begrip dat, mijns inziens, juridisch beter verankerd is.

Responsabilisering van de patiënt. Het was alweer de heer Verhaegen die hiernaar verwezen heeft met vrij sterke voorbeelden die ik niet op die manier zou durven stellen. Misschien hebben we er niet zoveel bij stilgestaan maar de aanzet tot responsabilisering van de patiënt zit wel degelijk in het voorliggend wetsontwerp. De patiënt wordt onder meer geïnformeerd over de uitgaven en heeft recht op informatie van de ziekenfondsen inzake de prijs en de kwaliteit van hetgeen werd voorgeschreven. La carte vitale in Frankrijk is daarvan een voorbeeld. Ik zeg niet dat we zo ver moeten gaan dat elke patiënt in zijn handtas of portefeuille een kaart moet zitten hebben waarop vermeld staat hoeveel hij/zij dit jaar reeds gekost heeft aan de ziekteverzekering. Dat zeg ik niet. Informatie is evenwel een ander verhaal. Een goed geïnformeerde patiënt kost minder en wordt beter verzorgd. Dat is een andere stelling die ik reeds vaak verdedigd heb.

Wat het moratorium betreft, sluit ik me aan bij het betoog van de heer Bacquellaine. De uitzonderingen die in de wet zijn opgenomen, kunnen het moratorium serieus uithollen. Feit is dat het conflict binnen de ziekenhuizen geregeld moet worden en moet stoppen alvorens er opnieuw vertrouwen heerst en men samen kan voortwerken: beheerders en verstrekkers, op een positieve manier en zonder angst te moeten hebben geresponsabiliseerd te worden voor hetgeen ze

que chacun doit disposer d'une carte mentionnant combien il coûte à l'assurance maladie, j'estime qu'un patient averti coûte moins cher et est mieux soigné.

Concernant le moratoire, je rejoins M. Bacquellaine. Les exceptions prévues dans la loi peuvent vider le moratoire de son sens. Le conflit au sein des hôpitaux doit en tout cas prendre fin. Par ailleurs, il convient d'associer la transparence du financement des hôpitaux à une plus grande sécurité juridique. La loi ouvre aussi des perspectives à cet égard.

En ce qui concerne l'article 11, je suis partisane d'une utilisation rationnelle des équipements médicaux lourds mais une interdiction de l'offre en matière de soins ne peut pas être une entrave au développement de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques. Si tel devait quand même être le cas, nous risquerions de créer une médecine à deux vitesses. Les plus nantis iront alors se faire soigner à l'étranger. Des patients étrangers pourront à leur tour bénéficier de nos nouvelles techniques.

Les hôpitaux de jour sont pleins à craquer, à tel point qu'ils établissent des listes d'attente. Nous devons envisager sérieusement la possibilité d'hospitalisations de jour extra-muros, qui pourront augmenter le confort du patient. Une reconnaissance limitée de salles d'opérations et de personnel peut avoir un impact positif sur les prestations en dehors des hôpitaux.

Le citoyen peut déjà se plaindre auprès de toutes sortes de guichets mais s'il ne peut démarrer un traitement en raison de la loi, il doit pouvoir le signaler au ministre sans que le dispensateur de soins soit immédiatement sanctionné. Il ne

niet hebben gedaan. Dit punt heeft ook te maken met de transparantie van de ziekenhuisfinanciering dat eveneens een heel debat vraagt zowel inzake geneesmiddelen, kortingen en het medisch materiaal. De transparantie van de ziekenhuisfinanciering gekoppeld aan een grotere rechtszekerheid is alleen maar een noodzaak. Deze wet laat het toe hierin stappen vooruit te zetten.

Als voorlaatste punt wil ik een zorg in verband met artikel 11 uitdrukken, mijnheer de minister. Uiteraard zijn wij voor het rationeel gebruik van zware apparatuur, binnen de zorgregels. Ik zou echter niet graag zien dat door het verbod op het aanbieden van bepaalde zorgen, de ontwikkeling van nieuwe zorgen, geneesmiddelen en technieken wordt geremd. In het hele land hebben we "centres of excellence", maar we mogen onze chirurgen het werk niet beletten.

De opname van de eerste minister zorgde reeds voor een hele polemiek rond dit thema. Indien er door artikel 11 van deze wet een effectief verbod zou komen om nieuwe technieken die nog niet erkend zijn toch al toe te passen, komen we al spoedig terecht in een geneeskunde met twee snelheden. Diegenen die het kunnen betalen zullen zich dan laten verzorgen in het buitenland en buitenlandse patiënten, voor wie die nieuwe wet niet geldt, kunnen dan wel die nieuwe technieken ondergaan. Dat kan niet de bedoeling zijn en het zal wellicht niet uw bedoeling geweest zijn. Artikel 11 werd geschreven voor de illegale zware apparatuur, maar mag er niet voor zorgen dat nieuwe technieken – waarin we goed zijn – worden verboden.

