

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 16 JUNI 2009

MARDI 16 JUIN 2009

Namiddag

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 15.30 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

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

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

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

**01.01** **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de voorbije jaren wordt alsmaar vaker een toenemend tekort aan algemene internisten, vooral in de grotere ziekenhuizen. Om dat te verhelpen heeft de Medicomut zelfs een begin van specifieke herijking van de specialisatie algemeen internist gemaakt. Die specialisatie komt immers in het gedrang door het feit dat de meeste internisten zich verder specialiseren in bepaalde organen. Ik denk bijvoorbeeld aan urologen.

Ontegensprekelijk is in het ziekenhuis echter iemand nodig met een brede, algemene, internistische vorming. Er zijn immers steeds meer vragen naar specifieke consultaties en preoperatieve onderzoeken. Men heeft ook steeds meer problemen om de wacht te verzekeren met internisten, bijvoorbeeld op spoed, bij vervangingen of bij vraag naar internistisch advies.

De Hoge Raad voor Geneesheren maakt men zich hierover ook zorgen. Bij de faculteiten van universiteiten bestaat ook de bekommernis voor het behoud van een goede kern van personen die drie jaar zijn opgeleid in de algemene internistische specialisatie.

Mevrouw de minister, deelt u die bekommernis van de hoge raad en de universiteiten over het dreigend tekort aan algemeen internisten? Hoever staat het met de herijking van de specialisatie? Wanneer zullen de werkzaamheden ter zake worden afgerond? Welke andere maatregelen kunnen volgens u nog worden genomen om het tekort aan algemene internisten te voorkomen? Ik denk bijvoorbeeld aan de planningscommissie. Misschien hebt u nog andere voorstellen?

**01.02** Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Goutry, ik bevestig dat ik uw bezorgdheid deel over het aantal specialisten dat houder is van de bijzondere beroepstitel van arts, gespecialiseerd in interne geneeskunde.

Het is juist dat een flink aantal internisten later een carrière opbouwt in dokterspecialismen van de interne geneeskunde, dat internist een veeleisend beroep is en dat de vooruitzichten niet altijd worden gevaloriseerd.

In uitvoering van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 werd een verhoging met 10% van het toezicht op gehospitaliseerde patiënten in D-diensten doorgevoerd. Ook algemeen internisten

zullen van voornoemde verhoging genieten. In totaal betekent de maatregel een herwaardering met 4.300.000 euro.

In uitvoering van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008 werd voorgesteld om specifiek voor de algemeen internisten een nieuwe raadpleging in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen in te voeren, namelijk een synthesesaadpleging of een deskundige raadpleging – trouble shooting – die voor hen is voorbehouden.

Het betreft een eerste raadpleging met analyse op basis van de bestaande elementen uit het medisch dossier van een patiënt met een complexe pathologie, zonder duidelijke diagnose en met een tot dan toe onvoldoende behandelingsresultaat.

Een vergoeding N40 wordt daartoe voorgesteld. Ze komt overeen met 72,15 euro voor de niet-geaccrediteerde en 75 euro voor de geaccrediteerde algemeen internist. Het gaat om de berekening van 2008.

De totale kosten ter zake worden op 2.943.000 euro geraamd. Een budget van 3.000.000 euro werd in het akkoord 2008 ingeschreven.

Voornoemd voorstel werd door het verzekeringscomité goedgekeurd. Het werd inmiddels reeds door het RIZIV doorgezonden voor verder verloop van de procedure, die zo snel mogelijk zal worden voleindigd.

Het aspect van de financiële valorisatie is niet het enige element waarmee men rekening moet houden. De interne geneeskunde is niet de enige discipline waar er tekorten zijn. Ik citeer bijvoorbeeld de dringende geneeskundige hulpverlening en de pediatrie.

Ik heb aan de planningcommissie van het medisch aanbod gevraagd mij te adviseren over de situatie van deze specialismen. Over een eerste advies wordt gepraat. Momenteel wordt er een algemene enquête gerealiseerd over de specialisten. De adviezen van de commissie zullen het mij mogelijk maken om het debat over de te nemen maatregelen te ondersteunen.

**01.03 Luc Goutry (CD&V):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uw geëngageerde antwoord bewijst dat u inderdaad volop bezig bent met deze materie. Die herijking is belangrijk. Dat geldt ook voor die financiële valorisatie. Het is echter ook belangrijk om structureel en op termijn te kijken via de planningcommissie hoe wij dit probleem kunnen ondervangen. Ik zal het verder opvolgen.

*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 erkenningscommissie oncologie" (nr. 13568)**

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

**02.01 Luc Goutry (CD&V):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, momenteel heeft elke medische specialisatie een eigen erkenningcommissie. Die erkenningcommissie houdt zich bezig met de erkenning van elke specifieke specialiteit, de toekenning van de titel van de specialiteit en de vastlegging van de erkenningscriteria.

Bovendien zijn die erkenningcommissies per specialiteit zoals gynaecologie, urologie, nefrologie ook in staat om zich uit te spreken, vind ik toch, over de criteria die vervuld moeten zijn voor de toekenning van de bijzondere beroepstitel oncologie, gekoppeld dus aan de specialiteit.

Naar verluidt hebt u daarop echter een andere visie en werkt u aan een soort van overkoepelende commissie, waar onder meer ook die specialisten wel vertegenwoordigd zijn. Die overkoepelende commissie zou een soort erkenningcommissie voor de medische oncologie genoemd kunnen worden.

Dat gaat in tegen het advies van de Hoge Gezondheidsraad, die zich nu al twee keer unaniem in een tegenadvies daarmee niet akkoord heeft verklaard. Hij vraagt dat de bestaande erkenningcommissies in hun

specialiteit ook de bevoegdheid zouden krijgen om de bijzondere beroepstitel oncologie toe te kennen.

Bovendien zou op 4 juni, dus zeer recent, de hoge raad opnieuw een advies hebben gegeven. Hoe zit het met dat advies? Dat zal waarschijnlijk in dezelfde lijn liggen als de vorige adviezen.

Mevrouw de minister, vandaar heb ik de volgende vragen. Blijft u, niettegenstaande die adviezen, toch bij uw standpunt inzake de noodzaak van een specifieke overkoepelende erkenningcommissie medische oncologie, dus boven de bestaande commissies?

Op basis van welke argumenten verdedigt u die opstelling, aangezien er tot twee keer toe een negatief advies kwam van de Hoge Gezondheidsraad?

In hoeverre is een en ander al uitgewerkt door de administratie? Met andere woorden, hoever staat het dossier?

**02.02** Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer Goutry, uit uw vraag meen ik dat er wat verwarring bestaat tussen de bevoegde erkenningscommissie voor medische oncologie, wat een volwaardige basisspecialiteit werd, en de bijzondere competentie in de oncologie, toegankelijk voor 13 basisspecialiteiten, die ik wens op te richten.

Er moeten nog stappen ondernomen worden vooraleer de bijzondere kwalificatie in de oncologie kan worden toegekend aan de aanvragende artsen. De erkenningen voor de nieuwe specialiteit in de medische oncologie worden thans evenwel probleemloos toegekend.

Het besluit dat tijdens het mandaat van mijn voorganger uitgevaardigd werd, definieerde het algemene kader en de gemeenschappelijke criteria voor de toekenning van de competentie in de oncologie voor alle 13 basisspecialiteiten. Het preciseerde trouwens dat er specifieke kwalitatieve en kwantitatieve criteria moesten worden gedefinieerd voor het preciseren van de bijzondere expertise waarover de specialisten van elk van deze 13 basisspecialiteiten moeten beschikken om de competentie in de oncologie te verkrijgen.

