

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 16 JUNI 2009

Namiddag

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

du

MARDI 16 JUIN 2009

Après-midi

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.30 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemend tekort aan algemeen internisten in de grotere ziekenhuizen" (nr. 13558)

01.01 Luc Goutry (CD&V): Er is in toenemende mate sprake van een tekort aan algemeen internisten in de grotere ziekenhuizen. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is dan ook begonnen met de specialisatie van algemeen internist te herijken.

In elk ziekenhuis zijn hoe dan ook dokters nodig met een brede algemene internistische vorming. Er zijn immers steeds meer vragen naar specifieke consultaties, naar preoperatieve onderzoeken en naar permanentiebijstand op de verpleegafdelingen. De orgaanspecialisten zijn vaak te sterk gespecialiseerd in hun domein en kunnen in specifieke omstandigheden, zoals permanentie en spoedgevallen, onvoldoende aan de noden beantwoorden.

Ook de Hoge Raad maakt zich zorgen over die evolutie en de faculteiten geneeskunde pleiten voor het behoud van een basisopleiding als algemeen internist.

Deelt de minister de bezorgdheid van de Hoge Raad en van de faculteiten? Hoe ver staat het met de herijking van de specialisatie algemeen internist? Wanneer wordt dit afgerond? Welke andere maatregelen zijn volgens de minister mogelijk om het tekort aan algemeen internisten te voorkomen?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Algemeen internist is een veeleisend beroep en de vooruitzichten worden niet altijd gevaloriseerd. Daarom zijn er inderdaad velen die zich specialiseren in dochterspecialismen.

In uitvoering van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 is een verhoging met 10 procent van het toezicht op patiënten in de ziekenhuizen doorgevoerd, een maatregel die goed is voor een herwaardering van 4.300.000 euro en waarvan ook de algemeen internisten zullen kunnen profiteren.

In uitvoering van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008 is ook voorgesteld om specifiek voor de algemeen internisten een nieuwe deskundige raadpleging of synthesesaadpleging in te voeren die enkel voor hen is bestemd.

Deze syntheseseraadpleging is een eerste raadpleging met analyse op basis van de bestaande elementen uit het medisch dossier van een patiënt, als tot dan toe het behandelingsresultaat onvoldoende was. Daarvoor wordt een vergoeding voorgesteld van 72,15 euro voor niet-geaccrediteerde algemeen internisten en van 75 euro voor geaccrediteerde algemeen internisten. De totale kostenraming hiervoor is 2.943.000 euro en in het akkoord 2008 is een budget van 3.000.000 euro ingeschreven. Dit voorstel is door het verzekeringscomité goedgekeurd.

Het financiële aspect is echter niet het enige waarmee men rekening moet houden. Er zijn ook nog andere disciplines waarin er tekorten zijn. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de dringende geneeskundige hulpverlening en de pediatrie. De planningcommissie van het medisch aanbod zal mij advies geven over de situatie van de specialisaties. Momenteel loopt ook een algemene enquête bij de specialisten. Op basis van de adviezen van de commissie zal het departement Volksgezondheid kunnen deelnemen aan het debat over de te nemen maatregelen.

01.03 Luc Goutry (CD&V): De herijking en de financiële valorisatie zijn allebei belangrijk, maar we moeten ook structureel en op termijn kijken hoe we dit probleem kunnen opvangen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenningscommissie oncologie" (nr. 13568)

02.01 Luc Goutry (CD&V): Momenteel heeft elke specialisatie in de geneeskunde haar eigen erkenningscommissie, die zich kan uitspreken over de vraag of artsen zich oncoloog mogen noemen.

De minister wil echter liever een commissie medische oncologie, met daarin vertegenwoordigers van de geneesheren-specialisten van de basisspecialiteiten, de beslissing laten nemen over die vraag. Dat gaat nochtans in tegen het advies van de Hoge Gezondheidsraad, die liever de competenties van elke basisspecialiteit wil uitbreiden om een erkenning in de oncologie toe te kennen.

Blijft de minister bij het standpunt dat een erkenningscommissie medische oncologie nodig is? Op basis van welke argumenten? Is dit al allemaal uitgewerkt door de administratie? Kloppen de geruchten dat er naast de commissie medische oncologie nog een andere overkoepelende commissie zou komen?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Er is kennelijk wat verwarring tussen, enerzijds, de erkenningscommissie medische oncologie en, anderzijds, de bijzondere competentie in oncologie, die toegankelijk is voor dertien basisspecialiteiten en die ik wil oprichten. De erkenningen voor de nieuwe specialiteit in medische oncologie worden probleemloos toegekend, maar om een bijzondere kwalificatie in oncologie toe te kennen aan de aanvragende artsen zijn nog bijkomende stappen nodig.

Onder mijn voorganger zijn het algemene kader en de gemeenschappelijke criteria gedefinieerd voor de toekenning van de bijzondere competentie in oncologie voor alle dertien basisspecialiteiten. De definitie van de specifieke kwalitatieve en kwantitatieve criteria voor het preciseren van de bijzondere expertise waarover specialisten en elk van de dertien basisspecialiteiten moeten beschikken, is een langdurig proces dat nog steeds bezig is. De Hoge Raad vergaderde eind vorige week om advies te geven over de voorstellen van de criteria voor de vijf van de dertien basisspecialiteiten waarvoor het aantal kandidaten het grootst is. Ik verwacht deze adviezen zo snel mogelijk.

Het advies van de Hoge Raad om geen specifieke commissie voor oncologie op te richten, heb ik aandachtig bestudeerd. Ik blijf het echter belangrijk vinden dat enerzijds artsen die bevoegd zijn in het betrokken domein de adviezen geven over de individuele aanvragen voor erkenning, terwijl ik anderzijds vind dat het rechtvaardig is dat de vereisten voor de toekenning van de bijzondere kwalificatie in de oncologie voor alle specialisten uit de verschillende specialiteiten gelijk zijn.

Daarom is de oprichting aan de gang van een unieke ad-hocerkenningscommissie voor de toekenning van de bijzondere competentie in de oncologie. Zij zal samenwerken met bepaalde leden die zitting hebben in de

erkenningcommissies van de verschillende basisspecialiteiten. Op die manier kunnen artsen met dezelfde specialiteit als de aanvragende artsen beter de vereiste kwalificaties evalueren.

02.03 Luc Goutry (CD&V): Het is vrij complex, maar het is evident dat artsen die zich enkel specialiseren in medische oncologie een erkenning moeten krijgen van een eigen erkenningcommissie. De vraag is of bijvoorbeeld een nefroloog-oncoloog moet erkend worden door de erkenningcommissie nefrologie of door de erkenningcommissie medische oncologie. Het advies van de Hoge Raad is duidelijk: laat nefrologen erkennen door de erkenningcommissie nefrologie, ook over het onderdeel oncologie.

02.04 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Het is een complexe vraag en er zijn twee adviezen.

(*Frans*) De eerste optie is te vertrekken vanuit het orgaan en telkens verschillende commissies op te richten. De tweede optie bestaat erin te stellen dat er een enkele commissie nodig is voor de erkenning van de drie basisspecialiteiten met aanvullend oncologie. Persoonlijk ben ik te vinden voor die tweede optie.

02.05 Luc Goutry (CD&V): Er is een verschil in visie. De erkenning zou in handen moeten blijven van de erkenningcommissie die aan de specialiteit verbonden is. Niet alles wat oncologie betreft moet naar één commissie worden overgeheveld. De Hoge Raad deelt mijn standpunt.

02.06 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): We wensen de oprichting van een commissie die samenwerkt met oncologen die in de erkenningcommissies zitting hebben. Ze zullen samen de betrokken oncologische specialiteit kunnen bepalen.