Ik verwijs opnieuw naar de rationaliteit van extra-murale behandelingen. Ook dat moet worden herzien. De dagziekenhuizen liggen overvol. Het is precies in de daghospitalisatie dat er wachtlijsten zijn. We moeten het herbekijken omdat zo het comfort van de patiënt wordt verhoogd. Daarnaast kan een beperkte erkenning van operatiezalen en personeel de prestaties buiten de ziekenhuizen positief beïnvloeden. Dat heeft gevolgen voor het ziekenhuis en positieve gevolgen voor het budget van het RIZIV. Het mogelijk maken van extra-murale daghospitalisatie is een piste die wij in België moeten behandelen.

Er werden reeds vele meldpunten gecreëerd, maar ik wil iedereen oproepen om zonder schroom aan de minister te melden mocht een bepaalde ingreep of behandeling wegens de wet niet kunnen worden gestart.

Dat moet voor mij geen formeel meldpunt zijn, maar de drempel moet weg. Men moet het durven melden, men moet durven zeggen dat men volgens de wet een bepaalde patiënt voor een bepaalde aandoening niet mag behandelen omdat het niet is erkend of geprogrammeerd, terwijl men die mensen wel kan helpen. Een soort meldpunt waardoor u tenminste ingelicht wordt zonder penaliserende van de verstrekker en zonder penaliserende van het ziekenhuis, is mijn inziens in deze minstens nodig.

Ik ga besluiten met een laatste citaat. Ik heb het geplukt uit een groep beroepsmensen in wie het vertrouwen heel laag geworden is, met name de journalisten. Het is niet bij ons gebeurd, maar in Engeland. Een van de tabloids van die journalisten schreef het volgende: "Everybody hates us and we don't care." Wel, dit is iets wat ik niet zou

faut pas pour autant mettre en place un guichet formel mais il convient en tout cas de débloquer le frein.

Je ne souhaite pas que le secteur de la santé devienne indifférent, se démotive ou n'assure plus les soins. Les sondages d'opinion indiquent que les citoyens font encore confiance à ce secteur grâce à la liberté qu'ont les patients de choisir leur médecin et à la possibilité des médecins de fixer eux-même les traitements. J'espère que la loi sur les soins de santé gardera cette confiance intacte. (*Interruptions de M. Goutry*). Même avec les pleins pouvoirs cela reste possible.

willen zien gebeuren in onze gezondheidssector. Dit zou ik niet willen zien gebeuren, want het dubbele van "we don't care" zou kunnen betekenen "we worden onverschillig", maar nog veel erger, mijnheer de minister, zou het kunnen betekenen "we zorgen niet meer, we verzorgen niet meer of we zijn niet meer gemotiveerd."

Uit de vertrouwenspeilingen is er nog een sector naast het onderwijs waar mensen vertrouwen in hebben of hadden. Dit is precies de gezondheidssector omdat ze de vrije keuze hebben bij wie ze behandeld worden en omdat daarbovenop de artsen de vrije keuze hebben om hun therapie zelf te bepalen. Dit vertrouwen, mijnheer de minister, is één van onze mooiste parels in ons gezondheidsbeleid. Ik hoop dat met deze wet het vertrouwen bewaard blijft.

Dat kan zelfs met de volmachten, mijnheer Goutry. Ik behoor tot een categorie mensen die vertrouwen heeft, ook in de mensen die hun verantwoordelijkheid zullen opnemen in deze kwestie. Die parel van vertrouwen zou ik zowel aan u willen geven als aan de actoren en de stakeholders in de sector die voor een reuzengrote opdracht staan.

De **voorzitter**: Dank u, mevrouw. Ik heb u laten eindigen, maar er is een kleine bemerking van de heer Goutry. Daarna komt de minister.

01.69 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik wil er enkel nog aan toevoegen dat onze collega niets, geen woord, heeft gerept over een van de ruggengraten van het verhaal met name de volmachten. Vooraf waren zij daar vrij vernietigend over, mevrouw Avontroodt en mevrouw De Block. Zij hebben zich uitgeput om op alle mogelijke fora van dokters en anderen te zeggen dat die volmachten onaanvaardbaar waren en dat wij zelf voorstellen moesten formuleren, enzovoort. Nu slikken zij dat in en zeggen zij: goed, dat was voor de pers, maar hier in het Parlement telt dat niet.

