

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 9 DECEMBER 2008

Namiddag

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

du

MARDI 9 DÉCEMBRE 2008

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.25 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.
La séance est ouverte à 14.25 heures et présidée par M. Luc Goutry.

01 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stand van zaken in verband met de erkenning van de osteopathie" (nr. 8057)

01 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution de la situation en ce qui concerne la reconnaissance de l'ostéopathie" (n° 8057)

01.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, collega's, reeds in 1999 werd de osteopathie, samen met de chiropraxie en een aantal andere zogenaamde niet-conventionele geneeswijzen, erkend in de wet-Colla met betrekking tot de niet-conventionele geneeswijzen, die eigenlijk een wettelijke regeling moest maken conferatur het KB 78.

Het probleem van het niet-uitvaardigen van de nodige uitvoeringsbesluiten sleept al zeer lang aan, al bijna tien jaar. Er zijn dus in principe wel een aantal niet-conventionele gezondheidszorgberoepen die zouden kunnen en moeten worden erkend, maar het ontbreekt aan erkenningscriteria. Er zijn ook geen erkenningscommissies, er zijn geen paritaire comités en er zijn geen subcommissies of kamers om dat allemaal te verwezenlijken. Het blijft dus maar aanslepen.

Mijnheer de staatssecretaris, daarom heb ik zes maanden geleden al aan de minister gevraagd wanneer we daarvan eindelijk werk zouden kunnen maken, tien jaar na datum. Wanneer komen we vooruit met de erkenning van de niet-conventionele geneeswijzen, waarin toch heel wat mensen hun toevlucht zoeken, zonder dat men de garantie heeft dat men bij de juiste persoon terecht komt omdat er geen enkel label of geen enkele erkenning voorhanden is?

De vorige keer heeft de minister mij geantwoord dat de paritaire commissie nog niet was samengesteld. Ook de kamers waren niet samengesteld. Er was zelfs sprake van dat er nog een studie moest gebeuren bij het Kenniscentrum. Ondertussen zijn we zes maanden verder.

Vandaar mijn volgende vragen, mijnheer de staatssecretaris.

Hoever staat het nu met het dossier?

Zijn er ondertussen al samenstellingen gebeurd van de paritaire commissie en van de kamers? Is er dermate vooruitgang in het dossier dat wij binnen een afzienbare termijn een wettelijke regeling kunnen krijgen voor de niet-conventionele gezondheidszorgberoepen?

01.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Goutry, beste West-Vlaamse collega's, dames en heren, ik heb de eer mijn collega, Laurette Onkelinx, deze namiddag ten minste gedeeltelijk te vervangen. Ik zal u dus haar antwoord voorlezen. Als ik in mijn antwoord het woord "ik"

gebruik, slaat dat dus op mevrouw Onkelinx. Zij doet of denkt iets. "Ik" is dus gelijk aan "Laurette Onkelinx".

"Collega, ik had inderdaad de gelegenheid om een stand van zaken van het dossier op te maken. Zoals u weet, hebben twee representatieve organisaties van osteopaten in mei 2008 de Belgische Staat in rechte aangeklaagd wegens het ontbreken van de uitvoering van de wet.

Ik heb toen beslist om, in overleg met de vertegenwoordigers van de vier door de wet beoogde niet-conventionele praktijken, overleg te plegen, dus met de osteopaten inbegrepen.

Na dat overleg moest vastgesteld worden dat de situatie van elke beroepspraktijk verschillend is. Tussen 1999 en nu zijn er inderdaad bijna tien jaar verlopen. Deze praktijken evolueerden en hebben zich verspreid. Zo wordt acupunctuur thans onderwezen in bepaalde faculteiten geneeskunde. De Universiteit Libre de Bruxelles heeft trouwens dit jaar een volledige opleidingscyclus osteopathie opgestart. Daarnaast worden bepaalde prestaties terugbetaald door de ziekenfondsen in het raam van de aanvullende verzekering.

Onder die voorwaarden en vooraleer eender welke beslissing te nemen aangaande de uitvoering van de wet, lijkt het mij onmisbaar om over een ernstige en betrouwbare analyse te beschikken van de huidige situatie. Het lijkt meer in het bijzonder nodig om te weten hoeveel practici van niet-conventionele praktijken er in België zijn, welke de verschillende opleidingen zijn voor die praktijken, hoe belangrijk het beroep is dat de bevolking erop doet, evenals een onderzoek van de voornaamste studies die al dan niet de efficiëntie ervan bewijzen en een evaluatie van de eventuele ongevallen of bijwerkingen die deze praktijken meebrengen.

Ik heb bijgevolg het federaal Kenniscentrum gezondheidszorg belast met de uitvoering van een studie in die zin. Die studie zal aan de regering en aan het Parlement toelaten om de maatregelen te nemen die het best overeenstemmen met de noden van de burgers en met de uitvoering van een efficiënt en relevant beleid inzake volksgezondheid.

Ik wens dus nog steeds in dat dossier vooruit te gaan, maar ik wil geen onaangepast antwoord geven op een vraag die voor mij belangrijk is en die volgens mij de moeite loont om er nog enkele maanden aan te wijden indien men een duidelijk en actueel beeld van de situatie wil hebben.

Tot slot, en zoals ik reeds in deze commissie kon preciseren, behoren de toepassing en de uitvoering van de wet van 2006 tot de bevoegdheid van mijn collega, mevrouw Laruelle.

Ik kan u reeds zeggen dat de erkenning die kan verkregen worden in het raam van de wet van 2006, onafhankelijk moet worden gezien van een eventuele registratie in het licht van de wet-Colla. Een eventuele erkenning in het raam van de wet van 2006 betekent dus niets inzake de eventuele uitoefening van de osteopathie in het kader en in overeenstemming met de wet-Colla."

Tot zover het antwoord van mijn collega, mevrouw Onkelinx.

01.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik kan mij niet druk maken tegen u aangezien u de minister vervangt. Ik vrees echter dat we op die manier nog heel lang bezig zullen blijven.

De zaak van mevrouw Laruelle betreft de erkenning van de beroepstitel. Dat zit niet zo goed. De Hoge Raad, die zich daarover moet uitspreken, heeft immers een negatief advies uitgebracht. Er is ook de erkenning, door Volksgezondheid, van het KB van 1978.

Nogmaals, dit alles is vooral van belang voor de patiënten zelf, opdat zij zouden weten of zij zich wel wenden tot een erkende en bevoegde zorgverstrekker met een licentie. Voor de veiligheid op medisch en paramedisch vlak moeten wij aldus dringend een oplossing zoeken.

Ik hoor nu wat ik al een beetje vreesde en vermoedde, met name dat de hele zaak opnieuw naar het Kenniscentrum gaat om te onderzoeken hoeveel zorgverstrekkers er zijn, hoeveel verschillende opleidingen, enzovoort. Uiteindelijk moeten we toch kunnen overgaan tot een soort erkenningsnorm zodat zij zich kandidaat mogen stellen om geregistreerd te worden. Zodoende kan men ook weten hoeveel personen dit beroep willen beoefenen, of zij aan de voorwaarden voldoen, of het veilig is, of patiënten zich tot hen kunnen wenden en wat de eventuele implicatie is inzake de mogelijke terugbetaling van de kosten voor de patiënt.

Ik weet dat het niet uw verantwoordelijkheid is, maar ik blijf hameren op dit dossier. Tien jaar na datum is het meer dan tijd dat de wet wordt toegepast. Het is vooral van belang dat de paritaire commissie en de kamers worden geïnstalleerd. Ik veronderstel dat dit nog niet is gebeurd.

Ik zal deze vragen opnieuw stellen aan de minister van Volksgezondheid.

01.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw Onkelinx vraagt inderdaad om nog wat geduld.

Dit dossier heeft inderdaad tijd gevegd. Het is een ingewikkeld dossier. Het zal echter niet lang meer duren alvorens een beslissing kan worden genomen.

Het is de wil van de minister ook het Parlement te betrekken bij deze bespreking. Ik veronderstel dat u deze bespreking zult kunnen voortzetten met de minister van Volksgezondheid.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de specifieke erkenning van oncologische specialismen" (nr. 8136)**

02 **Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'agrément spécifique de spécialités en oncologie" (n° 8136)**

02.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, collega's, kankeraandoeningen nemen spijtig genoeg in aantal en in vorm toe. Het is de ziekte geworden van onze moderne tijden, de eenentwintigste eeuw. Vandaar ook dat mevrouw Onkelinx haar kankerplan heeft aangekondigd en dat vandaag aandacht aan alles wat met die verschrikkelijke ziekte te maken heeft, besteed wordt.

Er is echter iets wat mij een beetje ongerust maakt in de hele benadering, mijnheer de staatssecretaris. Men is eigenlijk bezig met een soort van upgrading, waardoor men misschien de specialismen zeer ver drijft, ook op het vlak van oncologie. Oncologen zijn als specialisten inzake kanker het best op de hoogte van kankers en de behandeling ervan. Daarnaast komen ook onder andere pneumologen en urologen zeer frequent als orgaanspecialist in hun praktijk in contact met kankergevallen, die zij vanuit hun eigen specialisme benaderen.

Nu vreest men - ik denk niet onterecht - dat door de invoering van de bijzondere beroepstitel van medisch oncoloog voor zijn bijzondere beroepsbekwaamheid, op de duur alleen de oncologen nog een uitspraak kunnen doen over een oncologische behandeling. Volgens onze visie en het advies van de Hoge Raad van Geneeskundigen zou die taal ook aan de orgaanspecialisten zelf moeten toekomen. Een pneumoloog kan dus evengoed instaan voor oncologische behandelingen van aandoeningen van de longen, zijn specialisme, terwijl een uroloog de leiding kan nemen in de behandeling van prostaatkanker. Men hoeft dat allemaal niet bij een medische oncoloog te centraliseren.

Die evolutie zien we ook een beetje bij de verpleegkunde en ik vrees dat die op termijn de polyvalentie zou kunnen ondermijnen. Vandaar de volgende vraag. Is de minister van plan alle oncologische behandelingen te concentreren in de medische oncologie? Welke houding neemt de minister aan tegenover mijn stelling dat het beter is dat ook elke orgaanspecialist via een eigen erkenningscommissie een oncologische erkenning zou dragen?

02.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, collega's, het antwoord van de minister van Volksgezondheid is het volgende.

"De Hoge Raad laat inderdaad opmerken dat de voorkeur gegeven wordt aan het feit dat het de erkenningscommissie voor de basisspecialiteit is die beslist over de aanvragen voor de bijzondere competenties in de oncologie, eventueel samen met experts in het betrokken domein. Na analyse en nadenken lijkt een dergelijke werkwijze de minister van Volksgezondheid echter niet adequaat te zijn.

Die dreigt er inderdaad op uit te lopen dat de specifieke criteria die vereist zijn voor het verkrijgen van de bijzondere kwalificatie, verschillend zouden zijn van de ene basisspecialiteit tot de andere.

Het gevolg zou zijn een grove onbillijkheid tussen de verschillende geneesheren-specialisten die aanspraak kunnen maken op een zelfde bijzondere kwalificatie. Het lijkt bovendien niet opportuun dat geneesheren-specialisten die niet erkend zijn voor een bijzondere kwalificatie, over de toekenning van een kwalificatie aan hun gelijken zouden beslissen. Ik denk dat het daarentegen belangrijk is dat de adviezen worden gegeven door artsen die bevoegd zijn in het domein in kwestie en dat zij over de individuele aanvragen voor erkenning stemmen.

De minister besloot dus om een unieke commissie voor de oncologie in het leven te roepen, samengesteld uit leden die geneesheren-specialisten uit de verschillende basisspecialiteiten zijn en waarvan wordt erkend dat ze bijzonder competent zijn voor hun expertise in het domein van de oncologie.

Voor hematologie en pediatrische oncologie, die bijzondere competenties zijn en die slechts aan een basisspecialiteit kunnen worden toegekend en waarvoor er weinig specialisten en weinig erkenningsaanvragen zijn, zou dat echter bij een gebrek aan voldoende gespecialiseerde artsen in het domein tot ernstige moeilijkheden bij de samenstelling van een commissie kunnen leiden. Ter zake zal de commissie Pediatrie bevoegd zijn. De samenstelling van de commissie zal echter de representativiteit van de pediaters verzekeren die in het domein van de hematologie en de pediatrische oncologie erkend zijn.

De administratie werkt momenteel aan het omzetten van die principes in reglementaire teksten.

Op uw tweede vraag, het is uiteraard niet omdat men een bijzondere competentie in de oncologie instelt, dat de artsen die niet over die erkenning beschikken, niet moeten worden opgeleid en kennis moeten hebben van de oncologische pathologie in verband met hun werkterrein. Zij moeten eveneens de basiskennis concreet kunnen uitoefenen. Indien men echter opteert voor het creëren van een bijzondere competentie in de oncologie, wat specifieke kennis en expertise ter zake veronderstelt, lijkt het normaal te zijn dat de handelingen die noodzakelijk zijn voor die bijzondere kennis, voorbehouden zijn voor wie die kennis heeft en ook als dusdanig is erkend.

Over de concrete verdeling moet echter nog worden gedebatteerd en dat zal uiteraard gebeuren na overleg met de betrokken actoren."

Tot hier het antwoord van mijn collega, minister van Volksgezondheid.

02.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, ik denk dat wij toch een beetje blijven zitten in de malaise en in de discussie rond het al dan niet afzonderen van een bijzondere beroepstitel oncologie en een bijzondere beroepsbekwaamheid oncologie versus de verschillende orgaanspecialisten. Ik trek natuurlijk niet in twijfel dat het nuttig is dat er oncologische specialisten zijn, maar ik denk dat het even nuttig is dat elke orgaanspecialist ook binnen zijn basisdiscipline de bijzondere erkenning zou kunnen krijgen als kankerspecialist, specifiek betreffende die organen waarin hij is gespecialiseerd. Zo kan men vermijden dat er op de duur een soort hiërarchie ontstaat in het doorverwijzen van patiënten. Ik denk dat elke orgaanspecialist voldoende bij machte is en voldoende competentie heeft om er zelf mee te werken.

In die zin zie ik het met lede ogen aan. Deze ontwikkeling gaat ook een beetje in tegen het advies van de Hoge Raad. Ik denk dat ze zich herhaalt op het vlak van de verpleegkunde. U zult zien dat dat juist hetzelfde zal zijn. Men gaat altijd maar verder in het zich specialiseren, waardoor men dreigt een tekort te hebben in bepaalde specialismen of de basiskennis te verwaarlozen. Ik zal het dossier voort volgen. Wij zullen zien hoe het zich voort ontwikkelt. Ik zal te gepasten tijde de minister erover ondervragen.

02.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mijnheer Goutry, beste collega, ik neem akte van uw repliek. Men weet dat hierin het Parlement altijd het laatste woord heeft.

02.05 Luc Goutry (CD&V): Dank u wel. Dit weze genoteerd. Trouwens, alles wordt genoteerd, mijnheer de staatssecretaris.

*Voorzitter: Muriel Gerkens.
Présidente: Muriel Gerkens*

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

03 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beleid inzake tandheelkunde" (nr. 8242)

03 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique relative à la médecine dentaire" (n° 8242)

03.01 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, collega's, sedert enkele jaren wordt, voornamelijk bij kinderen en jongeren, behoorlijk veel in gratis tandheelkunde geïnvesteerd. Aan de gratis tandheelkunde worden trouwens heel wat middelen besteed, zodat wij op een bepaald ogenblik vragen moeten stellen naar de efficiëntie van de gratis tandzorg voor kinderen.

Collega's, nu blijkt uit een bevraging bij tandartsen – dit verwondert mij niet helemaal, ik heb er immers vroeger al op gezinspeeld – dat de doelstelling om meer kinderen bij de tandarts te krijgen, niet significant wordt gerealiseerd. Het is dus niet omdat tandzorg voor kinderen gratis wordt gemaakt dat daarom ook meer kinderen, vooral dan meer kinderen uit armere gezinnen in sociaal moeilijkere situaties, naar de tandarts worden gelokt.

Uit onderzoek blijkt immers dat de band tussen het gratis verstrekken van tandzorg niet significant overeenkomt met het bereiken van de moeilijkere groepen. Het bereiken van voornoemde groepen heeft blijkbaar meer te maken met de cultuur in de gezinnen, de aandacht in bedoelde gezinnen voor mondpreventie en de algemene interesse voor gezondheid binnen dergelijke gezinnen. Het voorgaande blijkt belangrijker dan het financiële aspect te zijn.

Hebt u op dat vlak zelf concrete gegevens? Zo neen, zal ter zake nader onderzoek gebeuren?

Hoe evalueert u de maatregel voor gratis tandheelkunde voor kinderen?

Ik heb nog een tweede vraag.

Steeds meer wordt in België gepleit voor de mogelijkheid om mondhygiënist in dienst te nemen, wat in de meeste buurlanden al bestaat. Het zijn mensen die geen tandarts zijn, maar toch een opleiding hebben. Zij worden mondhygiënist genoemd. Zij doen in feite het voorbereidende werk voor de tandarts. Bovendien nemen zij de meeste tandsteenreinigingen voor hun rekening. Tandsteenreinigingen zijn immers niet echt tandheelkundig werk. Niettemin is tandsteenreiniging een heel belangrijke, preventieve taak voor kinderen en volwassenen.

Mijn tweede vraag luidt bijgevolg als volgt.

Welk standpunt neemt u in ten overstaan van een mogelijke inschakeling van voornoemde mondhygiënist?

Mijnheer de staatssecretaris, ik heb ook nog een derde vraag.

Het aantal studenten tandheelkunde neemt de voorbije jaren alsmaar af. Het is moeilijker om jongeren te vinden die aan tandheelkunde willen doen. Op het terrein wordt zelfs over een tekort aan tandheelkundigen en tandartsen geklaagd. Ook hier is het dringend nodig om een gegevensbank op te stellen, waaruit blijkt hoeveel tandartsen precies een actieve praktijk hebben. Op een kadaster van tandartsen, zoals u het kan noemen, wordt sterk aangedrongen.

Is de minister van plan om ook voor tandartsen een kadaster op te stellen?

03.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, collega's, het antwoord van mevrouw Onkelinx hierop is korter dan het vorige. Het is een antwoord in drie punten.

"Ten eerste, in verband met het eerste deel van uw vragen kan ik u onmogelijk de tastbare evaluatie-elementen geven inzake de kwaliteit van de gratis tandverzorging. Zoals u weet bestaat deze maatregel slechts iets minder dan vier jaar. Wij kunnen niet ver genoeg teruggaan om te oordelen over de impact op de algemene mondhygiëne.

Louter kwantitatief merken wij inderdaad een toename binnen de in het budget voorziene proporties. Ook hier zou het echter ideaal zijn om te kunnen wachten met de volledige evaluatie van de maatregel tot

wanneer de uitbreiding van de maatregel tot kinderen van minder dan 18 jaar er is.

Ten tweede, ik ben niet gekant tegen het idee om in de toekomst het beroep van mondhygiënist te erkennen teneinde te beantwoorden aan de problemen van professionele demografie in de sector van de tandheelkunde. Dit gezegd zijnde moeten er eerst nog heel wat verplichtingen uitgeklaard worden, zoals de kwestie van de opleiding, alvorens het begin van een erkenningproces te overwegen.

Bovendien, en alhoewel dit er niet mee in tegenspraak is, leg ik mij voor alles toe op het voortzetten van de denkoefeningen inzake de quota van de tandartsen in het kader van de algemene problematiek van de numerus clausus.

Ten derde en ten slotte, het kadaster van de medische beroepen heeft ook betrekking op de tandartsen. Ik zal dus over deze gegevens beschikken zodra het definitief afgewerkt is, in maart 2009. "

Mevrouw de voorzitter, dit was het antwoord van de minister.

03.03 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, u hebt drie antwoorden gegeven.

Over het eerste ben ik een beetje verwonderd omdat de maatregel, waarvan tandartsen zelf zeggen dat hij weinig effect heeft, en ze zien het in hun praktijk, zelfs nog wordt uitgebreid tot 18 jaar. Dat kost veel geld en men kan zich afvragen of dat geld goed besteed is.