Dat proces duurt lang en is nog steeds bezig. De Hoge Raad vergaderde eind vorige week om advies te geven over de voorstellen van criteria voor 5 van de 13 basisspecialiteiten waarvoor het aantal kandidaten het grootst is. Ik verwacht deze adviezen binnen de best mogelijke termijnen ontvangen en zal dan de besluiten publiceren.

Wat de erkenningscommissie betreft die opgericht moet worden voor de erkenning van de bijzondere kwalificatie in de oncologie, adviseerde de Hoge Raad inderdaad geen specifieke commissie voor de oncologie op te richten, maar wel om de bevoegdheid uit te breiden van elke basisspecialiteit tot de erkenning in de oncologie.

Ik heb dit advies aandachtig bestudeerd, maar acht het belangrijk dat enerzijds de artsen die bevoegd zijn in het betrokken domein de adviezen geven over de individuele aanvragen voor erkenning, en dat het anderzijds rechtvaardig is dat de vereisten voor de toekenning van deze bijzondere kwalificatie in de oncologie aan specialisten van de verschillende specialiteiten gelijk zijn.

Daarom steun ik de oprichting van een unieke ad-hocerkenningscommissie voor de competentie in de oncologie, maar wel verschillend van die voor de titel van medisch oncoloog die alle artsenspecialisten omvat van de verschillende basisspecialiteiten bij een bijzondere bevoegdheid in de oncologie. Deze erkenningscommissie voor de bijzondere kwalificatie in de oncologie zal trouwens samenwerken met bepaalde leden die zetelen in de erkenningscommissies van de verschillende basisspecialiteiten. Dit scenario maakt een evaluatie mogelijk van de aanvraagdossiers voor de erkenning van de bijzondere competentie in de oncologie door artsen die gespecialiseerd zijn in dezelfde basisspecialiteit als de aanvrager en op een gelijkaardige manier in termen van vereisten voor allen. De instelling van deze erkenningscommissie voor de competentie in de oncologie is bezig.

**02.03** **Luc Goutry** (CD&V): Het is een vrij complexe zaak. Als ik het goed begrijp kan een nefroloog de titel dragen van nefroloog-oncoloog. Er bestaan ook mensen die zich enkel specialiseren in medische oncologie. Het is evident dat zij door een eigen erkenningscommissie worden erkend.

Wordt een nefroloog-oncoloog erkend door de erkenningscommissie nefrologie of door de

erkenningscommissie medische oncologie?

Het advies van de Hoge Raad is duidelijk: laat nefrologen door de erkenningscommissie nefrologie erkend worden, ook voor het onderdeel oncologie.

**02.04** Minister **Laurette Onkelinx**: Het is een complexe vraag. Er zijn twee verschillende adviezen.

La première option est de dire qu'il faut partir de l'organe et faire chaque fois des commissions différentes avec un prolongement pour une spécialité, dans cet organe.

**02.05** **Luc Goutry** (CD&V): Vous parlez des commissions qui existent déjà?

**02.06** **Laurette Onkelinx**, ministre: Non. C'est autre chose.

La deuxième option est de dire qu'il faut une commission unique pour la reconnaissance des 13 spécialités de base avec le complément oncologie. Personnellement, je trouve que cette deuxième option est plus intéressante – c'est toujours difficile de choisir entre deux options. Je la défends donc pour essayer d'avoir le plus possible de critères transversaux avec, parmi ceux qui vont sélectionner les spécialistes, des oncologues.

J'ai reçu à diverses reprises des représentants des spécialistes. Certains préfèrent faire une division en fonction des organes mais je préfère la cohérence.

**02.07** **Luc Goutry** (CD&V): Het is inderdaad een verschillende visie. Ik sta aan de kant van de andere visie. Ik vind wel dat de algemene commissie, die er moet zijn, met de medische oncologen als specialiteit, ook transversaal zou moeten kunnen tussenbeide komen in het bepalen van de criteria, de evidence base, de aanwijzingen en de indicaties ten aanzien van de erkenningscommissies.

Ik vind dat de erkenning zelf zou moeten in handen blijven van de aan de specialiteit gerelateerde erkenningcommissie en dat dus niet alles wat oncologie betreft naar één commissie moet worden overgeheveld.

Dat is mijn standpunt en daar verschillen wij van mening. Mijn standpunt wordt gedeeld door de Hoge Raad.

**02.08** **Laurette Onkelinx**, ministre: (...) Et puis, il y a les médecins spécialisés dans les attaques cancéreuses contre tel ou tel organe.

Nous souhaitons qu'à côté de la reconnaissance de la spécialité, soit établie une commission travaillant en collaboration avec des oncologues et des spécialistes siégeant dans les commissions d'agrément. Ensemble, ils pourront déterminer la spécialité d'oncologie concernée.

**02.09** **Luc Goutry** (CD&V): C'est autre chose.

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

**02.10** **Laurette Onkelinx**, ministre: Oui. L'oncologie est une science à part entière.

**02.11** **Luc Goutry** (CD&V): Wij blijven hierover van mening verschillen. Ik heb hierover reeds een paar keer een vraag gesteld.

**02.12** **Laurette Onkelinx**, ministre: Ce débat existe depuis longtemps, bien avant mon arrivée au ministère de la Santé. Petit à petit, les différentes parties semblent se rencontrer sur cette volonté qu'il y ait une commission unique où l'on travaillera en solidarité avec les spécialistes des commissions des spécialités et les oncologues. Il faut rechercher ce dialogue-là et non continuer à travailler sur la division entre les deux options.

**02.13** **Luc Goutry** (CD&V): Mijn bezorgdheid de volgende. Om bepaalde geneesmiddelen, tumorgebonden

geneesmiddelen, voor te schrijven, moet men een erkenning als oncoloog hebben. Vandaag gebeurt het dat een hooggespecialiseerd orgaanspecialist eigenlijk toelating moet vragen aan zijn collega medisch oncoloog vooraleer terugbetaling kan worden bekomen van een tumorgebonden geneesmiddel, terwijl hij evengoed die behandeling kan instellen. Dat is een beetje het rare vandaag.

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

**03** **Samengevoegde vragen van**

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

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

**03** **Questions jointes de**

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

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

**03.01** **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de Raad van State heeft het fameuze KB van 17 mei 2006 over de zogenaamde kiwiprocedure, de openbare aanbesteding van geneesmiddelen, vernietigd. Het zou gaan om een schending van het gelijkheidsbeginsel inzake de zogenaamde groepsgewijze herziening van geneesmiddelen, wat natuurlijk noodzakelijk is om tot een kiwiprocedure te komen.

Mijnheer de minister, wat is de precieze strekking van het arrest? Zult u het bedoelde KB in die zin aanpassen? Als ik het goed heb begrepen, gaat het vooral over de posologie, de galenische vormen enzovoort. Kunt u dat aanpassen? Zult u dat doen?

Wat is het gevolg hiervan op het KB inzake de cholesterolremmers van 2007? Dat is ondertussen gepasseerd.

Wat is uw standpunt over het zogenaamde kiwimodel? Dat is een meer algemene vraag. Plant u de voortzetting en verdere ontwikkeling van die procedure? Bent u voorstander van het kiwimodel? Zult u het verder ontwikkelen? Zult u hierover overleg plegen met de sector, wat mij noodzakelijk lijkt?