01.69 Luc Goutry (CD&V): Mme Avontroodt ne s'est pas exprimée à propos des pouvoirs spéciaux, alors qu'elle a fait par le passé des déclarations très négatives à ce sujet.

01.70 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer Goutry, ik ben begonnen met het citeren van Willem Elsschot. Ik heb dat geprojecteerd op de volmachten. Ik ben begonnen met te zeggen dat geen enkel parlamentslid blij kan zijn met volmachten, ook wij niet. Dat is evident.

01.70 Yolande Avontroodt (VLD): J'ai commencé mon intervention par une citation de Willem Elschot, que j'ai transposée aux pouvoirs spéciaux. Nul parlementaire ne peut se réjouir des pouvoirs spéciaux. Pour garantir une politique durable, des propositions doivent parvenir de la base au ministre par le biais de débats et de confrontations. Les pouvoirs spéciaux ne seront valables qu'un an.

Maar ik heb ook gezegd dat er een groeiproces is en dat men door het debat en door de confrontatie en door het gesprek – u weet dat men op de verschillende fora aan het werken is – precies voorstellen kon aanreiken aan de minister. Het is van onderaf gegroeid, zoals wij altijd werken. Wij weten dat elk beleid dat bottom-up groeit de meeste kansen heeft om duurzaam te zijn, mijnheer Goutry. In deze is er wellicht een evolutie in het denken. Volmachten? Nee, daar zijn wij niet gelukkig mee. Maar het is toch maar voor een jaar. Dus, wij zien wel.

De **voorzitter**: Alle sprekers – zij waren met 9 plus de verslaggever – zijn in de debatten die nu een kleine 7 uur hebben geduurd, aan bod gekomen. Ik laat nu de minister kort repliceren. Ik zal nog zien wanneer ik de vergadering daarna schors om dan de artikelsgewijze bespreking te doen. Wij zullen dat zien over een paar ogenblikken.

La parole est a vous, monsieur le ministre, à la fin de ce débat général. Je vous en prie.

01.71 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je voudrais commencer par dire à la dernière intervenante, à qui je rends

01.71 Minister Rudy Demotte: Mevrouw Avontroodt, de Engelse

hommage pour ses propos très nuancés, qu'il ne faudrait pas que l'on puisse transformer l'adage anglais qu'elle a lu dans un tabloïde "They hate us because..., and we don't care" en "They hate us because we don't cure"!

Il faut, aujourd'hui, prendre des dispositions dans le secteur des soins de santé et, globalement, dans le secteur de la sécu, où le volet des soins de santé a une part importante. Aujourd'hui, un certain nombre de choses ne vont pas. Est-ce à cause de la conjoncture ou de la gestion? Je pense qu'il faut être beaucoup plus nuancé. En effet, si réellement, tel était le cas, si les actes de gestion ou la conjoncture étaient exclusivement à l'origine de ces problèmes, on pourrait croire que tous les prédécesseurs, en remontant jusqu'à Jean-Luc Dehaene, avaient pris les mesures structurelles nécessaires pour que le bateau vogue tranquillement sur les flots. Ce n'est pas vrai parce que le secteur des soins de santé sera continuellement soumis à des besoins de remise en cause.

Je pense qu'il y a régulièrement un besoin de réflexion structurelle sur les modifications à apporter. Je vais vous donner quelques chiffres. Si l'on compare la situation de la Belgique avec celle des pays avoisinants et des pays qui connaissent des systèmes de sécurité sociale et de soins de santé développés, nous nous trouvons, aujourd'hui encore, dans des ordres de grandeur relativement acceptables. Je prends les chiffres qui ont été délivrés par le comité pour le Vieillissement dont le travail est non négligeable. Pour établir une moyenne comparée sur 2001 - mais nous pourrions avoir des moyennes comparées semblables dans les ordres de grandeur sur l'exercice 2004 -, la Belgique est, dans la moyenne européenne, en dessous de la France et de l'Allemagne et très légèrement au-dessus, maintenant, - elle était en dessous à l'époque - des Pays-Bas. Nous sommes bien, en ordre de grandeur PIB, dans des dépenses comparables.

Une autre comparaison m'intéresse: aller rechercher dans les soins de santé la composante "médicaments" et voir comment nous nous comportons en Belgique par rapport à d'autres pays. Que constatons-nous? Si l'on fait une relation du coût du médicament au PIB, on remarque qu'en Belgique, le coût du médicament est d'environ 1,6% de notre richesse nationale. L'Allemagne a un taux parfaitement identique. Par contre, les Etats-Unis sont à 1,8%. Seule, la France fait mieux que nous en Europe occidentale avec 2%.