Ik neem de vrijheid om daaraan te twifelen. Ik beroep mij op de studie van de Koning Boudewijnstichting over de sociale ongelijkheid inzake gezondheidszorg. Die studie focust ook op de relativiteit van het financiële aspect. De studie zegt dat het financiële aspect in ons land, waar de verzekering goed is en verzekerbaarheid goed is, slechts een klein facet is van de niet-toegankelijkheid van gezondheidszorg. Het grootste punt is de sensibilisatie, is de aandacht opwekken.

U bent als staatssecretaris voor Armoedebestrijding hiervoor misschien wel het best geplaatst. Misschien moet ik deze vraag eens hernemen en aan u stellen. Dit is immers een zeer interessant debat. Het is niet alleen de financiële kwestie die mensen in armoede ervan weerhoudt om een beroep te doen op gezondheidszorg. Het is het sociale kader waarin die mensen zitten, met vooral een mentaliteit die veel minder met gezondheid en dan vooral met tandzorg, begaan is.

Uw tweede antwoord gaat over de mondhygiënist. Dat is een interessant antwoord, omdat u zegt dat u er niet principieel tegen bent. Er moet nog wel een weg worden afgelegd om daartoe te komen. Goed, ik neem er akte van. Ik denk dat het ook min of meer normaal is. Ik zie echter ook veel mogelijkheden, bijvoorbeeld voor de bejaardenzorg. Voor bejaarden blijft vooral mondhygiëne een belangrijke zaak. Zij hebben niet altijd de grotere ingreep van een tandheelkundige nodig. In goede samenwerking zou er ook voor hen iets kunnen gebeuren.

Het derde heeft betrekking op het kadaster. In analogie met alle andere medische beroepen moeten wij werk maken van een goede kadastrering en inventarisering, zodat wij exact weten vanuit welk aanbod de behoeften inzake gezondheidszorg worden beantwoord.

03.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mijnheer Goutry, ik bevestig dat dit een grote uitdaging is voor de armoedebestrijding. Bijvoorbeeld in Frankrijk wordt de toegang tot de tandheelkunde ook nagekeken want beroep doen op een tandarts is een indicator van armoede. Het is een belangrijke uitdaging voor de armoedebestrijding. Dat kan ik u inderdaad bevestigen.

La présidente: Pour avoir travaillé dans ce domaine, je peux vous assurer qu'il ne faut pas se contenter de sensibiliser, des actes doivent également être posés afin d'établir le lien et en vue d'une banalisation.

Des dates nous ont été proposées afin de nous rendre au SPF Santé pour rencontrer les personnes qui ont travaillé au cadastre. Deux dates ont été avancées: le 20 ou le 27 janvier. La date du 20 semble avoir été retenue, mais nous devons encore avoir confirmation. L'objectif est de nous renseigner quant aux données qui ont été récoltées au niveau du cadastre.

03.05 Luc Goutry (CD&V): Si je ne me trompe, je pense que nous devrions rencontrer des membres du

service de M. Michel Van Hoegaerden.

La **présidente**: Oui. Je répète que la confirmation doit encore être donnée. Mais pour l'heure, nous essayons d'établir l'agenda.

03.06 Luc Goutry (CD&V): C'est très important. En effet, un cadastre a été promis à de nombreuses reprises.

La **présidente**: Et ce point est évoqué dans de nombreuses questions.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan ziekenhuisapothekers" (nr. 8385)

04 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de pharmaciens hospitaliers" (n° 8385)

04.01 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, collega's, er dreigt een structureel tekort aan ziekenhuisapothekers te ontstaan. Er is al geen overschot aan gewone, publieke officina-apothekers omdat er nog weinig studenten zijn, maar het gebrek aan ziekenhuisapothekers is nog groter.

Het beroep van ziekenhuisapotheker veronderstelt een aparte, bijkomende specialisatie. Het is zelfs zo erg geworden dat de beroepsgroep stappen heeft ondernomen om het beroep van ziekenhuisapotheker door de VDAB als knelpuntenberoep te laten erkennen. Dat betekent dat in speciale vergoedingen en opleidingsmogelijkheden wordt voorzien voor mensen die ziekenhuisapotheker willen worden.

Ik denk dat naast de erkenning als knelpuntenberoep ook nog op andere manieren proactief zal moeten worden opgetreden, zodat we een tekort aan ziekenhuisapothekers kunnen verhinderen.

Mijnheer de staatssecretaris, wat zal de minister ondernemen om het aantal ziekenhuisapothekers te verhogen? Zal opdracht aan de planningcommissie of het Kenniscentrum worden gegeven om ter zake verder onderzoek te verrichten, zodat de nodige maatregelen kunnen worden genomen?

04.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, ik heb een lang antwoord op een korte vraag.

"De ziekenhuisapothekers signaleren mij een tekort aan ziekenhuisapothekers. Zij wensen de opleiding te herzien en op financieel vlak aantrekkelijker te maken. De ziekenhuisapotheker staat inderdaad sinds 2007 in de kwantitatieve lijst van hooggeschoolde knelpuntberoepen van de VDAB. Het beroep staat op plaats 22 van de 25.

In de lijst van de "métiers en pénurie" van de Forem, waarop toch ook 27 beroepen staan vermeld, zijn de apothekers zelfs niet opgenomen, laat staan de ziekenhuisapothekers.

De universitaire opleiding van apotheker wordt door de RVA wel genoemd als opleiding die toegang geeft tot beroepen waarvan er een tekort op de arbeidsmarkt is.

In de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen bestudeert een werkgroep momenteel de financiering van de opleiding voor ziekenhuisapothekers. Dit advies wordt ten vroegste midden 2009 verwacht.

De problematiek van de ziekenhuisapotheker kan niet los worden gezien van die van de apothekers die werken in de openbare officina, die trouwens op plaats 14 van de zopas genoemde lijst van knelpuntberoepen staan.

Tot nu toe is er geen studie over het onderwerp door het KCE uitgevoerd.

Op dit ogenblik is er evenmin een studie lopende. De planningcommissie Medisch Aanbod heeft zich tot op heden evenmin met het onderwerp beziggehouden. De beroepstitel van ziekenhuisapotheker heeft reeds

een lange voorgeschiedenis. De erkenning van de bijzondere beroepstitel zelf is echter van recente datum. Na een lang en degelijke voorbereiding werd de erkenningscommissie voor ziekenhuisapothekers op 20 mei 2005 geïnstalleerd. De basis hiervoor is gelegd in het KB van 11 juni 2003 tot vaststelling van de procedure betreffende de erkenning van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker en het ministerieel besluit van 8 juli 2003 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker.

Begin 2008 is de situatie als volgt: 298 erkenningen afgeleverd en 211 voortgezette opleidingen behandeld. Het effect van de erkenningen op het knelpuntberoep is nog niet bekend. Dat zal duidelijk worden, zodra de gewestelijke instanties bevoegd voor de opvolging van de knelpuntberoepen, de nieuwe statistieken bekendmaken."

Collega Goutry, tot hier het antwoord van de minister van Volksgezondheid.

04.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u en ik neem akte van uw antwoord.

Er wordt daarmee erkend dat er een tekort is. De vraag is natuurlijk of de erkenning als knelpuntberoep door de VDAB de oplossing zal brengen. We moeten tot een structurele oplossing komen. Dankzij het in kaart brengen van de verschillende gezondheidszorgberoepen zouden we bij de opleiding al beter een en ander kunnen sturen. Nu wordt er misschien veel te vlug een richting gekozen in de opleiding. Men weet ook niet altijd waar men zal terechtkomen. Het zou dus veel beter zijn als de planningcommissie daarvoor samenwerkt met de academische wereld. Zo krijgen we een veel betere stroomlijning naar de verschillende specialiteiten. Dat staat trouwens ook in verband met de toelatingsexamens voor artsen. Wie na het eerste jaar niet kan doorgaan kan nog altijd voor apotheker gaan. In die zin moeten we dat samen bekijken. Ik hoop dat we vooruitgang kunnen boeken, eens we verder staan met het kadaster van de gezondheidszorgberoepen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verplicht gebruik van eHealth in het kader van de therapeutische projecten" (nr. 8227)

05 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours obligatoire au système d'eHealth dans le cadre de projets thérapeutiques" (n° 8227)

05.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, mijn vraag heeft betrekking op een rondschrijven dat het ministerie aan de verschillende diensten en zorgverstrekkers heeft verstuurd.

Ik wil om verduidelijking vragen omdat het haaks staat op hetgeen onder meer Frank Robben heeft gesteld tijdens de hoorzittingen in aanloop van het eHealth-ontwerp.

In het raam van therapeutische projecten werd door de directeur-generaal van de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en de directeur-generaal organisatie gezondheidsvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid een omzendbrief geschreven.

In die brief wordt gesteld dat deelname aan registratie, aan transversale ontmoetingen georganiseerd door de overlegplatforms en aan gegevensverzameling door de wetenschappelijke equipes voorwaarden zouden zijn om de financiering van een of het - daarover gaat mijn vraag - therapeutisch project door het RIZIV te behouden.

Deze registratie zou verlopen via de webservice bij de third trusted party, zijnde in deze de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, tot eHealth als formeel orgaan in het leven is geroepen.

Dit verplicht gebruik van eHealth als voorwaarde voor subsidiëring staat in contrast met de herhaaldelijke verklaring en de argumentatie en motivatie die is opgenomen om het eHealth-ontwerp goed te keuren in deze Kamer.

Uiteraard moet het vertrouwen groeien. Ik ben ervan overtuigd dat dit op termijn wel kan leiden tot een nuttig instrument, maar mijn partij betreurt dat het eerste contact met eHealth een verplichting inhoudt. Misschien is het niet zo algemeen bedoeld, maar ik vraag wel om een verduidelijking en een bevestiging vanwege de minister.

Ik zou graag een antwoord krijgen op de volgende drie vragen.

Hoe verhoudt dit verplicht gebruik van eHealth zich met de verklaringen van de heer Robben dat artsen niet verplicht zouden zijn om gebruik te maken van het eHealth-platform?

Ten tweede, zullen inderdaad alle projecten of therapeutische projecten vanaf nu verlopen via dit eHealth-platform?

Ten derde, kunt u toelichten over welk therapeutisch project het in deze gaat?

05.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's en mevrouw Avontroodt, ik zal u het uitgebreid antwoord van de minister voorlezen.

"Ik heb de eer mevrouw de volksvertegenwoordiger te antwoorden dat de rondzendbrief waarnaar ze in haar vraag verwijst enkel bestaat in een ontwerpvorm en nog niet is rondgestuurd.

Ik zal de instanties bevoegd voor het opstellen van de rondzendbrief uitdrukkelijk verzoeken om daarin niets te vermelden dat in strijd is met de wet, houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform. Zoals tijdens de parlementaire bespreking aangegeven, voorziet deze wet noch in een verplicht gebruik van het eHealth-platform of de basisdiensten die het aanbiedt, noch in een monopolie voor dit platform voor het aanbieden van de betrokken basisdiensten.

In geen geval is het eHealth platform een big brother want de gezondheidsgegevens blijven gedecentraliseerd en gedistribueerd opgeslagen.

Het eHealth-platform wil wel een goed georganiseerde en beveiligde uitwisseling mogelijk maken van gegevens tussen alle actoren in de gezondheidszorg. De uitwisseling van persoonsgegevens verloopt in principe gecijferd zodat het eHealth-platform zelf geen kennis kan nemen van de uitgewisselde persoonsgegevens.

Het staat de aanbieders van elektronische diensten met toegevoegde waarden, voor de actoren in de gezondheidszorg zoals lokale of regionale netwerken voor zorgverleners, de Stichting Kankerregister, de ziekenfondsen, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, de ICT-dienstverleners en dergelijke meer, aldus volledig vrij om al dan niet een beroep te doen op het eHealth-platform of op de basisdiensten die het aanbiedt.

Een totaal andere vraag die op zich niets te maken heeft met de wet houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform, is of de zorgverleners al dan niet verplicht kunnen worden om bepaalde elektronische diensten te gebruiken in plaats van te blijven werken in een traditionele papieren omgeving.

Het is evident dat, net zoals in het verleden, in bepaalde gevallen formaliteiten moeten kunnen worden opgelegd aan de zorgverleners om van bepaalde voordelen te kunnen genieten. Ook is het uiteraard de bedoeling om in de gezondheidssector het gebruik van ICT in het algemeen, en de elektronische gegevensuitwisseling in het bijzonder, te stimuleren, zowel met het oog op de ondersteuning van een kwalitatief hoogstaande zorgverstrekking aan de patiënt als met het oog op de vermindering van de administratieve lasten en een degelijke ondersteuning van het gezondheidsbeleid.

Ik roep de zorgverleners op om hieraan ten volle mee te werken. Het is echter wenselijk dat een eventueel verplicht gebruik van elektronische diensten steeds met de vertegenwoordigers van de gebruikers wordt besproken in de bevoegde organen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu of van het RIZIV, en gepaard gaat met een realistische planning en met gepaste omkaderende maatregelen.

Indien dit geschiedt in overleg met de vertegenwoordigers van de gebruikers, volgens een realistische planning en met gepaste omkaderende maatregelen, beschouw ik het feit dat bepaalde administratieve

formaliteiten op bepaalde feedback voortaan enkel elektronisch kunnen worden verricht, echter niet in strijd met de hoger vermelde wet houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform.

Het staat in dat geval evenwel vrij aan de aanbieder van de betrokken elektronische toepassingen om al dan niet gebruik te maken van de basisdiensten van het eHealth-platform. Indien de aanbieder daarvoor kiest, zullen ook alle gebruikers van de betrokken toepassingen uiteraard bij het concreet aanwenden ervan de basisdiensten van het eHealth-platform gebruiken. Dat is vandaag bijvoorbeeld reeds het geval voor het voeden en raadplegen van het kankerregister van de Stichting Kankerregister.

Deze stichting heeft er vrij voor gekozen om de elektronische toepassing van het voeden of raadplegen van het Kankerregister ter beschikking te stellen op het portaal en met gebruik van het gebruikers- en toegangbeheerdersstelsel dat werd uitgewerkt door het eHealth-platform. Alle zorgverleners die het Kankerregister voeden of raadplegen, maken vandaag reeds gebruik van deze basisdiensten van het eHealth-platform. Het eHealth-platform zelf heeft evenwel geen enkele toegang tot de persoonsgegevens opgenomen in het Kankerregister.

Indien op de basisdiensten van het eHealth-platform een beroep wordt gedaan als intermediaire organisatie voor het verzamelen en coderen of anonimiseren van gegevens, zoals het de intentie is bij de verzameling van gegevens met betrekking tot de therapeutische projecten, gelden overigens de waarborgen vermeld in artikel 5, §8 van de wet houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform. Het eHealth-platform mag de in dat kader verwerkte persoonsgegevens slechts bijhouden zolang dat noodzakelijk is om te coderen of te anonimiseren en moet ze dan onmiddellijk wissen.

Het eHealth-platform mag het verband tussen het reële identificatienummer van een betrokkene en het aan hem toegekende, gecodeerde identificatienummer enkel bijhouden indien de bestemming van de gecodeerde persoonsgegevens daarom, op een gemotiveerde wijze, verzoekt en mits machtiging van de afdeling Gezondheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid. Het eHealth-platform kan deze opdracht slechts vervullen op vraag van bepaalde, limitatief opgesomde instanties zoals een instelling van sociale zekerheid, de stichting Kankerregister, het Intermutualistisch Agentschap, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, een federale overheidsdienst of een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid, die onder de federale overheid ressorteert. Het staat deze instanties vrij om al dan niet een beroep te doen op het eHealth-platform als intermediaire organisatie."

Tot zover, mevrouw Avontroodt, het uitgebreide antwoord van de minister.

05.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, na dit antwoord blijven er nog twee zaken.

U zegt dat er nog geen officiële brief is. Dat moet dan tegensprekelijk blijken. Uit de gegevens waarover wij beschikken en waarover trouwens ook de eerste minister, de commissievoorzitter en enkele leden beschikken, bestaat die brief immers wel. In die brief heeft men wel duidelijk opgenomen dat het een verplicht karakter heeft.

We hebben twee weken geleden de leden van het Sectoraal Comité van de Gezondheid hier in de plenaire vergadering aangeduid. Op het ogenblik dat die brief werd verstuurd, bestond die afdeling nog niet, en toch vermeldt men in de brief een positief advies van het Sectoraal Comité van de Gezondheid. Sta mij toe daarover toch enkele vragen te willen stellen.

Ik hoor ook in het antwoord dat er overleg zal worden gepleegd en dat de beslissingen alleen in overleg zullen worden genomen. Ik vind dat hetgeen primordiaal is, met name het niet-verplicht karakter, effectief behouden moet blijven, ook om in aanmerking te komen voor therapeutische projecten.

Ik denk niet dat het een *conditio sine qua non* kan zijn om in aanmerking te komen voor therapeutische projecten en nog meer voor de voortzetting ervan. In de brief die ik heb gelezen, wordt gesteld dat er therapeutische projecten lopen maar dat die vanaf nu worden onderworpen aan de voorwaarde van het verplicht gebruik. Is mijn interpretatie goed of fout? Ik kan geen andere interpretatie geven dan deze.

Ik heb als positief punt genoteerd dat er overleg zal komen met de betrokken organisaties die de brief van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV hebben ontvangen.

05.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Het dossier blijft dus geopend.

05.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik vrees van wel. We zullen dit antwoord goed analyseren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanvullende hospitalisatieverzekering" (nr. 8228)**

06 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assurance hospitalisation complémentaire" (n° 8228)**

06.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, deze vraag is heel kort. Aangezien wij, voor zover ik weet, de tekst waarvan de minister tijdens de bespreking van de beleidsnota en achteraf bevestigd had dat zij die aan de commissieleden zou bezorgen, nog niet hebben ontvangen, stel ik de vraag toch nog eens formeel. Mevrouw de voorzitter, ik vermoed dat u die inderdaad nog niet hebt ontvangen.

De Europese Commissie heeft voor enkele maanden een gemotiveerd advies gegeven aan België met betrekking tot de bevoordeling van de ziekenfondsen in verband met de hospitalisatieverzekeringen. Dat is dus een duidelijk standpunt. Momenteel wordt er een onderhandelde oplossing gezocht in overleg met de private verzekeringsinstellingen. Ik dacht dat mevrouw de minister tijdens de bespreking van de beleidsnota duidelijk gesteld had dat er een akkoord zou zijn. Mijnheer de staatssecretaris, is dat akkoord er nu en kunnen de leden inzake krijgen in de teksten van het akkoord?

06.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw Avontroodt, uw vraag is inderdaad kort, maar het antwoord is meer uitgebreid. Wat is de stand van zaken?

Op 24 september jongstleden hebben het Nationaal Intermutualistisch College en Assuralia een compromis ondertekend dat de grote lijnen omvat van het akkoord dat als antwoord moet gegeven worden op de ingebrekestelling van de Europese Commissie inzake de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Dat is natuurlijk veel uitgebreider dan alleen de dienst van hun hospitalisatieverzekering.

Momenteel gaan de gesprekken tussen Assuralia en het NIC, het Nationaal Intermutualistisch College dus, voort over de concrete aspecten van de aanwending van zekere bepalingen van het compromis. Het akkoord werd goedgekeurd door de regering tijdens de vergadering van de Ministerraad van 3 oktober.

De minister van Financiën en minister Onkelinx hebben op 23 oktober in naam van de Belgische regering aan de Europese Commissie een antwoord voorgelegd met daarin de inhoud van het bereikte akkoord tussen het NIC en Assuralia.

Indien de Europese Commissie dat antwoord aanvaardt, verbindt de Belgische regering er zich toe het binnen de 12 maanden vanaf de notificatie van de aanvaarding om te zetten in haar wetgeving. De verzekeringsorganismen zullen dan over maximaal 24 maanden overgangstermijn beschikken om in alle punten te beantwoorden aan het nieuwe wettelijke kader voor een aanvullende verzekering.

In grote lijnen voorziet het akkoord van de Belgische regering in de splitsing in twee groepen van de diensten van de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. De diensten die in het kader van de aanvullende verzekering via de statuten van het ziekenfonds verplicht zijn voor de leden, zullen, voor zover zij de criteria respecteren van de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie, die toelaten dat men ze als solidair kenschetst, niet worden beschouwd als concurrentie voor de verzekeringsproducten en voorts alleen onderworpen zijn aan de wet van 6 augustus 1990 inzake de ziekenfondsen en de nationale unies van ziekenfondsen.