Wat is intussen het besparingseffect van de zogenaamde kiwiprocedure, die ooit is toegepast voor cholesterolverlagers, toen MSD met Zocor het pleit had gewonnen? Dat zou eigenlijk tot een prijsverlaging hebben moeten leiden, gezien het ook een uitwerking had op de referentieprijs.

**03.02** **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil mij aansluiten bij de vraag van collega Goutry, in die zin dat de Raad van State reeds vorig jaar in december het KB met betrekking tot de kiwiprocedure vernietigde. De argumentatie verwees inderdaad naar een schending van het gelijkheidsbeginsel.

De wettelijke basis, die uw voorganger, minister Demotte, heeft genomen voor de kiwiprocedure, was de gezondheidswet van april 2005, waaruit uiteindelijk twee KB's zijn geresulteerd, met name het KB van 17 mei 2006 met betrekking tot de groepsgewijze herziening van de geneesmiddelen om budgettaire redenen en een KB van 2007 dat specifiek betrekking had op het kiwimodel voor cholesterolremmers.

Uiteindelijk blijft een aantal principiële vragen over, mevrouw de minister.

Wat zijn de concrete gevolgen van deze vernietiging?

Ten tweede, in welke mate bent u van plan een aantal wijzigingen aan te brengen met betrekking tot het kiwimodel?

Ten derde, wat zijn de gevolgen, meer specifiek voor het tweede KB dat betrekking had op de cholesterolremmers?

Mevrouw de minister, wij hebben in de medische pers de reactie vanuit de farmasector kunnen lezen. Ik verwijs naar de woorden van de heer Leo Neels, namens pharma.be. Hij hoopt er in stilte op dat de regering het kiwimodel definitief zal verlaten. Wat ons betreft, blijft de vraag overeind wat het regeringsstandpunt ter zake is.

**03.03** Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het arrest van de Raad van State dat het KB van 2006 betreffende de zogenaamde kiwiprocedure vernietigt, is gebaseerd op het enige en enkele bezwaar dat het te weinig de verplichting inhield om rekening te houden met mogelijke verschillen in verband met de dosering of de verpakkingsgrootte tussen de specialiteiten die door een kiwiprocedure kunnen worden gevat.

Op 15 februari 2007 was echter al een nieuw KB uitgevaardigd dat de kiwiprocedure gedeeltelijk herschreef en de modaliteiten voor vergelijking tussen die verschillende farmaceutische specialiteiten specificceert. Hiermee is dus al tegemoetgekomen aan de bezwaren van de Raad van State en is een verdere aanpassing van het KB niet langer nodig.

Ik voeg hieraan toe dat ook tegen het KB van 2007 verzet was aangetekend bij de Raad van State en dat dezelfde kamer die de vernietiging van het KB van 2006 uitsprak, dit dossier heeft onderzocht en niet is ingegaan op het verzoek tot vernietiging van het KB van 2007.

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

Op uw vraag over het kiwimodel op zich kan ik u melden dat intussen de diepgaande evaluatie van dit model, dat ik reeds een paar keer heb aangekondigd, werd uitgevoerd. Deze evaluatie zal aan de leden van de commissie worden bezorgd.

Naast de ontegensprekelijk sterke punten, onder andere op het vlak van de beheersing van de uitgaven voor geneesmiddelen, is in de analyse ook een aantal opmerkingen gemaakt, onder andere op het vlak van haalbaarheid en uitvoerbaarheid, dat duidelijk maakt dat het niet wenselijk is dit model in zijn huidige vorm te hergebruiken.

Het spreekt voor zich dat bij elke verdere ontwikkeling van deze procedure overleg zal worden gepleegd met de sector, te meer daar dergelijke procedures moeten worden ingepast in een coherent beleid inzake kostenefficiënt voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen.

Wat het besparingseffect van de toepassing van de kiwiprocedure op simvastatine betreft, kan op basis van de laatst beschikbare cijfers van het RIZIV vastgesteld worden dat de uitgaven gedaald zijn met 14,5 miljoen euro. Ik herinner u eraan dat een besparing van 15 miljoen euro was verwacht.

**03.04** **Luc Goutry** (CD&V): Dat was in elk geval een interessant antwoord, mevrouw de minister. Ik wist niet dat het KB van 2007 overeind blijft, in feite het mankement van 2006 ondervangt en meteen ook de legitimering geeft voor de simvastatineprocedure. Ik onthoud dat er een evaluatienota ter beschikking van de commissieleden gesteld zal worden. Ik onthoud ook dat u het kiwimodel niet in de huidige vorm zult behouden. Ik kan daarmee alleen maar akkoord gaan.

**03.05** Minister **Laurette Onkelinx**: Er is een voorstel tot aanpassing van dit model na evaluatie.

**03.06** **Luc Goutry** (CD&V): Ik heb uw voorganger, mijnheer Demotte, die ik anders een warm hart toedraag...

**03.07** Minister **Laurette Onkelinx**: Ik ook.

**03.08** **Luc Goutry** (CD&V): ... daarin sterk gecontesteerd, omdat ik toen vond dat het kiwimodel totaal niet correct werd toegepast. Ik heb herhaaldelijk vragen daarover gesteld. Ik krijg gelijk, want u zegt zelf dat u het model in die vorm niet voortzet. Wij moeten echter opletten dat wij het kind niet met het badwater

weggooiën. Het kiwimodel op zich biedt als methodiek een interessante mogelijkheid om vooral de zogenaamde “me too’s” – dat was ook de bedoeling met simvastatine – in concurrentie met elkaar te brengen, althans de middelen die vergelijkbaar zijn. Daarom moeten wij die binnen een bepaalde klasse kunnen definiëren.

In een keer zijn er 15 miljoen besparingen, terwijl het partieel werd toegepast. Dat spreekt toch voor zich? 15 miljoen, dat is dus een besparing 600 miljoen Belgische frank, door het één keer toe te passen, op een bepaalde molecule, namelijk simvastatine. Dat toont aan, mevrouw de minister, dat wij de methodiek die achter het kiwimodel, zit moeten valoriseren en tot een beter model moeten komen.

Ik wil aan de voorzitter voorstellen om daaraan te gelegener tijd, wanneer wij het evaluatierapport krijgen, een debat in deze commissie te wijden. Ik meen dat dit een zeer belangrijke materie is.

**03.09 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, u hebt ons vandaag een technisch zeer interessant antwoord gegeven. De eerste vaststelling is dat het tweede KB van 2007 in de praktijk niet vernietigd werd. U zei dat er een evaluatienota is. Ik meen dat wij met deze commissie zo snel mogelijk akte daarvan moeten nemen. Wij moeten deze evaluatienota ter beschikking krijgen om die grondig te kunnen bestuderen.

U zei ook dat u niet van plan bent om het kiwimodel te hergebruiken. Betekent dit dat u definitief het kiwimodel begraaft? Er is een verschil tussen de mededeling dat u het niet opnieuw zult gebruiken en de politieke afleiding dat wij het model, al dan niet, definitief verlaten.

**03.10 Minister Laurette Onkelinx:** Het huidige model blijft, maar het moet worden aangepast.

**03.11 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Wij hebben elkaar in dat geval heel goed begrepen. Het model vraagt een concrete bijsturing, maar wordt in theorie niet volledig verlaten. Wij hebben elkaar in dat geval heel goed begrepen.

Wij landen dus waar wij tijdens de vorige legislatuur hadden willen landen. Wij hebben uw voorganger echter niet zover gekregen.

**03.12 Laurette Onkelinx**, ministre: Je voudrais dire que c'est le résultat d'une concertation avec pas mal de partenaires. Et, dans une négociation, on met de l'eau dans son vin... mais à force de le faire, on en arrive à des compromis parfois boiteux!