Si maintenant vous établissez une relation entre le budget des soins de santé dans le PIB et le coût dans le budget des soins de santé, vous verrez que la France est là encore en tête puisqu'elle consacre à peu près 21% de ses dépenses en soins de santé aux médicaments, que la Belgique vient immédiatement derrière, avant même les Etats-Unis que je citais tout à l'heure, avec 17,7% de son budget des soins de santé consacré à la politique du médicament.

Mais il existe une nuance. Si nous sommes aujourd'hui parmi les pays qui présentent une moyenne de dépenses raisonnable en comparaison de nos voisins et des pays qui connaissent un système de sécurité sociale et de soins de santé comparable, et si on sait que certains pays auxquels on se compare parfois, par exemple outre-Atlantique, présentent des dépenses globales en soins de santé supérieures tout en consacrant aux dépenses en matière de

zegswijze die u aanhaalde mag ook niet veranderen in "They hate us because we don't cure"!

Globale maatregelen in de gezondheidszorg en de sociale zekerheid dringen zich op.

De huidige problemen zijn niet alleen toe te schrijven aan de conjunctuur of het beleid. De sector van de gezondheidszorg moet op tijd en stond worden geherstructureerd en er moet voortdurend over worden nagedacht.

Als men de cijfers bekijkt, stelt men vast dat België zich ten aanzien van zijn buurlanden en de overige geïndustrialiseerde landen op een aanvaardbaar niveau bevindt. Volgens de cijfers van 2001 van de Commissie voor de Vergrijzing bevindt België zich in de Europese middenmoot, na Frankrijk en Duitsland en vrijwel op gelijke hoogte met Nederland.

Als men meer bepaald de component "geneesmiddelen" bekijkt en het met het BBP in verband brengt, valt op te merken dat de kostprijs van geneesmiddelen ongeveer 1,6 procent van ons nationaal product bedraagt, evenveel als in Duitsland. In de Verenigde Staten is dat 1,8 procent en in Frankrijk 2 procent.

Wanneer we een vergelijking maken tussen de begroting gezondheidszorg in het BBP en de kostprijs in de begroting gezondheidszorg, komt Frankrijk nog steeds op de eerste plaats: het besteedt ongeveer 21 procent van de uitgaven voor gezondheidszorg aan geneesmiddelen. België komt op de tweede plaats, nog voor de Verenigde Staten, met 17,7 procent van de gezondheidszorgbegroting die naar geneesmiddelen gaat.

Vandaag behoren we dus bij de

médicaments une moindre partie de leurs dépenses en soins de santé, cela veut dire aussi – et vous verrez en quoi cela nuance mon propos pour la suite – que parfois, dans certains cas, l'usage du médicament en Belgique peut prévenir des pathologies qui pourraient s'avérer onéreuses si elles étaient traitées autrement. Vous entendez donc ici un ministre qui parle avec un grand sens de la nuance du secteur pharmaceutique.

Je vais maintenant vous communiquer quelques chiffres à l'état brut sur l'évolution des dépenses. Si on regarde ce que nous savons de 2004 et qui intéresse grandement les membres de cette assemblée, nous attendions un dépassement de l'ordre de 634 millions. La nouvelle n'est pas bonne mais elle n'est pas aussi négative que celle que nous attendions puisque le dépassement est de 513 millions. Allons décortiquer maintenant de quoi est faite la réalité de ce chiffre.

On pourrait dire qu'il y a trois blocs équivalents de l'ordre d'une cinquantaine de millions. Le premier porte sur la politique du vieillissement (maisons de repos et maisons de repos et de soins). Le deuxième porte sur le maximum à facturer (MAF), point qui a été récemment abordé par notre collègue Mme Avontroodt. Je signale simplement et sans préjuger d'autres réflexions qu'en cas de dépassement global, le MAF étant un système de correction, il est évident qu'il y a aussi dépassement dans le MAF. Le troisième paquet de 50 millions est constitué des honoraires médicaux. Cela veut dire qu'à l'inverse de ce que la presse médicale laissait entendre il y a peu de temps encore, il y a malheureusement un dépassement en honoraires médicaux. J'aurais préféré que cela ne soit pas le cas.

À côté de cela, il y a un gros paquet, 75% du dépassement, ce qui représente 384 millions d'euros et non plus 372 comme le disait M. Drèze, attribuable à la politique du médicament.

Je vais épargner tout le discours que j'aurais pu faire pour résumer la loi que nous allons voter. Dans le rapport qui a été fait tout à l'heure, on a rappelé les dispositions importantes. Je passe au-dessus du Fonds de solidarité, au-dessus des différentes dispositions pratiques qui ne méritent pas de commentaire supplémentaire.