Daarnaast zijn er de diensten die facultatief door de ziekenfondsen worden voorgesteld aan hun leden, waaronder meestal de aanvullende hospitalisatieverzekeringen en de diensten van de verplichte aanvullende verzekering die niet "solidair" zijn in de zin van de Europese jurisprudentie. Die diensten zullen worden beschouwd als verzekeringsproducten en zullen onderworpen zijn aan de hele Belgische wetgeving die de activiteiten van de verzekeringsmaatschappijen omkadert. Op die manier zal er geen enkele concurrentievervalsing meer kunnen bestaan tussen de ziekenfondsen en de verzekeraars.

Bovendien zullen er overleginstanties worden opgericht, tussen het NIC, het Nationaal Intermutualistisch College, en Assuralia, enerzijds, en tussen de CBFA en Assuralia, anderzijds, teneinde in de toekomst elk nieuw probleem tussen de ziekenfondsen en de verzekeringsmaatschappijen te voorkomen.

06.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik zou het toch goedvinden indien de tekst integraal aan de leden van commissie werd bezorgd, zoals de minister het had gezegd tijdens de bespreking van de beleidsnota. De effectieve tekst van het akkoord tussen de verzekeringsmaatschappijen en de ziekenfondsen is een belangrijke tekst, gelet op het feit dat wellicht binnen de 24 maanden nieuwe wetgevende initiatieven zullen moeten worden genomen. De level playing field zou daarbij geen dode letter meer zijn.

Ik heb het toch juist begrepen, mijnheer de staatssecretaris? Er is een akkoord dat er op dezelfde manier toezicht zal worden gehouden en dat er op gelijke voet zal gewerkt worden aan de aanvullende verzekering?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Els De Rammelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddel Strattera" (nr. 8411)

07 Question de Mme Els De Rammelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le médicament Strattera" (n° 8411)

07.01 Els De Rammelaere (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, mijn vraag is al een paar maanden oud en werd opgesteld naar aanleiding van een artikel dat in oktober 2008 in de pers verscheen.

Strattera is een alternatief geneesmiddel ter behandeling van de symptomen van ADHD. Soms wordt ook Rilatine of Concerta voorgeschreven. Strattera zou geen amfetamines bevatten en dus ook niet verslavend werken.

Uit een rapport dat over dit geneesmiddel is opgemaakt, blijkt nu echter dat het middel wel degelijk zware neveneffecten heeft. Het zou met name bij de gebruikers suïcidale neigingen opwekken. Dat is ook de reden waarom het RIZIV in ons land heeft geweigerd om dit geneesmiddel terugbetaalbaar te maken.

Vandaag is op Europees niveau een onderzoek aan de gang om dit geneesmiddel te herevalueren.

Mijnheer de staatssecretaris, bent u op de hoogte van deze neveneffecten? Wat is uw standpunt daarover? Is het niet aangewezen om Strattera in afwachting van de resultaten van het Europees onderzoek uit de handel te nemen, dan wel om minstens strengere maatregelen op te leggen voor het voorschrijven van dit geneesmiddel?

07.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, er zijn twee hoofdpunten in het antwoord van de minister.

Er bestaat inderdaad ongerustheid over de mogelijke ernstige bijwerkingen van Strattera waaronder het verhoogd risico van suïcidaal gedrag, leverbeschadiging, convulsie, cerebrovasculaire en cardiovasculaire bijwerkingen.

Meerdere maatregelen werden genomen om tot een betere kennis van het veiligheidsprofiel van dit geneesmiddel te komen en op die manier de risico's te verminderen.

Er zijn vier maatregelen.

Ten eerste, de risico-batenbalans van Strattera werd opnieuw beoordeeld nadat nieuwe analyseresultaten van klinische studies een verhoogd risico van suïcidaal gedrag aantoonde. Op Europees niveau concludeerde men dat de risico-batenbalans van Strattera nog steeds positief is, maar dat de productinformatie met betrekking tot de start van de behandeling diende te worden aangescherpt. De behandeling moet worden ingesteld door een specialist in de behandeling van ADHD. In de bijsluiter diende naast de waarschuwing van suïcidaal gedrag een waarschuwing te worden opgenomen met betrekking tot

een mogelijk verhoogd risico van convulsie en een waarschuwing om Strattera met voorzichtigheid te gebruiken bij patiënten met een aanleg voor hartritmestoornissen.

Ik kom tot een tweede maatregel. Er is een risk managementplan voor Strattera. Sinds november 2005 hebben firma's de verplichting om, gelijktijdig met de registratieaanvraag voor een nieuw geneesmiddel, een risk managementplan in te dienen. In dit plan wordt een veiligheidsspecificatie gegeven. Dit is in feite een opsomming van wat uit de ontwikkelingsfase wel en niet bekend is over het risicoprofiel van het geneesmiddel. Voor het opvullen van de eventuele hiaten moet de firma voorstellen doen voor nader onderzoek, inclusief een tijdsplanning. In het licht van het RMP voor Strattera zijn meerdere studies lopende of gepland.

Ik kom tot een derde element. Proactieve geneesmiddelenbewaking is een van de speerpunt domeinen van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. In het raam van dit project worden gezondheidszorgbeoefenaars gestimuleerd om extra aandacht te schenken aan bijwerkingen die optreden na het innemen van geneesmiddelen met een nieuw werkzaam bestanddeel – dat is het project black triangle – gedurende de eerste drie jaar na de commercialisering van het geneesmiddel. Dit zijn per definitie de geneesmiddelen waarvoor het zeer belangrijk is om gegevens te verzamelen, om hun veiligheidsprofiel beter te kunnen bepalen. Strattera is een van deze “black triangle”-geneesmiddelen.

Een ander project dat gestart werd met het Agentschap – dat is de vierde maatregel – is het project van actieve geneesmiddelenbewaking. Aan een groep artsen en apothekers werd gevraagd om onder andere alle bijwerkingen die optreden bij kwetsbare bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld kinderen, systematisch te melden.

Naast deze maatregelen zijn er ook routineactiviteiten met betrekking tot geneesmiddelenbewaking die van toepassing zijn voor alle geneesmiddelen. Zo bezorgen vergunninghouders op regelmatige tijdstippen periodieke, zesmaandelijkse of jaarlijkse, veiligheidsrapporten aan de bevoegde gezondheidsinstanties, nadat zij een vergunning verkregen hebben. Hierin worden alle gemelde bijwerkingen van de betreffende periode vermeld en geanalyseerd. In dit rapport is eveneens een risico-batenevaluatie opgenomen.

Verder kunnen artsen en apothekers vermoedelijke ongewenste effecten melden aan het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, door gebruik te maken van gele fiches.

Deze maatregelen dragen eveneens bij tot een betere kennis van het veiligheidsprofiel van het geneesmiddel.

Ik kom aan het tweede punt van het antwoord. Bovengenoemde maatregelen tonen aan dat de risico-batenbalans van Strattera op dit moment nog gunstig is. Wat het voorschrijven van Strattera betreft, wordt in de bijsluiter gemeld dat de behandeling moet ingesteld worden door een specialist in de behandeling van ADHD. In de bijsluiter wordt bovendien gemeld dat voor een goed gebruik van Strattera een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is.

Als er nieuwe veiligheidsgegevens beschikbaar zijn, wordt de bijsluiter aangepast op Europees vlak indien dit nodig geacht wordt. Op nationaal vlak worden artsen en apothekers op de hoogte gebracht van deze nieuwe veiligheidsgegevens door middel van mededelingen in de Folia Farmacotherapeutica van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie.

Het BCFI is een vzw die gefinancierd wordt door het Agentschap en die bepaalde publicaties, waaronder de Folia Farmacotherapeutica, gratis verspreid aan alle artsen en apothekers. Zo werden in de Folia Farmacotherapeutica van april 2008 de aanbevelingen vermeld van de American Heart Association over cardiovasculaire monitoring van kinderen en adolescenten vooraleer behandeling met centrale stimulantia in het kader van ADHD te starten.

In de Folia Farmacotherapeutica van november 2007 werd een mededeling door het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking gepubliceerd omtrent het risico van suïcidaal gedrag en convulsie door atomoxetine.

Ik meen dat deze maatregelen voldoende zijn op basis van de beschikbare gegevens.

Mevrouw De Rammelaere, dit was het antwoord van de bevoegde minister.

07.03 Els De Rammelaere (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, het is een hele boterham die u meedeelt. Ik hoor u graag zeggen dat de multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is bij ADHD, maar juist daar knelt het schoentje, want dat gebeurt niet. Het gebeurt heel dikwijls dat medicatie wordt voorgeschreven en dat de multidisciplinaire aanpak achterwege blijft.

Als ik dan hoor welke erge neveneffecten Strattera kan hebben, denk ik dat er hier toch met veel meer voorzichtigheid te werk moet gegaan worden en dat ten minste het Europees onderzoek moet afgewacht worden voor dit geneesmiddel vrij kan voorgeschreven worden.

Ik heb nog een vraag, maar ik weet niet of u daarop een antwoord kunt geven. Weet u wanneer het onderzoek op Europees vlak zal afgesloten zijn?

07.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Ik neem akte van uw repliek. Misschien kunnen wij uw bijkomende vraag noteren en u rechtstreeks een antwoord geven. Ik neem akte van uw repliek en, zoals ik daarstraks reeds zei, het Parlement heeft steeds het laatste woord.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

08 Question de M. Jacques Otlet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les services de pharmacie des hôpitaux" (n° 8431)

08 Vraag van de heer Jacques Otlet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisapotheken" (nr. 8431)

La **présidente:** Monsieur Otlet, la réponse a été préparée séparément. Je vous demanderai cependant d'essayer de ne pas demander les mêmes choses.

08.01 Jacques Otlet (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, je vais prendre un cas bien concret. Cela permet de situer la vraie question.

L'arrêté royal du 4 mars 1991 fixe les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée. Aux termes de cet arrêté, un pharmacien hospitalier-titulaire à mi-temps est obligatoire, dès qu'un hôpital atteint 75 lits, quelle que soit sa spécialité. De plus, ce pharmacien doit être titulaire d'une formation supplémentaire de pharmacien hospitalier. Malheureusement, comme c'est devenu trop souvent le cas, le SPF Santé publique n'intègre pas le coût réel de cette obligation dans le budget des moyens financiers des hôpitaux. Un exemple: un hôpital psychiatrique qui perçoit quelque 26.000 euros par an dans la partie B5 de son prix de journée et se trouve confronté à une charge salariale de plus de 40.000 euros rien que pour le salaire du pharmacien, auquel il faut encore ajouter 20.000 euros pour un assistant à temps partiel indispensable pour faire face à la charge de travail. Cela revient au bas mot à 60.000 euros à dépenser pour 26.000 euros de recettes dans la partie B5 du prix de journée.

Monsieur le secrétaire d'État, mes questions sont les suivantes. Mme la ministre a-t-elle fait analyser cette inadéquation entre cette obligation légale et le financement? Quelles sont les conclusions de cette analyse si celle-ci a été réalisée? Quelles sont les conclusions qu'on peut en tirer? Comment faire des propositions concrètes pour remédier à cette injustice qui provoque le déficit chronique et structurel des services de pharmacie des hôpitaux?

C'est en effet une question que j'aurais pu poser de manière tout à fait générale pour rejoindre mon collègue mais j'ai préféré partir d'un exemple bien concret, chiffré et suffisamment criant qui démontre qu'il y a un vrai problème.

08.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, monsieur Otlet, je vous remercie pour votre question et vous précise que je ne suis effectivement que le modeste représentant du gouvernement et de la ministre de la Santé publique pour répondre cet après-midi à quelques questions. Je vais donc vous communiquer la réponse de la ministre à l'exemple que vous avez pris.

Dans le cadre de l'élaboration du budget des soins de santé à l'INAMI pour 2009, une proposition d'amélioration du financement, notamment pour les pharmaciens, avait été faite. Je dois cependant

constater, dit Mme Onkelinx, que les organes compétents pour la fixation du budget des soins de santé, à savoir le Conseil général, n'ont pas retenu cette proposition comme prioritaire, dès lors qu'il a fallu faire des arbitrages budgétaires.

Le Conseil national des établissements hospitaliers est chargé de recevoir les modalités de la sous-partie B5, que vous avez évoquée. Mme Onkelinx examinera avec attention les propositions qui seront faites et qui, le cas échéant, pourraient être défendues dans le cadre de l'élaboration du budget 2010, toutes choses restant égales par ailleurs.

08.03 Jacques Otlet (MR): Monsieur le secrétaire d'État, j'entends bien que le Conseil général des soins de santé ait été interrogé dans le cadre du budget, etc. Toutefois, le rôle du ministre de la Santé publique est quand même de veiller à ce que les outils principaux de la Santé publique, tels que les hôpitaux, soient financés correctement! J'espère bien que, pour le budget 2010, cette anomalie sera corrigée!

En tout cas, j'y veillerai parce que, lorsque nous discuterons des projets budgétaires, je poserai encore la question dans l'espoir d'obtenir une réponse positive à ce moment-là.

08.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Je retiens de l'intervention de M. Otlet que les soins de santé nécessitent des moyens suffisants. C'est déjà un premier débat, qui porte sur la définition de l'enveloppe. Ensuite, nous devons discuter de sa répartition en vue d'une efficience aussi grande que possible dans tous les départements, compte tenu de toutes les demandes exprimées par les différents acteurs de la santé.

En tout cas, je partage votre idée suivant laquelle des moyens financiers sont indispensables pour répondre aux besoins des hôpitaux aussi efficacement que possible.

La **présidente:** (...) et de manière à pouvoir obéir à certaines obligations de service.

Malheureusement, la santé n'est pas le seul secteur où nous sommes confrontés à ce genre de choses.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Monsieur Bacquelaine, vous avez une question concernant la circulaire INAMI-SPF Santé et les projets thérapeutiques et la concertation transversale. Mme Avontroodt a posé une question similaire mais Mme la ministre a préparé deux réponses différentes.

09 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la circulaire de l'INAMI et du SPF Santé publique concernant les projets thérapeutiques et la concertation transversale" (n° 8442)

09 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omzendbrief van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid betreffende de therapeutische projecten en het transversaal overleg" (nr. 8442)

09.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, je voulais revenir sur les propositions du directeur général de l'INAMI et du directeur général du SPF Santé publique qui ont transmis, dans le cadre des projets thérapeutiques et de concertation transversale, un point de la situation à l'attention des participants à ces projets. Ces participants devront progressivement conduire à l'adoption d'une proposition structurelle de circuits de soins et de réseaux de soins.

Dans le cadre de cette circulaire, on obtient des informations quant à la collecte d'informations relatives aux patients. C'est le point qui retient le plus mon attention.

On peut ainsi relever plusieurs choses.

- En ce qui concerne la protection de la vie privée du patient et des intervenants concernés, le comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé a rendu un avis positif en date du 4 mars 2008. Il s'agit bien du comité sécurité sociale et non du comité santé, car on vient seulement d'en désigner les membres la semaine passée.

- La Banque-Carrefour de la sécurité sociale fait actuellement office de "Third Trusted Party", c'est-à-dire le temps que eHealth se constitue. Aussi longtemps que eHealth n'est pas créé et fonctionnel, c'est la Banque-Carrefour de la sécurité sociale qui reçoit l'enregistrement.

- La participation à l'enregistrement et à la collecte de données par des équipes scientifiques sont des conditions à remplir pour conserver le financement de l'INAMI par projet thérapeutique. Cela signifie que l'on impose l'enregistrement, l'inscription des participants à ces circuits et réseaux de soins, afin qu'ils puissent être effectivement financés, ce qui est, semble-t-il, contraire à certains engagements pris par la ministre.

Monsieur le ministre, dans quel cadre légal ce type de procédure d'enregistrement s'inscrit-il? Quelles sont les garanties relatives à la confidentialité et à la sécurité de cette procédure? S'agissant exclusivement de données de santé, l'avis de la Commission de la protection de la vie privée n'aurait-il pas dû être donné uniquement par la section santé du comité sectoriel qui, au demeurant, n'a pas encore été réellement constitué?

Manifestement, nous nous trouvons en présence d'une obligation de transmettre les données par voie électronique afin de conserver un financement. Cautionnez-vous cette méthode? N'est-elle pas en contradiction flagrante avec la promesse faite aux médecins notamment sur le fait que l'utilisation d'eHealth se fera toujours sur une base volontaire? Comment justifiez-vous cette contradiction et ce non-respect des garanties données en la matière?

09.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Monsieur Bacquellaine, ma réponse spécifique se référera bien entendu à ce que j'ai répondu à Mme Avontrodt et qui figurera au rapport de cette commission.

En réponse à cette question, Mme Onkelinx souhaitait apporter les éléments suivants.

La Conférence interministérielle de la Santé publique a approuvé, en mai 2004, les principes de base pour travailler avec des réseaux et des circuits de soins dans le secteur de la santé mentale.

La première étape consiste en la mise au point d'une fonction de concertation entre les dispensateurs de soins au niveau du patient. Des projets thérapeutiques ont été créés à cette fin à titre expérimental. Au printemps 2007, le comité de l'assurance a conclu des conventions avec des projets thérapeutiques. Il s'agit de projets expérimentaux financés dans le cadre de l'article 56 de la loi AMI. En d'autres termes, il s'agit de projets pilotes. Ce type de procédure d'enregistrement ne constitue donc pas une obligation légale. La coopération se fait sur une base volontaire.

Le but des projets thérapeutiques est d'explorer les possibilités de travailler avec des circuits et des réseaux de soins dans le secteur de la santé mentale. Quelles sont les possibilités de ce secteur? Quelles sont les conditions pour réaliser ceux-ci? Pour quels groupes cibles est-ce possible? Grâce aux projets thérapeutiques, le secteur de la santé mentale a la possibilité d'explorer ces éléments dans le cadre d'un projet dans le but de parvenir, à partir de son expérience, à une approche structurée en matière de collaboration et de complémentarité entre partenaires et de collaborer ainsi au développement de circuits et de réseaux de soins. Les projets thérapeutiques entendent explicitement aller au-delà de la formalisation des accords de coopération existants entre les services et les structures de soins de santé mentale.

La procédure d'enregistrement à laquelle vous faites allusion s'inscrit dans l'évaluation des projets thérapeutiques, plus précisément, dans le cadre de la concertation transversale. Pour la participation à la concertation transversale, chaque projet thérapeutique a conclu une convention supplémentaire: "collecte d'information relative aux projets thérapeutiques santé mentale" dans le cadre de la concertation transversale avec le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Dans cette convention, le projet s'engage à participer à la totalité du programme de la concertation transversale, ce qui implique notamment l'enregistrement de données selon les instructions du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et du service "Soins de santé psychosociaux" du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Pour des raisons d'efficacité et pour éviter des charges administratives inutiles, le SPF Santé publique et le Centre fédéral d'expertise ont choisi de procéder autant que possible par voie électronique pour l'enregistrement prévu des données. À cet effet, le SPF a développé une application web qui sera mise à la disposition des projets thérapeutiques. En vue d'une protection optimale de la vie privée des patients, une méthode a été élaborée par ailleurs pour que le SPF Santé publique et le Centre d'expertise ne puissent disposer en propre de données personnelles non codées relatives à la santé.

C'est pourquoi l'intervention d'une instance chargée de la mission légale d'organisation intermédiaire a été prévue. Celle-ci sera chargée du codage des données à caractère personnel avant leur transmission au SPF

Santé publique et au Centre d'expertise.

Plus précisément, l'organisation intermédiaire convertira le numéro d'identification de la sécurité sociale du patient en numéro d'ordre insignifiant de sorte qu'il soit raisonnablement impossible de le réidentifier. Étant donné que le SPF Santé publique et le Centre d'expertise doivent cependant disposer de données transversales relatives aux projets thérapeutiques, un même numéro d'identification est toujours converti vers le même numéro d'ordre insignifiant.

