

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 09 JUNI 2009

Namiddag

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

du

MARDI 09 JUIN 2009

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.25 uur en voorgezeten door mevrouw Yolande Avontroodt.

01 **Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mechanismen van toegang tot innovatieve therapeutische middelen" (nr. 13045)**

01.01 **Josy Arens** (cdH): Het Parlement keurde in 1997 het stelsel van de prijsvolumecontracten goed en stemde vier jaar geleden in met de loskoppeling van de vergoedingsbasis en de publieksprijs.

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag van 29 september 2008 betoonde u veel interesse voor die regeling.

Die mechanismen zijn belangrijk, zowel wat de toegang tot nieuwe behandelingen betreft als voor de geneesmiddelenbegroting. Waarom worden ze dan niet concreet ingevoerd? Binnen welke termijn denkt u daar wat aan te kunnen doen?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik had een regeringsamendement op de programmawet voorgesteld dat overeenkomsten tussen het RIZIV en de farmaceutische bedrijven mogelijk moet maken.

Tegelijkertijd wordt er een koninklijk besluit voorbereid waarin de voorwaarden voor die overeenkomsten (zoals een erkende therapeutische of maatschappelijke noodzaak) worden vastgelegd, via een uitbreiding van artikel 81 van het koninklijk besluit van 21 december 2001, dat vandaag alleen voor de geneesmiddelen in klasse 1 in dergelijke contracten voorziet. Dat ontwerp van besluit bevat ook een lijst van mogelijke typen van overeenkomsten (prijs/volume, kosten/volume of loskoppeling).

Mijn diensten nemen momenteel contact op met de diverse actoren in dit domein om het toekomstige artikel 81 e.v. zo operationeel mogelijk te maken. Ik hoop dat die bepalingen vóór het laatste kwartaal van 2009 in werking kunnen treden.

01.03 **Josy Arens** (cdH): Ik reken erop dat u dit dossier met de nodige vastberadenheid zal aanpakken. Kan u alles doen wat in uw macht ligt opdat die nieuwe bepalingen zo snel mogelijk zouden worden toegepast?

01.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Er is een voorafgaande beslissing nodig, aangezien het om een koninklijk besluit gaat.

Het incident is gesloten.

02 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en**

Volksgezondheid over "de quota voor implanteerbare hartdefibrillatoren" (nr. 13189)

02.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Sommige hartpatiënten krijgen enkele weken voor een geplande ingreep de melding dat geen defibrillator kan worden ingeplant omdat de quota overschreden zijn. Afgelopen weekend dankte een jonge voetballer zijn leven aan de defibrillator en voor een van mijn patiënten betekende de activering van zijn defibrillator de redding in zijn slaap. Het groeiende aantal aanvragen voor de inplanting van defibrillatoren – preventief en curatief – vloeit voort uit een toenemend aantal hartritmestoornissen. Voor de beperking van het aantal inplantingen uit budgettaire overwegingen kunnen we wel begrip opbrengen, maar als het gaat om leven en dood zou dat eigenlijk niet mogen meetellen.

Hoeveel ziekenhuizen hebben de inplanting van defibrillatoren moeten staken omdat het quotum is overschreden?

Is er een evaluatie gemaakt van het optrekken van het aantal implanteerbare defibrillatoren tot 1.300 en van het aantal inplantingen in het kader van de primaire preventie tot 40 procent? Wat waren daarvan de resultaten? Indien die evaluatie nog niet is gebeurd, wanneer zal ze dan plaatsvinden?

Is het niet mogelijk om de ziekenhuizen sneller te informeren als zij de quota dreigen te overschrijden? Mensen eerst zeggen dat een defibrillator de enige manier is om hun leven te redden en enkele weken later meedelen dat de inplanting om budgettaire redenen niet kan, is toch wel schandalig.

Voorzitter: Mevrouw Muriel Gerkens.

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Nederlands): Het gaat niet over het staken van de inplantingen van defibrillatoren, maar wel over een beperking van de terugbetaling in bepaalde omstandigheden. Als het centrum het quotum van de primaire preventie overschrijdt, dan kan het gedurende één maand geen betaling meer krijgen voor het inplanten van defibrillatoren die onder de primaire preventie vallen. Voor de andere interventies wordt de terugbetaling niet geblokkeerd.

De primaire interventies vertegenwoordigen slechts een beperkt gedeelte van het totaal en patiënten die onder de primaire preventie vallen, lopen minder risico's dan patiënten die onder de secundaire preventie vallen. Voor die laatste groep wordt de terugbetaling nooit geblokkeerd.

Momenteel planten 23 centra IDC's (implantable cardiac defibrillators) in. Ik geef een overzicht van de situatie na het herbekijken van de conventie op 1 juli 2008: in februari 2009 was een centrum geblokkeerd, in maart 2009 twee, in april 2009 drie en in mei 2009 twee. Zij krijgen dus geen terugbetaling meer voor de ingeplante ICD's in het kader van de primaire preventie.

De blokkering belet niet dat wat niet onder de primaire preventie valt, ten laste blijft van de ziekteverzekering.

Aangezien het om jaarlijkse quota gaat, kan de eerste evaluatie pas plaatsvinden na één jaar, met name in juli 2009.

Het aantal primaire interventies ten opzichte van het totale aantal eerste inplantingen ligt momenteel op 31 procent, wat ver onder de limiet van 40 procent is. De meeste centra zitten duidelijk onder het quotum dat is opgelegd door de conventie. Het totale aantal apparaten ligt nog ver onder de drempel van 1.300, zodat er, als de centra hun werkwijze handhaven, normaal geen problemen zullen optreden.

De centra worden elke maand op de hoogte gebracht en beschikken dus over enkele dagen tijd om eventueel hun operatieplannen aan te passen.

Het aantal centra dat flirt met de maximumdrempel is beperkt. Zij volgen trouwens ook zelf hun cijfers op, zodat zij goed weten wanneer ze het gevaar lopen geblokkeerd te worden.

02.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Toch is het eigenaardig dat sommige centra plots met meer gevallen van primaire preventie worden geconfronteerd, zodat ze dreigen hun limiet te bereiken. Ik begrijp gewoon niet dat sommige centra zo ver onder de drempel zitten, terwijl andere die nu al overschrijden.

02.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het gaat om de primaire preventie.

Er wordt over patiënten gesproken, maar er is toch een verschil.

02.05 **Maggie De Block** (Open Vld): Het gaat natuurlijk om mensen met klachten, anders zouden zij zich nooit laten onderzoeken. Zonder hartritmestoornissen is een defibrillator ook niet aan de orde. Het is maar normaal dat de inplanting niet wordt geweigerd als er al een hartstilstand is geweest.

De geplande evaluatie zal veel duidelijk moeten maken. Ik zal die dan ook met argusogen blijven volgen.

02.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De evaluatie zal enige tijd in beslag nemen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 13238 van de heer Gouty wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

03 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "problemen met het medicatieschema dat ziekenhuizen meegeven bij ontslag uit het ziekenhuis" (nr. 13371)**

03.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Bij ontslag uit het ziekenhuis krijgt een patiënt, naast een brief voor de huisarts en een brief voor de thuisverpleging, ook een brief over het medicatieschema mee.

Onderzoek van de VUB geeft aan dat jaarlijks 800.000 Belgen na een verblijf in het ziekenhuis hun medicatie niet correct innemen. Dit onderzoek is beperkt, maar het geeft aan dat de pijnpunten zowel bij de patiënt als bij het ziekenhuis liggen. Als een familielid de medicatie ophaalt, wat in driekwart van de gevallen gebeurt, gaat soms belangrijke informatie verloren. De helft van de patiënten brengt het medicatieschema niet mee naar de apotheker, wat hun werk bemoeilijkt. In 20 procent van de gevallen vergeet het ziekenhuis ook de nodige voorschriften mee te geven en in een op de drie gevallen is het medicatieschema onduidelijk voor de apotheker. Ook de verwarring met merknamen van de medicamenten kan voor problemen zorgen.

Is de minister op de hoogte van de problemen met de medicatieschema's?

Is overleg met de ziekenhuizen niet aangewezen, zodat zowel de patiënt als zijn apotheker en huisarts de toedieningen van de voorgeschreven medicamenten correcter kunnen laten verlopen?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Uit internationale studies is inderdaad gebleken dat 63 procent van de patiënten na het verlaten van het ziekenhuis problemen ondervinden met de inname van geneesmiddelen. In ons land betekent dit dat ongeveer 800.000 patiënten het risico lopen om met een geneesmiddelenprobleem geconfronteerd te worden.

De onderzoeksgroep Transmurale Zorg van de VUB ondervroeg apothekers en huisartsen over de problemen van patiënten die net uit een ziekenhuis werden ontslagen. Deze problemen benadrukken het belang van een correct ingevuld geneesmiddelenschema, want een goede informatieoverdracht is essentieel voor een efficiënt farmaceutisch beleid.

Mijn diensten namen al verschillende initiatieven, zoals het elektronische voorschrift en meer concreet een proefproject inzake klinische farmacie in ziekenhuizen. De klinische apotheker stelt ontslagbrieven op en legt contacten met de patiënten, hun familie en de huisarts, om hen te informeren en te sensibiliseren over de geneesmiddelentherapie.

Er werd 1.250.000 euro voor dit proefproject vrijgemaakt en 27 ziekenhuizen nemen eraan deel. Het project

ging van start in juli 2007. Er wordt specifieke aandacht besteed aan geneesmiddelengebruik bij de opname en na het ontslag uit het ziekenhuis. De eerste resultaten hebben een duidelijke meerwaarde aangetoond.

03.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Het is goed dat dit project een meerwaarde heeft aangetoond, maar zal er ook op beleidsniveau iets mee gebeuren?

03.04 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Ik wacht de voorstellen in die in het verlengde van de conclusies van de proefprojecten zullen worden geformuleerd.

Het incident is gesloten.

03.05 **De voorzitter** : Vraag nr. 13373 van mevrouw Salvi wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

04 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beleid inzake de ziekte van Alzheimer" (nr. 13526)**

04.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Op het einde van vorige regeerperiode werd een resolutie over de noden van alzheimerpatiënten Kamerbreed goedgekeurd. Daarin werd onder andere meer aandacht gevraagd voor een snelle diagnose en behandeling, een correcte terugbetaling en de vereenvoudiging van de administratieve procedures.

Wij zijn een van de weinige landen waar combinatiebehandelingen voor de ziekte van Alzheimer niet worden terugbetaald. Professor Pacolet toonde in een studie echter aan dat een terugbetaling wel degelijk zou renderen. Bovendien worden combinatietherapieën wel terugbetaald voor andere chronische ziektes. Op een totaal van honderdduizend alzheimerpatiënten verblijft 40 procent in een instelling. Zij kosten de ziekteverzekering ongeveer 20.000 euro per jaar. De patiënten die thuis verzorgd worden, kosten 12.000 euro per jaar.

Een snellere diagnose en behandeling zijn nodig en de criteria voor terugbetaling moeten worden vereenvoudigd. De behandeling kost ongeveer 142 euro. Nu ontstaat er een sluipende ongelijkheid in de toegankelijkheid van een vroege behandeling tussen de patiënten die wel en die niet zelf kunnen betalen.

Wat is de stand van zaken van de uitvoering van de resolutie? Wat is het standpunt van de minister over de terugbetaling van combinatietherapieën voor alzheimerpatiënten? Wanneer zal die terugbetaling eventueel gerealiseerd worden en voor welke categorieën?

Een lid van de internationale vereniging voor gerieters heeft signalen opgevangen dat de gesubsidieerde onafhankelijke artsenbezoekers onze huisartsen zouden afraden om alzheimermedicatie voor te schrijven. Ik vind dat verontrustend. De huisartsen zijn het best geplaatst om de eerste signalen van de ziekte te herkennen en te bepalen voor welke patiënten medicatie wel degelijk nuttig kan zijn. Er bestaan ongelooflijk veel - en soms mensonterende - onderzoeken. Wie het kan betalen, kan aan een aantal van die onderzoeken ontsnappen. Wat zal er ondernomen worden?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Wat volksgezondheid betreft, gaat men soms transversaal te werk. Dat is onder meer het geval voor het programma "chronische ziekten", waarin men tracht oplossingen aan te reiken voor de specifieke problemen waarmee bepaalde aandoeningen gepaard gaan. We werken samen met de Koning Boudewijnstichting en de patiëntenverenigingen. Ik wens dat tot een van de prioriteiten van ons Europees voorzitterschap te verheffen.

(Nederlands) Op basis van de voorstellen uit het plan 'dementie' van het Comité voor advies chronische ziekten werd een budget van 2,5 miljoen euro toegekend aan de diagnose en de tenlasteneming van dementerenden.

Verschillende maatregelen worden momenteel voorbereid. In de eerste plaats gaat het om de terugbetaling van de gespecialiseerde diagnose, een project dat in het najaar zal kunnen worden afgerond. In de tweede plaats wordt een tiental geheugenklinieken opgericht die onderzoek moeten doen naar de mogelijkheden van cognitieve revalidatie, naar thuisbehandeling en naar ondersteuning van patiënt en mantelzorger. In de zomer

komt er een ontwerp van overeenkomst en een oproep tot kandidaatstelling.

(Frans) De vlag 'geheugenkliniek' dekt misschien niet helemaal de lading, aangezien de multidisciplinaire teams veeleer naar de patiënt toe gaan.

We zullen die regeling evalueren en in voorkomend geval het aantal geheugenklinieken optrekken.

(Nederlands) De opleiding van de huisartsen moet een vroegtijdige diagnose van de ziekte bevorderen.

(Frans) Ik herhaal dat de patiëntenverenigingen met aandrang vragen dat zo een opleiding zou worden verstrekt, met name aan de huisartsen.

(Nederlands) Verder is er ook een opleiding voor het personeel van de thuisverpleging. De aangepaste tenlasteneming van de patiënten in de dagcentra zal gebaseerd worden op de gespecialiseerde diagnose van hun ziekte.

Het plan beoogt ook prioriteit voor de chronisch zieken. Het gaat erom voldoende opvangcapaciteit te creëren voor de zwaarste gevallen, die niet meer thuis kunnen worden verzorgd. Het plan voorziet ook in structuren voor tijdelijke opvang die de omgeving even moet ontlasten van belastende aandoeningen.

(Frans) In sommige ziekenhuizen zit men echt op dit ontwerp te wachten.

(Nederlands) Alle antialzheimermiddelen op de Belgische markt worden terugbetaald. De terugbetaling van verschillende middelen tegelijkertijd wordt inderdaad niet toegestaan.

Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) voert momenteel een studie uit naar die zorg die de levenskwaliteit van een patiënt met de ziekte van Alzheimer kan bevorderen, zowel op medicamenteus vlak als voor de gedragsmatige, psychosociale aanpak. Op basis daarvan zullen specifieke aanbevelingen worden opgesteld over de organisatie en financiering van alzheimerdementiezorg in België. Een revaluatie van de vergoedingsmodaliteiten van de antialzheimergeneesmiddelen kan in dat kader worden overwogen.

Het Federale Agentschap voor Geneesmiddelen heeft het Kenniscentrum gevraagd de impact van informatie van de onafhankelijke medische bezoekers op het voorschrijfgedrag van huisartsen te onderzoeken. Dat zal gebeuren in 2009.

04.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijn vraag blijft. Wordt er aan de onafhankelijke artsenbezoekers gestandaardiseerde informatie meegegeven? Moeten ze zich daaraan houden? Zal de minister de impactstudie evalueren?

Het doet mij plezier dat de minister veel kennis heeft over deze problematiek.

04.04 Minister Laurette Onkelinx *(Frans)*: Het gaat om onafhankelijke medische secretarissen. Ik weet niet of ze een gedetailleerd vademecum bijhebben. Ik wil niet improviseren en zal dus nadere inlichtingen inwinnen om mijn antwoord te vervolledigen.

04.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het is heel positief dat de minister de geheugenklinieken en de dagopvang een kans geeft. Het is goed dat dit transversaal gebeurt, dat er middelen worden uitgetrokken en dat de patiëntenverenigingen betrokken worden.

Een pijnpunt is dat patiënten heel lang moeten wachten tot een multidisciplinair team een diagnose kan stellen. In die maandenlange wachttijd heeft de patiënt geen recht op terugbetaling. Daarom moeten de huisartsen een grotere detecterende rol kunnen spelen. Alles staat of valt met een vroege, juiste diagnose.

Dat is misschien een element waarmee de minister rekening kan houden als ze richtlijnen opstelt voor de

huisartsen.

04.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Allereerst moeten we ervoor zorgen dat de diagnose door de specialisten tegen de herfst terugbetaald wordt. Die terugbetaling zal een snellere diagnose in de hand werken.

Volgens de patiëntenverenigingen wordt de ziekte overigens niet altijd herkend door de huisartsen. De huisartsen zullen dus een opleiding krijgen, en daarna zullen we het resultaat evalueren. We moeten ons nu niet bezighouden met de diagnose door de huisartsen, al moeten ze wel betrokken worden bij de multidisciplinaire omkadering van de patiënt.

04.07 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Wacht de minister op de studie van het Kenniscentrum om te beslissen over de combinatietherapie?

04.08 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Er is een verschil tussen de diagnose en de begeleiding in het kader van een zorgtraject. Er komt ook effectief een zorgtraject voor diabetici, net zoals dat nu al het geval is voor patiënten met chronische nierinfecties.

Het incident is gesloten.

05 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inlichting van de partner van een hiv-patiënt" (nr. 13380)**

05.01 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Vroeger was het een arts verboden om de partner van een hiv-patiënt in te lichten. Uitzonderlijk mag dat nu wel, maar de arts blijft persoonlijk aansprakelijk.

Onder welke voorwaarde mag een arts het beroepsgeheim doorbreken? Zou het niet rechtszekerder zijn voor de arts en beter voor de partners, mocht de arts altijd de noodtoestand mogen uitroepen en de partner op de hoogte brengen? Overweegt de minister een regeling uit te werken om artsen die bevoegdheid te geven?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Artikel 458 van het Strafwetboek bestraft elke schending van het beroepsgeheim. De medische deontologische code neemt dit principe over. De rechtspraak heeft echter beslist dat er in sommige gevallen sprake kan zijn van een noodtoestand die een afwijking van het beroepsgeheim rechtvaardigt.

De Nationale Raad van Geneesheren heeft zich op 3 februari 2007 en 21 maart 2009 gebogen over de houding van een arts tegenover een hiv-patiënt die weigert maatregelen te nemen om zijn partner te beschermen. De Nationale Raad adviseert een aanpak in meerdere stappen, waarbij de arts zijn geweten zo goed mogelijk volgt en die afhankelijk is van geval tot geval. De Raad heeft niet de bedoeling het principe van het medisch geheim te schenden, maar wil onderzoeken of in uitzonderlijke gevallen, waarbij er een risico op hiv-besmetting is, de noodtoestand kan worden ingeroepen. De arts blijft gebonden aan het beroepsgeheim. Bij een schending beslist enkel de rechter of de arts moet worden bestraft of niet.

05.03 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): De minister schetst de toestand, maar daarmee is de rechtsonzekerheid voor de artsen nog niet verdwenen. 'Het geweten volgen' is te vaag. Het lijkt me beter om een wettelijke mogelijkheid te creëren om het beroepsgeheim te mogen schenden.

05.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Indien men de arts verplicht zijn beroepsgeheim te schenden, zullen sommigen echter niet langer een arts raadplegen. Er moet dus gekozen worden voor een soepele en intelligente benadering, en voor de dialoog.

05.05 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Ik ben niet voor een verplichting, maar voor een toelating.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijke gevolgen van het gebruik van de waterpijp" (nr. 13389)

06.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): De nieuwe wet om het tabaks- en alcoholgebruik in te perken is nog niet afgerond, of een nieuw schadelijk fenomeen steekt de kop op: de waterpijp. Eén waterpijpsessie zou gelijkstaan aan het roken van tien sigaretten.

Wat is de reactie van de FOD Volksgezondheid op deze nieuwe trend? Zal de minister de nadelige gevolgen van het roken van een waterpijp laten onderzoeken? Zal zij een campagne opzetten om het gebruik ervan te ontraden?

06.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): We hebben het reeds eerder gehad over het gebruik van de waterpijp (zie *Beknopt Verslag* 52 COM 458 van 16 februari 2009, blz. 9-12). Bij het roken van een waterpijp kan er tot dertig keer meer rook geïnhaleerd worden dan bij het roken van een sigaret. De secundaire rook veroorzaakt ook gezondheidsrisico's bij niet-rokers.

Volgens een studie van de Nationale Coalitie tegen Tabak heeft 54 procent van de jongeren van 17 of 18 jaar al eens met de *chicha* kennism gemaakt. Bovendien zou slechts 43 procent van de jongeren die thuis Turks of Arabisch spreken, al eens de waterpijp hebben gerookt. Het gebruik van een *chicha* is dus niet langer uitsluitend traditiegebonden. Daarnaast denkt 23 procent van de jongeren dat *chicha's* minder gevaarlijk zijn dan andere tabaksproducten.

(Nederlands) De maatregelen ter ontrading van tabaksgebruik, zoals het verbod om te roken op openbare plaatsen of de verkoop aan min-16-jarigen, zijn van toepassing op alle tabaksproducten, dus ook op waterpijpen en waterpijptabak.

Ook het KB van 13 augustus 1990, dat een gezondheidswaarschuwing op tabaksproducten verplicht maakt, geldt voor deze producten. Mijn diensten onderzoeken momenteel trouwens hoe deze maatregelen kunnen worden uitgebreid, zoals het plaatsen van een waarschuwing met foto's op alle tabaksproducten, met uitzondering van sigaren.

De Inspectie van de FOD Volksgezondheid zal extra aandacht besteden aan het probleem van de waterpijp, een opkomende trend bij jongeren.

Promotiecampagnes zijn een gemeenschapsbevoegdheid, maar momenteel wordt in het kader van de Europese Healthcampagne in het hele land een informatiefolder over de waterpijp verspreid.

06.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Ik ben blij dat de tabaksmaatregelen ook van toepassing zijn op de waterpijp. Wij zullen op regionaal vlak extra aandacht vragen voor de sensibilisering hiervoor.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 13521 van mevrouw Muylle wordt ingetrokken, en de vragen nr. 13558 en nr. 13568 van de heer Goutry worden op diens verzoek uitgesteld.

De behandeling van de vragen eindigt om 15.30 uur.

La réunion publique est ouverte à 14 h 25 sous la présidence de M. Yolande Avontroodt.

01 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mécanismes d'accès aux innovations thérapeutiques" (n° 13045)

01.01 Josy Arens (cdH) : Le Parlement a voté le principe des contrats prix/volume en 1997. De même, notre institution a voté il y a quatre ans le principe de déconnexion entre la base de remboursement et son prix public.

Vous avez marqué un grand intérêt pour ce mécanisme dans votre réponse à une question écrite que je vous ai adressée le 29 septembre 2008.

Étant donné l'intérêt que représentent ces mécanismes tant pour l'accès aux innovations thérapeutiques que pour le budget des médicaments, pour quelles raisons ne sont-ils pas concrétisés ? Dans quel délai pensez-vous remédier à cette situation ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : J'avais proposé un amendement du gouvernement à la loi-programme, permettant la conclusion de conventions entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques.

En parallèle, un arrêté royal en préparation définit les conditions de telles conventions (comme l'existence d'un besoin thérapeutique ou social reconnu), en élargissant l'article 81 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, qui ne prévoit aujourd'hui de tels contrats que pour les médicaments de classe 1. Ce projet d'arrêté liste aussi plusieurs types de conventions possibles (prix/volume, coût/volume ou déconnexion).

Mes services prennent contact avec les intervenants dans ce domaine pour rendre le futur article 81 et les suivants aussi opérationnels que possible. J'espère une mise en application avant le dernier trimestre de 2009.

01.03 Josy Arens (cdH) : Je compte sur votre détermination dans ce dossier. Pourriez-vous faire le maximum pour le rendre d'application au plus vite ?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il faut une décision préliminaire puisque c'est un arrêté royal.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les quotas pour les défibrillateurs cardiaques implantables" (n° 13189)

02.01 Maggie De Block (Open Vld) : Certains patients souffrant de problèmes cardiaques sont informés quelques semaines avant une intervention chirurgicale prévue qu'il ne sera pas possible d'implanter un défibrillateur parce que les quotas ont été dépassés. Le week-end dernier, la vie d'un jeune joueur de football a été sauvée grâce au défibrillateur et un de mes patients n'est pas décédé dans son sommeil grâce à l'activation de son défibrillateur. Le nombre croissant de demandes d'implantations de défibrillateurs – à titre préventif et curatif – résulte du nombre croissant de troubles du rythme cardiaque. Nous pouvons comprendre la limitation du nombre d'implantations pour des raisons budgétaires mais lorsqu'il est question de vie ou de mort ce genre de critères ne pourrait en fait pas être pris en considération.

Combien d'hôpitaux ont dû interrompre l'implantation de défibrillateurs parce que le quota est dépassé ?

Une évaluation a-t-elle été effectuée en ce qui concerne l'augmentation du nombre de défibrillateurs pouvant être implantés à 1.300 et du nombre d'implantations dans le cadre de l'intervention primaire à 40 % ? Quels en ont été les résultats ? Si cette évaluation n'a pas encore eu lieu, quand y procédera-t-on ?

Ne serait-il pas possible d'informer plus rapidement les hôpitaux lorsqu'ils risquent de dépasser les quotas ? Il est tout de même scandaleux de dire d'abord aux gens qu'un défibrillateur constitue le seul moyen de sauver leur vie et de leur faire savoir quelques semaines plus tard qu'il ne pourra pas être procédé à l'implantation pour des raisons budgétaires ?

Présidente : Mme Muriel Gerkens.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il ne s'agit pas de mettre un terme à l'implantation de défibrillateurs, mais d'en limiter le remboursement dans certaines conditions. Si le centre dépasse le quota de prévention primaire, il se peut qu'il ne perçoive plus de paiement pendant un mois pour l'implantation de défibrillateurs entrant dans le cadre de la prévention primaire. Pour les autres interventions, le remboursement n'est pas bloqué.

Les interventions primaires ne représentent qu'une partie limitée du nombre total et les patients concernés

par la prévention primaire courent moins de risques que ceux concernés par la prévention secondaire. Pour ce dernier groupe, le remboursement n'est jamais bloqué.

Pour le moment, 23 centres implantent des DCI (défibrillateur cardiaque implantable). Voici un aperçu de la situation après réexamen de la convention, le 1^{er} juillet 2008 : en février 2009, un centre a été bloqué, en mars 2009 deux, en avril 2009 trois et en mai 2009 deux. Ces derniers ne perçoivent donc plus de remboursement pour les DCI implantés dans le cadre de la prévention primaire.

Le blocage n'empêche pas que les actes ne tombant pas sous le coup de la prévention primaire restent à charge de l'assurance maladie.

Étant donné qu'il s'agit de quotas annuels, la première évaluation ne pourra se faire qu'après un an, soit en juillet 2009.

Le nombre d'interventions primaires par rapport au nombre total de premières implantations atteint actuellement 31 %, ce qui est bien en deçà de la limite des 40 %. La plupart des centres se situent clairement en dessous du quota imposé par la convention. Le nombre total d'appareils demeure bien en deçà du seuil de 1.300, de sorte qu'aucun problème ne devrait se poser si les centres maintiennent leur méthode de travail actuelle.

Les centres sont informés tous les mois et disposent donc de quelques jours pour adapter éventuellement leurs calendriers pour les opérations.

Le nombre de centres flirtant avec le seuil maximal est limité. Les centres suivent d'ailleurs eux-mêmes leurs chiffres, de sorte qu'ils savent très bien à quel moment ils risquent d'être bloqués.

02.03 Maggie De Block (Open Vld) : Il est pourtant singulier que certains centres soient soudainement confrontés à un plus grand nombre de cas de prévention primaire, risquant ainsi d'atteindre leur limite. Je ne comprends tout simplement pas que certains centres se situent très en deçà du seuil, alors que d'autres le dépassent déjà aujourd'hui.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il s'agit de prévention primaire.

Il est question de patients, mais il y a tout de même une différence.

02.05 Maggie De Block (Open Vld) : Il s'agit évidemment de personnes qui se plaignent de troubles, sans quoi elles ne se feraient pas examiner. En l'absence de troubles du rythme cardiaque, le défibrillateur n'est pas de mise. Il est tout simplement logique que l'implantation ne soit pas refusée lorsqu'il y a déjà eu un arrêt cardiaque.

L'évaluation prévue clarifiera beaucoup de choses. C'est pourquoi je continuerai de la suivre avec la plus grande attention.

02.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'évaluation nécessitera un peu de temps.

L'incident est clos.

La **présidente** : La question n° 13238 de M. Goutry est transformée en question écrite.

03 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes liés au schéma de médication transmise par les hôpitaux aux patients à la fin de leur hospitalisation" (n° 13371)

03.01 Maggie De Block (Open Vld) : Lors de la sortie de l'hôpital, un patient reçoit, outre un courrier pour le médecin généraliste et un courrier pour les infirmiers à domicile, aussi un courrier relatif au schéma de médication.

Une étude de la VUB indique qu'annuellement 800.000 Belges ne prennent pas correctement leurs

médicaments après un séjour à l'hôpital. Il s'agit d'une étude limitée mais elle révèle que les problèmes se situent tant au niveau du patient que de l'hôpital. Lorsqu'un membre de la famille réceptionne les médicaments, ce qui se passe dans trois quarts des cas, des informations importantes sont parfois perdues. La moitié des patients n'emporte pas le schéma de médication chez le pharmacien, ce qui complique la tâche de ce dernier. Dans 20 % des cas, l'hôpital oublie également de fournir les prescriptions nécessaires et dans un cas sur trois le schéma de médication n'est pas clair pour le pharmacien. La confusion avec les noms de marques des médicaments peut également poser problème.

La ministre a-t-elle connaissance des problèmes relatifs aux schémas de médication ?

Une concertation avec les hôpitaux ne s'impose-t-elle pas, afin que tant le patient que son pharmacien et son médecin généraliste puissent assurer une meilleure administration des médicaments prescrits ?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Des études internationales ont en effet révélé que 63 % des patients éprouvent des difficultés au niveau de la prise de médicaments après la sortie de l'hôpital. Dans notre pays, ce pourcentage signifie qu'environ 800.000 patients risquent d'être confrontés à des problèmes de médication.

Le groupe d'étude *Transmurale Zorg* de la VUB a interrogé des pharmaciens et des généralistes sur les problèmes des patients qui viennent de quitter un hôpital. Ces difficultés montrent l'importance d'un schéma de médication correctement complété. En effet, une bonne transmission des informations revêt un caractère essentiel dans le cadre d'une politique pharmaceutique efficace.

Mes services ont déjà pris plusieurs initiatives en ce sens, telles que l'instauration de la prescription électronique et, plus concrètement, le lancement d'un projet pilote en matière de pharmacie clinique dans les hôpitaux. Le pharmacien clinicien rédige les lettres de sortie et établit des contacts avec les patients, leur famille et le généraliste pour les informer de la thérapie médicamenteuse à suivre et les sensibiliser à l'importance de cette dernière.

Un montant de 1.250.000 euros a été affecté à ce projet pilote auquel participent 27 hôpitaux. Le projet a démarré en juillet 2007. Une attention particulière est accordée à la consommation médicamenteuse au moment de l'admission à l'hôpital et après la sortie de l'hôpital. Les premiers résultats ont démontré une plus-value évidente.

03.03 Maggie De Block (Open Vld) : S'il est positif que ce projet ait apporté une plus-value, je me demande quelle suite y sera réservée au niveau politique.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : J'attends les propositions qui résulteront des conclusions des projets pilotes.

L'incident est clos.

03.05 La présidente : La question n° 13373 de Mme Salvi est transformée en question écrite.

04 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique relative à la maladie d'Alzheimer" (n° 13526)

04.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : À la fin de la législature précédente, la Chambre a adopté à une large majorité une résolution sur les besoins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cette résolution demandait une plus grande attention pour un diagnostic et un traitement rapides, un remboursement correct et une simplification des procédures administratives.

Nous sommes l'un des rares pays où les traitements combinés de la maladie d'Alzheimer ne sont pas remboursés. Le Professeur Pacolet a pourtant montré dans une étude qu'un tel remboursement serait rentable. Du reste, les thérapies combinées sont remboursées pour d'autres maladies chroniques. Quarante pour cent des patients atteints d'Alzheimer résident dans une institution. Sur une base annuelle, ils coûtent à l'assurance maladie quelque 20.000 euros, contre 12.000 pour ceux qui sont soignés chez eux.

La rapidité de diagnostic et de traitement est essentielle et les critères de remboursement doivent être

simplifiés. Le traitement coûte environ 142 euros. Aujourd'hui, le risque d'inégalité d'accès au traitement précoce, selon que le patient soit capable ou non de prendre en charge son traitement, est réel.

Où en est l'exécution de la résolution ? Quel est le point de vue de la ministre concernant le remboursement des thérapies combinées pour les patients atteints d'Alzheimer ? Quand le remboursement se concrétisera-t-il et pour quelles catégories ?

D'après des informations en possession d'un membre de l'association internationale des gériatres, les délégués médicaux indépendants subventionnés déconseilleraient à nos généralistes de prescrire des médicaments contre la maladie d'Alzheimer, ce qui me semble inquiétant. Les généralistes sont les mieux placés pour reconnaître les premiers signaux de la maladie et déterminer pour quels patients une médication peut s'avérer utile. Le nombre d'exams est incroyablement élevé, et parfois déshonorant. Ceux qui peuvent se le permettre financièrement peuvent échapper à une partie de ces exams. Quelles mesures prendrez-vous ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : En matière de santé publique, on travaille parfois de manière transversale. C'est notamment le cas dans le programme « maladies chroniques », dans le cadre duquel on s'efforce de rencontrer les problèmes spécifiques à certaines pathologies. Nous travaillons avec la fondation Roi Baudouin et les associations de patients. Je souhaiterais en faire une de nos priorités dans le cadre de la présidence européenne.

(*En néerlandais*) Sur la base des propositions formulées dans le cadre du plan 'démence' du Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques, un budget de 2,5 millions d'euros a été affecté au diagnostic et à la prise en charge des déments.

Plusieurs mesures sont en préparation. Premièrement, il y a le remboursement du diagnostic spécialisé, un projet qui pourra aboutir à l'automne. Deuxièmement, une dizaine de cliniques de la mémoire seront mises en place ; elles seront chargées d'étudier les possibilités de la réhabilitation cognitive, d'un traitement à domicile et de l'accompagnement des patients et des personnes qui dispensent les soins de proximité. Au cours de l'été, un projet de convention sera établi et un appel aux candidats sera lancé.

(*En français*) L'appellation « clinique de la mémoire » n'est peut-être pas adaptée : les équipes multidisciplinaires se rendent plutôt chez le patient.

Nous évaluerons ce dispositif et pourrons, le cas échéant, augmenter le nombre de ces cliniques de la mémoire.

(*En néerlandais*) La formation des médecins généralistes devra favoriser le diagnostic précoce de la maladie.

(*En français*) Je répète qu'au sein des associations de patients, la demande est forte pour cette formation, notamment au niveau des médecins généralistes.

(*En néerlandais*) De plus, il existe également une formation destinée au personnel qui dispense des soins infirmiers à domicile. La prise en charge adaptée des patients dans les centres de jour sera fondée sur le diagnostic spécialisé de leur maladie.

Le plan vise également à donner la priorité aux malades chroniques. Il faut créer une capacité d'accueil suffisante pour les cas les plus graves qui ne peuvent recevoir des soins à domicile. Le plan prévoit également des structures d'accueil provisoire pour décharger quelque peu l'entourage des malades.

(*En français*) Le projet est très attendu dans certaines unités hospitalières.

(*En néerlandais*) Tous les médicaments contre la maladie d'Alzheimer qui sont distribués sur le marché belge, sont remboursés. Il est exact que le remboursement de différents médicaments en même temps n'est pas autorisé.

Le Centre d'expertise des soins de santé réalise actuellement une étude sur les soins les plus adéquats pour

améliorer la qualité de vie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et ce en ce qui concerne tant les médicaments que l'approche comportementale et psychosociale. Sur cette base, des recommandations spécifiques seront formulées à propos de l'organisation et du financement des soins liés à la maladie en Belgique. Une réévaluation des modalités de remboursement des médicaments contre la maladie d'Alzheimer pourra être envisagée dans ce contexte.

L'Agence fédérale des Médicaments a demandé au Centre d'expertise d'examiner l'incidence des informations fournies par les visiteurs médicaux indépendants sur les prescriptions des généralistes. Cette étude sera menée en 2009.

04.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Ma question reste sans réponse. Des informations standardisées sont-elles fournies aux visiteurs médicaux indépendants ? Sont-ils tenus de les respecter ? La ministre procédera-t-elle à une évaluation de l'étude d'incidence ?

Je me réjouis de constater que la ministre est très bien informée de cette problématique.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Ce sont des secrétaires médicaux indépendants. J'ignore s'ils viennent avec un vade mecum précis. Je ne tiens pas à inventer et je compléterai donc ma réponse.

04.05 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Je me réjouis que la ministre offre une chance aux cliniques de la mémoire et à l'accueil de jour. On peut se réjouir du fait qu'une approche transversale soit appliquée, que des moyens soient dégagés et que les associations de patients y soient associées.

Le fait que les patients doivent attendre très longtemps avant qu'une équipe multidisciplinaire puisse établir un diagnostic constitue un problème. Au cours de cette période d'attente de plusieurs mois, le patient n'a pas droit au remboursement. C'est pourquoi les médecins généralistes doivent pouvoir jouer un rôle plus important. Pouvoir poser un diagnostic précoce et correct est de la plus grande importance.

Il s'agit là peut-être d'un élément dont la ministre pourra tenir compte lors de l'élaboration des directives pour les médecins généralistes.

04.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Avant tout, il faut rembourser, pour l'automne prochain, le diagnostic des spécialistes. Ce remboursement va soutenir la démarche pour un diagnostic plus rapide.

Par ailleurs, selon les associations de patients, il y a eu des problèmes de reconnaissance de la maladie par les médecins généralistes. On formera donc les médecins généralistes et on évaluera le résultat. Il ne faut pas commencer à travailler sur le diagnostic des généralistes, même s'ils doivent être impliqués dans la chaîne multidisciplinaire autour du patient.

04.07 Yolande Avontroodt (Open Vld) : La ministre attend-elle de prendre connaissance de l'étude du Centre d'expertise pour prendre une décision concernant la thérapie combinée ?

04.08 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il y a une différence entre le diagnostic et la prise en charge dans le cadre d'un trajet de soins. Celui-ci sera aussi effectif pour le diabète, comme c'est déjà le cas pour l'infection rénale chronique.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'information du partenaire d'un patient atteint du sida" (n° 13380)

05.01 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Autrefois, il était interdit à un médecin d'informer le ou la partenaire d'un patient de la séropositivité de celui-ci. Cette interdiction est aujourd'hui levée dans des circonstances exceptionnelles mais le médecin demeure responsable à titre personnel.

À quelle condition un médecin peut-il violer le secret professionnel ? N'y aurait-il pas plus de sécurité juridique pour le médecin et ne serait-il pas préférable pour les partenaires concernés que la possibilité pour le médecin d'invoquer l'état de nécessité devienne la règle et non plus l'exception, et que le praticien puisse toujours informer le partenaire d'un ou d'une personne séropositive ? La ministre envisage-t-

elle d'élaborer une réglementation pour attribuer cette compétence aux praticiens ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : L'article 458 du Code pénal sanctionne toute violation du secret professionnel. Ce principe a été repris dans le code de déontologie médicale. Toutefois, la jurisprudence a décidé que dans certains cas, un état de nécessité peut justifier qu'il soit dérogé au secret professionnel.

Le Conseil national de l'ordre des médecins s'est penché les 3 février 2007 et 21 mars 2009 sur le cas d'un médecin qui a refusé de prendre des mesures pour protéger un de ses patients contaminé par le virus VIH. Le Conseil national suggère en l'espèce une approche par étapes dans le cadre de laquelle le médecin adopte autant que possible l'attitude que lui dicte sa conscience et qui peut varier d'une situation à l'autre. Le Conseil n'entend pas mettre en cause le principe du secret médical mais tient à vérifier si, dans des cas exceptionnels comportant un risque de contamination par le virus VIH, l'urgence peut être invoquée. Le médecin reste tenu au secret professionnel. En cas de violation, seul un juge est habilité à décider s'il y a lieu de le sanctionner.

05.03 Rita De Bont (Vlaams Belang) : La ministre a brossé le tableau de la situation mais n'a pas pour autant levé l'insécurité juridique pour les médecins. « Suivre sa conscience », voilà qui est bien vague. Il me paraît préférable de créer une possibilité légale de transgresser le secret médical.

05.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Mais si vous obligez à lever le secret professionnel, certaines personnes n'iront plus consulter leur médecin. Il faut travailler d'une manière souple et intelligente, qui permette le dialogue.

05.05 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Je ne suis pas pour une obligation, mais pour une autorisation.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets nocifs de l'utilisation de la pipe à eau" (n° 13389)

06.01 Rita De Bont (Vlaams Belang) : La nouvelle loi visant à réduire la consommation de tabac et d'alcool n'est pas encore entrée en vigueur qu'apparaît un autre phénomène nocif : la pipe à eau. Une séance de pipe à eau équivaldrait à la consommation de dix cigarettes.

Quelle est la position du SPF Santé publique quant à cette nouvelle mode ? La ministre demandera-t-elle que soient étudiés les effets nocifs de l'utilisation de la pipe à eau ? Lancera-t-elle une campagne pour en dissuader l'utilisation ?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Nous avons déjà discuté de la pipe à eau (voir *Compte rendu analytique* 52 COM 458 du 16 février 2009, p. 9-12). La quantité de fumée inhalée lors de l'utilisation d'une pipe à eau peut être jusqu'à trente fois plus importante que lors de la consommation d'une cigarette. Les fumées secondaires provoquent également des risques sanitaires chez les non-fumeurs. Selon une étude menée par la Coalition nationale de lutte contre le tabagisme, 54 % des jeunes âgés de 17 ou 18 ans ont déjà utilisé une chicha. En outre, seuls 43 % des jeunes qui parlent turc ou arabe à la maison ont fait cette expérience. L'utilisation de la chicha n'est donc plus limitée à une pratique traditionnelle. Par ailleurs, 23 % des jeunes pensent que les chichas sont moins dangereuses que les autres produits du tabac.

(*En néerlandais*) Les mesures visant à décourager le tabagisme, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou la vente aux mineurs de moins de 16 ans, sont d'application sur tous les produits liés au tabac et donc aussi aux pipes à eau et au tabac pour les pipes à eau.

L'arrêté royal du 13 août 1990, qui rend obligatoire l'avertissement sanitaire sur les produits à base de tabac, s'applique à ces produits. Mes services recherchent pour le moment des façons d'étendre ces mesures, comme la mention d'un avertissement accompagné de photos sur tous les produits à base de tabac, à l'exception des cigares.

L'Inspection du SPF Santé publique consacrera une attention toute particulière au problème de la pipe à eau,

de plus en plus populaire parmi les jeunes.

Les campagnes de promotion relèvent de la compétence communautaire, mais, pour le moment, une brochure d'information sur la pipe à eau est distribuée dans tout le pays dans le cadre de la campagne européenne de la santé.

06.03 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Je suis heureuse d'apprendre que les mesures liées au tabac sont également d'application à la pipe à eau. Au niveau régional, nous demanderons qu'une attention toute particulière soit accordée à la sensibilisation sur ce sujet.

L'incident est clos.

La **présidente** : La question n° 13521 de Mme Muylle est retirée et les questions n^{os} 13558 et 13568 de M. Goutry sont reportées, à sa demande.

La discussion des questions est close à 15 h 30.