Par contre, en ce qui concerne la planification de l'offre de soins, dès lors qu'on fait référence - et cela a été abordé par plusieurs d'entre vous, "ab initio" par notre collègue Goutry, aussi par M. Bultinck -, à la question des zones de soins, que je qualifie de zones de "chalandise" plutôt que de régions de soins, je rappelle qu'il ne s'agit pas ici de limites géographiques parfaitement définies, comme ce fut le cas notamment dans le décret flamand créant les "zorgregio's".

Nous sommes bien plus ici dans une logique qui doit faire correspondre un certain nombre de déploiements de l'offre médicale dans toutes ses formes, pas seulement la forme hospitalière, aux besoins des personnes. Quand on parle de l'appareillage médical lourd, je n'ai aucune ambiguïté sur ce point, même pas dans la note qu'a lue tout à l'heure notre collègue Bultinck, faisant état d'une réponse à une question écrite posée antérieurement. On ne peut pas dire qu'il faut une programmation qui s'appuie sur l'état objectif des besoins sans, dans le même temps, prendre des outils qui permettent de faire respecter cette programmation. Or, nous étions dans cette situation d'hypocrisie particulière en Belgique où l'Etat fédéral était

landes met een redelijk uitgavengemiddelde in vergelijking met onze buurlanden en in vergelijking met andere landen met een vergelijkbaar stelsel van sociale zekerheid en gezondheidszorg. Anderzijds stellen we vast dat bepaalde landen waarmee we ons soms vergelijken, aan de andere kant van de oceaan bijvoorbeeld, meer middelen besteden aan gezondheidszorg maar proportioneel gezien minder aan geneesmiddelen. Dat betekent dat in een aantal gevallen het gebruik van een geneesmiddel in België soms bepaalde ziekten kan voorkomen, waarvan de behandeling anders duur zou uitvallen.

Wat de cijfers betreffende de evolutie van de uitgaven betreft, bleek de budgetoverschrijding in 2004 uiteindelijk lager uit te vallen dan de verwachte 634 miljoen. De overschrijding is te wijten aan drie grote uitgavengroepen, de vergrijzing, de maximumfactuur en de geneesherenhonoraria, maar 75 procent van die overschrijding heeft met het geneesmiddelenbeleid te maken.

De zorgregio's zijn geen strikt geografisch afgebakende zones. Met de regio's willen we het medische aanbod afstemmen op de behoeften van de bevolking. Wat de zware apparatuur betreft, moet de programmering aangepast worden aan de objectieve noden en zo nodig moet de Staat hier corrigerend kunnen ingrijpen.

Er werden foutieve cijfers geciteerd.

Wat de PET-scanners betreft, is onze situatie internationaal gezien helemaal niet zo dramatisch. De programmering voorziet in ongeveer 13 PET-scanners voor gans België. Op internationaal niveau telt men over het algemeen 1 miljoen inwoners per PET-scanner. We zijn dus minder krenterig geweest.

détenteur de la faculté de développer des outils de programmation mais, par ailleurs, il n'était pas à même, quand il pouvait observer des dépassements, de prendre des mesures.

Je dois quand même dire qu'il y a des chiffres incorrects qui ont été cités tout à l'heure. Puisque le moment est venu de les corriger, je vais le faire.

Pour ce qui concerne les PET, nous sommes ici, en comparaison internationale, dans une situation qui n'est pas si dramatique que cela. La programmation prévoit quelques 13 PET pour le territoire de notre grand pays. Il faut savoir que, sur le plan international, c'est 1 million d'habitants par PET. En d'autres termes, si on appliquait cette règle à notre propre territoire, nous serions déjà au-delà en termes de programmation. Nous avons donc été plus généreux. J'ajouterai qu'aucun indice, puisque vous savez que le Kenniscentrum est en train de retravailler cette matière, ne nous laisse déjà préjuger de l'issue de la réflexion en termes d'assouplissement ou pas. Je ne ferai pas de programmation – et je l'ai entendu à cette tribune tout à l'heure – qui ne réponde pas effectivement à des besoins et à une logique basée sur la science et également sur la maîtrise des coûts et l'efficacité. Ce sont des paramètres qui sont, pour moi, au centre du débat et cela répond également à notre collègue Drèze, même si je ne peux pas être plus précis pour le moment.

On a dit tout à l'heure qu'il y avait 5 PET en Flandre et 14 en Wallonie. Des PET agréés, il y en a 7 en Flandre, dont 1 repris dans le rôle linguistique à Bruxelles, et 6 sur le rôle francophone dont 3 à Bruxelles. Où en sommes nous dans les PET qui ne sont pas dans la logique de programmation? Nous avons aujourd'hui hors programmation, 3 PET à Bruxelles, 3 en Wallonie et 1 en Flandre. Voilà les chiffres objectifs tels que je les ai pour le moment.