Dès que le codage des données à caractère personnel est opéré, l'organisation intermédiaire transmet les données codées au SPF Santé publique et au Centre d'expertise et elle détruit toutes les données à caractère personnel relatives à la santé qu'elle a reçues. L'organisation intermédiaire conserve toutefois le lien entre le numéro d'identification de la sécurité sociale et le numéro d'ordre insignifiant de sorte qu'il soit possible d'attribuer le même numéro d'ordre insignifiant lors d'un envoi ultérieur pour le même patient et en vue de pouvoir mentionner le numéro d'identification de la sécurité sociale du patient en cas de feedback de la part du SPF et du Centre d'expertise vers le projet thérapeutique à l'intervention de l'organisation intermédiaire.

Au printemps 2008, le SPF Santé publique et le Centre d'expertise ont soumis la méthode de travail proposée au Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, de leur propre initiative et sans qu'il soit question à ce moment-là d'une obligation légale.

En effet, la loi relative à l'institution et à l'organisation d'une plate-forme eHealth n'était pas encore proclamée alors. La section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé n'était pas encore composée.

Sur la base de l'article 46 de la loi du 15 janvier 1990, relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale, qui confie au comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé la mission d'assurer le respect de la réglementation sur la protection de la vie privée et la sécurité de l'information, le comité sectoriel a formulé une recommandation en vue d'enregistrer les données en question d'une manière qui soit conforme à la réglementation précitée.

Comme vous pouvez le constater, le comité sectoriel comptait déjà deux médecins parmi ses membres.

Finalement, la Chambre des représentants a procédé à la nomination des membres du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé. Dès lors, et conformément à l'article 5 §8 de la loi précitée, la plate-forme eHealth demandera une autorisation supplémentaire à la section santé du comité sectoriel pour la tenue d'une table de concordance entre le numéro d'identification réel de l'intéressé et le numéro d'identification codé qui lui a été attribué.

Il n'existe donc aucune contradiction entre ce projet et les garanties données au médecin lors de l'élaboration de la loi portant création de la plate-forme eHealth."

Voilà, cher monsieur Bacquelaine, la réponse de la ministre à votre question.

09.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le secrétaire d'État, je suis inquiet que l'on n'ait pas attendu la création de la section santé du comité sectoriel pour recevoir un avis autorisé.

Dans le vote de la loi eHealth, nous avons clairement dit qu'elle ne pourrait être applicable tant que la section santé du comité sectoriel sécurité sociale et santé de la Commission de protection de la vie privée ne serait pas en ordre de marché. Elle va désormais l'être, je ne reviens pas là-dessus.

En revanche, ce qui me gêne quelque peu, c'est qu'à l'occasion du vote de la loi eHealth, la ministre s'était engagée à ce que cela soit facultatif, autrement dit à ce qu'il n'y ait pas d'obligation de participer à l'enregistrement des données via eHealth.

Il serait inadmissible que, lors de la création d'un circuit de soins, on fasse savoir que cela n'est pas obligatoire tout en faisant remarquer que, si les données ne sont pas enregistrées, l'INAMI n'interviendra plus dans le cadre des soins prodigués dans le cadre dudit circuit. En effet, la pression deviendrait telle que le caractère facultatif disparaîtrait complètement. Cela deviendrait alors purement et simplement obligatoire. Il serait illusoire de faire croire qu'il est possible de se passer purement et simplement du financement de

l'INAMI. Et tout d'abord, cela toucherait le patient lui-même, ce qui serait inacceptable.

Il existe donc, selon moi, un problème de méthodologie et de conception du caractère facultatif de l'enregistrement des données qui devra faire l'objet de discussions dans le cadre de l'application de la loi eHealth.

09.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, je prends bonne note des remarques de M. Bacquelaine et j'en ferai part à la ministre. Je pense effectivement que le dossier pourra faire l'objet d'autres débats au sein de cette assemblée.

09.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, waarom werden er twee verschillende antwoorden gegeven over exact dezelfde problematiek? Ik heb heel duidelijk gevraagd over welke therapeutische projecten het gaat, waarom men niet heeft gewacht op de samenstelling van het sectoraal comité gezondheid, enzovoort.

Het is exact dezelfde vraag waarop men in het uitgebreid antwoord aan collega Bacquelaine nog veel meer uitweit over les réseaux en de netwerken en de zorgnetwerken, terwijl dat in het antwoord op mijn vraag helemaal niet aan bod komt. Werd het antwoord misschien geformuleerd door twee verschillende administraties?

Wij gaan dat eens samen bekijken en ik hoop, mevrouw de voorzitter, dat er in het vervolg een gecoördineerd antwoord komt op dezelfde vraag. Het zijn twee verschillende antwoorden!

09.06 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Si je puis me permettre, je n'ai pas ce sentiment. Sur la manière d'organiser les travaux, je remplace la ministre et je donne les réponses préparées. J'imagine que des questions sont réparties dans le temps et que certaines sont déposées les unes avant les autres. Pour une question d'organisation, il me paraît donc préférable de les joindre afin qu'elles soient traitées comme un seul point.

Deuxièmement, je n'ai pas le sentiment d'avoir donné deux réponses contradictoires. Peut-être les développements sont-ils différents s'ils ont été donnés par des collaborateurs différents, mais je crois que les réponses ne sont pas différentes au point d'en être contradictoires. Sans doute, l'argumentation, le développement, le choix des mots et l'historique des éléments sont-ils différents, mais pas contradictoires quant au fond.

Je proposerai que les questions soient jointes quand elles traitent du même objet, ce qui faciliterait les choses pour tout le monde.

09.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): J'avais posé très concrètement la question de savoir quels étaient les projets thérapeutiques. Je n'ai pas obtenu de réponse à cette interrogation. On ne m'a pas répondu à ce sujet. Heureusement, j'ai obtenu la réponse par le biais de la réponse à mon collègue Bacquelaine.

09.08 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Je crois qu'il faut croiser les deux développements. Je vous invite donc à les relire tous deux. Le mieux serait de joindre des questions portant sur des objets similaires, de même nature.

La **présidente**: C'est ce qu'on fait d'habitude. Ici, en effet, je suppose que l'administration a considéré que les modes d'approche de la question étaient différents et a donc composé deux réponses formulées différemment. Dès ce moment, nous ne pouvons plus les joindre. C'est le perpétuel problème de l'œuf et de la poule.

Néanmoins, il s'agira de revenir avec la ministre sur cette dimension de savoir où l'on en est par rapport à l'obligation et au libre choix. Est-ce possible de maintenir les deux? Ces éléments avaient déjà été discutés lors du débat sur le projet de loi. La semaine prochaine, si la ministre peut venir, nous pourrions dès lors consacrer un moment pour faire le point.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de

la Santé publique sur "le remboursement de l'entécavir (nom de marque: Baraclude)" (n° 8443)

10 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van entecavir (merknaam: Baraclude)" (nr. 8443)

10.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, l'Entécavir est un médicament contre le virus de l'hépatite B.

Le Congrès de l'Association américaine pour l'étude des maladies du foie a révélé récemment des chiffres tout à fait impressionnants en ce qui concerne la lutte contre l'hépatite B chronique.

Je sais que vous connaissez le dossier. Vous avez d'ailleurs déjà participé à des colloques sur le sujet.

10.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Dans une autre vie, peut-être. ... J'ai participé à beaucoup de colloques.

10.03 Daniel Bacquelaine (MR): Les études portent sur le traitement de l'Entécavir chez les patients souffrant d'hépatite B. Selon le professeur Yun-Fai Liaw de l'université de Taipei, chez 94% des patients souffrant d'une hépatite B devenue chronique, le virus est devenu indétectable après quelques mois de traitement, et est resté indétectable tout au long des cinq années suivantes. C'est évidemment particulièrement intéressant, les cinq années évoquées correspondant à la durée de l'étude.

Selon les spécialistes, ces résultats ne concernent toutefois pas tous les patients souffrant d'une hépatite B chronique car il faut tenir compte de l'état d'avancement de la maladie, mais aussi du fait que seuls les patients dit "naïfs", c'est-à-dire ceux qui n'ont jamais eu d'autres traitements pour cette même pathologie, répondent positivement à ce médicament qui est alors le premier à être administré.

Si on a traité les patients avec d'autres médicaments avant, le traitement par l'Entécavir est moins efficace.

En Belgique, une spécialité qui s'appelle Baraclude est disponible. Elle ne fait cependant l'objet d'un remboursement qu'en seconde ligne, c'est-à-dire quand, précisément, on a subi un autre traitement avant qui s'est révélé inefficace. C'est bien entendu un non-sens puisque le médicament Entécavir est justement actif quand on n'a pas fait de traitement antérieurement.

Il semblerait d'ailleurs que la Belgique soit le seul pays européen à ne pas rembourser ce traitement pour des patients naïfs, c'est-à-dire pour des patients qui n'ont pas encore reçu d'autres traitements.

Alors que la priorité pour les malades chroniques a été maintes fois évoquée par la ministre elle-même, estimez-vous normal que des patients belges souffrant d'hépatite B chronique ne puissent avoir accès, sauf à y aller de sa poche, à un traitement efficace en première ligne?

Quelles sont les actions que vous comptez prendre pour remédier à ce problème?

Une demande de révision des critères de remboursement a-t-elle déjà été introduite?

Dans l'affirmative, où en est le processus?

La commission de remboursement des médicaments s'est-elle déjà penchée sur ce dossier? Il faut dire qu'elle n'est pas toujours très efficace.

Dans la négative, une demande de révision des critères va-t-elle être envisagée par votre département?

10.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, monsieur Bacquelaine, je ne me considère absolument pas comme un spécialiste de l'hépatite B même si j'ai pu participer à l'un ou l'autre colloque sur la question et sur la santé publique en général.

La réponse de Mme Onkelinx est la suivante.

Le traitement efficace en première ligne pour l'hépatite B chronique dont vous parlez concerne l'Entécavir, la spécialité étant le Baraclude, comme vous l'avez signalé.

Au sein de la commission de remboursement, une procédure de demande de remboursement pour ce produit particulier est en cours. J'attends l'avis de la commission de remboursement qui comprend entre autres la valeur thérapeutique, la plus-value du produit et son positionnement dans le traitement.

À ma demande, la commission de remboursement organise une révision de groupe, un groupe de travail devant établir un état des lieux en matière de traitement de l'hépatite B par une approche médicamenteuse.

Aussi bien la procédure entamée par le fabricant Bristol-Myer Squibb pour cette demande spécifique que le groupe de travail sur le sujet plus large de l'hépatite B sont toujours en cours.

Je vous signale que le Centre fédéral d'expertise étudie également le positionnement de tous les antiviraux pour l'hépatite B.

Voilà ce que Mme Onkelinx répond, monsieur Bacquelaine, à votre question.

10.05 Daniel Bacquelaine (MR): Je me demande pourquoi il faut réinventer le fil à couper le beurre. Nous sommes le seul pays européen à agir de cette façon. Il faut surtout se demander si on n'a pas soi-même tort, plutôt que de penser que ce sont les autres qui ont tort.

Je regrette qu'on n'aille pas plus vite, parce que des personnes vont peut-être développer un cancer suite à la persistance du virus de l'hépatite B. Pour moi, il est urgent de traiter ce problème.

Dans la plupart des pays européens, on reconnaît le remboursement de ce médicament pour les patients qui n'ont pas eu d'autre traitement avant. Ici, on attend que les patients aient suivi d'autres traitements avant de rembourser ce médicament, alors qu'on sait que ce médicament sera moins efficace que si on l'avait donné tout de suite. C'est assez dramatique au niveau de la cohérence intellectuelle.

La **présidente**: On rencontre régulièrement ce genre de situations. Parfois le fait de les mettre en évidence au parlement permet de faire passer des informations et parfois de corriger les erreurs.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Monsieur Bacquelaine, les autres membres de la commission sont d'accord pour que vous posiez la question inscrite au point 52 de l'agenda.

11 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté ministériel Asthme/BPCO" (n° 9082)

11 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ministerieel besluit over astma en COPD" (nr. 9082)

11.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, je reviens sur la réglementation des aérosols utilisés pour l'asthme et la bronchite chronique. Nous avons déjà beaucoup discuté de ce problème. Mais la ministre vient d'envoyer un courrier à tous les médecins, spécifiant que cet arrêté sera appliqué avec tolérance, une sorte de statu quo pendant six mois. C'est en tous cas le sens de cette lettre. On a publié sur le site de l'INAMI une rubrique "questions-réponses" par rapport à ce problème et aux questions les plus fréquemment posées par les médecins.

Les griefs des médecins à l'encontre de cette réglementation, très complexe, restent évidemment réels.

Monsieur le secrétaire d'État, sur la base des remarques émises par les médecins, y a-t-il déjà eu des modifications de l'arrêté ministériel? Dans l'affirmative, quels changements fondamentaux apporterez-vous à cette réglementation? Dans la négative, pour quelles raisons cette réglementation n'a-t-elle pas encore été réellement modifiée?

Si je peux me permettre, vu l'ampleur du mécontentement que cette réglementation suscite, vous aviez prévu de réunir le groupe de travail tripartite: organismes assureurs, organismes scientifiques et prestataires, pour envisager une révision des conditions de prescription. Ce groupe tripartite, à ma connaissance, ne s'est pas encore réuni ou, s'il l'a fait, c'était tout récemment. Je pense urgent de mettre ce groupe de travail en route.

11.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, je donnerai à M. Bacquelaine et à ses collègues présents la réponse de la ministre sur ce point.

Les recommandations reprises dans l'arrêté ministériel sont dans le droit fil des recommandations internationales pour la prise en charge de ces affections. Les modalités reprises au chapitre 2, concernant le contrôle éventuel a posteriori, représentent une simplification d'envergure par rapport aux dispositions précédentes, avec des spécialités, aux chapitres 1 ou 4, dont certaines bénéficient de la possibilité de l'inscription "tiers payant applicable". Ce sont d'ailleurs ces dernières qui avaient provoqué le mécontentement des praticiens l'an dernier.

Lors des discussions au sein de la commission de remboursement des médicaments, l'ensemble des représentants du corps médical présents avait voté en faveur de ces mesures. Il est malheureusement exact que des erreurs de communication ont été commises. La ministre a essayé de rectifier celles-ci par son courrier à l'ensemble des médecins. De plus, la ministre a demandé à l'INAMI de mettre sur pied un groupe de concertation avec les acteurs de terrain. J'insiste sur certains cas particuliers. Certaines de ces recommandations ne doivent pas être suivies à la lettre, comme par exemple s'il s'agit de patients se trouvant dans l'incapacité de se déplacer.

Je rappelle aussi, avec Mme Onkelinx, que la nouvelle réglementation ne concerne pas les traitements de moins de huit semaines. Elle permet ainsi aux patients de se voir rembourser leur traitement en cours prescrit par leur médecin lors d'affections aiguës.

Comme vous avez certainement pu le lire, aucun contrôle éventuel ne sera effectué les premiers mois afin de permettre au médecin de se familiariser avec ces dispositions. En outre, dans le cadre du chapitre 2, lors d'une mise sous surveillance éventuelle dont le prescripteur sera préalablement prévenu, une latitude de 20% en cas de contrôle est acceptée si les modalités de remboursement ne sont pas documentées, ce qui laisse à chaque médecin toute latitude de prendre en considération les cas particuliers auxquels il doit faire face.

Beaucoup de médecins demandent par courrier ou par mail de purement et simplement supprimer le chapitre 2 pour ces médicaments et de tous les mettre en chapitre 1, ce que les experts consultés dans un groupe de travail ad hoc d'abord, qui ensuite ont fait rapport à la commission de remboursement, estiment inapproprié.

Mme Onkelinx n'a pas l'intention de demander, ni à la commission de remboursement, ni au groupe de travail tripartite, de revoir ces modalités avant une période de suivi dans la vie réelle sur le terrain. Vers la fin de l'année 2009, elle interrogera à nouveau les experts, les acteurs de terrain, voire le groupe de travail tripartite pour déterminer si une adaptation est nécessaire.

11.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le secrétaire d'État, dans ce cas, il me semble inadmissible qu'il y ait des sanctions avant la fin 2009. Je veux bien qu'on ne réunisse pas la commission tripartite et qu'on ne modifie pas la réglementation mais il faut alors s'abstenir de toute sanction d'ici la fin 2009, d'autant plus qu'on reconnaît implicitement que l'arrêté en question est difficile d'application. C'est le moins qu'on puisse dire!

Il m'apparaîtrait assez léger que, sur la base d'un arrêté aussi compliqué et aussi contesté, des sanctions soient appliquées. Je demande dès lors simplement une suspension de cet arrêté, en tout cas de son application en termes de sanction, jusqu'en 2009. Je propose qu'on revoie ensuite véritablement cette réglementation vers davantage de simplification et, pourquoi pas, d'envisager la mise dans le chapitre 1.

Personnellement, il m'apparaît nécessaire de sanctionner les "outlayers", c'est-à-dire les personnes qui dépassent la courbe de Gauss. Bien entendu, si elles ont une explication raisonnable, on en tiendra compte! Mais qu'on ne contrôle que ces personnes-là! Cette technique me semble beaucoup plus efficace. Il faut se concentrer véritablement sur les pratiques déviantes plutôt que de commencer à mettre son nez dans toutes les prescriptions de ce pays. Finalement, on dépense beaucoup de temps pour pas grand-chose!

11.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Monsieur Bacquelaine, en ce qui concerne les sanctions, pour aller dans votre sens, Mme Onkelinx précise en tout cas qu'aucun contrôle ne sera effectué dans les premiers mois. Je prends note de votre demande pour que ce soit effectivement le cas jusqu'à la fin de

l'année 2009. Il en sera fait rapport à Mme Onkelinx.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions de M. Prévot n^{os} 8460, 8461 et 8671 sont transformées en questions écrites. M. Gilkinet viendra poser ses questions.

12 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorwaarden voor de terugbetaling van Revlimid" (nr. 8481)

12 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modalités de remboursement du médicament Revlimid" (n° 8481)

12.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, tot voor kort hadden patiënten die lijden aan multiple myelomen, met andere woorden de ziekte van Kahler, een ziekte met een slechte prognose, weinig vooruitzicht.

Inmiddels zijn er gelukkig therapeutische innovaties – nieuwe geneesmiddelen en behandelingen – waardoor de levensverwachting van die patiënten aanzienlijk gestegen is. Eén ervan is Revlimid. Sinds april 2008 wordt dit geneesmiddel terugbetaald in België, maar – en daarover gaat het – slechts als derdelijnsbehandeling en beperkt tot een maximale behandelingsduur van 8 cycli.

De meeste patiënten worden behandeld gedurende 6 of 7 cycli. Er is echter een kleine groep patiënten die noodgedwongen een succesvolle behandeling moet afbreken na 8 cycli omdat zij daarna niet wordt terugbetaald.

De gevolgen voor de levensverwachting van die patiënten kunnen dus dramatisch zijn.

Mijnheer de staatssecretaris, deze vraag – ik verheel het niet – komt precies vanwege de patiëntenvereniging van mensen die lijden aan multiple myelomen.

De beperking van de terugbetaling tot de derdelijn, en met een maximum van 8 cycli, is niet in lijn met de Europese registratie en geldt niet in de omringende landen. Het is enigszins analoog met wat dokter Bacquelaïne daarjuist heeft aangehaald. België bewaakt de toegankelijkheid blijkbaar niet op dezelfde manier als de omringende lidstaten.

Bij beslissingen inzake de terugbetaling is de prijs uiteraard een belangrijk element. Maar, mijnheer de staatssecretaris, het gaat hier om een kleine groep patiënten, die duidelijk afgelijnd is. Het gaat om een situatie waar evidence based is aangetoond dat de therapie aanslaat en dat zij levensverlengend werkt.

De eventuele alternatieven zijn heel vaak bijvoorbeeld langdurige hospitalisaties en andere alternatieven, die daarom niet even efficiënt zijn, en heel vaak ook ingrijpende behandelingen.

Vandaar mijn vraag, mijnheer de staatssecretaris, of die beperkende terugbetalingsmodaliteiten zoals ze momenteel in ons land gelden, kunnen uitgebreid worden, zodat die beperkte groep van patiënten die het effectief nodig heeft en zeer goed geïnformeerd is over zijn situatie, effectief zijn behandeling niet zou moeten afbreken na 8 cycli.