02.07 Luc Goutry (CD&V): Dat is iets anders.

Valt de erkenning van specialisten voor de titel nefroloog-oncoloog onder de bevoegdheid van de algemene commissie?

02.08 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ja, oncologie is een volwaardige wetenschap.

De verschillende partijen lijken het mondjasmaat eens te worden over de idee van een enkele commissie waar de specialisten van de specialiteitencommissies en de oncologen samen zouden werken.

02.09 Luc Goutry (CD&V): Voor het voorschrijven van tumorgebonden geneesmiddelen is een erkenning als oncoloog nodig. Het komt voor dat een hooggespecialiseerde orgaanspecialist toelating moet vragen voor een terugbetaling aan zijn collega medisch oncoloog, terwijl hij evengoed de behandeling kan starten.

Het incident is gesloten.

03 Samengevoegde vragen van

- de heer **Luc Goutry** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging door de Raad van State van het koninklijk besluit betreffende de kiwiprocedure" (nr. 13586)

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging door de Raad van State van het koninklijk besluit betreffende de kiwiprocedure" (nr. 13600)

03.01 Luc Goutry (CD&V): De Raad van State heeft het KB van 17 mei 2006 over het openbaar aanbesteden van geneesmiddelen vernietigd.

Wat is de precieze strekking van het arrest? Past de minister het KB aan? Wat is het gevolg voor het KB uit 2007 over de cholesterolremmers? Hoe staat de minister tegenover het kiwimodel? Plant zij een voortzetting van deze procedure? Zal zij overleggen met de sector? Wat is het besparingseffect van de kiwiprocedure op de cholesterolverlagers?

03.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): In december 2008 vernietigde de Raad van State het KB betreffende de kiwiprocedure omwille van de schending van het gelijkheidsbeginsel. Minister Demotte

baseerde zich voor de procedure op de gezondheidswet van april 2005.

Wat zijn de concrete gevolgen van deze vernietiging? In welke mate wil de minister het kiwimodel wijzigen? Wat zijn de gevolgen voor het KB inzake de cholesterolremmers? Pharma.be hoopt dat de regering definitief het kiwimodel zal verlaten. Wat is het regeringsstandpunt?

03.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Volgens het arrest van de Raad van State houdt het KB te weinig de verplichting in om rekening te houden met mogelijke verschillen inzake de dosering of de verpakkingsgrootte bij de specialiteiten die voor een kiwiprocedure in aanmerking komen.

Op 15 februari 2007 was er echter al een nieuw KB uitgevaardigd dat de kiwiprocedure gedeeltelijk herschreef. Hiermee kwam men dus al tegemoet aan de bezwaren van de Raad van State en dus is een verdere aanpassing van het KB niet meer nodig.

Ook tegen het KB van 2007 kwam er verzet. Dezelfde kamer die de vernietiging van het KB van 2006 uitsprak, onderzocht het dossier en is niet ingegaan op een verzoek tot vernietiging.

Bij de uitvoering van de kiwiprocedure werd reeds rekening gehouden met de vergelijking tussen de verschillende farmaceutische specialiteiten. Dat heeft dus geen enkel gevolg op simvastatine.

Het kiwimodel werd diepgaand geëvalueerd. Deze evaluatie zal aan de commissieleden worden bezorgd. Onder meer de uitgavenbeheersing is een sterk punt. Op het vlak van haalbaarheid en uitvoerbaarheid is duidelijk dat het niet wenselijk is om het model in zijn huidige vorm te hergebruiken. Bij elke verdere ontwikkeling van deze procedure zal worden overlegd met de sector, want dergelijke procedures moeten worden ingepast in een coherent beleid inzake kostenefficiënt voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen.

Op basis van de beschikbare RIZIV-cijfers kan men vaststellen dat het besparingseffect van de kiwiprocedure op simvastatine 14,5 miljoen euro bedraagt. Er was een besparing van 15 miljoen euro verwacht.

03.04 **Luc Goutry** (CD&V): Ik wist niet dat het KB van 2007 overeind blijft. De commissieleden krijgen een evaluatienota ter beschikking. Ik ga ermee akkoord dat de minister het kiwimodel niet in zijn huidige vorm zal behouden. Ik heb in deze kwestie voormalig minister Demotte dikwijls bestreden. Ik heb nu gelijk gekregen. Men mag het kind echter niet met het badwater weggooien. Het spreekt boekdelen dat een partiële toepassing leidt tot 15 miljoen besparingen. De methodiek die achter het kiwimodel zit, moeten we valoriseren. Ik stel aan de voorzitter voor om hieraan een debat te wijden als we het evaluatierapport in ons bezit hebben.

03.05 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Het KB van 2007 is in de praktijk niet vernietigd. We moeten de evaluatienota grondig kunnen bestuderen. De minister is niet van plan om het kiwimodel te hergebruiken. Wordt het kiwimodel definitief begraven?

03.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het model blijft, maar het moet worden aangepast.

03.07 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Er komt een bijsturing, maar het model wordt niet verlaten. We landen dus waar we de vorige regeerperiode al hadden willen landen.

03.08 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat is het resultaat van het overleg met heel wat partners. Tijdens een onderhandeling doet men water in de wijn, maar hoe meer men dat doet, hoe gebrekkiger het vergelijk dreigt te worden.

03.09 **Luc Goutry** (CD&V): (*Frans*) Iedereen heeft verdiensten!

(*Nederlands*) Het is fout gegaan bij het concreet uitschrijven van de procedure. Ik heb daar toen voor gewaarschuwd.

03.10 **De voorzitter**: Wij zullen op die evaluatiegegevens wachten. Weet u wanneer we die zullen

ontvangen?

03.11 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik zal vragen dat men ze u onmiddellijk toestuu

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs 13588 van de heer Van Noppen en 13627 van mevrouw Muylle worden uitgesteld.

04 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verschillen inzake borstkankerscreening tussen de Gewesten" (nr. 13603)**

04.01 **Luc Goutry** (CD&V): In Vlaanderen worden preventieve borstkankeronderzoeken vooral via een screeningsmammografie uitgevoerd, terwijl dat in Wallonië en Brussel vooral gebeurt via de veel duurdere diagnostische mammografie. Zo is het aantal diagnostische mammografieën in het Vlaamse Gewest nu gedaald van 27 procent naar 21 procent. In het Waalse Gewest is er weliswaar ook sprake van een daling, maar toch gebeurt 45 procent van de borstkankeronderzoeken daar nog altijd via de eigenlijk overbodige diagnostische mammografieën.

Het Intermutualistisch Agentschap dringt erop aan om bij bevolkingsonderzoeken de voorkeur te geven aan een screeningsmammografie.

Ook de honoraria lopen uiteen: een protocol van een diagnostische mammografie is 50 euro duurder dan dat van een screeningsmammografie. Het is onlogisch om duurdere onderzoeken uit te voeren wanneer hetzelfde resultaat kan worden bereikt op een goedkopere manier.

Welke maatregelen zal de minister nemen om diagnostische mammografieën af te raden - tenzij ze uiteraard werkelijk nodig zijn - en om het gebruik van de goedkopere screeningsmammografieën te stimuleren bij bevolkingsonderzoeken?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat de diverse Gewesten en Gemeenschappen andere accenten leggen, hangt samen met de institutionele evolutie van het land.

Wanneer ik zie welke bedragen elk van de Gemeenschappen aan gezondheidspreventie besteedt, denk ik dat we meer gebaat zouden zijn bij meer samenhang via een herfederalisering van deze bevoegdheid. Dit is mijn persoonlijke mening, die ik u ter overweging meegeef.

(*Nederlands*) In de interministeriële conferentie voor Volkgezondheid werd een interkabinettenwerkgroep Kankerplan opgericht, die onder meer de opsporing van borstkanker in België moet optimaliseren om aldus de mortaliteit te verminderen.