Cette loi va permettre de réactiver le débat sur la programmation, de lui donner une nouvelle pertinence, avec les balises qui viennent d'être posées ici, avec les études en cours qui vont nous aider à définir les besoins. Je rassure tout de suite Yolande Avontroodt parce qu'effectivement, le souci ici n'est pas de faire des économies. Ce n'est pas exclusivement et de manière obnubilée de faire de l'économie. C'est de répondre de manière intelligente en économie de la santé aux besoins du territoire qui est le nôtre, en le couvrant par un appareillage ad hoc dans la quantité indiquée.

J'en viens aux autres questions posées tout au long des interventions. Avons-nous vécu une atténuation du système d'appel d'offres public? Je rappelle en toute sincérité, comme je l'ai toujours fait en commission et quand j'ai pu en parler en séance plénière lors des questions d'actualité, que je n'ai jamais prétendu être partisan de l'application intégrale dans notre pays du système kiwi néo-zélandais. Pourquoi? Pour ceux qui sont distraits, il y a entre la Nouvelle-Zélande et la Belgique une légère différence. Si nous avions un système dans lequel nous créons, par les mécanismes mis en place, des appels d'air extérieurs, les frontières de la Belgique seraient bien vite franchises! En ce qui concerne la Nouvelle-Zélande, ceux qui vont jusqu'au Japon à la nage, c'est quand même plus rare. Il faut bien savoir que nous ne sommes pas une île, nous ne sommes pas dans une situation où nous pouvons adopter des réglementations indépendantes du contexte européen particulier dans lequel nous

We beschikken over geen enkele aanwijzing om nu al te oordelen of we al dan niet aan een versoepeling moeten denken. Ik zal geen programmering opstellen die niet effectief beantwoordt aan de noden of aan een logica die gebaseerd is op de wetenschap, de kostenbeheersing en de efficiëntie. Ik hoop dat ik zo de heer Drèze van antwoord heb kunnen dienen.

Men heeft gezegd dat er in Vlaanderen 15 PET-scanners zijn en 14 in Wallonië. In Vlaanderen zijn er 7 erkende PET-scanners, waarvan er één staat op de taalrol in Brussel, en voor het Franstalig landsgedeelte zijn er 6 waarvan 3 in Brussel. Wat betreft die welke niet binnen de programmatiekaderen, zijn er 3 in Brussel, 3 in Wallonië en 1 in Vlaanderen.

Deze wet zal het debat over de programmatie opnieuw aanzwengelen.

Het is niet alleen mijn bedoeling te bezuinigen, maar ook in te spelen op de behoeften met aangepaste apparatuur.

Wat het systeem van openbare aanbestedingen betreft, heb ik nooit gezegd dat het Nieuw-Zeelands "kiwimodel" als zodanig en in zijn geheel in België moet worden overgenomen. Wij mogen immers geen maatregelen nemen die geen rekening houden met de Belgische en Europese context.

Dankzij dit revolutionair mechanisme zullen we alleen voor geneesmiddelen zonder octrooi offerteaanvragen uitschrijven. De Commissie voor tegemoetkoming van geneesmiddelen zal de 'valse nieuwe producten' moeten opsporen, namelijk de vermeende nieuwe producten die geen echte therapeutische meerwaarde hebben.

De moleculen met octrooi vallen onder het toepassingsgebied van de offerteaanvragen en de

sommes. Donc, ce que nous avons fait, c'est adapter, c'est prendre des dispositions qui translatent dans notre droit interne, une réalité intéressante.

C'est véritablement un mécanisme révolutionnaire pour notre mode de fonctionnement. Nous allons faire des appels d'offres, limités certes - je regarde Mme D'hondt dans les yeux car elle sait ce que je vais dire – aux médicaments aujourd'hui hors brevet. Toutefois, nous avons donné, comme cela a été rappelé à cette tribune par plusieurs intervenants, la faculté à la commission de remboursement des médicaments de déceler tous les faux innovants, dans l'optique de corriger le tir. Il est inacceptable qu'aujourd'hui, une certaine industrie pharmaceutique – je ne vise pas toute l'industrie pharmaceutique – travestisse derrière un certain nombre de produits prétendument innovants de vieilles molécules dont on a modifié la forme ou utilise de nouvelles molécules mais qui n'apportent pas de plus-value thérapeutique en les faisant payer beaucoup plus cher, non seulement à la société mais aussi aux individus, vous et moi, les citoyens de ce pays qui doivent les acheter. Nous avons donc gardé un mécanisme. Nous avons même été plus loin. On n'en a pas parlé à cette tribune, mais je vais le rappeler puisqu'il figure dans nos textes. Nous prévoyons également que, dans certains cas, quand un certain nombre d'éléments dérivés dans le produit, même sous brevet, montrent qu'il y a travestissement de la réelle valeur innovante du produit, nous nous donnons un champ d'action. C'est dire que nous sommes loin d'un schéma où on aurait cédé à l'industrie pharmaceutique.