12.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, collega's, Revlimid betekent inderdaad een vooruitgang in de behandeling van het multipel myeloom, een aandoening die jaarlijks wordt vastgesteld bij ongeveer 600 patiënten in België en waarvoor tot op heden genezing slechts uitzonderlijk mogelijk is. Inderdaad, bij patiënten met recidive of refractair multipel myeloom gaf combinatie Revlimid plus Dexametazone een verlenging van de mediane progressieve vrij overleving ten opzichte van de behandeling met Dexametazone alleen. Dit werd aangetoond in 2 gerandomiseerde studies. Ik kan u de resultaten van deze gerandomiseerde studies geven indien gewenst. In 1 van deze studies was er ook een verbetering van de globale overleving.

Graag wil ik echter wijzen op de belangrijke kosten van Revlimid. Een maand behandeling kost namelijk ruim 6000 euro. De incrementele kosten per gewonnen maand progressieve vrij overleving bedragen ongeveer 9000 euro. Dit komt dus neer op incrementele kosten van ruim 100.000 euro per gewonnen levensjaar zonder ziekteprogressie, dus per jaar uitstel van verslechtering van de ziekte.

Inderdaad, ook de behandeling met Revlimid is jammer genoeg geen curatieve behandeling. De kosten per gewonnen jaar in de globale overleving liggen zeer waarschijnlijk nog hoger. De terugbetaling van dit geneesmiddel betekent dus derhalve reeds een belangrijke inspanning voor het verbeteren van het leven van deze patiënten.

Desondanks hebben wij op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen Revlimid opgenomen op de lijst van vergoedbare specialiteiten. Bij onze beslissing werd inderdaad een beperking ingevoerd tot een behandeling van 8 cycli.

Voor zover ons bekend is, zijn er overigens geen studies die hebben aangetoond dat de overleving en de levenskwaliteit beter is wanneer Revlimid wordt voortgezet tot intolerantie of tot ziekteprogressie, in vergelijking met een strategie waarbij een rustpauze in de behandeling wordt ingelast of waarbij na acht cycli wordt voortgegaan met een monotherapie met dexametazone.

Uiteraard dienen wij bij het opstellen van de vergoedingsmodaliteiten er ook voor te zorgen dat de beschikbare financiële middelen optimaal worden aangewend en dat aan patiënten met andere, evenzeer levensbedreigende aandoeningen een behandeling die vaak veel kosteneffectiever is als Revlimid niet moet worden ontzegd omwille van het gebrek aan financiële middelen.

Indien zich nieuwe elementen in dit dossier aandienen, zou een aanpassing van de reglementering eventueel kunnen worden overwogen. U ziet dat dit een zeer technisch dossier is.

12.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik vind dit niet zo technisch. Het is heel vitaal. Het gaat over een beperkte groep van patiënten.

Te uwer informatie, ik denk dat het nuttig zou zijn om te overleggen met de patiëntenvereniging aan Waalse zijde, Mymu, Myélome Multiple en de patiëntenvereniging aan Nederlandstalige zijde, met name CMP-Vlaanderen. Zij hebben zich in dit dossier samen geschaard. Het gaat inderdaad over 600 patiënten. Het verwondert mij hier vooral dat de criteria die wij hanteren niet gelijklopen met de criteria die worden voorgesteld door de EMEA. De Europese registratie heeft Revlimid geregistreerd voor de tweedelijnsbehandeling en niet voor de derdelijnsbehandeling.

Ik begrijp uit uw antwoord dat een gesprek mogelijk is. Indien zich nieuwe elementen aandienen, is men bereid om die te overwegen. Ik denk dat de producent in deze ook een rol te spelen heeft om de toegankelijkheid voor die beperkte groep van patiënten mogelijk te maken.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

13 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de investeringen in ziekenhuizen" (nr. 8647)

13 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les investissements dans les hôpitaux" (n° 8647)

13.01 Sonja Becq (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, eigenlijk betreft het hier een schriftelijke vraag aan de minister naar aanleiding van een mondelinge vraag over de aankondiging vanuit het Waalse Gewest om maar liefst 1,6 miljard te besteden aan het investeringsbudget voor ziekenhuizen, waarop ik geen becijferd antwoord heb gekregen. Aangezien de minister daar toen heel algemeen op heeft geantwoord, herhaal ik enkele vragen, ook om over een aantal cijfergegevens en concrete teksten te kunnen beschikken. Ik hoop, mijnheer de staatssecretaris, dat u een dergelijk, geschreven antwoord bij u hebt.

Er wordt gerefereerd aan een onderzoek dat vanuit het Waals Gewest zou zijn gevoerd over de ziekenhuizen. Welk onderzoek is dat? Wie heeft dat onderzoek gefinancierd? Welke resultaten zijn uit dat onderzoek gekomen?

Over welke investeringsperiode gaat het concreet? Hoe is dat begrotingsmatig gebudgetteerd? Hoe staat het in de begroting? Ik stel die concrete vragen, omdat het niet altijd even duidelijk is of de budgetten over een periode van tien jaar worden toegekend, dan wel voor de periode tot 2010 of 2015.

Mijn derde vraag heeft betrekking op het feit dat men vanuit het Waalse Gewest – dat kan even goed vanuit de Vlaamse Gemeenschap, dus daarover gaat het niet – wil werken met een systeem van dringende dossiers. Die dringende dossiers zijn ook als dusdanig omschreven in de regelgeving. Kunt u ons verduidelijken over welke dossiers het gaat? Klopt het dat het effectief over dringende dossiers gaat? Kan men al duidelijk maken hoeveel dossiers er dringend en hoeveel er niet zo dringend zijn?

Op de vraag of die bedragen uit de afgesproken bouwkalender worden geput, heeft de minister wel geantwoord. Zij komen volgens haar alleen daaruit, maar zelfs dat is niet helemaal duidelijk.

Waren er overeenkomstig het protocolakkoord al middelen toegewezen? Hoeveel middelen zijn dat dan, zowel aan de Waalse als aan de Vlaamse Gemeenschap?

Mijn laatste vraag had betrekking op middelen die buiten het budget van de bouwkalender toch in ziekenhuizen worden geïnvesteerd, voor allerhande reparaties en dergelijke. Dat gaat om beslissingen die vanuit een administratie worden genomen, zonder dat daarvoor regelgeving of wettelijke criteria zijn vastgelegd. Gebeurt dat effectief? Op welke manier is die verdeling de voorbije jaren gebeurd? Naar welke ziekenhuizen zijn de budgetten gegaan?

Ik hoop echt dat we een becijferd antwoord krijgen, zodat we kunnen bekijken op welke manier de gelden zijn toegewezen en of dat ook op een correcte en rechtvaardige manier is gebeurd.

13.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, ik hoop dat ik alle vragen van mevrouw Becq zal kunnen beantwoorden.

Mevrouw Becq, u vraagt naar cijfers. U hebt zes vragen en subvragen. Om eerlijk te zijn, ik ontdek de cijfers uit het antwoord samen met u.

Ik wil hier het algemeen kader van de bouwkalender in herinnering brengen. Om het behoud van een kwaliteitsvolle ziekenhuisinfrastructuur te kunnen garanderen, neemt de federale overheid conform de bepalingen in het koninklijk besluit van 25 april 2002, voorheen het ministerieel besluit van 2 augustus 1986, de ziekenhuisinvesteringen met betrekking tot onroerende goederen, medisch en niet-medisch materiaal ten laste door de afschrijvingslasten en de hierbij horende financiële lasten te financieren via het budget voor de financiële middelen van de ziekenhuizen.

Teneinde het jaarlijks noodzakelijk budget om die financiering te dekken, te kunnen programmeren, wordt rekening gehouden met een bouwkalender. Het betreft een bedrag dat het aandeel van de federale overheid voor alle subsidieerbare investeringen van het Rijk dekt.

De regels inzake de vaststelling van investeringen die subsidieerbaar kunnen zijn, zijn vastgelegd in het ministerieel besluit van 11 mei 2007 tot de vaststelling van de maximumprijs die in aanmerking genomen kan worden voor de betoelaging voor de oprichting van nieuwe gebouwen en de uitbreidings- en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, en het koninklijk besluit van 1 maart 2007 dat de toekenningsvoorwaarden bepaalt van de subsidies. Dat laatste maakt het met uitvoering van het protocolakkoord van de interministeriële conferentie van 19 juni 2006 mogelijk om de federale financiering te verhogen van 40% tot 90% voor prioritaire projecten.

Voor uw vraag op punt 1a, is het antwoord het volgende. De bouwkalender, die reeds twintig jaar van toepassing is, is gereguleerd door verschillende koninklijke en ministeriële besluiten en is bovendien met de Gemeenschappen en de Gewesten besproken in de interministeriële conferentie van Volksgezondheid. Op die basis werd in mei 2008 een werkgroep van de IMC samengeroepen waarin de betrokken regionale overheden vanwege de federale overheid verzocht werd om per ziekenhuis per jaar vanaf 2006 hun beoogde ramingen qua afschrijvingen dewelke op de bouwkalender dienen te komen, mee te delen, teneinde de toepassing van de bouwkalender te kunnen opvolgen. Tot nu toe deelden enkel de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap die gegevens officieel mee.

De federale tussenkomst is op geen enkel bilateraal akkoord gebaseerd en is volkomen transparant.

Wat betreft de punten b en c van uw vraag, op federaal niveau is er geen onderzoek gevoerd. Het is aan de Gemeenschappen en Gewesten conform de termijn van de bouwkalender en binnen de envelop de investeringen te plannen en die informatie aan de federale administratie te communiceren.

Wat betreft punt 2a van uw vraag, de bouwkalender wordt voor een periode van tien jaar vastgesteld, en de huidige bouwkalender loopt van 2006 tot 2015.

Wat betreft punt 2b, jaarlijks vertegenwoordigt de bouwkalender een bedrag van 7,58 miljoen euro. Dat bedrag is identiek, buiten de inflatieconstructie-index, aan het bedrag van de bouwkalender van de vorige periode 1996-2005, lopende over drie regeringsperiodes, net zoals de verdeelsleutel tussen de Gemeenschappen en de Gewesten. Het bedrag van 7.580.000 euro is dus het maximale bedrag dat in het federale budget van de ziekenhuizen kan worden ingebracht. De Gemeenschappen en Gewesten mogen het toebedeelde budget niet overschrijden.

Wat betreft punt 2c, het bedrag van het Rijk, 7.580.000 euro, index van 1 januari 2006, is onderverdeeld als volgt: voor de Vlaamse Gemeenschap 4.351.678 euro of 57,41%, voor het Waalse Gewest 2.380.000 euro of 31,40%.

Pour la COCOF: 58.366 euros (0,77%); pour la VGC (COCON): 649.000 (8,57%) et pour la Communauté germanophone: 81.864 euros (1,08%).

Ik kom tot de antwoorden op uw vragen drie en vier. Na onderzoek van de fiches blijkt dat het Gewest inderdaad binnen zijn enveloppe blijft. Ik zou u er wel willen aan herinneren dat, aangezien het gaat om een gesloten enveloppe, wat het federale budget betreft, een overschrijding hoe dan ook tot gevolg zou hebben dat de federale overheid bijvoorbeeld een lineaire vermindering op de projecten zou toepassen. Een verantwoordelijke minister zou er dus geen belang bij gehad hebben om aanvragen goed te keuren die de enveloppe overschreden zouden hebben.

Wat uw vijfde vraag betreft, jaarlijks zal aan elke Gemeenschap of elk Gewest het jaaraandeel binnen de bouwkalender toegekend worden en gefinancierd worden door het budget der financiële middelen van de ziekenhuizen.

Wat uw zesde vraag, punt a, betreft, in het kader van de jaarlijkse herzieningen van de ziekenhuisbudgetten kunnen niet subsidieerbare investeringen gedekt worden via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen en post factum gerecupereerd worden. Aangezien de recuperatie van die investeringen via het BFM – dat is het antwoord op punten b en c van uw zesde vraag – slechts bekend is na afloop van de herziening van het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis voor de betrokken dienstjaren, en dus a posteriori, zijn momenteel nog geen cijfers beschikbaar.

Ik hoop, mevrouw Becq, dat u een volledig antwoord gekregen hebt.

13.03 Sonja Becq (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het geduld waarmee u het antwoord hebt uitgesproken. Ik heb met veel aandacht geluisterd en ik heb het heel goed begrepen. Ik heb wel geen antwoord gekregen op al mijn vragen. Ik zou ook willen uitrekenen op welke manier men aan die 1,6 geraakt. Met de cijfers die nu worden meegedeeld kan ik dat niet volledig uitmaken.

Op mijn laatste vraag, over welk budget er vanuit dat speciaal fonds uiteindelijk gefinancierd wordt, antwoordde u dat de cijfers maar achteraf gegeven kunnen worden. Mijn vraag ging terug tot het jaar 2000. Moet ik hieruit afleiden dat men op dit ogenblik, eind 2008, nog geen zicht heeft op het jaar 2000? Kan men geen cijfers over het verleden geven? Ik blijf op mijn honger. Dat is een element van financiering waarop wij geen zicht hebben. Ik zou daarin graag wat transparantie krijgen.

Ik weet niet op welke manier dat uitvalt. Daar gaat het mij niet om. Mijn vraag is op welke manier wij dat een beetje transparanter kunnen krijgen.

13.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Ik neem akte van uw bijkomende of subvragen. Ik zal aan mevrouw Onkelinx vragen om haar antwoorden rechtstreeks naar u toe te sturen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

14 Vraag van mevrouw Alexandra Colen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van Child Focus inzake jeugdprostitutie op het internet" (nr. 8490)

14 Question de Mme Alexandra Colen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport de Child Focus relatif à la prostitution juvénile sur internet" (n° 8490)

14.01 Alexandra Colen (Vlaams Belang): Mijnheer de staatssecretaris, enkele weken geleden werd in ons land het rapport van Child Focus gepubliceerd en ook uitgebreid onder de aandacht gebracht in de media. Het was een rapport over de problematiek van de jongerenprostitutie via het internet. In Nederland ontbrandde ongeveer gelijktijdig een debat dat vooral in de regering gevoerd over wat men daar de overseksualisering van het gedrag van jongeren noemt. Blijkbaar kent men daar geen grenzen meer. Zoals het rapport van Child Focus aangeeft, kent men blijkbaar ook de grens tussen het virtuele en de realiteit niet meer. Wat constateerde Child Focus? Er zijn allerlei elementen in de media gekomen maar ik geef even een paar voorbeelden. In ruil voor belwaarde worden pubers ertoe overgehaald om mee te werken aan zedenmisdrijven zoals seksuele handelingen verricht voor een webcam. Wat Child Focus echter vooral verontrustte was het feit dat er voor diezelfde jongeren, diezelfde groep dus, blijkbaar een zeer vlotte doorstroming is via deze vorm van prostitutie naar een reële vorm van prostitutie. Deze jonge – voornamelijk – meisjes komen dus vlugger terecht in de werkelijke prostitutie.

Mijn vraag aan de minister was of zij weet had van deze zaken. Is de regering zich bewust van de gevolgen voor de psychische en emotionele gezondheid van een hele groep jongeren en van de zedelijke normvervaging via de moderne communicatiemediën zoals internet en gsm? Zijn er vanuit het departement Volksgezondheid al studies geweest over de invloed van moderne communicatiemediën op de ontwikkeling en de gedragspatronen van jongeren en hun effect op lange termijn? Is de minister van plan om aandacht aan deze problematiek te schenken en eventueel maatregelen te nemen ter bescherming van de jongeren?

14.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, collega's, mevrouw Colen, ik heb een kort antwoord van de minister. "Zoals reeds gezegd volg ik steeds zeer aandachtig alle informatie in verband met gezondheidsrisico's voor de bevolking zoveel mogelijk op. Wat de strijd tegen zedenmisdrijven en meer specifiek de problematiek van de jongerenprostitutie via het internet betreft, moet ik meedelen dat de preventie, het opsporen en het bestraffen van deze praktijken niet onder mijn bevoegdheid vallen maar onder die van de minister van Justitie".

14.03 Alexandra Colen (Vlaams Belang): Ik denk dat de minister de vraag niet goed begrepen heeft. Het gaat niet over het bestraffen van misdrijven maar werkelijk over de emotionele en psychologische ontwikkeling van jongeren. Dat stond expliciet in mijn vraag. Ik weet dat Volksgezondheid en Sociale Zaken jaren geleden ook reeds veel aandacht hebben geschonken aan de problemen van de moderne communicatiemediën, de manier waarop kinderen daarmee omgaan en de invloed ervan op de ontwikkeling van kinderen. Mijn vraag was ook meer gericht op dat aspect, het ging er niet om of men een tiener moet bestraffen die zich ertoe heeft laten overhalen om voor een webcam een seksuele handeling te verrichten. Wat doet men met dit veralgemeende fenomeen? In het kader van een ander debat of een andere aanleiding kan ik daar misschien op terugkomen. Ik zou er echter toch op willen aandringen dat de minister er opnieuw even over nadenkt. Er is in dit huis en in deze commissie al veel gedebatteerd over internet in het bijzonder en de moderne communicatiemediën in het algemeen. Dat zijn zaken waar ouders en opvoeders eigenlijk geen vat op hebben omdat daar een hele virtuele wereld bestaat waarvan jongeren volledig deel uitmaken en waarin ze opgaan maar waar buitenstaanders geen zicht op hebben. Het is in dat kader dat mijn vraag is situeert.

14.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Er is misschien een misverstand gerezen in de interpretatie van uw vraag. Ik kan niets meer toevoegen aan het antwoord, maar ik zal het erover hebben met mevrouw Onkelinx.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

15 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het discreet bevallen" (nr. 8498)

15 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accouchement discret" (n° 8498)

15.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik kom nog even terug op een pijnlijk voorval van de voorbije weken, waarbij met de regelmaat van de klok jammer

genoeg – daar is iedereen het over eens – her en der zowel in het Nederlandstalig als het Franstalig landsgedeelte babylijkjes werden gevonden.

Ongetwijfeld zult u, net zoals onze minister, weten dat een aantal van onze buurlanden wel degelijk een regeling hebben die eventueel kan bijdragen om dat in de toekomst te voorkomen. Sommige buurlanden hebben een regeling die op anoniem bevallen gericht is, andere landen een regeling inzake discreet bevallen.

Ik kom uitdrukkelijk met dat dossier bij de minister terug, al was het maar omdat in de vorige legislatuur een zeer belangrijke studiedag dienaangaande plaatsgevonden heeft, waarbij ook enkele Parlementsleden aanwezig waren, net als minister Onkelinx, toen nog in de hoedanigheid van minister van Justitie. Die studiedag werd georganiseerd samen met de toenmalige minister van Volksgezondheid, zijnde de heer Demotte.

Ondertussen – mijn ingediende vraag is meer dan een maand oud – is er wat evolutie in het dossier. Ik heb er akte van genomen dat de Senaat wel degelijk werkt aan een tekst rond die problematiek.

Niettemin, mijnheer de staatssecretaris, wil ik u toch een drietal concrete vragen stellen.

Ten eerste, de uitdrukkelijke vraag naar de politieke visie van mevrouw de minister inzake die problematiek.

Ten tweede, zeer uitdrukkelijk, is er reeds nagedacht over een wetgevend initiatief?

Ten derde, mijn slotvraag, uiteraard of de minister in dezen het initiatief zal overlaten aan het Parlement, waarbij wij er ondertussen allemaal akte van hebben genomen dat de Senaat reeds een aanzet tot wetgevend werk aan het regelen is.

15.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, in België kan een vrouw van wie de zwangerschap niet gewenst is, ofwel haar zwangerschap vroegtijdig onderbreken, ofwel, indien zij dat niet wenst, haar kind bij de geboorte afstaan. Zelfs wanneer het kind wordt afgestaan, moet de identiteit van de moeder verplicht in het geboortecertificaat bij de bevalling worden vermeld. In de wet is de mogelijkheid om anoniem te bevallen dus niet voorzien.

Dat laatste is in tegenstelling tot andere landen, zoals Frankrijk. Het Franse systeem wordt evenwel sterk in twijfel getrokken, aangezien sommige kinderen het onaanvaardbaar vinden dat zij hun natuurlijke ouders niet mogen zoeken.

Het wetsvoorstel dat tijdens de voorgaande legislatuur werd ingediend, wil de rechten van de kinderen om hun afkomst te kennen, verzoenen met het respecteren van de anonimiteit van de moeder.

In dit voorstel werd bepaald dat de naam van de moeder niet in de geboorteakte vermeld wordt, maar wel in een gesloten register dat toegankelijk is op voorwaarde dat er een specifieke procedure wordt gevolgd.