Vier acties werden voorgesteld. Allereerst is er een campagne naar de bevolking, gecoördineerd door de Gemeenschappen. De Franse Gemeenschap plant een nieuwe campagne bij het begin van het nieuwe schooljaar. De Brusselse minister voor Volksgezondheid heeft, in samenwerking met Miss België en verschillende organisaties, een campagne opgezet, zoals de Vlaamse Gemeenschap de vorige jaren al heeft gedaan in samenwerking met de Vlaamse Liga tegen Kanker.

(*Frans*) Ten tweede zal er feedback over de borstkankerscreening gegeven worden aan de huisartsen, gynaecologen en radiologen. Daarin worden de wetenschappelijke aanbevelingen in herinnering gebracht, en wordt aan elke arts verslag uitgebracht over de participatie van de vrouwen uit de doelgroep van zijn patiëntenbestand. Die informatie zal in november worden verzonden.

Ten derde zal de samenwerking tussen de federale overheid en de Gemeenschappen inzake borstkankerscreening worden voortgezet.

Ten vierde moeten de modaliteiten voor de terugbetaling van de mammotest voor degenen die niet behoorlijk verzekerd zijn, vastgesteld worden. De denkpiste die onderzocht wordt is de tenlasteneming van de kosten door de deelgebieden.

Daarnaast zal het Kankercentrum vanaf augustus werkgroepen oprichten, die zich zullen buigen over de struikelblokken voor de screening en de te ondernemen acties.

Kortom, we verbeteren de instrumenten door het toekomstige Kankerplan samen met de Gemeenschappen voor te bereiden, meer bepaald op het stuk van preventie.

04.03 Luc Goutry (CD&V): Ik ga akkoord met de minister dat de bevoegdheden homogeen moeten zijn. Opsporing is natuurlijk van het grootste belang. In dat kader moeten wij de *evidence based method* gebruiken, de veel goedkopere screeningsmammografie dus, in plaats van de diagnostische mammografie, die aangewezen is om problemen te ontdekken en diagnoses te stellen. Nu gebruikt men het geld van de ziekteverzekering op een oneigenlijke manier, zodat met hetzelfde geld minder opsporingen kunnen worden gedaan. Ik zal deze materie verder opvolgen.

Het incident is gesloten.

05 Samengevoegde vragen van

- de heer Michel Doomst aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod tot plaatsen van een gsm-mast" (nr. 13656)

- de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het risico van gsm-masten voor de volksgezondheid" (nr. 13706)

05.01 Michel Doomst (CD&V): Een Gentse rechter heeft de plaatsing van een gsm-mast in een woonwijk nabij een school verboden omdat de stralingen ongezond zouden zijn. Is de minister op de hoogte van die beslissing en beschikt zij over objectieve gegevens waaruit een invloed zou blijken van gsm-masten op de gezondheid van de omwonenden? Deze vraag wordt op lokaal niveau steeds weer gesteld. Is er over deze problematiek echt geen uitsluitsel te krijgen via een studie of een eenduidige uitspraak?

05.02 Jean-Luc Crucke (MR): In een vonnis van de rechtbank van eerste aanleg te Gent van 18 mei 2009 wordt de plaatsing van een mast van 28 meter hoog verboden. De rechtbank liet zich hierbij kennelijk door het risico voor de volksgezondheid leiden.

De magistraat kaatst de bal terug naar het publieke kamp, op grond van het oordeel dat er "een risico bestaat behalve indien u me duidelijk zegt dat er helemaal geen gevaar is".

Hoe analyseert u dat oordeel? Kunt u stellen dat de masten of de zendmasten geen enkel gevaar betekenen voor de volksgezondheid? Zijn er andere studies aan de gang?

05.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In het kader van het beroep tegen de ordonnantie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 1 maart 2007 betreffende de bescherming van het leefmilieu tegen de eventuele schadelijke effecten en hinder van niet-ioniserende stralingen, was het Grondwettelijk Hof op 15 januari van oordeel dat niet het federale niveau bevoegd is, maar de Gewesten. Ik verwijz u dus door naar de Gewesten voor het antwoord op uw vraag. Ik kan wel zeggen dat er adviezen bestaan.

(Nederlands) Er is geen eenduidige informatie. Een werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad volgt alle informatie van zeer nabij op.

In verband met eventuele schadelijke effecten op de gezondheid, verwijz ik naar de adviezen van maart 2005 en februari 2009 over de normering voor zendmasten. Men raadt daarin voorzichtigheid aan bij het vastleggen van de normen en men beklemtoont de noodzaak om de studies en technologische ontwikkelingen goed op te volgen.

(Frans) Dat valt onder de bevoegdheid van de Gewesten. Wij zullen nauwlettend volgen wat er in de buurlanden, en meer bepaald in Frankrijk, gebeurt. Het voorzorgsbeginsel primeert.

05.04 Michel Doomst (CD&V): Ik hoor altijd graag dat er naar de Gewesten wordt verwezen. Toch moet dit probleem ook op federaal niveau worden gevolgd. Wij kijken met name uit naar wat de Hoge Gezondheidsraad zal doen.

05.05 Jean-Luc Crucke (MR): Ik heb redenen om u dankbaar te zijn: u hebt de bal teruggespeeld naar degenen die de verantwoordelijkheid op zich moeten nemen.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medicatiefouten" (nr. 13657)

06.01 Michel Doomst (CD&V): Eén op veertig patiënten leidt schade doordat er foute medicatie wordt toegediend. Een studie heeft uitgewezen dat medicatiefouten in een ziekenhuis kunnen worden gehalveerd als artsen, apothekers en verpleegkundigen duidelijkere afspraken maken.

Is de minister op de hoogte van deze problematiek? Welke maatregelen heeft zij al genomen en welke zal zij nog nemen?

06.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Mijn diensten zijn op de hoogte van deze problematiek. Een van de belangrijkste oorzaken voor incidenten met foute medicatie is een slechte communicatieoverdracht tussen het voorschrijven en toedienen.

Er zijn verschillende initiatieven om incidenten met geneesmiddelen te voorkomen. Zo hebben wij een project gefinancierd met betrekking tot het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen in ziekenhuizen. Dat gaf aanleiding tot de ontwikkeling van het e-healthsysteem, waardoor voorschriften elektronisch worden bewaard. Binnenkort wordt een KB gepubliceerd dat het elektronische voorschrijven een juridische basis geeft.

Ook neemt een zestal Belgische ziekenhuizen deel aan de Franse studie *Etude Merveille* in het kader van de *Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés*.

De FOD Volksgezondheid financiert via jaarcontracten de Belgische ziekenhuizen om op een gecoördineerde manier aan de kwaliteit te werken en dus medicatiefouten te voorkomen. De medicatieveiligheid wordt ook elk jaar besproken op het symposium Patiëntenveiligheid.

Er nemen bovendien 27 ziekenhuizen deel aan een studie over de impact van de klinische farmacie in ziekenhuizen. Een tussentijdse conclusie bevestigt de meerwaarde van de klinische farmacie in een multidisciplinaire context.

06.03 Michel Doomst (CD&V): In deze tijden van stijgend geneesmiddelengebruik en een commercialisering van de sector is het belangrijk dat de wetgeving de zaken goed volgt. Ik ben dan ook blij te horen dat er binnenkort een KB komt om het elektronische voorschrijfgedrag te regelen.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van een afdoende behandeling van cysteuze lymfangiomen" (nr. 13678)

07.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Nathan, een jongen uit 's Gravenbrakel, lijdt aan een aangeboren vasculaire misvorming die goedaardige cysten veroorzaakt in het gezicht en de hals, zodat zijn jonge leven niet bepaald over rozen loopt. De gevolgde behandelingen bleven zonder resultaat en zijn moeder gaat nu op zoek naar een behandeling om haar zoon een normaal leven te bezorgen. Daartoe doet ze een oproep op internet en in de pers.

Bestaat er binnen de FOD Volksgezondheid een dienst die gespecialiseerd is in zeldzame ziekten en die informatie zou kunnen bezorgen over de mogelijke behandelingen en over de Belgische en buitenlandse

medische diensten die gespecialiseerd zijn in deze ziekte?

De zieke personen en hun gezin staan in dit soort situaties vaak alleen en voelen zich machteloos. Ze gaan, soms tevergeefs, op zoek naar verenigingen van zieken die aan dezelfde aandoening lijden. Indien er niet zo'n dienst bestaat, lijkt het u dan geen goed idee om er een op te richten?

Hoe zou u dit specifieke gezin en de andere personen die aan een zeldzame ziekte lijden, kunnen helpen?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): In het kader van het programma 'Prioriteit aan de chronisch zieken!' bouwen we momenteel samen met de ziekenfondsen, de drie federaties van patiëntenverenigingen, het RIZIV en de FOD Sociale Zekerheid aan een nieuwe structuur voor informatie en zelfhulp, ten behoeve van iedere persoon die aan een zeldzame en/of chronische ziekte lijdt.

De ziekenfondsen zouden fungeren als toegangspoort tot alle voor de patiënten en hun families nuttige en beschikbare informatiebronnen. Zij zouden bevoegd zijn voor een efficiënte doorverwijzing van de vraagsteller naar de patiëntenvereniging, overheidsdienst of verzorgingsinstelling die hem het gepaste antwoord kan geven. We hopen die structuur al in 2010 op poten te zetten.

In afwachting kunnen families die met die moeilijkheden kampen, zich wenden tot hetzij een van de drie federaties van patiëntenverenigingen, hetzij de dienst voor gezondheidsbevordering van hun ziekenfonds. Ook het met de FOD Volksgezondheid verbonden Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid kan patiënten met zeldzame ziekten nuttige informatie verstrekken.

Samen met de patiëntenverenigingen, de ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de geneesheren werken we aan een actieprogramma voor patiënten met een zeldzame ziekte en/of weesziekte.

Ik geef me er rekenschap van dat mijn antwoord weinig zoden aan de dijk zet ten opzichte van wat de patiënten en hun families doormaken. Om hun leed te verzachten is het van het allergrootste belang dat ze in contact kunnen komen met een patiëntenvereniging of andere betrokkenen.

07.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Ik kan de middellange of langetermijndoelstelling alleen maar onderschrijven. In een eerste fase zullen we met een van de drie patiëntenverenigingen oplossingen trachten uit te werken.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs 13684 en 13686 van de heer Flahaux worden uitgesteld.

08 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-terugbetaling van het geneesmiddel Lyrica in geval van neuropathische pijn" (nr. 13687)**

08.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Het geneesmiddel Lyrica is momenteel het enige geneesmiddel waarmee neuropathische of neurologische pijn op efficiënte wijze kan worden bestreden. Lyrica wordt terugbetaald voor diabetische pyelonefritis, post-herpetische neuralgie en soms voor epilepsie. Het wordt niet terugbetaald voor neuropathische of neurologische pijn die te wijten is aan andere factoren, terwijl de pijn dezelfde is.

Wanneer werden de terugbetalingsvoorwaarden voor Lyrica voor de laatste keer gewijzigd? Is een herziening van die terugbetalingsvoorwaarden mogelijk? Zou de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen het dossier op uw verzoek naar zich toe kunnen trekken?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): De Inspectie van Financiën en Begroting hebben onlangs het groene licht gegeven voor mijn voorstel om Lyrica ook terug te betalen voor perifere neuropathische pijn boven op de pijnindicaties die al worden terugbetaald. Ik zal alles in het werk stellen om vaart te zetten achter de bekendmakingsprocedure. Ik hoop dat alles uiterlijk tegen 1 augustus rond zal zijn.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs 13684 en 13686 van de heer Flahaux worden uitgesteld, net als de vraag nr. 13692 van de heer Clarinval, de vraag nr. 13716 van de heer Goutry en de vraag nr. 13719 van mevrouw Gerkens.

09 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor chronische pijn" (nr. 13718)

09.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): De RIZIV-overeenkomst van negen pijncentra loopt eind september af.

Sommige van die centra, zoals Saint-Luc of Mont-Godinne, kampen met een aanzienlijk tekort en worden zelfs met sluiting bedreigd.

Dat tekort zou oplopen tot 250.000 euro per centrum. De financiering van de centra stoelt op de technische verstrekkingen, terwijl ze voor een bio-psycho-sociale benadering hebben geopteerd. Het lijkt me absoluut noodzakelijk dat ze extra middelen krijgen.

Hebben alle negen referentiecentra te kampen met financiële moeilijkheden? Wat zijn de conclusies van de recente akkoordraad van de negen centra met het RIZIV? Hoe zit het met de bestaande begrotingsenveloppe voor die centra? Wanneer zal de toewijzing plaatsvinden? Moet de nomenclatuur van de medische verstrekkingen niet worden herzien?

09.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Sommige referentiecentra voor chronische pijn hebben me gewezen op de financiële moeilijkheden waarmee ze kampen in het kader van de overeenkomst die ze met het RIZIV hebben gesloten.

Het RIZIV werkt momenteel aan de evaluatie van die overeenkomst. Sommige centra halen de in de overeenkomst vastgelegde capaciteit niet, andere wel. De manier waarop pijn in elk van de ziekenhuizen wordt behandeld, zou die verschillen kunnen verklaren.

De Akkoordraad is een overlegorgaan, geen besluitvormingsorgaan. Op de vergadering van 29 mei werden de oorzaken van de vermelde problemen onderzocht. Men moet zich nog buigen over de oplossingen.

In 2008 werd de begrotingsenveloppe voor de centra opgetrokken tot 375.000 euro per centrum.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen werd verbeterd, met name door er intellectuele verstrekkingen en met pijnbehandeling verband houdende technische verstrekkingen in op te nemen.

In het kader van het programma 'Prioriteit voor de chronisch zieken' werd er een bedrag van 4,2 miljoen euro uitgetrokken om proefprojecten op te zetten. Dankzij diverse initiatieven zal het door de Belgian Pain Society voorgestane model voor de globale behandeling van chronische pijn geleidelijk kunnen worden ingevoerd.

Misschien moet een verdeling van de enveloppe uitgaande van de reële behoeften van elk centrum worden overwogen.

09.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Wat er van die enveloppe rest, zou dus eventueel kunnen worden overgeheveld.

09.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Precies. Dit is een complex dossier en ik zou de centra willen helpen, maar ik kan geen verbintenissen aangaan zonder dat de situatie op begrotingsvlak is opgehelderd.

09.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Naast de kleinere centra, die vinden dat men ze wat in de kou laat staan, zou men de ziekenhuisbeheerders hierin moeten kennen.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verplichting voor de apothekers om farmaceutische producten af te leveren" (nr. 13720)

10.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): De apothekers ontvangen het door de ziekenfondsen terugbetaalde bedrag pas twee maanden na de verkoop. Ze hebben het monopolie van de geneesmiddelendistributie, en ik ben van mening dat ze uit dien hoofde op het vlak van de verstrekking van geneesmiddelen een openbaredienstverplichting hebben. Sommige apothekers weigeren in sommige gevallen een duur geneesmiddel te verstrekken aan een patiënt onder het voorwendsel dat die patiënt het geld niet kan voorschieten. Zijn de apothekers effectief verplicht om de door een arts voorgeschreven geneesmiddelen te verstrekken? Worden er sancties opgelegd als ze dat niet doen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De apotheker heeft inderdaad het monopolie op de detailverkoop van geneesmiddelen aan patiënten. Daaruit volgt dat een apotheker die een voor het publiek toegankelijke officina uitbaat, verplicht is geneesmiddelen aan de patiënt te verstrekken als diens vraag in overeenstemming is met de geldende wetgeving. Een weigering van de apotheker doet een deontologisch probleem ontstaan. Een patiënt aan wie een apotheker geneesmiddelen weigert te verstrekken, kan zich wenden tot de Orde der Apothekers. Indien een apotheker bovendien weigert noodzakelijke geneesmiddelen te verstrekken én bewezen werd dat de patiënt de geneesmiddelen wel degelijk nodig heeft, kan de apotheker strafrechtelijk worden vervolgd wegens het niet verlenen van hulp aan een persoon in nood.

10.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Als men naar de apotheek komt om een niet-voorgeschreven product te kopen, geldt dezelfde verplichting dan ook?

10.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik denk het niet. Ik zal dat laten natrekken.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.48 uur.

La discussion des questions est ouverte à 15 h 30 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie croissante d'internistes généraux dans les grands hôpitaux" (n° 13558)

01.01 Luc Goutry (CD&V) : Il est de plus en plus question d'une pénurie d'internistes généraux dans les grands hôpitaux. La Commission nationale Médico-Mutualiste s'est dès lors lancée dans une réévaluation de la spécialisation en médecine interne générale.

Des médecins ayant une solide formation en médecine interne générale sont nécessaires dans tous les hôpitaux. Dans les unités de soins, les demandes de consultations spécialisées, d'examen préopératoires et d'assistance de permanence ne cessent de se multiplier. Les spécialistes d'organes sont souvent trop spécialisés dans leur domaine et dans des circonstances particulières comme les permanences et les services d'urgence ne sont pas suffisamment capables de répondre aux besoins.

Le Conseil supérieur s'inquiète également de cette évolution et les facultés de médecine préconisent le maintien d'une formation de base en médecine interne générale.

La ministre partage-t-elle les préoccupations du Conseil supérieur et des facultés ? Où en est la réévaluation de la spécialisation en médecine interne générale ? Quand sera-t-elle bouclée ? Quelles sont, selon la ministre, les autres mesures possibles pour prévenir la pénurie d'internistes généraux ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Le métier d'interniste général est extrêmement exigeant et les perspectives ne sont pas toujours valorisées. C'est la raison pour laquelle nombreux sont ceux qui se spécialisent dans l'un des domaines de la médecine interne.

En exécution de l'accord national médico-mutualiste 2009-2010, une augmentation de 10 % est prévue pour la surveillance des patients hospitalisés, mesure qui s'inscrit au bénéfice de la revalorisation de

4.300.000 euros dont les internistes généraux pourront également profiter.

En exécution de l'accord national médico-mutualiste 2008, il est également proposé d'introduire spécifiquement pour les internistes généraux une nouvelle consultation d'expert ou consultation de synthèse qui leur est destinée en propre.

Cette consultation de synthèse constitue une première consultation avec analyses sur la base des éléments existants du dossier médical d'un patient, lorsque le résultat du traitement a été insatisfaisant jusque-là. La rémunération proposée s'élève à 72,15 euros pour les internistes généraux non accrédités et à 75 euros pour les internistes généraux accrédités. Le coût total de l'opération est estimé à 2.943.000 euros et, dans l'accord de 2008, un budget de 3.000.000 d'euros a été inscrit. Cette proposition a été approuvée par le comité de l'assurance.

L'aspect financier n'est toutefois pas le seul dont il faille tenir compte. Il existe également des pénuries dans d'autres disciplines, comme l'aide médicale urgente et la pédiatrie. La Commission de planification de l'offre médicale me transmettra un avis sur la situation des spécialisations. Une enquête générale menée auprès des spécialistes est également en cours à l'heure actuelle. Sur la base des avis rendus par la commission, le département de la Santé publique pourra participer au débat relatif aux mesures à prendre.

01.03 Luc Goutry (CD&V) : Même si la réévaluation et la revalorisation financière de ces prestations revêtent toutes deux une grande importance, nous devons également nous poser la question de la réponse structurelle à apporter, à terme, à ce problème.

L'incident est clos.

02 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la commission d'agrément pour l'oncologie" (n° 13568)

02.01 Luc Goutry (CD&V) : Actuellement, chaque spécialisation médicale dispose de sa propre commission d'agrément, qui peut se prononcer sur la question de savoir si un médecin peut se qualifier d'oncologue.

La ministre préfère toutefois confier cette décision à une commission d'oncologie médicale, composée de représentants des médecins spécialistes des spécialités de base, ce qui est toutefois contraire à l'avis du Conseil supérieur de la santé qui privilégie une extension des compétences de chaque spécialité de base en vue de l'attribution d'un agrément en oncologie.

La ministre juge-t-elle toujours une commission d'agrément en oncologie médicale nécessaire ? Sur la base de quels arguments ? L'administration s'est-elle déjà attelée à ce dossier ? Les rumeurs selon lesquelles une autre commission faitière serait créée parallèlement à la commission d'oncologie médicale sont-elles fondées ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Il existe manifestement une certaine confusion entre la commission d'agrément d'oncologie médicale d'une part et les compétences spéciales en oncologie d'autre part, accessibles à treize spécialités de base et que je souhaite mettre en place. Les agréments de la nouvelle spécialité en oncologie médicale sont attribués sans aucun problème mais, pour obtenir une qualification professionnelle spéciale en oncologie, les médecins demandeurs doivent accomplir des démarches supplémentaires.

Le cadre général ainsi que les critères communs pour l'octroi de la compétence spéciale en oncologie pour l'ensemble des treize spécialités de base ont été définis sous mon prédécesseur. La définition des critères qualitatifs et quantitatifs particuliers permettant de préciser l'expertise particulière exigée des spécialistes et de chacune des treize spécialités de base est un processus de longue haleine toujours en cours. Le Conseil supérieur s'est réuni fin de la semaine dernière pour formuler un avis sur les propositions de critères pour cinq des treize spécialités de base dans lesquelles les candidats sont les plus nombreux. J'attends ces avis le plus rapidement possible.

J'ai attentivement étudié l'avis du Conseil supérieur ne recommandant pas la mise en place d'une commission spéciale pour l'oncologie. Je maintiens cependant qu'il est important que les médecins compétents dans le domaine concerné formulent des avis sur les demandes d'agrément individuelles mais aussi qu'il est entièrement justifié que les critères pour l'octroi de la qualification professionnelle spéciale en oncologie soient identiques pour l'ensemble des spécialistes issus des différentes spécialités.

C'est pourquoi une commission d'agrément ad hoc unique est en cours de création pour l'octroi de la compétence particulière en oncologie. Elle collaborera avec certains membres siégeant au sein des commissions d'agrément des différentes spécialités de base. Des médecins spécialisés dans le même domaine que les médecins demandeurs seront ainsi mieux à même d'évaluer les qualifications requises.

02.03 Luc Goutry (CD&V) : C'est relativement complexe, mais il est évident que les médecins qui ne se spécialisent qu'en oncologie médicale doivent obtenir un agrément d'une commission d'agrément spécifique. La question qui se pose est de savoir si, par exemple, un néphrologue-oncologue doit être agréé par la commission d'agrément de néphrologie ou par la commission d'agrément d'oncologie médicale. L'avis du Conseil supérieur est clair : les néphrologues doivent être agréés par la commission d'agrément de néphrologie, aussi en ce qui concerne l'aspect oncologie.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Il s'agit d'une question complexe et deux avis ont été rendus.

(En français) La première option est de partir de l'organe et de faire chaque fois des commissions différentes. La deuxième option est de dire qu'il faut une commission unique pour la reconnaissance des trois spécialités de base avec le complément oncologie. Personnellement, j'approuve cette deuxième option.

02.05 Luc Goutry (CD&V) : On constate une différence d'approche. La reconnaissance devrait rester entre les mains de la commission d'agrément liée à la spécialité. Tout ce qui concerne l'oncologie ne doit pas être transféré vers une seule commission. Le Conseil supérieur partage mon point de vue.

02.06 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Nous souhaitons que soit établie une commission travaillant en collaboration avec des oncologues siégeant dans les commissions d'agrément. Ensemble, ils pourront déterminer la spécialité d'oncologie concernée.

02.07 Luc Goutry (CD&V) (en français) : C'est autre chose.

La reconnaissance des spécialistes pour le titre néphrologue-oncologue relève-t-elle de la compétence de la commission générale ?

02.08 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Oui. L'oncologie est une science à part entière.

Petit à petit, les différentes parties semblent s'accorder sur l'idée de commission unique où travailleraient ensemble les spécialistes des commissions des spécialités et les oncologues.

02.09 Luc Goutry (CD&V) : Il faut obtenir un agrément comme oncologue pour pouvoir prescrire des médicaments antitumoraux. Il peut en effet arriver qu'un éminent spécialiste d'organe doive demander à son collègue oncologue l'autorisation de procéder à un remboursement alors qu'il possède tout comme celui-ci les compétences requises pour commencer une thérapie antitumorale.

L'incident est clos.

03 Questions jointes de

- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté royal relatif à la procédure KIWI" (n° 13586)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté royal relatif à la procédure KIWI" (n° 13600)

03.01 Luc Goutry (CD&V) : Le Conseil d'État a annulé l'arrêté royal du 17 mai 2006 sur l'adjudication publique de médicaments.

Quelle est la portée exacte de l'arrêt ? La ministre va-t-elle adapter l'arrêté royal ? Quelle en sera la conséquence pour l'arrêté royal de 2007 sur les anti-cholestérolémiants ? Quelle est la position de la ministre à l'égard du modèle kiwi ? Envisage-t-elle la poursuite de cette procédure ? Compte-t-elle se concerter avec le secteur ? Quelles économies la procédure kiwi a-t-elle permis de réaliser sur les anti-cholestérolémiants ?

03.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : En décembre 2008, le Conseil d'État a annulé l'arrêté royal relatif à la procédure kiwi en raison de la violation du principe d'égalité. Le ministre Demotte s'était fondé pour la procédure sur la loi d'avril 2005 en matière de santé.

Quelles sont les conséquences concrètes de cette annulation ? Dans quelle mesure la ministre souhaite-t-elle modifier le modèle kiwi ? Quelles sont les conséquences pour l'arrêté royal relatif aux anti-cholestérolémiants ? Pharma.be espère que le gouvernement abandonnera définitivement le modèle kiwi. Quelle est la position du gouvernement ?

03.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Selon l'arrêt du Conseil d'État, l'arrêté royal n'impose pas suffisamment de tenir compte d'éventuelles différences en matière de dosage ou de taille de conditionnements pour les spécialités entrant en ligne de compte pour une procédure kiwi.

Le 15 février 2007, un nouvel arrêté royal remaniant partiellement la procédure kiwi avait toutefois déjà été promulgué. Il répondait donc déjà aux objections du Conseil d'État et une nouvelle adaptation de l'arrêté royal n'est donc plus nécessaire.

L'arrêté royal de 2007 a également été contesté. La même chambre, qui avait prononcé l'annulation de l'arrêté royal de 2006, a examiné le dossier et n'a pas suivi la demande d'annulation.

Lors de la mise en œuvre de la procédure kiwi, il avait déjà été tenu compte de la comparaison entre les différentes spécialités pharmaceutiques. Il n'y a aura donc pas de conséquences pour la simvastatine.

Le modèle kiwi a fait l'objet d'une évaluation approfondie qui sera transmise aux membres de la commission. La maîtrise des dépenses constitue notamment un point fort. Au niveau de la faisabilité et de l'applicabilité, il est clair qu'il est souhaitable de réutiliser le modèle sous sa forme actuelle. Une concertation avec le secteur aura lieu lors du développement de cette procédure, car de telles procédures doivent être intégrées dans une politique cohérente en matière de prescription efficace en termes de coûts et d'utilisation des médicaments.

Sur la base des chiffres disponibles de l'INAMI, les économies réalisées sur la simvastatine grâce à la procédure kiwi s'élèvent à 14,5 millions d'euros. On avait tablé sur une économie de 15 millions d'euros.

03.04 Luc Goutry (CD&V) : J'ignorais qu'on ne toucherait pas à l'arrêté royal de 2007. Les membres de la commission recevront une note d'évaluation. J'approuve la décision de la ministre de ne pas conserver le modèle kiwi sous sa forme actuelle. Je me suis opposé à maintes reprises à l'ancien ministre, M. Demotte, sur ce point. J'ai donc fini par avoir raison. Cependant, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Le fait qu'une application partielle génère une économie de 15 millions. Il faut valoriser la méthode qui sous-tend le modèle kiwi. Je propose à la présidente de consacrer un débat à ce sujet lorsque le rapport d'évaluation nous aura été communiqué.

03.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : L'arrêté royal de 2007 n'a pas été annulé dans la pratique. Il importe que nous puissions examiner dans le détail la note d'évaluation. La ministre ne compte pas réutiliser le modèle kiwi. Sera-t-il définitivement jeté aux oubliettes ?

03.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le modèle subsistera mais il convient de l'aménager.

03.07 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Il y aura une adaptation mais le modèle ne sera pas abandonné. Nous arrivons donc au point où le précédent gouvernement avait déjà voulu arriver.

03.08 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : C'est le résultat d'une concertation avec pas mal de partenaires. Et, dans une négociation, on met de l'eau dans son vin mais, à force de le faire, on en arrive à des compromis parfois boiteux.

03.09 Luc Goutry (CD&V) (*en français*) : À chacun ses mérites !

(*En néerlandais*) Un problème est survenu lors de l'élaboration concrète de la procédure. J'avais à l'époque formulé une mise en garde à ce sujet.

03.10 La présidente : Nous attendrons ces éléments d'évaluation. Savez-vous quand ils pourraient nous parvenir ?

03.11 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je vais demander que cela soit envoyé tout de suite.

L'incident est clos.

La **présidente** : Les questions n^{os} 13588 de M. Van Noppen et 13627 de Mme Muylle sont reportées.

04 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les différences entre les Régions en matière de dépistage du cancer du sein" (n° 13603)

04.01 Luc Goutry (CD&V) : En Flandre, les examens préventifs du cancer du sein s'effectuent essentiellement par le biais d'une mammographie de dépistage tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, la tendance consiste à pratiquer la mammographie de diagnostic, sensiblement plus coûteuse. Ainsi, le nombre de mammographies de diagnostic a diminué en Flandre de 27 à 21 %. En Région wallonne, on parle également de diminution, mais 45 % des examens préventifs du cancer du sein continuent de se baser sur les mammographies de diagnostic, en fait superflues.

Dans le cadre des examens préventifs, l'Agence intermutualiste insiste pour donner la préférence à la mammographie de dépistage.

Les honoraires sont également très différents : le protocole de la mammographie de diagnostic est 50 euros plus cher que celui de la mammographie de dépistage. Il est illogique de procéder à des examens plus chers si le même résultat peut être obtenu à moindre coût.

Quelles mesures la ministre prendra-t-elle pour décourager les mammographies de diagnostic – sauf dans les cas où elles sont absolument nécessaires – et encourager le recours aux mammographies de dépistage lors des examens de prévention ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le fait qu'il y ait des priorités différentes au niveau des Régions et des Communautés relève de l'évolution institutionnelle du pays.

Au vu des montants consacrés par chacune des Communautés en matière de "prévention santé", je trouve que nous ferions mieux d'avoir une plus grande cohérence en termes de refédéralisation du processus. Cela n'engage que moi mais je sou mets cela à votre réflexion.

(*En néerlandais*) Au cours de la conférence interministérielle pour la Santé, on a créé un groupe de travail intercabinets Plan cancer chargé, entre autres, d'optimiser le dépistage du cancer du sein en Belgique pour en diminuer la mortalité.

Quatre actions ont été proposées. Avant tout, une campagne grand public, coordonnée par les Communautés. La Communauté française prévoit une nouvelle campagne au début de la prochaine année scolaire. Comme la Communauté flamande l'avait déjà fait ces dernières années, en collaboration avec la *Vlaamse Liga tegen Kanker*, le ministre bruxellois de la Santé publique a mis sur pied une campagne à laquelle participeront Miss Belgique et diverses organisations.

(*En français*) Deuxièmement, un feed-back sur le dépistage du cancer du sein s'adresse aux généralistes, aux gynécologues et aux radiologues. Il rappelle les recommandations scientifiques et offre à chaque

médecin un rapport sur la participation des femmes du groupe-cible de sa patientèle. Il sera envoyé en novembre.

Troisièmement, la collaboration entre l'autorité fédérale et les Communautés en matière de dépistage par mammographie sera prolongée.

Quatrièmement, il faut prévoir les modalités de remboursement des mammothests pour les personnes qui ne sont pas en règle d'assurances. La piste explorée est la prise en charge des coûts par les entités fédérées.

J'ajoute qu'à partir d'août, des groupes de travail vont être mis sur pied par le Centre du cancer pour étudier les freins au dépistage et les actions à entreprendre.

Bref, nous améliorons le dispositif en préparant le futur plan cancer avec les Communautés, notamment pour la prévention.

04.03 Luc Gouty (CD&V) : Je suis d'accord avec la ministre pour dire que les compétences doivent être homogènes. Le dépistage revêt évidemment une importance capitale. Il convient d'utiliser dans ce cadre la *evidence based method*, à savoir la mammographie de dépistage, qui est beaucoup moins onéreuse, au lieu de la mammographie de diagnostic, qui s'indique pour mettre en évidence les problèmes et poser un diagnostic. On utilise à présent l'argent de l'assurance maladie d'une manière impropre, de sorte qu'un moins grand nombre de dépistages peuvent être réalisés avec le même montant. Je continuerai à suivre cette question de près.

L'incident est clos.

05 Questions jointes de

- **M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction d'installer un pylône GSM" (n° 13656)**

- **M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque sanitaire lié aux pylônes d'antennes relais" (n° 13706)**

05.01 Michel Doomst (CD&V) : Un juge gantois a interdit l'installation d'un pylône GSM à proximité d'une école dans un quartier d'habitation au motif que les rayonnements seraient nocifs. La ministre est-elle au fait de cette décision et dispose-t-elle de données objectives démontrant l'incidence de pylônes GSM sur la santé des riverains ? Cette question ne cesse de se poser au niveau local. Le problème ne pourrait-il vraiment être tranché sur la base d'une étude ou d'une décision claire ?

05.02 Jean-Luc Crucke (MR) : Un jugement du tribunal de première instance de Gand, du 18 mai 2009, interdit l'installation d'un pylône de 28 mètres, en basant clairement son argumentation sur le risque sanitaire.

Le magistrat renvoie la balle dans le camp public, en considérant qu'« il y a un risque, sauf si vous me dites clairement qu'il n'y a aucun danger ».

Comment analysez-vous ce jugement ? Pouvez-vous affirmer que les pylônes ou les antennes-relais ne présentent aucun danger pour la santé humaine ? D'autres études sont-elles en cours ?

05.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le 15 janvier, dans le cadre de l'appel contre l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 1^{er} mars 2007 relative à la protection de l'environnement contre les éventuels effets nocifs et nuisances provoqués par les radiations non ionisantes, la Cour constitutionnelle a estimé que ce n'était pas le niveau fédéral qui était compétent, mais les Régions. Je vous renvoie donc vers elles pour la réponse à votre question. Je vous dirai simplement que des avis existent.

(*En néerlandais*) Il n'y a pas d'informations unanimes. Un groupe de travail du Conseil supérieur de la Santé suit toutes les informations de très près.

En ce qui concerne les éventuels effets nocifs sur la santé, je renvoie aux avis de mars 2005 et février 2009 sur les normes relatives aux antennes-relais. Ils recommandent la prudence pour la définition des normes et

insistent sur la nécessité de suivre attentivement les études et les développements technologiques.

(En français) C'est de la compétence des Régions. Nous suivons avec attention ce qui se passe dans les pays voisins, notamment en France. C'est le principe de précaution qui prévaut.

05.04 Michel Doomst (CD&V) : J'aime entendre qu'on se réfère aux régions. Mais ce problème doit également être suivi au niveau fédéral. Nous attendons de connaître la réaction du Conseil supérieur de la santé.

05.05 Jean-Luc Crucke (MR) : J'ai lieu de vous savoir gré : vous avez remis la balle entre les mains de ceux qui doivent assumer les responsabilités.

L'incident est clos.

06 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les erreurs de médication" (n° 13657)

06.01 Michel Doomst (CD&V) : Un patient sur quarante subit un préjudice à la suite de l'administration de médicaments inadéquats. Une étude a fait apparaître que le nombre d'erreurs de médication pourrait être réduit de moitié si les médecins, les pharmaciens et les infirmières concluaient entre eux des protocoles plus clairs.

La ministre est-elle informée de ce problème ? Quelles mesures a-t-elle déjà prises et lesquelles compte-t-elle prendre à l'avenir ?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Mes services sont au courant. Une des causes principales de ces erreurs de médication est une transmission déficiente des informations entre la prescription et l'administration.

Plusieurs initiatives ont été prises pour prévenir les accidents dus à de telles erreurs. Nous avons par exemple financé un projet de prescription électronique des médicaments en milieu hospitalier, projet qui a donné lieu à la mise au point d'un système e-health qui permet la conservation électronique des prescriptions. Un arrêté royal qui donnera une base légale à la prescription électronique sera publié prochainement.

De plus, six hôpitaux belges participeront à l'étude française *Etude Merveille* dans le cadre de la *Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés*.

En application de contrats annuels, le SPF Santé publique finance les hôpitaux belges pour les soutenir dans le cadre des efforts qu'ils fournissent pour apporter dans ce domaine des améliorations qualitatives d'une manière coordonnée et dès lors prévenir les erreurs de médication. De plus, la sécurité en matière de médication est débattue chaque année lors du symposium Sécurité des patients.

Par ailleurs, vingt-sept hôpitaux participent à une étude consacrée à l'incidence de la pharmacie clinique en milieu hospitalier. Une conclusion intermédiaire confirme la valeur ajoutée de la pharmacie clinique dans un contexte multidisciplinaire.

06.03 Michel Doomst (CD&V) : A l'ère de la consommation croissante de médicaments et de la commercialisation du secteur, il est important que ces phénomènes fassent l'objet d'un suivi attentif. Je me réjouis dès lors d'apprendre qu'un arrêté royal sera prochainement promulgué pour régler la question du suivi des prescriptions électroniques.

L'incident est clos.

07 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de réponse satisfaisante au lymphangiome kystique" (n° 13678)

07.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Nathan, un enfant de Braine-le-Comte, souffre d'une malformation vasculaire congénitale qui provoque des kystes bénins sur son visage et son cou, transformant sa jeune existence en chemin de croix. Après différents traitements infructueux, sa mère cherche une thérapie susceptible de rendre à son fils une vie normale. Elle lance aujourd'hui un appel par le net et la presse.

Existe-t-il au sein du SPF Santé publique un service spécialisé dans les maladies rares qui pourrait fournir des informations sur les différentes thérapies, sur les services médicaux belges et étrangers en pointe sur cette pathologie ?

Face à ce genre de situation, les malades et leurs familles se retrouvent souvent seuls et démunis. Ils cherchent, parfois en vain, des associations de malades ayant les mêmes pathologies qu'eux. Si ce service n'existe pas, ne serait-il pas pertinent d'en créer un ?

Comment pourriez-vous aider cette famille et les personnes atteintes de maladies rares ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Dans le cadre du programme « Priorité aux malades chroniques! », nous sommes en train de construire avec les mutualités, les trois fédérations d'associations de patients, l'INAMI et le SPF sécurité sociale, une nouvelle architecture d'accès à l'information et à l'entraide, pour toute personne atteinte d'une maladie rare et/ou chronique.

Les mutualités seraient la porte d'entrée unique vers toutes les sources d'information utiles et disponibles pour les patients et leurs familles. Elles seraient aptes à orienter efficacement l'auteur de la question vers l'association de patients, le service public ou le service de santé susceptible de lui apporter la réponse appropriée. Nous espérons mettre cette organisation en place dès 2010.

En attendant, les familles confrontées à ces difficultés peuvent s'adresser soit à une des trois fédérations d'associations de patients, soit au service de promotion de la santé de leur mutualité. L'Institut scientifique de santé publique, lié au SPF Santé publique, peut aussi apporter des informations utiles aux patients atteints de maladies rares.

Nous travaillons, avec les associations de patients, les mutuelles et les représentants des médecins, sur un programme d'action pour les patients atteints de maladies rares et/ou orphelines.

Je me rends compte que ma réponse est dérisoire par rapport à ce que vivent les patients et leurs familles. Pouvoir rencontrer une association de patients ou d'autres personnes concernées est capital pour soulager les difficultés.

07.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Je ne puis qu'approuver l'objectif à moyen ou long terme. Dans un premier temps, avec une des trois organisations de patients, nous essayerons de trouver des solutions.

L'incident est clos.

La **présidente** : Les questions n^{os} 13684 et 13686 de M. Flahaux sont reportées.

08 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-remboursement du médicament Lyrica en cas de douleurs neuropathiques" (n° 13687)

08.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Le médicament Lyrica est actuellement le seul médicament à répondre de manière efficace aux douleurs neuropathiques ou neurologiques. Le Lyrica est remboursé dans les cas de polyneuropathie diabétique, de névralgie post-herpétique et parfois pour l'épilepsie. Il n'est pas remboursé pour des douleurs neuropathiques ou neurologiques dues à d'autres facteurs alors que les douleurs sont identiques.

De quand date la dernière modification des conditions de remboursement du Lyrica ? Une révision de ces conditions de remboursement est-elle envisageable ? La commission de remboursement des médicaments pourrait-elle se saisir du problème à votre demande ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'Inspection des Finances et le Budget viennent de donner leur feu vert à ma proposition de remboursement du Lyrica dans les indications élargies de douleurs neuropathiques périphériques autres que celles déjà remboursées. Je ferai tout ce qui est possible pour accélérer la procédure de publication. J'espère que tout pourra être réglé au plus tard le 1^{er} août.

L'incident est clos.

La **présidente** : Les questions n^{os} 13684 et 13686 de M. Flahaux sont reportées, ainsi que la question n^o 13692 de M. Clarinval, la question n^o 13716 de M. Goutry et la question n^o 13719 de Mme Gerkens.

09 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence de la douleur chronique" (n^o 13718)

09.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Neuf centres de la douleur voient leurs conventions INAMI se terminer fin septembre.

Certains de ces centres, comme Saint-Luc et Mont-Godinne, connaissent un déficit important et sont même menacés de fermeture.

Ce déficit s'élèverait à 250.000 euros par centre. Le financement des centres repose sur les actes techniques, alors qu'ils ont opté pour une approche bio-psycho-sociale. Un budget supplémentaire me semble indispensable.

Les difficultés budgétaires mentionnées s'étendent-elles à l'ensemble des neuf centres de référence ? Quelles sont les conclusions du récent conseil d'accord des neuf centres avec l'INAMI ? Qu'en est-il de l'enveloppe budgétaire existante, initialement prévue pour ces centres ? Quand l'affectation va-t-elle avoir lieu ? La nomenclature des actes médicaux n'est-elle pas à revoir ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : J'ai été interpellée par certains centres de référence de la douleur chronique quant à leurs difficultés financières sur le plan de leur convention avec l'INAMI.

En ce moment, l'INAMI travaille sur l'évaluation de cette convention. Certains centres ne réalisent pas leur capacité conventionnelle, d'autres oui. La manière dont la douleur est prise en charge au sein de chaque hôpital pourrait expliquer ces différences.

Le Conseil d'accord est une instance de concertation et non une instance décisionnelle. Lors de la réunion du 29 mai, les causes des problèmes évoqués ont été examinées. Il faut encore envisager les solutions.

En 2008, l'enveloppe budgétaire attribuée à chaque centre a été augmentée à 375.000 euros par centre.

Dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, des améliorations ont été apportées notamment par l'introduction d'actes intellectuels et de prestations techniques relatives au traitement de la douleur.

Dans le cadre du programme Priorité aux malades chroniques, un budget de 4,2 millions d'euros est prévu pour lancer des projets pilote. Différentes initiatives permettront la mise en place progressive du modèle de prise en charge globale de la douleur chronique porté par la *Belgian Pain Society*.

Peut-être faudrait-il envisager une répartition de l'enveloppe en fonction des besoins réels de chaque centre.

09.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Ce qui reste de cette enveloppe pourrait donc être éventuellement transféré.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Exactement. La question est complexe et je voudrais pouvoir apporter une aide aux centres mais je ne peux pas prendre d'engagements sans éclaircissement au niveau budgétaire.

09.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Au-delà des petites structures qui se sentent démunies, il faudrait consulter les gestionnaires d'hôpitaux.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les obligations de délivrance de produits pharmaceutiques par les pharmaciens" (n° 13720)

10.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Les pharmaciens ne sont remboursés de la partie mutuelle sur leurs ventes que deux mois après celles-ci. Ils ont le monopole de la distribution des médicaments et il me semble, qu'à ce titre, ils ont une obligation de service public de délivrance. Or, certains pharmaciens refusent parfois de fournir un médicament coûteux à un patient sous prétexte que celui-ci ne peut avancer la somme. Existe-t-il bel et bien une obligation pour les pharmaciens de fournir les médicaments prescrits par un médecin ? Des sanctions sont-elles prévues en cas de non-délivrance ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le pharmacien a en effet le monopole de la délivrance de médicaments au détail à un patient. Il en découle que le pharmacien qui exploite une officine ouverte au public a l'obligation de délivrer des médicaments au patient lorsque cette demande est conforme à la législation en vigueur. Un refus constitue un problème déontologique. Le patient qui s'est vu refuser des médicaments par le pharmacien peut s'adresser à l'Ordre des Pharmaciens. Par ailleurs, si la délivrance de médicaments nécessaires est refusée et que cette nécessité a été prouvée, le pharmacien s'expose à des poursuites pénales pour non-assistance à personne en danger.

10.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Si l'on vient dans le but d'acheter un produit qui n'est pas prescrit, la même obligation est-elle de mise ?

10.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je ne pense pas. Je vérifierai.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 48.