Je tiens à rappeler les éléments de négociation mis sur la table avec - pour répondre à une demande formulée par notre collègue M. Drèze - quelques points budgétaires.

Nous avons accepté de prendre le risque de maintenir dans le champ d'application les molécules sous brevet, dans le cadre des appels d'offres et des procédures de meilleur remboursement que nous pourrions mettre en place dans le cadre des révisions de groupes. Et nous avons demandé à l'industrie pharmaceutique ce qu'elle nous apportait en échange. D'abord du cash, je l'ai rappelé tout à l'heure. Ce cash consiste en une nouvelle somme de quelque 23 millions d'euros sur une base annuelle. Dans le texte, nous avons déjà prévu deux années budgétaires. Nous arrivons en base annuelle, au-delà du "claw back", à un total de 150 millions d'euros, ce qui est absolument nouveau.

Ceci est consenti par l'industrie pour la simple raison qu'elle observe elle-même l'évolution actuelle à voir le trend d'augmentation.

Il y a aussi les 40 millions d'euros que nous allons chercher aujourd'hui au niveau des vieux médicaments en diminuant les seuils d'âge; on passe de 17 ans à 15 et de 15 ans à 12. Si l'on applique ces 40 millions en base annuelle sur un tiers d'année, cela représente quelque 13 millions. C'est l'article 61 de notre dispositif qui le prévoit.

Un autre élément que je pourrais chiffrer, c'est l'élargissement de la possibilité d'utiliser les montants de remboursement à des formes diverses; cela représente 35 millions d'économie en base annuelle, soit 17,5 millions pour une période de 6 mois.

terugbetalingsprocedures. In ruil daarvoor kent de farmaceutische industrie een slordige 23 miljoen euro toe op jaarbasis. De tekst voorziet in twee begrotingsjaren, wat goed is voor in totaal 150 miljoen euro op jaarbasis, bovenop de *clawback*.

Artikel 61 verlaagt de bestaande leeftijdsdrempels voor de oude geneesmiddelen, wat een besparing van 40 miljoen euro zal opleveren. Ook de ruimere toepassing van de terugbetalingsbedragen op verscheidene vormen zal een besparing van 35 miljoen op jaarbasis mogelijk maken.

Het optrekken van de prijsdaling van oude en generische geneesmiddelen van 26 naar 30 procent, ten slotte, is goed voor een besparing van zo'n 24 miljoen euro op jaarbasis. Voor 2005 zou het om 12 miljoen euro gaan.

Een prijs die 40 procent lager zou liggen is in dat verband niet wenselijk, aangezien dergelijke voorwaarden niet rendabel zouden zijn voor de bedrijven die generische geneesmiddelen produceren. Zodoende zouden ze een prijsdaling van de niet-generische oude geneesmiddelen niet in de hand werken.

Het is overduidelijk dat geen van de twee geledingen van de farmaceutische industrie, namelijk de generische en de meer klassieke, blij is met deze maatregelen, wat er wellicht op wijst dat we op de goede weg zijn.

Men had het ook over het kostenplaatje van het sociaal akkoord, maar dat zal geen boekhoudkundige gevolgen hebben voor de begroting van 2005. Wij zullen echter de nodige maatregelen treffen om ervoor te zorgen dat het akkoord kan gefinancierd worden. Dat is de reden waarom wij vragen deze wet goed te keuren.

Het toepassingsgebied van de machtigingsbepalingen is

Enfin, quand on augmente le taux de diminution des prix pour les produits anciens ou les génériques de 26 à 30%, cela représente quelques 24 millions d'euros en base annuelle ou, sur un exercice de 6 mois, ce qui sera vraisemblablement le cas pour 2005, un montant de 12 millions d'euros.

Il y a quelques minutes, une question m'a été posée à la tribune. On m'a demandé si nous n'aurions pas eu intérêt à aller plus loin en passant de 30% de diminution à 40%.

A cet égard, lisez, et M. Bultinck l'a rappelé tout à l'heure, la réaction de l'industrie qui fabrique des produits génériques. Elle dit: "Si vous poussez trop loin le taux de diminution, vous créez des conditions telles pour nous que nous ne pourrions plus produire nos médicaments génériques dans des conditions suffisamment rentables. Nous devons fermer boutique". Dans ce cas, les prix des vieux médicaments non génériques ne seront plus poussés à la baisse puisque nous n'aurons plus chez nous la capacité de produire ces médicaments-là.