Het wetsvoorstel voorzag ook in de gratis ondersteuning en begeleiding van een professionele dienst, voor de moeder en het kind. Het aantal verzoeken van een discrete bevalling werd geschat op slechts enkele tientallen per jaar waardoor ik dit dossier niet als prioritair heb behandeld. De oprichting van een bijstandsc commissie afstamming waardoor de ingezamelde gegevens op lange termijn kunnen worden bewaard, de vertrouwelijkheid van deze gegevens kan worden beschermd en de toegang tot deze informatie kan worden georganiseerd, blijft een delicate kwestie.

Volgens mij blijken de opdrachten van deze commissie de bevoegdheden van de FOD Volksgezondheid te overschrijden, aangezien ook de FOD Justitie en de FOD Binnenlandse Zaken betrokken zijn. Bijgevolg wens ik eerst een onderhoud te hebben met mijn collega's van Binnenlandse Zaken en Justitie vooraleer ik mij over deze kwestie uitspreek.

15.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Ik zal u, mijnheer de staatssecretaris, uiteraard beleefdheidshalve danken voor uw antwoord, zeker omdat we geen directe repliek kunnen geven aan mevrouw de minister zelf.

Ik neem er akte van dat nog wat overleg zal nodig zijn tussen een aantal federale overheidsdiensten. Ik denk

dat wij de werkzaamheden zoals zij zich nu voordoen in de Senaat met de nodige aandacht zullen moeten volgen, ook al was het maar dat ik akte neem van het feit dat de minister zich in dit concrete dossier op dit moment qua politieke visie duidelijk niet uitspreekt.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

16 Vraag van de heer Wouter De Vriendt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de radioactiviteit van het drinkwater" (nr. 8509)

16 Question de M. Wouter De Vriendt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la radioactivité de l'eau de boisson" (n° 8509)

16.01 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, voor mijn vraag verwijs ik naar een bericht uit De Standaard van donderdag 14 augustus. Volgens het bericht blijkt Duits kraan- en bronwater meer uranium te bevatten dan veilig wordt geacht. Recent zijn er echter nieuwe gegevens opgedoken en is er wat commotie ontstaan, meer bepaald in de regio ronde Poperinge.

In België zijn meetgegevens schaars en uit gegevens van het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle werd er alfastraling vastgesteld in het drinkwater, onder meer dus in Poperinge, maar ook in Brussel, Gent en Luik. De straling blijkt vooral veroorzaakt te zijn door de natuurlijke radioactieve stof radium.

Het hoofd van de afdeling toxicologie van de KU Leuven, de heer Jan Tytgat, stelt dat wij in normale omstandigheden via voedsel en drank gemiddeld al 2 microgram uranium per dag binnenkrijgen. Als daar een hoeveelheid bovenop komt die in grootteorde hoger ligt, omdat het water veel uranium bevat, is dat zeker niet goed. Met een filterinstallatie kunnen waterproducenten het uranium verwijderen.

Ten eerste, bent u op de hoogte van eventuele problemen met het drinkwater in de betrokken regio's? Welke stappen zult u eventueel ondernemen? Hebt u recente gegevens?

Ten tweede, kunt u op basis van de meest recente rapporten en metingen een toelichting geven betreffende de risico's van uranium in drinkwater voor de volksgezondheid? Is er een verband tussen het aantal kankergevallen in een bepaalde regio en de radioactiviteit van het drinkwater?

Ten derde, werden de betrokken instanties, zoals de Vlaamse Milieumaatschappij en het LOGO hiervan op de hoogte gesteld? Wat zijn hun bevindingen?

Ten vierde, kunt u een toelichting geven bij de nieuwe Europese richtlijn inzake drinkwater, die in de maak is? Welke verplichtingen zullen hierbij worden opgelegd inzake uraniummeting? Wanneer zal die richtlijn van kracht worden? Zult u wachten om op te treden tot de drinkwaterrichtlijn in werking treedt of zult u eerder actie ondernemen?

Ten slotte, gezien de veiligheidsrisico's die met radioactief drinkwater gepaard gaan, vindt u het aangewezen dat de Belgische drinkwatermaatschappijen het uraniumgehalte meten? Onder de huidige wetgeving zijn zij daartoe niet verplicht. Bent u van plan de wetgeving in die zin aan te passen?

16.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, collega's, alle vragen van de heer De Vriendt waren heel interessant. Ik had deze namiddag korte vragen met lange antwoorden. Mijnheer De Vriendt, u hebt echter een lange vraag gesteld waarop een kort antwoord kan worden gegeven.

16.03 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen!): Ik had gehoopt dat er op mijn lange vraag een lang antwoord zou volgen.

16.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Het antwoord van mevrouw de minister luidt als volgt:

"Zij heeft veel aandacht voor alle problemen waarover u het hebt, zoals de kwaliteit van het drinkwater. Zij wil echter mededelen dat de bevoegdheid voor de kwaliteit evenals de controle op de kwaliteit, bij de Gewesten ligt. In onze moderne, federale Staat is de autonomie van de Gewesten van heel groot belang voor alle federale ministers".

Dat is ongelukkig genoeg het antwoord. Uw vragen zijn interessant, maar zij betreffen een bevoegdheid van

de Gewesten. Ik kan u niets meer en niets minder dan dat antwoorden.

16.05 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik meen dat de gegevens over en de controle op de uraniummeting in drinkwater evenals de informatievergaring ter zake, ook federale materies zijn.

Daarom heb ik gevraagd of de federale overheid via analyse en beschrijving van de problematiek, die er duidelijk is, en op basis van voornoemde analyse en van de gegevens, toch een aantal stappen zou kunnen zetten die eventueel ook tot de gewestelijke bevoegdheid behoren.

La **présidente**: C'est le ministre de l'Intérieur.

16.06 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Het antwoord van de minister is dat de bevoegdheid regionaal is. Ik kan u dus niets meer dan dat mededelen. Voor ons behoort deze aangelegenheid tot de regionale bevoegdheden.

La **présidente**: La surveillance de la qualité des eaux relève du régional. Pour ce qui est des mesures de radioactivité, l'examen et les risques éventuels pour la santé, c'est un mélange entre le régional et le ministère de l'Intérieur en termes de sécurité et de sûreté nucléaire.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Vraag van mevrouw Els De Rammelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overdosis geneesmiddelen bij minderjarigen" (nr. 8529)

17 Question de Mme Els De Rammelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage abusif de médicaments chez les mineurs" (n° 8529)

17.01 Els De Rammelaere (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, mijn vraag heeft betrekking op een artikel dat is verschenen in de krant, waarin werd meegedeeld dat een moeder haar vijfjarig kind om het leven had gebracht met een overdosis pipamperon, opnieuw een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven ter behandeling van de symptomen van ADHD. De moeder had echter niet enkele druppels van het geneesmiddel toegediend, maar ze had het kind enkele slokken gegeven, waardoor het jammerlijk genoeg is overleden. Dergelijke trieste berichten doen uiteraard vragen rijzen bij het voorschrijfgedrag van artsen, maar evenzeer bij de nodige begeleiding die ouders nodig hebben om hun kind hierin te ondersteunen.

Ik zou dan ook graag de volgende vragen stellen.

De minister antwoordde reeds op een eerdere vraag van mij dat een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. Denkt de minister eraan om dat verplicht te maken? Een deel daarvan wordt uitgevoerd via de Gemeenschappen. Zal er daaromtrent overleg worden gepleegd?

Ten tweede, de situatie is geen alleenstaand feit. Het komt meermaals in de pers ter sprake dat er misbruiken zijn. Moet er niet eens nader worden gekeken naar het voorschrijfgedrag van huisartsen? Moet het middel niet verplicht worden voorgeschreven door specialisten en moet men huisartsen niet verbieden om dat nog langer zelf te doen? Wat is de mening van de minister hierover?

17.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, ik zal u de mening van de minister van Volksgezondheid geven.

Ten eerste, het belangrijke verbruik van antidepressiva en antipsychotica in België is zeer zorgwekkend, in het bijzonder voor bepaalde, meer kwetsbare groepen van de bevolking. Daarom heb ik eind augustus 2008 aan twee professoren de opdracht gegeven mij een stand van zaken te bezorgen over dat gebruik, maar ook een analyse te maken over het gebruik van psychofarmaca in België. Op basis van dat rapport, waarover ik op het einde van het jaar zou moeten beschikken, zal er een werkgroep worden opgericht om een bepaald aantal aanbevelingen uit te werken om een minderverbruik en rationeel verbruik van die geneesmiddelen aan te moedigen. De samenstelling van de werkgroep zal gebeuren op basis van de pistes die in het rapport naar voren worden geschoven, maar hij zal ongetwijfeld vertegenwoordigers van geneesheren, en in het bijzonder van huisartsen, omvatten.

De terugbetaling van psychotherapie zal eveneens een onvermijdelijk onderwerp zijn dat deze werkgroep moet behandelen. Er zouden voor de lente concrete aanbevelingen klaar moeten zijn.

Ten tweede, de accidentele overdosis van pipamperon is inderdaad geen alleenstaand geval. Bij navraag bij het antigifcentrum werden in 2006 19 pediatrische gevallen gemeld met een overdosis pipamperon. In 2007 waren er 10 gevallen. Pipamperon is een antipsychoticum dat onder meer aangewezen is voor de behandeling van ernstige gedragsstoornissen bij kinderen. Het is geen geneesmiddel voor de behandeling van ADHD. Voor de behandeling van ADHD wordt sterk aangedrongen op een juiste diagnosestelling door een gespecialiseerd interdisciplinair team. Een medicamenteuze behandeling dient steeds te gebeuren binnen een globale psychosociale aanpak. In de wetenschappelijke bijsluiter van geneesmiddelen die aangewezen zijn voor de behandeling van ADHD staat dit ook expliciet vermeld. Hierin wordt ook gewezen op de mogelijke risico's verbonden aan deze geneesmiddelen. Op regelmatige tijdstippen wordt informatie verstrekt over het belang van een globale psychosociale aanpak van ADHD. Dit gebeurt op verschillende niveaus. Zo zijn er een aantal kennis- en expertisecentra, bijvoorbeeld het centrum ZitStil, gespecialiseerd in ADHD die zowel diagnostische oppuntstelling als psychosociale begeleiding aanbieden en die ook informatie verstrekken en aanbieden aan scholen, ouders en hulpverleners. Ook het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, een vereniging zonder winstoogmerk gesubsidieerd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, informeert voorschrijvers en apothekers op regelmatige wijze over het belang van een juiste diagnose, een multidisciplinaire aanpak en de indicaties en risico's met betrekking tot medicatie voor ADHD.

17.03 Els De Rammelaere (N-VA): Ik dank u voor het uitgebreide antwoord. Ik ben blij dat deze problematiek de minister ook na aan het hart ligt. Wat betreft het rapport van de werkgroep, zal dat in de commissie voorgesteld worden? Zullen wij daar op een of andere manier kennis van krijgen?

17.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Ik meen dat dit een vraag is voor de voorzitter van de commissie, in het kader van de regeling van de werkzaamheden.

17.05 Els De Rammelaere (N-VA): Mevrouw de voorzitter, er is een werkgroep opgericht. Deze is een rapport aan het schrijven. Dit zou eind dit jaar aan de minister bezorgd worden.

La présidente: De toute façon, notre plan de travail est établi pour janvier et février durant lesquels nous assurerons le suivi des thèmes "tabac, alcool, maladies rares, médicaments orphelins", le rapport du KCE. Ce sont les éléments que nous avons identifiés au cours de nos discussions. Quant aux points concernant les enfants, les mineurs et la surconsommation de médicaments, nous avons aussi décidé de prendre le temps d'en discuter. Mais quand inscrire ces points à l'ordre du jour? Je ne sais pas.

Rien qu'avec les éléments prévus, nous serons déjà quasiment en mars, en dehors d'éventuels projets en provenance du gouvernement. Mais ce sujet peut faire partie des sujets prioritaires à proposer à la commission en début mars. S'il est retenu par les membres de la commission, nous l'envisagerons. Mais il sera impossible de le traiter avant ce moment.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

Il est prévu de poursuivre les travaux jusqu'à 18 heures. Mardi prochain, nous poursuivrons les questions avec la ministre Onkelinx.

*Présidente: Yolande Avontroodt.
Voorzitter: Yolande Avontroodt.*

18 Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les maisons médicales" (n° 8544)

18 Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijkgezondheidscentra" (nr. 8544)

18.01 Olivier Destrebecq (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, dernièrement, le débat sur les maisons médicales a resurgi à la suite du projet d'ouverture d'une de ces structures dans ma région, à La Louvière dans la région du Centre.

Les maisons médicales, vous le savez, fonctionnent soit à l'acte, soit au forfait. C'est plus particulièrement à ce deuxième cas de figure que feront référence les questions qui me "chatouillent".

En effet, le système de paiement forfaitaire est régi par un règlement adopté par l'INAMI en 1982. Ce règlement implique pour le prestataire de soins de devoir choisir entre le système à l'acte et le système au forfait. Il s'agit d'un forfait à la capitation, c'est-à-dire par abonné. Il concerne trois services de la maison médicale: les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmières. La mutuelle paie donc directement à la maison médicale, tous les mois et par personne abonnée, une somme fixe, que les services soient utilisés ou non. Il est aisé de comprendre que ce fonctionnement génère un sentiment de concurrence déloyale et une réelle inquiétude chez les infirmières indépendantes et les kinésithérapeutes.

Les patients fréquentant ces maisons médicales ont à signer un contrat qui les lie à cette structure sans pouvoir opérer de libre choix quant aux prestataires de soins. Cela va à l'encontre du principe fondamental de liberté individuelle! Je ne pense pas être le seul à partager ce sentiment.

Ce lien contractuel les empêche d'avoir recours à des prestataires de soins en dehors de cette maison médicale. En effet, dans ce cas précis, les patients ne seraient pas remboursés par leur mutuelle. De plus, ils sont souvent mal informés des obligations inhérentes à la signature de ce contrat. Vous comprendrez aisément qu'ils ne peuvent être qu'affaiblis, notamment psychologiquement, du fait de leur état de santé, puisqu'ils en font la demande. Ils ne pourront en être libérés qu'après un préavis d'une durée minimum d'un mois calendrier échu.

Monsieur le secrétaire d'État, je souhaite également aborder la continuité de ces soins. En effet, le patient ne rencontrera pas toujours le même médecin, le même kinésithérapeute ou la même infirmière lors de ses différents passages en maison médicale. Des réunions de coordination, si elles existent, ne peuvent remplacer une relation de soins constante impliquant une confiance et une connaissance approfondie des difficultés du patient.

Monsieur le secrétaire d'État, au-delà de ces considérations, j'ai quelques questions à vous poser.

D'abord, faisant référence à l'interpellation de M. Daniel Bacquelaine en janvier de cette année, Mme la ministre avait déclaré attendre les résultats de l'étude du Centre fédéral d'expertise afin de prendre position sur le financement des maisons médicales. Pouvez-vous me dire où cela en est à l'heure actuelle? Quelles sont les projets de Mme la ministre en la matière?

Ensuite, que compte faire Mme la ministre afin de rétablir, pour chacun des usagers de ces maisons médicales, le principe fondamental de la liberté individuelle et, ainsi, modifier l'aspect contractuel de l'accès de ces structures?

Enfin, comment envisagez-vous d'améliorer la continuité des soins et, de fait, leur qualité?

18.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: (...) Le financement des maisons médicales est actuellement conforme aux règles qui ont été fixées par le Comité de l'assurance du service des soins de santé le 26 juillet 1982. Ces règles ont été modifiées à plusieurs reprises - si j'ai bien compté à huit reprises entre 1983 et 1998 - par ce comité.

Par ailleurs, une commission des maisons médicales travaille depuis déjà quelque temps à un projet d'arrêté royal qui apporterait une série de modifications dans le système du financement. Des travaux au niveau de la commission sont en cours et s'enrichissent depuis peu d'une étude du Centre d'expertise comparant le coût et la qualité des soins dans un système au forfait et dans un système à l'acte.

Cette étude récemment publiée montre qu'il n'y a pas de différence de coût entre les deux systèmes. Il va de soi que, lors d'une inscription au forfait, le patient doit être informé de ses droits, en particulier en matière de non-remboursement des prestations de médecine générale, de kinésithérapie ou de soins infirmiers en dehors du forfait, exception faite bien entendu des prestations d'urgence.

Mme Onkelinx me fait donc savoir qu'elle ne voit pas de raison de modifier ce système. Il ne constitue pas une restriction à la liberté de choix du médecin dès l'instant où il est facultatif et volontaire à 100%. À ce jour, mes services, dit Mme Onkelinx, n'ont reçu aucune plainte en la matière. Par ailleurs, le délai d'un mois pour

sortir du système correspond au paiement mensuel du forfait.

Mme Onkelinx souhaite également rappeler que la majorité des jeunes médecins font le choix de travailler en équipe, et certains dans un système au forfait, précisément pour assurer à leurs patients une meilleure continuité de soins tout en équilibrant mieux leur vie familiale et professionnelle.

Afin de maintenir des contacts personnalisés, la majorité des praticiens travaillant en réseau attribuent aux patients un médecin généraliste de référence.

Par ailleurs, Mme la ministre de la Santé publique veut aussi souligner le fait que les dépenses, générées sur la base de l'actuelle réglementation, font déjà partie aujourd'hui de l'audit permanent des dépenses en soins de santé, cet audit qui permet aux services des soins de santé de l'INAMI de communiquer, tous les trimestres, l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission de convention ou d'accord et à la commission de contrôle budgétaire.

Il va de soi qu'elle restera attentive aux prochains avis de la commission des maisons médicales et qu'elle vous tiendra au courant des mesures prises dans le cadre budgétaire, en tenant compte de l'intérêt tant des patients que des acteurs de première ligne.

Voilà, madame la présidente, les réponses de Mme la ministre aux questions de M. le député Destrebecq!

18.03 Olivier Destrebecq (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, je vous avoue ne pas être surpris par la réponse de Mme la ministre. En effet, voici une bonne semaine, j'ai eu l'opportunité d'en discuter avec M. le ministre Donfut, qui m'avait donné tout à fait les mêmes réflexions, les mêmes remarques. En tout cas, il y a une philosophie au sein du Parti Socialiste qui semble cohérente en la matière. Et il ne manquerait plus que cela, vous me direz?

18.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Je le soulignerai comme un point positif, si vous me le permettez!

18.05 Olivier Destrebecq (MR): Vous pouvez y aller très franchement!

À moins d'avoir été distrait, ai-je bien entendu qu'un arrêté royal était en cours de préparation afin d'apporter des modifications?

18.06 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Il est en état de préparation.

18.07 Olivier Destrebecq (MR): Il serait quand même intéressant pour moi de connaître, si possible, ces différentes modifications dans l'état actuel des choses. Vous comprendrez aisément que ce sujet m'interpellant particulièrement, il serait judicieux que je sois en possession de ces modifications, dont vous me dites qu'elles interviendront dans le cadre d'un arrêté royal.

Ensuite, en ce qui concerne l'information des droits, je suis tout à fait sur la même longueur d'ondes que vous. Il y a un contrat. Tout y est précisé. Mais, monsieur le secrétaire d'État, tout cela, c'est de la théorie! Je vous assure que dans la pratique, on ne parle pas du tout de la même chose.

Il y a des gens qui sont en pleine possession de leurs moyens, aussi bien physiques que mentaux ou psychologiques si je puis dire, mais il y a aussi les autres. Expérience faite, si je m'intéresse particulièrement à cette problématique c'est que j'ai été personnellement interpellé par différents citoyens qui ont été surpris même si, comme vous le dites très bien, tout cela est bien expliqué dans un contrat. Nous sommes d'accord sur ce point.

Quand vous avez des personnes âgées, en mauvaise santé, dans des conditions précaires (la liste est longue), je vous assure que pour faire signer ce contrat, certains – je ne veux pas faire d'amalgame; que ce soit clair, je ne mets pas tous les médecins dans le même panier –, agissent parfois avec légèreté – je ne parlerai pas de malhonnêteté – quant à l'application de ce forfait.

Je voudrais terminer en disant que je comprends votre argumentation et que je la partage.