**03.13 Luc Goutry** (CD&V): À chacun ses mérites!

**03.14 Laurette Onkelinx**, ministre: (...)

**03.15 Luc Goutry** (CD&V): De denkpiste die toen bestond, heeft hij vorm gegeven en hij heeft inderdaad het kiwimodel als methodiek geïntroduceerd. Het is evenwel fout gegaan met de concrete uitschrijving van de procedure. Daarvoor hadden wij toen gewaarschuwd.

La **présidente**: Le processus d'amélioration est lancé. Nous attendrons ces éléments d'évaluation. Savez-vous quand ils pourraient nous parvenir?

**03.16 Laurette Onkelinx**, ministre: Je vais demander que cela soit envoyé tout de suite.

La **présidente**: Très bien.

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

Les questions n° 13588 de M. Flor Van Noppen et n° 13627 de Mme Nathalie Muylle sont reportées à la demande de leurs auteurs.

**04 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en**

**Volkgezondheid over "de verschillen inzake borstkankerscreening tussen de Gewesten" (nr. 13603)**

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

**04.01** **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, u ziet dat de minister deze commissievergadering zeker tijdig zal kunnen beëindigen en haar programma vervolgen, en wij ook.

Mevrouw de minister, hoewel ik het zelf zeg, is dit toch wel een interessante vraag. Er wordt een groot verschil opgemerkt tussen de zogenaamde diagnostische mammografieën en de zogenaamde screeningsmammografieën in prijs en in procedure tussen de drie Gewesten van ons land. Dat begrijp ik eigenlijk niet zo goed.

Wij stellen namelijk vast dat die manier van screenen, dus die borstkankeronderzoeken, profylactische onderzoeken bij vrouwen, in Vlaanderen hoofdzakelijk preventief gebeurt, dus via screeningsmammografieën, terwijl dat in Wallonië en Brussel hoofdzakelijk gebeurt mits de veel duurdere diagnostische mammografieën.

Ik geef een voorbeeld. In het Vlaams Gewest, op dit ogenblik, is dat slechts 21%. Er is dus een daling van 27% naar 21% voor het aantal diagnostische mammografieën. Dat betekent dat het overgrote aandeel screeningsmammografieën zijn, wat het eigenlijk zou moeten zijn, want het zijn bevolkingsonderzoeken. In het Waals Gewest is er wel een daling vanaf 49%, maar nog altijd 45% van die profylactische onderzoeken gebeurt via diagnostische mammografieën, wat eigenlijk niet nodig is.

Vandaar is er een verslag verschenen van het Intermutualistisch Agentschap dat erop aandringt om een vervanging te organiseren, zodanig dat, wanneer het gaat om bevolkingsonderzoeken, men gebruik zou maken van de screeningsmammografie en niet van de diagnostische.

Trouwens, het honorarium is ook verschillend. Ik bekijk dat even concreet. Er is bijvoorbeeld 50 euro verschil in honorarium dat moet betaald worden vanuit de gemeenschap, via de ziekteverzekering, aan een radioloog, wanneer hij een protocol maakt van een screeningsmammografie dan wel van een diagnostische. Namelijk, wanneer een radioloog een diagnostische mammografie moet protocolleren, vraagt hij 114 euro honorarium, terwijl, wanneer hij dat doet voor een screeningsmammografie, dat maar 64 euro kost. Het is eigenlijk dom dat wij al die veel duurdere onderzoeken gebruiken voor hetzelfde resultaat, namelijk profylactische opsporing bij de vrouwelijke bevolking.

Mevrouw de minister, hoe zult u aan dat gegeven verderwerken?

Welke maatregelen zult u nemen om, in het algemeen, als evidentie te propageren dat geen gebruik zou worden gemaakt van diagnostische mammografieën, tenzij waar het nodig is natuurlijk, en dat men voor bevolkingsonderzoeken, preventie en profylactie hoofdzakelijk een beroep zou doen op screeningsmammografieën, die dus ook goedkoper zijn?

**04.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur Goutry, le fait qu'il y ait des priorités différentes au niveau des Régions et des Communautés, c'est l'évolution institutionnelle du pays. En matière de "prévention santé", au vu des montants consacrés par chacune des Communautés, je trouve personnellement que nous ferions mieux d'avoir une plus grande cohérence par rapport à une refédéralisation du processus. Je l'ai dit mais cela n'engage que moi. Je le soumets à votre réflexion.

In de interministeriële conferentie voor Volkgezondheid werd een interkabinettenwerkgroep Kankerplan opgericht. Een van haar opdrachten is het optimaliseren van de opsporing van borstkanker in België teneinde de vroegtijdige opsporing van kanker te bevorderen en het aantal sterfgevallen door kanker te verminderen.

Er werd gepraat over de niet-optimale deelname aan het opsporingsprogramma en over de resultaten van de campagne in de verschillende delen van het land. Er werden vier acties voorgesteld.

Ten eerste is er een campagne ter attentie van het publiek gecoördineerd door de Gemeenschappen. Dit jaar voorziet de Franse Gemeenschap in een nieuwe campagne voor het grote publiek bij het begin van het nieuwe schooljaar.



Ten tweede, de Brusselse minister voor Volksgezondheid heeft in samenwerking met miss België, Brumammo en het Brussels Coördinatiecentrum voor de Opsporing van Kanker een campagne opgezet. De Vlaamse Gemeenschap had dat reeds de voorgaande jaren gedaan in samenwerking met de Vlaamse Liga tegen Kanker.

Deuxièmement, il s'agit d'une campagne à l'intention des médecins, organisée par l'INAMI. Ce feed-back sur le dépistage du cancer du sein s'adresse aux médecins généralistes, aux gynécologues et aux radiologues. Il rappelle les recommandations scientifiques sur le dépistage et offre à chaque médecin un rapport sur la participation des femmes du groupe cible de sa clientèle - et ce, que ce dépistage soit organisé par les Communautés ou ait lieu dans le cadre d'une pratique privée. Il sera envoyé en novembre, qui succède au "mois du cancer du sein".

Troisièmement, je dois mentionner la prolongation pour cinq ans de l'avenant du protocole d'accord visant à une collaboration entre l'autorité fédérale et les Communautés en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie.

Quatrièmement, il faut prévoir les modalités pour le remboursement des mammothests pour les personnes qui n'ont pas régularisé leur situation en termes d'assurance. La piste explorée est la prise en charge des coûts par les entités fédérées.

Je dois aussi ajouter que, dans le cadre du plan cancer, à partir d'août prochain, des groupes de travail vont être mis sur pied par le Centre du cancer dans le but d'étudier auprès des femmes et des prestataires de soins les freins à la participation au dépistage – qu'il soit programmé ou opportuniste - et les actions à entreprendre. Il conviendra ensuite d'identifier les actions à mener auprès des femmes. Enfin, les groupes de travail se réuniront en collaboration avec les Communautés et toutes les organisations concernées par la promotion de la santé: les mutualités, l'agence intermutualiste, le registre du cancer, la Fondation contre le cancer, les Observatoires de la santé, les maisons médicales, la Société scientifique de médecine générale, les Domus Medica, les communes, etc.

S'agissant ensuite des prestataires de soins, il s'agit d'identifier les freins à la prescription par ceux-ci d'un mammothest dans le cadre du programme de dépistage systématique développé par les Communautés et de repérer les actions à mener auprès des prestataires - par exemple en les informant des avantages du programme, en les rassurant sur la bonne qualité de celui-ci, etc. Il faudra aussi examiner le coût des deux méthodes.