Monsieur Bultinck, quand je vois l'insatisfaction tant de l'industrie produisant les marques classiques que celle fabriquant des génériques, je me dis que nous devons être dans le bon puisque nous avons tout le monde sur le dos. Je ne vais pas, comme le disait tout à l'heure notre collègue Avontrodt, me satisfaire du fait que l'on ait tout le monde sur le dos. Cependant, quand je vois que ces dispositions ne satisfont pas ces deux segments, je me dis que l'on doit vraisemblablement être dans le bon; je le crois très sincèrement.

Je voudrais aussi donner quelques éléments supplémentaires d'information à certains collègues qui ont posé des questions précises.

On m'a notamment demandé tout à l'heure comment on intégrait le coût de l'accord social à notre budget 2005. Je vous rassure: l'accord social ne produit pas ses effets en 2005 sur le plan comptable. On estime que les coûts sont imputables au bout du dernier trimestre, au 1^{er} janvier de l'année suivante. Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas prendre pour autant des dispositions pour permettre le paiement de cet accord social, une des raisons pour lesquelles nous proposons d'adopter cette loi en l'état.

Je voudrais terminer sur un point qui me paraît important, à savoir que dans l'ensemble des dispositions d'habilitation, nous avons voulu fixer un champ d'application précis. Nous ne sommes pas en présence d'une habilitation illimitée sur le plan du temps, sur celui des matières qui sont indiquées clairement ou sur les modes de contrôle puisqu'on prévoit également que nous devons rendre compte régulièrement. En outre, in fine, si on suit la procédure proposée, pour que les mesures poursuivent leur effet, il faudra ratifier cela par une loi dans cette même assemblée.

Je ne suis pas heureux moi non plus de devoir prendre des mesures plus radicales. Mais si aujourd'hui je suis à la tribune avec une grande conviction, ce n'est pas pour dire que nous devons doter le pays de structures qui contournent les procédures classiques de négociation. Par contre, je pense qu'il est utile, si nous n'avons pas de résultat dans les délais voulus, de pouvoir disposer de cet instrument, de ce

nauwkeurig afgebakend. Die bepalingen zijn beperkt in de tijd, hebben enkel maar betrekking op bepaalde materies en bovendien is tevens in controles voorzien. In fine zullen de via die weg goedgekeurde maatregelen enkel effect sorteren als zij door een wet worden bekrachtigd.

Ik verheug mij niet over de goedkeuring van radicale maatregelen en pleit er uiteraard niet voor dat aan de traditionele overlegstructuren wordt geraakt. Het is echter belangrijk dat het aangevatte werk wordt voortgezet. Wij hebben nog één jaar de tijd om de zaken concreet aan te pakken.

"bâton derrière la porte" comme ont pu le dire certains de manière allégorique. Sans préjuger des raisons pour lesquelles les chiffres sont déjà meilleurs ou moins mauvais que nous ne l'imaginions sur 2004, dès que nous avons lancé le débat sur les mesures d'économie – débat que nous allons poursuivre –, une prise de conscience a pu être observée dans la presse spécialisée ou sur le terrain, quand on rencontre les acteurs spécialisés.

Nous allons poursuivre dans le même sens. Nous avons quelques mois devant nous pour concrétiser et j'espère que je pourrai encore compter sur l'initiative parlementaire en complément de tout ce que je pourrai mettre en œuvre à partir de ce dispositif d'habilitation que vous voterez.

Le **président**: Quelqu'un demande-t-il encore la parole? (*Non*)
Vraagt nog iemand het woord? (*Nee*)

La discussion générale est close.
De algemene bespreking is gesloten.

La séance est levée.
De vergadering is gesloten.

La séance est levée à 18.25 heures. Prochaine séance le 13 avril 2005 à 18.30 heures.
De vergadering wordt gesloten om 18.25 uur. Volgende vergadering 13 april 2005 om 18.30 uur.

ANNEXE**BIJLAGE****SÉANCE PLÉNIÈRE****PLENUMVERGADERING****MERCREDI 13 AVRIL 2005****WOENSDAG 13 APRIL 2005****DIVERS****VARIA**

Coopération technique belge

Belgische Technische Coöperatie

Par lettre du 15 mars 2005, le président du Comité de direction de la Coopération technique belge transmet la brochure "Millenniumdoelstellingen".
Renvoi à la commission des Relations extérieures

Bij brief van 15 maart 2005 zendt de voorzitter van het Directiecomité van de Belgische Technische Coöperatie de brochure "Millenniumdoelstellingen".
Verzonden naar de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen