

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 20 MEI 2008

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

du

MARDI 20 MAI 2008

Après-midi

De behandeling van de vragen vangt aan om 17.00 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van ziekenhuizen" (nr. 4978)

01.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA): In onze gezondheidszorg zijn er meer en meer commerciële initiatieven. In de toekomst zal een goede meting van de kwaliteit daarom belangrijk zijn. Dat zou kunnen door een accreditatiesysteem voor ziekenhuizen te ontwikkelen.

Welke maatregelen zal de minister nemen om de negatieve gevolgen van de commercialisering tegen te gaan? Hoe zal zij de kwaliteit in de ziekenhuizen meten? Wat vindt zij van een accreditatiesysteem?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): 'Commercialisering' kan veel vormen aannemen en heeft niet altijd negatieve gevolgen. Wij moeten commercialisering uit puur winstbejag met alle middelen bestrijden. Anderzijds bestaan er al heel wat elementen van marktwerking, zoals de vrije artsenkeuze en de keuzemogelijkheid tussen de vele ziekenfondsen.

In onze gezondheidszorg bestaat niet veel ruimte voor echte commercialisering. Ons systeem is gericht op solidariteit en sociale bescherming en moet toegankelijk zijn voor elke patiënt. In de ziekenhuissector bestaan programmatie-, erkennings- en financieringscriteria en is er geen plaats voor winstbejag. Zo heeft bijvoorbeeld bijna elk ziekenhuis de rechtsvorm van een vzw aangenomen. Daarnaast is er ook de wet van 2002 betreffende de bescherming van de rechten van de patiënt en de controle van de tarieven via de supplementenregeling en de ligdagprijs. Dan zijn er ook de nationale akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen over vaste tarieven. België kent daarenboven een verplichte ziekteverzekering.

Al die maatregelen helpen om de gezondheidszorg financieel toegankelijk te houden. Er wordt echter ook gezorgd voor de geografische spreiding, zodat er steeds een ziekenhuis te vinden is op een redelijke afstand.

Het meten van de kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen is niet eenvoudig. De overheid heeft een aantal maatregelen genomen om de kwaliteit te verbeteren. Op federaal niveau gaat het over de normering van de activiteiten van de ziekenhuizen en over de financiering van een aantal kwaliteitsprojecten.

Het meest recente project is de kwaliteits- en veiligheidsconvenant met de ziekenhuizen. De overheid stelt meer middelen ter beschikking voor kwaliteitsopvolging. Daartegenover staat dat de ziekenhuizen een document opstellen en openbaar maken over hun visie, strategie en doelstellingen op het vlak van kwaliteit,

dat zij een organogram van de kwaliteitsstructuren binnen het ziekenhuis opstellen en dat een comité de activiteiten rond patiëntenveiligheid coördineert, dat zij de patiëntenveiligheidscultuur evalueren, dat zij de incidenten registreren en analyseren, dat zij minstens drie beschrijvende fiches van kwaliteitsprojecten opstellen en ten slotte dat zij aangeven hoe ze omgaan met de feedback van de overheid over klinische en financiële indicatoren.

In België is er nog geen accreditatiesysteem van kracht.

(Frans) Die studie zal kunnen worden uitgevoerd in het kader van de kwaliteits- en veiligheidsconvenanten. Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg heeft onlangs een vergelijkende studie verricht onder de Europese landen. Een accreditatie van de ziekenhuizen valt niet uit te sluiten, maar er zullen akkoorden moeten worden gesloten met de Gewesten en de Gemeenschappen gelet op de bevoegdheidsverdeling inzake kwaliteit.

01.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Ik ben blij dat de minister met de nodige openheid naar de toekomst kijkt. Klopt het dat het huidige systeem van convenanten en kwaliteitsbewaking voldoende is, maar dat dit in de toekomst kan veranderen? Onder andere de voorzitter van het christelijk ziekenfonds verklaarde dat we daar toch over moeten nadenken.

01.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er werden belangrijke stappen gezet. Ik ben bereid erover te praten op grond van wat er bestaat. We zullen zien hoe we een en ander kunnen uitbreiden in het kader van het accreditatiesysteem.

De **voorzitter**: Mevrouw De Block heeft gevraagd haar vraag nr. 4993 uit te stellen, maar aangezien dit al de tweede keer is, zal de vraag worden omgezet in een schriftelijke vraag. Mevrouw Galant heeft ook gevraagd haar vraag nr. 5030 uit te stellen.

Het incident is gesloten.

02 Samengevoegde vragen van

- de heer **Xavier Baeselen** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Beliris en de projecten voor de komende jaren" (nr. 5049)
- de heer **Bart Laeremans** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "federale middelen uit het Belirisfonds die gebruikt worden voor de financiering van de Franse Gemeenschap" (nr. 5259)
- de heer **Xavier Baeselen** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bijakte 10 bij het samenwerkingsakkoord Beliris" (nr. 5342)
- de heer **Peter Luykx** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Beliris" (nr. 5352)

02.01 Xavier Baeselen (MR) : Bestaat er in het kader van het samenwerkingsakkoord Beliris een procedure voor de verschillende gemeenten met het oog op de bekendmaking van de projectoproepen? Een van de onderdelen van Beliris bevat een bijakte over de zwembaden. Als schepen van Watermaal-Bosvoorde zou ik graag weten wat dit plan inhoudt. Maakt het Calypso-zwembad, waarvoor wij een project hebben ingediend, deel uit van het akkoord? Voor welke bedrag en voor welke type project?

02.02 Bart Laeremans (Vlaams Belang): De Franse Gemeenschap krijgt 2,8 miljoen euro van Beliris in ruil voor Pathé Palace. De middelen van het federale Belirisfonds zijn eigenlijk bestemd voor de hoofdstedelijke en internationale financiering van Brussel, maar worden hier gebruikt om de Franse Gemeenschap rechtstreeks te financieren. Ondertussen wordt, om deze constructie te verdoezelen, het Brusselse Gewest opgezaaid met Pathé Palace.

Kan de minister deze informatie bevestigen? Heeft de minister weet van concrete projecten van de Franse Gemeenschap waarvoor dit bedrag van 2,8 miljoen euro zal dienen? Aangezien culturele aangelegenheden geen gewestbevoegdheden zijn, hoe verklaart de minister het feit dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest eigenaar wordt van Pathé Palace? Is er sprake van een overheveling van bevoegdheden? Kan de commissie de tekst van de recente persconferentie ter zake inkijken? Hoe staat het met het aangekondigde

raamakkoord betreffende de doelstellingen van Beliris?

02.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Die vragen geven me de gelegenheid om mijn tevredenheid uit te spreken over het uitstekend werk dat de directie Vervoerinfrastructuur van de FOD Mobiliteit en Vervoer geleverd heeft.

De Belirisprojecten worden door de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of door leden van de federale regering gedragen. Er bestaat geen procedure tot oproep voor de indiening van projecten. De samenwerkingscommissie van Beliris, die is samengesteld uit vier gewestministers en vier federale ministers, beslist over de opportuniteit van de projecten.

Ter voorbereiding van bijakte 10 bij Beliris heeft de werkgroep sinds eind februari herhaaldelijk vergaderd. De samenwerkingscommissie, de Raad van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de federale ministerraad hebben de bijakte goedgekeurd. De krachtlijnen van die bijakte zijn de mobiliteit, het internationaal ontwikkelingsplan van Brussel, de herwaardering van de wijken, de groene vrijetijdsruimten, de cultuur en het patrimonium. We hebben beslist in grote projecten zoals het station Schuman te investeren.

(*Nederlands*) Inzake de inschrijving van het project Pathé Palace in de bijakte 10 bij Beliris werd besloten dat dit initiatief enkel door Beliris gefinancierd zou worden op voorwaarde dat de eigendom van Pathé Palace overgaat naar de stad Brussel of naar het Brusselse Gewest.

(*Frans*) Het klopt dat een aantal leden in het Overlegcomité problemen had met de grote betrokkenheid van de Franse Gemeenschap bij het Pathé Palace.

Wat het plan met betrekking tot de zwembaden betreft, hebben we 12,5 miljoen euro uitgetrokken om het plan waarmee in het kader van de bijakte nr. 9 een aanvang werd genomen, voort te zetten en de renovatie mogelijk te maken van de door het Gewest gekozen zwembaden. In dat verband wordt er op het stuk van de investeringen een evenwicht tussen de verschillende Brusselse wijken nagestreefd.

Beliris heeft een aanvullende rol bij de gewestelijke kredieten. Het federale grootstedenbeleid richt zich overigens rechtstreeks tot de gemeenten. Er is dus geen sprake van overlappingsen tussen die verschillende federale beleidsmaatregelen, die andere doelstellingen nastreven.

Ik heb me in het coördinatiecomité uitgesproken voor de ontwikkeling van de Brusselse metro. De investeringen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest komen ook de honderdduizenden niet-Brusselaars ten goede die elke dag naar de hoofdstad komen.

Er werd in het kader van het eerste pakket een akkoord bereikt omtrent de regionalisering van de Beliris-administratie. Persoonlijk sta ik open voor voorstellen om de middelen rechtstreeks ter beschikking van het Gewest te stellen.

De vertragingen zijn te wijten aan de laattijdige uitreiking van de stedenbouwkundige vergunningen, die door het Gewest worden afgegeven. Tevens moeten er akkoorden worden gesloten met de gemeenten, die soms eigenaar zijn of die verantwoordelijk zijn voor het onderhoud na de uitvoering van bepaalde werken. Die onderhandelingen hangen niet af van de Beliris-administratie, die erg dynamisch is.

02.04 **Xavier Baeselen** (MR): Wat het kleine zwembad van Bosvoorde betreft, zal ik mijn burgemeester vragen om de Gewestregering daarover te interpellieren.

Meer algemeen is het, wat Beliris betreft, normaal dat er in een financiering van Brussel als internationale en Europese hoofdstad wordt voorzien.

Ik blijf ervan overtuigd dat er op het stuk van de projectoproepen van de gemeenten een vorm van objectivering moet worden ingebouwd, althans voor dat deel waarvoor de Gewesten bevoegd zijn. Als men overigens naar de bedragen kijkt die aan die projecten worden besteed, schat ik dat er 20 à 25 procent van die bedragen overblijft en versnipperd wordt over lokale projecten of projecten op een nog lager bestuursniveau.

Ten slotte ben ik tevreden de bevestiging te hebben gekregen dat, ingeval de uitgetrokken middelen niet besteed worden, dat geld naar projecten op het terrein zal kunnen gaan.

02.05 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Het blijft een feit dat via deze constructie een zeer groot bedrag rechtstreeks geïnjecteerd wordt in de Franse Gemeenschap en dat het hier gaat om een verdoken

subsidiering. Over het raamakkoord betreffende de doelstellingen van Beliris zal ik de minister schriftelijk verder ondervragen. Kan de commissie ook beschikken over de tekst van de recente persconferentie van de minister?

02.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik zal u het avendant bezorgen.

Dat is wat de regering bekrachtigd heeft.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ziekenhuisinfecties" (nr. 5041)

03.01 **Xavier Baeselen** (MR): Volgens een studie van Itinera zouden er in België jaarlijks 110.000 personen een ziekenhuisinfectie oplopen, met bijkomende verpleegdagen ten bedrage van 116.000.000 euro als gevolg.

Bevestigt u deze cijfers? Beschikt u over statistieken betreffende referentie jaren? Welke maatregelen kunnen overwogen worden om die plaag een halt toe te roepen en dit probleem in het kader van het gezondheidszorgbeleid beter in aanmerking te nemen?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Vijf tot tien procent van de opgenomen patiënten worden het slachtoffer van een ziekenhuisinfectie, wat ongeveer hetzelfde percentage is als in de andere industrielanden. De cijfers van Itinera zijn juist, maar Itinera heeft eigenlijk de cijfers overgenomen van een wetenschappelijk adviesorgaan, namelijk de *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* (BAPCOC). Het Federaal Kenniscentrum legt momenteel de laatste hand aan een onderzoek over de financiële weerslag van de ziekenhuisinfecties en binnenkort zal er een nationale studie over de punctuele prevalentie van de betrokken infecties beschikbaar zijn.

In de laatste jaren werden er negen gewestelijke platformen en een federaal platform voor ziekenhuishygiëne opgericht in de schoot van de BAPCOP. Bovendien werd de financiering van hygiënemaatregelen in de acute ziekenhuizen opgetrokken met 4,3 miljoen euro op jaarbasis. In 2005 en 2007 werden er twee campagnes op touw gezet om de handenhygiëne te bevorderen en een derde campagne is gepland voor 2008-2009. Sinds 2006 is de deelname aan de registratie van ziekenhuisinfecties bij het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid verplicht.

Zeven campagnes voor het bevorderen van een verantwoord gebruik van antibiotica die aan de oorsprong liggen van het ontstaan van multiresistente stammen, hebben goede resultaten opgeleverd.

Ten behoeve van de artsen werden er een tiental richtlijnen met betrekking tot klinische praktijken alsmede een Belgische gids van de behandelingen tegen infecties in de ambulante praktijk uitgewerkt.

Sinds 2003 stelt men een daling van MRSA-infecties en een verlaging van de resistentiepercentages vast.

Toch moeten nog verbeteringen aangebracht worden. Een werkgroep van het federaal platform heeft een voorstel uitgewerkt in verband met de minimumomkadering van de ziekenhuishygiëneteam in gespecialiseerde ziekenhuizen, of het nu om geriatrische of psychiatrische ziekenhuizen gaat. Dit is voor mij een prioriteit op korte termijn. Een andere werkgroep heeft een voorstel van wetgevend initiatief uitgewerkt met het oog op de beheersing van infecties die verband houden met de zorgverlening in opvang- en zorgcentra.

Bovendien heeft de federale overheid meerdere "kwaliteits"projecten gefinancierd. Het meest recente project is een contract dat betrekking heeft op de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten en dat gesloten werd tussen het ziekenhuis en de federale overheid. Tijdens de tweede fase van het project zal bijzondere aandacht worden besteed aan de toepassing van de klinische zorgpaden.

Het incident is gesloten.

04 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemende cocaïnegebruik" (nr. 5117)
- de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "methadon als vervangingsbehandeling" (nr. 5131)
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doctoraatsstudie met betrekking tot druggebruik van de heer Jan Van Overmeire" (nr. 5269)

04.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): Door de uitzonderlijk lage prijzen gebruiken blijkbaar meer en meer mensen cocaïne, terwijl dat fenomeen vroeger blijkbaar eigen was aan bepaalde doelgroepen. Volgens *Le vif/L'Express* zou het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid zich hierover ongerust maken. Verder zou er tot nu toe geen grootschalige studie zijn verricht om de situatie precies in te schatten.

Als dat zo is, zou het dan niet aangewezen zijn om daartoe een initiatief te nemen? In Frankrijk wordt er jaarlijks een rapport uitgebracht over drugs, drugsgebruik en de ontwikkeling van sommige producten. Zou zoiets snel kunnen worden verwezenlijkt? Op welke manier? Bestaat er een behandeling die het mogelijk maakt de toename van het cocaïnegebruik een halt toe te roepen?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Volgens het jaarverslag 2007 van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving neemt het cocaïnegebruik overal in Europa toe. Helaas zijn er geen gegevens per land beschikbaar.

In oktober 2007 ging er een onderzoek van start dat door het Federaal Wetenschapsbeleid wordt gefinancierd en tegen november 2008 zal worden afgerond. Er wordt nagegaan in hoeverre regelmatige onderzoeken bij de bevolking haalbaar zijn. Dankzij die studie kunnen we ons een idee vormen van de meest gepaste methode en krijgen we een globale kijk op de aard en de omvang van het fenomeen. Op grond daarvan kunnen we statistisch onderzoek voeren en met alle diensten en beleidsniveaus van gedachten wisselen over de strijd tegen het drugsgebruik.

Wat de behandeling betreft, kunnen cocaïneverslaafden worden opgenomen in ziekenhuizen en gespecialiseerde centra die een overeenkomst met het RIZIV hebben gesloten. De MPG-registratie (minimale psychiatrische gegevens) in de ziekenhuizen en op de diensten psychiatrie geeft al een gedeeltelijk idee van de behandelingsnoden. Ik werk samen met de andere ministers van Volksgezondheid aan een nationaal TDI-registratiesysteem (Treatment Demand Indicator).

In 2005 werd een protocolakkoord ondertekend door alle ministers van Volksgezondheid. Momenteel bestaan er verschillende registratiesystemen, met hun specifieke kenmerken en eigen keuze van variabelen. Het is dus zaak te proberen die systemen te standaardiseren opdat ze uniforme gegevens kunnen verstrekken. In België zal het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid zorgen voor de inzameling van de gegevens en de analyse van de nationale trends in dit verband.

Preventie behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschapsministers van Volksgezondheid, maar dit onderwerp staat geregeld op de agenda van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Preventie, sensibilisering en informatie, beteugeling en wetenschappelijke studies vormen samen een geheel. Ik hoop dat we in de komende maanden over duidelijke gegevens kunnen beschikken waardoor we het probleem vanuit het standpunt van volksgezondheid en justitie beter zullen kunnen oplossen.

04.03 **Jean-Luc Crucke** (MR): U heeft het gebrek aan statistische gegevens en aan constatering objectief erkend. Ik kijk dus uit naar de cijfers die tegen november 2008 beschikbaar zullen zijn. Het volstaat niet om dit verschijnsel vanuit de invalshoek van de politie te onderzoeken; om een diepgaande studie uit te voeren moet men zich dus naar de gezondheidssector richten.

Het incident is gesloten.

04.04 **De voorzitter** : Vraag nr. 5119 van mevrouw Burgeon werd uitgesteld. De heer Flahaux heeft ingestemd met het uitstel van zijn samengevoegde vraag nr. 5162.

05 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Sonja Becq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van schade als gevolg van medische verzorging" (nr. 5308)
- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medische fouten" (nr. 5312)

05.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Het aantal slachtoffers van medische fouten in België wordt jaarlijks op 10.000 tot 20.000 personen geschat, waarvan 2.000 met een fatale afloop. Bij dergelijke fouten kan de arts uit het ziekenhuis worden ontslagen, maar dit belet hem niet zijn beroep in een ander zorgcentrum uit te oefenen. De Raad van de Orde der Geneesheren zou niet bij machte zijn om geneesheren die niet volgens de regels van de kunst handelen, te beletten hun beroep uit te oefenen. Hoeveel medische fouten worden er gemaakt? Wat zijn de oorzaken ervan? Wat zijn de gevolgen van de bewezen fouten van geneesheren? Welke bijsturingsacties in overleg met de medische kringen denkt u te ontwikkelen?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): In het kader van de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, maakt het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg gewag van 2.000 aangiften per jaar in de verzekeringstak medische burgerlijke aansprakelijkheid. We mogen aannemen dat er jaarlijks 4.000 ongevallen zijn als gevolg van medische verzorging, zonder dat er systematisch fouten aan de basis liggen.

De provinciale raden van de Orde kunnen een geneesheer die een medische fout maakt, schrappen. Bovendien kunnen de provinciale geneeskundige commissies het visum van de geneesheer in hun ambtsgebied intrekken of zijn handhaving aan beperkingen onderwerpen. Het wetsontwerp houdende diverse dringende bepalingen dat thans bij de Senaat voorligt, bevat bepalingen die een einde maken aan de schorsende werking van het beroep dat wordt ingesteld tegen beslissingen van de voornoemde commissies dienaangaande.

De schorsende werking van het beroep is niet gegrond vanaf het moment dat het gaat om een volksgezondheidsprobleem of zodra de burgers beschermd moeten worden. Ten slotte kan de burgerlijke of strafrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer momenteel ter discussie worden gesteld bij de rechtbanken. De wet van 15 mei 2007 biedt een alomvattend antwoord op het probleem van de vergoeding. Alles wordt in het werk gesteld om ervoor te zorgen dat de wet per 1 januari 2009 van kracht kan worden. Ik hoop dat dat een haalbare kaart is, maar ik blijf ter zake voorzichtig.

De FOD Volksgezondheid heeft een aantal initiatieven genomen om alle gezondheidswerkers bewust te maken van het probleem. Bovendien hebben 170 ziekenhuizen een overeenkomst ondertekend met het Directoraat-generaal "Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen" van de FOD Volksgezondheid die hen ertoe verbindt systemen op te zetten met het oog op de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt.

05.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Ik dank u voor dit volledige antwoord. De opleiding van artsen tijdens het universitair traject en daarna is een zeer belangrijk gegeven. We moeten ons ook buigen over de problematiek van buitenlandse artsen of artsen die in het buitenland opgeleid werden en die misschien niet dezelfde normen als in België aangeleerd hebben. Dit is eveneens belangrijk gezien de veelzeggende cijfers die onlangs in dat verband in de commissie en in de plenaire vergadering vermeld werden.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Mevrouw De Block heeft gevraagd om haar vragen uit te stellen. Ik meen dat dit het tweede uitstel is. Wij zullen dit nakijken.

De heer Destrebecq heeft eveneens verzocht om zijn vraag nr. 5130 uit te stellen.

06 **Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de impact van windenergie op de gezondheid" (nr. 5135)**

06.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): Ik heb recent een vraag aan uw collega, minister Magnette, gesteld over de strategie inzake de plaatsing van windmolens. Deze vraag kwam er naar aanleiding van een debat dat ik in drie gemeenten van de regio rond Doornik heb meegemaakt en waarbij deze laatste onder druk van de bevolking geweigerd hebben om windmolens op hun grondgebied te laten plaatsen. Wat mij verontrustte waren de argumenten die hierbij naar voren werden gebracht. Eén van die argumenten – voor zover het zou

kloppen - heeft betrekking op uw bevoegdheden. De tegenstanders van de plaatsing verwezen naar een studie van de *Académie nationale française de médecine* waaruit blijkt dat het geluid van de windmolens een risico op chronisch trauma inhoudt. Dat geluid zou geen gehoorschade veroorzaken, maar zou wel voor slaapstoornissen, stress en angstgevoelens kunnen zorgen als de afstand tussen de windmolens en de woningen minder dan 1.500 meter bedraagt. Is er ooit een ernstige studie verricht naar de risico's voor de gezondheid? Als de plaatsing van windmolens geen risico's inhoudt, moet worden verhinderd dat dergelijke argumenten onterecht worden aangevoerd.

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik ben zeker bereid een studie met betrekking tot dat onderwerp te vragen. De planning van de windmolenparken is echter een Gewestbevoegdheid en het zijn dus de Gewesten die de regels en de procedure betreffende de plaatsing ervan vaststellen, onder meer op het vlak van de geluidshinder. In Vlaanderen, bijvoorbeeld, moet het specifieke geluid van de turbine beperkt worden tot het aanvankelijke omgevingsgeluid min 5 decibel. De inachtneming van die aanbeveling waarborgt in zekere mate dat de gevolgen van het door de windmolens voortgebrachte geluid voor de gezondheid van de omwonenden beperkt blijven.

De geluidshinder van de windmolens is van een aantal factoren afhankelijk, zoals de windsnelheid, de manier waarop de windmolens zijn opgesteld en hun aantal. Het geluid van de windmolens van de eerste generatie kon in het verleden storend zijn. De turbines van de laatste generatie zijn echter, op aerodynamisch en mechanisch vlak, zo opgevat dat ze erg stil zijn. Er bestaan overigens programma's om het geluidsniveau op een bepaalde afstand te berekenen.

Indien men in België de ontwikkeling van duurzame energie wil bevorderen, moet men niet enkel over de nodige ruimte beschikken, maar ook over een maatschappelijk draagvlak. We moeten er dus voor zorgen dat de steun bij de bevolking groeit, onder meer door de deelname aan projecten en door een duidelijke communicatie over de mogelijkheden om de geluidshinder in te perken. Indien u me vraagt de administratie een studieopdracht te geven, zal ik dat volgaarne doen.

06.03 **Jean-Luc Crucke** (MR): Ik neem er akte van dat een studie zal worden verricht.

De **voorzitter**: De vragen nr. 5180 van mevrouw Broeckhoven en nr. 5246 van mevrouw Becq worden omgezet in schriftelijke vragen. Mevrouw De Block heeft gevraagd haar vraag nr. 5181 uit te stellen. Vraag nr. 5189 van de heer Gilkinet wordt omgezet in een schriftelijke vraag, evenals vraag nr. 5237 van mevrouw Van Daele. Mevrouw Lejeune heeft gevraagd haar vraag nr. 5349 uit te stellen. Vraag nr. 5255 van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag. De heer Goutry heeft gevraagd zijn vraag nr. 5257 uit te stellen.

07 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Stichting Kankerregistratie" (nr. 5263)**

07.01 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): De kankerregistratie in Vlaanderen, geïntegreerd in de Vlaamse Liga tegen Kanker, genoot internationale erkenning en werd opgenomen in de publicatie van het IARC (International Agency for Research on Cancer). In 2005 werd dit netwerk afgeschaft en vervangen door een Belgische Stichting Kankerregistratie.

Volgens het Nationaal Kankerplan zijn er hindernissen voor een optimale werking van de Stichting Kankerpreventie. Welke? Werd de Belgische Stichting Kankerregistratie ook al opgenomen in de publicaties van de IARC? Waaraan zal het budget van 1 miljoen euro worden besteed? Wat is de meerwaarde van de Belgische ten opzichte van de Vlaamse kankerregistratie?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Er zijn vijf obstakels. Er is een juridisch obstakel om de private Stichting Kankerregister in een stichting van openbaar nut om te zetten. Daartoe wordt de laatste hand gelegd aan een ontwerp van KB. Het is momenteel ook wettelijk onmogelijk om een raadgevend comité van de gebruikers van het Kankerregister op te richten. Dat vereist een wijziging van het KB nr. 78, wat zal worden ingevoegd in de volgende gezondheidswet. Over de structurele financiering van de Stichting Kankerregister wordt op 27 mei vergaderd. Er moet met de Gemeenschappen een samenwerkingsakkoord worden besproken om de Stichting toegang te verlenen tot de sterftecijfers van de Gemeenschappen, zodat

men die kan vergelijken met de kankerstatistieken. Er moet ten slotte ook een samenwerking worden gepland tussen de laboratoria voor pathologische anatomie, waarvoor een nieuw KB wordt voorbereid.

Met de recente publicatie van de gegevens over het hele Belgische grondgebied is de Stichting Kankerregister opnieuw een erkende gesprekspartner van de IARC.

De verhoging van de subsidie voor de Stichting is gepland in de begroting 2009. Het aangekondigde supplementaire bedrag van 1 miljoen euro moet beschouwd worden als een maximumplafond van bijkomende middelen.

De toegevoegde waarde van het federale orgaan ten opzichte van de organen van de deelgebieden situeert zich ten slotte op diverse vlakken: methodologische samenhang, schaalvergroting, bundeling van competenties, één enkele Belgische gesprekspartner voor internationale organisaties en dialoog tussen de federale overheid en de deeltentiteiten inzake behandeling en gebruik van gegevens inzake kanker.

07.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Wij hebben helemaal niets tegen de uitwisseling van gegevens.

Er is blijkbaar nog veel werk en ik betwijfel of de Vlaamse Kankerregistratie geen gesprekspartner kon zijn voor de IARC. Wij zijn uiteraard voorstander van een orgaan op niveau van de Gemeenschappen.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Valérie Déom aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het partnerschap tussen het KID-centrum van het CHR van Namen en de firma Cryos International" (nr. 5299)

08.01 Valérie Déom (PS): Volgens persberichten werkt het centrum voor kunstmatige donorinseminatie van het CHR in Namen samen met het Deense Cryos. Deze spermabank kwam in opspraak wegens selectiepraktijken die uitsluitend gericht zijn op donors van het zuivere Kaukasische of Scandinavische type. De stichter van het bedrijf steekt het niet onder stoelen of banken dat hij voorstander is van wat hij zelf bestempelt als "liberale eugenetica".

Is het aanvaardbaar dat een Belgisch openbaar ziekenhuis met deze ideologie instemt? Is dit niet strijdig met de filosofie van onze wetgeving ter zake?

Is het juridisch mogelijk om controle uit te oefenen op dit soort spermabanken?

08.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans) : Het CHR van Namen dient de bepalingen van de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten na te leven.

De wetgever heeft nog geen bevoegde personen aangewezen voor de controle op de uitvoering van de wet. Hier moet dringend werk van worden gemaakt!

De wet met de niet dringende bepalingen waarvoor de Raad van State zijn advies al uitgebracht heeft, bepaalt dat die controle moet worden uitgeoefend door de inspecteurs van het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten. Zodra die wet in werking treedt, kunnen de inspecteurs aan het werk. Intussen belast ik mijn administratie ermee een dossier voor te bereiden dat onverwijld aan de procureur des Konings van Namen zal worden bezorgd voor nuttig gevolg.

Door de omzetting in het Belgisch recht van de Europese richtlijn 2004/23 inzake menselijke weefsels en cellen zal het in de toekomst mogelijk zijn efficiënter op te treden, in die zin dat de tekst betrekking zal hebben op alle weefsels en cellen met inbegrip van de gameten.

Het ontwerp werd aan de Raad van State voorgelegd. Intussen bespreken we het met de senatoren om de wetsvoorstellen met amendementen van de regering te steunen. Het is belangrijk dat er een meer vertrouwenwekkend kader komt om de aberraties die u heel terecht aangeklaagd heeft, te voorkomen.

08.03 Valérie Déom (PS): Een andere uitwas is het probleem van de commerciële eiceldonatie in Leuven

enkele maanden geleden!

De directeur van het CHR te Namen heeft aan de pers verklaard dat de selectie gebeurt op grond van vier criteria die afhangen van de kenmerken van de man van het koppel dat de aanvraag doet.

Al kan men die aanpak begrijpen, het doorvoeren van een soort preselectie is toch wel een stap te ver! De inspecteurs van het Belgische Geneesmiddelenagentschap moeten op korte termijn nagaan hoe de ziekenhuizen de wet van 6 juli 2007 toepassen.

De **voorzitter**: Betekent het feit dat de Geneesmiddeleninspectie met die controle is belast ipso facto dat de geslachtscellen en weefsels als geneesmiddelen worden beschouwd? Bij de omzetting van de richtlijn zal het al dan niet kwalificeren van geslachtscellen en weefsels als geneesmiddelen immers gevolgen hebben.

Het incident is gesloten.

09 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door de ontwikkeling van generische geneesmiddelen gerealiseerde besparingen" (nr. 5310)

- de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het afremmen van de ontwikkeling van generische geneesmiddelen door de merkgeneesmiddelenbedrijven" (nr. 5315)

09.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Ons gezondheidsbeleid zou 200 miljoen euro per jaar kunnen besparen door de vermarkting van 50 nieuwe generische geneesmiddelen tussen 2008 en 2010. Die bijzonder voorzichtige raming zou zelfs ver onder de werkelijke besparingen liggen. Men is dus goed op weg om de in het regeerakkoord van 18 maart geformuleerde doelstelling dat de regering de toegankelijkheid tot generische geneesmiddelen en goedkope originele geneesmiddelen zal versterken, te halen.

Sommige gezondheidswerkers denken dat er nog een beter resultaat kan gehaald worden, indien het koninklijk besluit inzake goedkope voorschriften herzien zou worden teneinde de artsen er op een positieve manier toe aan te zetten generische geneesmiddelen voor te schrijven, in plaats van met sancties te dreigen. Hoe staat u tegenover die benadering en over welke bewegingsvrijheid beschikt u om de artsen aan te sporen bij voorkeur generische geneesmiddelen voor te schrijven?

Daarnaast heeft de Europees commissaris voor het concurrentiebeleid op een aantal disfuncties gewezen, met name wat de commercialisering van generische geneesmiddelen betreft. De merkgeneesmiddelenbedrijven maken immers gebruik van de Europese bescherming van de intellectuele eigendom, die een van de strengste ter wereld is, om te voorkomen dat hun octrooien gebruikt worden voor de aanmaak van generische geneesmiddelen. Dat probleem zou zich vooral in België voordoen.

Het regeerakkoord bepaalt dat de regering de toegang tot generische geneesmiddelen en goedkope originele geneesmiddelen zal versterken. Wat zal u, in het licht daarvan, doen om de aangehaalde hinderpalen uit de weg te ruimen?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Ik heb contact opgenomen met een aantal personen die deel uitmaken van de adviesraad en die zich volledig van het *Steering Committee Health* distantiëren.

Het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen moet op een niet-discriminerende manier worden aangemoedigd, of het nu om generische geneesmiddelen gaat dan wel om originele geneesmiddelen waarvan de prijs tot die van de generische geneesmiddelen werd verlaagd. Het spreekt vanzelf dat het verlopen van bepaalde octrooien een kans is die moet worden aangegrepen. Ik ben dus in beginsel niet tegen het idee van stimulansen gekant.

Aangezien ik niet bevoegd ben voor octrooien, zal u die vragen aan de heer Van Quickenborne moeten stellen. Ik kan u wel bevestigen dat de rechtbanken in dat verband al een aantal misbruiken hebben vastgesteld.

Ik stel alles in het werk om de besparingen die voortvloeien uit het verstrijken van de octrooien op het niveau

van het RIZIV zo goed mogelijk te gebruiken. Binnenkort zal een verbetering van de geldende regelgeving worden voorgesteld.

09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ik deel geheel uw mening. Ik zal minister Van Quickenborne in dit verband opnieuw ondervragen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Voor alle andere vragen werd uitstel gevraagd. Mevrouw della Faille heeft gevraagd dat haar vraag nr. 4520 in een schriftelijke vraag zou worden omgezet.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.21 uur.

La discussion des questions est ouverte à 17 h 00 par Mme Muriel Gerken, présidente.

01 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation des hôpitaux" (n° 4978)

01.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : De plus en plus d'initiatives commerciales font leur apparition dans le secteur des soins de santé. Il sera dès lors important, à l'avenir, de mettre en place un dispositif approprié de mesure de la qualité, par exemple basé sur un système d'accréditation des hôpitaux.

Quelles mesures la ministre prendra-t-elle en vue de lutter contre les conséquences néfastes de cette tendance à la commercialisation ? Quels instruments mettra-t-elle en place pour mesurer la qualité des hôpitaux ? Quelle est sa position quant à l'instauration d'un système d'accréditation ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le 'commerce' peut revêtir différentes formes et ne s'accompagne pas systématiquement d'effets néfastes. S'il est vrai que nous devons combattre par tous les moyens le commerce axé sur des objectifs purement lucratifs, il n'en reste pas moins que de nombreux éléments tels que le libre choix du médecin et de la mutualité sont bel et bien basés sur le libre jeu de la concurrence.

Notre système de soins de santé ne laisse guère de latitude aux mécanismes du commerce à proprement parler. Il est fondé sur la solidarité et la protection sociale et doit être accessible à tous les patients. Il existe dans le secteur hospitalier des critères de programmation, de reconnaissance et de financement et il n'y a pas de place pour la recherche du profit. Ainsi, presque chaque hôpital a adopté la forme juridique de l'ASBL. Il y a également la loi de 2002 sur la protection des droits des patients et le contrôle des tarifs par le biais de la réglementation en matière de suppléments et du prix de la journée. Enfin, il y a également les accords nationaux entre les médecins et les mutualités sur les tarifs fixes. En outre, l'assurance maladie est obligatoire en Belgique.

Toutes ces mesures contribuent à maintenir les soins de santé à un niveau financièrement supportable pour les patients. Il est veillé aussi à la répartition géographique, de sorte qu'il y a toujours un hôpital à distance raisonnable.

Il n'est pas aisé de mesurer la qualité des soins dans les hôpitaux. Les pouvoirs publics ont des mesures pour améliorer cette qualité. Au niveau fédéral, il s'agit de l'encadrement normatif des activités des hôpitaux et du financement de plusieurs projets de qualité.

La convention relative à la qualité et à la sécurité conclue avec les hôpitaux constitue le projet le plus récent. L'État dégage davantage de moyens pour le suivi de la qualité. En contrepartie, les hôpitaux rédigent et publient un document relatif à leurs point de vue, stratégie et objectifs en matière de qualité, élaborent un organigramme des structures de qualité au sein de l'hôpital, chargent un comité de coordonner les activités dans le cadre de la sécurité des patients, évaluent la culture de la sécurité des patients, enregistrent et analysent les incidents, rédigent au moins trois fiches descriptives de projets de qualité et, enfin, indiquent comment ils gèrent le *feedback* de l'État sur les indicateurs cliniques et financiers.

En Belgique, il n'existe encore aucun système d'accréditation.

(En français) Cette étude pourra être développée dans le cadre des conventions sur la qualité et la sécurité. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a récemment réalisé une étude comparative entre les pays européens. Une accréditation des hôpitaux n'est pas à exclure, mais des accords devront être conclus avec les Régions et Communautés vu la répartition des compétences en matière de qualité.

01.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Je me félicite de constater que le ministre fait preuve pour l'avenir de l'ouverture requise. Est-il exact que l'actuel système d'accords et de contrôle de la qualité donne satisfaction pour l'instant mais que la situation pourrait changer dans le futur ? Le président des mutualités chrétiennes, entre autres, pense qu'il faudrait y réfléchir.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)* : Des pas importants ont été faits. Je suis ouverte pour en discuter à partir de ce qui existe. Nous verrons comment on peut l'étendre dans le cadre d'un système d'accréditation.

La **présidente** : Mme De Block a demandé le report de sa question n° 4993 mais, comme c'est la deuxième fois, sa question sera transformée en question écrite.

Mme Galant a aussi demandé le report de sa question n° 5030.

L'incident est clos.

02 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Beliris et les projets pour les années à venir" (n° 5049)**

- **M. Bart Laeremans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les moyens fédéraux du Fonds Beliris affectés au financement de la Communauté française" (n° 5259)**

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenant 10 de l'accord de coopération Beliris" (n° 5342)**

- **M. Peter Luykx à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Beliris" (n° 5352)**

02.01 Xavier Baeselen (MR) : Dans le cadre de l'accord de coopération Beliris, existe-t-il une procédure pour le lancement des appels à projets des différentes communes ?

Un des volets de Beliris comporte un avenant qui concerne les piscines. En ma qualité d'échevin de Watermael-Boitsfort, j'aimerais savoir ce que recouvre ce plan. La piscine Calypso, pour laquelle nous avons introduit un projet, figure-t-elle dans l'accord ? Pour quel montant et pour quel type de projet ?

02.02 Bart Laeremans (Vlaams Belang) : La Communauté française va recevoir 2,8 millions d'euros du Fonds Beliris en échange du Pathé Palace. Les moyens de ce Fonds, qui est fédéral, sont en fait destinés au financement des fonctions de capitale belge et internationale que remplit Bruxelles mais, en l'occurrence ils servent à financer directement la Communauté française. Et pour maquiller cette combine, la Région bruxelloise se voit confier la compétence pour le Pathé Palace.

La ministre confirme-t-elle cette information ? A-t-elle connaissance de projets concrets de la Communauté française concernant l'affectation de ce montant de 2,8 millions d'euros ? Les matières culturelles n'étant pas des compétences régionales, comment la ministre explique-t-elle que la Région de Bruxelles-Capitale devienne propriétaire du Pathé Palace ? Est-il question ici d'un transfert de compétences ? Notre commission pourrait-elle prendre connaissance du texte de la conférence de presse donnée récemment à ce propos ? Où en est l'accord-cadre annoncé concernant les objectifs de Beliris ?

02.03 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)* : Ces interpellations me donnent l'occasion de saluer l'excellent travail de la direction Infrastructure de transport de l'administration Mobilité et Transport.

Les projets Beliris sont portés par le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale ou par des membres du gouvernement fédéral. Il n'existe pas de procédure d'appel à projets. C'est le comité de coopération de Beliris, composé de quatre ministres régionaux et de quatre ministres fédéraux, qui décide de l'opportunité de projets.

En ce qui concerne l'élaboration de l'avenant 10 de Beliris, plusieurs réunions du groupe de travail ont eu lieu depuis la fin février. L'avenant a été accepté par le comité de coopération, par le Conseil de la Région de Bruxelles-Capitale et par le Conseil des ministres fédéraux. Ses grands axes portent sur la mobilité, le plan de développement international de Bruxelles, la revitalisation des quartiers, les espaces verts de détente, la culture et le patrimoine. Nous avons décidé d'investir dans des projets d'envergure tels que la gare de Schuman.

(En néerlandais) En ce qui concerne l'inscription du projet Pathé Palace dans l'avenant 10 de Beliris, il a été décidé que cette initiative ne serait financée par Beliris qu'à condition que la propriété du Pathé Palace passe entre les mains de la Ville de Bruxelles ou de la Région bruxelloise.

(En français) En effet, la grande implication de la Communauté française au Pathé Palace posait problème à certains membres du Comité de coopération.

En ce qui concerne plan « piscines », nous avons inscrit 12,5 millions d'euros pour poursuivre le plan entamé par l'avenant n° 9 et permettre la rénovation de piscines que la Région choisira. La philosophie est également d'investir dans des projets visant une égalité entre les quartiers de Bruxelles.

Beliris est complémentaire des crédits régionaux. Par ailleurs, la politique fédérale des grandes villes s'adresse directement aux communes. Il n'y a rien de redondant entre ces différentes politiques fédérales qui visent des objectifs différents.

J'ai insisté au sein du Comité de coordination pour le développement du métro à Bruxelles. Les investissements réalisés dans la Région de Bruxelles-Capitale profitent également aux centaines de milliers de non-Bruxellois qui s'y rendent tous les jours.

Il y a eu un accord dans le cadre du premier paquet pour la régionalisation de l'administration Beliris. Pour ma part, je suis ouverte à toute discussion si l'on veut transmettre les moyens directement à la Région.

Quant aux retards, ils sont imputables aux permis d'urbanisme, délivrés par la Région. Il faut aussi des accords avec les communes, qui sont parfois propriétaires ou doivent assurer une maintenance après la réalisation de travaux. Ces négociations ne dépendent pas de Beliris, qui est une administration très dynamique.

02.04 **Xavier Baeselen** (MR) : À propos de la petite piscine de Boitsfort, je demanderai à ma bourgmestre d'interpeller le gouvernement régional.

De manière plus générale, concernant Beliris, il est normal de financer Bruxelles en tant que capitale internationale et européenne.

Je reste convaincu qu'il conviendrait d'organiser une forme d'objectivation dans l'appel à projets des communes, en tout cas pour le volet régional. En outre, en observant les montants affectés aux projets, j'estime que 20 à 25 % de ces montants demeurent des saupoudrages locaux ou sous-locaux.

Enfin, je suis heureux d'avoir la confirmation que, si les montants prévus ne sont pas dépensés, les enveloppes seront réservées pour des projets sur le terrain.

02.05 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang) : Il n'en demeure pas moins que par le biais de ce montage, un montant extrêmement important est injecté directement dans la Communauté française et qu'il s'agit donc ici

d'un subventionnement déguisé de cette Communauté. S'agissant de l'accord-cadre ayant trait aux objectifs de Beliris, j'interrogerai la ministre par écrit à ce sujet. Notre commission pourrait-elle disposer également du texte de la conférence de presse donnée récemment par la ministre ?

02.06 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : Je vous transmettrai l'avenant.

C'est ce qui a été entériné par le gouvernement.

L'incident est clos.

03 **Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infections nosocomiales" (n° 5041)**

03.01 **Xavier Baeselen** (MR) : Selon une étude d'Itinera, il y aurait 110.000 cas de maladies nosocomiales par an en Belgique, nécessitant des journées supplémentaires d'hospitalisation pour 116.000.000 euros.

Confirmez-vous ces chiffres ? Disposez-vous de statistiques relatives à des années de référence ? Quelles mesures peut-on prendre pour enrayer ce fléau et intégrer davantage cette problématique dans la politique des soins de santé ?

03.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : L'incidence des affections nosocomiales représente de 5 à 10 % des patients hospitalisés, proportion similaire à celle des autres pays industrialisés. Les chiffres d'Itinera sont exacts, mais ils reprennent ceux d'un organe d'avis scientifique : la *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* (BAPCOC). Le Centre fédéral d'expertise finalise une étude sur leur impact financier et une étude nationale de prévalence ponctuelle sera bientôt disponible.

Au cours des dernières années, neuf plates-formes régionales, ainsi que la plate-forme nationale d'hygiène hospitalière ont été créées au sein de la BAPCOC. De plus, le financement de l'hygiène dans les hôpitaux aigus a été augmenté de 4,3 millions d'euros par an. Deux campagnes de promotion de l'hygiène des mains ont été réalisées en 2005 et 2007, une troisième est prévue pour 2008-2009. Depuis 2006, la participation à l'enregistrement des infections nosocomiales auprès de l'Institut scientifique de santé publique est devenu obligatoire.

Sept campagnes visant à promouvoir l'utilisation responsable des antibiotiques, qui sont la cause d'apparition de souches multirésistantes, ont eu de bons résultats.

Une dizaine de directives de pratiques cliniques et un guide belge des traitements infectieux en pratique ambulatoire ont été élaborés à l'intention des médecins.

Depuis 2003, on constate une diminution de l'incidence du MRSA nosocomial et des taux de résistance.

Cependant, il faut encore des améliorations. Un groupe de travail de la plate-forme fédérale a élaboré une proposition au sujet de l'encadrement minimal des équipes d'hygiène hospitalière dans les hôpitaux spécialisés, gériatriques et psychiatriques, ce qui est pour moi une priorité à court terme. Un autre groupe de travail a élaboré une proposition d'initiative législative pour la maîtrise des infections liées aux soins dans les centres d'hébergement et de soins.

Les autorités fédérales ont en outre financé plusieurs projets « qualité », dont le plus récent est un contrat portant sur la qualité et la sécurité des patients conclu entre l'hôpital et le fédéral. Au cours de la deuxième phase du projet, une attention particulière sera accordée à l'application des itinéraires cliniques des soins.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de cocaïne qui tend à se répandre" (n° 5117)
- M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement de substitution par la méthadone" (n° 5131)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la thèse de doctorat de M. Jan Van Overmeire consacrée à la consommation de drogue" (n° 5269)

04.01 Jean-Luc Crucke (MR) : L'usage de la cocaïne qui était auparavant, dit-on, réservé à des milieux ciblés, semble en augmentation, notamment en raison du fait que les prix sont cassés. D'après *Le Vif/L'Express*, l'Institut scientifique de santé publique s'inquiète de cette situation. D'après l'hebdomadaire, il n'y aurait cependant pas, à ce jour, d'étude d'envergure permettant d'apprécier ou d'appréhender la question. Si tel est le cas, ne faudrait-il pas engager une initiative en la matière ? En France, un rapport sur le phénomène des drogues, leur consommation et le développement de certains produits est remis chaque année. Cela pourrait-il se faire rapidement et selon quelles modalités ? Existe-il un traitement susceptible de répondre à une augmentation de la consommation de cocaïne ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Selon le rapport annuel 2007 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, nous assistons partout en Europe à une augmentation de la consommation de cocaïne. Il n'y a, malheureusement, pas de détails par pays.

Une étude financée par la Politique scientifique fédérale a débuté en octobre 2007 et sera terminée en novembre 2008. Son objectif est d'établir la faisabilité d'enquêtes régulières auprès de la population sur le sujet. Grâce à cette étude, nous aurons une idée de la méthodologie la plus appropriée et obtiendrons un aperçu global de la nature et de l'ampleur du phénomène. Sur cette base, nous pourrions mener des enquêtes statistiques, et discuter avec tous les services et niveaux de pouvoir de la lutte contre l'usage de drogues.

Pour le traitement, les patients souffrant d'un problème de consommation de cocaïne peuvent être pris en charge dans les hôpitaux et les centres spécialisés ayant conclu une convention INAMI. Grâce aux données issues du RPM (Résumé minimum psychiatrique) enregistrées dans les hôpitaux et services psychiatriques, nous avons une idée partielle des demandes de traitement. Je travaille avec les autres ministres de la Santé à un système d'enregistrement national TDI (*Treatment Demand Indicator*).

Un protocole d'accord a été signé en 2005 par tous les ministres de la Santé. Actuellement, il existe différents systèmes d'enregistrement avec leurs particularités et leur choix de variables. Il s'agit donc d'essayer de standardiser ces systèmes pour qu'ils puissent fournir des données uniformes. En Belgique, l'Institut de santé publique va se charger de rassembler et d'analyser les tendances nationales en la matière.

La prévention relève de la compétence des ministres communautaires de la Santé, mais ce sujet est porté régulièrement à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle Santé publique.

La prévention, la sensibilisation et l'information, la répression et les études scientifiques forment un tout. J'espère que, dans les mois à venir, nous pourrions avoir des données précises qui nous permettront de mieux résoudre ce problème du point de vue de la santé et de la justice.

04.03 Jean-Luc Crucke (MR) : Vous avez objectivement reconnu la carence en statistiques et constats. J'attends donc les chiffres annoncés pour novembre 2008. Analyser le phénomène à travers le spectre de la police est insuffisant ; il faut alors se tourner vers le secteur de la santé pour analyser ce phénomène jusqu'au bout.

L'incident est clos.

04.04 Le président : La question n° 5119 de Mme Burgeon est reportée. M. Flahaux a accepté le report de sa question jointe n° 5162.

05 Questions jointes de

- Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des dommages résultant de soins de santé" (n° 5308)

- M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les erreurs médicales" (n° 5312)

05.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : On estime qu'il y a annuellement entre 10.000 et 20.000 victimes d'erreurs médicales en Belgique causant près de 2.000 décès. Les mesures prises peuvent aller jusqu'à l'exclusion de l'hôpital mais cette exclusion n'empêche pas le médecin d'exercer dans un autre lieu de soins. Il semblerait que le Conseil de l'Ordre des médecins n'ait pas les moyens de neutraliser des praticiens qui n'exercent pas leur métier dans les règles de l'art. Quel est le nombre d'erreurs médicales ? Quelles en sont les causes ? Quelles sont les suites données en cas de faute avérée de la part de praticiens ? Quelles actions correctives en concertation avec les milieux médicaux envisagez-vous de mettre en place ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé fait état, concernant l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, de 2.000 déclarations de sinistres par an dans la branche responsabilité civile médicale des assurances. On peut estimer qu'il y a chaque année 4.000 accidents liés aux prestations de soins. Il n'y a pas systématiquement de faute à l'origine de ces sinistres.

Lorsqu'un médecin commet une faute médicale, les conseils provinciaux de l'Ordre peuvent aller jusqu'à le radier du tableau. Par ailleurs, les commissions médicales provinciales peuvent, dans leur circonscription, retirer le visa ou subordonner son maintien à l'acceptation des limitations par l'intéressé. Des dispositions ont été insérées dans le projet de loi portant des dispositions diverses urgentes, actuellement examiné au Sénat, afin notamment de supprimer le caractère suspensif des recours contre les décisions prises par les commissions en cette matière.

L'effet suspensif du recours ne se justifie pas dès lors qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique et de protection des citoyens. Enfin, la responsabilité civile ou pénale du médecin peut actuellement être mise en cause devant les tribunaux judiciaires. Une réponse globale à la question de l'indemnisation est apportée par la loi du 15 mai 2007. Tout est mis en œuvre pour que la loi puisse entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2009. J'espère que cela sera possible mais je reste très prudente.

Des initiatives sont prises au sein du SPF Santé publique pour sensibiliser tous les acteurs de soins de santé. En outre, 170 hôpitaux ont signé un contrat avec la direction générale Organisation établissements de soins du SPF Santé publique qui les engage à mettre en place des dispositifs relatifs à la qualité et la sécurité du patient.

05.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Merci pour cette réponse complète. La formation des médecins durant le cursus universitaire et par après est un élément très important. Il faut aussi évoquer la problématique des médecins étrangers ou formés à l'étranger qui n'ont peut-être pas reçu les mêmes normes qu'en Belgique. C'est également important puisque les chiffres signalés récemment en commission et en plénière sont éloquentes à ce propos.

L'incident est clos.

La **présidente** : Mme De Block a demandé le report de ses questions. Je pense que c'est le deuxième report. Nous allons donc vérifier.

M. Destrebecq a également demandé le report de sa question n°5130.

06 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact de l'éolien sur la santé" (n° 5135)

06.01 Jean-Luc Crucke (MR) : J'ai récemment questionné le ministre Magnette, sur la stratégie d'implantation des éoliennes à la suite d'un débat que j'ai vécu dans trois communes du Tournaisis, qui, sous la pression de la population, ont refusé l'implantation d'éoliennes. Ce qui m'a interpellé, ce sont les arguments développés. Pour autant qu'il soit exact, l'un des arguments vous concerne. Les anti-éoliens

invoquaient une étude de l'Académie nationale française de médecine qui notait un risque de traumatisme chronique lié au bruit des éoliennes. Plus précisément, il n'y aurait pas de problème d'oreille mais de perturbation du sommeil, de stress, d'angoisse, si les éoliennes ne sont pas à plus de 1.500 mètres de toute habitation. Existe-t-il une étude sérieuse sur les risques pour la santé ? Car s'il n'y a pas de risque à cet égard, il faut pouvoir empêcher l'utilisation abusive de tels arguments.

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je suis tout à fait disposée à commanditer une étude sur ce sujet, mais comme la planification des parcs à éoliennes est mise en œuvre par les Régions, ce sont elles qui fixent les règles et les procédures relatives à leur installation, notamment en matière de nuisances sonores. En Flandre, par exemple, il convient de limiter le bruit spécifique de la turbine éolienne au niveau sonore ambiant initial moins 5 décibels. Le respect de cette recommandation garantit, dans une certaine mesure, que l'impact du bruit généré par les éoliennes sur la santé des riverains reste limité.

Cela dit, pour information, la mesure dans laquelle les éoliennes produisent des nuisances dépend de différents facteurs, comme l'intensité de la source des turbines, la forme selon laquelle elles sont disposées ainsi que leur nombre. Dans le passé, le bruit des éoliennes de première génération pouvait être dérangent. En revanche, la conception des turbines de dernière génération est telle, sur le plan aérodynamique et mécanique, que le bruit émis reste minime. Il existe d'ailleurs des programmes permettant de calculer les niveaux sonores à une distance déterminée.

Si on veut favoriser le développement des énergies durables en Belgique, il faut non seulement des conditions d'espace, mais il importe également de disposer du soutien de la société. Donc, il est nécessaire de renforcer ce soutien, entre autres par le biais de la participation aux projets et d'une communication claire sur ce qui permet de réduire les nuisances sonores. Si vous me demandez de solliciter l'administration pour une étude, je le ferai bien volontiers.

06.03 Jean-Luc Crucke (MR) : Je prends acte du fait qu'une étude sera mise sur pied.

Le président : Les questions n° 5180 et n°5246 de Mmes Van Broeckhoven et Becq sont transformées en questions écrites. Mme De Block a demandé le report de sa question n° 5181. La question n° 5189 de M. Gilkinet est transformée en question écrite ainsi que la question n° 5237 de Mme Van Daele. Mme Lejeune a demandé le report de sa question n° 5349. La question n° 5255 de Mme Muylle est transformée en question écrite. M. Gouty a demandé le report de sa question n° 5257.

07 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la Fondation Registre du Cancer" (n° 5263)

07.01 Rita De Bont (Vlaams Belang) : La fondation flamande Registre du cancer, qui était intégrée à la Ligue flamande contre le cancer, jouissait d'une renommée internationale et était mentionnée dans les publications de l'IARC (*International Agency for Research on Cancer*). Or en 2005, ce réseau a été supprimé et remplacé par une Fondation belge Registre du cancer.

Selon le Plan cancer national, certaines entraves font obstacle à un fonctionnement optimal de la Fondation pour la prévention du cancer. Quelles sont ces entraves ? La fondation belge Registre du cancer a-t-elle déjà été incluse également dans les publications de l'IARC ? A quelles fins sera destiné le budget d'1 million d'euros ? Quelle est la valeur ajoutée de la fondation belge Registre du cancer par rapport à la fondation flamande ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Cinq obstacles ont été identifiés dont le premier, d'ordre juridique, concerne la transformation de la fondation privée Registre du cancer en une fondation d'utilité publique. À cet effet, un projet d'arrêté royal est en cours de finalisation. De plus, il est légalement impossible pour l'heure d'instituer un conseil consultatif des usagers du Registre du cancer. En effet, cela requiert une modification de l'arrêté royal n° 78 et son insertion dans la prochaine loi sur la santé. Le financement structurel de la fondation Registre du cancer sera l'objet d'une réunion, le 27 mai. Un accord de coopération doit être conclu avec les Communautés pour permettre à la fondation d'accéder aux chiffres relatifs à la mortalité, de manière à pouvoir comparer ceux-ci avec les statistiques relatives au cancer. Enfin,

une coopération doit être prévue entre les laboratoires d'anatomie pathologique. Un nouvel arrêté royal est en préparation à cette fin.

Depuis la récente publication des données relatives à l'ensemble du pays, la fondation Registre du cancer est de nouveau un interlocuteur à part entière de l'IARC.

L'augmentation de la subvention octroyée à la fondation sera prévue dans le budget 2009. Le montant supplémentaire annoncé, de 1 million d'euros, est à considérer comme un plafond maximum.

La valeur ajoutée de l'organisme fédéral par rapport aux organismes des entités fédérées se situe à plusieurs niveaux : cohérence méthodologique, agrandissement d'échelle, concentration des compétences, un seul interlocuteur belge pour les organisations internationales et dialogue entre les autorités fédérales et celles des entités fédérées en matière de traitement et d'utilisation des données relatives au cancer.

07.03 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Nous ne sommes bien évidemment pas opposés à un échange de données.

Il reste donc manifestement beaucoup à faire et je me demande pourquoi la *Vlaamse Kankerregistratie* ne pourrait être un interlocuteur valable pour l'IARC. Il est évident que nous sommes favorables à un organisme au niveau des Communautés.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Valérie Déom à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le partenariat entre le centre IAD du CHR de Namur et la firme Cryos International" (n° 5299)

08.01 Valérie Déom (PS) : J'ai lu dans la presse qu'il existait une collaboration entre le centre d'insémination artificielle avec donneur du CHR de Namur et la firme danoise Cryos, banque de sperme mise en cause pour sa pratique de sélection des donneurs visant les seuls et purs *caucasian* et *scandinavian*. Le fondateur de cette entreprise ne se cache pas de défendre une pratique qu'il qualifie d'eugénisme libéral.

Est-il acceptable qu'un hôpital public belge souscrive à cette idéologie et n'est-ce pas contraire à la philosophie de notre législation en la matière ?

Est-il possible, d'un point de vue juridique, d'exercer un contrôle sur ces banques de sperme ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le CHR de Namur est tenu de respecter les dispositions de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes.

Les personnes compétentes pour le contrôle de l'exécution de la loi n'ont pas encore été désignées par le législateur. C'est une urgence !

La loi de dispositions spéciales non urgentes pour laquelle le Conseil d'État a déjà rendu son avis prévoit que ce contrôle soit exercé par les inspecteurs de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Dès l'entrée en vigueur de cette loi, les inspecteurs pourront intervenir. Dans l'intervalle, je charge mon administration de préparer un dossier qui sera transmis sans délai au procureur du Roi de Namur pour suite utile.

Pour l'avenir, la transposition en droit belge de la directive européenne 2004/23 sur les tissus et cellules permettra une action plus efficace, en ce sens que le texte couvrira tous les tissus et cellules, y compris les gamètes.

Ce projet a été soumis au Conseil d'État. Dans l'intermède, nous en discutons avec les sénateurs pour

soutenir des propositions de loi avec des amendements du gouvernement. Il est important que se dessine un cadre beaucoup plus sécurisant pour éviter les dérives que vous avez très justement dénoncées.

08.03 Valérie Déom (PS) : Une autre dérive est le problème du don commercial d'ovocytes à Leuven, il y a quelques mois !

Le directeur du CHR de Namur s'est exprimé dans la presse, disant que la sélection était opérée sur base de quatre critères qui dépendaient des caractéristiques de l'homme du couple demandeur.

On peut comprendre cette démarche mais de là à en arriver à une sorte de présélection ! Les inspecteurs de l'Agence belge des médicaments devront se mettre rapidement à l'œuvre pour étudier comment les hôpitaux appliquent réellement cette loi du 6 juillet 2007.

La présidente : En guise de complément d'information, le fait de charger l'inspection des médicaments de ce contrôle implique-t-il ipso facto que les gamètes et les tissus sont considérés comme des médicaments ou non ? Dans la transposition de la directive, le fait de les considérer ou non comme médicaments aura des conséquences.

L'incident est clos.

09 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies générées par le développement des médicaments génériques" (n° 5310)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les freins au développement des médicaments génériques mis en oeuvre par les sociétés de médicaments de marque" (n° 5315)**

09.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : L'arrivée de 50 nouveaux médicaments génériques sur le marché entre 2008 et 2010 serait susceptible de permettre une économie de 200 millions d'euros par an à notre politique de santé. Ce chiffre d'une prudence extrême serait même bien en deçà de ce qui sera effectivement économisé. L'objectif de l'accord de gouvernement du 18 mars stipulant que le gouvernement renforcera l'accès des patients aux médicaments génériques et originaux bon marché est donc en bonne voie d'être atteint.

Des professionnels de la santé pensent que ce résultat sera encore meilleur si l'arrêté royal concernant les prescriptions bon marché était revu afin de motiver de manière positive les praticiens à prescrire les médicaments génériques, plutôt que par voie de sanction. Quel est votre avis sur cette approche et quelles sont vos marges de manœuvre pour orienter la politique d'incitation à l'usage préférentiel des médicaments génériques ?

Par ailleurs, la commissaire européenne à la Concurrence a pointé certains dysfonctionnements notamment quant à la mise sur le marché de médicaments génériques, les sociétés de médicaments de marque se servant de la protection de la propriété intellectuelle européenne, qui est l'une des plus fortes au monde, pour bloquer le passage des brevets dans le domaine des génériques. Ce problème concernerait particulièrement la Belgique.

Aussi, au nom de l'accord de gouvernement qui affirme la volonté d'encourager l'accès du patient aux médicaments génériques et originels bon marché, que comptez-vous faire pour faire disparaître les freins susnommés ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : J'ai pris quelques contacts avec des personnes qui se trouvent dans le conseil consultatif, qui se distancient totalement du *Steering Committee Health*.

L'encouragement de la prescription des médicaments moins chers doit se faire sans discrimination, qu'ils soient génériques ou originels ayant baissé leur prix au niveau de celui des génériques. Cela étant dit, il est évident que l'échéance de certains brevets est une opportunité à saisir. Je ne suis donc pas opposée par principe à l'idée d'un incitant positif.

Les brevets n'étant pas de ma compétence, je vous renvoie vers M. Van Quickenborne. Je peux cependant confirmer que les tribunaux ont déjà constaté certains abus en la matière.

Je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour utiliser au maximum les économies générées par les fins de brevet au niveau de l'INAMI. Une amélioration de la réglementation en la matière sera proposée prochainement.

09.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR) : Je partage totalement votre avis. Je vais réinterroger le ministre Van Quickenborne à ce sujet.

L'incident est clos.

La **présidente** : Pour toutes les autres questions, le report a été demandé. Mme della Faille a demandé la transformation de sa question n° 4520 en question écrite.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 21.