Enfin, ces groupes de travail se réuniront en collaboration avec l'INAMI, les Communautés, les universités et les prestataires de soins que je vous ai déjà cités. Donc, tout est en place, mais nous essayons d'améliorer le dispositif en préparant le futur plan cancer avec les Communautés, notamment en termes de prévention.

**04.03 Luc Goutry (CD&V):** Ten eerste, ik ben het met u eens dat er een homogeniteit in de bevoegdheden moet bestaan. Waar die bevoegdheden moeten liggen, is dan weer een ander punt.

Ten tweede, dat profylactie onmisbaar is, is evident. U hebt een kankerplan opgesteld, dat harde werk is uw verdienste.

In het kader van de opsporing, de profylactie, moeten wij de evidence based method gebruiken, met name de screeningsmammografie die veel goedkoper is voor de ziekteverzekering. De diagnostische mammografie is goed om problemen te ontdekken en diagnoses te stellen. De algemene screeningsmammografie, een andere en goedkopere techniek, zou kunnen dienen om een algemene opsporing te doen. Nu gebruikt men het geld van de ziekteverzekering op een oneigenlijke manier. Dat is jammer want met hetzelfde geld zou men meer aan profylactie kunnen doen.

Ik, in het parlement, en u, in de regering, zullen samen waakzaam zijn. Ik ben verplicht om u daar op tijd en stond aan te herinneren en dat zal ik niet nalaten.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**05 Samengevoegde vragen van**

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

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

**05** Questions jointes de

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

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

**05.01** **Michel Doomst** (CD&V): De onduidelijkheid over de gezondheidsimpact van gsm-masten is opnieuw actueel nadat een Gentse rechter de plaatsing van een gsm-mast verbood omdat de stralingen ongezond zouden zijn. Die mast was gepland in een woonwijk, in de nabijheid van een school.

Bent u op de hoogte van die beslissing?

Beschikt u over objectieve gegevens waaruit blijkt dat de plaatsing van gsm-masten nabij woonwijken invloed heeft op de gezondheid van de omwonenden? Deze vraag komt op lokaal niveau telkens terug.

Kan er echt geen eenduidige uitspraak of studie worden bepaald over de al dan niet negatieve invloed van gsm-masten op de gezondheid van de mens?

**05.02** **Jean-Luc Crucke** (MR): Madame la ministre, nous parlons de la même situation, à savoir le jugement rendu en premier degré par le tribunal de première instance de Gand du 18 mai 2009 - il y aura probablement appel du jugement, mais celui-ci est exécutoire nonobstant tous recours et sans provision, selon la formule usuelle – qui interdit l'installation d'une antenne, un pylône de 28 mètres.

Le jugement base clairement son argumentation sur le risque sanitaire.

Pour ne pas édulcorer ou trahir les propos du magistrat, je cite: "zolang niet wetenschappelijk bewezen is dat de stralen van de zendmasten ongevaarlijk zijn, moet aanvaard worden dat deze waarschijnlijk gevaarlijk zijn". C'est péremptoire dans la mesure où la charge de la preuve est renvoyée à l'autorité publique. Ainsi, sauf à prouver qu'il n'y a aucun danger, on considère qu'il y a un danger.

Madame la présidente, cette commission a déjà abordé cette question à plusieurs reprises. Un certain nombre d'analyses existent à ce propos. Mais je pense que le magistrat renvoie ici la balle dans le camp public, en disant qu'il considérera systématiquement qu'il y a un risque, sauf si on lui dit clairement qu'il n'y a aucun danger.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance du jugement et comment l'analysez-vous? Ce jugement est-il de nature à modifier votre point de vue ou votre approche du phénomène?

Pouvez-vous, en tant que ministre de la Santé publique, affirmer aujourd'hui que les pylônes, ou les antennes-relais, ne présentent aucun danger pour la santé humaine? Si oui, dans quelles conditions?

Si vous ne pouvez pas l'affirmer ou que vous y mettez des conditions, y a-t-il d'autres études qui sont en cours?

**05.03** **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, j'ai effectivement pris connaissance de ce jugement. Avant cela, j'avais aussi pris connaissance d'un document extrêmement important. Le 15 janvier, dans le cadre de l'appel contre l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 1<sup>er</sup> mars 2007 relative à la protection de l'environnement contre les éventuels effets nocifs et nuisances provoqués par les radiations non ionisantes, la Cour constitutionnelle a estimé que ce n'était pas le niveau fédéral qui était compétent, mais les Régions. Les Régions sont compétentes dans cette matière, même s'il s'agit de protection de la santé. Je suis obligée de vous renvoyer vers les Régions pour la réponse à votre question. Je vous dirai simplement que des avis existent.

Eenduidige informatie is er niet in dit technisch zeer complex dossier, maar een werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad volgt alle informatie van zeer nabij op en verwerkt die in haar adviezen.

Voor de mogelijk schadelijke gevolgen van gsm-masten op de gezondheid verwijs ik u naar de adviezen van maart 2005 en februari 2009 inzake de normeringen voor zendmasten, die aanbevelen om voorzichtig te handelen in verband met het vastleggen van de normen en op de noodzaak om aandachtig elke vorm van vooruitgang op te volgen van de studies over de impact op de gezondheid en de technologische ontwikkelingen.

C'est de la compétence des Régions. Je vous signale qu'il y a des avis en la matière.

Dans les pays voisins, notamment en France, on essaie de travailler sur une enquête globale recoupant toute une série d'expertises dont ils disposent. Nous avons toujours dit, quand nous croyions encore être compétents, que nous suivrions avec attention ce qui se passe là-bas pour ne pas multiplier les études concernant la même problématique.

C'est donc le principe de précaution qui prévaut, mais il appartient aux Régions de prendre les dispositions en la matière.

**05.04 Michel Doomst** (CD&V): Mevrouw de minister, ik ben heel blij dat u ons zo vlot naar de regio's doorverwijst. Ik denk dat dit een goede piste is. Voor heel wat zaken trouwens.

Ik blijf er wel bij dat het fundamentele probleem dat aan de basis van deze discussie ligt ons toch ook op federaal niveau moet blijven bezighouden. Ik denk dat wij toch moeten uitkijken naar wat op dat vlak verder door de Hoge Gezondheidsraad wordt gedaan. Ook op federaal niveau moet het onze bekommernis blijven om deze evoluties op de voet te volgen. Wij zullen ook het signaal aan onze respectievelijke regio's moeten geven om de plaatsing op de voet te volgen.

**05.05 Jean-Luc Crucke** (MR): Madame la ministre, vous qui avez par le passé exercé des compétences au sein de la Communauté française, vous savez qu'en termes sportifs, deux expressions reviennent: "On botte en touche" ou "On tape outre". "Taper outre" est très wallon en termes de jeu de balle.

**05.06 Laurette Onkelinx**, ministre: Moi qui suis wallonne, je n'ai jamais entendu cette expression!

**05.07 Jean-Luc Crucke** (MR): "Botter en touche" signifie renvoyer sur le côté! Ce que vous n'avez pas fait! "Taper outre" signifie que l'on va au-dessus de la ligne de fond et on remet la balle là où elle doit arriver. Un joueur de jeu de balle essaie toujours d'aller au-delà de la ligne de fond. C'est à ce moment qu'il est considéré comme un grand joueur applaudi de tous.