Dès le moment où l'on voit la maison médicale comme un outil de rationalisation, une diminution des frais,

par exemple de location d'un bâtiment, d'une secrétaire – à quoi cela sert-il d'avoir trois secrétaires s'il y a trois médecins –, elle a tout son sens. Je conçois qu'au niveau de la théorie, la manière dont elle est pratiquée actuellement est positive sur toute la longueur. En pratique, beaucoup de cas posent problèmes.

Madame la présidente, je suis désolé d'avoir été aussi long.

18.08 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Je remercie M. le député pour ses différentes réflexions que je partage pour une grande partie.

Pour revenir sur le projet d'arrêté royal, c'est la commission des maisons médicales qui travaille sur ce dossier. Je ne connais pas l'état d'avancement de cette réflexion. Le cas échéant, on peut s'en informer et vous donner des éléments complémentaires.

18.09 Olivier Destrebecq (MR): Je vous remercie.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

19 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bijscholing van tandartsen in het buitenland" (nr. 8572)

19 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation continue de dentistes à l'étranger" (n° 8572)

19.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mijnheer de staatssecretaris, mijn eerste en vandaag wellicht laatste vraag zal kort zijn. Ik meen dat ook het antwoord niet zo lang zal zijn.

Mijnheer de staatssecretaris, wij leven in een wereld waar de nationale grenzen alsmaar vager worden. Door zijn horizons te verruimen kan men nieuwe kennis opdoen die niet altijd tot onze eigen klaslokalen of tot onze eigen auditoria doordringt. Bovendien heb ik ervaren dat buitenlandse wetenschappelijke congressen niet altijd duurder zijn dan binnenlandse. Toch zetten vele van mijn collega-tandartsen niet altijd de stap naar buitenlandse bijscholing. Bijscholing is nochtans verplicht in het kader van de accreditering.

Het RIZIV erkent ook buitenlandse bijscholing, maar dan enkel onder bepaalde, vrij omslachtige, voorwaarden. Men moet op voorhand heel wat informatie inwinnen over de sprekers en het onderwerp. Men moet eigenlijk al vooraf een samenvatting indienen, en daarna nog eens binnen de 60 dagen een rapport schrijven over wat men vernomen heeft. En dat alles om een maximum van 60 punten te bekomen. Dat loont voor velen niet de moeite. Dat maakt van België waarschijnlijk het enige land ter wereld dat zijn tandheelkundige practici niet aanmoedigt in het buitenland bijscholing te volgen.

Vandaar mijn vraag aan uw minister. Kunnen de voorwaarden voor de erkenning door het RIZIV van in het buitenland bijgewoonde bijscholingen voor tandartsen niet bijgestuurd worden en in overeenstemming gebracht worden met de voorwaarden die vandaag gelden voor artsen, en die trouwens ook in de meeste Europese landen gelden voor tandartsen? Heeft de minister in dat verband concrete voorstellen?

19.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw De Bont, ik dank u voor uw vraag. De problematiek van bijscholing van tandartsen in het buitenland werd reeds in december 2007 aangekaart in de bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV ingestelde stuurgroep Kwaliteitspromotie tandheelkunde. De voorzitter van de stuurgroep is vragende partij voor meer informatie-uitwisseling tussen de verschillende nationale accrediteringsinstanties.

Het Belgische accrediteringssysteem is volgens de voorzitter een zeer performant systeem. Het zou wenselijk zijn andere landen over dat systeem te informeren.

Ook zou het interessant zijn op de hoogte gebracht te worden van de wijze waarop in andere landen accrediteringseenheden worden toegekend.

Tijdens deze bespreking werd er ook verwezen naar de accreditering bij de artsen waar er internationale accrediteringsorganisaties bestaan, die aanvaard worden door de nationale accrediteringsinstanties. Een dergelijke internationalisering van de accreditering bij de tandheelkundigen zou aangemoedigd moeten worden. Dat erkenningen voor buitenlandse bijscholingen steeds een grondig onderzoek vereisen is te wijten

aan het feit dat de stuurgroep waakt over de kwaliteit van de cursussen en het nodig acht commerciële cursussen, genre monoreferentiële cursussen, cursussen gelinkt aan één enkel merk, te kunnen identificeren en te weigeren. Ik zal de Stuurgroep kwaliteitspromotie tandheelkunde vragen deze problematiek verder te onderzoeken en voorstellen te doen in dit verband. Dit is het antwoord van minister Onckelinx.

19.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik dank de staatssecretaris. Wij stellen natuurlijk het systeem van accreditering niet in vraag maar wel de administratieve rompslomp die er voor de Belgische tandartsen mee gepaard gaat. Ik denk dat onze tandartsen niet minder betrouwbaar zijn dan de buitenlandse tandartsen voor wie het wel eenvoudiger is.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

20 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de infrastructuurnormen voor RVT's" (nr. 8579)

20 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les normes d'infrastructure pour les MRS" (n° 8579)

20.01 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, mijn vraag gaat over de infrastructuurnormen die federaal voor de rusthuizen worden vastgelegd. Ik werd attent gemaakt op het artikel van mei 2008 in Le Soir. Daarin stond dat het Brussels Gewest uitstel had gevraagd om te voldoen aan de infrastructuurnormen voor rusthuizen die in 2004 werden vastgelegd.

Ik heb dan een schriftelijke vraag gesteld om na te gaan of dat klopte. Toen heeft de minister mij geantwoord dat in het Overlegcomité van 2007 werd beslist – ik vind het wel een mooie formulering – om de inwerkingtreding van sommige architecturale normen niet uit te stellen, maar wel de mogelijkheid te geven om de deadlines te verleggen. Men wil dat dus wel uitstellen, maar op grond van een aantal elementen, gemotiveerde aanvragen die bij de voogdijoverheid moesten worden ingediend.

Naar aanleiding daarvan en ook om na te gaan welke criteria eventueel moeten worden gehanteerd, heeft de minister mij ook meegedeeld dat er een onderzoek zou gebeuren en dat een en ander aan de Nationale Raad zou worden voorgelegd.

Mijnheer de staatssecretaris, er zou een enquête worden uitgevoerd waarvan de resultaten in september bekend zouden zijn. Wat waren de vragen en wat was het resultaat van de enquête, uitgesplitst per Gemeenschap en per Gewest? Werd het KB tot wijziging van het KB van 2004 al aan de Nationale Raad voorgelegd? Wat is de inhoud van het advies? Gaan zij daarmee akkoord? Vragen zij bepaalde criteria?

Hoeveel instellingen hebben al een gemotiveerd aanvraagdossier bij hun voogdijoverheid ingediend om daadwerkelijk uitstel te kunnen krijgen voor de infrastructuurnormen? Wat zijn de redenen voor het indienen van een aanvraag? Kunt u ook mededelen wat de antwoorden van de voogdijoverheden op die vragen tot uitstel zijn?

Mijnheer de staatssecretaris, ik hoor van mensen die in rusthuizen verblijven dat er heel kleine kamers zijn en weinig gemeenschappelijke voorzieningen. Mijn bezorgdheid is het KB van 2004. Men kan zich daarop voorbereiden gedurende vijf of zes jaar. Nu stelt men dat opeens uit. Hoeveel zijn er al conform?

20.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw Becq, ik dank u voor uw vraag. Het antwoord van de minister van Volksgezondheid luidt als volgt:

"De enquête peilde naar een beknopte set architectonische kenmerken met betrekking tot de normen in het KB van 21 september 2004, aanpassingen die in het wijzigingsbesluit werden opgenomen, geadviseerd door de permanente werkgroep-RVT van de NRZV. Zij zijn meer dwingend dan de huidige normen.

Tevens werden kenmerken getoetst die mogelijk in de toekomst in de normen zouden kunnen worden opgenomen. Zo werd onder meer gevraagd naar het aantal kamers volgens het aantal personen, de oppervlakte en de sanitaire voorzieningen op de kamer, het aantal ruimtes voor kine- en ergotherapie en animatie in groep, het aantal in de hoogte verstelbare bedden en het aantal aangepaste baden.

Tijdens de interkabinettenwerkgroep ouderenzorgbeleid werden de cijfers besproken. Ongeveer 86% van de 900 gecontacteerde instellingen hebben de enquête beantwoord. Vanuit de reacties van de Gemeenschappen en Gewesten bleek echter dat er mogelijk nog een aantal correcties op de gegevens moeten worden doorgevoerd en/of verduidelijkt.

Daarom werd in de werkgroep afgesproken om de gegevens ter beschikking te stellen van de Gemeenschappen en Gewesten die vervolgens op basis van hun eigen data het cijfermateriaal kunnen nakijken en aanpassen indien nodig. In dat kader zijn de ruwe datasets aan de bevoegde administratie overgemaakt. Het is dus nog te voorbarig om vandaag exacte cijfers mee te delen.

Uit de enquête komt echter wel naar voren dat een vrij groot aantal bedden in de RVT's te klein zijn, met name kamers die kleiner zijn dan 12 m² en kamers die geen sanitaire cel hebben.

Op de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 8 december laatsleden werd beslist de cijfers te laten valideren door de Gemeenschappen en Gewesten. Zodra de cijfers definitief zijn, zal de interkabinettenwerkgroep, uitgebreid met experts van de Gemeenschappen en Gewesten, die vandaag de bouwdoSSIers behandelen, een inschatting proberen te maken van de kostprijs van de aanpassingen die nodig zijn om aan de RVT-normen te voldoen.

Ik kom tot uw tweede vraag. Het KB tot wijziging van de RVT-normen werd op 13 november door de Nationale Raad bekrachtigd. Hierdoor kan de procedure tot publicatie worden voortgezet.

Dit KB geeft aan de Gemeenschappen en de Gewesten de mogelijkheid om voor de instellingen die niet aan bepaalde architectonische normen beantwoorden, tegen 1 januari 2010 uitstel te verlenen tot uiterlijk 2015 om toch te beantwoorden aan deze normen.

Aangezien de mogelijkheid tot uitstel nog niet van toepassing is, omdat het besluit nog niet in het Staatsblad is gepubliceerd, hebben de instellingen ook nog geen gemotiveerd aanvraagdossier kunnen indienen. Het is dus nog te vroeg om te kunnen zeggen hoeveel instellingen uitstel zullen vragen en wat daarvoor hun redenen zijn. Bovendien zullen de instellingen een aanvraagdossier moeten indienen bij de Gemeenschap en de Gewesten en dient deze informatie bijgevolg bij hen te worden opgevraagd."

Tot hier, mevrouw Becq, het antwoord van de minister.

20.03 Sonja Becq (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, als federaal parlementslid kan ik alleen maar de vragen stellen aan de federale minister. Ik zal dus proberen dat via die weg te doen. Ik dank u evenwel hartelijk voor uw antwoord.

Als de federale overheid een aantal normen vastlegt, dan is het belangrijk dat wij stimuleren opdat men aan die normen beantwoordt. U vermeldt dat het gaat om hele kleine kamers zonder sanitair, maar het zijn ook nieuwe jongere personen die mee gebruik maken van die rusthuizen, die een andere manier van comfort gewoon zijn. Ik denk dat wij uit respect voor onze senioren eigenlijk veeleer een stimulerend beleid moeten voeren in plaats van af te remmen door steeds meer deadlines te verschuiven.

20.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Ik wil eraan toevoegen dat in onze federale Staat meer overleg nodig is in meerdere domeinen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

21 Vraag van mevrouw Dalila Douifi aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "thuisverpleging" (nr. 8613)

21 Question de Mme Dalila Douifi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins à domicile" (n° 8613)

21.01 Dalila Douifi (sp.a+VI.Pro): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, wanneer patiënten uit het ziekenhuis worden ontslagen, maar nog thuisverpleging nodig hebben, geven de ziekenhuizen in het algemeen en systematisch aan de patiënten enkel kennis van de bestaande mogelijkheden van thuisverpleging via de mutualiteiten.

Zelfstandige verpleegkundigen signaleren mij dat zij in hun praktijk zelden of nooit patiënten spontaan bij zich krijgen, omdat er bij ontslag in het ziekenhuis geen aanbod is geweest van objectieve informatie over de verschillende mogelijkheden van thuisverpleging in het desbetreffende marktsegment.

Mijnheer de staatssecretaris, ik weet niet of u straks in uw door het kabinet van minister Onkelinx voorbereide antwoord al dan niet zult kunnen bevestigen of u ook dergelijke signalen hebt ontvangen. Mocht zulks het geval zijn, dan komt de vrije keuze van de patiënt in het gedrang. Het zou niet meer dan logisch en normaal zijn dat patiënten keuzemogelijkheden hebben.

Mevrouw de voorzitter, ik ken de wereld van de ziekenhuizen weliswaar niet goed, maar het probleem wordt mij toch gesignaleerd. Het zou niet meer dan normaal zijn dat een patiënt die het ziekenhuis mag verlaten, maar nog thuiszorgen nodig heeft, in alle vrijheid en objectiviteit een keuze zou kunnen maken op basis van informatie die op een behoorlijke manier door het ziekenhuis wordt verstrekt.

Daarom heb ik mijn vraag ingediend.

Is de hiervoor beschreven situatie op het kabinet van de minister van Volksgezondheid bekend?

Wordt over de kwestie gepraat? Wordt ze als een probleem ervaren? Wordt eventueel gedacht aan initiatieven om een en ander te trachten bij te sturen?

De kwestie is voor de zelfstandige verpleegkundigen immers een probleem. Dat begrijp ik heel goed. Het hoeft voor de mutualiteiten helemaal geen probleem te zijn om ter zake aan iedereen informatie over alle mogelijkheden op de thuiszorg- en thuisverplegingmarkt te geven.

Mijnheer de staatssecretaris, graag kreeg ik een reactie op de vraag op welke manier de situatie door het kabinet van minister Onkelinx wordt ingeschat.

Wordt aan bijsturing gedacht, indien de minister zulks nodig acht?

21.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, ik dank mevrouw Douifi voor haar vraag. Het antwoord van de minister van Volksgezondheid luidt als volgt:

"De mogelijkheid van de patiënt om vrij zijn zorgverstrekker te kiezen, is een belangrijk principe in de volksgezondheid. Het betreft trouwens een van de rechten die worden erkend door de wet op de rechten van de patiënt, zoals u hebt opgemerkt.

Artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 op de rechten van de patiënt preciseert inderdaad dat de patiënt het recht heeft op de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar inzake gezondheidszorg. Die keuzemogelijkheid geldt zowel voor de patiënt zelf als voor zijn vertegenwoordiger. Het is evident dat het aan een sociale dienst is om de klant op een neutrale manier te informeren over de eventuele diensten en/of personen waarop hij een beroep kan doen. Tijdens de informatieopdracht houdt de sociale dienst bovendien rekening met de huidige reglementering zoals het recht van de patiënt om vrij de zorgverstrekker te kiezen.

U signaleert een beperking van de vrije keuze van ziekenhuispatiënten. Ik zie twee pistes om die situatie op te lossen, die ik trouwens reeds uiteenzette aan uw collega, mevrouw Detiège, tijdens een vorige vergadering. Een eerste mogelijkheid bestaat erin de ziekenhuizen te herinneren aan de noodzaak om de vrije keuze van de patiënt te eerbiedigen, zodat hij bij ontslag voldoende informatie krijgt en hij zijn zorgverstrekker zelf kan kiezen. Dat kan door bijvoorbeeld een lijst aan te bieden van thuisverpleegkundigen die actief zijn in de buurt van de patiënt. Ik heb aan de administratie gevraagd om de haalbaarheid van die piste te onderzoeken.

Een tweede element is het volgende. Daarnaast hebben de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging momenteel de mogelijkheid om een multidisciplinair overleg te organiseren voor ziekenhuispatiënten waarvoor een terugkeer naar de thuisomgeving is gepland.

Bij dat overleg worden verschillende partners van de eerstelijnszorg betrokken zoals de huisarts en de thuisverpleegkundige. Gelet op de contacten van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging met de plaatselijke zorgverstrekker is hij wellicht ook een goede partner om de patiënt te informeren over de plaatselijke mogelijkheden inzake thuisverpleging. Ik heb trouwens in het kader van een technische

subgroep Hulp aan Ouderen van de interministeriële conferentie Volksgezondheid de reflectie over de rol en de werking van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging opnieuw gestart. Daar kunnen de nieuwe taken zoals een dergelijke informatieverbreiding aan bod komen.

Artikel 6 van de wet van 22 augustus over de rechten van de patiënt preciseert dat de patiënt de vrije keuze heeft van verstrekker inzake gezondheidszorg. De keuzemogelijkheid geldt voor de patiënt zelf of voor diens vertegenwoordiger. In het kader van de ziekenhuiswet is er geen enkele bepaling vastgelegd voor de sociale diensten in de ziekenhuizen. Mijn administratie onderzoekt thans de vraag voor het vastleggen van een statuut, erkenningsnormen en financiering voor die diensten. Het is evident dat het een sociale dienst toekomt om zijn klant op een neutrale manier te informeren over eventuele diensten en/of personen waarop hij een beroep kan doen".

Ik ontdek dit antwoord rechtstreeks. Tot hier denk ik, mevrouw Douifi, het antwoord van de minister. Ik denk dat ik een technisch probleem heb met de nota.

21.03 Dalila Douifi (sp.a+VI.Pro): Dank u voor het antwoord, mijnheer de staatssecretaris. Ik denk dat er hier en daar een paar positieve elementen in zitten. Zo blijkt mevrouw Onkelinx bereid om een en ander desgevallend recht te zetten. Ze vraagt ondertussen advies aan haar administratie hoe dat opgelost kan worden.

Het antwoord impliceerde zelfs, mevrouw de voorzitter, dat het niet zo heel moeilijk is om dat te doen. Naar aanleiding van het antwoord dring ik er dus nog eens op aan om spoed te zetten achter dergelijk onderzoek, om dan uit te monden in remediëring. Ik zal in de toekomst nog de gelegenheid hebben om de minister nog eens te ondervragen over de stand van zaken.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

22 Samengevoegde vragen van

- de heer Ludwig Vandenhove aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controle op het dierentransport" (nr. 8637)
- mevrouw Dalila Douifi aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controle op het dierentransport" (nr. 9141)

22 Questions jointes de

- M. Ludwig Vandenhove à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle des transports d'animaux" (n° 8637)
- Mme Dalila Douifi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle des transports d'animaux" (n° 9141)

22.01 Dalila Douifi (sp.a+VI.Pro): Mijnheer de staatssecretaris, de Europese verordening over de bescherming van dieren tijdens het transport vereist dat de lidstaten jaarlijks controles uitvoeren op de naleving van deze wetgeving.

Ik heb daarover 4 gerichte vragen. Hoeveel controles werden er uitgevoerd in het jaar 2007 en in 2008 tot vandaag? Welke verhouding heeft het aantal gecontroleerde transporten tot het totaal aantal dierentransporten in België? Hoeveel procent van de gecontroleerde transporten voldeed niet aan de wettelijke normen inzake dierenwelzijn? En ten slotte, hoeveel van de gecontroleerde voertuigen waren in transit in België?

22.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw Douifi, dank u voor uw vragen. Overeenkomstig een protocol van samenwerking tussen de dienst Dierenwelzijn van mijn departement en de controledienst van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen worden de controles op het dierenwelzijn tijdens het transport van landbouwhuisdieren uitgevoerd door inspecteurs van het FAVV dat onder de bevoegdheid valt van mijn collega, de minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid.

De resultaten van de controles worden doorgezonden naar de dienst Dierenwelzijn van mijn departement zodat deze kan rapporteren aan de Europese Commissie.

De controles gebeuren vooral aan de slachthuizen en op de veemarkten. Daarnaast zijn er controles langs de weg door de politie. Van deze controles heb ik geen gegevens.

Verder worden er ieder jaar enkele gecoördineerde acties langs de weg uitgevoerd door het FAVV in samenwerking met de politie. Zo werden in 2007 19 vervoermiddelen gecontroleerd en werden er 2 waarschuwingen uitgeschreven. In 2007 werden er 13.929 vervoermiddelen gecontroleerd aan de slachthuizen en 3.257 vervoermiddelen op de veemarkten. In 21 gevallen werden er zware overtredingen tegen het dierenwelzijn vastgesteld. Daarvoor werden zes waarschuwingen en zes processen-verbaal uitgeschreven.