Et j'ai envie de vous remercier, parce que vous avez "tapé outre". Vous avez remis la balle entre les mains de ceux qui doivent assumer les responsabilités. Très modestement, je dirai que je pourrais suivre la balle là où elle est outre, puisque dans l'opposition, qui sera mon rôle au sein du Parlement wallon, je ne manquerai pas d'interpeller celui ou celle qui devra y répondre en m'appuyant sur la force qui a été la vôtre pour renvoyer la balle de ce côté. Je ferai également suivre la réponse, car si le sujet revient ici, mon collègue, J.-J. Flahaux se fera un plaisir de vous interroger à nouveau.

Je terminerai mon propos en remerciant la présidente et vous-même, madame la ministre, pour le plaisir que j'ai eu à vous côtoyer au sein de ce parlement et de cette commission. Si c'est mon dernier jour au sein de cette commission, je n'en garderai qu'un bon souvenir.

**05.08 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, si vous le permettez, j'aimerais également remercier M. Crucke pour la qualité des échanges toujours conviviaux que nous avons eus, malgré nos différentes approches. Je connais son amour pour la Wallonie et les matières qui y sont traitées. Je ne voudrais pas nécessairement siéger au sein d'un exécutif wallon pour l'avoir en face de moi. Mais je lui souhaite, quelle que soit la position qu'il occupera d'y trouver beaucoup d'intérêt et de plaisir.

La **présidente**: Nous le regretterons certainement pour son humour. Mais, vous savez, en politique, on va et on vient! Aussi, rien ne dit que d'ici quelques années, il ne sera pas de retour parmi nous!

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

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

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

**06.01** **Michel Doomst** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, een experiment heeft bewezen dat het aantal fouten met medicatie in ziekenhuizen op een jaar tijd kan worden gehalveerd wanneer met artsen, apothekers en verpleegkundigen duidelijke afspraken worden gemaakt. Uit die studie bleek ook dat 1 op 40 van de ziekenhuispatiënten schade lijdt omdat men niet de juiste medicatie krijgt. Momenteel zouden er ook in de Belgische ziekenhuizen jaarlijks 2.000 mensen overlijden door die zogenaamde medische fouten.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van dit toch wel ernstige probleem. Welke maatregelen worden genomen om hieraan eventueel wat aan te veranderen?

**06.02** Minister **Laurette Onkelinx**: Mijn diensten zijn op de hoogte van de problematiek betreffende geneesmiddelen en medicatiefouten. De medicatieveiligheid situeert zich op verschillende niveaus, gaande van het voorschrijven tot en met het toedienen van geneesmiddelen. Een naadloze informatieoverdracht is hierbij een essentieel element. Een slechte communicatie bij de informatieoverdracht is immers een belangrijke oorzaak van incidenten met geneesmiddelen.

Recent werd een project gefinancierd met betrekking tot het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen in ziekenhuizen. Dit project heeft aanleiding gegeven tot het uitwerken van het eHealth-systeem waarbij, via onder meer time stamping, de voorschriften elektronisch kunnen worden bewaard en gearhiveerd. Daarnaast zal zeer binnenkort een KB worden gepubliceerd dat een juridische basis vormt voor het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen.

Een zestal Belgische ziekenhuizen neemt deel aan de Franse studie Etude Merveille in het raam van REMED, Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés.

De FOD Volksgezondheid financiert via jaarlijkse contracten alle Belgische ziekenhuizen om op een gecoördineerde manier te werken aan kwaliteit en patiëntveiligheid met als ultiem doel de vermijdbare schade aan de patiënt, ook door medicatiefouten, te voorkomen. Het thema medicatieveiligheid komt jaarlijks aan bod tijdens het symposium Patiëntveiligheid.

Ten slotte, een meer concreet project is de evaluatie van de impact van de klinische farmacie in het ziekenhuis. 27 ziekenhuizen nemen hieraan deel. Een van de eerste tijdelijke conclusies bevestigt de meerwaarde van de klinische farmacie binnen een multidisciplinaire context. Bovenstaande initiatieven hebben allen tot doel om incidenten met medicatie te voorkomen of te beperken.

**06.03** **Michel Doomst** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in een periode waarin het gebruik van geneesmiddelen, het toedienen van geneesmiddelen en ook het commercialiseren van heel de sector tot een enorme explosie is gekomen, is het heel belangrijk dat de wetgeving die inderdaad niet alles op de voet kan volgen, niet alles kan controleren of dirigeren, zeer waakzaam is op dit domein. Daarom is het goed dat we binnenkort over een KB zullen beschikken dat het elektronisch voorschriftgedrag regelt. Het is mijn overtuiging dat de wetgeving, ook in de toekomst, het gebruik van medicatie op de voet moet blijven volgen.

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

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

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

**07.01** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame le ministre, Nathan, un jeune enfant de Braine-le-Comte,

souffre d'un lymphangiome kystique, malformation vasculaire congénitale qui provoque des kystes bénins sur le visage et le cou transformant sa jeune existence en un véritable chemin de croix pour lui et sa maman.

Cette pathologie, normalement opérable, pose un problème dans ce cas-ci, les tumeurs étant placées tout autour du nerf facial. Pour les enlever entièrement, il faudrait retirer le nerf, ce qui provoquerait une paralysie du visage.

Devant ce risque, diverses solutions ont été tentées, des injections d'alcool pur, un traitement habituel dans ce genre de cas mais qui n'a pas eu les effets espérés, à l'injection d'éthibloc, un mélange d'alcool et de dérivé de maïs, censé provoquer une réaction inflammatoire amenant à la résorption de la tumeur mais restée, hélas, sans effet. Une opération a donc été tentée qui, épargnant à peu près le nerf facial, a en revanche abîmé son œsophage, provoquant des apnées du sommeil et une incapacité à manger, heureusement rétablie grâce au travail accompli avec un logopède de la déglutition.

En juillet 2008, la malformation a regagné du terrain, atteignant même la langue qui avait doublé de volume; des champignons s'y développaient. Un traitement alternatif à l'ablation préconisée en première intention a permis à la langue de dégonfler, mais n'a en rien éliminé les kystes du visage et du cou, ni les crises avec gonflement de la langue et du visage, fièvre, etc.

Un nouveau traitement d'éthibloc est envisagé avec l'espoir de voir, l'avancée en âge aidant, le traitement gagner en efficacité, sans toutefois faire disparaître les tumeurs dans leur totalité.

La maman cherchant toujours une thérapie susceptible de rendre à son fils une vie normale, après avoir été jusqu'à Paris pour faire soigner son enfant, lance un appel aujourd'hui notamment par le net et la presse.

Madame la ministre, existe-t-il dans le SPF Santé publique, un service spécialisé dans les maladies rares à qui cet enfant et cette mère pourraient s'adresser afin de trouver des informations sur les différentes thérapies susceptibles d'être mises en œuvre, sur les services médicaux belges et étrangers en pointe sur cette pathologie?

Face à ce genre de situation, les malades et leurs familles se retrouvent souvent seuls et démunis. Ils cherchent, parfois en vain, des associations de malades ayant les mêmes pathologies qu'eux. Si ce service n'existe pas, ne serait-il pas pertinent d'en créer un afin que ces personnes trouvent rapidement des aides et réponses à leur situation, sans avoir à se battre seules, en plus des lourdes complications que leur cause la maladie en question?

Madame la ministre, que pouvez-vous faire pour aider cet enfant et cette famille en particulier, et les personnes atteintes de maladies rares par ailleurs?

**07.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, malheureusement, la médecine ne peut pas encore tout comprendre, tout traiter et tout guérir à cause de la diversité et de la complexité des pathologies plus ou moins rares qui peuvent toucher l'être humain. La situation de cet enfant, Nathan, atteint du lymphangiome kystique, en est un exemple parmi d'autres, particulièrement dramatique.

Dans le cadre du programme Priorité aux malades chroniques, nous sommes en train de construire, avec les mutualités, les trois fédérations d'associations de patients de ce pays (Vlaams Patiëntenplatform, la Ligue des Usagers des Services de Santé et RaDiOrg.be), l'INAMI et le SPF Sécurité sociale, une nouvelle architecture d'accès à l'information, et donc à l'entraide aussi, pour toute personne atteinte d'une maladie rare et/ou chronique.

Les mutualités seraient la porte d'entrée unique vers toutes les sources d'informations utiles et disponibles pour les patients et leurs familles. Les mutualités ne concentreraient pas toutes les informations et les services aux patients et à leurs proches mais seraient aptes, suivant la question qui leur serait posée, à orienter efficacement l'auteur de la question vers l'association de patients, vers le service public, vers le service de santé susceptible de lui apporter la réponse appropriée. Nous espérons pouvoir mettre cette nouvelle organisation d'informations progressivement en place à partir de 2010.

Dans l'attente de la concrétisation de ce projet très important, les familles confrontées à ces difficultés – et j'en ai rencontré beaucoup – peuvent s'adresser en première intention soit à l'une des trois fédérations d'associations de patients soit au service de promotion de la santé de leur mutualité. L'Institut scientifique de

Santé publique, qui est lié au SPF Santé publique, peut aussi apporter des informations utiles aux patients atteints de maladies rares.

Je n'ai parlé que de cet aspect du programme mais nous sommes en train de travailler avec les associations de patients, les mutuelles et les représentants des médecins sur un programme d'actions pour les patients atteints de maladies rares et/ou orphelines, qui comprendra, outre les aspects d'information, de soutien, d'aide et de solidarité, des aspects d'accès à certains médicaments coûteux ou le partage d'expériences concernant la prise en charge de patients ou la recherche.

Je me rends bien compte que ceci n'est qu'une réponse dérisoire par rapport à ce que vivent les patients et leurs familles. À travers les contacts que j'ai eus, je crois savoir qu'il y a une très forte demande de ne pas être laissé seul et que le fait de pouvoir rencontrer une association de patients ou d'autres personnes qui vivent le même calvaire, de pouvoir en parler ensemble, de pouvoir s'échanger les expériences est tout à fait capital pour soulager les difficultés.

**07.03 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. Je ne puis qu'approuver l'objectif à moyen ou long terme. Dans un premier temps, avec une des trois organisations de patients, nous essayerons de trouver des solutions, fût-ce en contactant votre cabinet.

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

**07.04 Laurette Onkelinx, ministre:** Madame la présidente, M. Flahaux avait introduit une question relative à la chicha. Comme vous le savez, j'ai répondu dernièrement à énormément de questions portant sur ce thème.

Je veux bien répondre à celle-là, monsieur Flahaux, mais comme vous en avez déposé beaucoup et que nous avons peu de temps, ne serait-il pas plus judicieux que je réponde à vos autres questions et que je vous communique par écrit ma réponse à celle-ci?

**07.05 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Puis-je choisir?

**07.06 Laurette Onkelinx, ministre:** Vous pouvez me poser celle-là, mais c'était une simple suggestion!

**07.07 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Pour vous libérer en vue de votre réunion, je propose de vous interroger sur le non-remboursement du Lyrica et de reporter les autres questions.

La **présidente:** Pour la chicha, je vous conseillerais d'aller lire les réponses données précédemment.

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

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

**08.01 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Madame la ministre, le médicament Lyrica (prégabaline) est actuellement le seul médicament à répondre de manière efficace aux douleurs neuropathiques ou neurologiques, que ces douleurs soient provoquées par des maladies telles que la sclérose en plaques, la fibromyalgie, le zona, des accidents vasculaires ou des accidents physiques touchant les nerfs d'une quelconque manière. Le Lyrica est remboursé dans les cas de polynévropathie diabétique, de névralgie post-herpétique et parfois pour l'épilepsie. Par contre, il n'est pas remboursé pour des douleurs neuropathiques ou neurologiques dues à d'autres facteurs alors que les douleurs sont identiques et bien établies. Or vous n'êtes pas sans savoir que ce médicament coûte cher.

Madame la ministre, de quand date la dernière modification des conditions de remboursement du Lyrica? Une révision de ces conditions de remboursement est-elle envisageable pour rendre accessible le Lyrica à des personnes atteintes de douleurs neuropathiques ou neurologiques? La Commission de remboursement

des médicaments pourrait-elle se saisir du problème à votre demande?

**08.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur Flahaux, j'ai le plaisir de vous informer qu'après un avis positif de la Commission de remboursement des médicaments qui avait été saisie d'une demande de modification des modalités de remboursement du Lyrica, l'Inspection des Finances et le Budget viennent de donner leur feu vert à ma proposition de remboursement du Lyrica dans les indications élargies de douleurs neuropathiques périphériques autres que celles déjà remboursées que vous avez citées.

Je ferai tout ce qui est possible pour accélérer la procédure de publication mais, comme vous le savez, tout arrêté ministériel doit obtenir un avis favorable du Conseil d'État. Ce n'est qu'après cette étape que la publication au Moniteur belge pourra intervenir. J'espère que tout pourra être réglé au plus tard le 1<sup>er</sup> août. S'il est possible d'accélérer le processus légalement, croyez bien que je le ferai, ce dossier étant l'une de mes priorités.

**08.03 Jean-Jacques Flahaux** (MR): Je sais que souvent ce n'est pas de votre faute mais je souhaiterais que toutes les réponses soient aussi rapides, efficaces et complètes que celle-ci. Je vous en remercie.

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

La **présidente**: Les questions n° 13684 et n° 13686 de M. Jean-Jacques Flahaux sont reportées, ainsi que la question n° 13692 de M. David Clarinval, la question n° 13716 de M. Luc Goutry et la question n° 13719 de Mme Muriel Gerkens.

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

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

**09.01 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, neuf centres de la douleur voient leurs conventions INAMI se terminer à la fin septembre. Certains d'entre eux connaissent un déficit budgétaire important. C'est particulièrement le cas de Saint-Luc et de Mont-Godinne.

Il s'élèverait à 250.000 euros par centre. Ce déficit est lié à la faiblesse de la nomenclature médicale. Si j'ai bien compris, le financement des centres repose sur les actes techniques, alors qu'ils ont opté pour une approche bio-psycho-sociale, qui suppose donc plutôt une prestation intellectuelle. Cela a été rappelé lors du récent conseil d'accord des centres avec l'INAMI. Un budget supplémentaire me semble indispensable. Vous avez d'ailleurs déjà parlé de possibles améliorations dans le financement.

La situation est tellement grave à Saint-Luc et Mont-Godinne que ces centres sont menacés de fermeture. Ce serait évidemment dramatique.

Les difficultés budgétaires mentionnées par ces deux centres s'étendent-elles à l'ensemble des neuf centres de référence de la douleur? Quelles sont les conclusions du récent conseil d'accord des neuf centres avec l'INAMI? Qu'en est-il de l'enveloppe budgétaire existante, initialement prévue pour ces centres? Quel en est le montant? L'affectation va-t-elle être effective, et si oui, quand? Dans le cas contraire, pour quelle raison? La nomenclature des actes médicaux n'est-elle pas à revoir pour privilégier l'approche bio-psycho-sociale qui apparaît comme étant la plus performante dans l'accompagnement et le traitement des personnes souffrant de douleur chronique?

**09.02 Laurette Onkelinx**, ministre: J'ai en effet été abondamment alertée par certains centres de référence de la douleur chronique quant à leurs difficultés financières résultant de leur convention avec l'INAMI.

Cette convention finance principalement les équipes multidisciplinaires des centres de référence, afin de leur permettre de travailler sur la base du modèle bio-psycho-social.

En ce moment, l'INAMI travaille sur l'évaluation de cette convention. Celle-ci n'étant pas encore terminée, il est, dans ce contexte, peut-être trop tôt pour pouvoir tirer une conclusion en la matière. Il a en effet été

constaté que certains centres ne réalisent pas leur capacité conventionnelle et n'arrivent d'ailleurs pas à percevoir leur enveloppe complète. Cependant, je tiens également à vous informer que certains centres réalisent effectivement leur capacité définie par la convention et en font même davantage. La manière dont la prise en charge de la douleur est organisée au sein de chaque hôpital pourrait être une des explications de ces différences.

En ce qui concerne la réunion du conseil d'accord qui s'est tenue le 29 mai dernier entre les responsables des centres, les membres du collège et les médecins directeurs de l'INAMI, je souhaite préciser que le Conseil d'accord est une instance de concertation, pas une instance décisionnelle. Lors de cette réunion, les causes des problèmes que j'ai évoqués ont été examinées. Il faut encore étudier les solutions envisageables afin de contribuer à la résolution des problèmes qui se posent au sein des centres.

En 2008, l'enveloppe budgétaire attribuée à chaque centre a été augmentée afin de mieux financer les interventions des médecins spécialistes qui ne sont pas remboursables sur base de la nomenclature. Elle s'élève actuellement à 375.000 euros par centre. À l'heure actuelle, il n'existe pas vraiment de marge budgétaire pour étendre les enveloppes des centres. Toutefois, étant donné que plusieurs centres de référence n'arrivent pas à épuiser leur enveloppe conventionnelle, d'autres solutions, permettant de résoudre certains problèmes rencontrés par les centres, pourraient éventuellement être envisagées.

Ces dernières années, dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, d'importantes améliorations relatives à la rémunération des actes intellectuels des différentes spécialités médicales ont été réalisées. Dans le cadre de ladite nomenclature, une série de prestations techniques relatives au traitement de la douleur ont été introduites. D'autres améliorations à ce sujet sont sans aucun doute souhaitables. Comme je le dis souvent, il faut évidemment tenir compte des possibilités budgétaires et de la cohérence de la nomenclature.

Je tiens également à vous informer que dans le cadre du programme Priorité aux malades chroniques, un budget de 4.200.000 euros est prévu pour lancer cet été deux appels à projets pour, d'une part, renforcer la prise en charge de la douleur de deuxième ligne dans 33 hôpitaux et, d'autre part, pour créer une fonction algologique dans près de 80 hôpitaux. Les hôpitaux ayant un centre de référence de la douleur chronique, en charge de la douleur de troisième ligne, pourraient également bénéficier de ces projets pilotes. Il faudrait le leur dire.

Une relecture de ces futurs appels à projets est actuellement réalisée afin d'assurer une cohérence avec ces centres de référence de troisième ligne. Ces différentes initiatives permettent la mise en place progressive du modèle de prise en charge globale de la douleur chronique porté par la 'Belgian Pain Society'. Ce modèle est lui-même directement inspiré des recommandations scientifiques internationales en la matière.

Voilà l'ouverture qui existe. Peut-être faudrait-il envisager une meilleure répartition de l'enveloppe globale en fonction des besoins réels de chaque centre.

**09.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Cela veut dire que ce qui reste de cette enveloppe pourrait être éventuellement transféré.

**09.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Exactement. Il y a aussi les projets pilotes, dont les centres de référence pourraient profiter. Et les actes de la nomenclature. Si je peux faire autre chose, j'y suis toute disposée. Je me rends bien compte que ce n'est pas simple pour ces services qui s'occupent de la douleur dans les hôpitaux. Il faut du temps. Et ce ne sont pratiquement que des actes intellectuels. Je sais que c'est compliqué. Je voudrais leur venir en aide. Si on peut faire plus, on le fera, mais je ne peux pas prendre des engagements tant que je ne vois pas plus clair au niveau budgétaire.

**09.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Il me semble intéressant qu'ils puissent lire la réponse, de manière à ce qu'ils sachent qu'il y a des perspectives. Il faut également prendre contact avec les hôpitaux dont dépendent ces centres de la douleur et qui les considèrent comme des structures coûteuses, peut-être sans garantie de financement à long terme. Les hôpitaux risquent d'arrêter l'expérience, alors que ces centres, quels qu'ils soient, font preuve d'une réelle expertise et d'une préoccupation des patients. Au-delà des centres qui sont des petites structures qui se sentent démunies, il faudrait consulter les gestionnaires d'hôpitaux. C'est en tout cas ma lecture de la situation.



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

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

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

**10.01** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, nous avons été confrontés à des situations de personnes qui demandent un médicament coûteux à leur pharmacien. On sait que ce dernier n'est remboursé de la partie mutuelle sur ses ventes que deux mois après celles-ci via les offices de tarification. Il doit donc avancer l'argent pour payer la facture au fournisseur.

Fort heureusement, les pharmaciens ont le monopole de la distribution des médicaments et il me semble, qu'à ce titre, ils ont une obligation de service public de délivrance. Or, certains pharmaciens refusent parfois de fournir un médicament coûteux à un patient sous prétexte que celui-ci ne peut avancer la somme. Le malade est alors obligé de trouver un pharmacien compréhensif.

Madame la ministre, existe-t-il bel et bien une obligation pour les pharmaciens de fournir les médicaments prescrits par un médecin?

Des sanctions sont-elles prévues en cas de non-délivrance?

**10.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame, je vous renvoie à l'article 4 de l'arrêté royal 78 qui indique que le pharmacien a en effet le monopole de l'exercice de l'art pharmaceutique et donc, entre autres, de la délivrance de médicaments au détail à un patient. Il découle donc de ce droit exclusif que le pharmacien qui exploite une officine ouverte au public a, en tant que prestataire de soins, en premier lieu, l'obligation de délivrer des médicaments au patient lorsque cette demande est conforme à la législation en vigueur, comme, par exemple, la présentation obligatoire d'une prescription médicale valable pour des médicaments soumis à prescription.

Le refus d'accéder à une demande légitime de délivrance d'un médicament constitue un problème déontologique. Le patient qui s'est vu refuser ses médicaments par le pharmacien peut s'adresser à l'Ordre des Pharmaciens.

Enfin, si la délivrance de médicaments nécessaires, par exemple urgents, est refusée et que cette nécessité a été prouvée, le pharmacien s'expose à des poursuites pénales pour négligence, à savoir pour non-assistance à personne en danger.

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

**10.04** **Laurette Onkelinx**, ministre: Je ne pense pas.

**10.05** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Dans ce cas, il n'y a pas de remboursement car le pharmacien n'est pas certain de récupérer sa mise si le patient ne revient pas.

**10.06** **Laurette Onkelinx**, ministre: Je le vérifierai mais je pense que la situation est différente. C'est plus compliqué.

**10.07** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): À mon sens, il serait logique que cette obligation ne vaille que pour le médicament prescrit.

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

*La réunion publique de commission est levée à 16.48 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.48 uur.*