Wat 2008 betreft, kan ik u al meedelen dat er in 15 gevallen van zware overtredingen tegen het dierenwelzijn werden vastgesteld. Er werden zes waarschuwingen en vier processen-verbaal uitgeschreven. Ik heb geen cijfers over het totale aantal dierentransporten in ons land en kan dus niet zeggen hoe dat aantal gecontroleerde transporten zich verhoudt tot het totale aantal transporten in België.

Wel is het zo dat in de slachthuizen minstens vijf procent van de vrachtwagens wordt gecontroleerd, met een minimum van één vrachtwagen per dag. Ik heb evenmin kennis van het aantal gecontroleerde vrachtwagens in transit. Er dienden in de aangegeven periode evenwel geen vaststellingen van onregelmatigheden in ons land bij buitenlandse transporteurs aan de respectievelijke bevoegde overheid van het oorsprongland van de transporteurs te wordenesignaleerd.

Tot hier de bekende cijfers en het antwoord van de minister.

22.03 Dalila Douifi (sp.a+VI.Pro): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

23 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de diagnostiek voor adoptiekinderen" (nr. 8696)

23 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le diagnostic pour les enfants adoptés" (n° 8696)

23.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, deze vraag betreft een problematiek die misschien nog niet aan de orde is maar die alleen zal toenemen. Het betreft de diagnostiek en de consultatie voor adoptiekinderen. In het Antwerpse, met name AZ Klina in Brasschaat, start een nazorgcentrum adoptie. Wat betekent dit? Adoptieouders kunnen er terecht voor het nakijken van het medisch rapport van het adoptiekind dat door het herkomstland werd afgeleverd om informatie in te winnen. Bij thuiskomst van het kind kunnen de adoptieouders dan een beroep doen op het centrum voor die medische evaluatie. Het eerste luik, met name het nakijken van het medisch dossier, zal in de toekomst belangrijker worden omdat onder meer China overgaat tot special needs adopties, dus kindjes met een handicap, met bijvoorbeeld een gespleten gehemelte, hartproblemen, ontbrekende armen of benen. Ook met andere herkomstlanden, onder meer Rusland, zijn er gesprekken om special needs kanalen te openen. Het vooraf nakijken van deze dossiers is belangrijk omdat de ouders zich zo ten volle kunnen voorbereiden op de adoptie. Zij kunnen beter ingelicht worden over verwachtingen en geïnformeerd worden over welke orgaanspecialisten in hun regio of welke centra kunnen instaan voor de begeleiding. De huisarts kan dan voor de adoptie een feit is al ingelicht worden zodat de eerstelijnsbegeleiding optimaal kan starten. Er is echter geen tussenkomst binnen de ziekteverzekering voor dergelijke consultaties. Het is toch evident dat dit ook een medische acte is, het gaat om informatie verschaffen over de inhoud van een medisch dossier. Dat is toch echt wel een taak die gereserveerd moet zijn voor artsen.

Zou de minister kunnen overwegen om in een tegemoetkoming voor deze diagnostische prestaties – op dossier weliswaar – voor adoptiekinderen te voorzien?

23.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, vooraleer het kind dat afkomstig is uit het buitenland, binnen de door de Belgische wet voorziene vormen is geadopteerd, kan het in de huidige stand van de regels van verzekeraarbaarheid van geen enkele dekking genieten door de verplichte verzekering gezondheidszorg. Eens de adoptie bekrachtigd is, zal het rechtstreeks en volledig gedekt zijn als persoon ten laste van zijn adoptieouders.

Moet een tussenkomst worden voorzien van de verplichte verzekering gezondheidszorg voor de medische onderzoeken die in België uitgevoerd worden op het buitenlandse kind, om de personen gerust te stellen die

kandidaat zijn voor de adoptie inzake de kwaliteit van het medisch rapport dat afgeleverd wordt door het land van oorsprong van het kind? Welnu, de onuitgesproken doelstelling is het hen dan mogelijk maken om af te zien van die adoptie indien de medische onderzoeken elementen vinden die niet in het aanvankelijk medisch rapport staan. Ik ben daar in dat kader absoluut geen voorstander van, en in de eerste plaats om ethische redenen. Men neemt een kind uit zijn land van oorsprong en brengt het naar België om het medische onderzoeken te laten ondergaan die het medisch rapport van het land van oorsprong bevestigen of ontkrachten. Indien de onderzoeken het medisch rapport ontkrachten, verwerpt men het kind. Ik denk dat het niet nodig is om de nadruk te leggen op de psychologische gevolgen die een dergelijke procedure kan teweegbrengen bij dat kind, dat reeds wees is of dat door zijn ouders in zijn land van oorsprong verlaten werd.

De kandidaten voor de adoptie van een kind moeten een maximum aan waarborgen nemen inzake de ernst van de adoptieprocedure en het verloop ervan in het land van oorsprong van het kind. Er bestaan voldoende ernstige NGO's die de toekomstige ouders kunnen bijstaan, zodat zij zich niet laten betrekken in jammerlijke situaties.

Zij zullen dan de adoptieprocedure volledig doorlopen. Als adoptieouders van het kind hebben zij, indien zij dat wensen, de beschikking over heel ons systeem van gezondheidszorg en de verplichte verzekering gezondheidszorg om een volledige gezondheidsbalans van het kind te laten uitvoeren, zodat zij gerustgesteld zijn of de ontwikkeling van gezondheidsproblemen die in het licht van de genoemde balans naar voren zouden komen, kunnen voorkomen. Dat is het antwoord van minister Onkelinx.

23.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, dit antwoord ontgoocht mij erg, vooral omdat er een interpretatie gegeven wordt die zeker niet de bedoeling is.

Het is niet de bedoeling om de adoptie op een of andere manier ongedaan te maken. Integendeel, het is de bedoeling, zoals men met een prenatale diagnose vooraf een aantal afspraken kan maken, onder meer bij kinderen waarbij men prenataal de diagnose van een gespleten verhemelte heeft gesteld, dat zij wel een consultatie krijgen. Er is wel een prenatale diagnostiek mogelijk en terugbetaalbaar, als de vrouwen nog zwanger zijn. Hier gaat het over kinderen die effectief geadopteerd zijn. De dossiers zijn er en men wil alleen vooraf dat dossier bespreken, zodat men weet bij welke instanties en in welke ziekenhuizen men de ingrepen, het herstel en de noodzakelijke therapieën kan plannen, zoals bij een eigen kind.

Ik vind het bijna schandalig dat het antwoord op die manier geformuleerd is. De vraag tot diagnostiek van adoptiekinderen is niet onethisch. Integendeel, dit is bedoeld om op een correcte manier – en niet om de nomenclatuur te misbruiken – die kinderen de kans te geven op de beste zorg op het juiste moment.

In het antwoord dat men geeft, kan zo'n onderzoek pas als die kinderen hier aankomen. Dan moet men nog een lange zoektocht beginnen. Dat centrum wordt gerund door mensen die de situatie zeer goed kennen. Het kan dus in een regulier ziekenhuis, niet in de marge of marginaliteit, en zeker niet met negatieve bedoelingen. Ik denk dat ik op basis van dit antwoord een interpellatieverzoek aan de minister moet richten.

23.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw Avontroodt, ik neem akte van uw antwoord. Ik wil aan het antwoord van de minister niets toevoegen.

23.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Hier zijn toch interpretaties gegeven die wijzen op het tegenovergestelde. Wat vandaag zou kunnen gebeuren, is het oneigenlijk gebruik van de nomenclatuur als men dat niet op deze manier doet. Hier wordt gewoon op een correcte manier gevraagd in welke omstandigheden dit kan. Uit dit antwoord blijkt, mijn inziens, dat men de boodschap niet heeft begrepen. Daarom is het ook goed dat men mondelinge vragen kan stellen. In een schriftelijk vraag kan men deze interpretatie immers niet rechtzetten.

23.06 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: U kunt de minister rechtstreeks interpelleren. Ik kan niets aan het antwoord toevoegen.

23.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Bij deze is de piste uitgetekend.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

24 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins de santé et le coût des déplacements pour la population de la province de Luxembourg" (n° 8704)

24 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidszorg en de vervoerskosten voor de bevolking van de provincie Luxemburg" (nr. 8704)

24.01 **Josy Arens** (cdH): Monsieur le secrétaire d'État, la province de Luxembourg compte 260.000 habitants pour une superficie de 4.400 km². C'est donc une province à faible densité de population. Cette situation a un impact non négligeable sur l'accès aux soins de santé pour la population, plus précisément en termes de déplacement et d'offre de soins de santé.

En effet, les distances entre domicile et hôpital sont plus importantes que dans d'autres sous-régions. Dans certains cas, les patients doivent consulter ou être hospitalisés en dehors de la province de Luxembourg. Les dépenses les plus importantes ont trait au transport en ambulance.

Pour les ambulances 100, transport en urgence, un tarif est fixé chaque année par le fédéral. Toutefois ce dispositif crée des discriminations importantes entre les citoyens. Je cite un exemple pour l'accès à l'hôpital d'Arlon. Si le domicile du patient est situé à moins de dix kilomètres, le coût pour le patient sera de 52,55 euros. Si le patient habite à Florenville, à environ quarante kilomètres d'Arlon, le coût sera de 342,85 euros. Précisons que l'assurance obligatoire n'intervient pas dans les frais de déplacement. Pour le patient qui a souscrit une assurance complémentaire, une partie des frais sera remboursée.

Pour les transports non urgents en ambulance, il existe des directives mais pas de tarifs fixés comme pour le 100. On constate que les pratiques des sociétés d'ambulance sont pour le moins diverses et peu contrôlées. En l'occurrence, on peut presque dire que c'est la jungle pour les patients!

Pour les transports entre hôpitaux, il n'est pas rare de voir des factures de transport en ambulance médicalisée, parfois le week-end ou le soir, entre un hôpital de la province et un hôpital de Liège ou de Bruxelles, qui dépasse carrément les 1.000 euros à charge du patient.

Cette question du coût de déplacement, vous l'avez évoquée récemment dans le cadre des maladies chroniques. Des associations de patients demandent avec insistance que le transport fasse l'objet d'un meilleur remboursement. Si la province de Luxembourg ne possède pas une équivalence en termes d'offre de soins avec les provinces voisines, elle revendique, à juste titre, une équivalence en termes d'accès aux soins de santé pour toute sa population, à savoir que le transport fasse l'objet d'un meilleur remboursement.

Monsieur le secrétaire d'État, l'accès aux soins de santé n'est pas seulement pour la province de Luxembourg une question de qualité de soins, de médicaments innovants et de coût supportable pour le patient et raisonnable pour la société. Pour nous, cet accès se définit également en termes de déplacement et de coût exorbitant qui est lié à celui-ci pour les patients. Il est paradoxal de constater que les pathologies les plus lourdes qui nécessitent des interventions très spécialisées sont quasi intégralement remboursées alors que le simple transport coûte très cher aux patients.

Une province comme le Luxembourg requiert des solutions spécifiques voire innovantes alors ne conviendrait-il pas, en ce qui concerne le service d'urgence 100, que les déplacements soient couverts en partie par l'assurance obligatoire et de généraliser le forfait sans limitation de distance afin d'éviter toute forme de discrimination suivant le lieu d'habitation?

Pour les transports non urgents en ambulance qui concernent notamment les maladies chroniques, ne faudrait-il pas que les déplacements soient couverts en partie par l'assurance obligatoire? Pourquoi ne pas travailler sur la base de grilles tarifaires imposées et uniformisées?

Pour les transports d'un hôpital vers un autre, avec séjour dans ce dernier, les patients ne devraient-ils pas être couverts par l'assurance obligatoire dans un cadre tarifaire strictement défini?

S'agissant de la dialyse, de la chimiothérapie et de la radiothérapie, les remboursements octroyés sont insuffisants pour couvrir les frais dans les cas où il est fait appel à l'ambulance ou à un véhicule sanitaire léger. Ensuite, les rééducations dans les centres reconnus par l'INAMI nécessiteraient un remboursement du même type que pour les dialyses, chimiothérapies et radiothérapies, prises également en charge par

l'assurance obligatoire pour les personnes qui ne sont pas en voiturette.

Voici, monsieur le secrétaire d'État, mes différentes questions relatives à une province qui vous est proche.

24.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Je remercie le collègue Arens de cette question. Non seulement la province de Luxembourg m'est proche, mais je partage très largement ses préoccupations, puisque je proviens d'une région rurale, comme le sait M. le député.

Dans sa réponse, Mme la ministre s'associe à votre constat relatif à la charge financière trop lourde, tant pour les patients chroniques que pour ceux qui vivent dans une région rurale. Je ne pense pas uniquement à la province de Luxembourg, mais à toutes les localités éloignées des grands centres.

Quant au problème du transport médico-sanitaire, catégorie dont font partie les transports non urgents en ambulance et les transferts d'un hôpital vers un autre hôpital avec séjour dans ce dernier, il est de la compétence des Régions. C'est donc vers M. Donfut, ministre de l'Action sociale, qu'il faut se tourner, conformément à l'État fédéral moderne que constitue notre pays.

Plusieurs mesures vont être prises, à l'initiative de Mme Onkelinx, pour diminuer le coût au patient des transports en ambulance 100.

Je vais vous en citer deux. Tout d'abord, une intervention dans les frais de transport par ambulance du service 100. Un budget annuel récurrent de 7 millions d'euros est inscrit dans l'objectif budgétaire global de l'assurance obligatoire soins de santé. Ce budget doit permettre à l'assurance maladie obligatoire de couvrir partiellement les frais de transport en ambulance 100. Il est trop tôt pour dire si cette intervention se fera sous la forme d'un remboursement fixe ou sous la forme d'un ticket modérateur. Je prends note de votre demande, répond Mme Onkelinx, de généraliser un ticket modérateur sans limitation de distance.

Ensuite, les transports urgents en ambulance 100 médicalisée, qui peuvent être assurés par les SMUR et qui sont agréés devront respecter une tarification au kilomètre dont le montant est fixé par arrêté royal.

Par ailleurs, Mme Onkelinx a fait publier, le 10 juillet 2008, un arrêté royal créant un honoraire destiné au médecin urgentiste pour son assistance pendant un transfert pour raisons médicales urgentes d'un patient hospitalisé vers un autre hôpital que celui où est basé le service d'urgence. L'honoraire en question qui s'élève à 141 euros est totalement remboursé au patient.

Mme Onkelinx veut aussi attirer votre attention sur le fait que la Chambre des représentants a récemment voté le projet de loi santé qui est actuellement examiné par le Sénat. Cette loi, en son article 3, crée une base légale qui permettra le budget annuel récurrent de 7 millions d'euros destiné aux transports en ambulance 100 dont j'ai parlé.

Ensuite, pour l'intervention dans les frais de déplacement des personnes âgées depuis et vers un centre de soins de jour, un budget de 5.400.000 euros par an est prévu de façon structurelle dès 2008, sur base des hypothèses budgétaires suivantes: 1.500 patients, 0,60 euro par kilomètre et un maximum de 24 kilomètres par trajet.

Autre élément de cette proposition de loi: la délégation de pouvoir au Roi, donc au gouvernement, d'étendre l'intervention de l'assurance pour les frais de déplacement à d'autres bénéficiaires déterminés par lui ou le gouvernement. L'intervention dans les frais de déplacement des parents d'un enfant atteint d'un cancer est désormais calculée en fonction de la distance entre le domicile de l'enfant et l'hôpital.

Par ailleurs, dans le cadre du programme "Priorité aux malades chroniques", un budget annuel d'un million d'euros en 2009 et de deux millions en 2010 est prévu pour améliorer la prise en charge des frais de transport des malades chroniques, parmi lesquels les patients cancéreux.

Avec le groupe de pilotage mis en place pour le suivi du programme, la cellule stratégique de la ministre examinera les propositions concrètes des uns et des autres lors de sa prochaine réunion le 16 décembre. Je ne manquerai pas de leur transmettre vos suggestions au sujet du transport par ambulance et VSL et au sujet des centres de rééducation agréés. Monsieur Arens, le texte de la réponse est à votre disposition.

24.03 Josy Arens (cdH): Je remercie le ministre pour sa réponse. Bien sûr, nous suivrons l'évolution de ce

dossier important pour nos régions rurales, pas seulement pour le sud-est mais dans tout le pays.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

25 **Vraag van mevrouw Tinne Van der Straeten aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de offerteaanvraag voor een informaticasysteem inzake geneesmiddelenbewaking" (nr. 8773)**

25 **Question de Mme Tinne Van der Straeten à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'appel d'offres pour un système informatique en matière de pharmacovigilance" (n° 8773)**

25.01 **Tinne Van der Straeten** (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, mijn vraag gaat over een offerteaanvraag voor de aankoop van een informaticasysteem inzake geneesmiddelenbewaking.

Bedoelde offerteaanvraag is op de website van de FOD Volksgezondheid te lezen. De FOD wil een dergelijk informaticasysteem aanschaffen voor het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. De FOD wil vooral voorzien in de noden van het FAGG op het vlak van geneesmiddelenbewaking.

Het informaticasysteem zou uit twee luiken bestaan. Enerzijds, een portaal toegankelijk voor alle Belgische gezondheidszorgbeoefenaars en, anderzijds, een informaticasysteem dat door het personeel van het BCGH en het FAGG in de uitvoering van zijn taken zal worden gebruikt.

Eind 2006 heeft Test-Aankoop een meldpunt opgericht waarop patiënten rechtstreeks bijwerkingen kunnen melden. Er is ter zake een samenwerkingscontract met het FAGG, waarbij alle bijwerkingen, mits de toestemming van de betrokken patiënt, naar het FAGG worden doorgestuurd. Europa erkent de waarde van deze patiëntenmeldingen. Er bestaan ook plannen om meldingen door patiënten in de wet in te schrijven.

Ik heb twee vragen. Ten eerste, in de offerte wordt nergens melding gemaakt van patiëntenmeldingen. Nochtans moeten voornoemde meldingen volgens de bepalingen van het contract met Test-Aankoop worden ingevoerd, verwerkt en naar Europa doorgestuurd.

Op welke manier zal een en ander gebeuren?

Ten tweede, het op te richten portaal zou uitsluitend voor gezondheidszorgbeoefenaars bestemd zijn. Consumenten kunnen zich nu met hun patiëntenmeldingen rechtstreeks tot Test-Aankoop wenden.

Betekent het ontbreken van de patiënt in de bewuste offerte dat men tevreden is over de samenwerking en ze in de toekomst ook wil behouden? Kunt u ons ter zake wat meer uitleg geven?

25.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van der Straeten, dit is de laatste vraag, maar niet de minste. Het antwoord van mevrouw Onkelinx bevat twee delen.

"Het informaticasysteem waarvoor een aanbesteding op de internetsite van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten werd gepubliceerd, kadert in het actieve farmacovigilantieproject. Dat project heeft tot doel het aantal meldingen van bijwerkingen door gezondheidszorgbeoefenaars te verhogen.

Een van de middelen om dat te bereiken is de terbeschikkingstelling aan gezondheidsbeoefenaars van een online systeem voor het rapporteren van bijwerkingen. Dat systeem zal het melden van bijwerkingen op papier aanvullen. De meldingen die wij van patiënten ontvangen volgen dezelfde procedure als die van de gezondheidszorgbeoefenaars die het op papier melden.

Het tweede element van het antwoord gaat over Europa. De lidstaten van de Europese Unie hebben tegenwoordig de verplichting een systeem voor de melding van bijwerkingen ter beschikking te stellen van gezondheidszorgbeoefenaars. Voor patiënten hebben de lidstaten die verplichting niet. Nochtans bespreekt het project voor de herziening van de Europese richtlijn en verordening betreffende farmacovigilantie de mogelijkheid van een meldsysteem voor patiënten. Het is dus verkieslijk dat het FAGG de finale beslissingen

hiervoor op Europees niveau afwacht, alvorens een systeem op te starten.

In afwachting biedt de samenwerking met Test-Aankoop de mogelijkheid voor patiënten om hun bijwerkingen te melden."

Mevrouw Van der Straeten, dat was het antwoord van mevrouw Onkelinx.

25.03 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Ik zal het antwoord van de minister eens nalezen, want ik heb niet alles even goed kunnen volgen. Desnoods zal ik later bij de minister terugkomen op eventuele ontbrekende elementen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.09 uur.

La réunion publique de commission est levée à 18.09 heures.